LAC RSS
INICIATIVA REFORMA SECTOR SALUD

mayo 1999

15

CUENTAS NACIONALES DE SALUD: EL SALVADOR

Versión Preliminar

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de los autores y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO V

RESUMEN EJECUTIVO IX

1. INTRODUCCIÓN 1

2. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD 3

3. LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD V

3.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO V
3.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS V
3.3 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE 1996 VII
3.3.1 Matriz 1: De las fuentes a los agentes financieros vii
3.3.2 Matriz 2: Flujos financieros de los agentes financieros a los proveedores x
3.3.3 Matriz 3: Agentes financieros según tipo de servicio (por función) xi
3.3.4 Matriz 4: Agentes financieros según categoría del gasto (por objeto) xii

RESUMEN EJECUTIVO

Las cuentas nacionales de salud se proponen conocer la estructura y los flujos financieros dentro del sector salud. Entre las preguntas que las cuentas nacionales de salud pueden contestar, se encuentran las siguientes:

- De que tamaño es el sector salud
- Cuales son los distintos componentes
- Quien controla la asignación de los recursos
- Quien paga, para que y quien recibe los pagos

Otro objetivo de las cuentas nacionales de salud es mejorar las políticas del sector. La disponibilidad de esta información, permite a las autoridades tomar mejores decisiones, tanto en términos de hacer más equitativo el financiamiento de la salud, como en lograr una mayor eficiencia en la asignacion de los recursos.

El tercer objetivo de las cuentas nacionales de salud, es que nos permiten monitorear los cambios que se producen en el sector, como resultado de la aplicación de ciertas políticas. Esto es especialmente importante cuando en el país se esta desarrollando un proceso de reforma, como es el caso de la República Dominicana. En este sentido, dichas cuentas permitirán establecer puntos de partida para medir, entre otros asuntos, los siguientes:

- El impacto de las reformas sobre los costos totales
- Si se han alcanzado las metas de reasignación de recursos
- Quién se beneficia con las reformas
- Si se ha logrado la sostenibilidad

Una estimación preliminar del financiamiento del gasto nacional de salud en la Republica Dominicana para 1996, muestra que ascendió a RD$ 17,221.9 millones. En terminos porcentuales, el Gobierno aporta al gasto nacional de salud, un 14.4% del total, las familias un 75.9%, las empresas un 7.9% y el resto del mundo un 1.8%.

Segun estas cifras, el gasto nacional en salud asciende a un 7.8% con relación al PIB, cifra bastante elevada dentro del contexto Latinoamericano, pues es superior a la mayoria de los paises de la region y similar a la de varios paises europeos, que ya han logrado la cobertura universal y que poseen altos niveles de salud. En la Republica Dominicana, sin embargo, existen todavia importantes sectores de la población sin cobertura de salud y al margen de estos servicios. Esto, unido a la ineficiencia con que son entregados, a la baja calidad, tanto en el sector publico como privado, se traduce en que la situación de salud sea pobre. En efecto, aun predominan las enfermedades infecto contagiosas, sobre todo las que afectan a la población infantil, muchas de las cuales podrian ser resueltas a bajo costo, con adecuados mecanismos de salud publica.

A pesar de que la política expresa del Gobierno es favorecer la promoción y prevención de la salud, sobre todo, de la madre y el niño, la proporción de los recursos destinados a estos fines es sumamente baja. Es justo reconocer, no obstante, que solo la mitad del año bajo analisis puede atribuirse a la presente gestión gubernamental.

El aporte de las familias es de un 5.5% del PIB, el del Gobierno, un 1% y el de las empresas 0.6%. Por su parte, la proporción que representa el financiamiento desde el exterior, asciende a un 0.1% del PIB. Esta última cifra es relativamente baja dentro de la región.

Comment [mr1]: Poner nuevos datos y refrasear.

Las cifras anteriores nos muestra la baja proporción del aporte gubernamental y la elevada carga que este gasto significa para las familias. En la mayoría de los paises, por lo menos la mitad del gasto total corresponde al Gobierno. Si a esto se agregan las grandes ineficiencias con que se entregan los servicios de salud del Gobierno, es probable que sea muy bajo su impacto en la mejoría de las condiciones de salud de la población y en la distribución del ingreso.

En cambio, el gasto de las familias es sumamente alto comparado con otros paises. Si tenemos presente que el grueso de la población no esta asegurada y que estos desembolsos que realizan las familias constituyen gasto de bolsillo, es decir, dinero que la gente tiene que restar de sus ingresos para cubrir directamente (y sin reembolso) estas necesidades vitales, estas cifras nos dicen que hay un evidente y muy grave problema de equidad en el financiamiento de la salud en el pais.

En efecto, si nos referimos a la cobertura de seguros de salud, para 1996 tenemos las siguientes cifras: el 80.5% no tiene seguro, un 5% esta asegurado por el IDSS; un 12% por seguros privados y un 1.7% de otros tipos de seguros.

La mitad de las familias dominicanas se hospitaliza en clínicas privadas y la otra mitad lo hace, fundamentalmente, en hospitales de SESPAS. Una minoría utiliza los hospitales militares y del IDSS. Inclusive, alrededor de una tercera parte de la población mas pobre del pais, utiliza las clinicas privadas. Esto es realmente asombroso, porque dichos grupos no las deberían utilizar nunca si no estan asegurados, ya que, como hemos dicho, es la familia quien debe afrontar ese gasto. Si lo hacen, esto sugiere una desconfianza en el sistema público de salud y tiende a elevar los costos, tanto para las familias como para todo el sistema, en su conjunto.

Las recomendaciones que surgen del analisis de las cuentas nacionales de salud, van orientadas a una reforma del financiamiento del sistema. Este último es tan injusto, que por sí solo justificaría una reforma estructural. Es preciso revertir la composicion publico privada del gasto, aumentando la proporcion publica y reduciendo el pago directo. Esto puede ser logrado mediante lo siguiente:

Una reforma del sistema de seguro social, mediante la creación de un seguro nacional de salud con vocación de universalidad. Esto se podría iniciar con los grupos de población con capacidad contributiva y extenderse a grupos parcialmente subsidiados por el gobierno, como el sector microempresarial.

Una reorientación del gasto público para dar prioridad a los niveles primarios, mediante la localización de un conjunto de servicios basicos a poblaciones pobres.

Una elevación de las asignaciones a las tareas propiamente de salud pública, particularmente en las áreas de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad.

una reestructuración de los hospitales que sean viables, a fin de que puedan funcionar como empresas públicas financieramente auto sostenibles y no consuman improductivamente, el grueso de los recursos públicos asignados a salud.

como es natural, todas estas reformas del área financiera, deben ir acompañadas de esfuerzos importantes en otras areas, tales como el fortalecimiento institucional, el mejoramiento continuo de la calidad, la creación de los sistemas de información.

Las cuentas nacionales de salud, elaboradas por primera vez en la república dominicana, servirán como línea de base para monitorear los efectos de las reformas que se avecinan. uno de los aspectos principales que dichas cuentas permitirán analizar, son los cambios en la composición del financiamiento y con ello, sus efectos en la equidad y en el nivel de vida de la población. por ejemplo, si mediante la reforma, los servicios de salud del gobierno mejoran en cantidad y calidad, es muy probable que la población pobre que hoy utiliza servicios privados, deje de hacerlo, con lo cual se elevaría la disponibilidad de recursos familiares para otros fines, como mejorar su alimentación. del mismo modo, la mayor cobertura de aseguramiento en salud, tanto social como privado, también redundaría en mejorar la calidad de vida de la población dominicana.

La elaboración de las cuentas nacionales en salud debe constituir un esfuerzo permanente de levantamiento estadístico de datos. en este sentido, se recomienda la creación de una comisión nacional de cuentas nacionales en salud, que se encargue de dar seguimiento a este proceso. la misma estaría integrada por las siguientes instituciones públicas: la secretaría de estado de salud pública, la oficina nacional de planificación, la comisión ejecutiva para la reforma del sector salud y el banco central de la república dominicana. esta última institución debería continuar con el procesamiento de los datos, en base a informaciones preparadas especialmente para estos fines, por las instituciones anteriores. Ademas, esta comisión deberia valorar la participación de ciertas instituciones clave del sector privado con y sin fines de lucro, universidades, agencias internacionales y personas particulares interesadas.

RESUMEN EJECUTIVO

A raíz de la importancia que han ido adquiriendo los aspectos de financiamiento y uso de los recursos del sector salud, como factor inherente al mejoramiento de la eficiencia y eficacia de los servicios, durante los últimos años se han efectuado diversos esfuerzos con el objeto de conocer las dimensiones económicas del sector respecto a la economía en su conjunto, los aportes del mismo en la generación de fuentes de empleo e inversión y la utilización y destino de los recursos financieros disponibles.

La iniciativa de las cuentas nacionales en salud (cns), dentro de la cual el salvador forma parte junto con otros seis países de américa latina y el caribe, intenta responder a interrogantes acerca del financiamiento y uso de los recursos del sector salud, la importancia del gasto en salud en los países y los flujos financieros del sector.

Dicha iniciativa culmina con el presente documento, en donde se dimensiona al sector salud, desde la óptica del financiamiento y de los gastos, distinguiendo las distintas fuentes de financiamiento y el uso final de los recursos, por objetos de gastos, tipo de establecimientos y funciones.

La consolidación y análisis de los gastos en salud del sector, necesariamente deben incluir a todas aquellas instituciones de carácter público o privado que realizan acciones en salud orientadas, tanto a la atención preventiva como curativa; así como a las entidades que efectúan acciones de saneamiento ambiental, dotación de agua potable y tratamiento de desechos sólidos. Sin embargo, dadas las limitaciones de información que se presentaron, no ha sido posible incluir dentro del gasto en salud a la totalidad de instituciones del sector. De tal manera que los resultados hasta aquí presentados, incluyen únicamente información sobre gastos del ministerio de salud pública y asistencia social y su red de servicios (hospitales, centros y unidades de salud), instituto salvadoreño del seguro social, y compañías de seguros de salud, 12 organizaciones no gubernamentales aglutinadas en el proyecto de salud materno y supervivencia infantil (prosami) y los hogares. salvo que, en lo referente al financiamiento del sector salud, se dispuso de información de sanidad militar y bienestar magisterial.

A continuación se presenta una síntesis de los principales resultados obtenidos.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Durante 1998, el sector contó con un financiamiento aproximado de ¢7,417.7 millones, aportados por la cooperación externa, el ministerio de salud pública y asistencia social, el instituto salvadoreño del seguro social, bienestar magisterial, sanidad militar, hospital de antel, compañías de seguros de salud, prosami y los hogares. del financiamiento global del sector, el ministerio de salud (incluyendo en este los fondos goes, financiamiento externo y recursos propios) y el isss aportaron el 43% del mismo, en tanto que los hogares aportaron un significativo 53% del financiamiento total (ver **tabla 1 resumen**).

Llama la atención el alto porcentaje de aportación de los hogares al financiamiento de la salud. Lamentablemente, la información no permitió distinguir el destino de dicho financiamiento hacia los sectores público y privado, lo cual es importante con el objeto de evitar la doble contabilización de los gastos.

GASTOS EN SALUD DEL SECTOR

Para la determinación del gasto nacional en salud en el salvador, se partió de la definición de una base conceptual acerca de que considerar como gasto en salud. En el presente documento, los resultados sobre el gasto en salud, únicamente incluyen los referentes a gastos directos en la administración y prestación de servicios de salud . Por limitaciones de información no se incluyeron los gastos de otras actividades que influyen en el nivel de salud de la población, llámense estas de saneamiento ambiental, dotación de agua potable, manejo de desechos sólidos, etc.

De acuerdo a las estimaciones efectuadas, para 1996 en El Salvador se tuvo un gasto en salud de ¢ 6,832 millones, equivalentes al 7.3% del producto interno bruto. Situación que ubica a El Salvador en el promedio del gasto en salud de los países de las Américas y el Caribe (ver **Tabla 8 Resumen**).

Dicho gasto, traducido en términos percápita anuales, implicó una erogación de ¢1,180 colones ($ 135 dólares) por persona durante el año en referencia.

Al igual que con el financiamiento, el gasto en salud se desagregó en sus componentes público y privado. Observándose la importancia relativa que el gasto privado en salud, representado principalmente por los hogares, ha adquirido en la dinámica de gastos del sector sanitario. Magnitudes que deben ser consideradas en la definición de políticas de recuperación de costos y financiamiento del sector.

Un breve resumen del gasto en salud, desde la perspectiva pública y privada, se cita a continuación.

Sector Público

1. Gobierno Central: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El MSPAS dispuso de ¢1,702. 2 millones (76.9% procedentes de fondos GOES, 19.6% de la cooperación externa y el 4% de fondos propios), se ejecutó el 94% de los mismos, sin considerar los gastos efectuados con los recursos del patronato, de los cuales no se contó con información precisa.[1]

De los fondos GOES ejecutados por el MSPAS (¢ 1,251.7 millones) y recursos propios reportados por los hospitales (¢ 16.3 millones), el 50% del total se concentro en los hospitales nacionales; siguiéndole en su orden las unidades y centros de salud, quienes absorbieron el 22 y 12 por ciento de los gastos efectuados, respectivamente. Esto indica que, a 1996, aún prevalecía el esquema de destinar mayores recursos hacia el segundo y tercer nivel de atención, cuyos servicios son más costosos y menos efectivos para resolver los problemas de salud de la población salvadoreña, caracterizada por presentar un perfil epidemiológico con un alto componente de enfermedades infecto contagiosas y transmitidas por vectores.

Asimismo, Vistos los gastos no desde la óptica de la distribución por establecimientos, sino por rubros de gasto, se encontró, en términos generales, que del total ejecutado de los recursos procedentes del Tesoro Público y recursos propios (¢1,268. millones), el 59.8% se utilizó para el pago de remuneraciones; y, el 9.57% a los gastos de operación institucional (gasolina, mantenimiento de maquinaria e infraestructura, suministros varios,

[1] Debido a laslimitaciones de la información sobre gastos, el financiamiento de la cooperación externa se consideró como ejecutada en su totalidad. Los recursos propios se estimaron de los informes de egresos de los Hospitales, restando de ellos los fondos GOES transferidos. En la práctica los recursos propios generados son superiores a los aquí reportados.

servicios básicos, etc.). concentrando entre ambos rubros un fuerte porcentaje (casi el 70%) de los gastos efectuados con estos fondos durante 1998. El restante 30% de los gastos, mayoritariamente estuvo concentrado en los rubros de medicamentos (14.5%), insumos medico quirurgicos (6.13%) e inversion (4.89%), entre otros de menor importancia relativa.

La situación antes apuntada evidencia un serio problema de concentración en el uso de los recursos disponibles en el Ministerio de Salud, en rubros cuya naturaleza les imprime un caracter altamente rígido (remuneraciones y gastos de funcionamiento). De continuarse con esta tendencia y no experimentarse incrementos sustanciales en la dotación presupuestaria del ramo, en los próximos años es posible experimentar un serio deficit en rubros prioritarios como los medicamentos, insumos medico quirurgicos y de Laboratorio y otros de similar importancia. Salvo que los recursos propios, cuya cuantia exacta se desconoce, esten jugando un importante rol en el financiamiento de los establecimientos del MSPAS.

Otra forma de analizar los gastos del Ministerio de Salud, es por la vía de su distribución funcional, es decir, hacia donde el MSPAS y los establecimientos de

salud (unidades, centros y hospitales) destinan sus recursos de acuerdo a sus principales lineas de accion.

Para el caso, se pudo observar, a través de las estimaciones correspondientes, que durante 1998, los recursos financieros gastados por las unidades de salud, se concentraron prioritariamente en atender los programas de atención en salud reproductiva y nutricion, absorbiendo el 54.7% (¢ 151.7 millones) de los gastos efectuados por estos establecimientos; siguiéndole en ese orden los programas de promocion y fomento de la salud (18.8%) e inmunizaciones (14.5%), entre otros. Por su parte, los centros de salud, destinaron el 59% de sus recursos hacia la atención ambulatoria y el resto (41%) hacia la atención hospitalaria.

Respecto a los hospitales nacionales, con la información disponible pudo observarse que el mayor porcentaje de los gastos efectuados, se concentró en la atencion integral a la persona (atencion de salud) y solamente un 11.5% de los recursos financieros ejecutados se destino a gastos de direccion y administracion institucional.

En cuanto a la asignacion de recursos a los diferentes niveles de atención, el segundo y tercer nivel acapararon montos importanes, significando entre ambos el 74% de los gastos en salud del MSPAS.

Desde una perspectiva macro, el total de gastos en salud ejercidos por el Gobierno Central, a traves del MSPAS y su red de servicios, representó el 1.7% del Producto Interno Bruto.

2. Sistemas de seguridad social : Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

Del total de los ingresos percibidos por el ISSS durante 1998 en el Regimen de Salud (¢ 1,522.0 millones), procedentes de las aportaciones patronales de empresas e instituciones publicas, cotizaciones de trabajadores y jubilados; y, de los productos de sus inversiones, se gastaron en salud el 79% de los mismos. El resto de gastos efectuados con recursos de este Regimen, por ser en caracter de prestaciones economicas, tales como subsidios en caso de riesgos comunes o profesionales y de maternidad; y el pago de pensiones por incapacidad permanente, viudez, orfandad u otros, no se consideraron como gastos en salud.

Si se observa el destino de los ¢1,202.8 millones gastados en salud, en términos de su distribución por tipo de establecimientos, puede señalarse que los hospitales especializados (tercer nivel) dispusieron del 61.4% de los mismos, mientras que los consultorios y unidades medicas clasificadas como primer nivel de atencion absorbieron tan solo el 7%. El segundo nivel de atención, compuesto por las unidades medicas complejas y los hospitales

generales del ISSS, utilizaron el 19.8% de los recursos. El resto de gastos se concentró en la administración central, captación de recursos, desarrollo de la infraestructura y prestaciones económicas (en especie) del régimen de salud.

La estructura de distribución de los gastos en salud efectuados por el ISSS, según tipo de establecimientos, no se diferencia de la presentada por el MSPAS, confirmandose la alta centralización de los esfuerzos y recursos institucionales de carácter público, en la atención hospitalaria.

Los flujos financieros del ISSS, desde la óptica de su distribución por rubros de gastos, tampoco parecen tener mucha distancia respecto a la estructura presentada por el MSPAS. De hecho, los gastos en remuneraciones representaron el 50.7% del total de gastos de este institute; en tanto que, los desembolsos en concepto de gastos de operación (combustible, mantenimiento, suministros en general, servicios basicos y otros gastos de funcionamiento), representaron el 15.25% de los gastos totales. Ambos rubros (remuneraciones y gastos de operación), caracterizados por su alta rigidez hacia la baja, absorbieron el 65.95% de los gastos en salud del ISSS, apenas un 3.43% menos de lo que estos rubros representaron en los gastos del MSPAS.

La situación antes descrita señala, por un lado, un serio problema de distribución de los recursos disponibles en ambas instituciones, cuyos gastos administrativos absorbieron en 1995 mas de las dos terceras partes de sus recursos; y, por otro, la tendencia hacia la rigidez en la movilización de sus gastos y el consiguiente desfinanciamiento en áreas criticas de los servicios de salud (medicamentos, insumos medico quirúrgicos, inversión y alimentos).

Vistos los gastos en salud del ISSS, desde la óptica su distribución funcional, se observa que durante 1996, el 62.9% de los gastos efectuados se concentraron en la atención especializada de salud, el 25.4% en la atención integral de salud; y, el 2.5% en el desarrollo de la infraestructura [2] .El saldo restante se utilizó para hacer frente a los gastos de dirección y administración institucional, captación de recursos y prestaciones en especie.

En términos agregados, el gasto en salud de la seguridad social, representó el 1.8% del producto interno bruto. Situación que, de acuerdo a investigaciones realizadas a nivel de las Americas y el Caribe, ubica a El Salvador, dentro de los paises con escasa cobertura poblacional de los sistemas de seguridad social (1% para 1996).

Sector Privado

Debido a las limitaciones de información, dentro de los gastos en salud relativos al sector privado, unicamente se consideraron los correspondientes a las compañías de seguros que otorgan prestaciones de servicios de salud, asi como a las organizaciones no gubernamentales dedicadas al campo de la salud y que están abocadas al proyecto de salud materno y supervivencia infantil (PROSAMI/USAID); y, los hogares. Estos últimos en su caracter de financiadores y usuarios de los servicios de salud del país.

Compañías de seguros de salud:

En El Salvador, durante 1995 un total de 9 compañías de seguros otorgaron servicios de aseguramiento para atender diversas necesidades relacionadas con el campo de la salud a sus usuarios.

[2] / En los gastos funcionales, van incorporados los gastos por remuraciones, de operación, inversión, medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y demás rubros en que se incurrió en el año para cada tipo de atención.

Dichas compañías contaron con un financiamiento, en concepto de pago de primas de seguros de salud, de ¢ 93.4 millones durante 1996 [3]. Los gastos efectuados por las mismas durante ese período, en términos de desembolsos para hacer frente a los siniestros y obligaciones contraídas con los usuarios, ascendió a la suma de ¢ 81.6 millones, contribuyendo de esta manera con el 2% del gasto privado en salud.

Organizaciones no Gubernamentales agrupadas en PROSAMI :

De acuerdo a la información financiera obtenida , el financiamiento con que se contó para las 12 ONG's del proyecto fue de ¢ 11.9 millones, procedentes de la cooperación internacional (Agencia Internacional para el Desarrollo).

En relación a los gastos en salud efectuados, estos fueron de igual cuantía a sus ingresos (¢ 11.9 millones), concentrándose el 84% de los mismos (¢ 10.1 millones) en la atención primaria de salud. El saldo restante (¢ 1.8 millones) se utilizó en la dirección y administración institucional de PROSAMI.

En cuanto a la distribución de los gastos por rubros, alrededor de los ¢ 8.6 millones de los recursos gastados en el primer nivel de atención, se utilizaron en pago de remuneraciones, siguiéndole en orden de importancia los gastos de operación. Entre ambos rubros, concentraron el 87.8% de los gastos efectuados en el primer nivel de atención.

Respecto a los gastos en salud del sector privado, los efectuados por PROSAMI representaron el 0.3%.

Hogares :

De acuerdo a la información capturada del sector salud, los hogares se han convertido en un importante agente financiador del mismo. Para 1996, su contribución fue del orden de los ¢ 3,933.9 millones (mas del financiamiento conjunto del ISSS y del MSPAS en ese año, incluyendo en este último la cooperación externa recibida y parte de sus recursos propios), representando el 57.8% del gasto nacional en salud y el 4.2% del PIB.

Los gastos en salud de los hogares, estimados a partir de sus gastos de "BOLSILLO", se concentraron en pago de honorarios médicos y otros profesionales de la salud (25.8%), gastos de hospitalización (17%), compra de medicamentos (41.5%) y otros servicios médicos, tales como examenes de laboratorio, electrocardiogramas, radiografías, etc. (16%)[4].

Es importante señalar el considerable peso relativo del financiamiento de los servicios de salud por parte de las familias en pobreza extrema y relativa, las cuales en conjunto, contribuyeron con el 40% del financiamiento de los hogares al sector salud. Hecho que debera se considerado en el analisis de las inequidades del sector y en la definición de políticas de recuperación de costos y financiamiento de los servicios, especialmente si se trae a cuenta que el aporte de las familias bajo las líneas de pobreza extrema y relativa, significó durante 1996 el 1.7% del PIB. Porcentaje superior al gasto en salud del ISSS (1.2% del PIB) y similar al del Gobierno Central (1.7% del PIB).

[3] No fue posible identificar las fuentes de financiamiento de las Compañías de Seguros (familias, empresas).

[4] Las cifras de gastos de los hogares se tomó de la DIGESTYC. Encuesta de la FOMMI. 1996. Las cifras reportadas en los gastos en sa lud de los hogares fueron comparadas con las cifras actualizadas (proyectadas a diciembre de 1996) de la encuesta de ingresos y gastos de los hogares realizada durante 1991, a fin de analizar su consistencia.

El nivel de detalle de la información sobre gastos de los hogares, no permitió identificar y separar los gastos de las familias hacia el sector público y privado. Problema que se esperaría superar en las proximas encuestas de hogares de propositos multiples y de ingresos/gastos de los hogares.

Finalmente, es importante resaltar el hecho de que este primer esfuerzo interinstitucional para estimar el gasto en salud en El Salvador, si bien contiene información preliminar, sienta las bases para que, identificados los "cuellos de botella" y las areas criticas, puedan aunarse esfuerzos en los proximos años, a fin ir mejorando, enriqueciendo e institucionalizando, los procesos y metodologías de estimación de las cuentas nacionales en salud, de tal manera que puedan convertirse en instrumentos técnicos para la formulación de políticas en salud con visión sectorial y sirvan de base para establecer comparaciones a nivel internacional.

1. INTRODUCCIÓN

Durante la década de los ochenta, la República Dominicana, al igual que el resto de los países de Latinoamérica, vivió un período de estancamiento de la economía, con crisis periódicas macroeconómicas. A partir de 1991, el país vino mostrando un crecimiento sostenido, que se ha acelerado en los últimos años, con tasas cercanas al 8%, es decir, entre las más altas de la región, y con niveles bajos de inflación, generalmente, de menos de dos dígitos. Con tal motivo, ha disminuido el desempleo, tanto a nivel nacional como, muy especialmente, en las áreas donde existen zonas francas de exportación y de desarrollo turístico, a la vez que viene creciendo el ingreso per cápita. Hay una notoria expansión de las clases medias y un importante crecimiento y diversificación de las zonas urbanas.

Sin embargo, el país enfrenta retos inmensos en materia de desarrollo económico, los cuales requieren de un prolongado período de crecimiento sostenido para poder atacarlos y de una visión de largo plazo de parte de toda la sociedad. El principal de todos es el de la pobreza, que afecta a la mitad de la población dominicana, con sus consecuencias de insalubridad, bajos niveles educativos, enfermedad y muerte prematura. A pesar del crecimiento de la economía nacional, existe un fuerte rezago en las áreas institucional y social, como producto de la falta de prioridad asignada a las mismas durante décadas. Esto es notorio, particularmente, en el campo de la salud.

A través del gasto social, el Gobierno puede mejorar la distribución del ingreso y contribuir al desarrollo de la sociedad. Pero aún proponiéndoselo —como es el caso de las autoridades dominicanas a partir de agosto de 1996, que han reorientado el gasto público, dando prioridad a salud y educación— la debilidad institucional contribuye a una asignación ineficiente de los recursos y esto, a su vez, conduce a que los servicios sean de baja calidad. De esta forma, el efecto redistributivo del ingreso que tiene el gasto social se vuelve ineficaz, y restringe la habilidad del Gobierno de reducir la pobreza y alcanzar la equidad social. Esto ha motivado a las autoridades a racionalizar el uso de los recursos, proponiendo reformas tendientes a la modernización en casi todos los sectores de la economía. Un caso importante constituye el sector salud, donde el Gobierno está a punto de iniciar un programa ambicioso de reforma estructural.

La elaboración sistemática y permanente de las cuentas nacionales de salud, que se inicia en este momento, constituye un acontecimiento importante, pues permitirá a las autoridades dar seguimiento a sus esfuerzos de cambio dentro del sector y entre los distintos grupos sociales. En efecto, las cuentas nacionales de salud se proponen conocer la estructura y los flujos financieros dentro del sector salud. Entre las preguntas que las cuentas nacionales de salud pueden contestar, se encuentran las siguientes:

- De qué tamaño es el sector salud
- Cuáles son los distintos componentes
- Quién controla la asignación de los recursos
- Quién paga, para qué y quién recibe los pagos

Otro objetivo de las cuentas nacionales de salud es mejorar las políticas del sector. La disponibilidad de esta información, permite a las autoridades tomar mejores decisiones, tanto en términos de hacer mas equitativo el financiamiento de la salud, como en lograr una mayor eficiencia en la asignación de los recursos.

El tercer objetivo de las cuentas nacionales de salud, es que permiten monitorear los cambios que se producen en el sector, como resultado de la aplicación de ciertas políticas. Esto es especialmente importante cuando en el país se está a punto de iniciar un proceso de reforma, como es el caso de la República Dominicana. En este sentido, dichas cuentas permitirían establecer puntos de partida para medir, entre otros asuntos, los siguientes:

- El impacto de las reformas sobre los costos totales
- Si se han alcanzado las metas de reasignación de recursos
- Quien se beneficia con las reformas
- Si se ha logrado la sostenibilidad

Responder estas preguntas debe ser una actividad permanente, pues ello permitirá tomar mejores decisiones y, ademas, verificar que se cumplen los objetivos que las han motivado.

A. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), es la principal proveedora de servicios públicos de salud, la mayor empleadora de recursos humanos, y quien administra la mayor cantidad de establecimientos de salud, ofertando casi la mitad de las camas hospitalarias. Sin embargo, sólo una tercera parte de la población demanda en ella su atención ambulatoriay casi la mitad, la hospitalaria (ver cuadro 1)[5]. Dentro de ese total se hallan ciertos servicios preventivos, como las vacunaciones y la planificación familiar, que son ofrecidos principalmente por SESPAS, a donde acuden dos tercios de la población.

Cuadro 1

Utilización de servicios de salud (% de hogares que presentaron problemas de salud, accidente o embarazo, y que buscaron atención fuera del hogar)

Tipo de hogar	SESPAS		IDSS		FFAA		PRIVADO	
	ESU	ENDESA	ESU	ENDESA	ESU	ENDESA	ESU	ENDESA
Servicios ambulatorios (1)								
Urbano	62.6	63.2	3.6	0.1	1.4	1.5	66.1	54.2
Rural	46.0	60.7	1.0	4.1	0.5	0.5	54.6	64.6
20% más rico	10.2	25.0	2.4	4.4	0.5	0.5	73.0	60.2
20% más pobre	43.3	61.5	4.6	4.4	0.3	0.3	40.2	63.5
Promedio	60.7	40.6	2.7	5.4	1.0	1.0	50.0	47.6
Servicios hospitalarios (2)								
Urbano	46.5	60.3	3.0	0.6	3.2	2.4	40.4	54.6
Rural	50.0	60.1	2.4	2.1	1.6	0.0	60.3	60.3
20% más rico	24.5	22.6	1.4	2.0	3.0	3.0	70.6	71.1
20% más pobre	62.2	61.2	5.0	1.4	1.0	0.0	60.4	67.0
Promedio	43.7	45.4	3.6	4.7	2.4	1.3	45.0	47.7

(1) En los últimos treinta días previos a la encuesta.
(2) En los últimos seis meses previos a la encuesta.

Fuente: Encuesta de Utilización de Servicios de Salud y Satisfacción de Usuarios (ESU-96), y la Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA-96.

[5] Las cifras de utilización de la ENDESA-96, muestran una ligera mayor utilización de servicios públicos que la ESU-96. Esto se atribuye a que la ENDESA utilizó una muestra de hogares donde hubiera por lo menos una mujer en edad reproductiva, mientras que la ESU se basó en toda la población. Dado que las dos terceras partes de los servicios preventivos se consumen en los servicios de SESPAS, y dado que son las mujeres en edad reproductiva y los niños pequeños quienes los consumen, es posible que las diferencias en las cifras sean debidas a este sesgo de la ENDESA.

El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) es otro importante proveedor público de servicios de salud, principalmente en las ciudades de Santo Domingo y Santiago. Posee una red amplia de hospitales, con el 10% de las camas a nivel nacional.

Las fuerzas armadas y la policía nacional, administran también hospitales destinados a sus miembros. El programa de medicamentos esenciales (PROMESE), se encarga de la compra y distribución de productos farmeceúticos, fundamentalmente para los hospitales de SESPAS. Pertenece a la presidencia de la República, quien también, hasta hace muy poco, se ocupaba de llevar a cabo las construcciones dentro del sector salud.

El sector privado lucrativo es el principal proveedor de servicios de salud, pues atiende el las dos terceras partes de la consulta ambulatoria y casi la mitad de las hospitalizaciones. Sus grandes hospitales estan concentrados en las ciudades de Santo Domingo y Santiago.

Desde hace unas dos decadas, se ha venido desarrollando en el pais el sector de la medicina pre pagada. Dentro del mismo se hallan las "isualas medicas", que integran las funciones de provisión y aseguramiento; los planes de pre pago de las compañías de seguro; las compañías de seguros con sistemas de reembolso; y, por ultimo, los seguros auto administrados que son, en su mayoría, entidades con financiamiento público, administrados por ciertas instituciones del estado, que utilizan proveedores privados.

También existe un importante sector privado social, compuesto por unas 200 organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en el sector salud, las cuales reciben financiamiento externo, aportes gubernamentales y cobran cuotas de recuperación. Dentro del mismo, hay varios hospitales especializados, pero la mayoría son entidades que trabajan en las areas de salud reproductiva y promoción de la salud.

El grafico que sigue, muestra la organización institucional y los flujos financieros dentro del sector salud de la República Dominicana.

Despues de la vista panorámica de como está conformado el sector salud de la República Dominicana, se profundizara mas en ese diagnostico en las páginas que siguen, desde la perspectiva de su financiamiento, que es lo que pretenden lograr las cuentas nacionales de salud.

INSERTAR GRAFICO

8. LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD

8.1 Objetivos del Estudio

Las cuentas nacionales en salud describen el flujo de gastos dentro del sector salud. Describen también el origen, uso (tipos de servicios que se adquieren) y los canales para todos los fondos del sector. El objetivo último de la estimación es entender los flujos financieros del gasto en salud para poder hacer el diseño de la política sectorial y para evaluar el impacto de las reformas.

La presente investigación tuvo como propósito la construcción de las cuatro matrices básicas que consolidan la información financiera de todo el sector y que permiten calcular el gasto nacional en salud para un año determinado. Este informe pretende analizar esta primera estimación para el año 1996.

8.2 Aspectos Metodológicos

La elaboración de las cuentas nacionales de salud de la República Dominicana, se realizó siguiendo la metodología desarrollada por el proyecto "Data for Decision Making" de la Universidad de Harvard, con un "software" especialmente diseñado para tales fines. Esta metodología se esta aplicando en los ocho países en que se esta desarrollando la investigación, a fin de obtener resultados comparables de cuentas nacionales en salud. Las clasificaciones de los gastos son compatibles con las que se utilizan en el sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas y, en general, con los manuales del sector público de uso internacional.

A fin de lograr el levantamiento más completo posible de datos y obtener las informaciones mas confiables en la elaboración de las cuentas nacionales de salud, se tomó la decisión de realizar este ejercicio a través del sistema nacional de estadísticas que lleva a cabo el Banco Central de la República Dominicana, institución que, dentro de sus funciones, tiene la responsabilidad de elaborar las cuentas nacionales del país.

El mencionado sistema de cuentas nacionales (scn), es un conjunto coherente y detallado de cuentas y tablas cuyo fin es dar una visión sistemática, comparable y completa de la actividad económica de un país, de donde proviene el grueso de la información utilizada para preparar las cuentas nacionales de salud.

Para fines de la presente investigación, se define el gasto en salud de la siguiente manera: "constituyen gasto en salud todos los desembolsos para la prevención, promoción, rehabilitación y cuidado, que tengan por objetivo primario el mejoramiento de la salud". Esta definición excluye grandes programas que tienen efecto en la salud de la población, pero cuya meta principal no es la salud, por ejemplo: los subsidios generales de alimentos, el abastecimiento y mejoramiento del agua potable, el mejoramiento de la vivienda, los gastos en servicios comunitarios y de asistencia social[6].

[6] Banco Central de la República Dominicana, Cuentas Nacionales de Salud, Informe Metodológico, (1995).

Sin embargo, a fin de que el análisis pueda ser completado por quienes estén interesados, se han preparado cuadros adicionales que incluyen estos componentes. Asimismo, se han incluido por separado, otros renglones relacionados, como el componente de nutrición, donde se destaca el desayuno escolar[7]. (ver Anexo I: Metodología).

El año 1996 fue escogido por el equipo investigador nacional para la compilación inicial de las cuentas nacionales de salud. La razón fundamental para ello, fue la existencia de información completa tanto para el gobierno como para los hogares y las empresas. En ese año se realizó la ENDESA 96, que permitió estudiar el gasto familiar. También se obtuvieron datos directos de las empresas de seguros y de las ONG. Esto permitirá, con facilidad, realizar estimaciones confiables para los años 1995 y 1997. Con los resultados de la encuesta de ingresos y gastos que esta llevando a cabo el Banco Central en la actualidad, será posible revisar los datos del gasto familiar y calcular el año 1998.

Los gastos del sector público provienen, fundamentalmente, de la ejecución presupuestaria del gobierno central, de los estados financieros de las empresas públicas y de información específica de las instituciones, que se compila para fines del SCN. (ver Anexo I). Es preciso aclarar que la información que aquí se presenta constituye una primera estimación y que tiene las limitaciones propias de la falta de institucionalización actual en el levantamiento de los datos. Por esta razón, algunas cifras se encuentran todavía muy agregadas, como es el caso de la SESPAS y el ISSS, instituciones que no pudieron preparar sus respectivas matrices. La información fue elaborada por el Banco Central, en base a las ejecuciones presupuestarias, las memorias, los estados financieros, así como mediante el acceso directo a datos no publicados de la Dirección Nacional de Presupuesto (DINAPRES) y de las demás instituciones públicas. No obstante, dichos datos deben ser revisados con un análisis más detallado al interior de estas instituciones, a fin de que reflejen más apropiadamente la naturaleza y dirección de los flujos de fondos.

En adición a esto, se realizaron tres investigaciones adicionales, para obtener los datos correspondientes al sector privado, los cuales fueron cruzados con otras fuentes de datos del SCN, para confirmar su veracidad, a saber:

- Módulo de gasto en salud de la Encuesta Demografica y de Salud, ENDESA, 1996, cuyo procesamiento detallado se realizó específicamente para este estudio, y que permitió conocer el monto y las características del gasto de las familias. (ver Anexo I).

- Evaluación rápida para determinar el tamaño del mercado de seguros de salud y servicios pre pagados privado. (ver Anexo II).

- Evaluación rapida para determinar el tamaño del mercado de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el sector salud. (ver Anexo III).

Con la información recolectada a partir de las fuentes indicadas, se construyeron las cuatro matrices que muestran los flujos de financiamiento entre las distintas entidades que participan en el sector salud de la Republica Dominicana y que se describen en detalle mas abajo. En el Anexo I, que contiene la metodología, se

[7] Quedan pendientes de clarificar otras partidas, tales como gastos de nutrición que realizan las ONG, las estancias infantiles, los hogares de ancianos y otros.

presentan los gráficos que muestran los flujos financieros dentro del sector, tal como provienen del "software" de las cuentas nacionales de salud.

8.8 Presentación de los Resultados de 1996

A continuación, se presenta los resultados de la investigación en curso, que se resumen en cuatro matrices básicas, que muestran los flujos financieros que van, desde las fuentes de financiamiento, hacia los agentes financieros y de estos últimos, a su vez, hacia los proveedores. Por último, se muestra cómo los agentes distribuyen el gasto entre sus diferentes conceptos, como tipo de servicios (función) o categoría del gasto (objeto).

8.8.1 Matriz 1: De las Fuentes a los Agentes Financieros

Fuentes de financiamiento: Tal como se ha explicado previamente, las fuentes constituyen el nivel donde se originan los recursos que van a salud, o sea, quienes financian el gasto en salud. Para fines de cuentas nacionales, las fuentes son cuatro:

- Hogares
- Empresas
- Gobierno
- Resto del mundo, (organismos de cooperación bilateral y multilateral, las organizaciones no gubernamentales internacionales, etc.)

La matriz 1 muestra estos datos para el año 1996. De ella se extrae que el gasto nacional en salud ascendió a RD$17,221.9 millones, lo cual representa el 7.3% del producto interno bruto (PIB), de ese año.[8]

Esta cifra equivale a US$1,281.4 millones, y a US$ 164.0 per capita[9]. La matriz 1 se muestra en el cuadro 2. Un resumen del gasto nacional en salud se muestra a continuación.

Insertar cuadro 8: matriz 1

[8] El PIB ascendió a RD$ 237,347.3 millones en 1996. Debe aclararse que esta es una cifra revisada según la nueva metodología del SNC-1993. Si se utilizara el sistema anterior, la proporción del gasto en salud sería mayor.

[9] La tasa de cambio promedio del mercado privado para el año 1996, ascendió a RD$13.44 por un dólar. La población de ese año fue de 7.8 millones de personas.

Cuadro 3
Fuentes de Financiamiento del Gasto en Salud (Millones de RD$)

CONCEPTO	1996	% (del total)	% (del PIB)
PIB	237,347.3		
GASTO NACIONAL EN SALUD	17,221.9	100.0	7.3
SECTOR PUBLICO	2,483.1	14.4	1.0
Gobierno Central	2,318.3	13.5	1.0
Resto Sector Público	164.8	1.0	0.1
SECTOR PRIVADO	14,431.3	83.8	6.1
Hogares	13,065.5	75.9	5.5
Empresas	1,365.8	7.9	0.6
RESTO DEL MUNDO	307.5	1.8	0.1
Ingresos Externos del Gobierno	200.3	1.2	0.1
Ingresos Externos de ONG	107.2	0.6	0.0

La principal fuente de financiamiento del Gasto Nacional en Salud es el conjunto de las familias, que aportan el 75.9% del mismo. Le sigue en importancia el Gobierno, con un 14.4% ; luego las Empresas, con un 7.9%[10] y, por último, el Resto del Mundo, con un 1.8% del total. Si se suma el gasto de las familias con el de las empresas, puede decirse que el sector privado aporta el 83.8% del Gasto Nacional de Salud.

Agentes Financieros: El gasto en salud que financian las fuentes indicadas, es efectuado a través de ciertas organizaciones intermediarias que, para fines de esta investigación, se han llamado los "agentes financieros" (o también, fondos de salud o intermediarios). Se trata de entidades que administran los recursos que recojen de las fuentes de financiamiento, para entregarlas luego a los "proveedores de salud" y estos, a su vez, entregar los servicios a la población. Estos se listan a continuación:

- SESPAS
- IDSS
- Presidencia
- Fuerzas Armadas
- Sistemas de Seguros Privados (incluyendo servicios pre pagados, igualas y seguros tradicionales)

[10] Esta cifra incluye los aportes de las empresas al seguro social. Se ha señalado que considerar estos montos como "aporte empresarial" es una ficción que esconde el verdadero "aporte salarial", porque el mismo constituye una parte obligatoria del costo de la nómina. Si se adopta la decisión de hacer transparentes las contribuciones de los trabajadores, la totalidad del gasto del IDSS como "agente financiero" del sector, debería transferirse a la columna "hogares" como "fuente". Vale decir, incrementaría aún más el gasto familiar.

- Seguros auto administrados (ubicados provisionalmente en "otros sector público" que compran servicios a "otros sector privado).
- ONG
- Empresas que canalizan recursos de salud (proveedores de salud en sentido global, que funcionan en base al pago directo)
- Hogares como intermediarios (proveedores informales de salud, tales como consultorios médicos y otros).
- Resto del mundo (gastos que los dominicanos realizan en el exterior).

Como se ha visto, el Gobierno, considerado como "fuente", aporta el 14.4% del financiamiento nacional al sistema de salud. Sin embargo, administra un monto mayor de recursos, si se considera como "agente financiero", dado que recibe fondos de las familias y del sector externo. En tal sentido, considerado de esta manera, canaliza el 20.5% de los recursos, dentro de los cuales se destaca la SESPAS, con el 11%.

El grueso del gasto en salud se canaliza a través del sector privado, con 78.8%. Dentro del total que maneja este sector, el 55% se realiza en las empresas formales del sector, que son las clínicas y centros de diagnóstico constituidos legalmente. Un 33% se gasta a través de empresas informales, tales como consultorios profesionales y otros servicios semejantes, no constituidos legalmente como empresas[11]. Un 9% es administrado por los seguros privados de salud, que incluyen seguros propiamente, servicios pre pagados e igualas médicas. Las ONGs, por su parte, administran el 1.6% de los fondos y un 0.9% es gastado en el exterior en la compra de servicios de salud.

A quién financian los hogares: Dada la importancia que tiene el gasto familiar dentro del conjunto del gasto nacional en salud, es interesante analizar cuales son los agentes financieros que reciben el aporte de los hogares, para a su vez, canalizarlo a los proveedores. Como era de esperarse, la casi totalidad, un 95.6% se dirige a los agentes financieros del sector privado (empresas formales e informales, seguros privados y ONG, constituyendo las dos primeras el 92.7%). No obstante, interesa aquí destacar que una parte del gasto de los hogares va a los agentes públicos, principalmente a la SESPAS y al IDSS, en proporciones equivalentes (1.5% y 1.6%, respectivamente). En el caso de la SESPAS, se trata de cuotas de recuperación[12] y en el caso del IDSS, son las cotizaciones laborales que pagan las familias[13]. En el caso de los seguros de salud, se ha realizado una estimación

[11] Para fines del SCN, se denomina a este sector informal como "hogares", pero no como "usuarios", que son las fuentes, sino como "agentes financieros", es decir, hogares que venden servicios de salud a otros hogares.

[12] Esta cifra se basa en registros de SESPAS. Investigaciones realizadas en hospitales públicos permitieron detectar que la mayor parte de estos montos no se reportan, ni existen sistemas contables para ello. Por otro lado, las encuestas de hogares arrojan cifras sustancialmente mayores de pagos de las familias en los servicios públicos. En consecuencia, existen buenos fundamentos para creer que estas cifras están subestimadas.

[13] No fue posible obtener datos de cuotas de recuperación cobradas por los hospitales de IDSS, pero se sabe que existen y que, en el caso de los usuarios no asegurados (que constituyen alrededor del 50%), estas son bastante elevadas. Datos de las encuestas de hogares, informan también de dichos pagos, por lo que, también en este caso, las cifras están subestimadas.

de los aportes salariales a los sistemas pre pagados y de una estimación de los co pagos[14] que realizan los usuarios al momento de utilizar el servicio.

Cómo se financia la SESPAS: En 1996, la SESPAS administró directamente RD$1,888.5 millones, que provinieron de las siguientes fuentes: un 72.2%, del Fondo General de la Nación; un 6.7% de la Presidencia de la República; un 10.6%, de los hogares, como cuotas de recuperación; y un 10.6%, del resto del mundo, como ingresos de organismos internacionales.

Pero, además, la SESPAS actuó como "puente" de otros agentes financieros, particularmente, organismos públicos descentralizados, ONGs del sector salud y seguros privados. Por este concepto, la SESPAS transfirió RD$ 72.6 millones, de los cuales, un 51% se dirigieron a las ONG del sector salud; un 20% se destinaron a pagar seguros privados de salud para su propio personal de salud; y el resto se transfirió a un grupo de organismos públicos descentralizados, particularmente, la Cruz Roja Dominicana, el Consejo Nacional de Población y Familia y el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.

Cómo se financian los seguros privados: Los seguros privados (igualas médicas, planes de pre pago y seguros tradicionales) manejaron alrededor de RD$1,229.9 millones en 1996, cifra prácticamente equivalente a la que gastó SESPAS en sus propios servicios de salud (RD$1,362.9 millones). El 86% de los recursos que administran los seguros privados fue financiado por el sector privado, de la siguiente manera: 62.5% pagado por las empresas[15], que contratan seguros de salud para sus empleados; y 23.9% proveniente de los hogares, en forma de primas y co pagos.

El sector público financia RD$ 167.2 millones a los seguros privados, un 14% del total, de los cuales el 33% corresponde al Gobierno Central y el restante 67% al resto del sector público, constituyendo el grueso, las empresas públicas.

Recursos canalizados por los seguros autoadministrados: Ciertas entidades del estado, que poseen un número importante de empleados, administran sus propios seguros de salud, contratando proveedores privados. Para fines del presente estudio, se han podido identificar los principales, que son el seguro nacional de los maestros (SENMA) y los auto seguros de las empresas financieras del estado, el Banco Central y el Banco de Reservas. El monto de los recursos manejados por estas instituciones en 1996, asciende a RD$ 134.8 millones, de los cuales el SENMA administra el 62.8%.

8.8.8 Matriz E: Flujos financieros de los agentes financieros a los proveedores

Esta matriz muestra cómo los agentes financieros, es decir, los administradores de los fondos de salud, lo destinan a los diferentes proveedores y puede observarse en el cuadro U. Los proveedores considerados hasta el momento, son los siguientes:

---

[14] Aquí se trata del "co-pago legal", o sea, el monto que el seguro de salud recomienda cobrar. Sin embargo, no se ha realizado una investigación especial para determinar cuánto pagan realmente los usuarios. En base a conversaciones con representantes de los seguros privados, se estima que la metodología adoptada implica una subestimación de dicha cifra.

[15] En este caso, se considera apropiado mantener este costo como "aporte empresarial", porque el mismo no es obligatorio.

- Hospitales y clínicas públicas
- Boticas populares y farmacias
- Hospitales y policlínicas del seguro social
- Laboratorios y bancos de sangre
- Clínicas y hospitales privados
- Farmacias
- Otros

El 20% de los recursos totales son manejados por los proveedores públicos, siendo los principales los hospitales de SESPAS, que reciben el 70% del total de fondos que administran los agentes financieros públicos[16].

Una proporción menor de los recursos de los agentes públicos (RD$ 130.8 millones, que manejan los seguros autoadministrados) se dirige a pagar servicios que provee el sector privado. El resto de los fondos del gobierno se canaliza a través de agentes financieros privados (seguros de salud).

8.8.8 Matriz 8: Agentes financieros según tipo de servicio (por función)

Esta matriz muestra los tipos de servicios que compran los agentes financieros:

- Promoción y atención preventiva
- Atención curativa
- Investigación y formación de recursos humanos
- Regulación
- Producción y compra de insumos
- Administración
- Edificaciones

[16] El monto asignado a los hospitales públicos de SESPAS, ha sido estimado en RD$ 2,467 millones para 1996, es decir, el 70% de los fondos públicos de salud. Es preciso destacar que la forma en que el sector público presenta los datos, hace muy difícil separar los montos que se gastan en el nivel ambulatorio y hospitalario. En una fase posterior, sería preciso clarificar mejor estas cifras. Lo mismo debe decirse de los recursos que maneja el IDSS.

A nivel nacional, los mayores montos se destinan a atención curativa (67%), seguidos por los gastos de administración (15.5%), los de promoción de la salud y atención preventiva (7.4%) y un 5.3% en producción y compra de insumos médicos.

INSERTAR CUADRO 4: MATRIZ 2

Estas cifras difieren sustancialmente según los diferentes agentes financieros. La SESPAS, por ejemplo, destina el 44% a atención curativa, un 0.6% a promoción y atención preventiva, un 27.1% a insumos médicos y un 27.2% entre regulación y administración. Los seguros médicos distribuyen sus gastos en un 76.6% a curativa, un 0.4% a preventiva y un 22.8% a administración. Las ONG destinan un 34% a atención curativa, un 20% a preventiva, un 10.5% a la compra de insumos y un 31.1% a administración.

Estos datos se muestran en detalle en la matriz 3 (ver cuadro 5).

3.3.4 Matriz 4: Agentes financieros según categoría del gasto (por objeto)

Esta matriz muestra otra manera de clasificar el gasto en salud que realizan los agentes financieros.

- Servicios personales
- Servicios no personales
- Productos químicos y conexos
- Materiales y suministros
- Equipos médicos y sanitarios
- Otros equipos y reparaciones
- Construcciones de obras

A nivel nacional, el 42.2% de los fondos se destinan a comprar servicios personales; el 47.1%, servicios no personales, el 6.1%, productos farmacéuticos y suministros[17]; y el 3.1% a equipos e infraestructura. Es notoria la diferencia en que asignan los recursos los sectores público y privado. La SESPAS, por ejemplo, asigna el 66.7% a servicios personales y el 8.7% a servicios no personales. Los seguros médicos, por su parte, asignan el 37.5% a servicios personales y el 59.4% a servicios no personales. Las ONG también poseen una elevada proporción de su gasto en servicios personales (61.2%). Estas cifras se muestran en detalle en la matriz 4 (ver cuadro 6).

INSERTAR CUADRO 5: MATRIZ 3

[17] Se estima que estas cifras estan subestimadas, lo mismo que el gasto en farmacias. Según informaciones de la Asociación de Representantes de Productos Farmacéuticos (ARAPF), las importaciones dirigidas al mercado privado, en 1996 ascendieron a RD$2,200 millones.

INSERTAR