

LA SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA (tercera parte)

AMIRO PEREZ MERA

5. SERVICIOS DE SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA

5.1. PERSPECTIVAS DE EXPANSION DEL FINANCIAMIENTO PRIVADO

La participación del consumidor en el financiamiento del cuidado de la salud en el presente parece ser la principal en magnitud. Los datos disponibles sobre las condiciones de salud de la población indican que los grupos de ingreso bajo viven en condiciones precarias y que la mortalidad es en ellos varias veces mayor que en los grupos de ingreso más elevado. En parte ello es debido al mejor servicio de cuidado de la salud de los estratos de ingreso superior y hace deseable la expansión de la cobertura del cuidado médico moderno a los grupos de menor ingreso. Las fuentes de fondos para salud se convierten en un aspecto relevante de la solución del problema.

El potencial de financiación privada es afectado por el ingreso de los grupos y su evolución previsible, las preferencias del consumidor y la necesidad de gastar en alimentación y otros gastos prioritarios.

Si bien es cierto que el producto bruto interno per cápita ha crecido apreciablemente en los últimos años, la distribución del ingreso es muy sesgada, con un 50 por ciento de la población con ingresos inferiores al mínimo vital, por lo cual están imposibilitados de consumir los requerimientos de calorías y proteínas y obviamente también dejan insatisfechas sus otras necesidades básicas.

Este grupo no puede contribuir a financiar los gastos en salud y las fuentes deberán ser las empresas en que trabajan (caso de trabajadores del azúcar y otras plantaciones agrícolas) o el Estado, siendo en este caso el gasto en salud una forma de redistribuir el ingreso.

En el caso de los estratos de ingreso de 50 a 200 pesos, grupo que todavía no alcanza a satisfacer completamente las necesidades mínimas, su potencial de contribuir al financiamiento es restringido. Esta capacidad relativa tiende, sin embargo, a reducirse por los efectos de la inflación de los años recientes, cuyo peso ha recaído en

CUADRO 30

Producto Bruto Interno y Gasto Gubernamental en Salud
República Dominicana 1967-1975

Año	Producto Bruto Interno (a precios corrientes) millones de RD\$	Gasto en Salud (a precios corrientes) millones de RD\$	Gasto en Salud como % del PBI
1967	1,114.6	25.1	2.25
1968	1,154.6	27.5	2.39
1969	1,313.5	30.5	2.31
1970	1,472.2	33.5	2.28
1971	1,633.0	38.4	2.35
1972	1,987.4	47.9	2.41
1973	2,342.5	51.7	2.21
1974	2,970.1	55.0	1.85
1975	3,585.7	110.5	3.08
Total para el período	17,544.3	419.9	2.39

estos grupos reduciendo su poder adquisitivo. En el caso de los trabajadores de la industria manufacturera la reducción alcanzó valores de 72.4 por ciento en 1974 comparándolo a los ingresos de 1969.

Efectos semejantes se observan en los empleados del gobierno central.

El 30 por ciento de ingreso medio aumentó durante ese período su participación desde 27.6 por ciento al 30.2 por ciento, y la tendencia es aún hacia una mayor concentración del ingreso en los grupos de alto ingreso. El incremento en el valor promedio de las viviendas construídas en los años recientes (de \$10,898 en 1969 a 32,273 en 1975) es indicativo de que los grupos de ingreso superior

CUADRO 31

Gasto Gubernamental Total en Salud y Gasto de SESPAS
Durante el Período 1967-1975
(En precios constantes de 1962)
Índice 1969 = 100

Año	Gasto Global del G.D.		Gastos de SESPAS	
	en Millones de RD\$ (1962)	Índice 1969 = 100	en Millones de RD\$ (1962)	Índice 1969 = 100
1967	23.3	89	14.10	101
1968	24.5	94	13.9	100
1969	26.2	100	13.9	100
1970	28.7	110	14.6	105
1971	32.4	124	15.4	111
1972	38.1	145	15.3	110
1973	37.3	142	15.2	109
1974	34.1	130	15.5	112
1975*	32.0	122	16.8	121
**	57.6	220	—	—

Fuente: Presupuesto ejecutado, ONAPRES, convertido a precios de 1962

* Excluye gastos Asistencia Social

**Incluye gastos en Asistencia Social como en años anteriores.

pueden financiar por sus propios medios su cuidado de la salud y también contribuir al financiamiento de los grupos de ingreso inferior.

El Producto Bruto Interno por habitante en el país creció durante el período 1960-1975 de 254 hasta 408, a precios constantes de 1962. Asimismo creció la participación de la industria, la minería y las construcciones en el Producto Bruto Interno, por lo cual las empresas podrían contribuir aún más al financiamiento del sector salud.

Sin embargo es necesario tomar en cuenta la forma de proveer los servicios en el sector privado para estimar la posibilidad de extender la cobertura del sistema a la mayoría o la totalidad del país.

La expansión de los servicios médicos a toda la población dominicana, a través del modelo del I.D.S.S., tal como opera en las presen-

CUADRO 32

Evolución del Producto Bruto Interno y los gastos del Gobierno (Global y en Salud)
República Dominicana 1966-1975

Año	Producto Bruto Interno (en millones de RD\$)	Total (millones de RD\$)	Gastos del Gobierno Central (en RD\$ millones)		
			%	Salud (millones de RD\$)	%
1966	1,051.2	198.0	18.8	20.7	2.0
1967	1,106.2	198.1	17.9	21.6	2.0
1968	1,143.2	207.6	18.2	24.0	2.1
1969	1,302.0	235.3	18.1	25.6	2.0
1970	1,459.6	264.8	18.1	29.0	2.0
1971	1,637.7	305.0	18.6	32.3	2.0
1972	1,940.5	334.3	17.2	33.4	1.7
1973	2,342.5	387.4	16.5	38.3	1.6
1974	2,970.5	508.8	17.1	48.9	1.7
1975	3,585.7	603.5	16.8	110	

tes circunstancias, implicaría gastar unos 392.9 millones de RD\$, cerca del 16.8 por ciento del PIB. Teniendo en cuenta que éste es el límite inferior del gasto estimado que requeriría la expansión según este modelo, la carga económica para el país es insoportable. El costo de la expansión de la cobertura siguiendo los modelos de los seguros privados de salud da también resultados semejantes aún cuando inferiores en cantidad.

Existe la posibilidad, sin embargo, de expandir parcialmente la cobertura a través del financiamiento privado. El crecimiento acelerado del gasto en Seguros de Salud, cofinanciados por el trabajador privado y estatal y las empresas en las que labora y el rechazo público de los esfuerzos por expandir la cobertura del I.D.S.S. es indicativo del potencial de estos sistemas y de la factibilidad de su aplicación.

CUADRO 33

Gasto Anual en Salud por Instituciones Escogidas, 1969-1975
(Transferencias al Sector Público y Privado)

Gasto por Instituciones Públicas (en millones de RD\$)

Año	SESPAS	F.A.	SNEM	D.R.	INAPA	Fuente Privada
1969	16.0 (100)	1.9 (100)	.8 (100)	.2 (100)	2.0 (100)	.2 (100)
1970	17.0 (106)	2.1 (111)	.8 (100)	.2 (100)	2.3 (115)	.3 (150)
1971	18.3 (114)	2.1 (111)	.8 (100)	.2 (100)	2.3 (115)	.3 (150)
1972	19.2 (120)	2.6 (137)	.8 (100)	.2 (100)	1.9 (95)	.4 (200)
1973	21.1 (132)	2.6 (137)	.8 (100)	.2 (100)	2.0 (100)	.7 (350)
1974	25.0 (156)	2.7 (142)	.8 (100)	.2 (100)	4.8 (240)	1.3 (650)
1975	90.6 (567)	— —	.8 (100)	(.2) 100	5.6 (280)	— —

CUADRO 34
**Gasto Anual en Salud por Institución Gubernamental
en millones RD\$ (Índice 1967 - 100)**

<i>Instituciones</i>		1967	1968	1969
Gobierno Central	RD\$	25.1	27.5	30.3
	(millones) Índice	(100)	(110)	(121)
SESPAS	RD\$	15.1	15.6	16.0
	(millones) Índice	(100)	(103)	(106)
Presidencia	RD\$	6.1	7.0	9.5
	(millones) Índice	(100)	(115)	(156)
Fuerzas Armadas	RD\$	1.8	2.3	1.9
	(millones) Índice	(100)	(128)	(106)
Policía Nacional y Otros	RD\$	2.1	2.6	2.9
	(millones) Índice	(100)	(124)	(138)
		1970	1971	1972
Gobierno Central	RD\$	33.5	38.4	47.7
	(millones) Índice	(133)	(153)	(190)
SESPAS	RD\$	17.0	18.3	19.2
	(millones) Índice	(113)	(121)	(127)
Presidencia	RD\$	11.8	13.9	23.9
	(millones) Índice	(193)	(228)	(392)
Fuerzas Armadas	RD\$	2.1	2.1	2.6
	(millones) Índice	(117)	(117)	(144)
Policía Nacional y Otros	RD\$	2.6	4.1	2.6
	(millones) Índice	(124)	(195)	(95)

(Continúa)

Cuadro 34 (continuación)

Instituciones		1973	1974	1975 ²
Gobierno Central	RD\$ (millones)	51.7	55.0	110.9
	Indice	(206)	(219)	(442)
SESPAS	RD\$ (millones)	21.1	25.0	105.6
	Indice	(140)	(166)	(699)
Presidencia	RD\$ (millones)	24.8	23.8	—
	Indice	(407)	(390)	
Fuerzas Armadas	RD\$ (millones)	2.6	2.7	3.2
	Indice	(144)	(150)	(178)
Policía Nacional y Otros	RD\$ (millones)	3.2	3.5	2.1
	Indice	(152)	(167)	(100)
		1976 ³		
Gobierno Central	RD\$ (millones)	89.1		
	Indice	(355)		
SESPAS	RD\$ (millones)	83.6		
	Indice	(554)		
Presidencia	RD\$ (millones)	—		
	Indice			
Fuerzas Armadas	RD\$ (millones)	3.1		
	Indice	(172)		
Policía Nacional	RD\$ (millones)	2.4		
	Indice	(114)		

(Continúa)

Cuadro 34 (continuación)

Sector Descentralizado (parcial)		1967	1968	1969
I.D.S.S.	RD\$ (millones)	9.6	10.5	12.2
	Indice	(100)	(109)	(127)
INAPA	RD\$ (millones)	1.0	2.0	2.0
CAAD	—	—	—	—
		1970	1971	1972
I.D.S.S.	RD\$ (millones)	5.7	16.8	17.9
	Indice	(164)	(175)	(186)
INAPA	RD\$ (millones)	2.3	2.3	1.9
CAASD	—	—	—	—
		1973	1974	1975 ²⁾
I.D.S.S.	RD\$ (millones)	20.1	22.2	21.4
	Indice	(209)	(231)	(223)
INAPA	RD\$ (millones)	2.0	4.8	5.6
CAAD	—	—	2.1	5.2
		1976 ³⁾		
I.D.S.S.	RD\$ (millones)	25.8		
	Indice	(269)		
INAPA	RD\$ (millones)	6.9		
CAASD	—	10.9		

5.2. GASTO GUBERNAMENTAL EN SALUD

Desde la primera ocupación del país por tropas norteamericanas el gobierno ha incluido la provisión de servicios de salud en el presupuesto nacional. Los servicios ofrecidos incluyen, desde la vigilancia de las condiciones ambientales y el control de epidemias, hasta la fiscalización del ejercicio de las profesiones médicas y la provisión de servicios curativos que son ofrecidos en instituciones propiedad del gobierno a cargo de personal asalariado que se emplea para tales fines.

La red de servicios del Estado es la mayor del país y teóricamente está disponible para toda la población, sin restricciones, si exceptuamos a las instalaciones de los servicios médicos de las Fuerzas Ar-

CUADRO 35

Ejecución Presupuesto. Clasificación Funcional de los Gastos 1971 - 74

Concepto	Ejecutado			
	1971	1972	1973	1974
Servicios Generales	76,182,690	23,456,250	93,230,516	118,045,284
Servicios Sociales	98,549,199	110,161,036	139,339,106	149,099,679
(Salud y Asist. Soc.)	(32,328,481)	(33,436,436)	(38,274,828)	48,868,680
(Alcantarillas y Aguas Pot.)	(6,035,849)	(14,217,348)	(13,408,416)	(14,191,764)
Servicios Económicos	108,048,393	117,819,487	137,838,433	205,351,161
Servicios Financieros	12,341,519	12,946,398	14,647,053	24,271,135
Servicios No Clasific. (Ayuntamiento y)	9,865,414	9,842,585	13,299,139	12,011,485
Total	304,987,215	334,315,756	387,353,247	508,784,744

madas. Los servicios ofrecidos son gratuitos y la red depende para su operación de los fondos asignados en el presupuesto del gobierno por la Ley de Gastos Públicos. La disponibilidad de fondos dependerá fundamentalmente de la cantidad de fondos captados por el gobierno del Producto Bruto Interno y de la prioridad que tenga el gasto en salud para el Presidente de la República, quien es el responsable final de la decisión en este sentido.

La evolución del gasto público en salud; y su estructura, permiten estudiar la política real del gobierno en este campo y su conocimiento es fundamental para estimar el potencial de esta fuente de financiamiento.

El Producto Bruto Interno ha crecido de 774.5 millones de RD\$ (precios constantes de 1962) hasta 1953.8 millones de RD\$ en el período 1960-1975, lo cual representa un incremento del 61 por ciento del PBI per cápita.

Este crecimiento ha ocurrido principalmente a partir de 1969, año en que ocurre un cambio en la tendencia caracterizado por una tasa de crecimiento que osciló entre 10.5 y 11.8 por ciento hasta 1973. A partir de este año el crecimiento se reduce progresivamente.

CUADRO 36

Gasto Público en Salud por Funciones Escogidas en el Período 1969-1974
(en millones RD\$; a precios de 1962)

Años	Total Gasto Publ. (RD\$)		Salud y Asist. Soc. (RD\$)		Alcantarillado y Aguas P. (RD\$)		I.D.S.S. (RD\$)	
	(RD\$)	Ind.	(RD\$)	Ind.	(RD\$)	Ind.	(RD\$)	Ind.
1969	274.2	100	32.6	100	5.8	100	77.6	100
1970	286.9	105	33.6	103	5.2	90	83.2	107
1971	354.6	129	35.8	110	7.1	122	102.1	132
1972	405.8	148	35.3	108	13.0	224	114.0	147
1973	413.5	151	38.0	117	11.6	200	110.0	142
1974	470.7	172	40.5	124	10.8	186	114.4	147

El consumo del gobierno central ha sido una fracción casi constante del Producto Bruto Interno durante el período 1966 al 1975, fluctuando entre el 16.5 y el 18.8 por ciento de éste. Asimismo, el gasto gubernamental en salud ha representado un porcentaje relativamente constante del Producto Bruto Interno durante el período 1967 y 1973, fluctuando entre el 2.21 y el 2.41 por ciento. En 1974 descendió al 1.85 por ciento y en 1975 ascendió a 3.08 por ciento, ocupando la salud una posición de mayor prioridad en los gastos del gobierno central. El fenómeno se inicia realmente en 1972 con la asignación, por parte del gobierno, de fondos considerables al mejoramiento de las condiciones ambientales (agua potable y alcantarilla-

CUADRO 37

Transferencias por Sectores, Funciones, Organismos y Fondos, 1967-1973

	1967	1968	1969	1970
1. INAPA	1,226,416	799,483	828,880	883,000
2. C.R.D.	183,333	200,000	200,000	210,000
3. Def. Civil	68,750	75,000	75,000	75,000
4. SNME	—	—	781,860	78,186
5. Inst. Privadas	148,115	179,460	230,424	270,516
Total	1,626,614	1,253,943	2,116,164	
	1971	1972	1973	
1. INAPA	761,400	761,000	761,000	
2. C.R.D.	210,000	210,000	210,000	
3. Def. Civil	75,000	75,000	75,000	
4. SNEM	781,860	781,860	781,860	
5. Inst. Privadas	312,376	449,100	659,100	
Total	2,140,636	2,276,960	3,625,960	

Fuente: Oficina Nacional del Presupuesto - Ejecutivo del Presupuesto.

dos) aún cuando se retarde en 3 años el incremento en la asignación de recursos a los servicios estatales de salud propiamente dichos.

La asignación de fondos por el gobierno dentro del sector salud refleja cambios radicales en la política.

La comparación del gasto por instituciones gubernamentales pone en evidencia que el gasto en salud del gobierno creció hasta 1970 a una tasa inferior que la del I.D.S.S. En el período 1971-72 el gasto total crece hasta alcanzar la tasa del I.D.S.S. y este crecimiento recae en gastos realizados por la Presidencia directamente en tanto que el gasto de SESPAS y las Fuerzas Armadas crecían a una tasa reducida. En 1975 se produce un cambio radical en la política gubernamental, consistente en incrementar el gasto global en salud (saneamiento y servicios personales), transfiriendo el centro de poder desde la Presidencia a la SESPAS, institución que pasa a ser la más dinámica dentro del Sector Salud.

La estructura del gasto de SESPAS ha sufrido transformaciones notables que traducen un cambio radical en la política gubernamental en salud.

Hasta 1971 el gasto en SESPAS se caracterizó por su concentra-

CUADRO 38					
SESPAS. Financiamiento a Instituciones.					
Actividades	1972	1973	1974	1975	1976
INAPA	761,400	(761,400)	1,900,000	1,900,000	1,900,000
CAASD	—	—	—	1,660,000	825,200
Cruz Roja	210,000	(210,000)	(210,000)	210,000	210,000
Def. Civil	75,000	(75,000)	(75,000)	75,000	77,400
SNEM	781,860	(781,860)	(779,580)	—	779,580
Otras Inst. Privadas de Salud	396,096	(659,100)	(1,040,818)	11,479,001	1,738,056

Fuentes: Presupuesto 1

CUADRO 39
Ejecución del Presupuesto 1974
Clasificación Funcional Institucional de los Gastos (Concepto)

Instituciones	Total	Servicios Generales		
Presidencia	255,304,085	21,224,006		
SESPAS	24,970,281	3,356		
Interior y Policía	37,202,045	24,710,551		
Fuerzas Armadas	47,538,454	42,728,212		
Educación	44,796,607			
Totales	508,784,744	118,045,282		
		Servicios Sociales		
	Total Sociales	Educación	Salud y Asist. Social	
Presidencia	70,118,940	17,895,621	18,621,754	
SESPAS	24,966,925	39,176	23,621,754	
Interior y Policía	3,328,438	446,279	2,744,659	
Fuerzas Armadas	3,247,516	311,063	2,936,453	
Educación	44,796,607	44,238,127	558,480	
Totales	149,099,679	62,968,870	48,868,680	
		Servicios Sociales		
	Vivienda	Alcantarilla y Aguas P.	Servicios a la Comunidad	Otros
Presidencia	19,515,125	13,423,364	663,076	—
SESPAS	—	768,400	285,000	—
Interior y Policía	—	—	107,500	9,163,056
Fuerzas Armadas	—	—	—	1,562,726
Educación	—	—	—	—
Total	19,815,125	14,191,764	2,641,704	—

CUADRO 40

Ejecución del Presupuesto 1974. Clasificación Económica de las Transferencias por Sectores, Funciones, Organismos y Fondos. Salud Pública

Sector, Función y Organismo	Transferencias Corrientes		
	Fondo General	Fondos Especiales	Total
Sector Público			
2. Salud Pública y Asist. Soc. Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (sae, SESPAS)	779,580	—	779,580
4. Alcantarillados y Aguas Potables	761,400	—	761,400
por SESPAS	761,400	—	761,400
por Presidencia Rep.	—	—	—
5. Servicios a la Comunidad	987,700	5,000	992,700
Defensa Civil	75,000	5,000	80,000
por SESPAS	75,000	—	75,000
por Presidencia	—	5,000	4,000
Cruz Roja (sólo por SESPAS)	210,000	—	210,000
	Transferencias de Capital		
	Fondos Especiales	Recursos Externos	Total de Transfer.
2. Salud Pública y Asist. Soc. Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (sae, SESPAS)	—	—	779,580
4. Alcantarillados y Aguas Potables	1,660,360	1,660,360	1,660,360
por SESPAS	—	—	761,400
por Presidencia	—	1,660,360	1,660,360
5. Servicios a la Comunidad	1,200,000	12,000,000	1,795,200
Defensa Civil	—	—	80,000
por SESPAS	—	—	75,000
por Presidencia	—	—	5,000
Cruz Roja (sólo por SESPAS)	—	—	210,000

(Continúa)

Cuadro 40 (continuación)

Ejecución del Presupuesto 1974. Clasificación Económica de las Transferencias por Sectores, Funciones, Organismo y Fondos, Salud Pública.

Sector, Función y Organismo	Fondos Generales	Fondos Especiales	Rec. Externos	Total
Instituto Dermatológico por SESPAS sólo	96,000	—	—	96,000
Instituto de Cardiología sólo	30,000	—	—	30,000
Servicio Social de Iglesias SESPAS	—	88,000	—	88,000
Asociación Médica Dominicana	—	20,998	—	20,998
Unión de Iglesias Evangélicas	—	82,530	—	82,530
Programa de Cirugía Bucal de CARE	—	12,000	—	12,000
Instituto de Oncología	77,550	—	—	77,500
Patronato contra la Diabetes	60,000	—	—	60,000
Instituciones Benéficas y Religiosas	—	—	—	105,350
Total por SESPAS				
Total Transferencias	42,108,017	29,310,404	—	71,493,421
	Fondos Especiales	Recursos Externos	Total trans. Capital	Total Transferen.
Instituto Dermatológico por SESPAS sólo	—	—	—	96,000
Instituto de Cardiología sólo	—	—	—	30,000
Servicio Social de Iglesias SESPAS	—	—	—	88,000
Asociación Médica Dominicana	—	—	—	20,998
Unión de Iglesias Evangélicas	—	—	—	82,530
Programa de Cirugía Bucal de CARE	—	—	—	12,000
Instituto de Oncología	—	—	—	—
Patronato contra la Diabetes	—	—	—	—
Instituciones Benéficas y Religiosas	54,850	—	54,850	160,200
Total por SESPAS				
Total Transferencias	91,632,460	1,077,450	92,709,910	16,420,333

(Continúa)

Cuadro 40 (continuación)

Ejecución del Presupuesto 1974. Clasificación Económica de las Transferencias por Sectores, Funciones, Organismos y Fondos. Salud Pública.

Sector, Función y Organismo	Fondos Generales	Fondos Especiales	Rec. Externos	Total
Sector Privado				
2. Servicios Sociales	19,467,025	4,680,263	75,000	25,222,284
i. Educación	5,328,485	106,245	—	6,693,058
Becas	583,257	28,082	—	611,339
por SESPAS	101,140	8,530	—	109,670
2. Salud y Asistencia Social	14,138,365	3,315,690	75,000	17,529,226
Pensiones y Jubilaciones	11,224,625	1,008,411	—	12,233,040
Ayudas a Personas	2,032,607	1,241,912	—	3,274,519
por SESPAS	346,787	238,217	—	585,004
Instituciones Privadas de Salud Pública	257,300	24,500	—	281,800
por SESPAS	257,300	—	—	257,300
CONAPOFA	80,000	—	75,000	155,000
por SESPAS	8,000	—	75,000	155,000
CARE	—	234,901	—	234,901
por SESPAS	—	173,421	—	173,421
Asociación de Rehabilitación	216,000	—	—	216,000
por SESPAS	216,000	—	—	216,000
Liga Dominicana Contra el Cáncer	64,500	—	—	64,500
por SESPAS	64,500	—	—	64,000
	Fondos Especiales	Recursos Externos	Total trans. Capital	Total Transferen.
2. Servicios Sociales	434,850	—	434,850	24,657
i. Educación	—	—	—	6,693
Becas	—	—	—	611,339
por SESPAS	—	—	—	1 109,670
2. Salud y Asistencia Social	434,850	—	434,850	17,964,076
Pensiones y Jubilaciones	—	—	—	12,223,040
Ayudas a Personas	—	—	—	3,274,519
por SESPAS	—	—	—	585,009

(Continúa)

Cuadro 40 (continuación)

Instituciones Privadas de Salud	—	—	—	28,180
CONAPOFA	—	—	—	25,730
— por SESPAS	—	—	—	155,000
CARE	—	—	—	155,000
por SESPAS	380,000	—	380,000	380,000
Asociación de Rehabilitación	—	—	380,000	380,000
por SESPAS	—	—	—	216,000
Liga Dominicana Contra el Cáncer	—	—	—	64,000
por SESPAS	—	—	—	64,000

CUADRO 41

Ejecución del Presupuesto de SESPAS, 1974
Asignaciones Clasificadas por Organismos, Programas y Fondos

Organismos y Programa	General RD\$	Especial RD\$	Rec. Ext. RD\$	Total General RD\$
SESPAS	18,256,422 100.0	6,638,859, 100.0	75,000 100.0	24,970,281 100.0
1. Administración superior	605,075 3.3	376,868 5.7	75,000 100.0	1,056,943 4.2%
2. Prestaciones de Salud	13,955,470 76.4	3,989,474 60.1	— —	17,944,944 71.9
3. Servicios Sociales	1,092,997 6.0	320,438 4.8	— —	1,413,435 5.7
4. Financiamiento a Instituciones	2,602,880 14.3	1,952,079 29.4	— —	4,554,959 18.2

ción en el pago de salarios al personal, con una asignación precaria de fondos para los gastos operacionales, y los gastos en compra de equipo, mantenimiento y construcción.

En contraste que la baja prioridad dada a SESPAS en la escala

de gastos, el gobierno asignó fondos crecientes a las Instituciones de Servicio, que operan sin fines de lucro y que se han convertido en servicios de alta eficiencia que responden a necesidades sentidas de la población.

A partir de 1972 el gobierno apoyó financieramente a las instituciones privadas en salud y desde entonces el financiamiento de estas instituciones ha tenido una alta prioridad. En 1974 cambia la tendencia del aporte financiero a INAPA. Finalmente en 1975 cambia la política de asignación de fondos a SESPAS.

Los fenómenos antes descritos sugieren que el gobierno central no estimaba, antes de 1972, al sector salud como prioritario. A partir de entonces le concede una creciente prioridad, que inicialmente se traduce por un apoyo a los servicios privados eficientes y una importante inversión en infraestructura en saneamiento ambiental (construcciones de acueductos y alcantarillados).

CUADRO 42		
Ejecución del Presupuesto de SESPAS en 1974. Asignaciones Clasificadas Organismo y Objeto del Gasto		
Objeto del Gasto	Gasto en RD\$	%
Total General	24,970,281	100.0
01 Servicios personales	12,712,269	50.9
02 Servicios no-personales	985,740	3.9
03 Maquinarias y suministro	6,636,009	26.6
04 Maquinarias y equipo	443,842	1.8
05 Adquisición del Inmueble	—	—
06 Construcción	180,874	0.7
Transferencias Corrientes		
07 Públicas	1,825,980	7.3
Privadas	2,130,717	8.5
Transferencias de Capital		
08 Públicas	—	—
Privadas	54,856	0.2
09 Deuda Pública	—	—

Finalmente el gobierno concede a salud el tercer puesto en sus prioridades de inversión (1975), después de agricultura y riego, y del desarrollo de la vivienda y la urbanización.

El gasto en SESPAS también ha tenido cambios importantes que están acordes con la tendencia gubernamental detectada.

CUADRO 43

Ejecución del Presupuesto de SESPAS en 1974.
Clasificación Económica de los Gastos Asignados

Concepto	Gasto en Salud Pública y Asistencia		
	RD\$	%	%
A. Gastos Corrientes	47,655,421	100.0	—
1. Gastos de Operación	29,346,615	61.6	60.1
a) Gastos de Personal	14,849,866	31.2	30.4
b) Bienes y servicios	14,496,749	30.4	29.7
2. Transferencias Corrientes	18,308,806	38.4	37.5
a) Al Sector Público	779,580	36.8	35.9
b) Al Sector Privado	17,529,226	36.8	35.9
c) A Organismos Internacionales	—	—	—
B. Gastos de Capital	1,213,259	—	2.5
1. Inversión Directa	778,409	62.2	1.6
a) Inversión real	778,409	64.2	1.2
i.) Construcciones	292,664	24.1	0.6
ii. Maquinaria y equipo	485,745	40.0	1.0
iii. Adq. bienes inmuebles	—	—	—
2. Inversión Indirecta (transferencias de capital)	438,850	35.8	0.9
a) Al sector público	—	—	—
b) Al sector privado	434,850	34.9	0.9
3. Amortización de la Deuda Pública	—	—	—
a) Interna	—	—	—
b) Externa	—	—	—
Total de Gasto en Salud	14,191,764	100.0	
	48,868,680.0		

Los gastos por programas evidencian que el notable incremento del gasto en SESPAS se realizó en los programas Administración Superior, Prestaciones de Salud y Servicios Sociales.

En el año de 1975 se produjeron cambios relevantes en los gastos en servicios no personales (aumento por factor 2.4) en materiales y suministros (disminuyeron por factor de 0.2) y por la creación del gasto "asignaciones globales a instituciones" (este último da a los hospitales una relativa autonomía en el uso de sus fondos). La adquisición de maquinarias y equipos (crece por factor de 3.4), las construcciones (crecieron por factor de 159)* y las transferencias de capital y desembolsos financieros, estos últimos objetos de gasto no han podido ser identificados con precisión a pesar de que constituyen, junto con las construcciones el 70.7 por ciento del presupuesto ejecutado por SESPAS en 1975. Una parte, modesta pero de alto rendimiento en salud, es el gasto en el programa Servicio Básico de Salud Rural, dirigido a la población dispersa, donde predominan los grupos de ingreso inferior del país.

Por las características de los problemas de salud de estos grupos, puede predecirse que la implementación de este programa tendrá repercusiones mayores sobre las condiciones de vida que cualquier otro programa.

Resumiendo, el estudio del gasto gubernamental en salud es sugestivo de que el sector salud es altamente prioritario en el período presente y que su orientación está, al mismo tiempo, orientada hacia servicios preventivos de alto rendimiento, a desarrollar institucionalmente la SESPAS dentro del sector salud y hacia gastos de gran magnitud en construcciones suntuarias.

5.3. LOS SERVICIOS DEL ESTADO DOMINICANO

El Estado dominicano opera en forma mixta. Al confiscarse las

*No ha podido identificarse el objeto de las construcciones realizadas, que ascendieron a 28.9 millones de RD\$.

empresas de la familia Trujillo en 1962, el Estado pasó a ser el mayor propietario de empresas agrícolas, comerciales y manufactureras del país, posición que conserva a pesar del crecimiento habido desde entonces en el sector privado.

Como las empresas estatales y muchas de las instituciones autónomas del sector descentralizado actúan en gran parte como las empresas privadas, procurando servicios de los sistemas de Seguro Social o Privado, o a través de servicios médicos propios, es conveniente tratar en este capítulo sólo los servicios que el Estado ofrece a la pobla-

CUADRO 44
Gastos en Alcantarillados y Aguas Potables 1974.

Concepto	Gasto RD\$	%
A. Gastos Corrientes	768,400	5.40
1. Gastos Operaciones	7,000	0.0 (5)
a. Gastos de Personal	—	—
b. Bienes y Servicios	7,000	0.05 (5)
2. Transferencias Corrientes	761,400	5.4
a. Al sector público	761,400	5.4
b. Al sector privado	—	—
c. A organismos internacionales	—	—
B. Gastos de Capital	13,423,364	94.6
1. Inversión Directa	11,763,004	82.9
i. Construcciones	11,763,004	82.9
ii. Maquinarias	—	—
iii. Adq. bienes inmuebles	—	—
2. Inversión Indirecta	1,660,360	11.7
a. Al sector público	1,660,360	11.7
b. Al sector privado	—	—
3. Amortización de la Deuda Pública	—	—
a. Interna	—	—
b. Externa	—	—
Total de Gastos en Alcantarillados y Aguas Potables	14,191,764	100.0

ción, financiados con fondos procedentes del presupuesto nacional. Son importantes también las transferencias de fondos realizadas desde el presupuesto nacional a las instituciones privadas o descentralizadas del Estado y serán consideradas en algún detalle.

GASTOS EN SALUD

Para los fines de este análisis se consideró como gasto estatal en salud tanto la inversión en saneamiento ambiental y la operación de los servicios de abastos de agua, y afines como los gastos en servicios personales para el cuidado de la salud.

Los gastos más relevantes en saneamiento han tenido lugar después de la ocupación militar norteamericana de 1916, cuando se inicia el ataque a las endemias predominantes, el saneamiento del agua y el control de alimentos.

Una gran inversión en abasto sanitario de agua potable se realizó durante la Era de Trujillo (1930-1961).

CUADRO 45

Ejecución Presupuesto de SESPAS, 1973-1975

Año 1976 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Comparativo de Gastos por Programa, Años 1973-76

No. Programa	Ejecutado 1973	Ejecutado 1974	Estimado 1975	Presupuesto 1976
1 Administración Superior	817,859	1.056,943	24,717,284	25,963,424
2 Prestaciones de Salud	14,996,283	17,944,944	62,354,261	37,711,923
3 Servicios Sociales	1,240,320	1,413,435	14,732,465	11,501,059
4 Desarrollo del Sector Social	—	—	—	2,751,102
5 Financiamiento a Instituciones	4,370,606	4,554,959	3,458,539	5,690,236
Totales	21,425,068	24,970,281	105,262,549	83,617,744

(Continúa)

Cuadro 45 (continuación)

Comparativo de Gastos por Objeto, Años 1973-76

Objeto	Concepto	Ejecutado 1973	Ejecutado 1974	Estimado 1975	Presupuesto 1976
	Gastos Corrientes	20,935,798	24,290,715	29,342,572	39,829,545
01	Servicios Personales	11,347,369	12,712,269	14,975,180	20,461,229
02	Servicios no-Personales	424,286	985,740	2,339,564	1,913,311
03	Materiales y Suministros	5,642,452	6,636,009	1,348,318	3,741,502
07	Transferencias Corrientes	3,521,691	3,956,697	4,587,980	6,351,433
11	Asignaciones Globales	—	—	—	7,422,070
	Gastos Capital	480,270	679,566	75,919,977	43,728,199
04	Maquinarias y Equipos	289,505	443,842	1,497,664	9,213,164
05	Adquisición de Inmuebles	—	—	—	135,000
06	Construcciones	199,765	180,874	28,560,898	17,754,835
08	Transferencias de Capital	—	54,850	23,300,066	11,333,200
09	Desembolsos Financieros	—	—	23,261,348	5,292,000
	Totales	21,425,068	24,970,281	105,262,549	83,617,744

A fines de este período, el gobierno realizó una fuerte inversión en obras de saneamiento, fundamentalmente dirigidas a dotar de sistemas de abastos de agua colectivos a la zona urbana del país.

A raíz de esto se transformó la situación sanitaria del país produciéndose la virtual desaparición de la hiperendemia de fiebre tifoidea.

A este período de elevada inversión en saneamiento siguió otro largo con gastos insignificantes en este campo, resultando de ello un deterioro progresivo de la red de acueductos urbanos y la obsolescencia del servicio.

En 1962 se inicia un nuevo período de inversión en infraestructura sanitaria con la creación del Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillado (INAPA), el cual dirigió sus servicios a las ciudades y comenzó el desarrollo de los servicios colectivos de agua potable en el área rural. En el ínterin, por la obsolescencia de las instalaciones existentes y el rápido crecimiento urbano, se produjo la insuficiencia del abasto urbano, rompiéndose el equilibrio existente y reapareciendo la tifoidea.

La evidencia disponible es sugestiva de que el abasto de cierto volumen de agua a la población urbana fue suficiente para reducir significativamente enfermedades entéricas que como la tifoidea requieren dosis altas de gérmenes para producirse pero que el abasto intra-

CUADRO 46

Crecimiento del Gastos de SESPAS por Objeto
1973-1976 (Índice base 1973 = 100)

Objeto	1973	1974	1975	1976
<i>Gastos Corrientes</i>	100	116	140	191
Servicios personales	100	112	132	180
Servicios no personales	100	233	552	451
Materiales y suministros	100	118	24	66
Transferencias corrientes	100	112	130	180
Asignaciones Globales	—	—	iniciado en 1975	iniciado en 1975
<i>Gastos de Capital</i>	100	139	15,517	8,937
Maquinarias y equipo	100	154	518	3,118
Adquisición de Inmuebles	—	—	—	iniciado en 1976
Construcciones	100	91	14,444	8,886
Transferencias de Capital	—	100	40,656	20,662
Desembolsos Financieros	—	—	iniciado en 1975	iniciado en 1975
Totales				

domiciliario de una cantidad importante de agua es necesario para la reducción de las enfermedades producidas por agentes que requieren dosis inferiores para infectar. Durante todo el período mencionado la diarrea aguda ha sido la primera causa de muerte del país. La morbilidad por esta condición es muy elevada en las barriadas pobres insuficientemente abastecidas con agua y en cambio es baja su frecuencia en las áreas con abastos intradomiciliarios de agua. Evidencia disponible en el país sugiere que agua y disposición de excretas son los factores significativamente relacionados con la modalidad por enfermedades entéricas en un país como la República Dominicana.

A la luz de lo anterior podría considerarse que la fuerte inversión en Acueductos y Alcantarillados del Gobierno Dominicano ha sido una inversión de la más alta prioridad en el Sector Salud.

Podría considerarse que durante el período 1966-1975 el gobierno ha dado atención prioritaria en su política a la inversión en la infraestructura de servicios sanitarios, política que parece ser la más racional en la situación dominicana del último cuarto de siglo si fuera integrada con énfasis similar por inversiones en nutrición, educación y vivienda.

GASTOS EN SERVICIOS PERSONALES

El Estado dominicano posee una amplia red de servicios médicos propios, mayor aún que las redes privadas y las del I.D.S.S. de las empresas privadas y de los grupos voluntarios. A pesar de ello el sistema estatal parece alcanzar en el presente a una porción más reducida de la población del país que la red de servicios privados.

Los servicios del Estado están dirigidos a dos partes bien diferenciadas de la población, cada una de las cuales recibe servicios de tipo y cobertura distintos.

SERVICIOS MEDICOS A PERSONAL MILITAR Y POLICIAL

A través de los servicios médicos de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional el Estado otorga una amplia protección mediante

servicios personales para el cuidado de la salud a los miembros de las fuerzas armadas y la policía y, en menor escala, a sus familiares. Estos servicios incluyen las consultas médicas generales y especializadas, los estudios complementarios (laboratorio clínico y radiodiagnóstico) la hospitalización y el suministro de medicinas y materiales de curación. Los servicios médicos de las F.A. y P.N. compran también aquellos servicios muy especializados para los cuales no tienen servicios propios.

La mayoría de las instalaciones propias del cuerpo médico militar están en Santo Domingo, por lo cual está limitado al acceso efectivo de los familiares residentes en las zonas rurales.

Por otra parte los servicios médicos de las F.A. y P.N., a través del programa "Acción Cívica de las Fuerzas Armadas" proporciona a los habitantes de las áreas remotas (frontera y las áreas montañosas) *servicios ocasionales de diversos tipos.*

El gasto realizado en servicios médicos fue el 5.7 por ciento del presupuesto ejecutado para las Fuerzas Armadas en 1974. En ese año sólo el Ejército Nacional (defensa terrestre) y la Fuerza Aérea, tenían servicios propios de hospitalización. La Marina utilizó los servicios de hospitalización del Ejército.

La Fuerza Aérea asignó un porcentaje mayor de su presupuesto a servicios médicos.

Los gastos en servicios médicos de las Fuerzas Armadas crecieron en 9 por ciento entre 1974 y 1975.

La situación fue diferente en el caso de la Policía Nacional, organismo que tuvo un gasto bajo (1.3 por ciento del gasto en 1974) incrementando en 7.3 por ciento en 1975, incremento aparentemente debido a programas de atención dirigida a la población general con el objeto de mejorar la imagen pública de la institución.

El gasto en servicios médicos de las F.A. y P.N. ascendió en 1975 a \$5,239,429. Si asumimos que por cada militar en servicio son cubiertos entre 4 y 5.7 personas los gastos anuales per cápita oscilarán entre \$40.43 y \$28.88, siendo más probable la primera, si to-

mamos en cuenta tanto los militares sin dependientes como aquellos que no tienen acceso efectivo a los servicios.

SERVICIOS MEDICOS A LA POBLACION DE MENOS RECURSOS NO CUBIERTA POR OTROS SERVICIOS

El segundo grupo lo constituye la población de escasos recursos que utiliza los servicios propios de la SESPAS.

Para este último grupo el gobierno ofrece servicios teóricamente gratuitos, que cubren las consultas médicas generales y especializadas, estudios diagnósticos complementarios, hospitalización, cirugía y partos. El suministro de medicinas está prácticamente reducido a los pacientes hospitalizados y aún en estos casos la disponibilidad de los medicamentos necesarios es precaria.

Este hecho, sumado a la distancia existente entre las facilidades físicas de SESPAS y la mayoría de la población que los requiere, restringe de hecho el número de usuarios efectivos del sistema.

Hasta el momento no tenemos una información exacta sobre la población que utiliza los servicios de SESPAS. La mejor estimación disponible se deriva del análisis de los datos provisionales sobre el uso de servicios, investigados en la Encuesta Diagnos (1974) y de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (Banco Central, ONE y USAID) en 1969.

Aún cuando sujetos a revisión los datos preliminares de la Encuesta Diagnos indican que de las personas que informaron haber enfermado durante las dos semanas inmediatamente anteriores a la aplicación del cuestionario, sólo el 8.6 por ciento consultó médicos de SESPAS y un 2.0 por ciento los servicios del I.D.S.S.

Si consideramos que esta última institución tiene contratados a tiempo parcial los servicios de 443 de los 2,190 médicos del país (20.2 por ciento) y la SESPAS tiene (también a tiempo parcial), 1,130 médicos contratados, existe una relación casi equivalente entre el tamaño estimado de las poblaciones que utilizan cada sistema y la cantidad del personal médico de ambas.

La relación entre las clientelas parece tener validez y podría utilizarse como una primera estimación de la cobertura efectiva (por lo menos de su límite inferior).

Esta estimación resulta consistente con la "clientela conocida" del I.D.S.S. ya que el número de usuarios para 1974 se estima en 90,000, en base a *Diagnos*. Para este mismo año el número de asegurados fijos registrados ascendió a 71,774 cifra a la que hay que añadir algo más de la tercera parte de los 57,927 asegurados móviles, quienes fueron derecho-habientes durante alguna parte del año. La estimación basada en *Diagnos* resulta entre 15 y 20 por ciento inferior a la otra.

El estudio de los presupuestos familiares (BC, ONE, USAID, 1969) indica que la clientela del sistema hospitalario de SESPAS alcanza hasta el nivel de ingreso familiar mensual de \$200-300, aun cuando este último grupo es principalmente un "cliente privado" de los médicos de SESPAS.

La clientela de SESPAS en su mayoría la forman los grupos de ingreso familiar de \$50 a \$200 por mes de las zonas urbana y rural y probablemente sólo aquellos de ingreso familiar mensual inferior a \$50 que residen a menos de 2 kms. de distancia de los centros de salud de SESPAS, tanto en las áreas rurales como en las urbanas.

En la ciudad de Santo Domingo, todos estos grupos de ingreso realizaron también gastos significativos en consultas médicas privadas, en hospitalización en establecimientos privados y en exámenes de laboratorio.

Todos gastaron también cantidades considerables en la compra de servicios y materiales propios de la medicina tradicional, lo que incluyó servicios de parteras empíricas, botellas de curandero, tónicos, depurativos y cordiales.

Estos datos son consistentes con la superposición de las clientelas de los sistemas de salud existentes en el país.

Se destaca además en el gasto directo en salud el hecho de que, a todos los niveles de ingreso, y particularmente en los niveles inferior-

res, el gasto prioritario fue la compra de medicamentos. Este fuerte gasto revela por una parte las limitaciones del sistema de SESPAS al ofrecer casi exclusivamente los servicios personales y también la tendencia al autocuidado característica del dominicano de siempre.

La inestabilidad de la ocupación y los ingresos de la población más pobre del país y las condiciones precarias de vida explicarían la tendencia general de los grupos de ingreso bajo a utilizar todo tipo de servicios de salud (tradicional, estatal o privado) sin que se aferre a uno de ellos exclusivamente. En estas condiciones es prácticamente imposible delimitar con precisión las "clientelas" de cada sistema de servicios de salud.