



Planificación familiar vs. atención del embarazo

Análisis costo beneficio en población afiliada al SENASA
Síntesis del informe final





Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)

Av. 27 de Febrero No.232, La Esperilla, Santo Domingo

Teléfono 809-701-3821 | 809-333-3822

<http://www.arssenasa.gob.do>

Twitter: @ARSSeNaSaRD | Facebook: SeNaSa República Dominicana



Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Av. Anacaona No. 9, Mirador Sur, Santo Domingo

Teléfono: 809 537 0909 | Fax: 809 537 2270

<http://www.unfpa.org.do>

Twitter: @unfpa_rd | Facebook: UNFPA República Dominicana

Autores

Gloria Ortega	Investigadora principal
Ferlisa Báez	Investigadora asociada
Gemma Bardají	Investigadora asociada
Fabrizio Gómez	Investigador asociado
Lety Melgen	Investigadora asociada

Adaptación y síntesis del informe

Lilén Quiroga Martínez

Revisión del documento

Dulce Chahin	Oficial Nacional de Programas SSR, UNFPA
Dania Batista	Encargada de Comunicaciones, UNFPA
Jefrey Lizardo	Gerente de servicios de salud, SeNaSa
Bernardo Matias	Gerente de de calidad, SeNaSa
Hilda Cruz	Subgerente de salud para el Régimen Subsidiado, SeNaSa

Diseño gráfico e ilustraciones

Millaray Quiroga

Los datos y opiniones expresadas en este documento son de entera responsabilidad de sus autores.

Santo Domingo, agosto 2017

© 2017, SeNaSa. Todos los derechos reservados.

Planificación familiar vs. atención del embarazo

Análisis costo beneficio en población afiliada al SENASA
Síntesis del informe final



Presentación

El ejercicio de una sexualidad libre, autónoma e informada es fundamental para el disfrute de una vida plena, digna y saludable. Por ello es necesario que los Estados aborden la salud sexual y la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de derechos y que las prioricen en las políticas públicas.

De esta manera, la inversión en estas áreas puede, potencialmente, salvar vidas; disminuir los problemas de salud de las mujeres, sus hijos e hijas; reducir brechas de género y mejorar las condiciones de vida de la población.

“La salud sexual se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de enfermedad. (Promoción de la salud sexual, Organización Mundial de la Salud, 2000).

Las instancias responsables de la toma de decisiones y aquellas que participan en la formulación de políticas públicas en salud tienen el reto de garantizar el mayor nivel de bienestar para la



población y la cobertura de servicios de salud, mediante una adecuada administración de los recursos existentes. Un aspecto central de estos servicios es el acceso a métodos anticonceptivos, que se adapten a las preferencias y necesidades de los y las usuarias, y que les permitan el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Satisfacer las necesidades de planificación familiar y proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos anticonceptivos seguros y confiables, así como a servicios conexos de salud reproductiva, es aún una tarea pendiente en República Dominicana. La falta de acceso universal a la planificación familiar y a la educación sexual integral –que limita la capacidad de las mujeres de decidir sobre la maternidad, de cómo y cuándo ejercerla–, contribuye a la exclusión social y a la marginalidad de determinados grupos poblacionales, en especial aquellos en situación de mayor vulnerabilidad, como son las mujeres jóvenes de los sectores más desfavorecidos.

Consciente de esta realidad, el Seguro Nacional de Salud (Senasa) solicitó, en 2016, la realización de un análisis económico de tipo costo beneficio, a fin de comparar la inversión realizada en planificación familiar versus el costo de la atención al embarazo, posaborto, parto, puerperio y la atención al recién nacido hasta el primer año

de vida, en la población afiliada a sus regímenes Contributivo y Subsidiado. A partir de este análisis se pretende identificar la política más eficiente que permita ahorrar recursos a la institución y así redireccionarlos hacia otras áreas de atención priorizadas.

El estudio, titulado *Análisis costo beneficio de la planificación familiar versus embarazo en el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado de Senasa*, fue realizado con el apoyo técnico y supervisión del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El mismo fue elaborado por Gloria Ortega, como investigadora principal, con el apoyo de un equipo interdisciplinario.

El presente documento es una síntesis que contiene los principales hallazgos y conclusiones de este estudio y se espera que sean de utilidad para las personas e instancias a cargo de tomar decisiones o incidir en las políticas públicas de salud, especialmente en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva.

Detalles sobre los resultados de este estudio, así como los elementos referidos a sus marcos conceptuales y metodológicos, fuentes y referencias pueden consultarse en el informe completo de la investigación, disponible en la página web de Senasa y del UNFPA.



Aspectos conceptuales

La planificación familiar

La evidencia internacional revela que la planificación familiar es una de las intervenciones en salud más costo-efectivas y que mayores beneficios genera en el mundo en desarrollo. El estudio *Haciendo cuentas: costos y beneficios de los servicios anticonceptivos*, realizado por Guttmacher Institute y UNFPA en 2012, concluye que, si las necesidades de métodos anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo estuvieran cubiertas, se ahorrarían aproximadamente 5,700 millones de dólares en servicios de salud materna y neonatal, frente a los 4,100 millones de dólares que habría que invertir en planificación familiar.

Asimismo, otros estudios internacionales indican que los servicios de planificación familiar y de salud maternoinfantil mejoran la calidad de vida de la población, lo cual repercute directamente en la reducción de la pobreza. La inversión a largo plazo en programas integrados en estos dos sectores contribuye a mejorar la seguridad financiera de las familias y las comunidades; aumentar la escolaridad de los niños y niñas y de los niveles de educación avanzada en las mujeres; aumentar el crecimiento del PIB, entre otros beneficios.

“Innumerables estudios han demostrado que las mujeres que usan métodos de planificación familiar disfrutan, en general,

de mejor salud, tienen mayores niveles de educación, poseen más medios de acción en sus hogares y sus comunidades y son más productivas económicamente. En los hogares donde padres y madres tienen la facultad y los medios de decidir acerca de la cantidad de embarazos y el espaciamiento entre ellos, sus hijos tienden a ser más saludables, a tener mejor rendimiento escolar y a desarrollarse para llegar a obtener mayores ingresos (Estado de la población mundial 2012: Sí a la opción, no al azar. UNFPA, 2012).

El acceso a métodos anticonceptivos constituye, además, uno de los elementos fundamentales para el disfrute de una salud sexual plena y satisfactoria, tanto para espaciar, posponer y limitar los embarazos –facilitando el ejercicio del derecho a decidir sobre la maternidad y el número de hijos–, como para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH.

De esta manera, los beneficios inmediatos de la planificación familiar para la salud justifican la inversión. Las ganancias son aún mayores cuando se consideran los beneficios a largo plazo para las mujeres, sus parejas, las familias y las sociedades en general.

El consenso global sobre la planificación familiar como derecho –proclamado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, Cairo-1994), que contó con la participación de 179 Gobiernos, entre ellos la República Dominicana–,

ratificado en el Consenso de Montevideo (2013), establece que:

“Todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, incluida la planificación familiar, acceder a información, educación y los medios para esto.

Necesidad insatisfecha de anticonceptivos

“La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos es un indicador que permite identificar aquellas mujeres que de forma expresa desean espaciar, posponer o limitar el embarazo, pero que no hacen uso de métodos anticonceptivos, con base en la metodología que utilizan las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic Health Survey -DHS).

La República Dominicana se encuentra en un nivel intermedio entre los países de América Latina que en 2014 tenían un alto nivel de demanda insatisfecha. Tal es el caso de Haití, que muestra un nivel de 35.3% de demanda insatisfecha de anticonceptivos y otros países, como Colombia y Costa Rica, donde la demanda insatisfecha actual es cercana al 8% (Ver figura 1 en la siguiente página).

Según ENDESA 2013, en el país, las necesidades no satisfechas de anticoncepción corresponden

Figura 1



Fuente: cifras de gráfico *Demanda insatisfecha de planificación familiar*. CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe goo.gl/i25zCN

a un 11% entre las mujeres unidas de 15 a 49 años. Esta brecha se hace aún mayor, llegando a duplicarse al desagregarse por grupos de edad, incrementándose a un 27% y 21% entre las mujeres de 15-19 y 20-24 años, respectivamente.

Otros datos relacionados en el país son:

- El 63% de las mujeres sin hijos y el 73% de las que actualmente tienen hijos expresaron su intención de usar algún método anticonceptivo.
- El 61% de las mujeres casadas o unidas no desea tener más hijos.
- En el 35% de los casos de embarazo al momento de la encuesta, la mujer no quería quedar embarazada en el momento en que ocurrió.

Aspectos metodológicos

El objetivo general del estudio fue «determinar el costo-beneficio del uso de anticonceptivos para prevenir embarazos no planificados versus el costo de la atención de embarazos, posabortos, partos, puerperio y atención del recién nacido hasta el primer año de vida en la población afiliada al Senasa, bajo los Regímenes Subsidiado y Contributivo».

Cálculo de costos

Para este análisis fue necesario la realización de los siguientes cálculos:

- costo promedio de la inversión en planificación familiar a través de la anticoncepción, según los métodos modernos disponibles en el catálogo básico de insumos y medicamentos del Ministerio de Salud;
- costo promedio de la atención al embarazo, posaborto, parto y puerperio en las personas afiliadas, por régimen de afiliación, y
- costo promedio de la atención al recién nacido hasta el primer año de vida.

Estos costos se calcularon a partir de la información disponible en la base de datos de Senasa, correspondiente a mujeres en edad fértil y a niños menores de un año, para ambos regímenes. Las estimaciones se hicieron con los registros correspondientes a 2015 y 2016.

Cálculo de los costos de los eventos de salud: embarazo, posaborto, parto, puerperio y menor de un año

Para determinar los montos autorizados por Senasa por concepto de embarazo, se identificaron las atenciones con diagnóstico dentro del capítulo XV del CIE 10. Lo anterior

requirió, en primer lugar, identificar en las bases de datos todos los servicios prestados a aquellas mujeres con al menos un acercamiento por motivos relacionados con el ciclo reproductivo. Luego de seleccionar el total de mujeres que se estudiarían, se clasificaron por tipo de atención recibida (embarazo, posaborto, parto o puerperio).

Con el fin de estimar los costos promedio de cada evento de salud, se dividieron los montos autorizados entre el total de afiliadas que los demandaron.

La estimación de los costos de atención al menor de un año se realizó, primero, a partir de los servicios prestados al recién nacido durante el parto (asociados a la madre); y segundo, con los montos autorizados por servicios directos al recién nacido (Capítulos XVI y XVII del CIE-10) y las prestaciones a menores de un año.

Cálculo de la inversión necesaria en planificación familiar

El primer paso para este cálculo fue identificar la demanda de planificación familiar de las mujeres afiliadas a Senasa, con intención de posponer, espaciar o limitar el embarazo. Debido a que no se dispone de información actualizada sobre las preferencias de uso de métodos de las afiliadas, este cálculo se realizó a partir de los datos de ENDESA 2013, referidos a los porcentajes de uso de métodos anticonceptivos (ver Tabla 1 en la página 11).

Para determinar el total de mujeres afiliadas con necesidades de planificación familiar se consideró el total de usuarias de Senasa en ambos regímenes 1,218,362.00 (1,006,621 del Régimen Subsidiado y 211,741 del Régimen Contributivo). A esta población se restó la cantidad de usuarias que no necesitaban o no deseaban utilizar métodos an-

ticceptivos modernos; es decir, aquellas que se habían esterilizado, las infértiles y quienes deseaban tener hijos en los próximos dos años.

A esta población, le fueron aplicadas las tasas específicas de fecundidad, según ENDESA 2013, para así estimar la población objetivo a planificar en cada régimen, resultando 39,425 del Régimen Subsidiado y 9,843 del Contributivo, para un total de 49,268 afiliadas. Para completar el análisis de necesidades de inversión fue imprescindible calcular el costo de cada método anticonceptivo. Como Senasa no compra los métodos directamente, se utilizó información suministrada por el UNFPA, agencia del Sistema de las Naciones Unidas que facilita la compra de insumos anticonceptivos al Ministerio de Salud Pública.

Con el cálculo de la población afiliada en ambos regímenes susceptible de ser planificada, la prevalencia de uso y el costo por tipo de métodos anticonceptivos, se obtuvo la estimación de la inversión requerida en planificación familiar.

Escenarios para el análisis costo beneficio

El análisis económico costo beneficio realizado comparó dos escenarios.

En el primero se analiza la situación actual de la inversión en métodos anticonceptivos que realiza la institución y la disponibilidad de recursos que resulta de su política. El segundo escenario representa la situación hipotética o ideal, para un año base en el que la institución aplica una activa política de aseguramiento en planificación familiar, dirigida exclusivamente a aquellas afiliadas en edad fértil que, según la tasa de fecundidad específica, tienen la intención de posponer, espaciar o limitar sus embarazos.



Resultados principales

Costo de la planificación familiar

Este cálculo se basó en los montos autorizados de acuerdo con el número de mujeres que recibieron los servicios de planificación familiar (6,594 en el Régimen Subsidiado y 1,418 en el Contributivo).

Según la base de datos de Senasa, los montos autorizados para el Régimen Subsidiado totalizaron RD\$ 15,179,620, correspondientes solo a servicios de esterilización quirúrgica. Para los demás métodos anticonceptivos, no se cuenta con datos desagregados, debido a que estos se entregan en el primer nivel de atención. De esta manera, este costo está incluido en la cápita que se transfiere a los servicios regionales de salud, a fin de garantizar el paquete de prestaciones definidas en este nivel de atención.

Para el Régimen Contributivo el monto autorizado ascendió a RD\$ 4,840,975, que cubrió el servicio de esterilización quirúrgica femenina y las píldoras anticonceptivas.

Para el escenario ideal, en que Senasa aplica una activa política de aseguramiento en planificación familiar –dirigida a mujeres que desean posponer, espaciar o limitar sus embarazos– se estimó la inversión para un año, según la metodología descrita previamente. Los montos de la inversión en anticonceptivos totalizaron RD\$ 9,790,517.74 para el Régimen Subsidiado y RD\$ 2,484,839.15

Tabla 1 Estimación de la inversión en planificación familiar para el escenario ideal, regímenes Subsidiado (RS) y Contributivo (RC)

Concepto/ régimen		Métodos anticonceptivos								
		Esterilización femenina	Píldora	DIU	Inyecciones	Implantes	Condón masculino			
Prevalencia de uso afiliadas*		40.1	11.0	0.8	4.4	0.3	3.0			
% uso según ajustes**		1.0	56.0	4.0	22.0	2.0	15.0			
Población a planificarse		RS	328	21,778	1,669	9,050	554	6,046		
		RC	63	5,442	388	2,261	124	1,566		
Costos (RD\$)	Anual de protección por método	RS	2,302.04	256.00	7.00	224.76	-	233.70	Totales (estimados)	
		RC	3,413.95							
	Estimados por régimen	RS	757,371	5,574,971	11,606	2,034,123	-	1,412,447		9,790,517.74
		RC	215,079	1,393,423	2,698	507,969	-	365,671		2,484,839.15

* Según la Endesa 2013.

** Para el caso de la esterilización se asumió que, con una activa política de planificación familiar, la prevalencia de uso de este método se reduce a la mitad y se transfiere hacia mujeres mayores de 35 años.

Fuente: Elaboración propia con base en estimaciones de ENDESA y base de datos Senasa, 2017

para el Contributivo, según se muestra en la Tabla 1 (arriba).

Es importante aclarar las diferencias en el monto de la inversión en planificación familiar en ambos escenarios. Para el actual se considera la inversión del Senasa en planificación familiar (que es principalmente esterilización quirúrgica femenina). En el escenario ideal, los costos de

la planificación familiar se estiman a partir del porcentaje de uso por tipo de métodos según ENDESA 2013 y los datos de compra de métodos anticonceptivos a través del UNFPA (que resultan ser los más económicos).

Con una activa política de aseguramiento en planificación familiar se asume reducir a la mitad la prevalencia de uso de la esterilización (ver

Tabla 2 Costos promedio general y por atención al embarazo, parto, puerperio, menor de un año y posaborto por persona, según regímenes Subsidiado (RS) y Contributivo (RC)

		Tipos de atención					Promedio General*
		Embarazo	Parto	Puerperio	Al menor de 1 año	Posaborto	
RS	Número de casos	51,837	51,837	51,837	26,355	10,271	51,837
	Costo (RD\$)	2,748	9,739	859	8,711	4,628	13,357
RC	Número de casos	12,239	12,239	12,239	11,648	2,779	12,239
	Costo (RD\$)	12,643	25,583	3,941	16,398	16,240	42,210
Relación de costos (RS y RC)		21.7	38.1	21.8	53.1	28.5	31.6

* Solo se considera el embarazo, parto y puerperio y se obtiene a partir de filtrar los montos totales directamente de la base de datos.

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos del Senasa, considerando un ajuste a 12 meses de los años 2015-2016.

Tabla 1) y se transfiere hacia el grupo etario de las mujeres mayores de 35 años.

“Los estudios demuestran que hasta un 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven, posteriormente se arrepintieron de esta decisión. La edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo que incluye el pedido de información de referencia y la obtención de la reversión que puede identificarse antes de la esterilización. (Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, OMS, 2009).”

Costos de los servicios de atención al embarazo

Los resultados indican que los costos promedio por usuaria en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio alcanzan RD\$ 13,357 para el

Régimen Subsidiado y RD\$ 42,210 para el Contributivo (ver Tabla 2, arriba).

El promedio general de los montos autorizados por el Senasa en servicios de atención al embarazo es de RD\$ 2,748 para el Régimen Subsidiado, mientras que para el Contributivo es de RD\$ 12,643. El costo promedio del embarazo en el Régimen Subsidiado representa un valor de 21.7 % con respecto al Contributivo. El costo promedio de la atención al parto (vaginal y por cesárea) en el Régimen Subsidiado alcanza un monto aproximado de RD\$ 9,739, y en el Contributivo es de RD\$ 25,583.

Igualmente, se promediaron los costos para un parto normal vaginal y para uno por cesárea. En ambos regímenes el parto vía vaginal resulta ser más económico: RD\$ 6,054 y RD\$ 18,845 para Subsidiado y Contributivo, respectivamente (ver Gráfico 1 en la siguiente página). Mientras, el parto

por cesárea es de RD\$ 12,594 en el Régimen Subsidiado y de RD\$ 26,551 en el Contributivo. Estas cifras alcanzan sus valores máximos de RD\$ 15,771 en el grupo etario de 25 a 29 años del Régimen Subsidiado y de RD\$53,553 en el de 44 a 49 años del Contributivo.

Respecto al puerperio, se estimó en RD\$ 859 y RD\$ 3,941 para los regímenes Subsidiado y Contributivo, respectivamente.

Costos de la atención al posaborto y a menores de un año

El costo promedio por usuaria de la atención al posaborto, incluyendo los meses previos a la ocurrencia del aborto, es de RD\$ 4,628 para el Régimen Subsidiado y de RD\$ 16,240 para el Contributivo.

Por su parte, la atención a menores de un año promedia por persona, RD\$ 8,711 en el Régimen Subsidiado y RD\$ 16,398 en el Contributivo. Para el primer caso, los medicamentos, el recibimiento del neonato, el material gastable y la sala de cuidados intensivos neonatales corresponden a los principales servicios, de acuerdo con el total de montos autorizados por Senasa.

Como se puede observar en el gráfico 2 (en la siguiente página), los servicios con mayor proporción del total de montos autorizados para la atención del embarazo, parto y puerperio corresponden a consultas y honorarios (incluye consultas de medicina especializada, anestesiología y honorarios médicos por internamiento); medicamentos, especialmente durante el puerperio de las usuarias del Régimen Subsidiado, en que este monto alcanza

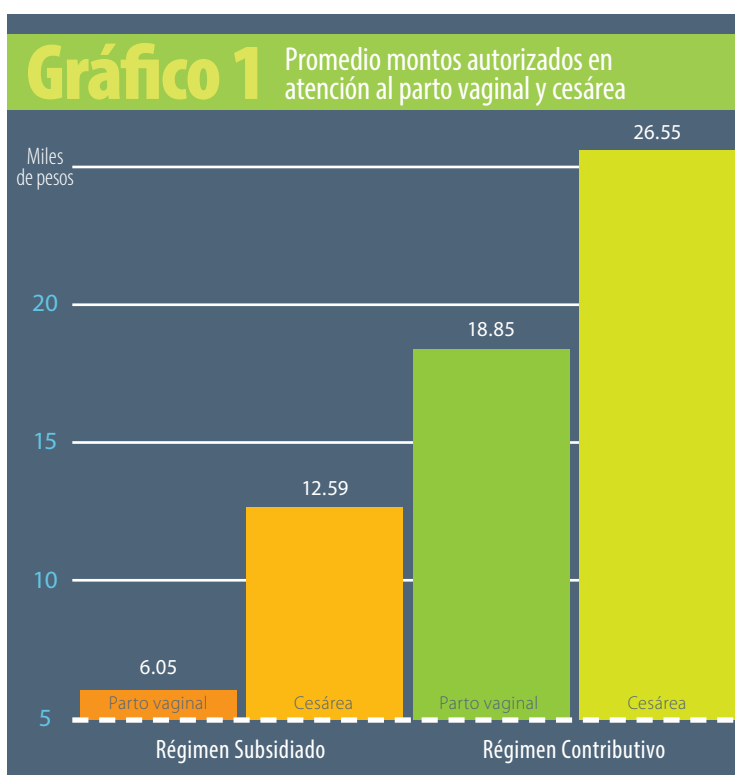


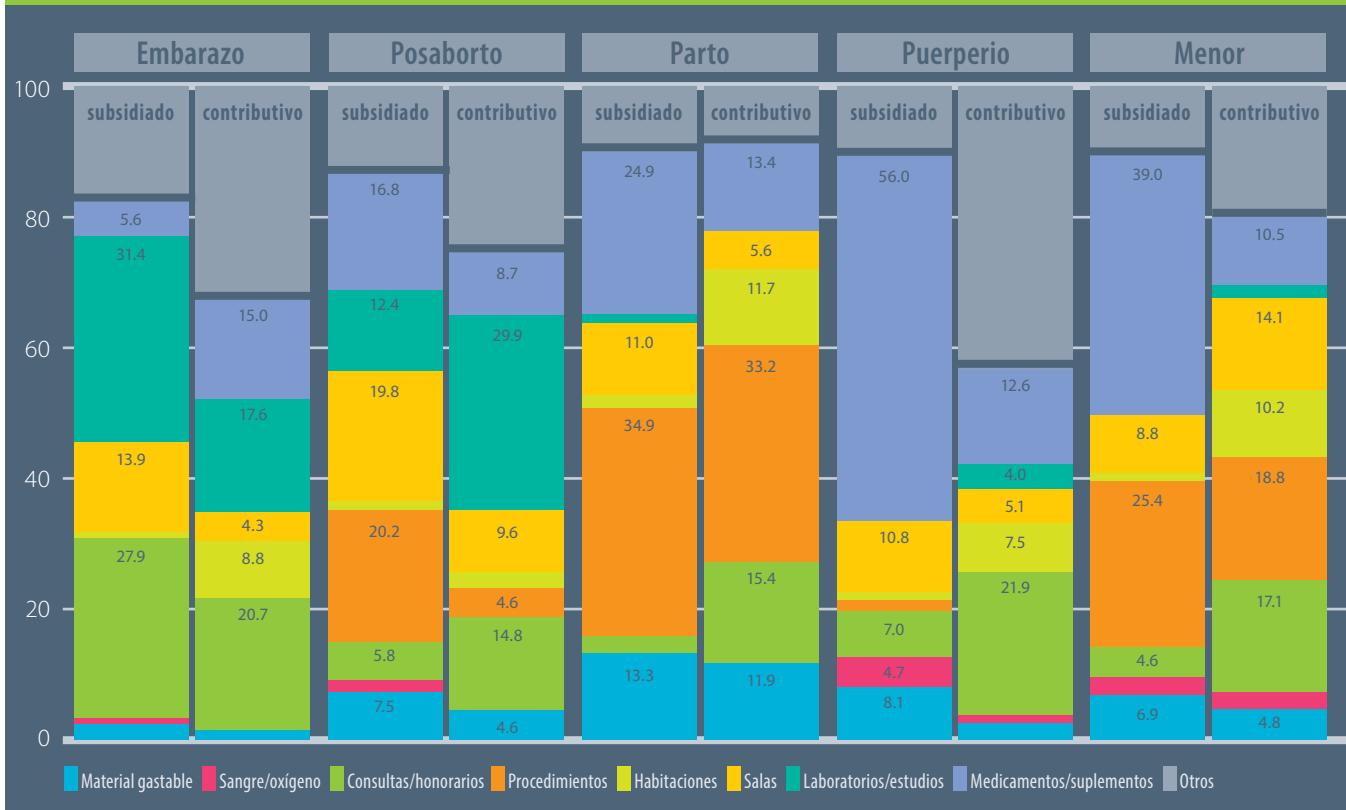
Tabla 3 Análisis costo beneficio

	Subsidiado		Contributivo	
	S/niños*	C/niño**	S/niño	C/niño
Primer escenario: Situación actual				
Beneficios	78,555,980	129,944,636	53,036,646	71,985,101
Costos	15,179,620	15,179,620	4,840,975	4,840,975
1. ACB	5.2	8.6	11.0	14.9
2. ACB	63,376,360	114,765,016	48,195,671	67,144,126
Segundo escenario: Situación ideal				
Beneficios	472,137,341	762,054,109	350,767,003	484,921,708
Costos	9,790,518	9,790,518	2,484,839	2,484,839
1. ACB	48.2	77.8	141.2	195.2
2. ACB	462,346,824	752,263,591	348,282,164	482,436,869

* Sin incluir atención a niños menores de 1 año. ** Incluyendo la atención a niños menores de 1 año.

Fuente: Elaboración propia. Agosto, 2017

Gráfico 2 Porcentaje de principales servicios según montos autorizados en atención al embarazo respecto del total, en Regímenes Subsidiado y Contributivo en el periodo 2015-2016



el 56% de los costos totales (incluye algunos antibióticos del tipo cefalosporinas); laboratorios y estudios específicos (ultrasonografías, hemogramas, plaquetas, anticuerpos hepatitis C, biopsias y ecocardiogramas, entre otros), y procedimientos (incluye atención de parto normal y por cesárea) por mencionar aquellos de mayor peso en ambos regímenes.

Para la atención al posaborto, la mayor proporción de costos se encuentra en laboratorio y estudios (el legrado uterino diagnóstico es el que tiene un mayor peso), le siguen los procedimientos, el uso de salas de internamiento y las consultas y honorarios médicos (los correspondientes al anestesiólogo tienen un mayor peso).

Análisis costo beneficio

Como se planteó, el análisis económico costo beneficio se realizó valorando el escenario actual versus un escenario hipotético o ideal, ambos caracterizados por la ausencia o presencia de una activa política de aseguramiento en planificación familiar, y comparándolos con el costo promedio de la atención de los eventos de salud –embarazo, posaborto, parto, puerperio y atención al menor de un año–, de acuerdo con los montos que en la actualidad autoriza el Senasa. Para este análisis, los beneficios corresponden a los valores promedio de las intervenciones evitadas y que ahorra el Senasa por concepto de atención del embarazo, parto, posaborto, puerperio y atención

al menor de un año. Por su parte, los costos se refieren al valor de la inversión en planificación familiar.

A partir del resultado de la comparación entre el escenario actual e ideal, se puede determinar cuál política resulta en mayor ahorro para Senasa: invertir mediante aseguramiento en acceso a métodos anticonceptivos o limitarse a autorizar los montos derivados de la demanda de servicios obstétricos y neonatales resultantes de embarazos no planificados. Para esto, se consideran las implicaciones financieras de las intervenciones, no solo en términos de montos autorizados sino también de beneficios, ya sea como incremento en ingresos o como reducción de otros costos.

Para el escenario presente, los resultados del análisis indican que, con el actual nivel de inversión en planificación familiar –que asciende a RD\$ 15,179,620 para el caso del Régimen Subsidiado–, por cada peso (RD\$1.00) invertido en anticoncepción en un año, Senasa ahorra RD\$ 5.20, monto que asciende a RD\$ 8.60 si se consideran los costos de la atención al niño menor de un año. Para el Régimen Contributivo, por cada peso invertido en planificación familiar en un año, el ahorro es de RD\$ 11.00 y de RD\$ 14.90 al incluir la atención del niño menor de un año.

En el escenario ideal, en que el Senasa aplica una política activa de aseguramiento en planificación familiar, el ahorro institucional es significativamente mayor. La disponibilidad anual de recursos por cada



peso invertido sería de RD\$ 48.2 y RD\$ 77.8 incluyendo la atención al niño menor de un año para el Régimen Subsidiado. Mientras, para el Régimen Contributivo, el ahorro anual por cada peso invertido en planificación familiar sería de RD\$ 141.2 y de RD\$ 195.2, si se incluye la atención al niño menor. Un movimiento progresivo del escenario actual al ideal produciría un ahorro anual significativamente mayor.

Con respecto a los beneficios netos, incluyendo al niño menor de un año, la disponibilidad de recursos para la institución sería de RD\$ 752,263,591 en el Régimen Subsidiado y de RD\$ 482,436,869 en el Contributivo.

Estos cálculos indican que el resultado de la política de planificación familiar del escenario hipotético o ideal es positivo para ambos regímenes.



Conclusiones y recomendaciones

Los resultados del estudio confirman que aumentar la inversión en planificación familiar –dirigida a aquellas afiliadas en edad fértil que desean posponer, espaciar o limitar sus embarazos–, resulta en una mayor disponibilidad de recursos económicos para Senasa.

Dado que este análisis se aplica a la inversión pública, más que hablar de beneficios en términos económicos, se plantea valorar recursos financieros que podrían redirigirse a la atención de otras áreas prioritarias en la salud sexual y la salud reproductiva para la población afiliada.

La ampliación y fortalecimiento de la política de aseguramiento en planificación familiar de Senasa incidiría positivamente en la vida de la población afiliada y en sus hogares, permitiendo especialmente que las mujeres puedan decidir si desean ser madres, cuántos hijos tener y en qué momento tenerlos.

El aseguramiento de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos de preferencia para las mujeres y sus parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Cabe señalar que las cifras presentadas en este estudio subestiman el impacto económico que tiene en la vida de las mujeres la oportunidad de dedicar

mayor tiempo a actividades afines con sus planes de vida y opciones saludables; a la vez que facilita su inserción laboral remunerada.

A la luz de estos resultados, es importante aclarar que un escenario en el que las afiliadas al Senasa puedan ser provistas de algún método de planificación familiar implica orientar recursos para garantizar la inversión en planificación familiar (actualmente los métodos son suministrados a través del Ministerio de Salud); reducir los copagos en el Régimen Contributivo; y elaborar un estudio que permita dar cuenta de la preferencia de métodos anticonceptivos de las afiliadas. Todo lo anterior, a fin de atender de modo efectivo el incremento de la demanda de estos métodos, como consecuencia de este tipo de políticas.

De acuerdo con los resultados de la evaluación económica obtenida en el estudio, se recomienda al Senasa decidir por la alternativa de una mayor inversión para el aseguramiento en planificación familiar para sus usuarias. Llevar a cabo esta decisión implicaría un mayor ahorro institucional, en que solo para el Régimen Subsidiado, considerando el costo de la atención al menor de un año, ascenderían a un valor de RD\$ 752 millones y para el Contributivo, más de RD\$ 482 millones en un año.

Un beneficio neto que contribuirá con la creación de las condiciones para el goce efectivo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de hombres y mujeres afiliadas al Senasa.



Glosario

Aborto: Pérdida de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.

Atención al posaborto: Servicios cubiertos por Senasa, en casos de interrupción involuntaria del embarazo o a los servicios posaborto, cuando el mismo se haya realizado al margen de la ley y –por tanto– fuera de la cobertura de Senasa, que solo supliría lo referente a las atenciones médicas subsiguientes y no constitutivas de la acción de interrupción del embarazo.

Atención al menor: Comprende los servicios de salud prestados al recién nacido desde el momento de su nacimiento, recién nacido inmediato, hasta el primer año de vida.

Beneficio económico o ahorro institucional: Resultado que se obtiene de realizar la evaluación económica de una intervención u otra, empleando la metodología costo-beneficio. Para este estudio el término es el equivalente a “ahorros institucionales” o “disponibilidad de recursos”.

Beneficio neto: Ahorros determinados por las intervenciones evitadas de acuerdo con el nivel de recursos invertido en planificación familiar, menos el costo de la planificación familiar.

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.

Cobertura: Relación entre la utilización o demanda efectiva, y la demanda total estimada en la

población afecta a un determinado problema de salud.

Costo promedio: Resultado de dividir el monto total autorizado para cubrir los servicios prestados en la atención a un evento de salud entre el total de individuos que recibieron dicha atención.

Evento de salud: Se refiere al embarazo, parto, puerperio, atención al posaborto y atención al menor de un año.

Mujeres en edad fértil: Mujeres con edades entre los 15 y 49 años.

Métodos anticonceptivos: Elementos, insumos o procedimientos que pueden ser usados por hombres y mujeres para impedir o reducir la posibilidad del embarazo. En este estudio se utiliza indistintamente para referirse a los métodos anticonceptivos modernos.

Monto autorizado: Cantidad de dinero sometida a Senasa y autorizada para desembolsos como costo de la atención cubierta a los afiliados, dentro del marco del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud.

Planificación familiar: Decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo tener sus hijos, así como la decisión de hombres y mujeres de elegir los métodos anticonceptivos que consi-

deren pertinentes para planificar su familia.

Puerperio: Periodo comprendido entre el postparto inmediato y la recuperación postparto. Para el estudio se consideraron los servicios brindados a la madre en los 90 días posteriores al parto.

Razón costo-beneficio: Evaluación económica a partir de un valor monetario, los resultados en salud de las alternativas se expresan en unidades monetarias como medida común de comparación entre las situaciones o intervenciones; en otras palabras, intenta medir las implicaciones financieras de las intervenciones versus la comparación de sus resultados (expresado en un valor monetario).

Régimen Contributivo: Seguro familiar de salud que comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Es financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.

Régimen Subsidiado: Seguro familiar de salud que comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado dominicano.

