

# **LA REFORMA DE SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL**

Por: Magdalena Rathe

PUCCMM - PID – RES - USAID  
Santo Domingo, R.D.  
Noviembre de 2001

# CONTENIDO

## **PRESENTACIÓN**

### **PERSPECTIVA MUNDIAL DE LA REFORMA DE SALUD**

Presiones al sistema de salud  
Asimetría de información  
Macroeconomía de la salud  
Algunas experiencias internacionales  
Modelos de financiamiento y provisión de servicios  
Los principios que orientan un sistema de salud  
Principales puntos de las reformas de salud

### **EL SECTOR SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Problemas de equidad en el sector salud dominicano  
El mercado no asigna bien los recursos en el sector salud  
El gasto público social mejora la distribución del ingreso

### **LA REFORMA MÁS IMPORTANTE DEL SIGLO: LA SEGURIDAD SOCIAL**

Principios generales del sistema  
Regímenes y financiamiento  
Organización del sistema  
El seguro familiar de salud  
    *Beneficiarios del seguro familiar de salud*  
    *Plan básico de salud*  
    *Subsidios económicos*  
    *Planes complementarios*  
Funcionamiento del sistema  
Implementación del régimen subsidiado

## **CONCLUSIONES**

## **TEMAS PARA LA REFLEXIÓN**

## **SIGLAS**

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

# PRESENTACIÓN

# PERSPECTIVA MUNDIAL DE LA REFORMA DE SALUD

El mundo de hoy está enfrentando la tarea de modernización del sistema de salud. En los sitios más dispares del planeta se están cuestionando las instituciones y se desarrollan nuevas formas de organización y de financiamiento. Los sistemas de salud se replantean los mecanismos institucionales en búsqueda de formas que permitan cumplir con los objetivos a que aspira la población, de la manera más eficiente posible. Estos procesos comenzaron tiempo atrás, en los países más desarrollados, cuando se hizo evidente que, en términos financieros, se hacía cada vez más difícil cumplir con las necesidades de la población en materia de salud.

Numerosos factores habían comenzado a ejercer presiones extraordinarias al sistema, que tendían a una elevación ilimitada de los costos. Esta situación empezaba a constituirse en un problema económico de grandes magnitudes, que tendía a amenazar la competitividad de casi todas las economías del mundo.

Paradójicamente, algunos de los principales logros de la sociedad moderna -- como la institucionalización de los valores democráticos, la longevidad humana y el desarrollo científico y tecnológico -- tienen también su lado oscuro (o su “sombra”, para utilizar una expresión de la psicología). En el reverso de la moneda se hallan las limitantes que impone la “ciencia lúgubre”, que se encarga de sopesar alternativas viables para asignar recursos escasos, frente a las aspiraciones -- legítimas y a la vez ilimitadas -- de la gente.

## **Presiones al sistema de salud**

Posiblemente la primera y más importante de las presiones al sistema de salud proviene del triunfo de los valores democráticos que consagran la salud como un derecho de todos. De esta manera, los esfuerzos por universalizar la cobertura del sistema de salud con mayores y mejores beneficios, resultan en la necesidad inevitable de aumentar las asignaciones presupuestarias.

Otra de las presiones fundamentales al sistema de salud resulta del cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos, que sucede a medida que aumenta el desarrollo económico y social. Esto se traduce en un aumento en la esperanza de vida de la gente y, por lo tanto, en un envejecimiento progresivo de la población, lo que implica costos superiores, porque la atención de las personas ancianas es más compleja y mucho más costosa, y porque al disminuir la importancia de las enfermedades infectocontagiosas, aumenta la prioridad de intervenciones más complicadas que implican gastos mayores.

Otra presión importante para la elevación de los costos viene de parte de la industria farmacéutica -- dominada por compañías multinacionales -- y, en general, de los adelantos científicos que se traducen en nuevos productos y nuevas técnicas de tratamiento y de diagnóstico. En efecto, las innovaciones tecnológicas se producen a velocidad vertiginosa, a lo que se agrega la influencia de la publicidad y la facilidad de acceso a la información por parte de los médicos, sobre todo, lo que presiona adicionalmente al sistema de salud ocasionando nuevos y mayores costos.

### **Asimetría de información**

Al mismo tiempo, el tema de la información constituye, justamente, uno de los principales obstáculos que dificultan las relaciones entre los diferentes actores que se mueven en el área de la salud. Existe una enorme diferencia entre los conocimientos de que disponen quienes solicitan los servicios -- los pacientes o usuarios -- y quienes los ofrecen. Estos últimos, los médicos, fundamentalmente, monopolizan la información en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento. Dentro de una cultura altamente medicalizada como es la occidental, que asigna un énfasis desmedido a lo curativo frente a lo preventivo y ante la tentación de ensayar nuevos procedimientos y productos, el médico, con su talonario de prescripciones siempre dispuesto, se convierte en una maquinaria que incentiva el gasto, muchas veces innecesario. Generalmente, no tiene una conciencia clara de los efectos económicos que producen sus decisiones y, muy posiblemente, actúa con la mejor de las intenciones.

Frente a esto, el paciente -- es decir, el que demanda los servicios -- no tiene ninguna capacidad de réplica: no sabe. No es capaz de discriminar si el diagnóstico es adecuado ni si el tratamiento le conviene. Quizás (o quizás no) su dolencia pudiera haber sido subsanada simplemente con un te de hojas o un sobre de rehidratación oral. Como no sabe -- y como quiere de manera legítima recuperar su salud, aunque le resulte caro -- no tiene alternativa y tiene que seguir las instrucciones. Además de los posibles efectos secundarios sobre la salud del individuo de un exceso de tratamientos, así como la carga sobre sus finanzas personales, esto tiene implicaciones también sobre la economía en su conjunto.

### **Macroeconomía de la salud**

Aquí entra a jugar su papel la economía de la salud la cual, en su vertiente macroeconómica, procura estudiar los efectos globales del conjunto de decisiones individuales de las personas y las instituciones en materia de salud.

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

Los países miembros de la OECD fueron los primeros en producir un sistema de estadísticas de salud, confiable, sistemático y comparable, que contabilizara todos los flujos financieros dentro del sector, ya sea que provinieran de fuentes internas, públicas o privadas, o de fuentes externas.

Así nacen las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), las cuales describen el flujo de gastos dentro del sector, desde su origen, el tipo de servicios que se adquieren y los canales para todos los fondos del sistema de salud.

Esto lleva a la conclusión de que, en los países de menor desarrollo relativo, donde la eficiencia y la productividad son muy inferiores, es muy probable que los problemas de asignación de recursos fueran peores. Y dado que estos países poseen una gran escasez de financiamiento, cuánto más importante es para ellos disponer de información confiable sobre el gasto nacional de salud, a fin de detectar la falta de racionalidad en la asignación de los fondos.

En efecto, en los países pobres, las implicaciones de estas decisiones tienen una importancia mayor, porque los retos son más grandes y los recursos menos abundantes. Esto significa que la necesidad de racionalizar, es decir, de definir claramente las prioridades y de asignar los recursos en función de ellas, se vuelve más acuciante.

Es un hecho ampliamente reconocido que la salud de las personas depende de una gran cantidad de variables, entre las que se encuentran el entorno socioeconómico, la nutrición, el acceso al agua potable y alcantarillado, la educación, los hábitos y estilo de vida, las condiciones ambientales.

Debe entenderse, entonces, la salud dentro de una concepción amplia, íntimamente vinculada a la calidad de vida de la gente. La vida saludable, entonces, está muy relacionada con los avances en el plano del desarrollo económico y social, y con los valores predominantes en la sociedad. Ningún sistema de salud puede resolver los problemas fundamentales de una sociedad, aunque sí puede contribuir a ello dentro de su ámbito de competencia. Dentro de esta perspectiva, la promoción y prevención de la salud juegan un papel fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida, porque tienden a evitar que la gente se enferme. Un sistema de salud que pretenda poner en el centro a los seres humanos, debe fundamentarse en principios que favorezcan esa visión de integralidad.

Sin embargo, los países pobres no han solucionado todavía aspectos básicos y esenciales que afectan seriamente la calidad de la vida de la gente, entre los que es posible indicar los siguientes:

- El deterioro ambiental y la cobertura limitada de los servicios de saneamiento y de agua potable.
- Los niveles generalizados de pobreza, que implican condiciones de vida insalubres, dada la situación deplorable de la vivienda, los servicios y el hacinamiento.
- Los bajos niveles educativos, que resultan en prácticas poco saludables.

La situación social que se deriva de la pobreza se traduce en la prevalencia de un conjunto de enfermedades que sería relativamente fácil prevenir o curar con intervenciones adecuadas de bajo costo. Mucho queda por hacer todavía en ese campo, puesto que en la mayoría de los países pobres predomina un perfil epidemiológico muy vinculado a la pobreza. La prevención de estas enfermedades requiere de esfuerzos enormes de promoción de la salud y de educación, especialmente de la mujer, que es el elemento principal en el cuidado de la salud del núcleo

familiar. Adicionalmente, el Estado debe jugar el papel protagónico en garantizar condiciones de vida saludables a la población, mediante acciones de índole intersectorial y mediante la promoción de la participación de las comunidades en un esfuerzo compartido que involucre a toda la sociedad.

Aunque se reconozca y haya consenso sobre las prioridades en materia de salud pública, muchos sistemas de salud se hallan entrapados en un callejón sin salida: el grueso de los recursos se los tragan los servicios curativos de mayor complejidad, en intervenciones que muchas veces no se corresponden con las necesidades reales y fundamentales de la población en su conjunto.

Para que sea posible cumplir con las prioridades en materia de salud, se hace necesario un cambio en la asignación de los recursos. Aquí interviene nuevamente el ámbito de la economía de la salud: en términos económicos, el problema principal está en la organización institucional, administrativa, funcional y financiera de los servicios, los que, como barril sin fondo, se tragan la casi totalidad de los recursos.

Para que lo deseable sea posible en materia de salud pública, se necesita un cambio en la asignación de los recursos y, por lo tanto, se necesita una reforma de los servicios de atención a las personas. Procurar que sea posible cumplir con las prioridades en materia de salud constituye la justificación fundamental de una reforma de los servicios.

Pero más aún, los sistemas de salud de los países pobres empiezan a enfrentar demandas crecientes que tienden a aumentar más y más los costos. Al lado de las enfermedades que son producto de la pobreza, empiezan a adquirir un peso importante otras patologías más complicadas, cuyo tratamiento involucra sumas de magnitud considerable. Entre ellas merecen destacarse enfermedades crónicas, vinculadas con formas de vida de la sociedad moderna y traumatismos, que resultan también de ello, como los accidentes y la violencia. Todo ello amenaza con un mayor escalamiento de costos, a lo que se añaden las deficiencias institucionales e ineficiencias en la administración de los recursos, incluyendo la falta de probidad.

Todo esto significa que en los países pobres se justifica más que en los ricos la preocupación por los costos de la atención médica y por la racionalización de los recursos que se asignan al sistema de salud, con la finalidad de que los mismos sean destinados a aquello que es más prioritario. Sobre todo porque en estos países prevalece la injusticia: justamente aquellos expuestos a mayor riesgo de perder la salud tienen menos posibilidades reales de enfrentarla. Esto significa que las desigualdades sociales se traducen en oportunidades diferentes ante la salud y la enfermedad, y en un acceso inequitativo a los servicios de salud.

En efecto, la falta de equidad es una de las características fundamentales de los sistemas de salud de los países pobres. Esto es más grave aún donde no se ha desarrollado la seguridad social y donde el Estado no asume el rol que le corresponde para garantizar un acceso equitativo a los servicios más esenciales.

Pero además, cuando se produce la enfermedad, se requiere de servicios de salud eficientes, de calidad, con capacidad resolutoria y con amplia cobertura. Un sistema así, tiene el potencial de mejorar sustancialmente la calidad de vida de la gente. Es capaz de aumentar la esperanza de vida de la población, al reducir los riesgos de enfermedades infecciosas, los relacionados con procesos vitales normales, como el embarazo y el parto -- cuyas complicaciones inciden de

manera importante en la determinación de la carga de la enfermedad -- y otros. Más aún, un sistema de atención justo, fundamentado sobre principios equitativos de finanzas públicas, tiene la posibilidad de elevar los ingresos reales de la gente, disminuyendo la brecha entre ricos y pobres.

### **Algunas experiencias internacionales**

Como resultado de lo anterior, tanto países pobres como ricos se encuentran hoy en el proceso de reformar sus sistemas de salud. En algunos países, las reformas introducen niveles diversos de competencia en estructuras públicas excesivamente centralizadas y burocratizadas, que han perdido contacto con el verdadero propósito del sistema, que es su orientación a la gente. En otros, sucede lo contrario: el Estado asume una mayor ingerencia en el sistema, mediante el control del financiamiento, con la finalidad de hacer el sistema universal y más equitativo.

Gran Bretaña, por ejemplo, es uno de los países que ha profundizado más su reforma. Su sistema de salud era y sigue siendo eminentemente público, porque es el Estado quien controla el financiamiento. A fin de incrementar la eficiencia del sistema y detener la escalada de los costos, ha creado los llamado “mercados internos”, donde los hospitales públicos autónomos compiten entre sí por los recursos estatales. Además, también participan en este cuasi-mercado los médicos generales, que reciben financiamiento estatal para atender una población asignada.

En Canadá, la reforma ha transformado un sistema de salud privado, en uno fundamentalmente público. Aunque los hospitales y centros de salud siguen estando en manos privadas -- con o sin fines de lucro -- el financiamiento estatal decide a quién atender y con qué servicios. De esta manera, se garantiza la equidad del sistema a un punto tal, que las encuestas de satisfacción de usuarios levantadas en diversos países muestran que los canadienses son los que están más conformes con los servicios que reciben.

En Estados Unidos el gasto en salud por persona es el más alto del mundo, hasta el punto de que se está haciendo inviable desde el punto de vista macroeconómico. Se trata posiblemente del sistema de salud más abierto que existe, es decir, donde el financiamiento es fundamentalmente privado. Esta situación, además de aumentar los costos de manera indeseable, se traduce en un sistema altamente injusto: el país más rico del mundo permite que alrededor de cuarenta millones de personas no tengan acceso al sistema de salud. La propuesta reforma del Presidente Clinton, que no pudo ser aprobada, tendía a enfrentar estos problemas fundamentales.

En Latinoamérica se encuentran en fase de implementación cambios importantes en Colombia y Chile. Durante los años ochenta, cuando predominaban en esta parte del mundo los vientos del “laissez faire”, se introdujo en Chile una reforma del sistema de salud tendiente a permitir el surgimiento de formas privadas de financiamiento de la salud. Como es evidente, éstas se concentraron en los grupos de altos ingresos de la población y el país está actualmente en el proceso de “reformar la reforma”, para corregir efectos no deseados de un sistema abierto, sobre todo en lo que se refiere a la equidad. En la actualidad, el grueso de la población chilena se encuentra adscrita al sistema de financiamiento público de la salud.

En el caso de Colombia, el Sistema Nacional de Salud fue reformado en 1990. Sus lineamientos fundamentales apuntan a lograr, entre otras cosas, la descentralización del manejo de la administración de la salud, el impulso a la participación social de la gente en la planeación,

desarrollo y vigilancia de las políticas sanitarias y la definitiva responsabilidad del municipio, como célula principal de la democracia y del gobierno, en la prestación directa de los servicios básicos a sus comunidades.

En el resto del mundo, incluyendo países tan diversos como los señalados antes y China, Tailandia, Costa Rica y los de Europa Oriental -- con grados diferentes de avances y con propósitos también diferentes, se está enfrentando o preparando la reforma del sector salud.

Aunque las condiciones son distintas, lo mismo que los problemas, las posibilidades, las prioridades y los valores que guían los procesos, existen aspectos básicos que son comunes a todas las reformas, independientemente del nivel de desarrollo económico y social. Esto significa que es posible derivar lecciones de la experiencia por la que ya han atravesado otros países. Es posible, además, para los países más pobres, procurar saltar etapas que han demostrado no ser adecuadas.

### **Modelos de financiamiento y provisión de servicios**

La tendencia mundial de asignación de recursos para cubrir los gastos médicos de la gente cuando se enferma, es a través de sistemas de seguros de salud, debido a que el costo de la atención médica constituye una carga pesada para la persona enferma y para su familia. Y el evento de la enfermedad sucede de manera inesperada, quizás cuando la persona está menos preparada para enfrentarlo desde el punto de vista financiero. Esto ha sido reconocido desde hace décadas en todo el mundo y la protección frente al riesgo de la enfermedad constituye uno de los objetivos básicos de la seguridad social. En casi todos los países, la cobertura de la seguridad social es muy amplia y en los países latinoamericanos, el promedio es de alrededor del 60% de la población.

Algunos países poseen regímenes de seguridad social públicos -- con contribuciones obligatorias, generalmente en base a cotizaciones sobre salarios o ingresos -- y otros países se basan en sistemas privados -- con contribuciones voluntarias, afiliándose la población a la iguala o seguro médico de su preferencia. Estos sistemas poseen grados diferentes de equidad, tal como se verá más adelante. Pero es importante resaltar el hecho de que, en todas partes, la población posee algún tipo cobertura médica y no está abandonada a su suerte.

El sistema menos equitativo del mundo es, justamente, aquel donde la gente está abandonada a su suerte y tiene que recurrir al dinero de su bolsillo para pagar a un médico particular. Eso es lo que sucede en la República Dominicana, donde más de un 60% del gasto total en salud lo erogan las familias, con su propio dinero, pues no tienen cobertura médica y el sistema público de salud no es capaz de atender gratuitamente a todos los enfermos. Como la cobertura del seguro social es inferior a la décima parte de la población, los grupos sociales que pueden se han ido afiliando a sistemas de seguros o igualas privados, los cuales han tenido un crecimiento sustancial en los últimos años, cubriendo una necesidad importante, pero sin la adecuada regulación. Dejar el sistema de salud como está, no introducir reformas en el financiamiento de la atención médica, equivale a perpetuar y profundizar el status quo y contribuir a que la gente siga resolviendo su situación individual de manera privada. Y por supuesto, quienes pueden más resolverán de la mejor manera, incrementándose así la desigualdad social.

El problema no es que no haya ejercicio privado de la medicina, hecho normal en los países de economía de mercado. El problema es que el financiamiento de la misma, vale decir, el dinero con el que se paga al médico, provenga de un fondo común, que permita el ejercicio de la solidaridad entre un grupo amplio de población. Esta expresión, “solidaridad”, significa que los riesgos se reparten y que los sanos contribuyen con los enfermos, los que tienen recursos con los que no tienen, los jóvenes con los viejos. De esta manera, el principio detrás de la expresión “solidaridad” es que cada quien aporte según su capacidad y reciba los beneficios según su necesidad.

## **Los Principios que Orientan un Sistema de Salud**

Cuando se habla de la reforma del sistema dominicano de salud, se proponen una serie de principios, tales como: universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y satisfacción de los usuarios. Estos objetivos pueden lograrse mediante una combinación de funciones típicamente públicas o privadas, según sea el caso.

Los principios de universalidad, equidad y solidaridad sólo pueden alcanzarse, sobre todo en los países pobres, mediante la aplicación generalizada de un sistema de financiamiento público. La característica fundamental del financiamiento público es su carácter compulsivo, es decir, su obligatoriedad -- la aplicación del poder compulsivo del estado, como dice el derecho tributario -- mediante impuestos generales o cotizaciones sobre la base de ingresos. La obligatoriedad de afiliación de la población al sistema hace posible la solidaridad tal como fue definida antes. Como todos contribuyen, es posible contar con recursos suficientes para que todos estén cubiertos, es decir, para la universalización de la cobertura, lo cual, de por sí, tiende a contribuir con la equidad.

Por su parte, los principios de eficiencia y calidad de los servicios, así como la satisfacción del usuario, se relacionan mejor con las funciones propias del sector privado. Esto no significa que la prestación de los servicios tenga que ser privada necesariamente, sino que, aún siendo pública, se rige por criterios de administración privada.

De esta forma, existen varias combinaciones de tipos de financiamiento y prestación, que conforman distintos modelos. Pueden identificarse dos tipos de financiamiento: voluntario (o privado) y compulsivo (o público). Por su parte, existen cuatro maneras de pagar a los proveedores: dos por pago directo -- una con seguro, mediante el sistema de reembolso y otra, sin seguro; y dos formas de pago indirecto: una mediante un contrato entre la entidad financiera y el proveedor, generalmente sobre bases per-cápita o mediante tarifas por servicios; y la otra, mediante salarios dentro de un sistema integrado.<sup>1</sup>

El cuadro que sigue muestra los siete modelos que resultan de estas combinaciones. Se excluye un octavo, que sería “público, con pago directo”, porque se considera muy inusual, debido a su falta de racionalidad. En el caso dominicano podría decirse que una proporción importante del financiamiento se realiza de esta manera, en el sentido de que la gente pobre no “elige voluntariamente” atenderse en el servicio privado pagando con su dinero, sino que, muchas veces, no tiene alternativa. Por otro lado, los servicios públicos de salud no son totalmente gratuitos. En dicho cuadro se presentan las ventajas y desventajas de estos modelos, en términos

---

1. OECD, *The Reform of Health Care*, opus cit (1992).

de los siguientes indicadores evaluativos: equidad, considerando ésta como el acceso a la salud, según la necesidad e independientemente de la capacidad de pago; eficiencia macroeconómica, medida como una proporción adecuada del gasto nacional en salud respecto al PIB; y eficiencia microeconómica, como la capacidad del modelo para prestar un servicio oportuno y de calidad, que brinde satisfacción a sus usuarios.

Un análisis del cuadro permite llegar a la conclusión de que el sistema de financiamiento privado, particularmente el de los grupos de altos ingresos, incluyendo los sistemas de seguros, tiende a la adopción de modelos de atención más costosos, con uso intensivo de tecnología. Si el Estado no asume el papel que le corresponde en el financiamiento público, ni orienta la acción del sector privado, se vuelve inevitable la privatización del sistema, con efectos tanto sobre el gasto total como sobre la racionalidad en la asignación de los recursos y la organización institucional.

Por su parte, el modelo de financiamiento que reúne las mejores condiciones en términos tanto de equidad como de eficiencia micro y macroeconómica, es el que se fundamenta en recaudaciones de carácter público -- como son las contribuciones por ingresos o los impuestos generales -- y se paga a los proveedores mediante un contrato, en base a capitación o tarifas por servicios. Por un lado, el financiamiento público puede garantizar la equidad, a la vez que racionaliza el gasto y la asignación de recursos. A su vez, los contratos con los proveedores, ya sean éstos públicos o privados, permiten relacionar los pagos con la productividad, elevando la calidad de los servicios y logrando, así, la satisfacción de los usuarios.

Este es, justamente, el modelo adoptado por la sociedad dominicana y consagrado en la nueva Ley de Seguridad Social.

**Cuadro 1**

**EFFECTO COMPARATIVO DE LOS DIVERSOS MODELOS DE FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

| <b>MODELOS</b>                     | <b>CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES</b>   | <b>EQUIDAD</b>   | <b>EFICIENCIA MACROECONOMICA</b>  | <b>EFICIENCIA MICROECONOMICA</b>  |
|------------------------------------|--|--|---|---|
| <b>VOLUNTARIO CON PAGO DIRECTO</b> | Sistema más primitivo, donde el financiamiento estatal o de la seguridad social no existe y el usuario debe pagar al prestador de los servicios, en el momento en que lo necesita, con dinero de su propio bolsillo.         | Es muy inequitativo, porque el acceso a los servicios depende de la capacidad de pago. Es muy costoso para los pacientes, quienes deben pagar cuando menos pueden hacerlo, puesto que están enfermos.  | Se regula por la oferta y la demanda. El consumidor tiende a restringir el gasto - - porque lo asume directamente -- pero el médico tiende a fomentar la demanda. Como el conocimiento es asimétrico, es difícil lograr eficiencia macro ni microeconómica. | No hay garantía de que pueda cumplirse con el principio de la soberanía del consumidor, por la asimetría de información entre pacientes y médicos, en favor de éstos últimos. |
| <b>VOLUNTARIO CON REEMBOLSO</b>    | Es el sistema típico, "convencional" de las compañías privadas de seguros: la persona paga una prima, realiza los gastos médicos con dinero de su bolsillo, y la compañía aseguradora se lo reembolsa, total o parcialmente. | Más equitativo que el anterior, pero todavía deficiente: el acceso al seguro está relacionado con la capacidad de pago. Además, las personas con riesgo mayor y, por ende, con mayor necesidad -- entre las que se encuentran los pobres, los ancianos y los enfermos -- tienden a ser rechazados. | El médico tiende a inducir la demanda y el consumidor no tiene interés en restringir el gasto, puesto que se le reembolsa el dinero (riesgo moral). El sistema tiende al gasto excesivo. Tiene altos costos administrativos a nivel de todo el sistema.     | La competencia entre aseguradores y proveedores tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios, pero a la vez, a incrementar los precios.                             |
| <b>PUBLICO CON REEMBOLSO</b>       | Es un sistema semejante al anterior, pero la contribución es obligatoria y regulada por el Estado.   | Puede ser equitativo, debido al financiamiento compulsivo que promueve la solidaridad. Los posibles aumentos en los precios de los servicios pueden hacer gravosas las contribuciones.   | Hay presiones para la elevación de los costos nacionales de los servicios, por las mismas razones del modelo anterior y, por lo tanto, aumenta el gasto nacional en salud.  | Estimula la competencia entre proveedores, lo que tiende a elevar la cantidad y calidad de los servicios. A la vez, tiende a incrementar los precios.                         |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <b>VOLUNTARIO<br/>CON<br/>CONTRATO</b> | El consumidor paga una prima a un asegurador -- que podría ser una asociación de consumidores o de productores -- quien a su vez, paga al proveedor mediante un contrato, sobre bases per cápita o por tarifas de servicios.  | Tiene capacidad limitada de lograr la equidad, debido a los niveles reducidos de solidaridad y a la selección de consumidores.  | Tiene buenas posibilidades de contención de gastos a nivel nacional, sin pérdida de la calidad. Produce ahorros en los costos administrativos.  | La libre elección del consumidor se restringe al grupo de proveedores contratado por el asegurador, pero éste último tiene incentivos para negociar servicios económicos de calidad para sus asociados. Tiene altos niveles de eficiencia microeconómica.         |
| <b>PUBLICO<br/>CON<br/>CONTRATO</b>    | Es semejante al anterior, pero la institución intermediaria es generalmente pública, o es privada pero financiada con criterios públicos, pues la contribución es obligatoria. Este es el caso típico de la seguridad social. | Es el que tiene el mayor potencial de lograr equidad, porque el financiamiento es compulsivo, lo que hace posibles los beneficios de la solidaridad. Puede ser diseñado para lograr la cobertura universal. | Es responsabilidad del gobierno, quien decide qué financiar, a quién subsidiar y el monto de los recursos a ser asignados. El sistema de contratos, sobre todo en base a capitación, contribuye a la contención del gasto a nivel nacional. | Hay libertad de elección del proveedor (a veces, también del asegurador), dentro de los límites del contrato. Hay competencia entre proveedores, lo que aumenta la cantidad y calidad de los servicios. Tiene gran potencial de lograr eficiencia microeconómica. |
| <b>VOLUNTARIO<br/>INTEGRADO</b>        | La entidad aseguradora es propietaria de los establecimientos de servicios de salud y paga a los prestadores mediante salarios. Este es el caso típico de las igualas médicas dominicanas, antes de la reforma.               | Pocas posibilidades de lograr equidad, porque la selección del asegurador depende de la capacidad de pago. Hay incentivos para la selección de riesgos.   | Hay oportunidades de lograr eficiencia macroeconómica porque el sistema tiende a la contención de costos. Hay ahorros en gastos administrativos.  | La libertad de elección se restringe al asegurador, pero no al proveedor. Hay competencia entre aseguradores/proveedores, lo que promueve la eficiencia. Hay tendencia a dar servicios de menor cantidad y calidad.   |
| <b>PUBLICO<br/>INTEGRADO</b>           | Es similar al anterior, siendo las entidades financieras públicas quienes administran sus propios centros de salud y pagan a los prestadores mediante salarios. Es el modelo público tradicional en el país.                  | Puede lograr cobertura universal y niveles deseados de equidad.   | Es responsabilidad del gobierno, para quien resulta relativamente fácil restringir el gasto.  | No hay libertad de elección. Los incentivos a los proveedores actúan de manera perversa porque “el dinero no sigue al paciente”. Las colas son frecuentes. Promueve la ineficiencia: servicios pobres y de baja calidad.  |

## Principales puntos de las reforma de salud

Los puntos esenciales de la mayor parte de las reformas de salud que se están llevando a cabo en el mundo, pueden sintetizarse como sigue:

- Las funciones de rectoría y financiamiento del sistema se ejercen de manera separada e independiente de la función de prestación de los servicios. Esto significa deslindar y hacer más transparentes las funciones: el ente rector deja de ser “juez y parte”. Dispensado de su agobiante papel de prestador, puede disponer de la energía necesaria para dirigir, planificar, trazar pautas y políticas y supervisar su cumplimiento.
- Como corolario de lo anterior, los prestadores de servicios pueden ser públicos o privados y, estos últimos, con o sin fines de lucro, como es en la actualidad. En el caso de los hospitales y centros de salud pertenecientes al sector público, el punto fundamental es que se manejan de manera autónoma -- vale decir, descentralizada -- y su financiamiento depende de la eficiencia y la calidad de los servicios . Ni la autonomía hospitalaria ni la descentralización regional significa privatización, como tampoco lo significa una mayor participación de las comunidades en la prestación de los servicios o el apoyo a los servicios públicos, ni la creación de patronatos en éstos últimos, ni el fortalecimiento de los niveles de gobierno local.
- La asignación de recursos se racionaliza, mediante la adopción de un paquete de prestaciones con niveles adecuados de costo-efectividad. Esta última expresión significa que las prioridades de gasto deben ser decididas en base a las necesidades reales de la población y que la forma de atender los problemas de salud es la que puede solucionarlos realmente, al menor costo.
- Se hace un uso más eficiente del subsidio estatal, dirigiéndolo a la demanda en lugar de a la oferta. En vez de financiar los establecimientos públicos de salud en virtud de presupuestos históricos — desvinculados de sus resultados, cumplan o no cumplan con los servicios — se entrega los subsidios a la gente, para que ésta, a su vez, decida en qué servicio atenderse. De esta manera, el “dinero sigue al usuario”, quien adquiere así un poder de decisión que no tenía en el pasado.
- Esto significa que los incentivos que reciben los proveedores en el nuevo sistema están vinculados a su productividad: cuanto mayor y mejor sea el servicio que prestan, mayores serán sus ingresos monetarios. Esto no significa tampoco la privatización, porque no cambia la propiedad del patrimonio público, sino su forma de administración. Para el personal médico que labora en los servicios públicos, estos cambios pueden significar premio al trabajo, al estudio y a la dedicación.
- Como consecuencia de lo anterior, el sistema se orienta al o la usuaria, y los servicios tienden a elevar su calidad, procurando satisfacerla. Es de esperarse que la mejoría en la calidad implique también una mejoría en la calidez, es decir, un tratamiento más humanizado a los pacientes. En el caso dominicano, esto afectaría sustancialmente la vida de las mujeres, puesto que son las principales usuarias de los servicios de salud.

- Se fomenta una mayor participación de la sociedad civil organizada, en ámbitos más amplios de la organización social: en la defensa de los derechos de las y los usuarios; en las tareas de promoción y prevención de la salud; en la gestión y el apoyo de las redes de servicios públicos descentralizados; en la provisión de servicios con financiamiento estatal; en el aglutinamiento de la población sin capacidad contributiva; y otros.

Estos puntos esenciales de las reformas de salud a nivel mundial, han sido tomados en cuenta en la elaboración de la nueva Ley de Seguridad Social de la República Dominicana, tal como se verá más adelante.

## EL SECTOR SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA<sup>2</sup>

El sector salud en la República Dominicana está dirigido por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Otra importante institución del sector público es el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), que tiene una muy baja cobertura en términos de población asegurada. Existe un amplio y diversificado sector privado, lucrativo y no lucrativo, tanto en la provisión de servicios como en el aseguramiento. Las facilidades de la SESPAS alcanzan todo el territorio nacional, ofreciendo el 56% de las camas hospitalarias. Tanto el IDSS, como los establecimientos militares, las ONG y las clínicas privadas, se concentran en las zonas urbanas. Se estima que el IDSS tiene un 8% de las camas, y el sector privado el restante 36%.<sup>3</sup>

En el país todavía predominan algunos problemas de salud típicos de la pobreza – como las enfermedades diarreicas y respiratorias, sobre todo en niños – pero empiezan a ser cada vez más importantes las dolencias crónicas, al tiempo que crecen también los accidentes y la violencia. Esto es lo que se llama “transición epidemiológica”, que sucede cuando en un país empieza lentamente a aumentar la esperanza de vida y, en consecuencia, cambia la composición en edades de la población. En promedio, el país se encuentra en la fase de inicio de la transición epidemiológica. El Distrito Nacional es la localidad del país donde esta transición se halla más avanzada, seguido por el Cibao y el resto de la región Este.

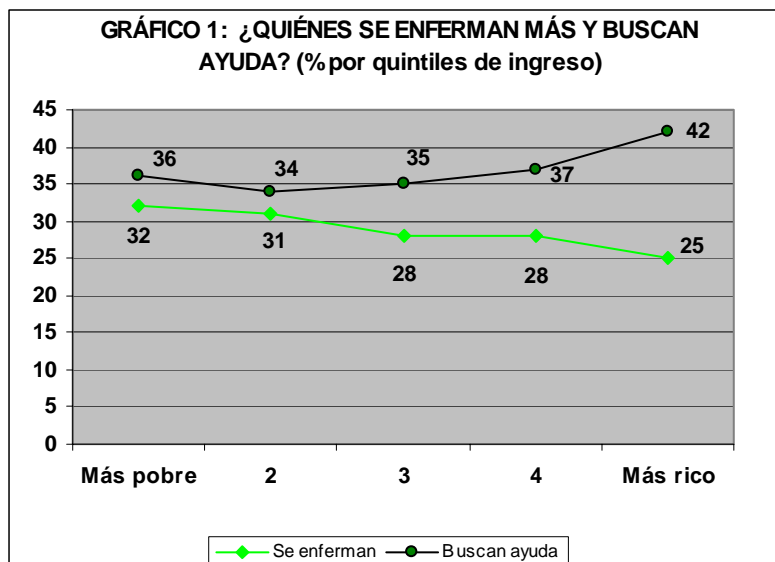
En términos de cantidad, pareciera que los recursos humanos y la infraestructura existente en el sector salud, son suficientes para el nivel de desarrollo del país. Si se compara internacionalmente, el número de médicos está por encima de muchos países latinoamericanos e, incluso, de las recomendaciones internacionales. Sin embargo, hay problemas de alta concentración geográfica de los mismos en la Capital y en las zonas urbanas, así como asignación inadecuada de los fondos públicos, lo que se traduce en importantes ineficiencias productivas, en perturbaciones laborales y otras consecuencias. No sucede lo mismo con la disponibilidad de otros profesionales de la salud, de tanta importancia como los médicos, como las enfermeras. En este renglón el país tiene un déficit a la vez que tiene también deficiencias en la preparación técnica de las mismas.

---

<sup>2</sup> Este capítulo se basa en el libro de la autora **Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana**, Macro International / USAID, Santo Domingo, 2000.

<sup>3</sup> OPS/SESPAS/CERSS, **Perfil del sistema de servicios de salud en la R.D.**, Santo Domingo, 1998.

Desde el punto de vista social, los estudios realizados en el país muestran que existe una clara correlación entre el nivel de ingresos de las familias y la utilización de servicios de salud. La percepción de enfermedad de los pobres es muy superior a la de los ricos. Sin embargo, buscan menos atención fuera del hogar y muchos de ellos expresan no hacerlo por falta de dinero.

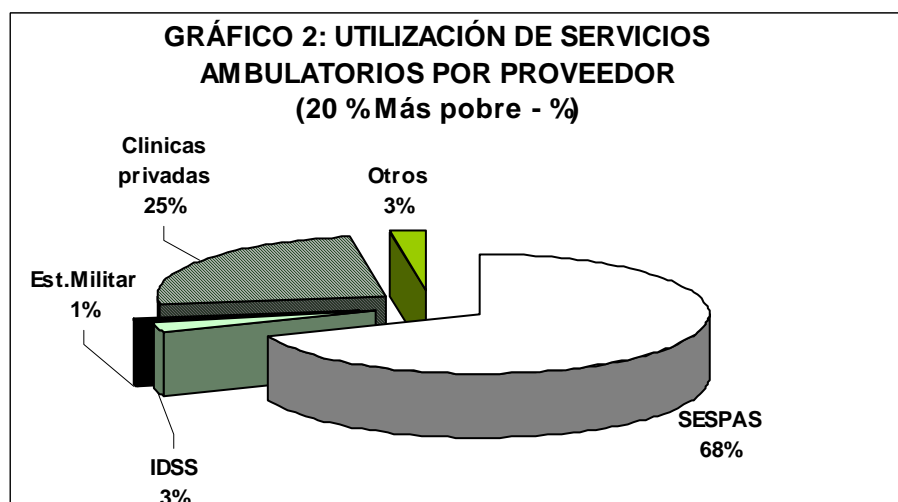


Como en la mayor parte de los países en desarrollo, donde una alta proporción de las mujeres están en edad reproductivas, ellas son las principales usuarias de todos los tipos de servicios de salud. El embarazo y el parto son los problemas por los que se busca más atención, tanto preventiva como ambulatoria y de hospitalización. Otros usuarios importantes son los niños pequeños, menores de cinco años y los ancianos.

Los servicios de salud de la SESPAS son los más demandados en el ámbito nacional, particularmente en el caso de los servicios preventivos. Pero en todos los casos, la SESPAS es la proveedora principal, seguida muy de cerca por las clínicas privadas, en el volumen de pacientes que atienden. Podría decirse que alrededor del 90% de la población está distribuida en partes más o menos iguales, entre la SESPAS y las clínicas privadas. El restante 10% corresponde a todos los demás proveedores juntos (seguro social, servicios militares, privados no lucrativos y otros). En la zona urbana, las clínicas privadas tienen una demanda mayor.

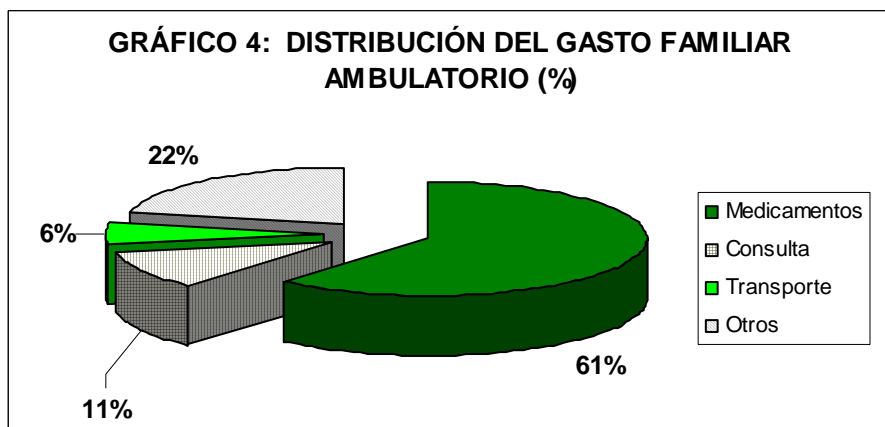
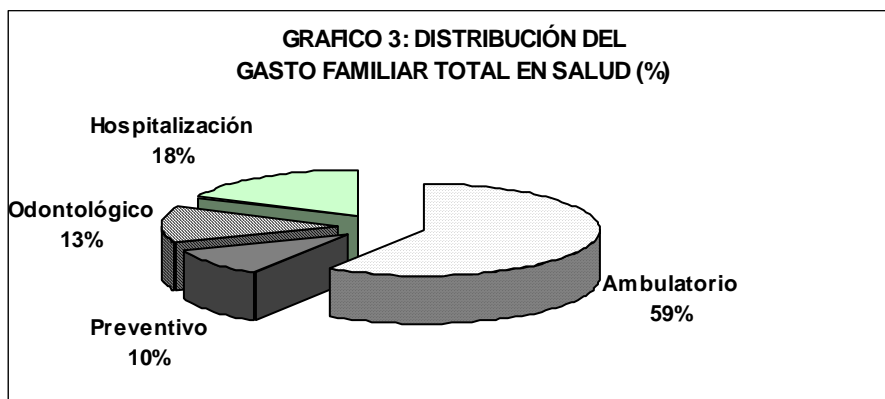
### Problemas de equidad en el sector salud dominicano

Uno de los indicadores más claros de la falta de equidad del financiamiento a la salud, es el hecho de que alrededor de la tercera parte de los dominicanos más pobres que se enferman y buscan atención, lo hacen en el sector privado, sin cobertura de seguros. Esto significa que pagan de su bolsillo, agravándose



más su condición de pobreza. Esta situación es peor en el caso de los enfermos crónicos y de los internamientos en hospitales. Es decir, justamente aquellos que se encuentran en estado de mayor vulnerabilidad, son los que deben enfrentar una carga financiera mayor.

El componente principal del gasto familiar en salud es el gasto ambulatorio. La composición del mismo está fuertemente dominada por el gasto en medicamentos, que representa, como promedio, el 61% del total. Este dato es coherente con el tamaño del mercado de medicamentos, que es sustancial en la República Dominicana, generado principalmente por el consumo de las familias, a través de clínicas privadas y de las farmacias, alcanzando alrededor del 20% del gasto nacional en salud. Este sector crece en base a las leyes de oferta y demanda, movidas por el fuerte mercadeo y la publicidad de las empresas farmacéuticas, casi sin regulación oficial ni financiamiento público organizado, como lo sería una cobertura de medicamentos por parte de un sistema de seguridad social. Por ejemplo, tan sólo un 6% de las ventas de medicamentos corresponden a productos genéricos, lo que se traduce en costos más elevados para las familias.



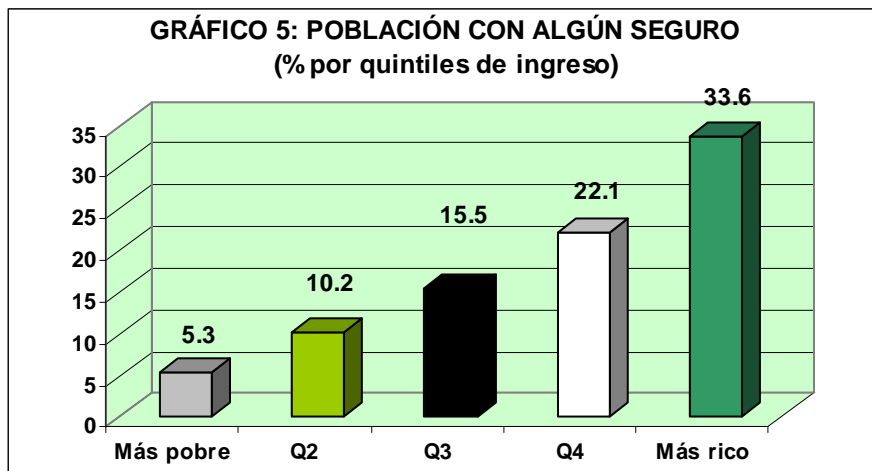
El segundo componente del gasto en salud incluye toda la gama de medios de diagnóstico. Asimismo, el transporte constituye también un componente importante del gasto, lo que puede estar hablando de las dificultades de acceso geográfico a los centros de salud, unido a la falta de operatividad del sistema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

El gasto en medicamentos es también muy elevado en el contexto latinoamericano, ascendente al 37% del gasto familiar total, como promedio para un grupo de siete países latinoamericanos.<sup>4</sup> El porcentaje se eleva al 52% en el caso del quintil más pobre de la población.

<sup>4</sup> OPS, **National Health Expenditures and Financing**, Washington, DC., 1995.

Las diferencias más sustanciales en términos de equidad del financiamiento del gasto en salud, tienen que ver con el nivel de ingreso de los hogares. El pago directo o pago de bolsillo es la forma predominante en el sistema dominicano de salud. Casi ningún servicio es enteramente gratuito, ni siquiera los preventivos del sistema público.

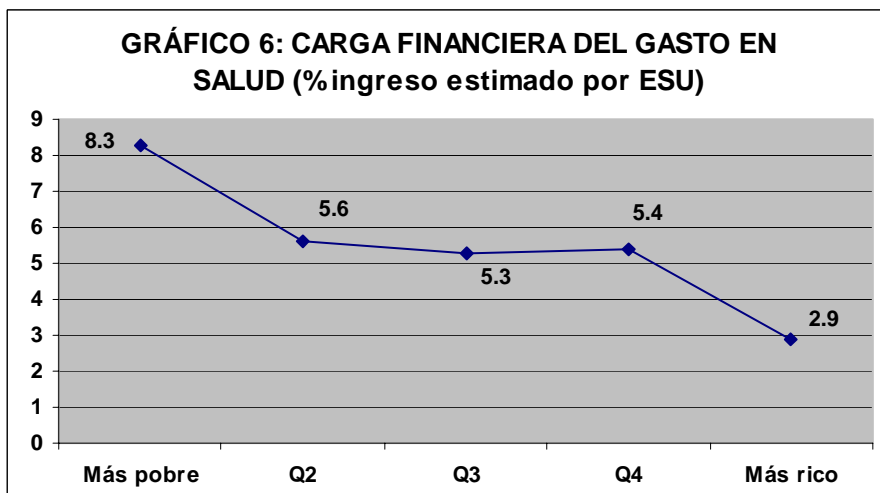
La baja cobertura del régimen de aseguramiento y más baja aún la del aseguramiento público, es una muestra indelible de la falta de equidad del sistema. El 82% de los dominicanos no tiene ninguna cobertura, elevándose esta cifra al 91% en la zona rural. Si esto se una a la privatización de los servicios de salud y a la



falta de regulación pública del mercado, es evidente que genera un elevado gasto de bolsillo. En consecuencia, el consumo de servicios de salud está ligado al ingreso de las familias y, por lo tanto, tiene un efecto empobrecedor de las familias dominicanas.

En cuanto a la equidad de género, los hombres tienen más cobertura de seguros que las mujeres, fundamentalmente porque el aseguramiento es función del empleo y existen más hombres que mujeres en la fuerza laboral. Esto se agrava por el hecho de que las mujeres son las mayores usuarias, aunque tengan menos cobertura. Además, existen prácticas discriminatorias: el seguro público excluye a la mujer del trabajador y los seguros privados también excluyen a las madres que no están legalmente casadas, las que constituyen la mayoría. La cobertura de seguros aumenta en la medida que se incrementa el ingreso. No obstante, resalta el hecho de que una tercera parte de las familias de ingresos altos, todavía no estaban aseguradas en 1996.

Todo lo anterior da como resultado que las familias deben afrontar una importante carga financiera para cuidar de su salud. Con esta expresión se hace referencia a la proporción del ingreso que las familias deben gastar en este renglón. En la República Dominicana, los pobres gastan más, como proporción de su ingreso, que los ricos. Esto contrasta con la realidad latinoamericana generalizada, en que los ricos tienden a buscar atenciones



más tecnológicas y de mayor confort, casi siempre más costosas, además de que buscan soluciones médicas a problemas incurables, en mayor proporción que los grupos más pobres.

Una explicación del elevado gasto de los pobres parece ser la falta de confianza de la población en el sistema público, que la hace orientarse hacia el privado, sin cobertura de seguros. Otra razón posible puede ser el esquema de atención en la República Dominicana, donde la demanda es estimulada por los médicos, sin buscar alternativas de bajo costo para los pobres.

### **El mercado no asigna bien los recursos en el sector salud**

Una serie de estudios realizados por el BID, el Banco Mundial y la OPS, a partir de 1993, han mostrado que los gastos privados y, fundamentalmente, los erogados por las familias, representan alrededor del 50% de los gastos totales de un país.<sup>5</sup> La realidad de que el gasto familiar sea un componente tan importante del gasto total, nos ofrece una primera indicación de la posibilidad de que existan problemas de equidad en el financiamiento a la salud de un país determinado. Esto es así porque el mercado no es un buen mecanismo para asignar los recursos de manera equitativa dentro del sector salud.

El mercado de servicios de salud es uno de los que presenta las mayores imperfecciones, si no es el que más. Por un lado, el consumo de estos servicios se considera esencial y, por el otro, en este mercado es casi imposible que funcione la llamada "soberanía del consumidor", que constituye la premisa básica para el funcionamiento adecuado de cualquier mercado. A manera de ejemplo, el usuario de los servicios, o sea, el paciente, que generalmente está enfermo, no es quien los demanda en realidad, sino que está siendo guiado por su médico, mediante las recetas de medicamentos, medios de diagnóstico e intervenciones clínicas. El usuario no tiene conocimientos suficientes para saber si necesita o no dichos tratamientos o si los mismos son costo-efectivos, porque entre ellos hay asimetría de información, tal como se señaló previamente. Muchas veces, quien paga las intervenciones es un seguro médico, lo que puede incentivar el consumo.

Por el lado de la oferta, los médicos tienden a probar nuevos productos, nuevas tecnologías y tratamientos, lo que induce a elevar los costos de la atención y crea nuevas necesidades, que los usuarios aceptan pagar por tratarse de su propia salud. A esta situación límite, donde dejan de importar las consideraciones relacionadas con el precio, independientemente de la situación económica del usuario, se la ha calificado como "de vida o muerte", en la literatura especializada sobre el tema.

Todas estas imperfecciones han llevado a la necesidad de introducir regulaciones en el mercado de servicios clínicos y en el de seguros, a fin de proteger al consumidor mediante la intervención pública, ya sea subsidiando los servicios de los más pobres, regulando los sistemas de aseguramiento para evitar exclusiones injustas, como también, promoviendo la educación y organización de los consumidores.

---

<sup>5</sup> Henderson, Pamela, **Gastos familiares de salud en América Latina y el Caribe**, OPS, Programa de Políticas de Salud, diciembre de 1994.

La experiencia internacional ha demostrado que, aún con estas regulaciones, es difícil proteger a toda la población. El libre mercado simplemente no funciona en el sector salud, debido a las características anormales del mismo.

### **El gasto público social mejora la distribución del ingreso**

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

Para que estos ideales sean factibles, la información empírica ha llevado a la conclusión de que se necesita de la intervención gubernamental, con mayor razón aún en los países en proceso de desarrollo, lo cual no implica, necesariamente, la provisión directa de los servicios.

**Cuadro 2**  
**Gasto en salud por región mundial, 1994**

| REGION                                      | PIB per cápita<br>US \$ | Gasto en<br>salud per<br>Cápita US\$ | Gasto en<br>salud como %<br>del PIB | % del Fin.<br>público sobre<br>GNS |
|---|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Este asiático y Pacífico<br>(incluye China) | 1,196                   | 46                                   | 3.9                                 | 50                                 |
| Europa del Este y Asia<br>Central           | 1,858                   | 131                                  | 6.3                                 | 60                                 |
| Lationamérica y el Caribe                   | 3,138                   | 372                                  | 6.0                                 | 50                                 |
| República Dominicana<br>(1996)              | 1,730                   | 112                                  | 6.5                                 | 24                                 |
| Medio Oriente y Norte de<br>Africa          | 2,783                   | 273                                  | 4.6                                 | 50                                 |
| Asia del Sur (incluye India)                | 440                     | 58                                   | 3.5                                 | 40                                 |
| Africa al sur del Sahara                    | 811                     | 88                                   | 4.1                                 | 50                                 |
| Economías de mercado<br>establecidas (1)    | 21,968                  | 1,777                                | 8.3                                 | 70                                 |
| Grupos de ingreso (2)                       |                         |                                      |                                     |                                    |
| Bajos ingresos                              | 416                     | 62                                   | 4.1                                 | 40                                 |
| Medianos ingresos                           | 2,785                   | 321                                  | 5.5                                 | 50                                 |
| Altos ingresos                              | 18,659                  | 1,518                                | 6.8                                 | 60                                 |

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

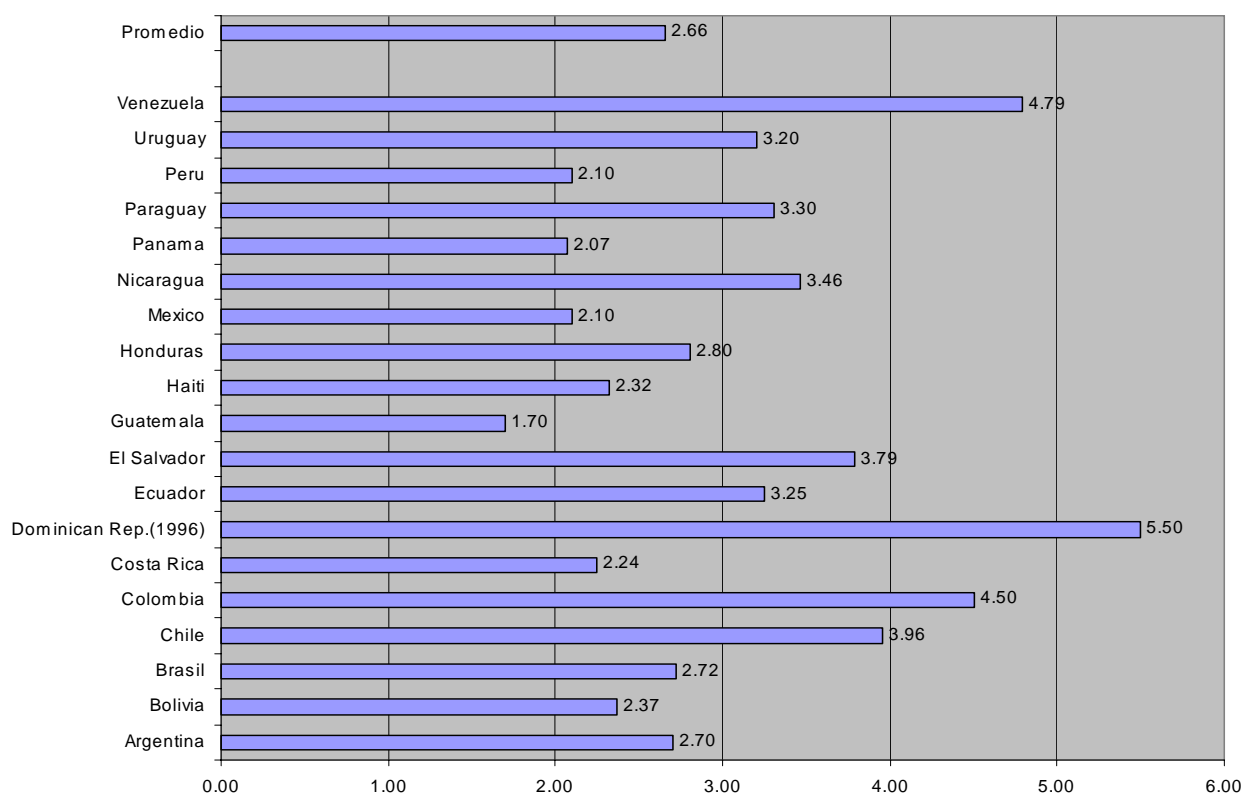
(2) Los grupos de ingreso se basan en el PIB per cápita de 1995. Bajos ingresos: menos de US\$765; medianos ingresos: \$766-9,385; y altos ingresos: \$ 9,386 y más.

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

Numerosos estudios han encontrado correlación entre el grado de participación pública en el financiamiento de la salud y el ingreso per cápita, siendo la tendencia generalizada un aumento del financiamiento público a medida que el país tiene un desarrollo mayor, lo cual, también, se traduce en el mejoramiento de los resultados en salud de la población. En los países industrializados, donde existen sistemas de seguro social avanzados o sistemas nacionales de salud que funcionan, más del 70% del gasto total corresponde al gobierno, tal como se observa en el cuadro anterior. Este no es el caso de los países pobres, ni de la República Dominicana.

Dentro de Latinoamérica, y comparando con países individuales, resalta la baja participación del gobierno en el financiamiento al sector salud en la República Dominicana, cuya proporción del PIB asignada a salud ha oscilado alrededor del 1%. Además de que el sector requiere de un mayor financiamiento público, es preciso garantizar que los fondos se asignen adecuadamente en relación con las necesidades de la población, por un lado y, por el otro, que se destinen a subsidiar a los grupos sociales que más lo necesiten.

**GRÁFICO 7: GASTO PRIVADO COMO % DEL PIB EN L.A.**



En conclusión, el financiamiento público al sector salud tiene un gran potencial de contribuir a la equidad del sistema de salud, así como de mejorar la situación social. En el caso dominicano, se hace imprescindible llevar a cabo una reforma sectorial, que oriente los recursos públicos a los grupos de menores ingresos. En adición a ello, se requieren también de acciones que mejoren la eficiencia del sistema, a fin de que sean factibles y eficaces los esfuerzos que realice la sociedad para lograr la equidad.



# LA REFORMA MÁS IMPORTANTE DEL SIGLO: LA SEGURIDAD SOCIAL

Tal como se vio en las páginas precedentes, el financiamiento a la salud en la República Dominicana se caracteriza por una fuerte inequidad. Desde hace años, se vienen desarrollando los lineamientos de una reforma de salud que, entre otros asuntos, tienda a revertir esa situación. Uno de los temas principales a ser abordados, 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. Con ello contribuiría a elevar la disponibilidad de información sobre cómo las propias personas pueden prevenir enfermedades y cómo asumir responsabilidad sobre su salud, todo lo cual tendería a favorecer el bienestar de los seres humanos.

Durante décadas, la sociedad dominicana debatió el tema de la seguridad social, confrontando siempre obstáculos – muchas veces resultado de los intereses económicos involucrados en el tema – que impedían el logro de un consenso que hiciera viable una reforma en beneficio de la

población. En efecto, la República Dominicana era uno de los países más atrasados de Latinoamérica en ese sentido. El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), creado hace más de 50 años, no respondía ya a las necesidades de la sociedad actual. En adición a ello, los servicios de salud no satisfacían las necesidades de los usuarios, teniendo deficiencias similares a las que aquejan a la mayor parte del sistema público de salud.

Finalmente, el 9 de mayo del 2001, se promulgó la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Con dicha ley se hace realidad el marco regulatorio fundamental de la reforma más importante del siglo en la República Dominicana. En efecto, por primera vez, los dominicanos tendrán derecho a una pensión al momento de llegar a la vejez y estarán protegidos por un seguro obligatorio de salud. Cuando entre en ejecución, este nuevo sistema producirá un cambio sustancial en la distribución del ingreso, contribuyendo a suavizar las inmensas diferencias actuales entre pobres y ricos.

En las páginas que siguen, se presentan las características principales de la nueva ley de seguridad social, con la finalidad de que su contenido, en lo concerniente a salud, sea ampliamente conocido por la población dominicana, a fin de que pueda hacer el mejor uso posible de los grandes beneficios que la misma contiene.

### **Principios generales del sistema**

Es preciso señalar que la ley de seguridad social aprobada en la República Dominicana, está fundamentada sobre principios modernos y contiene disposiciones que pretenden lograr una verdadera protección para toda la población, a la vez que procura garantizar la eficiencia del sistema y su sostenibilidad en el tiempo. Los principios rectores son los siguientes:

- **Universalidad**, que propugna por la protección a todos los dominicanos y residentes del país, sin discriminación por razones de salud, sexo, condición social, política o económica.
- **Obligatoriedad**, por la cual todas las personas están obligadas a afiliarse al sistema y todas las instituciones tienen que facilitar la afiliación de sus empleados.
- **Integralidad**, en el sentido de que se proveerá una protección suficiente para garantizar la vida, el ejercicio de las facultades humanas y la capacidad productiva.
- **Unidad**, es decir, el sistema de protección es un todo coherente.
- **Equidad**, lo que implica que las personas más desvalidas tendrán una protección mayor que las más favorecidas, a fin de propiciar una cierta igualación de los individuos dentro de la sociedad.
- **Solidaridad**, según la cual los que tienen más contribuyen en mayor medida, a fin de que lo reciban quienes menos tienen. Asimismo, mediante este principio, los jóvenes son solidarios con los viejos y los sanos con los enfermos.

- **Libre elección**, mediante la cual cada persona tiene derecho a seleccionar a quien le prestará los servicios o le administrará sus recursos, con ciertas limitaciones.
- **Pluralidad**, que favorece la existencia de diversas instituciones operando en el sistema, sean éstas públicas, privadas o mixtas.
- **Separación de funciones**, según la cual la conducción del sistema, el financiamiento, la planificación y asignación de recursos son funciones del Estado ejercidas con autonomía institucional, mientras que las funciones de administración de riesgos y prestación de servicios pueden ser ejercidas por entidades públicas, privadas o mixtas.
- **Flexibilidad**, que garantiza la existencia de planes complementarios a la cobertura obligatoria de la seguridad social.
- **Participación**, que asegura a todas las personas, instituciones y sectores sociales, a ser tomados en cuenta en las decisiones que los atañen.
- **Gradualidad**, por medio de la cual el sistema se irá desarrollando paulatinamente, permitiendo a la sociedad adecuarse al mismo.
- **Equilibrio financiero**, que garantiza una correspondencia entre las prestaciones y el financiamiento, con la finalidad de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema.

### **Regímenes y financiamiento**

La Ley de Seguridad Social crea tres regímenes para su aplicación, los cuales tendrán distintas modalidades de financiamiento y su aplicación se implementará gradualmente:

- **Régimen contributivo**, que incluye a las personas que trabajan y perciben un salario, ya sea en el sector público o privado, así como a sus empleadores. Su financiamiento provendrá de los mismos empleados y sus patronos, quienes aportarán el 10% del salario del asegurado, hasta un máximo de 10 salarios mínimos. De este total, el patrón aportará el 70% y el empleado el 30%.
- **Régimen subsidiado**, que cubre a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables o inferiores al salario mínimo, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, y será financiado totalmente por el Estado dominicano.
- **Régimen contributivo subsidiado**, que cubre a los profesionales, técnicos y otros trabajadores por cuenta propia, donde el Estado suplirá la falta del empleador.

### **Organización del sistema**

La ley crea el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), que constituye la institución rectora del sistema. Esta entidad – pública y autónoma -- está a cargo de elaborar los reglamentos de la ley y de poner todo el sistema en ejecución.

Se crea una Tesorería de la Seguridad Social, a cargo del recaudo y pago, y de la administración del sistema único de información. A través de esta entidad se realiza la afiliación, que es obligatoria y será realizada a través del mencionado sistema único de información, con el cual se pretende optimizar el proceso de afiliación, recaudación y pago. A cada ciudadano se le otorgará un número de afiliación, compatible con la cédula de identidad electoral.

La Dirección de Información y Defensa de los Asegurados (DIDA), tiene el propósito de orientar y defender los derechos de todos los ciudadanos.

Se crean dos superintendencias, una de pensiones y otra de salud y riesgos laborales, con la finalidad de supervisar el cumplimiento de la ley y sus reglamentos.

Las administradoras de riesgos de salud y de pensiones, que pueden ser públicas o privadas, tienen a su cargo el aseguramiento. Por su parte, los proveedores de salud – públicos o privados, ya sean éstos médicos particulares, clínicas, hospitales, farmacias, etc. -- debidamente acreditados, serán contratados por las administradoras.

La ley también crea el Seguro Nacional de Salud, que será una administradora de riesgos para cubrir a los empleados públicos y a los beneficiarios del régimen subsidiado.

Es preciso señalar que la ley de seguridad social reconoce todas las coberturas existentes, o sea que no elimina a nadie ni resta derechos adquiridos a los que hoy los tienen. Por ejemplo, una parte importante de los empleados públicos están hoy afiliados a alguna iguala médica o sistema pre-pagado. Estos podrán quedarse en dicho seguro por un plazo que el CNSS determinará, a partir del cual podrán ejercer su libertad de elección. Lo mismo sucederá con los trabajadores que hoy están en el IDSS.

### **El seguro familiar de salud**

El seguro familiar de salud es el que viene a corregir el problema generalizado de desprotección social existente en el país, frente a riesgos tan comunes como la enfermedad, el embarazo y el parto. Estos problemas de salud ocasionan gastos importantes a las familias dominicanas, particularmente a las más pobres, sobre todo porque, al no funcionar adecuadamente el sistema público, ellas se sienten obligadas a recurrir a proveedores privados pagando de su bolsillo. Con la implementación del seguro familiar de salud, todos los dominicanos podrán ser atendidos por su médico de cabecera, quien los referirá a los especialistas de ser necesario y a la clínica u hospital en caso de requerir internamiento. Asimismo, tendrán derecho a ciertos medicamentos ambulatorios aprobados por el CNSS y recetados por su médico.

El seguro familiar de salud cubre la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. También protege a los niños entre cuarenta y cinco días y cinco años, hijos de los trabajadores, mediante un servicio de estancias infantiles.

El seguro familiar de salud no comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que serán financiados por el seguro obligatorio de vehículos de motor, consagrado en la ley 4117, ni tampoco los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que están cubiertos por un seguro de riesgos laborales que crea la misma ley de seguridad social. En relación a los

accidentes de tránsito, la ley prevé en el futuro la posibilidad de creación de un Fondo Nacional de Accidentes.

### ***Beneficiarios del seguro familiar de salud***

La ley señala como beneficiarios del seguro familiar de salud a todos los dominicanos y a los extranjeros que tengan residencia en el país, así como a su familia. La familia del asegurado incluye:

- Su pareja, debidamente registrada, sea ésta casada legalmente o la persona con quien se comparte la vida.
- Los hijos e hijastros menores de 18 años o de 21, en caso de estudiantes. El límite de edad se elimina, si la persona es discapacitada.
- Los padres, siempre que no sean ellos mismos asegurados y si son dependientes.

### ***Plan básico de salud***

El sistema dominicano de seguridad social garantiza a toda su población un Plan Básico de Salud, de carácter integral, compuesto por los siguientes servicios:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno-infantil y prestación farmacéutica ambulatoria.
- Atención especializada y tratamientos complejos por referimiento desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencias, asistencia especializada por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica.
- Exámenes de diagnósticos tanto biomédicos como radiológicos, indicados por un profesional autorizado.
- Atención odontológica pediátrica y preventiva.
- Fisioterapia y rehabilitación prescritas por un especialista.
- Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a discapacitados.

En todos los casos, las prestaciones dentro del Plan Básico tendrán que estar incluidas dentro de un listado aprobado por el CNSS. Esto tiene mucho sentido, porque el mercado de bienes y servicios de salud es inmensamente amplio, satisface innumerables requerimientos, incluso muchos que no son esencialmente necesarios, mientras que el sistema de protección tiene unos recursos limitados. Estos recursos deben asignarse donde haya una mayor necesidad y, por lo tanto, es preciso racionalizar su destino. Por ejemplo, existe una gran variación de precios entre medicamentos genéricos y medicamentos de marca. Además, muchas personas acostumbran a

auto-indicarse medicamentos que no siempre necesitan. Todo esto debe ser sometido a regulaciones especiales que optimicen los recursos del sistema.

Como se ha visto, el Plan Básico de Salud es muy completo. Aunque todavía no están definidas las prestaciones específicas a ser incluidas, la idea general es que estén cubiertas la mayor parte de las dolencias que sufre la población dominicana, con las intervenciones más costo-efectivas.

### ***Subsidios económicos***

En el caso del régimen contributivo, los afiliados tendrán derecho a subsidios económicos, tanto por enfermedad como por maternidad y siempre que el asegurado haya cotizado un mínimo de doce meses, en el caso de enfermedad y de ocho meses, en el caso de maternidad. Asimismo, las trabajadoras que perciban salario inferior a tres salarios mínimos, tendrán derecho a un subsidio de lactancia durante doce meses después de dar a luz. El monto de los subsidios y la forma de entrega, serán determinados por el CNSS.

### ***Planes complementarios***

La ley expresa que podrán existir planes complementarios, financiados por los individuos, para cubrir prestaciones no incluidas en el Plan Básico. El CNSS tiene a su cargo la reglamentación de la operación de estos planes.

## **Funcionamiento del sistema**

Desde el punto de vista del usuario, interesa imaginar cómo sería la operación del sistema, de qué manera funcionaría la libre elección, cómo se accedería a los servicios. Todo esto tendrá que ser reglamentado por el CNSS, pero los lineamientos generales están descritos en la ley.

En primer lugar, cómo afiliarse al sistema. Como hemos dicho, existe un sistema único de afiliación, en la Tesorería de la Seguridad Social. Las aseguradoras, o ARS, tienen interés de afiliarse a la mayor cantidad posible de gente y para ello, la ley les permite contratar promotores debidamente autorizados. Así es que, posiblemente, todos recibiremos en algún momento el llamado de dichos promotores, quienes llevarán la información a su ARS y a la Tesorería. Pero también habrá la posibilidad de dirigirse directamente a la Tesorería, las personas particulares o a través de la empresa donde trabajan, siempre que sea pública la información sobre las ARS disponibles, que permita a las personas hacer su elección.

En este caso, la empresa podría presentar una planilla con sus empleados y la ARS de su elección y someterla a la Tesorería. En esta planilla incluirá el salario de los empleados y el porcentaje que se le descontará a éste y el que aportará el patrón. Al mismo tiempo, la empresa remitirá a las ARS la información sobre los empleados que la han seleccionado con sus dependientes y ésta tendrá que hacer los carnets correspondientes. Luego remitirá la información también a la Tesorería. Esta última necesita tal información tanto para recaudar las cotizaciones de las empresas, como la correspondiente a las ARS, para efectuarles los pagos mensuales correspondientes. Como existirá un sistema moderno de información computarizada, las informaciones que provengan de diferentes fuentes podrán ser cotejadas y compatibilizadas.

El hecho es que todos los dominicanos poseerán un carnet correspondiente al sistema de seguridad social, con un número vinculado al de su cédula de identidad electoral. Con este carnet podrán reclamar sus servicios, en la ARS que han seleccionado y que pueden cambiar al cabo de un año, si no están conformes con la atención recibida.

Las ARS, por su parte, deberán organizar la red de proveedores. Estos últimos, sean médicos, clínicas, hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, farmacias, etc., deberán estar debidamente acreditados por la SESPAS e inscritos en la Superintendencia de Salud. Se entiende por una red de proveedores, un conjunto de instituciones interrelacionadas, que puedan entregar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud.

El usuario escogerá el médico de cabecera dentro de una lista que le entregará la ARS de su preferencia, a donde se afilió y en la cual permanecerá al menos un año. Este médico de cabecera o médico familiar, estará a cargo de todo lo que se llama la “atención primaria”. Es decir, hará el diagnóstico, en caso de enfermedad, dará seguimiento a los embarazos, controlará el crecimiento y desarrollo de los niños, llevará un record completo con todas las acciones preventivas realizadas por sus pacientes – de las cuales será responsable – y el seguimiento de los referimientos que él o ella ha indicado. Cuando un paciente requiera de la consulta de un especialista, o requiera un tratamiento especializado, él o ella hará este referimiento y luego, se hará cargo del control del paciente después de dicho tratamiento.

Siempre que las prestaciones estén incluidas en el Plan Básico, el usuario generalmente no pagará nada o un copago mínimo, de acuerdo al tipo de servicio que necesite. Si le recetan medicamentos – siempre que estos se hallen en el listado aprobado por el CNSS – los mismos le serán entregados en las farmacias asociadas al sistemas, con el aporte de un porcentaje por parte del usuario.

En consecuencia, el nuevo sistema de seguridad social en salud, pone el énfasis en la prevención. El primer nivel de atención constituye, no sólo la puerta de entrada al sistema, sino el pilar en el que se fundamenta un esfuerzo para mantener a la gente sana. En definitiva, eso es lo que interesa: que las personas adquieran conciencia de la importancia de su salud, que adopten estilos de vida saludables y que el personal de salud las ayude a prevenir la enfermedad. Cuando ésta se produce, se requiere de un sistema adecuadamente interrelacionado y organizado, a fin de que las personas sean conducidas por todos los canales de la red de servicios de salud para que se detecte el problema y se le dé adecuada resolución. Finalmente, luego de concluidas las intervenciones necesarias, es preciso que alguien dé el seguimiento. Entonces, la persona vuelve al primer nivel de atención, donde consta en su récord lo sucedido y el personal del mismo controla el proceso hasta la recuperación total de la salud.

Pero además, el primer nivel de atención se ocupará de llevar un control sobre cada una de las personas afiliadas, procurando que éstas consuman los servicios preventivos que les corresponden, pues si esto se logra, es más factible que la gente se mantenga saludable. Esto constituye un cambio fundamental y esencial en la concepción del sistema, pues por primera vez, los incentivos estarán colocados en promover la salud, en vez de lo que sucede en la actualidad y en la mayoría de los países, donde el énfasis se encuentra en curar la enfermedad.

## Implementación del régimen subsidiado

Como se señalaba al principio de este capítulo, una de las formas de lograr un incremento del financiamiento público era la asignación de fondos a las personas pobres, mediante un mecanismo de focalización. En la actualidad, el gobierno financia las instalaciones y el personal de la SESPAS, independientemente de los servicios que presten, tanto en cuanto a calidad, cantidad o pertinencia. En el nuevo sistema, que se desarrollará a través del Seguro Nacional de Salud, se pretende que haya una correlación entre los servicios prestados (paquete básico) y la población asignada. Esto requiere una identificación de la población pobre, la cual recibirá un carnet – igual que el resto de la población – que la hará beneficiaria del régimen subsidiado de la seguridad social.

Si bien la ley consagra que todos los dominicanos tendrán derecho al mismo conjunto de prestaciones y tendrán la libertad de escoger dónde buscar sus servicios, la misma ley propugna por el principio de la gradualidad. No es posible lograr la universalización de la cobertura de salud desde un principio. Las posibilidades de hacer esto realidad requieren de una total transformación de la estructura pública de servicios de salud – las redes de la SESPAS y del IDSS – porque ellas consumen el grueso de los recursos que el Estado asigna al sector. Si se quiere asignar estos fondos de manera diferente, es preciso reestructurar dichos servicios.

La ley de seguridad social señala que la SESPAS deberá separar los fondos de su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población incluida en el régimen subsidiado y el precio del plan básico de salud, se sabrá cuántos recursos adicionales tiene que aportar el Estado Dominicano. Pero en la actualidad, los fondos se asignan a los establecimientos, básicamente para cubrir los sueldos y salarios del personal, como se dijo, independientemente de los servicios que brindan.

Transformar esto no es tarea fácil. La misma ley ordena a la SESPAS y al IDSS entrar en un proceso de reestructuración, en lo concerniente a la forma de contratación de los recursos humanos, su capacitación, la separación de las funciones de regulación de las de administración de riesgos y provisión de servicios y otras medidas.

El Seguro Nacional de Salud será el instrumento encargado de ir desarrollando la función de aseguramiento dentro del sistema público, lo que a la vez, fomentará la reestructuración de los proveedores, a fin de que estén preparados para modificar la forma en que recibirán sus pagos.

En una primera etapa, la forma de implementar el régimen subsidiado podría ser extender el Fondo de Atención Primaria a toda la población pobre del país. En la actualidad, este fondo existe de manera piloto en las provincias de Azua, San Juan de la Maguana y Elías Piña. Sus características fundamentales son las siguientes:

- ***Paquete de servicios de primer nivel:*** Se define un conjunto de prestaciones basado en las necesidades de salud básica de la comunidad, con énfasis en la promoción y prevención. Se trata de intervenciones costo-efectivas del primer nivel más el parto, incluyendo medicamentos ambulatorios.
- ***Proveedores comunitarios:*** Las redes de atención primaria tienen sustento en la comunidad y poseen una gran representatividad de la misma.

- **Referencia y contrarreferencia:** Coordinación con el segundo nivel (hospitales públicos, generalmente) para dar seguimiento a los pacientes.
- **Base territorial:** Se seleccionan barrios y comunidades pobres en cada provincia, donde se decide implementar el FONAP.
- **Pagos per cápita:** El FONAP paga a las redes de proveedores organizadas en cada comunidad, con un valor per cápita, o sea, una suma determinada por cada uno de los habitantes de la comunidad que tienen que ser inscritos.

El FONAP está diseñado para cubrir las necesidades básicas de la población, fortaleciendo todo lo que es propiamente salud, es decir, promoción y prevención. Las redes comunitarias de proveedores tienen la obligación de inscribir a toda la población de su área geográfica y deben velar porque todas las personas consuman los servicios preventivos que requieren. Es decir, el médico no se sienta a esperar que le lleguen los pacientes, sino que va activamente a buscarlos, conjuntamente con su equipo formado por otros profesionales de la salud.

En los casos en que los individuos requieran los cuidados especializados y la hospitalización, es necesario recurrir a las instalaciones existentes de la SESPAS y del IDSS. Como se dijo más arriba, éstas ya están entrando en un proceso de reestructuración que les permitirá responder adecuadamente a las necesidades de la población.

Al finalizar el período de transición, se espera que se hayan borrado las diferencias en cuanto a calidad entre los proveedores públicos y privados. Todos los ciudadanos disfrutarán de las mismas prestaciones y tendrán la posibilidad de ejercer libremente su derecho a escoger.

## CONCLUSIONES

Tal como se señaló previamente, la reforma de la seguridad social es un hecho histórico sin precedentes, es la reforma social por excelencia y constituye la base para la construcción de una nueva sociedad.

Sin embargo, la ley por sí sola no puede realizar cambios. Se necesita voluntad política y gestión ejecutiva, lo cual es particularmente cierto en el caso del régimen de salud, donde las transformaciones que hay que realizar son inmensas. Sin una verdadera decisión política de implementarla y darle todo el apoyo necesario, la reforma se puede quedar en el papel.

En un primer momento, la extensión de cobertura que se producirá será muy notable. Al hacerse viable el aseguramiento social para todos los trabajadores asalariados, es posible incrementar fuertemente la población asegurada en los primeros años, al cubrir a todos aquellos trabajadores que hoy no disfrutaban de esa protección, así como a sus familias.

No obstante, queda una porción de la población trabajadora que está actualmente en el IDSS, la cual seguirá cautiva por unos años más. La suerte de dicho sector de la población dependerá de la voluntad que exista en esta institución para transformarse realmente en una verdadera administradora de riesgos de salud.

La implementación del régimen subsidiado es más difícil aún y, tal como se comentó antes, requiere de una profunda transformación en la SESPAS, lo cual necesita de un apoyo político y una visión de futuro inquebrantables. Asimismo, depende de cómo se desarrolle el nuevo Seguro Nacional de Salud, que tendrá a su cargo el aseguramiento de los pobres, indigentes y desempleados, así como de los empleados públicos que hoy no tienen cobertura.

Quizás los dos aspectos más fundamentales para promover la eficiencia en estas instituciones sean, por un lado, la asignación de los recursos a los proveedores públicos según la cantidad y calidad de los servicios prestados y, por el otro, la autonomía de los hospitales públicos para manejar su financiamiento, su personal y todas sus decisiones administrativas.

En consecuencia, el gran desafío es hacer eficiente el sistema público. La Ley de Seguridad Social crea la posibilidad pero no constituye una garantía. Se requiere un esfuerzo de gestión, consciente, inteligente, consistente y realista. No hay dudas de que, como país, hemos dado un gigantesco salto hacia delante con la aprobación de la Ley de Seguridad Social. Ahora nos toca la tarea ardua de materializarla en nuestra realidad social.

## TEMAS PARA LA REFLEXIÓN

1. Piense en cuáles son los factores que influyen en la salud de una población. ¿Qué puede hacer el gobierno para mejorarlos? ¿Qué pueden hacer los ciudadanos organizados y usted mismo, individualmente?
2. Investigue en las Cuentas Nacionales de Salud cuánto invierte el gobierno en el sector salud y cuanto aportan las familias. ¿Qué podría hacerse para reducir el aporte familiar?
3. Se ha dicho que las necesidades de salud son ilimitadas y los recursos escasos. ¿Qué se puede hacer para asignar los fondos racionalmente? ¿Cuáles cree usted que son las prioridades en materia de salud?
4. ¿Cómo funciona un sistema de seguros de salud? ¿Por qué el seguro protege financieramente a la familia?
5. ¿Cuál es la diferencia entre un seguro social de salud y un seguro privado? Piense en las ventajas y desventajas de cada uno, tanto en términos individuales como sociales.

## SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| BID     | Banco Interamericano de Desarrollo.                               |
| BM      | Banco Mundial   |
| CERSS   | Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud.              |
| CESDEM  | Centro de Estudios Demográficos.                                  |
| CNS     | Cuentas Nacionales de Salud.                                      |
| ENDESA  | Encuesta Demográfica y de Salud.                                  |
| ENIGF   | Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares.                |
| FONAP   | Fondo de Atención Primaria.                                       |
| GNS     | Gasto Nacional en Salud.  |
| IDSS    | Instituto Dominicano de Seguros Sociales.                         |
| OCT/CNS | Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud. |
| OECD    | Organización Europea de Comercio y Desarrollo.                    |
| ONAPLAN | Oficina Nacional de Planificación.                                |
| ONG     | Organizaciones no Gubernamentales.                                |
| OPS     | Organización Panamericana de la Salud.                            |
| PHR     | Partnership for Health Care Reform.                               |
| PIB     | Producto Interno Bruto.   |
| RD      | República Dominicana.   |
| SESPAS  | Secretaría de Estados de Salud Pública y Asistencia Social.       |
| USAID   | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.   |

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berman, Peter **Health Sector Reform in Developing Countries, Making Health Development Sustainable**, Distributed by Harvard University Press, Boston, Massachusetts, (1995).

CESDEM, PROFAMILIA, ONAPLAN, Macro International, **Encuesta Demográfica y de la Salud (ENDESA)**, Santo Domingo, (1997).

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

Hsiao, William, **Abnormal economics in the health sector**, publicado dentro del libro de P. Berman, **Health Sector Reform in Developing Countries: making health development sustainable**, Harvard University Press, (1995).

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

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

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

Rathe, Magdalena, **Salud y Equidad: Una Mirada al Financiamiento a la Salud en la República Dominicana**, Macro International / USAID, Santo Domingo (2000).

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

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