

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SESPAS
Centro de Investigación y Estudios de Gerencia en Salud
Adscrito a la Universidad Católica Santo Domingo
CEDIGES / UCSD

**Estudio de la Exclusión Social en Salud y de los Sistemas de
Protección Social en Salud de la República Dominicana**

Auspiciado por
DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD DE LA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Y
LA AGENCIA SUECA PARA LA COOPERACION INTERNACIONAL

Noviembre, 2001
República Dominicana

I. INTRODUCCIÓN

La República Dominicana es un nación republicana con un gobierno democrático, encabezado por un Poder Ejecutivo que dirige el Presidente de la República, un Poder Legislativo bicameral y un Poder Judicial. El país se organiza política y administrativamente en 31 provincias y un Distrito Nacional, con un total de 117 Municipios y 56 distritos municipales. La población estimada para el año 2001 es de **8, 604, 928.0** habitantes, 67% ubicada en zonas urbanas y 33% en zonas rurales. Se estima que el 28% de los hogares urbanos y cerca del 60% de los hogares rurales son pobres, la pobreza extrema está entorno al 8% de la población. La República Dominicana ocupa el lugar 86 en la clasificación de países según el Informe del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD y datos del 1999, siendo el valor de su IDH es de 0.722.

Desde 1994 al 2000, la República Dominicana ocupó los primeros lugares en el liderazgo del crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Es un país que ha mantenido un sostenido crecimiento económico. El ingreso per cápita del país en dólares del 1995 pasó de US\$1,410 en 1990 a US\$2,080 en el año 1999, lo que significó un incremento de un 47%, superando los US\$2,100 en el año 2000. Esta situación contrasta con el desempeño económico de la República Dominicana en la década de los ochenta. En el período 1981-1990 el crecimiento promedio del Producto Interno Bruto (PBI) fue de 2.3% versus 5.9% en el período 1991-2000. Por su lado, la tasa de inflación promedio en los ochenta fue de 28.9% versus 7.5% en los noventa.

La armónica marcha de la dinámica económica dominicana en los noventa está determinada por múltiples factores, entre los que están la estabilidad macroeconómica, mejoría de la infraestructura pública, incentivos a los sectores de zonas francas y turismo, el creciente flujo de remesas internacionales, el dinamismo de los Estados Unidos principal socio económico del país, y el crecimiento de la inversión extranjera. Este último resultado se ha potenciado por el proceso de capitalización de las empresas públicas. Debe destacarse que en el año 1990 dieron inicio una serie de reformas económicas y de ley orientadas a modernizar el marco jurídico y propiciar un ambiente favorable a la inversión. Entre las reformas más significativas tuvieron arancelaria, tributaria, laboral, judicial y más recientemente la capitalización de las empresas públicas.

El factor más importante que explica el dinamismo de la economía dominicana en los noventa es el cambio estructural de la economía hacia la segunda mitad de la década de los ochentas que implicó la orientación de gran parte del aparato productivo nacional hacia los servicios negociables en el nivel internacional. De esta manera surgen nuevos sectores y se dinamizan otros como zonas francas, el turismo, las comunicaciones, finanzas, en desmedro de los tradicionales sectores agro-exportadores como el azúcar, el tabaco, el café y el cacao.

La orientación del modelo de crecimiento económico hacia los servicios no ha implicado que la República Dominicana escape a la volatilidad del crecimiento que ha caracterizado a América Latina en los años 90. Con este nuevo modelo surgen nuevos desafíos relacionados a la creciente vulnerabilidad externa de la economía. La dramática desaceleración de la economía dominicana en el 2001 precisamente es una evidencia del alto nivel de vulnerabilidad, en particular, frente a la desaceleración del crecimiento de la economía mundial, afectando el flujo de turistas hacia el país y las exportaciones de zonas francas hacia los Estados Unidos. Por otro lado, el aumento de los precios internacionales del petróleo presiona el déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos provocando incertidumbres sobre las posibilidades que tiene el país de mantener la estabilidad macroeconómica.

Aún los sectores más dinámicos y globalizados de la economía, enfrentan serios desafíos con respecto a la creciente competencia internacional. Los acuerdos comerciales impulsados a nivel bilateral, regional y en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC) buscan eliminar al máximo las barreras de entradas de los bienes y servicios que se exportan a nivel mundial.

La República Dominicana no pertenecía a ningún acuerdo comercial en el hemisferio en 1996, inició las negociaciones comerciales que condujeron a la firma en 1997 y 1998 de los acuerdos de libre comercio con CARICOM y Centroamérica respectivamente. Se espera que estos acuerdos entren en ejecución a finales del año 2001. Sin embargo, los grandes desafíos que enfrenta al país en materia comercial para los próximos años se resumen en:

- La negociación del Área de Libre Comercio de Las Américas (ALCA) en el 2005 sigue su marcha con el mandato de la última reunión ministerial celebrada en abril del 2001.
- El Acuerdo sobre Textiles y Vestidos establecido en la OMC, establece que deben quedar eliminadas las cuotas para el 2005 por lo que pone en entredicho la sostenibilidad del acceso preferencial que otorga los Estados Unidos a los países de la Cuenca del Caribe.
- La firma del Acuerdo o Convención de Cotonou que regula la cooperación europea con las antiguas colonias ACP (África, Caribe y Pacífico) tendrán que abocarse por mandato a partir del 2002 a la negociación de acuerdos de libre comercio regionales con la Unión Europea que entrarían en efecto en el 2008.

Este crecimiento económico sostenido no se ha correspondido con un sustentable fortalecimiento del desarrollo a escala humana y social. Es decir, no hay una correspondencia de la producción de riquezas con la promoción de un ambiente que de viabilidad el ejercicio del pleno derecho de las capacidades humanas. Destaca la relación entre crecimiento económico y desarrollo humano. Los recientes datos del último Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas en el 2001 ponen de manifiesto el divorcio entre crecimiento y desarrollo humano. El informe indica que la posición del país respecto al índice de desarrollo humano es la de 19 respecto a 26 países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, la posición del país respecto al índice del PIB es 13 de 26 mientras la posición en el índice de esperanza de vida y escolaridad es 21 y 20 respectivamente. Mientras el país en los últimos 10 años ha tenido un excelente desempeño en el área económica, siendo líder en el crecimiento económico de la región en los últimos 5 años, los indicadores de desarrollo social se mantienen rezagados lo que plantea la paradoja de crecimiento económico que genera exclusión social, desprotege a los grupos de mayor riesgo y genera poco impacto en el desarrollo humano.

En coherencia con el protocolo de Estudio de los Sistemas de Protección Social en Salud (PSS) en cuatro países de América Latina y el Caribe, se presentan los resultados de la Exclusión Social en Salud (ESS) en la República Dominicana. Es pertinente destacar que mientras para muchos países de Las Américas, la reforma en salud se inició hace 20 años, el proceso de Reforma y Modernización del sector salud dominicano tiene una evolución menor de 10 años, siendo en el 2001 el período en que se aprobó definitivamente en el Congreso y fue promulgado por el Poder Ejecutivo, el marco jurídico y rector de la reforma en salud y de la seguridad social.

A inicios de la década de los 90¹ el Poder Ejecutivo reconoció "la crisis que afectaba el sistema de salud dominicano", y definió, en consenso con diversas entidades representativas de la sociedad civil, un conjunto de estrategias, problemas, retos y recomendaciones para transformar el sector. El gobierno que asumió en 1996 decidió impulsar un proceso de Modernización del Estado y definió

¹ República Dominicana, Presidencia de la República, Comisión de Salud, Comisión Técnica, Situación del Sistema de Servicios Salud, **Por una Alianza de Todos para preservar la salud y la vida**, Presidencia de la República, 1991.

varios programas de reformas sectoriales. Para ello se estableció una Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado (COPRYME) cuyo objetivo fue promover y facilitar este proceso. Se llevaron a cabo estudios tendientes a identificar las necesidades, y se formularon propuestas para reformar el sector salud, que finalizaron con la solicitud de préstamos para la reforma sectorial al Banco Mundial y al Banco Interamericano de Desarrollo².

Los principales participantes en la formulación y negociación de estas iniciativas fueron la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS), la Secretaría Técnica de la Presidencia (STP), la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado (COPRYME), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), la Asociación Médica Dominicana (AMD), representantes del Congreso, de las ONG's y la Iglesia Católica. Además se contó con el apoyo técnico de la ONU, de la OPS-OMS y de algunas cooperaciones bilaterales (USAID, JICA, CEE y la Agencia de Cooperación Española). Se formularon dos proyectos que cuentan con una agenda y presentan resultados específicos. Están orientados a facilitar y apoyar el proceso de Reforma Sectorial, pero dependen del proceso político de concertación nacional para su ejecución.

El Banco Mundial financia un proyecto de cinco años, por un total de USD 30 millones, dirigido al desarrollo de la gestión desconcentrada y descentralizada de la provisión de servicios a través de redes provinciales integrales, con énfasis en la autogestión hospitalaria y la creación de entidades de financiamiento y aseguramiento en el nivel provincial. El Banco Interamericano de Desarrollo financia un proyecto de cinco años, por un monto de USD de 75 millones, destinado a infraestructura y equipamiento, prestación de servicios de salud y fortalecimiento institucional de la Secretaría de Salud y del Sistema de Seguridad Social. A estos préstamos debe agregarse aportes en la forma de donaciones de USAID por USD 20 millones, para un período de 5 años y otro por un monto similar de la Comunidad Europea.

La Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) se creó el 10 de Julio de 1997 y empezó a funcionar en agosto de ese año. Por su parte la SESPAS estableció en agosto de 1997 un Marco de Referencia para la Conducción del Proceso Nacional de Reforma de Salud en donde se establecieron 6 principios rectores: 1) Universalidad, 2) Equidad, 3) Integralidad, 4) Solidaridad, 5) Participación y 6) Sostenibilidad. Estos principios orientaron previo a la aprobación de las leyes, las acciones iniciales de reforma en los servicios y programas salud de SESPAS.

La Secretaría de Salud, con la colaboración de la OPS y la CERSS, seleccionó un conjunto de estrategias y procesos entre los que se pueden mencionar:

- La movilización nacional para reducir la mortalidad materna e infantil.
- La reorganización y reorientación del primer nivel de atención con la puesta en marcha del Nuevo Modelo de Atención y las Unidades de Atención Primaria (UNAPS).
- El Reglamento General de Hospitales elaborado entre SESPAS, IDSS y la Asociación Médica Dominicana (AMD)
- Definición y puesta en marcha de un programa piloto de calidad de la atención.
- La rehabilitación física y equipamiento de la red de servicios de salud pública, y
- La redacción y negociación del marco jurídico de regulación del sector salud mediante las propuestas de leyes de Salud y Seguridad Social, aprobadas en el 2001.
- Fortalecimiento de las acciones de regulación en salud ambiental y gestión clínica con Normas Nacionales de los programas de salud.

² BID; Propuesta de Préstamo **Modernización y Reestructuración del Sector Salud, DR-0078**, Washington DC, 1997.

En marzo de 2001 se promulgó la Ley General de Salud, No. 42-01. Posteriormente en mayo del mismo año la Ley que crea el Sistema de Seguridad Social (SDSS), No. 87-01. Se crea un seguro universal de salud con un esquema de financiamiento basado en las contribuciones de los empleadores, los empleados y el Estado, e incluye un Plan Básico de Salud (PBS) e instrumentos legales y de la sociedad civil para la vigilancia del aseguramiento con proveedores mixtos. Durante toda la formulación de esta Ley 87-01 todos los sectores y actores del Estado y de la sociedad civil, incluyendo a los profesionales de la salud, fueron involucrados.

Es realmente a partir del año 2001 cuando la reforma del sector salud y de seguridad social comienza a perfilarse de manera institucional en la República Dominicana, siendo las etapas precedentes, momentos donde se implementaron planes y acciones, a veces con grandes niveles de segregación, que contribuyeron a dar continuidad a los programas de salud y movilizar política, económica y conceptualmente todos los actores nacionales interesados en mejorar los niveles de salud y la protección social de las y los dominicanos. De ahí que el Sistema de Protección Social en Salud de la República Dominicana aunque ejecutado acciones de impacto al daño a la salud, sobre todo a nivel infantil y materno, también ha generado exclusión social de múltiples sectores poblacionales.

Las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas o de otros actores de la sociedad orientadas a expandir la Protección Social en Salud. Esta puede definirse como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada. Es importante notar que la definición no sólo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.

Un factor que impide el impacto a la exclusión en salud en la República Dominicana es que no existe claridad en cuanto al estado actual de la exclusión y a cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla, debido a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

Resulta necesario proporcionar herramientas para colaborar en el análisis del estado de protección social en salud y su contrapartida, la exclusión, como determinantes importantes del estado de salud de un país, región, provincia o estado; para la identificación de los indicadores más adecuados para medir la exclusión en cada caso, para evaluar los factores del entorno que pueden afectar las estrategias destinadas a disminuir la exclusión, para evaluar las intervenciones aplicadas en el pasado y sus efectos, y para analizar los principales actores de los procesos de aplicación de dichas intervenciones. Conocer estos elementos facilitará la realización posterior de un diálogo nacional de consenso sobre las intervenciones adecuadas a la condición de cada país, y, eventualmente, a la aplicación de dichas intervenciones.

Para probar las metodologías necesarias para llegar a la reducción de la exclusión, la OPS con el auspicio de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) inició una investigación en Ecuador, Guatemala, Paraguay y República Dominicana. Su objetivo general es especificar la brecha de población legalmente cubierta por servicios de salud y la que realmente se encuentra cubierta por dichos servicios, así como las intervenciones que se han probado, sus resultados y los factores que contribuyeron a su éxito o fracaso. De esta manera se espera preparar una propuesta para el proceso de diálogo en los cuatro países así como un conjunto de mejores prácticas que podrían ser aplicadas.

II. OBJETIVOS

2.1. Caracterizar los componentes principales de la estructura del Sistema de Protección Social a la Salud (SPSS), valorando la dinámica de sus funciones básicas: financiación, aseguramiento, provisión y rectoría.

2.2. Valorar los niveles de Exclusión Social en Salud (ESS), valorando su rango y la dinámica de los determinantes causales, sus ámbitos y categorías.

2.3. Establecer las estrategias y su efectividad para reducir-aumentar los niveles de Exclusión Social en Salud (ESS), la mejoría o deterioro de los niveles de salud.

PRIMERA PARTE

ESTRUCTURA DEL SISTEMA PROTECCIÓN SOCIAL

III. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA SALUD

El financiamiento del sector salud dominicano se evidencia en los siguientes cuadros y gráficos. Tanto en lo referente al PBI y a la relación de éste con el gasto nacional de salud de salud.

Cuadro No. I: Fuentes de financiamiento del sector salud (Millones de US\$), 1996

CATEGORIAS	MONTO EN MILLONES DE USD	PORCENTAJE DEL PBI
Producto Bruto Interno (PBI)	13,324.0	100.0%
Gasto Nacional en Salud	866.8	6.5%

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana 1996. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID/PHR. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe del Banco Central. PNUD, Desarrollo Humano en la República Dominicana, junio, 2000.

Cuadro No. II: Fuentes de financiamiento del Gasto en Salud (Millones de US\$), 1996

Tipo de Fuente	Monto total en Millones USD	Porcentaje del Total del gasto
1. SUBSECTOR PUBLICO		
1.1. SESPAS y otras Inst. Públicas	207,011	24%
1.1.1. Financiamiento Interno	192,443	
Fondos del Tesoro	175,325	
Fondos Propios	17,118	
1.1.2. Financiamiento Externo	14,568	
1.2. SEGURO SOCIAL	64,810	7%
IDSS	59,124	
ISSFAPOL	5,686	
TOTAL DEL SUBSECTOR PUBLICO	271,821	31%
2. SUBSECTOR PRIVADO		
2.1. Seguros Privados	100,184	11.6%
2.2. ONGs (sin fines de lucro)	13,771	1.6%
2.3. Financiamiento de Hogares (Pago de Bolsillo)	481,034	55.5%
TOTAL DEL SUBSECTOR PRIVADO	594,989	69%
TOTAL	866,810	100%

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana 1996. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID/PHR. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe del Banco Central. PNUD, Desarrollo Humano en la República Dominicana, junio, 2000.

El Gasto Nacional en Salud medido por Cuentas Nacionales de Salud es el 6.5% del Producto Bruto interno (Cuadro No. 1). Este porcentaje es igual a un valor absoluto de USD 866,810,000.00. De este monto el 69% circula en el sector privado, y apenas el 31%, lo aporta el sector público, unos USD 271,821,000.00, lo que es igual a un 2.0% del PBI. Del gasto total en salud, el pago de bolsillo o pago directo es el 55.5%, o sea que por cada 100 dólares que circulan en el sector salud cada año, las familias aportan casi 60 dólares. Si se considera exclusivamente el total de gasto del sector privado, el gasto de bolsillo de las familias es el 81.0%. Se destaca además que por cada 3

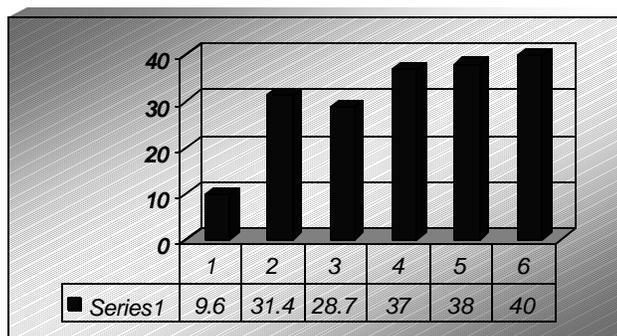
dólares que las familias dominicanas pagan de manera directa de sus bolsillos en los servicios de salud, el sistema protección social de la salud apenas gasta 1 dólar.

Cuadro No. III: Evolución del Gasto en Salud en la República Dominicana

Indicador	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto público en salud per capita en USD	9.6	31.4	28.7	37	38	40
Gasto público salud-Total gasto público	ND	14.0	15.2	13.8	14%	14%
Gasto total en salud, como % del PIB	ND	ND	6.5%	ND	ND	6.5%

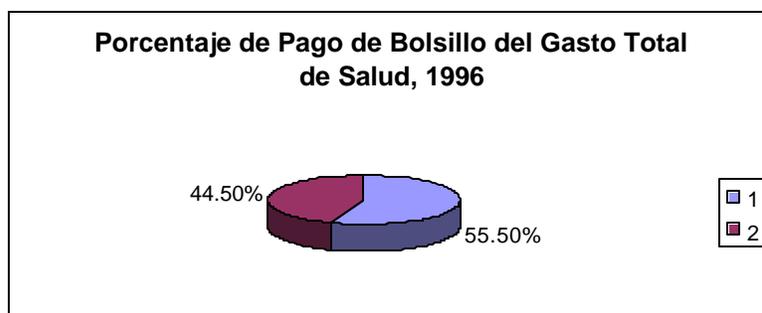
Fuente: Cuentas Nacionales e salud de la república Dominicana 1996. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe Banco Central, Mayo 1999. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID/PHR

Gráfica No. 1: Evolución del Gasto en salud en la República Dominicana, 1990-1999



Fuente: Cuentas Nacionales e salud de la república Dominicana 1996. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe Banco Central, Mayo 1999. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID/PHR

Gráfica No. 2: Gasto de Bolsillo del total del Gasto en salud en la República Dominicana, 1996



Fuente: Cuentas Nacionales e salud de la república Dominicana 1996. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe Banco Central, Mayo 1999. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID/PHR

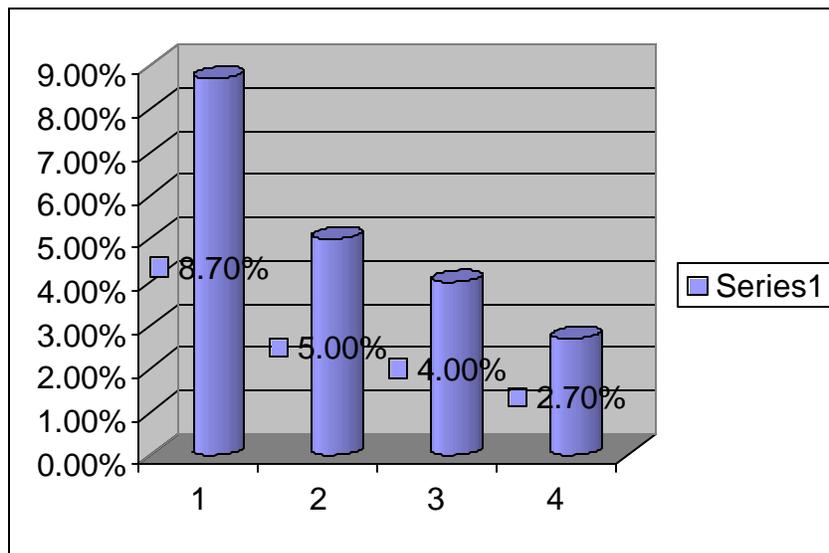
Este elevado gasto de bolsillo o pago directo en los servicios de salud (55.5% del total del gasto en salud y 81% del total del gasto sector privado) está concentrado en los estratos, sectores o quintiles más pobres de la población o de menores ingresos. República Dominicana es parte de un grupo selecto de 19 países con elevado pago directo de los servicios de salud (55-59%) y un ingreso PBI per cápita de mayor de USD 2,000 (Ver Cuadro No.IV). Este sistema de financiación precipita la exclusión social y la desprotección de los sectores más pobres.

Cuadro No. IV: Gasto de Bolsillo por Grupos de países, 2000.

PBI PER CAPITA POR PAISES	PORCIENTO DE PAGO DIRECTO (PAGO DE BOLSILLO) POR GRUPO DE PAISES						
	Países con menos de 20% de pago directo	Países con 20-29% de pago directo	Países con 30-39% de pago directo	Países con 40-49% de pago directo	Países con 50-59% de pago directo DOR	Países con más de 60	TOTAL
Menos 1000	7	10	9	7	11	19	63
1000-9999 (DOR)	16	18	23	15	8	8	88
+ de 10,000	19	7	4	5	0	2	37
TOTAL	42	35	36	27	19	29	188

Fuente: Estimación de CEDIGES-UCSD, derivada de: The World Health Report, Health Systems: Improving Performance, 2000.

Gráfica No. 3: Gasto de Bolsillo del total del Gasto en salud en la República Dominicana, 1996



Fuente: Elaborado por la OCT en Base de Datos de la ENIGF, Salud Visión de Futuro: elementos para un Acuerdo Nacional 1984.

- 1 = Nivel de Bajos Ingresos - 40% de la población
- 2 = Nivel de Medio Bajo - 35% de la población)
- 3 = Nivel de Medio Alto - 20% de la población)
- 4 = Nivel de Altos ingresos - 05% de la población)

Cuadro No. V: Evolución del Gasto en salud en la República Dominicana

SECTORES DE LA POBLACIÓN	PORCENTAJE DE GASTO EN SALUD	PORCENTAJE DEL GASTO DE BOLSILLO	MONTO EN USD
• 40% de la población	8.7%	43.0%	206, 844, 620.00
• 35% de la población	5.0%	25.0%	120, 258, 500.00
• 20% de la población	4.0%	19.0%	91, 396, 460.00
• 5% de la población	2.7%	13.0%	62, 534, 420.00
TOTAL DE GASTO DE BOLSILLO EN LA REPUBLICA DOMINICANA		100.0	481, 034, 000.00

Fuente: Elaborado por CEDIGES-UCSD de acuerdo a estimaciones de la OCT en Base de Datos ENIGF, Salud Visión de Futuro: Acuerdo Nacional. Cuentas Nacionales e salud de la república Dominicana 1996. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD.

Este de financiamiento evidencia que el sector salud está segmentado y altamente fragmentado. Cerca del 20% de las y los dominicanos y el 33% de los pobres carecen o tienen limitado acceso a servicios de salud, particularmente en áreas rurales y peri-urbanas. La legislación de salud y seguridad social que estaban vigentes hasta este año 2001, estaba retrasada y primitiva. Mientras el Código de Salud, databa de los 50s, era muy centralista y concentrado en el control de enfermedades, la ley del Seguro Social excluía de protección de salud a los trabajadores públicos y a los privados que perciben salarios por encima de un relativamente bajo nivel de ingresos. Además no tenía el mandato de la extensión de cobertura o cobertura familiar de salud, y fusionaba el financiamiento y administración de los programas de pensiones, salud y accidentes del trabajo en un fondo único. La formulación de políticas públicas, financiamiento y entrega de servicios es débil y desorganizada. Esta fragmentación intra-sectorial implica que las diferentes instituciones definen políticas, establecen planes e implementan programas más o menos independientemente, resultando en duplicación de la inversión y las actividades.

Cuadro VI: Gastos del Sector Salud por función y por subsectores, 1996 (en USD)

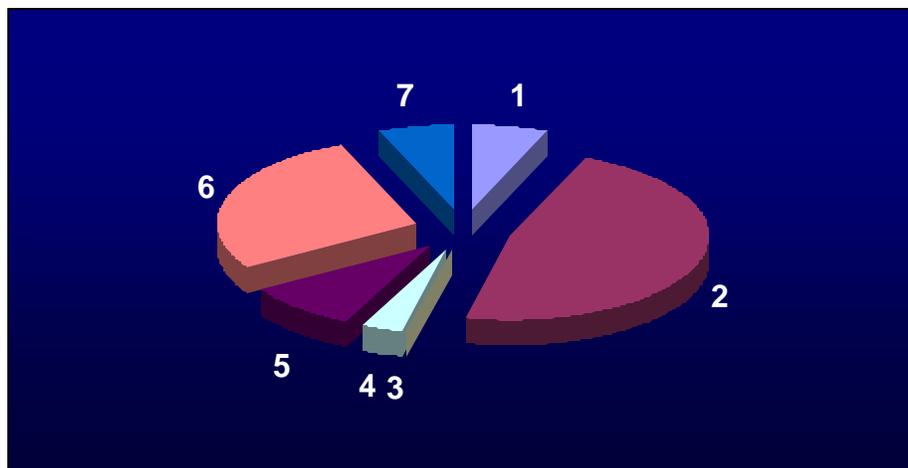
COMPONENTES	GASTO TOTAL	% DEL TOTAL	SUBSECTOR PRIVADO	SUBSECTOR PÚBLICO
1. Promoción y Prevención	53,465	6.2%	7.83%	1.27%
2. Atención Curativa	410,976	47.4%	47.61%	46.82%
3. Investigación y formación RHS	714	0.1%	0.06%	0.15%
4. Regulación	28,130	3.2%	0.002%	12.85%
5. Producción-compra de Insumos	80,436	9.3%	2.83%	28.36%
6. Administración	239,359	27.6%	33.55%	10.03%
7. Edificaciones	53,731	6.2%	8.12%	0.52
Total	866,810	100%	100.0%	100.0%

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de la República Dominicana 1996, * Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe del Banco Central, Estudio auspiciado por OPS-OMS, USAID-PHR.

Si el gasto de bolsillo es el 55.5% del gasto total en salud y el 81.0% del gasto privado, esto se traduce en que como las fuentes de financiamiento son los hogares y en más bajo nivel, las empresas, la población que accesa a los servicios de salud es aquella que puede pagar el servicio a la atención inmediata y curativa de una dolencia o enfermedad que se pudo prevenir y cuyo costo de diagnóstico y tratamiento se eleva progresivamente con el aumento de la inflación y la baja calidad de los servicios en el sector público.

Gráfica No. 4: Gastos Totales del Sector Salud según 7 componentes seleccionados

Componentes



Fuente: Cuadro V: Gastos del Sector Salud por función y por subsectores, 1996 (en USD)

En el Cuadro No. V y Gráfica No. 4 se observa que el gasto total en salud se concentra en la atención curativa. Sea en el Sector privado o el público, la atención curativa está privilegiada en relación a la atención preventiva y de promoción. Debe indicarse que por la forma histórica y no dirigida a programas del presupuesto de SESPAS, las Cuentas Nacionales en Salud de 1996 no contabilizaron, como gastos preventivos, múltiples acciones de promoción como las campañas de vacunación, los programas de dengue y malaria, la prevención del SIDA, y otros.

Los datos de 1996 sugieren una enorme inequidad en el gasto en salud y que los ciudadanos no tienen suficiente protección pública ante sus necesidades en salud. Según cifras suministradas por el Banco Central y la SESPAS, en el período 1995-1997 el gasto del subsector público en promoción y prevención se incrementó sustancialmente (57%).

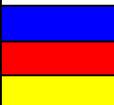
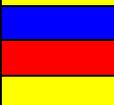
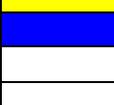
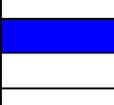
En este mismo período el incremento del gasto en atención curativa fue del 34 %. Por objeto del gasto, la mayor proporción de los recursos se utiliza en el pago de servicios personales y no personales, así como a medicinas y fármacos.

El subsector público es quien más gasta en servicios personales: un 64.5 % de sus recursos se destina al pago de sueldos, salarios y honorarios. Además, la producción y compra de medicinas y fármacos es preponderante en este subsector. En síntesis se puede afirmar que el **Financiamiento del Sistema de Protección Social a la Salud**, tiene las siguientes características estructurales:

- Depende mayoritariamente de las familias, en especial de aquellas de bajos ingresos y pobres.
- No permite una efectiva prevención de los problemas de salud, obviando actuar sobre factores determinantes del daño a la salud.
- Estimula la demanda desorganizada y no planificada de servicios de salud.
- Se reduce a una simple entrega de servicios sin criterios y parámetros de calidad e impacto de la atención.
- No permite la contención de costos por inflación.

IV. ASEGURAMIENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA SALUD

Cuadro VII: Cobertura de Aseguramiento a la Salud. República Dominicana, 2001

ENTIDADES	COBERTURA POBLACIONAL	POBLACIÓN CUBIERTA	PLANES DE ASEGURAMIENTO
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)	7.1%	610,949.0	
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía nacional	2.5%	215,123.0	
Compañías Privadas, Aseguradoras Privadas e Iguales Médicas	12.0%	1,032,591.0	
Seguros Autogestionados para Maestros, Médicos, Billeteros y otros	2.0%	172,098.0	
TOTAL DE POBLACIÓN	23.6	2,030,761.0	

Fuente: SESPAS-OPS, Evaluación del Proceso de Reforma y Perfil de Servicios de Salud de la República Dominicana, 2001
Gastos del Sector Salud por función y por subsectores, 1996 (en USD). Población: 8, 604, 928.0 habitantes, 1998.

	= COBERTURA DE SERVICIOS MEDICOS
	= COBERTURA DE ACCIDENTES LABORALES
	= COBERTURA DE PENSIONES
	= NO CUBRE

Previo a la promulgación y la posterior entrada en vigencia de la Ley 87-01, la función de aseguramiento la desarrolla el Instituto Dominicano de Seguros Social (IDSS), las asociaciones de Autoseguro, las compañías privadas de seguro y las compañías de prepago, llamadas Iguales y el Instituto de Seguros Sociales de las Fuerzas Armadas y la policía Nacional (ISSFAPOL). El IDSS cubre al 7.1% de la población; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, del 2% al 3%; las aseguradoras privadas y las Iguales al 12% (en base individual), y los seguros autogestionados al 2%. En total, estas entidades cubren alrededor del 23.6 % de la población. En algunos casos existe doble aseguramiento, por ejemplo, en el caso de las empresas públicas productivas que cotizan en el IDSS y compran primas de seguros privados. En consecuencia se estima que la cobertura efectiva de los seguros podría ser menor.

El IDSS cubre a los obreros, a los empleados del sector privado y los trabajadores a domicilio con salarios de hasta USD 250. En el año 1997 su cobertura fue del 16.5% de la población económicamente activa. Sus servicios cubren a la esposa legal del afiliado solo ante las contingencias derivadas del embarazo y el parto, y a los hijos menores de 1 año (en la práctica se suele prolongar hasta los tres y, a veces, hasta los cinco años). No cubre al sector informal ni a los empleados de la administración pública. Los pensionados tienen acceso a la atención de la salud sin realizar ningún pago. Los propios trabajadores del IDSS tienen derecho a la atención médica, pero no a los medicamentos. Las diferencias entre las prestaciones del IDSS y la SESPAS se dan en el ámbito de la prestación farmacéutica, que en el caso del IDSS es libre de pago en el punto de entrega en todos los niveles. La prestación de asistencia médica es también libre de pago en el IDSS mientras que, los establecimientos de la SESPAS practican la recuperación de costos. En el sector privado lucrativo

Cuadro VIII: Cobertura de Aseguramiento a la Salud y Gasto en Salud. República Dominicana, 1996

ENTIDADES	POBLACIÓN CUBIERTA	GASTO EN SALUD EN USD-1996	GASTO PER CAPITA EN SALUD-USD 1996
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)	610,949.0	59,124,000.00	96.77
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional	215,123.0	5,686,000.00	26.43
Compañías Privadas, Aseguradoras Privadas e Iguales Médicas	1,032,591.0	85,857,688.00	83.15
Seguros Autogestionados para Maestros, Médicos, Billeteros y otros	172,098.0	14,326,312.00	83.24
TOTAL DE POBLACIÓN	2,030,761.0	164,994,000.00	PROMEDIO = 72.40 DESV. EST. = 27.11

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana 1996. Estudio auspiciado por OPS-OMS, USAID-PHR. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe del Banco Central. PNUD, Desarrollo Humano en la República Dominicana, junio, 2000.

El IDSS ha operado como asegurador y administrador de recursos ya que se encarga del proceso de afiliación, de recaudo y de prestación de servicios. Los recursos recaudados son asignados a cubrir las erogaciones en el área de salud, previsión y accidentes de trabajo. El monopolio que ostenta es relativo por cuanto el IDSS apenas cubre alrededor de un 7.1% de la población total. La principal razón de la baja cobertura ofrecida por el IDSS radica en la exclusión que la propia ley que lo creó hace de la familia del afiliado, como también a todo aquel trabajador cuyos ingresos mensuales superan un nivel determinado de salarios, que en la actualidad (2000) es de RD\$4,010.0 (US\$243.0) mensuales. También excluye a los trabajadores del sector gobierno. Los trabajadores del sector informal pueden afiliarse acogiendo el derecho que le corresponde (seguro facultativo) pero en la práctica esto no ha funcionado, tal vez, por lo poco atractivo que ha resultado el sistema. Según información del documento de evaluación de la propuesta de reforma de la OCT/CNS del año 1997 la evasión es cercana al 25% de la población obligada a afiliarse. Con respecto al total de ocupados, el número de afiliados al IDSS no puede crecer por efecto de los topes de exclusión que existían hasta la aprobación de la nueva legislación recientemente aprobada.

El financiamiento del sistema se lleva a cabo a través de las cotizaciones puestas a cargo del empleador (7% del salario del afiliado), del trabajador (2.5% de su salario) y del Estado (otro 2.5%), aunque este último compromiso prácticamente nunca se ha cumplido. Por tanto, el sistema se financia bipartitamente, con los topes y exclusiones ya mencionados, con el 9.5% del salario de cada trabajador afiliado. En adición, existe un seguro para accidentes del trabajo, pagado por los empleadores con una cotización del 2 % de la planilla o nómina de cada empresa. Los recursos van a un fondo común, del cual se financian los programas de salud, de pensiones y de accidentes y se cubren los gastos de administración del sistema.

El ISSFAPOL venía asumiendo las funciones de dirección, financiación, aseguramiento y prestación de servicios de salud para una población determinada, compuesta por los miembros de las fuerzas armadas y de la policía nacional más los familiares de los mismos, pero en este año se ha creado el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, que va a asumir las funciones de aseguramiento y financiación de seguridad social para sus afiliados y, del mismo modo, se ha creado entonces el Instituto de Seguridad Social de Las Fuerzas Armadas. Dado que esta escisión ha sido muy reciente nos referiremos en este trabajo a ambas instituciones por la sigla ISSFAPOL.

Los seguros privados e iguales médicas. Aseguran al usuario mediante el pago anticipado de una prima (atención prepagada) con una cobertura de población de 12% y más de 300 centros de salud afiliados a los diversos subsistemas. Las iguales generalmente contratan la prestación con establecimientos privados. Pero como ambas empresas suelen estar vinculadas por relaciones de propiedad (igualada y hospital) la gestión está orientada al interés del proveedor. En el caso de las compañías de seguros, también contratan la prestación con establecimientos y médicos privados y públicos y algunos reembolsan al afiliado los costos incurridos en la atención. Existen unas 12 empresas aseguradoras y unas 30 Iguales de Salud. La prima promedio mensual es de US \$ 20 para planes individuales y de US\$ 48 para planes familiares. No cuentan con una regulación específica, ni con una supervisión adecuada.

Los Seguros Auto-Administrados. Es un subsector que funciona de manera similar a las iguales, que defiende los intereses del consumidor en la medida en que son las asociaciones de consumidores quienes las dirigen. El más grande es el seguro de los maestros (SEMMA) el cual en los últimos años ha venido desarrollando su propio sistema de prestación de servicios de salud, aunque hay otros seguros autoadministrados en bancos estatales y otras instituciones gremiales como la Asociación Médica Dominicana (AMD), los gremios de billetteros y trabajadores portuarios. En estos casos combinan las funciones de afiliación, financiamiento y organización del servicio médico y contratan la producción con establecimientos privados. Estos seguros autoadministrados son instituciones sin fines de lucro, conformados bajo la normativa 520.

En síntesis se puede afirmar que el **Aseguramiento en el Sistema de Protección Social a la Salud**, tiene las siguientes características estructurales:

- Tiene baja cobertura, pues apenas cubre unas 2,030,761 pobladores, un 23.6% de una población de 8,604,928.0 habitantes, dejando sin cobertura de aseguramiento un 76.4% de la población, en donde se encuentran los pobres, las mujeres, la niñez, los micro, pequeños y medianos empresarios.
- No se desarrolló, previo a la aprobación de la actual Ley 87-01, una oferta de aseguramiento coherente con el perfil de salud del país.
- El gasto por derecho-habiente de cada una de las entidades de aseguramiento no se relaciona ni con el volumen de la oferta de servicios, ni con su calidad (ver Cuadro No. VII).
- El aseguramiento en salud con las características anteriores genera exclusión social y postergación de los servicios.

V. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA SALUD

En la actualidad dentro del sector salud en la República Dominicana se encuentran las siguientes instituciones:

- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), que es el organismo rector.
- El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), organismo asegurador y prestador de servicios, principalmente.
- El Instituto de Seguridad Social de las FF.AA. (ISFFAA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) que actúan como aseguradores y prestadores de servicios para esa población.
- Las empresas de igualas médicas.
- Los seguros autoadministrados (SEMMA y otros similares).
- Las compañías de seguros.
- Las clínicas, consultorios y centros de estudios diagnósticos privados, con pago directo.
- Las Farmacias privadas.
- El sector privado no lucrativo.
- PROMESE, que depende directamente de la Presidencia de la República, y su función es abastecer a los hospitales públicos de medicamentos esenciales. La Presidencia también ha tenido a su cargo la mejoría de la infraestructura hospitalaria y las construcciones de centros de salud.

Según los datos de la encuesta ESU-1996³, sobre el Grado de Satisfacción de los Usuarios de Servicios de Salud, sólo el 47.3% de la población, que es la de menor ingreso, hace uso de los servicios de la red pública de atención en salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), a pesar de que estos servicios son gratuitos. Es notoria la alta participación del sector privado (pago directo 55.5% y Seguros Privados 12.0% -Ver Cuadro No. II) con un 42.7% de población que usa sus servicios.

Junto a esto, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) apenas es requerido para la prestación de servicios médicos por el 3.3% de la población, a pesar de ser una institución creada en los años 40, con tiempo más que suficiente para haber aumentado substancialmente su cobertura de servicios.

En los Gráficos No. 5 y 6⁴ y el cuadro No. VIII, se evidencia como los servicios de SESPAS son usados, básicamente por Quintiles de la población de más bajos ingresos, mientras que el sector privado es demandado por los Quintiles con las clases de mayores ingresos. Como se desprende del análisis de las cifras expuestas, el sector privado absorbe una parte importante del gasto nacional en salud y atiende a un segmento creciente de la población situada en todas las escalas de ingresos, pero en mayor proporción de los ingresos medios y altos.

Así mismo, en la medida en que el sector privado ha venido ganando espacios, se ha puesto en evidencia la debilidad institucional de SESPAS y del IDSS en aspectos relacionados con la conducción y cobertura del sistema, creando mayor paralelismo y fragmentación del sector.

³ Oficina de Coordinación Técnica, Comisión Nacional de Salud (OCT/CNS), **ESU-1996**. Fundación Siglo 21 y CESDEM.

⁴ Estudio Sobre **Grado de Satisfacción de Usuarios**, OCT/CNS, op cit.

Gráfico No. 5: Hogares que usaron Servicios de Salud
 Porcentaje de utilización del Centros privados y SESPAS por Quintiles de Ingreso

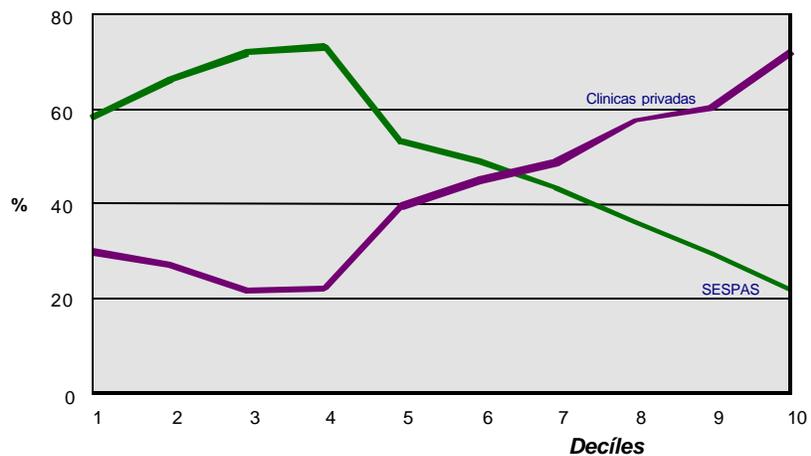
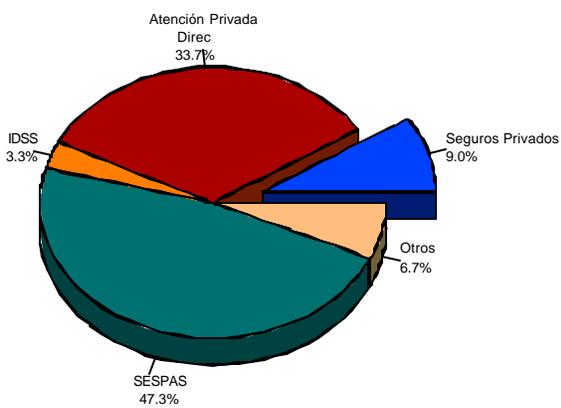


Gráfico No.6
 Uso de los Servicios Médicos por Parte de la Población



Cuadro No. IX: Estimación Producción de Consultas Médicas a Nivel Nacional, 2000

SUBSECTOR PRODUCTOR DE CONSULTAS MEDICAS	PORCIENTO	CONSULTAS
• SESPAS	25.2 %	7,056,000
• IDSS	7.2%	2,016,000
• ISSFAPOL	3.3%	924,000
• PRIVADO LUCRATIVO	54.3%	15,204,000 ⁵
• ONGs	10.0%	2,800,000
TODOS LOS SECTORES	100.0%	28,000,000.0

FUENTE: República Dominicana, Presidencia de la República, Comisión Nacional de Salud. **Salud: Visión de Futuro, Elementos para un Acuerdo Nacional.** 1996. Calculado de encuesta de estimación de usos de servicios de salud en ciudad de Santo Domingo, República Dominicana (1987).

En el Cuadro No. VIII queda bien precisado la baja cobertura de SESPAS en términos de servicios de consultas externas y el predominio del sector privado. Esta estructura de la demanda de servicios concentrada en el sector privado es lo que explica el 55.5% de gasto directo de todas las familias en el Gasto Nacional de Salud. Este gasto directo de las familias y en especial de las más pobres no se corresponde con el aumento de la oferta de servicios que se ha producido en el sector público de salud. Valórese el aumento de la cantidad de médicos por 10 mil habitantes, así como de otros recursos humanos del sector salud.

Cuadro No. X: Recursos humanos del Sector Salud

RECURSOS HUMANOS PARA LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	AÑOS				
	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de Médicos por 10,000 habitantes	13	14	15	16	19
Razón de Enfermeras profesionales por 10,000 habitantes.	1.1	1.2	1.6	2.1	3
Razón de Odontólogos por 10,000 habitantes.	6	6.5	7	7	8
Nº de egresados de postgrado en Salud Pública	40	47	49	38	52
Razón de farmacéuticos por 10,000 habitantes.	ND	ND	N.D	3.79	3.98
Razón de técnicos por 10,000 habitantes.	1.07	1.5	1.9	1.9	2.3

Fuente: Observatorio de recursos humanos en salud a nivel nacional OPS-SESPAS.

Cuadro No. XI: Recursos humanos en instituciones públicas, 1999

INSTITUCION	TIPO DE RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PUBLICO				
	Médicos	Enfermeras	Auxiliar Enfermería	Otros	Administrativos
SESPAS	7085	1,554	9,221	9,321	11,039
IDSS	2,745	891	2,436	1,502	6,918
Total	10,193	2,465	11,777	10,823	17,957

Fuentes: SESPAS, Dirección de RRHH. IDSS, Informe de readaptación de personal, 1998. Incluye auxiliares y técnicos de enfermería. No es posible determinar el número de personal dedicado a servicios generales.

⁵ Monto total estimado de acuerdo al financiamiento del sector privado de salud y los gastos en atención curativa. Ver OPS, Perfil de País, 2001.

En términos de infraestructuras de servicios de salud es pertinente destacar que en la atención de salud que requiere ingreso efectuada en centros de salud con camas el predominio del sector privado lucrativo es de 54.5%. Este gran volumen de clínicas y centros privados es lo que explica de acuerdo al cuadro No. IV que República Dominicana forme parte del exclusivo grupo de 8 países del mundo que de acuerdo al Reporte de la Salud mundial de la OMS en el 2000, que tienen ingresos per cápita por encima de USD1,999 y la población gasta más del 50% de su bolsillo para el pago de servicios de salud. La distribución de estos centros en el territorio nacional favorece a la capital del país Santo Domingo y a la segunda ciudad Santiago de los Caballeros.

Cuadro No. XII: Infraestructura Física de servicios de salud, 2000

SUBSECTOR	Hospitales-Centros CON CAMAS		OTROS CENTROS
	No.	%	
• SESPAS	154	33.6%	831
• IDSS	43	9.4%	183
• ISSFAPOL	2	0.3%	9
• PRIVADO LUCRATIVO	250	54.5%	No determinado
• ONGs	10	2.2%	30
TODOS LOS SECTORES	459	100.0%	1,053

FUENTE: República Dominicana, SESPAS-OPS-PHR-USAID, Evaluación de la Reforma del Sector Salud, 2000.

Cuadro No. XIII: Camas por mil habitantes en los servicios de salud, 2000

SUBSECTOR	CAMAS CENSABLES POR 1,000 HABITANTES
• SESPAS	1.38
• IDSS	2.5
• SUBTOTAL	1.57
• SUBSECTOR PRIVADO	3.9
• SUBTOTAL	3.9
• TOTAL	2.3

FUENTE: República Dominicana, SESPAS-OPS-PHR-USAID, Evaluación de la Reforma del Sector Salud, 2000.

Estos recursos del sistema de protección a la salud en la República Dominicana evidencian un conjunto de características estructurales que tienden a profundizar la exclusión social, entre estas se pueden citar las siguientes:

1. **Inadecuada y desorganizada distribución de los servicios de salud.** La mayoría de centros públicos y privados se concentran en las áreas de mayor urbanización, pero a pesar de la gran cantidad de centros públicos, los hospitales de SESPAS tienen un índice ocupacional de 43%. O sea de cada 100 camas apenas se usan 43 para la atención de los más pobres y excluidos.
2. **Gran cantidad de consultas no resolutiveas, de pago directo y excluyentes.** De las 28 millones de consultas que se producen, la mayor cantidad la oferta el sector privado, 54.3%, lo que se constituye en la explicación del elevado monto de pago directo en el sector salud. De cada 10 consultas que da el sector privado, 8 son de pago directo, y apenas dos son prepagadas. Esto desnaturaliza el objetivo de la consulta convirtiéndola en un objeto de producción de capitales y en consecuencia generador de exclusión.

3. **Las consultas y egresos favorecen al sector de pago directo.** Los egresos hospitalarios públicos de SESPAS y el IDSS suman unos 451,428 salidas hospitalarias, arrojando una proporción de 1 egreso por cada 20 consultas. Mientras en el sector privado esta proporción es mucho menor. Las personas que pagan directo tiene más posibilidades de conseguir la solución de sus problemas que aquellos que utilizan los servicios públicos.

Cuadro No. XIV: Producción hospitalaria en el subsector público, 1999

INDICADORES	SESPAS	IDSS	TOTAL PAÍS
Egresos totales	407,708	43,720	451,428
Índice ocupacional	43%	53%	43%
Promedio días de estancia	3.4	5.7	4.5

Fuente: Estadísticas de salud SESPAS, dic.2000.

4. **La baja calidad de la atención reduce la demanda de atención y precipita el no uso de los servicios de salud.** Los protocolos nacionales de manejo de patologías y programas frecuentes como dengue, tuberculosis, IRA, EDA, y Malaria, no han asegurado que la red de servicios públicos desarrolle programas de mejora de la calidad. Aunque se inició actividades de mejoría de la calidad en 21 hospitales, en los hospitales públicos y en las clínicas del subsector privado casi no hay comités de ética, de control de comportamiento médico y calidad de la capacitación clínica.

VI. LA RECTORIA DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA SALUD

La rectoría asegura la conducción sectorial del sector salud y del Sistema de Protección Social a la Salud, en correspondencia con el poder de las leyes y la Constitución del país. Rectoría implica el mando armónico del sistema de salud, la regulación y el arbitraje de competidores poniendo en primer plano la salud de la gente. Por rectoría se usa frecuentemente el término “modulación”. La modulación, rectoría o regulación implica según Julio Frenk. “definir, implantar y monitorear las reglas del juego e imprimir una dirección estratégica”.

En el contexto de la reforma local, la República ha dado pasos en pos de la rectoría. Está ejecución y funcionamiento la Ley General de Salud 42-01 del 8 de Marzo del 2001 y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) del 9 de mayo del 2001. Se ha conseguido: **i)** La reformulación y puesta en marcha del proceso normativo de la atención a enfermedades y problemas prevalentes, con la editación de 20 tipos de Normas Nacionales de Atención y Gestión con más de 75 mil ejemplares divulgados; **ii)** El reforzamiento de la capacidad de SESPAS de emitir ordenanzas; en menos de 6 años se erogaron más de 25 disposiciones institucionales; y **iii)** la aprobación por consenso del Reglamento General de Hospitales que formaliza la gestión. La rectoría del Sector Salud está en manos de SESPAS y se puede descomponer en el orden que la realiza la Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESD):

- Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio
- Hacer cumplir la normativa en salud
- Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio
- Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos.

La conducción sectorial es ejercida directamente por la SESPAS o mediante la integración de cuerpos/juntas directivas de las instituciones sectoriales; por asignación de recursos financieros, a través de la Ley de Salud; y a través de la definición de las normas y directrices de carácter

nacional. La regulación la ejerce la SESPAS a través de la aplicación de normas técnicas y administrativas y haciendo cumplir las disposiciones de la nueva Ley de Salud referentes a registros, permisos y patentes.

Participa además en la regulación de la fuerza laboral. La autoridad sanitaria se ejerce a través de los distintos programas centrales y de las Direcciones Regionales (DR), Provinciales de Salud (DPS) y Direcciones de Áreas Municipales de Salud (DA), los establecimientos de salud, y la vigilancia epidemiológica, registro e información sobre riesgos a la salud. Comparte este papel con los ayuntamientos municipales y las gobernaciones en lo concerniente al ambiente y agua. El financiamiento público del sector está supervisado por la SESPAS en lo referido a sus propios servicios. En el IDSS lo hace la Junta Directiva. Para ello, se basa en la Ley de Presupuesto y en mecanismos administrativos y de auditoría ya establecidos. El control del financiamiento se realiza por la Secretaría de Salud, la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) y la Oficina Nacional del Presupuesto (ONAPRES), pero aún se están definiendo los mecanismos para llevarlo a cabo. El aseguramiento privado en salud no tiene regulación, ni existe una institución especializada encargada de su supervisión.

En 1995, para realizar la acreditación de los establecimientos se propuso una Comisión Mixta de Acreditación y Habilitación de Clínicas y Hospitales, formada por SESPAS, IDSS, ANDECLIP, la Universidad Autónoma de Santo Domingo y las diferentes sociedades de profesionales de salud. Sin embargo ésta no ha logrado su desarrollo funcional a pesar de haberse concertado un manual de acreditación y un instrumento de evaluación. Todavía los centros privados no demandan la autorización de apertura ni la acreditación, simplemente se ponen en funcionamiento. En el nivel provincial, corresponde a las DPS habilitar los establecimientos en salud. Por ahora ellas actúan cuando existen denuncias públicas relacionadas con los establecimientos de salud. No se ha venido haciendo evaluación de tecnologías en salud. Recientemente se ha propuesto la creación en la SESPAS de una Unidad Sectorial de Regulación y Gestión de Tecnología en Salud, iniciativa interinstitucional que involucra a la Oficina Nacional de Planificación (Secretariado Técnico de la Presidencia), la SESPAS, el IDSS y la CERSS y que esta en vías de organización. En la SESPAS no existen políticas definidas para la elaboración e introducción de Guías de Práctica Clínica y sigue prevaleciendo el criterio individual del clínico ante cada caso.

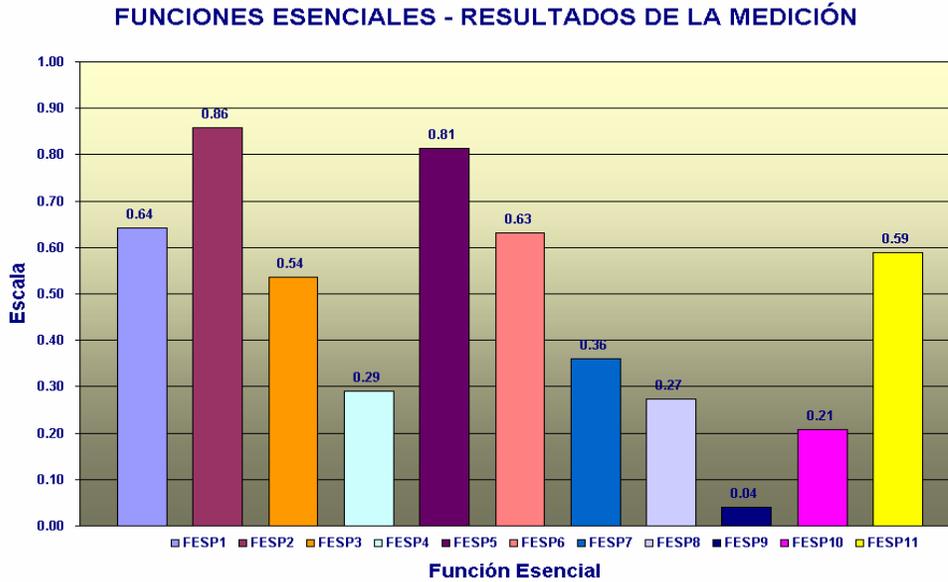
Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. La Representación de la OPS en la República Dominicana, en conjunto con funcionarios de la SESPAS, organizaron la etapa preparatoria del taller de aplicación de la Metodología de Evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESD). Por decisión del Señor Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, la SESPAS, la CERSS y la OPS organizaron un taller de preparación en el que se entrenó a un grupo de facilitadores nacionales para conducir la aplicación definitiva del instrumento de medición de las FESP.

De manera constante durante los tres días del ejercicio participaron 102 profesionales seleccionados y convocados por la SESPAS entre funcionarios, académicos y otros especialistas de la salud. La decisión del país se basó en su estimación de la necesidad de desarrollar una consulta amplia y participativa para obtener respuestas válidas respecto a la realidad de cada FESP en el nivel nacional.

Los grupos de respuesta fueron apoyados por un facilitador y un secretario-moderador previamente capacitados, con la misión de facilitar la concertación y registrar las mediciones. El secretario dio seguimiento al conteo de las respuestas y ratificó el nivel de consenso por parte del grupo -esta función fue cumplida normalmente por un facilitador local designado por el Ministerio-, y también un apoyo técnico para anotar el resultado de la respuesta. A la vez, funcionarios de la OPS

contribuyeron al ejercicio al recolectar observaciones y sugerencias dadas por los participantes para precisar ciertas terminologías o mejoras editoriales del instrumento.

Gráfica No. 7: Resultados de la medición de Funciones Esenciales de Salud Pública FESP en la RD



Fuente: Informe Preliminar, Taller de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en la República Dominicana, Junio 2001.

Se puede apreciar en la visión general del desempeño de las once FESP en la RD (Gráfica No. 7) que la **función 2 - Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública** tiene los resultados más altos, respecto a todas las demás funciones; lo cual puede interpretarse como resultado del énfasis que en el tema de vigilancia ha puesto el país tanto en capacitación como en funcionamiento.

La siguiente función con el segundo puntaje más alto fue la función 5 –Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública- percepción que puede explicarse dada la situación actual en materia de decisiones políticas de reforma de salud, estímulo a la descentralización y optimismo respecto a las potencialidades de una nueva administración que se inserta en un medio institucional de larga tradición en materia de salud pública. Cabe hacer notar que los resultados de esta FESP están influidos por la respuesta de uno de los grupos que tendió a responder afirmativamente la totalidad de las preguntas incluidas en el indicador. Pese a la reiterada advertencia del Sr. Ministro, que solicitó a los participantes un juicio crítico, es posible que un gran número de funcionarios de alto nivel y exclusiva confianza de la autoridad política hayan interpretado esta función como una evaluación de la actual gestión ministerial.

Con valores intermedios, destacan las FESP 1, 3, 6 y 11 -Monitoreo y Análisis de la Situación en Salud, Promoción de la Salud, Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública, y Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud). Con respecto a la primera, el hecho de que todos los grupos comenzaron el análisis por esta FESP, puede explicar una tendencia inicial a evitar la crítica por temor a la evaluación externa de la

gestión. Por otra parte, todavía resulta difícil para participantes con poca experiencia en la gestión diferenciar la situación de salud y su monitoreo permanente de la vigilancia epidemiológica clásica. La evaluación de la FESP 3 puede reflejar también el que se está en un buen nivel para avanzar y dar contenido real a las grandes posibilidades que se abren para la promoción en el nuevo marco legal de las reformas de salud en la RD. Con respecto a la FESP 6, el marco legal recién promulgado sienta las bases para un futuro desarrollo de la capacidad de lograr un comportamiento virtuoso de los actores e instituciones que conforman el sistema de salud. La FESP 11 parece reflejar la constante preocupación del país y de la SESPAS en particular por enfrentar adecuadamente las emergencias y desastres. Al otro lado del espectro, llaman la atención los resultados de las FESP 4 (Participación de los ciudadanos en salud), 7 (Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud necesarios), 8 (Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública), 9 (Garantía de calidad de servicios individuales y colectivos), y 10 (Investigación en Salud Pública). La ausencia de una política de investigación que apoye las decisiones en áreas prioritarias del quehacer en salud pública explica el bajo puntaje de esta función.

En el orden de fortalecer la rectoría se han desarrollado las siguientes acciones:

- a) Creación de la Dirección de Mejoría de la Calidad, y
- b) Inicio del desarrollo de la Dirección de Regulación y Habilitación.
- c) Fusión de los Departamentos de Personal y de Recursos Humanos;
- d) Creación de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA);
- e) Formación de la Dirección General de Educación y Promoción en Salud (DIGPRES);
- f) Establecimiento del Consejo de Dirección y el Consejo Técnico de la Secretaría de Salud; y se han estructurado y fortalecido las Subsecretarías de:
 - Atención Especializada
 - Atención Primaria
 - Técnica y de Planificación
 - Administración y finanzas
- g) Ajuste general del estilo y métodos de trabajo del Despacho de la Secretaría de Estado;
- h) Fortalecimiento de la Unidad de Desarrollo de las Direcciones Regionales, Provinciales, y de Áreas (DPS/DMS);
- i) Ampliación de la Dirección Materno-Infantil incluyendo el componente de salud de adolescentes;
- j) Fortalecimiento del programa de lucha contra la violencia intrafamiliar con la apertura del Centro de Atención a la Mujer Maltratada y el programa de Abuso al Menor, así como la unidad de violencia doméstica del nivel central;
- k) Creación del Centro de Estudios y Control de Enfermedades Tropicales;
- l) Creación del Centro de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (CEDERHSA),

En agosto del 2000 el nivel central de la Secretaría de Salud se agrupó en tres grandes ejes de acción: planificación y regulación; atención primaria y programas de salud; atención especializada más un área de administración financiera y de recursos.

SEGUNDA PARTE

LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

1. Viviendas no habitables y déficit de acceso a servicios básicos.

Durante la pasada década hubo una mejoría en el nivel de hacinamiento y las condiciones físicas de las viviendas, así como en los servicios básicos que dispone la misma según los datos más recientes. Sin embargo, todavía hay diferencias significativas por zona de residencia y nivel socioeconómico del hogar. En efecto, el 15.2% de la población más pobre (quintil I, el 20% más pobre) residía en cuarterías y barracones donde el nivel de hacinamiento es mayor y los servicios básicos son escasos según la Tercera Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos (ENGIH) del 1998. A nivel nacional el 6.8% de las viviendas tenía piso de tierra, el 15.8% paredes exteriores de tabla y palma y el 5.2% techo de cana y yagua, reflejando las precarias condiciones de muchas viviendas en el país. En el país 130,083 viviendas tenían pisos de tierra en el año 1998, correspondiendo alrededor del 50% a la población más pobre y las tres cuartas partes a las ubicadas en las zonas rurales.

El déficit de tipo cualitativo en las viviendas del país es de mayor consideración por el gran porcentaje que no dispone de servicios básicos. LA ENGIH nos indica que para 1998 aproximadamente la mitad de las viviendas del país se abastecían de agua potable dentro de las casas, el 35.2% lo hacía en llaves fuera de la vivienda y el 15.2% restante utiliza otras fuentes. Según la encuesta MICS-2000, alrededor de la mitad de la población dominicana tiene acceso de agua potable segura. La ENGIH indica que para el 1998 el 44.6% de las viviendas utilizaba inodoros conectados a posos sépticos o a un sistema de alcantarillado; el 46% letrina y el 9.4% de las viviendas del país no disponía de ningún medio de eliminación de excretas

Cuadro No. XV: Distribución de la pobreza en la República Dominicana, 2000

REPUBLICA DOMINICANA	POBLACIÓN	
• Total de Habitantes Estimados al 2001	8, 604, 928.0	
• Total de Hogares estimados ⁶	2, 001,146.0	8, 604, 928.0
• Total de Hogares pobres por NBI (56.0%) ⁷	1,120, 641.7	4, 818, 759.3
• Total de Hogares pobres por LP (28.5%) ⁸	570,326.6	2, 452, 403.5
• Familias Sin Seguro de Salud Familiar	75.9%	1, 518, 870.0

FUENTE: SESPAS-OPS: Indicadores de Salud de República Dominicana. Estudio de Pobreza de ONAPLAN, 1996. Encuesta del Banco Central, 1998.

Cuadro No. XVI: Algunas características de los hogares pobres de la República Dominicana, 1998

CARACTERISTICAS DE LOS HOGARES POBRES	PORCENTAJE DE HOGARES
1. No tiene instalación de Agua Corriente conectada a la Red Pública	45.0%
2. Letrina como vía de eliminación de excretas	64.8%
3. Elimina la basura por otra vía distinta al Ayuntamiento Municipal	64.2%
4. Quema la basura	35.9%
5. No está conectado a fuente de energía eléctrica pública	20.7%
6. Piso de Tierra	16.0%
7. Pared exterior de madera o tabla de palma	49.1%
8. Techo de Zinc	79.5%

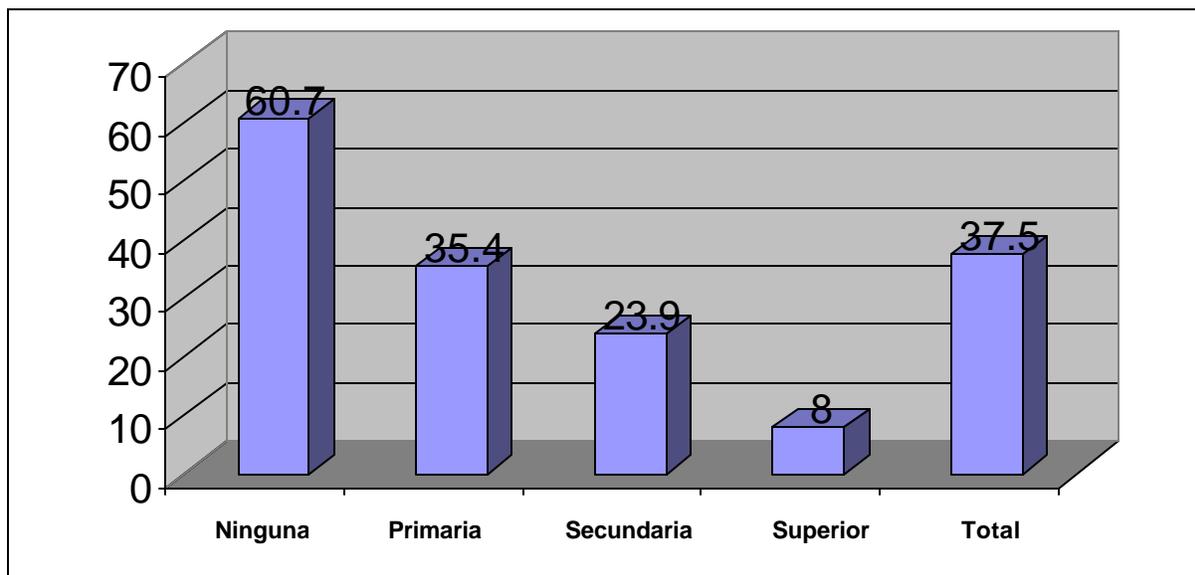
Fuente: Banco Central de la República, ENGIH, 1998.

⁶ Tamaño de los hogares promedio es de 4.3 personas por hogar, PNUD, 2000

⁷ 1996, Estudio de Pobreza, ONAPLAN

⁸ 1996, Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares. Banco Central de la República Dominicana, 1998.

Gráfica No. 8: Nivel de Instrucción e Incidencia de Pobreza en Hogares de 6 o más miembros



Fuente: Banco Central ENGIH, 1998, Informe PNUD, Desarrollo Humano, República Dominicana

El informe del Common Country Assesment (CCA) de **1998, de las Naciones Unidas** estima que el 29% de las familias vive en condiciones de hacinamiento y que el déficit habitacional se estima en 400,000 unidades y esto afecta a 1.9 millones de personas..

En términos de números de miembros de la familia, pobreza y nivel de instrucción del jefe de hogar se debe indicar que en hogares de 6 o más miembros, la pobreza se eleva de acuerdo al bajo nivel de instrucción de los jefes de hogar. Se observa en estos hogares de 6 o más miembros, además una distribución de la pobreza mayor que con respecto a los hogares que tienen apenas 3 o menos miembros (37.5% de pobreza en hogares de 6 o más miembros versus 10.3% cuando tienen tres o menos miembros ⁹). El total de 37.5 se corresponde con el porcentaje nacional según “todos” los niveles de instrucción, **incluyendo los niveles escolares intermedios que no están incluidos en la gráfica No. 8.**

2. Deterioro de la situación ambiental y aumento de los riesgos del entorno a la salud

La salud del ambiente es fundamental para entender la exclusión social en salud en la República Dominicana, ya que uno de los componentes de la estrategia de desarrollo del país es el Turismo. Tanto la salud del ambiente como del agua son parte del presupuesto de SESPAS, en consecuencia la salud no tiene sostenibilidad sin un ambiente sustentable. Entre los principales problemas ambientales del país se encuentran:

- El manejo inadecuado de los desechos,
- La reducción y contaminación de los recursos hídricos asociada
- La degradación y erosión de los suelos, y
- El deterioro de su biodiversidad.

⁹ : Banco Central ENGIH, 1998, Informe PNUD, Desarrollo Humano-2000, página-169. República Dominicana

El acceso a servicios básicos de saneamiento ambiental es esencial y prioritario para la solución de los problemas antes mencionados, y está íntimamente ligado al tema central de la pobreza. La evolución de la situación entre 1993 y 1999 en algunas provincias se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. XVII: Cobertura de agua potable en provincias seleccionadas 1993-1998

PROVINCIAS SELECCIONADAS	1993 COBERTURA FÁCIL ACCESO (ACCESO A UNA FUENTE DE AGUA DE ACUEDUCTO HASTA .5KM. DE LA VIVIENDA)	1998 COBERTURA FÁCIL ACCESO	1993 COBERTURA INTRADOMICILIAR	1998 COBERTURA INTRADOMICILIAR
Mayor Cobertura San Pedro de Macorís	78.2%	89.8%	67.7%	69.9%
Menor Cobertura Elías Piña	27.8%	32.3%	19.7%	23.1%
Distrito Nacional (Santo Domingo)	82.4%	75.7%	62.8%	60.4%
Promedio Nacional	64.9%	69.8%	49.7%	54.1%

Fuente: Evaluación global de los servicios de agua potable y saneamiento 2000.

En algunas provincias esta cobertura decreció. La tendencia es aún más alarmante, ya que hay evidencia de que durante los dos últimos años, la cobertura tiende a disminuir a nivel nacional, y si se tiene en cuenta la calidad medida a través del Índice de Potabilidad (IP), (porcentaje de muestras negativas de agua /sobre el total de muestras en el periodo) el cual fue en 1998, de 77.4% (sólo se obtuvieron muestras del 32 % de los acueductos del país , pero éstos cubren el 58.5% de la población). Esta situación muestra claramente que la calidad y dotación de agua es un problema de gran magnitud para el país. De las 30 provincias que componen el país, 19 de ellas (63%) tienen coberturas menores que el promedio nacional, lo cual refleja las grandes brechas sociales existentes. En lo relativo a la cobertura de disposición de excretas según la encuesta ENDESA 1996, la situación es aún más desfavorable, como se puede observar en los siguientes datos:

Cuadro No. XVIII: Cobertura y servicios de Saneamiento, República Dominicana, 1999

INDICADORES AMBIENTALES	%
• Cobertura con alcantarillado sanitario	19.6%
• Cobertura Disposición adecuada de excretas "in Situ"	69.5%
• Sin ningún tipo de servicio	10.3%
• Sin información	0.6%

Fuente: Archivos de la Dirección General de Salud Ambiental, SESPAS, 1999.

Esta situación afecta de manera diversa a cada una de las provincias y la situación es más desfavorable en las áreas rurales. La cobertura del tratamiento de aguas residuales recolectadas por el sistema de alcantarillado es muy variable, desde el 94% en la Ciudad de Santiago a un 1% en la Ciudad de Santo Domingo. En la totalidad del país no se trata más del 20% de las aguas recolectadas.

3. Barreras que impiden el Acceso a la atención en salud

3.1. Barreras Geográficas

Las provincias con mayor pobreza están:

- a. En la región Sudoeste, limítrofes con Haití: Elías Piña, Santiago Rodríguez, San Juan, Baoruco, Independencia y Azua (Ver mapa: Zona sombreada de amarillo)
- b. Y en las de las regiones Centro y Este: Samaná, Monte Plata, Sánchez Ramírez y El Seybo. (Ver mapa: Zona sombreada de verde)

La estrategia de extensión de cobertura siguiendo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) de OMS en 1978, desarrolló los servicios de salud rural, y posteriormente en la década de los años 90 crecieron las unidades urbano-periféricas en todo el país, sobrepasando las 600 clínicas y consultorios rurales y urbanos y los 40 subcentros de salud (hospitales municipales) aumentando así la accesibilidad geográfica a los servicios de salud en todo el país, reduciendo el tiempo promedio de acceder a un servicio de salud a 1 hora en el territorio nacional. Dada la amplia distribución de centros públicos y privados en todo el territorio nacional, **en el nivel urbano casi 100% de la población llega en menos de media hora a servicios de salud básica**. A nivel rural está por encima del 90% las personas que arriban en menos de 1 hora a un centro de salud básica. No obstante, la encuesta ENDESA-91 reveló que el 57.92% de las personas encuestadas a nivel nacional que presentaron alguna enfermedad o molestia de salud en los 30 días anteriores a la entrevista no consultaron, siendo esta proporción mayor en la zona rural (64.95%) que en la zona urbana (52.8%), explicitándose la “ausencia de dinero” como la tercera causa de no consulta a nivel nacional y urbano, y como la segunda causa a nivel rural.

La misma encuesta señaló que sólo el 1.91% de las personas que realizaron consultas por sus molestias de salud en los 30 días anteriores a la entrevista acudió a clínicas rurales y periféricas para obtener las mismas, pasando esta proporción de 0.31% a nivel urbano hasta 4.86% a nivel rural. Asimismo, sólo el 5.6% de las personas que consultaron en establecimientos públicos lo hicieron en clínicas rurales, elevándose esta proporción al 10.81% a nivel rural, a pesar de que el 97.87% de estos reportó que devengaban salarios iguales o inferiores a los mil quinientos pesos (RD\$ 1,500.00) mensuales¹⁰ y una relación similar se encontró en la ENDESA-96.

Las causas de esta situación han sido estudiadas por varias investigaciones realizada en el país durante los años 1982-84 y del 1993-1996^{11,12}, la cual incluyó observación participante en la división nacional de servicios de salud rural, trabajo de campo en los centros de salud rural de la región V de salud y dos años de estudio en profundidad en los centros de salud rural de “El Río”, Constanza, en la región del Cibao Central, reveló la ineficiencia del sistema de salud rural identificándose, en ese momento, que esta situación era producto de una concatenación de causas entre las que los autores del estudio identificaron tres tipos:

- Insuficiencias en el Abastecimiento Técnico Material (ATM): falta de equipos y mantenimiento, deficiencias en los suministros de agua potable y energía, deficiencias en el suministro de medicamentos y material gastable, dispersión y de la población, etc.

¹⁰IEPD-PROFAMILIA-ONAPLAN-/USAID-UNICEF-MACRO INTERNACIONAL-FNUAP: **Encuesta Demográfica y de salud. Resultados Generales Cuestionario Hogar Ampliado**, República Dominicana, 1991; Santo Domingo, D.N., Marzo, 1993; cuadros 4.03 - 4.08.

¹¹Ugalde A. y Homedes N: **Toward a rural health corps concept: lessons from the dominican republic**”; *The Journal of rural health*; 4 (1) 41-58; Enero, 1988.

¹²PUCMM-OPS, **Plan Estratégico para el Desarrollo del Sistema local de Salud en Santiago**. 1993.

- Problemas de políticas del sector salud: centralización y desorganización de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, la naturaleza de la pasantía médica, el conflicto de roles asignados a los promotores de salud, perfil profesional del médico no adecuado al modelo de atención rural, políticas de entrega de medicamentos a la población, etc.
- Problemas de personal: corto período de afiliación del médico pasante al centro de salud rural que no permite la integración del mismo al centro de salud ni a la comunidad ni al trabajo en equipo con los promotores; no continuidad de los programas en ejecución; desorganización administrativa y baja capacidad gerencial; ausentismo laboral; baja productividad; baja calidad de atención; etc.

Gráfica No. 9: Mapa político de la República Dominicana, 2001



3.2. Barreras Económicas.

En el análisis del financiamiento y el gasto de salud se demostró que las familias gastan muchos recursos en la salud de forma directa comparado con otros países. Si se tiene presente que el grueso de la población no está asegurada y que estos desembolsos que realizan las familias constituyen gasto de bolsillo, el cual es el 55.5% del total del financiamiento del sector salud, estimado en US\$ 866, 810,999 (11,918, 651,236.3 de pesos dominicanos)¹³. El gasto de bolsillo es 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 grave problema de equidad en el financiamiento de la salud en el país ya que este gasto de bolsillo afecta a los sectores más pobres que tienen que invertir en salud 3 veces más que lo que gasta el sector más rico de la población¹⁴.

¹³ República Dominicana, Banco Central, **Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana** 1996. Estudio auspiciado por OPS/OMS, USAID/PHR. Tipo de cambio: 13,75 RD\$ por USD. Informe del Banco Central.

¹⁴ República Dominicana, Oficina de Coordinación Técnica (OCT), Comisión Nacional de Salud, **Salud Visión de Futuro Elementos para un Acuerdo Nacional**, Editorial Gente, 1996.

En efecto, la cobertura de seguros de salud, para el 2000 se evidencian las siguientes cifras: el 76.4% no tiene seguro, un 7.1% está asegurado por el IDSS; un 12% por seguros privados y un 4.5% de otros tipos de seguros. Las Cuentas Nacionales de Salud indican que SESPAS gasta sólo un 0.6% de su presupuesto en promoción de la salud y atención preventiva, aunque debido a la estructura de las cuentas y del presupuesto en este dato no están incluidas otras partidas para vacunación, alimentación complementaria y otros gastos en salud pública, en los llamados "bienes públicos", es decir, aquellos gastos de alta externalidad, donde no es posible identificar al beneficiario directo.

Las empresas privadas de salud, presentan un 9.8% de gasto en atención preventiva, lo cual proviene de las demandas que hacen los hogares por este concepto. Se observa la baja proporción que pagan los seguros privados, un 0.4% y la ausencia de estos gastos en el IDSS. Todo ello contradice la política pública de dar prioridad a la atención primaria, la cual debería ser válida para todo el sistema, mediante los adecuados mecanismos de regulación.

El cuadro No. XVIII muestra el gasto por diferentes tipos de agentes financieros y la cobertura de cada uno de ellos, para obtener cuánto se gasta por persona. Puede notarse la diferencia entre el gasto que asigna la SESPAS por persona (US\$ 63.8 por persona por año), frente a los montos mucho mayores que asigna el sector privado, particularmente, el que opera "sin seguro", el cual, por definición, es siempre mucho más costoso, dado que no tiene ningún incentivo por controlar la utilización. El gasto per-cápita del IDSS en servicios de salud resulta sumamente elevado, dentro del contexto nacional. Esto no es resultado de que sus servicios sean de mejor calidad, sino, más bien de ineficiencias operativas.

Cuadro No. XIX: Gasto per-cápita por tipo de servicio, 1996

TIPO DE SERVICIO	GASTO (MILLONES RD\$)	COBERTURA (3) (MILES PERSONAS)	PER- CÁPITA (RD\$)	PER-CÁPITA (US\$)
SESPAS (1)	2,453.8	2,862.6	857.2	63.8
IDSS	813.0	210.6	3,860.4	287.2
Fuerzas Armadas	78.2	78.0	1,002.6	74.6
Seguros privados	1,229.6	976.2	1,259.6	93.7
Sector privado (pago directo)	12,118.2	3,672.6	3,299.6	245.5
Otros (2)	529.1	n.d.	n.d.	
Promedio	17,221.9	7,800.0	2,207.9	164.3

Fuente: Estimaciones de la OCT, Comisión Nacional de Salud, 1996.

Las informaciones disponibles, permiten llegar a la conclusión de que la falta de equidad es una de las características principales del sistema dominicano de salud. El hecho de que los hogares financien el 55.5% del Gasto Nacional de Salud y que lo hagan fundamentalmente mediante el pago directo, es un dato contundente que así lo demuestra. Como resultado de esta realidad, tener un problema de salud se convierte en una pesada carga financiera, que en ocasiones, lleva a la quiebra a las familias y a las pequeñas empresas. Algunos indicadores sobre la carga financiera de la atención en salud para las familias dominicanas, se muestran en el cuadro No. XIX.

Tal como se ha visto, un alto porcentaje de las familias pobres, que deberían utilizar los servicios de la SESPAS, se atiende en el sector privado, pagando con dinero de su bolsillo. Además, debe recalcar que los servicios en los hospitales de SESPAS no son totalmente gratuitos, sino que cuestan, en promedio, una tercera parte que los del sector privado. Los pagos que realizan las familias a la SESPAS no son sólo por las cuotas de recuperación, sino, fundamentalmente, por la escasez de suministros. Esto parece contradictorio con el dato de que, tal como se ha visto en el análisis de las Cuentas Nacionales de Salud, el gasto público en suministros es sustancialmente elevado.

Cuadro No. XX Carga financiera del gasto en salud

QUINTIL DE INGRESO	% DEL INGRESO FAMILIAR GASTADO EN SALUD	% DE FAMILIAS QUE TOMARON PRÉSTAMO	% DE FAMILIAS QUE VENDIERON BIENES
1 (Más bajo)	20.2	18.7	47.5
2	15.5	15.3	45.3
3	9.9	14.2	39.0
4	5.9	11.7	40.3
5 (Más alto)	8.8	9.3	30.7

Fuente: ESU-96.

Otro indicador de la falta de equidad del sistema de salud, es el que está relacionado con la cobertura de seguros. En un sistema tan privatizado como es el dominicano, el seguro de salud se convierte en una necesidad esencial, que se ha desarrollado rápido en los últimos años. En la encuesta ESU-96 ya se observó que sólo el 7.6% de los hogares contaban, para ese año, con seguros de salud que cubrían el núcleo familiar completo y en el 20.9% de los hogares había por lo menos una persona cubierta con seguro de salud, pero sin que cubriera al hogar completo. El 71.5% de los hogares estaban totalmente desprovistos de protección de seguros, pues no tenían ningún asegurado entre sus miembros. La proporción de hogares sin ningún asegurado se elevó al 81.9% en la zona rural, siendo la región del Cibao la que mayor proporción de hogares sin ningún asegurado tenía, con el 81.3%, proporción que en el Distrito Nacional fue de 53.1%.

Para cualquier persona, el seguro de salud representa una ventaja enorme frente a la situación de no estar asegurado. Sin embargo, este sector se ha desarrollado en el país sin ninguna regulación y presenta todos los defectos de un mercado de seguros no regulado, entre los que pueden mencionarse los siguientes: cobertura de los grupos más pudientes y más sanos, lo que deja un inmenso sector de la población sin cobertura; discriminación contra los grupos vulnerables, como las mujeres en edad reproductiva, los enfermos crónicos, los ancianos y los pobres.

En sentido general, el principal indicador de la falta de equidad del sistema dominicano de salud, es la generalización del pago directo. Se trata de un sistema fundamentado en la provisión privada, prácticamente sin cobertura de seguros, ni social ni privada. No es posible hallar una combinación más injusta desde el punto de vista social.

3.3. Pobreza y Exclusión Social.

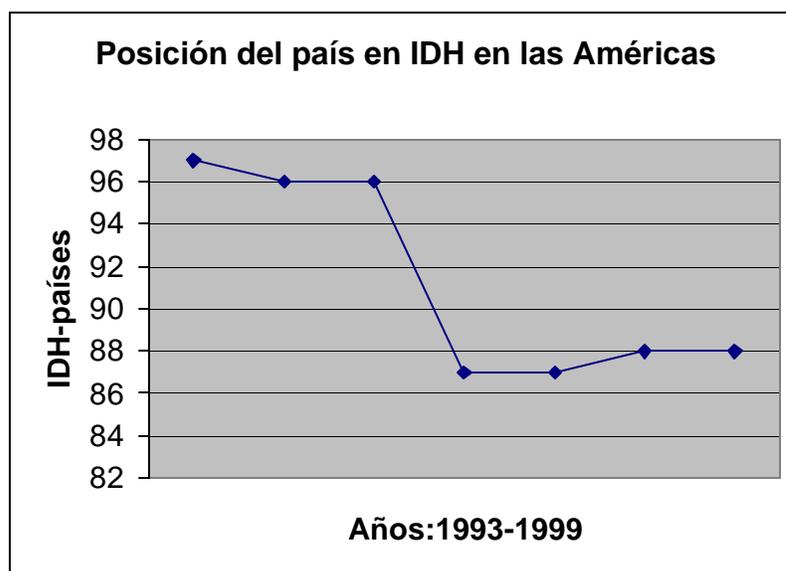
Para el año 1997, la República Dominicana, con 7.8 millones de personas, era uno de los países más densamente poblados en Las Américas. Aunque cerca del 45% de la población todavía residía en el campo, la migración rural hacia las ciudades era muy rápida. Para ese año, el país sufría de pobreza general y de una altamente inequitativa distribución de la riqueza. Más de uno de cada cuatro dominicanos vivía en pobreza, y casi uno en diez, en extrema pobreza. Según la encuesta de ingresos y gastos del Banco Central de 1998 el 25.8% de los dominicanos tiene ingresos por debajo de la línea de pobreza, equivalente a US\$60.0 mensuales por persona, es decir de RD \$894.0 de 1998. Esto significa que hay un total de 2.1 millones de pobres¹⁵. De estos 690,534 son niños y niñas menores de 10 años y 113,424 personas mayores de 65 años. *Una magnitud aproximada (29.0%) de pobreza reportó el Informe-2000 del Banco Mundial.*¹⁶

Cuadro No. XXI: Evolución del Índice de Desarrollo Humano, República Dominicana, 2001

IDH	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Valor del IDH	0.586	0.638	0.705	0.701	0.718	0.720	0.722
Posición en IDH	97	96	96	87	87	88	86

Fuente: Anexo Estadístico del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del 2000 y 2001, PNUD. República Dominicana

Gráfica No. 9: Índice de Desarrollo Humano en relación países de América, 1993-1999



Fuente: cuadro No. XX: Evolución del Índice de Desarrollo Humano, República Dominicana, 2000.

¹⁵ Este número puede llegar a 3.1 millones si se toma la línea de pobreza de la CEPAL (Morillo, 2000).

¹⁶ Banco Mundial, *La pobreza en una economía de alto crecimiento 1986-2000*, República Dominicana, Sección Económica, Listín Diario, Edición 30,372. 12-1-2002.

La población estimada para el año 2001 fue de 8,604,928 habitantes, 67% ubicada en zonas urbanas y 33% en zonas rurales. Un grupo de extrema vulnerabilidad son los hogares en extrema pobreza e indigencia que no disponen de los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades calóricas o de alimentación. El porcentaje de hogares en extrema indigencia para el año 1998 va del 14.6% al 6.5% de acuerdo a las diversas metodologías para su medición. El primer valor corresponde a la estimación de ONAPLAN mediante la variante del método de necesidades básicas insatisfechas y el segundo corresponde a la estimación del Banco Central de acuerdo a la línea de indigencia del Banco Mundial de 30 dólares per cápita mensual. La CEPAL¹⁷ estimó para 1997 la indigencia en 13% utilizando una línea de indigencia ligeramente mayor a la del Banco Mundial. Este número representa 1,115,299 dominicanos y dominicanas en condición de vulnerabilidad para ese año.

Cuadro No. XXII: Incidencia, Brecha y Severidad de la pobreza según género jefe de hogar, República Dominicana, 1998 (Línea de Pobreza RD\$ 894.00 = US\$60.00)

POBLACION	INCIDENCIA (PO)	BRECHA (PI)	SEVERIDAD (P2)	TOTAL
General	21.5%	6.5%	2.8%	1,919, 064
Masculino	20.2%	5.7%	2.3%	1,368,168
Femenino	24.7%	8.3%	3.9%	550,896
TOTAL	21.5%	6.5%	2.8%	1,919,064

Fuente: Banco Central de la República Dominicana, EGNIH, 1998

La indigencia o extrema pobreza afecta en mayor proporción a la población en la zona rural, a los niños y niñas y a las mujeres jefas de hogar. El mismo estudio de la CEPAL indica que la indigencia en la zona urbana afecta a los niños y niñas de 0 a 5 años de edad en un 33% más que al promedio total urbano y en un 42% a los niños y niñas de 6 a 12 años de edad. Del mismo modo, la indigencia es mayor en las zonas rurales que el promedio total rural en los niños de 0 a 5 años (un 21% mayor) y en los de 6 a 12 años (un 42%). Adicionalmente, la mitad de los hogares en extrema pobreza o indigencia en el país estaban encabezados por mujeres.

El país se encuentra en el año 2000 entre las naciones de desarrollo humano medio. De un total de 174 países, la República Dominicana ocupa el lugar 87, con un valor de IDH de 0.729¹⁸. En el 2000 se mantuvo la estabilidad macroeconómica con crecimiento de 7 %. El PIB per cápita superó los US\$ 2,000 en 1999. Ese mismo año, el gasto social público representó el 6.3% del PIB. En 1996 el gasto total en salud fue 6.5% del PIB. 4.8 % de origen privado, 4.1% directo de los hogares, y 1.5% de origen público. De acuerdo al método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) en 1996, indicó que 56% de la población fue clasificada como pobre tipo I-II.

Un estudio publicado por la OPS, auspiciado por el Banco Mundial y PNUD, demuestra que los usuarios de menos recursos no “auto-perciben” su estado de mala salud o enfermedad y por eso,

¹⁷ CEPAL (2000). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile, Chile.

¹⁸ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), **Desarrollo Humano de la República Dominicana**, 2000. Editora Corripio, Junio, 2001.

tienden a no asistir a los centros de salud, aunque éstos sean gratis. Varios autores demuestran¹⁹⁻²⁰ que la gente de menos ingresos no percibe su mal estado de salud o de enfermedad como tal y por lo tanto no demanda servicios de salud para solucionar sus problemas," según el economista Rubén M. Suárez-Berenguela, coordinador del estudio "Inequidades y Disparidades en los Sistemas de Salud de América Latina y El Caribe: Resultados y Implicaciones Políticas." El estudio revela que entre los diferentes grupos de ingreso existen muy pocas diferencias en la percepción de enfermedad o dolencias, a pesar que los grupos de menores ingresos se enferman con mayor frecuencia, pierden más días de trabajo por enfermedad y viven menos años que los de mayores ingresos.

Según los estudios de pobreza tanto del NBI, como de LP, en el país se registran de 2 a 4 millones de pobres, de estos es apenas una proporción recibe atención de salud o son cubiertos por los programas de salud. El entorno de la pobreza evidencia carencias. Según la ENGIH el 45% de los hogares pobres no tiene instalación de agua corriente por tubería conectada a la red pública y el 64.8% utiliza la letrina como fuente de eliminación de excretas. Asimismo, el 64.2% de esos hogares no recibe el servicio de eliminación de la basura de los ayuntamientos. En este contexto, casi 36 de cada 100 hogares quema la basura para su eliminación. La encuesta también revela que el acceso al alumbrado eléctrico es bastante generalizado, pues 79.3% recibe el servicio de la corporación Dominicana de electricidad. El 16% de esos hogares tiene piso de tierra y casi el 50% tiene paredes de madera, siendo el techo preponderantemente de zinc (79.5%).

El porcentaje de hogares de jefes con nivel educativo menor a secundaria y con hijos de 14 años y más con por lo menos un hijo con nivel educativo superior a la primaria se incrementa rápidamente con el nivel de ingreso per cápita del hogar. En efecto, mientras el porcentaje de este tipo de hogares del primer quintil es de 37%, para el último quintil alcanza casi el doble. Este hecho hace que los hogares de la zona rural sean más pobres ya que el 88.30 % de ellos tienen jefes con nivel educativo inferior a secundaria, mientras que en resto urbano y en el Distrito Nacional esta proporción es de 69.37% y 55.44%, respectivamente.

El 71% de los jefes de hogar dominicanos no han alcanzado el bachillerato y se ha observado en ENGIH que a menor nivel de ingresos del hogar es mayor el porcentaje de jefes con esa característica. En el caso del primer decil de ingresos, el 90.8% de los jefes de hogar tiene un nivel educativo inferior al bachillerato, en cambio, en el último decil, el de mayores ingresos, sólo el 29.1% de los jefes de hogar tiene un nivel educativo inferior a la secundaria, lo cual revela que existe una relación positiva entre el nivel de educación del jefe y el ingreso promedio del hogar. Esto se corrobora con el hecho de que los seis primeros deciles de ingreso tienen un porcentaje superior al 10% de jefes de hogar con bajo nivel educativo.

Además del handicap educativo (0.129) se ha evidenciado un handicap de género (0.049) en los hogares más pobres, pero el handicap educativo tiene una mayor influencia en la determinación del nivel de bienestar del hogar.

La incidencia, brecha y severidad de la pobreza está más acentuada en el resto urbano y en la zona rural que en el Distrito Nacional, lo que evidencia que el Distrito Nacional es el dominio con mayores indicadores de bienestar. La pobreza es mayor en la zona rural (32.6% de los hogares), donde el porcentaje es dos veces mayor que en las zonas urbanas. Sin embargo, hay que tener en

¹⁹ Suárez-Berenguela R. M., coordinador del estudio "Inequidades y Disparidades en los Sistemas de Salud de América Latina y El Caribe: Resultados y Implicaciones Políticas." OPS, 2000.

²⁰ Levy E. coll. *Economie du système de Santé*, Paris, Dunod, 1975.

cuenta que en términos absolutos, el 63% del total de hogares pobres se concentra en las áreas urbanas y el 32% en el Distrito Nacional. El handicap regional (0.227) calculado es superior a los handicaps de género y educación. Por otra parte, se ha observado que ha mayor tamaño del hogar más acentuada es la pobreza. En este sentido, los hogares con dos miembros o menos la incidencia de la pobreza es de un 10.3%, mientras que en los hogares con siete o más miembros la incidencia de la pobreza se sitúa en un 37.5%. Por otra parte, se ha observado que el 24.2% de los hogares del primer decil de ingresos tienen 7 miembros o más, lo cual contrasta con el 3.3% del último decil. Además, en los primeros 4 deciles se acumula el 62.4% de los hogares con más de seis miembros. Esta rápida acumulación sugiere la existencia de un handicap demográfico que es el más elevado de los handicaps calculados (0.293).

En la ENGIH se plantea que los handicaps de género del jefe, regional y demográfico están relacionados con el handicap educativo, revelando que el porcentaje de jefes de hogar con nivel de educación inferior al bachillerato es prácticamente similar para los hogares presididos por mujeres (72.4%) que para los presididos por hombres (70.4%). Esta situación pone de manifiesto que si la incidencia de la pobreza en los hogares presididos por mujeres es superior a la de los hogares presididos por hombres, entonces deben buscarse otras causas diferentes a la educación y que limitan la capacidad de la mujer de generar ingresos, tales como discriminación en el mercado laboral, mayores responsabilidades reproductivas y en el hogar y mercados de capitales discriminantes por género, entre otros.

3.4. Barreras por falta de escolaridad y analfabetismo.

El analfabetismo constituye uno de los principales problemas que enfrenta el país afectando de manera muy desigual a la población dominicana según nivel socioeconómico y lugar de residencia. En el año 2000, alrededor del 12% de la población mayor de 15 años de edad era analfabeta²¹ lo que evidencia que el país no ha avanzado de acuerdo a las metas de las Naciones Unidas ya que en 1991 ese porcentaje se situó en 18%.

Si bien es cierto que la tasa de analfabetismo no acusa diferencias significativas por género²², la proporción de población analfabeta se duplica entre los más pobres y los residentes en las áreas rurales²³.

El Plan Decenal de Educación amplió la cobertura en la educación básica y, en menor medida, en educación inicial y secundaria que no alcanzaron las metas propuestas por el plan. Según la encuesta MICS 2000, el 94.1% de los menores de 7 a 12 años asistían a la escuela. Aunque el porcentaje de acceso a la educación es relativamente alto, todavía unos 67,000 niños y niñas están fuera de las escuelas perjudicando en gran medida a los más pobres y vulnerables lo que tiene consecuencias futuras en la perpetuación de la pobreza. En 1998, el 26% de los niños y niñas pobres de 6 a 13 años de edad no asistían a las escuelas²⁴.

²¹ STP-Unicef (2001). **Encuesta por Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS -2000)**. Santo Domingo, República Dominicana.

²² Gómez, Carmen Julia y Galván, Sergia (2000). **Análisis de la situación de la mujer en la República Dominicana e implicaciones para una política nacional de población y desarrollo con perspectiva de género**. Consejo Nacional de Población y Familia, CONAPOFA. Santo Domingo, República Dominicana.

²³ Auffret, Philippe y Mora-Báez, Jacqueline (2001). **Los activos de los pobres rurales en la República Dominicana**. Presentado en el Seminario Pobreza Rural organizado Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES-BID-INTEC). Santo Domingo, República Dominicana.

²⁴ Auffret y Mora (2001)

Cuadro No. XXIII: Analfabetismo en la población de 15 años o más, 1997

PROVINCIAS	1981	1993	1997
Santo Domingo	15	11	9.4
Santiago	25	17	14.5
5 Provincias Pobres			
Dajabón	27	24	20.7
Elías Piña	52	46	38.9
Bahoruco	40	40	33.6
Independencia	40	34	28.9
Pedernales	31	30	25.3
TOTAL PAIS	28	19	16.4

Fuente: SEEC, 1997. Informe Desarrollo Humano, 2000. Ajustado y modificado por CEDIGES-UCSD.

En educación inicial el país todavía presenta serios rezagos frente al promedio de la región en relación a la cobertura. La tasa de matriculación bruta del nivel inicial correspondiente a los niños y niñas de 3 a 5 años fue de 38.1% en el año 2000²⁵. El acceso a la educación inicial es muy desigual por nivel socioeconómico y lugar de residencia. En 1998, sólo el 20% de los niños y niñas de 3 a 5 años provenientes de hogares pobres asistían a un preescolar mientras que entre los provenientes de hogares no pobres era más del doble, es decir 48%. En las zonas rurales el acceso es todavía mucho menor, ya que el 16% de los niños y niñas de hogares pobres asistían a un preescolar²⁶. La asistencia a programas de educación en la temprana infancia beneficia ligeramente más a las niñas que a los niños según los datos de la encuesta MICS'2000, evidenciándose una fuerte correlación entre el nivel educativo de las madres y la asistencia de sus hijos a dichos programas. La tasa de matriculación neta en educación básica ha mejorado notablemente al alcanzar el 84.1% para el período 1998-99²⁷ y si se toma la matriculación bruta el porcentaje alcanzó el 104.8% para el año 2000. Aunque el nivel de cobertura es alto, el acceso es relativamente menor para los pobres tanto en las áreas urbanas como rurales.²⁸

La matriculación en educación secundaria en el país es baja para el nivel de ingreso per cápita según el patrón internacional y el latinoamericano²⁹. En 1998, el 34% de la población de 14 a 17 años de edad asistía a la escuela secundaria, siendo el porcentaje mucho menor para los pobres, y en particular para los pobres rurales al ubicarse en un 21% y 15% respectivamente³⁰. Aunque el acceso a la educación en la República Dominicana no es discriminatoria por género, si se observa que en el caso de la matriculación en secundaria, las mujeres de los hogares más pobres tienden a desertar del sistema educativo en una mayor proporción que los hombres³¹ lo que está relacionada a la temprana incorporación de la mujer a la vida conyugal y reproductiva. El acceso a la educación superior es muy desigual, sólo el 8%³² de los estudiantes universitarios son pobres, el restante 92% no lo son. La temprana deserción de los más pobres del sistema educativo es lo que explica este fenómeno. Es importante destacar que la cobertura de la educación superior es mucho más alta para

²⁵ Datos de la Secretaría de Estado de Educación

²⁶ Auffret y Mora (2001).

²⁷ Datos del Departamento de Estadística de la Secretaría de Estado de Educación

²⁸ Auffret y Mora (2001).

²⁹ Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2000). Informe de Progreso Económico y Social de América Latina 2000. Washington, D.C. Estados Unidos

³⁰ Auffret y Mora (2001).

³¹ Gómez y Galván (2000)

³² Auffret y Mora (2001)

las mujeres que para los hombres lo que representa un aspecto positivo por su impacto en la salud y educación de la niñez.

Según la CEPAL³³ la proporción de jóvenes que a la edad de 20 años había completado la educación secundaria es de sólo 31%, siendo mucho más baja para la población rural (21%) versus la población urbana (38%). Pero, las diferencias se hacen todavía mayores si se comparan el 25% de la población más pobre con el 20% de la más rica. El 44% de los jóvenes de 20 años de la población más rica había completado la secundaria versus el 18% de la población más pobre. Estos datos evidencian el hecho de que en la República Dominicana las precarias condiciones económicas en la que se desenvuelve la población contribuyen a explicar la alta deserción escolar al finalizar la primaria, aspecto que está relacionado a los bajos retornos de la educación primaria y secundaria, en particular, en las zonas rurales y a los bajos niveles educativos de los padres.

3.5. Barreras y problemas de la población inmigrante.

Las cifras del número de migrantes haitianos y de dominico haitianos del país que se divulgan van desde más millón de haitianos(as) a 300 mil; pero hasta el momento se carece de investigaciones confiables. Algunos de los intentos de conocer la magnitud de las migraciones haitianas se han tomado con dificultades políticas, por ejemplo en 1991 la Oficina Nacional de Estadística (ONE) realizó un conteo según el cual en el país había 245,737 personas de origen haitiano. Razones políticas, según se reseña en los documentos de la ONE impidieron que este conteo se realizara en toda su magnitud, por lo que sólo se efectuó sólo en aquellas áreas donde se preveía que existieran concentraciones de haitianos³⁴. Aunque no se conocen las cifras precisas, sí hay pruebas evidentes de que sectores empresariales y contratistas de obras, tanto del Estado como del sector privado utilizan la mano de obra haitiana de manera extensiva, y no se le respeta lo establecido en el Código Laboral Dominicano, Ley 16-92.

Un gran desafío tiene que ver con el stock de inmigrantes en el país, gran parte de ellos con muchos años en el país. Esta es una población muy vulnerable y de la que no se cuenta con suficiente información para conocer sus características, distribución geográfica, entre otras, que le permitan al gobierno tomar una decisión para regularizar esta población. Uno de estos casos que ameritan atención se refiere a la población de origen haitiano que residen en los bateyes que se estiman en 200 mil personas³⁵, población que vive en extrema marginalidad y exclusión, siendo excluido en más del 50.0% de la atención en salud. **No obstante debe indicarse que varios reportes de SESPAS y de ONG de salud refieren que del 10 al 15% de su demanda la constituye usuarios de nacionalidad haitiana** y que residen en el país. Esto acontece con respecto a las atenciones oncológicas ofertadas por el Instituto Oncológico Regional del Cibao (IORC) y los servicios de atención al parto del hospital regional del Cibao.³⁶

Otro gran desafío es el de los descendientes de haitianos en la República Dominicana. Este tema es de vital importancia, en particular, para los niños, niñas y adolescentes ya que la indefinición

³³ CEPAL (1999). Panorama Social y Económico de América Latina 1998. Santiago de Chile, Chile

³⁴ Ramírez, Nelson: **Propuesta de guía metodológica para el estudio de la población extranjera en la República Dominicana**, elaborada para la Mesa sobre Desarrollo Fronterizo y Relaciones con Haití. Auspiciada por el Banco Mundial y la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, y coordinada por Rubén Silié.

³⁵ USAID (2001). Bateyes del Estado. **Encuesta Socioeconómica y de Salud de la Población Materno-Infantil de los Bateyes Agrícolas del CEA**. Diciembre 1999. Santo Domingo, República Dominicana

³⁶ Instituto Oncológico Regional del Cibao (IORC), Reportes Estadísticos, 2000. y Reportes de Servicios de Salud del Hospital Regional Cabral y Báez de Santiago.

respecto a la ciudadanía en la que está sumida esta población se traduce un alto porcentaje que no tiene documentos o actas de nacimiento.

En el caso de los bateyes, el 31.9% de la población encuestada reportó que no tenía acta de nacimiento, correspondiendo la mayoría a población de origen haitiana nacida en el país. La inmigración haitiana implica un conjunto de factores que intervienen de manera directa en los servicios de salud, entre estos:

- Eleva la demanda de servicios de salud en los hospitales, para servicios básicos de atención al embarazo y a la niñez de las provincias fronterizas en alrededor del 20%.
- Eleva los riesgos de brotes epidémicos de enfermedades inmunoprevenibles, especialmente de Sarampión y Polio.
- Mantiene de forma latente una población de portadores de malaria.

3.6. El Desempleo y la informalidad.

La tasa de desempleo estimada para 1998 y 1999 fue de 14.4% y 13.8% respectivamente, 9.2% para hombres y 23.9% para mujeres, (Ver cuadro No. XXI). Estas cifras han variado poco en el 2000, llegando a 13.9%³⁷ con una tasa de ocupación para este año de 47.60% y una tasa global de participación de la PEA de 55.20%. La mayor tasa de participación se observó en el Distrito Nacional (61.1%) y la menor a nivel rural (49.30%). La mayor desocupación en esta encuesta se observó en la población del Distrito Nacional, 16.6%, y la menor a nivel rural, con 10.9% de desocupados en esta zona. La desocupación afecta mayormente a la mujer (23.85%) que al hombre (7.89%), siendo mayor esta brecha a nivel rural donde la desocupación afecta al 27.59% de las mujeres económicamente activas y sólo al 5.11% de los hombres de la PEA. La desocupación afecta a la población dominicana de manera decreciente con la edad, así vemos que en la encuesta de fuerza de trabajo del Banco Central del año 2000 se presenta que el 24.9% de la población entre 10 – 19 años está desocupada, el 15.53% de la población entre 20 – 39 años, el 8.95% de los adultos de 40 a 59 años y sólo el 3.92% en los de edades iguales o superiores a los 60 años.

Cuadro No. XXIV: Evolución tasa de desempleo y la PEA. Índice de Desarrollo Humano, República Dominicana, 2000

Años	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa de Desempleo	19.9%	16.0%	15.8%	16.7%	16.0%	14.4%	13.8%
Población Económicamente Activa (PEA)	3,015,946	2,857,210	2,852,737	2,964,972	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Anexo Estadístico del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del 2000, PNUD. República Dominicana

Llama la atención que la mayor tasa de desempleo observada en la encuesta de fuerza de trabajo del Banco Central del año 2000 afectó a la población con nivel de educación de secundaria (17.58%), seguido del grupo de personas con nivel de educación de bachillerato (17.58%), para descender al 12.23% en el grupo de población que manifestó tener estudios superiores, siendo el grupo que no tenía ningún estudio el que presentó una desocupación menor, de sólo el 11.26%. Esta situación fue más evidente en el nivel rural, pero no así en las regiones del Distrito Nacional ni en el resto urbano

³⁷ Banco Central de La República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo. Mercado de Trabajo 2000. Junio de 2001

del país, donde las personas con educación superior presentaron tasas de desempleo de 13.43% y 10.82%, respectivamente.

Para el año 2000, la mayoría de la población ocupada son empleados privados (44.78%), seguidos de los empleados por cuenta propia, con 38.66% del total. Asimismo, los empleados del estado son el 11.32% del total de ocupados, encontrando que sólo el 3.04% del total de encuestados manifestó pertenecer a la categoría ocupacional de patrono o socio activo de empresas, siendo de destacar que el 2.2% del total de empleados se incluyó en la categoría ocupacional de familiar no remunerado

La tasa de desempleo del país en comparación con el resto de la región de Las Américas es muy alta, de 13.9%, respecto al promedio de la región para 1999 de 8.7%³⁸. La capacidad de que el crecimiento económico se traduzca en más y mejores empleos se ve reducida al tomar en cuenta la baja sensibilidad de las variaciones del empleo ante el cambio en el producto interno bruto. Un ejemplo de esto es que en el año 2000, el desempleo prácticamente no se redujo a pesar de que la economía creció en un 7.8%³⁹.

Un aspecto importante a destacar y que representa un serio reto para el país es el alto nivel de informalidad prevaleciente en el mercado laboral, situación que se ha agudizado en los últimos años⁴⁰. El empleo en el sector informal se caracteriza por su alta inestabilidad y muy baja remuneración. En 1998, el 61.6% de la población ocupada se ubicaba en el sector informal, habiendo descendido esta proporción en el 2000, cuando se observó que el 50.99% de la población ocupada se ubicaba en el sector informal, entendido este como trabajadores por cuenta propia (96.58% del total de esta categoría ocupacional), patronos (63.04%) y empleados privados (26.2%) entre los que se encuentran básicamente los empleados en microempresas, trabajadores agrícolas y del servicio doméstico. Este grupo de población es sumamente importante para cualquier política de extensión de la cobertura de la seguridad social ya que el mismo presenta una gran evasión y elusión de fondos a los sistemas de seguros y no es muy proclive a declarar ingresos reales ni a pagar por servicios que puede recibir gratuitamente, aún en detrimento del servicio que pudieran recibir otros grupos poblacionales más desprotegidos.

En el período 1991-1999, la categoría ocupacional que contribuyó con mayor creación de empleo fue la de cuenta propia, con un 65.3% del total de los nuevos empleos que se generaron en dicho período. Esto se explica porque los sectores más dinámicos de la economía tienen la más alta proporción de informales⁴¹. No se dispone de información sobre las implicaciones de la informalidad en el subempleo expresado en jornadas laborales extendidas o remuneraciones por debajo del salario mínimo.

La garantía de un empleo estable presenta dificultades para la población más pobre, en particular, los más jóvenes y las mujeres pobres. En 1998, la tasa de desocupación del quintil más pobre de la población fue de 25.7% frente a 7.9% para el quintil más rico⁴². Para ese año, el desempleo afectaba en una proporción de 6 a uno a los jefes de hogares del quintil más pobre respecto al quintil más rico. Del mismo modo, a nivel general, el desempleo afectaba al 13.6% de las mujeres jefas de

³⁸ CEPAL (2001). **Panorama Social de América Latina 1999-2000**. Santiago de Chile, Chile.

³⁹ Banco Central de la República Dominicana (2001). **Informe de la Economía Dominicana 2000**. Santo Domingo, República Dominicana.

⁴⁰ ONAPLAN (2000). **Eficiencia y Equidad desde la Perspectiva del Mercado Laboral: Una posible interpretación de la experiencia dominicana**. Serie La Economía Dominicana en el 2000, Volumen I. Santo Domingo, República Dominicana.

⁴¹ ONAPLAN (2000). *Ibidem*.

⁴² Banco Central de la República Dominicana (2001). **Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos e los Hogares. Tomo III, Indicadores Sociales**. Santo Domingo, República Dominicana.

hogar frente al 2.7% de los hombres jefes de hogar. Esto explica el alto nivel de pobreza e indigencia en las mujeres jefas de hogar en la República Dominicana.

3.7. El Desempleo y subempleo de la mujer.

En el mercado laboral dominicano las mujeres son víctimas de marginación y discriminación. La tasa de desempleo es alrededor de 3 veces mayor que la de los hombres, a pesar de los altos niveles educativos de las primeras respecto a los segundos. Y esta brecha se mantiene según el nivel de instrucción alcanzado, pero en menor nivel. Según la CEPAL⁴³ la tasa de desempleo para las mujeres con 0 a 5 años de educación en 1998 fue de 26% respecto a 10.9% en los hombres. Para las mujeres con 13 años y más de educación el desempleo fue de 19.5% respecto a 10% para los hombres. Esta marginación es todavía mayor para las mujeres pobres. También, en términos de remuneraciones promedio, las mujeres perciben menos que los hombres. Las disparidades salariales es más marcada en las mujeres de mayor edad y en las menos educadas. Sin embargo, según la CEPAL las mujeres con un nivel de instrucción de 13 años y más recibían un salario 25% inferior al de los hombres⁴⁴.

Un grupo de extrema marginación en el mercado laboral es el de las mujeres trabajadoras domésticas que para el año 1998 representaban el 9.8% de las mujeres ocupadas en el país⁴⁵. Aunque la remuneración está regulada por ley, este grupo ocupacional está excluido de los beneficios laborales y en no está claramente definida la afiliación de este sector en el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social de acuerdo a la recién aprobada Ley de Seguridad Social. La marginación también se expresa en la baja remuneración promedio de las mujeres ocupadas como empleadas domésticas. Según la CEPAL⁴⁶ en 1997, el grupo ocupacional con menor remuneración en las zonas urbanas fue el de las trabajadoras domésticas quienes en ese año recibieron en promedio un 42% menos que los trabajadores de las microempresas.

3.8. El empleo y subempleo infantil.

En el año 2000, el porcentaje de niños y niñas de 5 a 14 años que trabajaba ya sea de manera remunerada o no remunerada fue de un 12.1% de acuerdo a la encuesta MICS'2000. Esto significa que 225,969 niños y niñas trabajaban en el año 2000. De estos, el 52% trabajaba fuera del entorno familiar ya sea por o sin paga. El resto, es decir, el 48%, trabajaba en el entorno familiar, en su mayoría en finca o negocio de la familia. Sólo el 12% realizaba trabajo doméstico por 4 o más horas al día.

El trabajo infanto-juvenil es mayor en las zonas rurales (un 14.6% frente al 10% en las zonas urbanas) y en los niños (14.7% versus el 9.3% en las niñas de 5 a 14 años). Las actividades económicas que absorben una mayor cantidad de niños y niñas trabajadores son en orden de importancia, la agricultura, el comercio, otros servicios y la manufactura⁴⁷. De los niños y niñas de 10 a 14 años que trabajaban en el año 1998 según la ENIGH'98, el 55% pertenecían al 40% de la población más pobre en relación al 24% que pertenecía al 40% de la población más rica.

⁴³ CEPAL (2001). **Panorama Social de América Latina 1999-2000**. Santiago de Chile, Chile

⁴⁴ CEPAL (2001). **IBIDEM**.

⁴⁵ Banco Central de la República Dominicana (2000). Encuesta....

⁴⁶ CEPAL (2001). **IBIDEM**.

⁴⁷ Banco Central de la República Dominicana (1999). Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares. Tomo III. Indicadores Sociales. Santo Domingo, República Dominicana.

3.9. La Salud y derechos de los ancianos.

Una población de extrema vulnerabilidad son los adultos mayores que no están protegidos por las redes de solidaridad social (familias, gobiernos, mercado) ya sea a través de ingresos estables vía jubilación o pensión y trabajo remunerado, o vía el apoyo familiar. Este es un grupo de población que crecerá significativamente en las próximas décadas tomando en cuenta que el país se encuentra en transición demográfica plena.

En el año 2000, el 6.6% de la población del país era adulto mayor, es decir, tenía más de 60 años de edad y dentro de 10 años ese grupo representará el 8.2% de la población, unas 800,000 personas.

En el país la cobertura de la seguridad social es baja para este grupo de la población y en 1997 según la CEPAL⁴⁸, solo el 18% de la población de más de 60 años recibía ingresos por jubilación y pensiones en las zonas urbanas frente al 9% en las zonas rurales. Y no necesariamente son los más pobres los que reciben las jubilaciones y pensiones⁴⁹.

Este panorama no variará en los próximos años con la reforma de la seguridad social ya que este grupo se mantendrá en el viejo sistema y las posibilidades de recibir una pensión dependerá de la capacidad financiera del Estado. El porcentaje de la población de más de 60 años de edad que no recibe ingresos por jubilación y pensiones ni por trabajo es alto, siendo el 60% en las zonas urbanas y el 50% en la rural. La pobreza es ligeramente mayor en los hogares con adultos mayores que los que no tienen.

Un estudio con los datos de la ENGHI'98 destacó que la probabilidad de que un hogar sea pobre se incrementa en un 5% por cada miembro mayor de 65 años de edad⁵⁰. Por otra parte, la población mayor de 65 años está excluida de los seguros de salud privados y sólo puede acceder a seguros privados de primas mucho más elevadas que las de las demás personas.

3.10. La falta de cobertura de las patologías crónicas y catastróficas.

La cobertura de tratamientos para tumores, Artritis Reumatoidea, Asma, procesos alérgicos, Hipertensión Arterial, Patologías Cardiovasculares severas, Epilepsia, Trastornos Mentales, SIDA y Diabetes, entre otras ha sido históricamente muy limitadas no pasando del 84.3% (Ver Gráfica 1) en el mejor de los casos. Situación que es grave en cuanto a la cobertura a nivel privado de estas patologías, ya que las mismas son pre-existencias y exclusiones expresas de los seguros privados y no son plausibles de financiamiento por los mismos. Asimismo, las prótesis, ortesis y tratamientos ortodónticos están también expresamente excluidos de los sistemas de aseguramiento privado.

3.11. Grandes Resultados de la Exclusión Social en Salud

Se refiere a la síntesis de los indicadores que evidencian que el Sistema de Protección Social de la República Dominicana genera exclusión social en salud. En este orden serán presentado un conjunto de información aportando los datos específicos de la exclusión.

⁴⁸ CEPAL (2000). Opt. Cit.

⁴⁹ Según la CEPAL (2001) en el país el impacto distributivo de la cobertura de los ingresos del sistema previsional en las zonas urbanas es mínimo ya que el coeficiente de gini no se deterioraría si no se tomaran en cuenta los ingresos por jubilación y pensiones de las personas adultas que los reciben.

⁵⁰ Auffret y Mora (2001).

Cuadro No. XXV: Grandes resultados de la exclusión social en salud. República Dominicana, 2001

INDICADOR DE EXCLUSIÓN SOCIAL	EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN DEL PAÍS	POBLACIÓN EXCLUIDA DE ATENCIÓN
Población de personas sin seguro de salud	76.4% sin seguro	6, 574,167 habitantes
Población de niños menores de 5 años sin ninguna vacuna administrada.	Promedio de 5 vacunas: 15.5% Desviación estándar: 8.7%	De 62,080 a 220,339 niños en promedio 141,507 niños
Número de Partos institucionales con respecto al total de partos del país.	95.7%	4.3% de partos no institucionales
Población de mayores de 65 años sin atención de calidad.	Población mayor de 65 años 382, 767 personas	229,660 mayores de 65 años
Población de Hipertensos Arteriales sin atención.	1,157,985 hipertensos (20.0%)	199,153 hipertensos
Número de casos de Violencia contra la mujer no atendidos, ni reportados	64% Hogares hay violencia	1, 024,586 sin reportar
Población de Familias con Enfermos Mentales sin atención	25%	400,229 familias
Población de Diabéticos sin atención	20%	17,209 diabéticos 1.0% de la población (86,049)
Población de Pacientes Tuberculosos que abandonan TX	37 por 100,000	1,914 tuberculosos
Población de Hogares sin control preventivo del Dengue	45% hogares urbanos	603, 345 hogares
Número de Camas hospitalarias no ocupadas.	Índice Ocupacional = 43% 1.57 camas por 1000 hab.	9,051 camas sin ofertar atención
Población sin acceso al <u>agua potable</u> en el nivel urbano (60.2% de la población reside a nivel urbano).	Población sin acceso al agua potable en el nivel urbano 17.0%	880,628 pobladores
Población sin acceso al <u>agua potable</u> en el nivel rural (39.8% de la población reside a nivel rural).	Población sin acceso al agua potable en el nivel rural 49.6%	1, 698,681 pobladores
Población sin acceso a <u>alcantarillado sanitario</u> en el nivel urbano (60.2% de la población reside a nivel urbano).	Población sin acceso al alcantarillado sanitario en el nivel urbano 4.6%	238,287 pobladores
Población sin acceso al <u>alcantarillado sanitario</u> en el nivel rural (39.8% de la población reside a nivel rural).	Población sin acceso al alcantarillado sanitario en el nivel rural 21.1%	722, 624 pobladores
Población de trabajadores informales y por cuenta propia de la Población Económicamente Activa (PEA) y con un desempleo de 18.0%	Trabajo por cuenta propia e informal 46.0% de la PEA	1,320,200 trabajadores

Fuente: Estudios de SESPAS-OPS-PHR-USAID, IDH-2000-PNUD, CERSS-Bernardo Defilló, Arismendi Díaz Santana y otros. CIPAF-SEM, Población: 8, 604, 928, Número de Hogares: 2,001, 146.

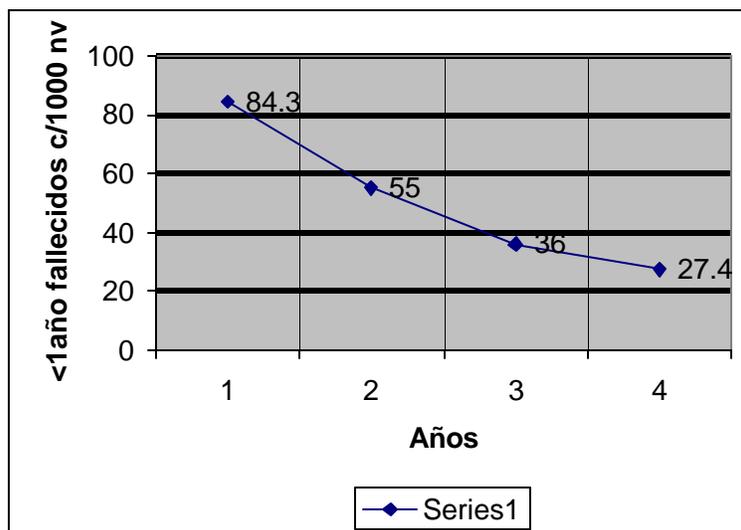
TERCERA PARTE

ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA REDUCIR LA EXCLUSIÓN

VIA LA OFERTA DE SERVICIOS

1. Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna

Gráfica No.10: Reducción de la Mortalidad Infantil, 1975-2000



Fuente: SESPAS-OPS, FNUAP, CEPAL y otras estimaciones. 2001

La reducción de la mortalidad infantil en el país se ha asociado a múltiples factores, pero se destaca que los datos para el último quinquenio de la década pasada muestran una significativa mejoría de los indicadores de desnutrición global, crónica y aguda en los niños y niñas menores de 5 años. Sobre la mortalidad infantil hay informaciones dispersas, recientes afirmaciones efectuadas por las actuales autoridades hablan de una mejoría sustantiva de este indicador. En el año 1996, la Encuesta Demográfica y de Salud (Endesa'96)⁵¹ detectó que la desnutrición aguda afectaba al 5.9% de los niños y niñas menores de 5 años, porcentaje que se redujo a 1.5% según la encuesta MICS-2000⁵². Por otro lado, la desnutrición crónica que estima la deficiencia de la talla para la edad del niño o niña fue de 10.7% en 1996 reduciéndose a 6.1% en el 2000. Llama la atención que el indicador de desnutrición global que detecta a los niños y niñas que sufren de deficiencia de peso moderada no se haya reducido en la misma proporción que la desnutrición crónica y aguda. En 1996, el 5.9% de los niños y niñas de 0 a 5 años mostraba deficiencia de peso para su edad o desnutrición global, porcentaje que tan solo se redujo a 4.6% en el año 2000. En el año 2000,

⁵¹ CESDEM, PROFAMILIA, ONAPLAN y Macro International (1997). República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud 1996. Santo Domingo, República Dominicana.

⁵² Realizada por CESDEM en Octubre del 2000. STP-UNICEF (2001). Encuesta por Conglomerados de Indicadores Múltiples (MICS-2000). Santo Domingo, República Dominicana.

43,000 niños y niñas de 0 a 5 años sufría de desnutrición global, 57,500 de desnutrición crónica y 14,100 de desnutrición aguda.

La desnutrición global y crónica afecta en una proporción de dos a una a los niños y niñas de 0 a 5 años residentes en la zona rural. En el caso de la desnutrición aguda no hay diferencias significativas en relación a la zona de residencia. Otra diferencia importante lo provoca la educación de la madre para todos los grados de desnutrición. La probabilidad de que un niño sufra de desnutrición crónica son 3 veces mayores si la madre no tiene ninguna educación frente a las que tienen un nivel de secundaria y superior.

Otro factor que ha intervenido en la reducción de la mortalidad infantil es el tránsito en los patrones de mortalidad desde las causas infecciosas a la causas de enfermedades crónicas y accidentes. Ver los siguientes cuadros:

Cuadro No. XXVI: Mortalidad por 5 principales grupos de causas y por sexo, 1990

GRUPO DE CAUSAS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Enfermedades transmisibles	1,442 (17.44%)	1,871 (16.28)	3,313 (16.83%)
Tumores	932 (11.28%)	1,038 (9.09%)	1,970 (10.01%)
Apto. Circulatorio	2,684 (32.47%)	3,071 (26.88%)	5,755 (29.23%)
Causas externas	454 (5.49%)	1,961 (17.17%)	2,415 (12.27%)
Síntomas y causas mal definidos	1,623 (18.0%)	2,029 (15.5%)	3,652 (15.7%)

Fuente: La Situación de Salud de República Dominicana. 1996, SESPAS y OPS/OMS, Santo Domingo 1997.

Cuadro No. XXVII: Mortalidad por 5 principales grupos de causas, Enero-Abril 1999

GRUPO DE CAUSAS	TOTAL
Enfermedades del Sistema Circulatorio	2,349 (33.1%)
Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad	872 (12.3 %)
Tumores (Neoplasias)	830 (12.0 %)
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales	729 (10.3)
Enfermedades Infecciosas	507 (7.1%)

Fuente: La Situación de Salud de República Dominicana. 1996, SESPAS y OPS/OMS, Santo Domingo 1997. Indicadores Básicos de Salud de la República Dominicana, 1999, Dirección General de Epidemiología, Unidad de Análisis de Situación en Salud. Datta

La valoración de los cuadros anteriores indica que la variación de las causas de mortalidad a finales de la década de los 90. En 1999 las transmisibles pasaron del primero al quinto lugar en menos de 10 años. Así, aunque el porcentaje de muertes registradas por “Síntomas y causas mal definidos” tiende a bajar en los últimos años, principalmente por las acciones relacionadas con las mortalidades infantil y materna, dichos progresos aún no se reflejan en estas cifras. Las principales conclusiones derivadas del análisis de la mortalidad son las siguientes:

- La mortalidad por enfermedades transmisibles, en particular en los menores de cinco años, tiende a descender progresivamente en términos porcentuales durante los últimos quinquenios; sobre todo debido a la reducción de muertes por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y por Enfermedades prevenibles por vacunas. Se considera que las tasas de muertes por enfermedades transmisibles se han reducido mucho, y más aún durante el último quinquenio de la década de los años 90.
- La mortalidad infantil ha sido considerada la primera prioridad de salud pública del país. Las acciones desarrolladas en el marco de la Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna han impactado considerablemente en los últimos 6 años.

La mortalidad materna también se ha reducido aunque no en la misma proporción que las mortalidades de la infancia. Son múltiples los elementos e iniciativas estratégicas del sector salud para lograr la reducción de las mortalidades, tanto en el sector público, privado, las ONGs y en los seguros de salud, no obstante los principales han sido los siguientes:

INICIATIVAS ESTRATEGICAS

Breve Descripción:

- Reforzamiento del Programa Ampliado Inmunizaciones (PAI) haciendo frente al rebrote delimitado de poliomielitis, relanzando la estrategia de vacunación con la aplicación de la vacuna pentavalente y mejoría del sistema de vigilancia epidemiológica de las inmunoprevenibles. Luego de la aplicación de las acciones de contingencia no se han reportado casos de poliomielitis.
- Fortalecimiento nacional de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, auspiciando las Unidades de Atención Primaria de Salud (UNAPs) y las acciones de promoción y prevención en salud. Los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres en el manejo de la diarrea y la deshidratación están por encima del 90%.
- Seguimiento y Monitoreo de las mortalidades evitables de parte de las autoridades promoviendo la discusión de los casos y la ejecución de las sanciones de lugar.
- El Secretario de Estado de Salud Pública, doctor José Rodríguez Soldevilla, reveló a finales del 2001 que, durante el último año, el país ha logrado una reducción de la mortalidad materna e infantil en más de un 50 por ciento con relación al período anterior. "Hemos reducido la mortalidad infantil y la mortalidad materna. No tenemos polio, no tenemos sarampión en la República Dominicana, la meningococemia por *Hemofilus influenzae* ha desaparecido", expresó. Explicó en los primeros 10 meses del año 2000, en el país se registraron 133 muertes maternas y que este año, en el mismo período, esa cifra se redujo a 69 muertes, lo que significa una reducción en más de un 50 por ciento. En torno a las muertes infantiles, dijo que en el año 2000 el Departamento de Epidemiología registró en los primeros 10 meses del pasado año 2,297 muertes de niños menores de un año de nacidos, mientras en el 2001 las cifras llegan a 792, lo que implica una reducción de más de un 60 por ciento.

2. Desconcentración de la gestión de salud y regionalización

Para reorientar el énfasis histórico en la atención especializada, la gestión gubernamental que inició en agosto del 2000 continuó el desarrollo de un nuevo modelo de atención con base en equipos de salud familiar denominados ahora UNAPS (Unidades de Atención Primaria en Salud), los cuales mantienen la misma filosofía y componentes de los anteriores Equipos de Salud Familiar (ESAF). También se inició el fomento de una mayor participación social, mediante la puesta en marcha de Comités de Salud en cada sector y de los Consejos de Administración Hospitalaria. Ambas instancias participan en la programación local de la atención de la salud y en el proceso de toma de decisiones relativas a la adecuación, calidad, orientación, eficacia, oportunidad y equidad de la atención y producción de la salud. Entre las acciones de la SESPAS para mejorar su gestión destaca el proceso de descentralización hacia las provincias. Así, se institucionalizaron 30 Direcciones Provinciales y 8 Areas de Salud Municipales de Salud. Este proceso fue apoyado con un aumento de más del 500% en el presupuesto de las nuevas unidades territoriales de gestión en salud.

Con la creación y desarrollo de 38 Direcciones Provinciales y Areas de Salud del Distrito Nacional (DPS/AS), a partir de 1997, se inicia el proceso de Descentralización y Desconcentración de la

gestión en salud. Se definió la estructura, las funciones, el perfil del puesto y el desempeño esperado de los equipos de dirección de las DPS y DMS. Los proyectos puestos en ejecución por la CERSS sobre Sistemas Provinciales de Salud y de Reforma de Salud para el ordenamiento del nivel central de la Secretaría de Salud y el desarrollo de la autogestión hospitalaria, entre otros componentes, reforzarán la rectoría y el establecimiento de redes provinciales y municipales de servicios de salud. La nueva gestión de agosto del 2000 reintrodujo las Regiones de Salud en correspondencia con el Decreto 685-00 (9 en total), como instancias de supervisión y acción intersectorial. Pero no se ha mantenido el avance en este proceso y todavía no se han definido los roles de los gobiernos locales. No obstante con la aprobación de la LRSS este tema sería prácticamente resuelto. La desconcentración ha mejorado:

- La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles.
- La regulación de centros y unidades de salud
- La ejecución de los programas de atención primaria
- La promoción y comunicación en salud
- La participación social en los Comité de Salud

3. Modernización y actualización del marco jurídico y normalización de la atención

Se han promulgado cinco Decretos Presidenciales relativos a la Reforma Sectorial: i) el Decreto No. 308-97, de formación de la CERSS; ii) el Decreto No. 117-98, sobre formación y desarrollo de las DPS; iii) el Decreto 148-98, sobre gestión, producción, distribución, comercialización, prescripción y venta de medicamentos, así como sobre el proceso de registro y el reconocimiento institucional de los medicamentos, productos cosméticos y de la higiene del hogar, iv) el Decreto No. 351-99, sobre el Reglamento General de Hospitales y v) el Decreto sobre la Gestión del presupuesto por programas. Asimismo, fue promulgada en marzo la Ley General de Salud (LGS), Ley 42-01 promulgada el 8 de marzo de 2001, la cual fue concertada con amplios sectores de la sociedad civil. La LGS institucionaliza los aspectos de separación de funciones, fortaleciendo en la Secretaría de Salud la rectoría sectorial y las Funciones Esenciales de la Salud Pública, estimulando la política de descentralización y la participación ciudadana para lo cual se crean una serie de mecanismos, entre ellos, el Consejo Nacional de Salud. La Ley de reforma de la Seguridad Social también promulgada el 9 de mayo del 2001 incluye la creación del Seguro Nacional de Salud y Riesgos Laborales.

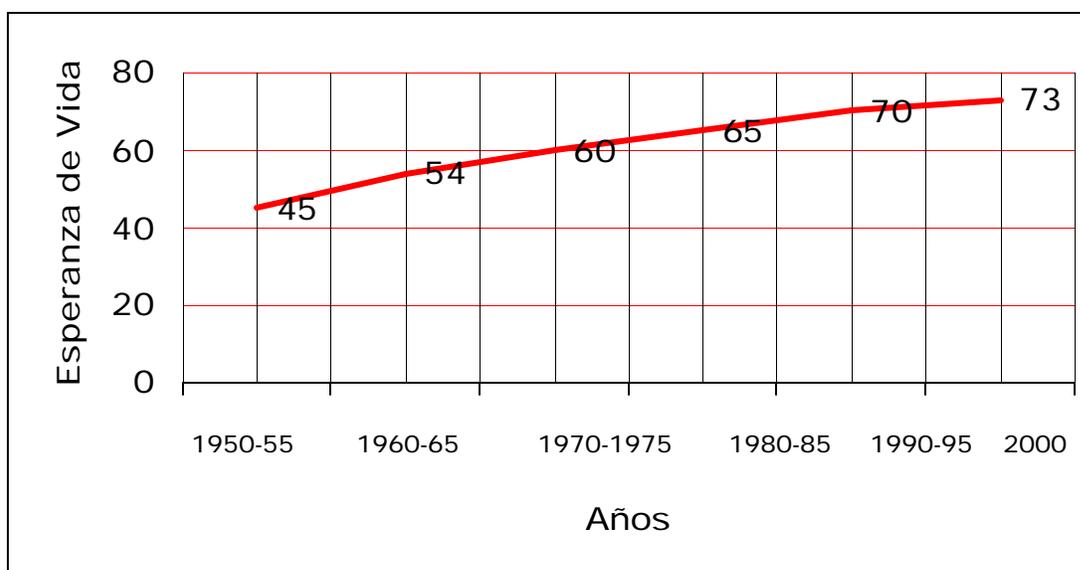
4. Reordenamiento, reorganización, mejoría de la calidad y fortalecimiento de la eficiencia de la atención hospitalaria.

En materia de ordenación de servicios hay que destacar: i) la producción de 20 Normas Nacionales de vigilancia y atención; ii) el desarrollo de 24 oficialías civiles en los hospitales para el registro de los nacidos vivos; iii) el desarrollo del Sistema de Información para la gerencia hospitalaria con apoyo de la CERSS; iv) la articulación de puestos centinelas para vigilancia de febriles en los hospitales. Además, con una inversión del gobierno central, se ha continuado la construcción, remodelación, remozamiento, reparación y equipamiento de una parte importantes de los servicios públicos en salud. En total más de 80 hospitales locales y subcentros, más de 400 Clínicas rurales y Centros Urbanos se han construido, reparado y equipado. Además se instalaron 200 Módulos de Salud Dental en todo el país, y en las escuelas. Aunque no hay estudios que registren estadísticamente el aumento porcentual de cobertura, se conoce que estas medidas, unidas con el aumento de la oferta del sector privado lucrativo y las ONGs han elevado el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud. En este ámbito se enmarca la Reforma Hospitalaria. La SESPAS propulsó un amplio proceso de concertación entre los gerentes de servicios de salud que permitió la promulgación del Decreto Presidencial No. 351-99, sobre el Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana. Para lo que contó con el apoyo técnico de la OPS/OMS y

la CERSS. El Reglamento regula el ordenamiento, las funciones, el gobierno hospitalario, la participación ciudadana, el desempeño de profesionales y técnicos, elaboración de las historias clínicas, las sanciones al incumplimiento y otros elementos de los hospitales de la República.

La promulgación de la Ley de Salud, No. 42-01 y la Seguridad Social 87-01 impone ponderaciones de calidad y condiciones de competencia entre los distintos proveedores y administradores en salud. Esta nueva institucionalidad jurídica que ya comienza a perfilarse en el Siglo XXI. Se realizaron evaluaciones externas de la calidad de la red de laboratorios. Fueron iniciadas actividades de mejoría de la calidad al menos en 15 hospitales, entre los que se encuentran: las Maternidades de San Lorenzo de los Mina y Nuestra Señora de la Altagracia, el Hospital de Niños Robert Reid Cabral, el Hospital Regional Universitario Cabral y Báez y el Hospital San Vicente de Paul de San Francisco de Macorís, los hospitales de San Cristóbal, de la Vega, de San Pedro de Macorís, de Dajabón, Barahona y de San Juan de la Maguana.

Gráfica No.10: Aumento de la Esperanza de Vida, 1955-2000



Fuente: Índice de Desarrollo Humano en la República Dominicana IDH-PNUD, 2000.

5. Subsidio de Medicamentos Esenciales

Se creó en el año 1983, un sistema de subsidio de medicamentos esenciales para la población de menores ingresos económicos, a través del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), que incluye el subsidio de medicamentos esenciales a los hospitales y clínicas rurales y la venta de medicamentos a bajo costo a través de boticas populares en todo el territorio nacional. Va dirigido a aumentar el acceso a bienes asegurables y tiene gran impacto en el sector público. El principal problema que tiene en su implementación es que es un sistema con incentivos perversos, ya que el programa gasta dinero que no se entrega a los hospitales y funciona como una central de compras buscando economías de escala, pero de manera insensible a los reclamos de los hospitales y sin poco o ningún de sus usuarios para demandar cambios. Ha venido a mejorar grandemente el acceso a medicamentos esenciales de la población pobre y residente en las provincias del interior y zona rural, pero su cobertura de medicamentos costosos aún es limitada.

En el mercado local circulan registrados legalmente 11,566 productos, de los cuales 1920 (16.6%) corresponden a medicamentos genéricos. La industria farmacéutica nacional aportó un valor del 25-

30% y la importación de productos el 70-75%. Para la venta de medicamentos a pacientes ambulatorios a bajo costo existen 832 Boticas Populares. El sistema de compras de medicamentos del sector público se realiza a través del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), el cual gestiona la compra de 306 ítems para hospitales, 145 para boticas populares y 72 para clínicas rurales, ítems que incluyen medicamentos, reactivos y material médico quirúrgico. Para el año 2000, el valor de las adquisiciones del Programa de Medicamentos Esenciales para hospitales fue de MRD\$134,310 y para boticas populares de MRD\$ 152,222.

Cuadro No. XXVIII: Indicadores de la dinámica de fármacos en República Dominicana. 1996-1999

INDICADOR	1996	1997	1998	1999
Nº total de medicamentos registrados	8,833	9,209	10,806	11,566
Porcentaje de medicamentos de marca	85%	81%	82%	84%
Porcentaje de medicamentos genéricos	15%	19%	18%	16%
Gasto total en medicamentos (a precio de fábrica)	186.4	160.7	189.2	197.6
Porcentaje del gasto publico dedicado a medicamentos	N.D.	12.7 ¹	ND	ND
Porcentaje gasto publico medicamentos por SESPAS	N.D.	46%	ND	ND
Gasto per cápita en fármacos (precio de fábrica) en USD	23.3s	20.0	23.5	24.7

Fuente: Departamento de Drogas y Farmacias, SESPAS. Programa de Medicamentos Esenciales -PROMESE-. Industria Farmacéutica Dominicana Inc. Asociación de Representantes, Agentes y Productores Farmacéuticos Inc.

Los productos de mayor consumo en el subsector público intra-hospitalario al 2000 fueron:

Cuadro No. XXIX: Productos de mayor consumo en los hospitales. 2000

Nombre genérico	Precio por unidad USD
1. Acetaminofén	.01 unidad
2. Ampicilina anhidra	.03 unidad
3. Diclofenaco sódico	.05 unidad
4. Dipirona	.04 ampollas
5. Gentamicina sulfato	.10 comp.
6. Penicilina cristalina	.40 ampollas

Fuente: PROMESE

En la red de boticas populares ambulatorias, los productos de más consumo al 2000 fueron:

Cuadro No. XXX: Productos de mayor consumo en Boticas Populares. 2000

Nombre genérico	Precio por unidad USD
1. Acetaminofén (comp. y jbe.)	.01 y 0.29 unidad
2. Hierro vitaminado jarabe	.029 fco. 60 ml
3. Enalapril comp..	.029 unidad
4. Atenolol comp.	.029 unidad
5. Atenolol + clortalidona	.06 unidad
6. Nifedipina	.01 unidad
7. Antigripal jarabe	0.35 fco. 60 ml

Fuente: PROMESE

En la atención ambulatoria del primer nivel se entregan medicamentos gratuitos a través de las clínicas rurales. Sin embargo, la población debe comprar los medicamentos en las Boticas Populares a precios subsidiados o directamente a los proveedores privados. Algunos medicamentos que forman parte de programas específicos de control son gratuitos, por ejemplo: Vitamina A, compuestos de hierro, vacunas, sales de rehidratación oral, y medicamentos para terapia antituberculosa y malárica. El IDSS incluye algunos medicamentos en su plan de aseguramiento. Algunos planes privados cubren parcialmente el costo de los medicamentos. Sólo existen protocolos nacionales estandarizados para el tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas, de las diarreas agudas y de la tuberculosis. Actualmente se desarrollan protocolos estandarizados para el tercer nivel de atención y está en proceso una guía diagnóstica y terapéutica para el primer nivel de atención de aplicación nacional. Por ley se exige la presencia de un farmacéutico en las farmacias tanto públicas como privadas, así como en los hospitales, aunque algunos hospitales públicos de baja complejidad no cuentan con ellos.

MEJORA DE LA DEMANDA

1. Construcción de Carreteras y caminos vecinales

La construcción de carreteras y caminos vecinales aplicada en los últimos 40 años comunicó las comunidades rurales remotas con las ciudades vecinas, lo que permite atravesar el país por su parte más larga en unas 5 horas y comunicar cualquier ciudad a los principales núcleos de atención de salud, pública y Privada, en no más de dos horas y en el interior de cada provincia en no más de una hora. Esta política se dirige a la provisión de bienes no asegurables y tiene gran impacto en la reducción de la exclusión social. De 1993 al 1999 la construcción aumentó para todo el período en 114%, según reportes del Banco Central y el IDH del PNUD. Para el mismo período el transporte también creció en más del 40%. En términos de la demanda de servicios de salud la construcción de caminos vecinales y carreteras facilita:

- La reducción del tiempo de traslado (isocrona) de los demandantes de servicios de salud.
- La solicitud de citas y reprogramación de la atención de seguimiento de los casos, lo que mejora el acceso de los casos afectados de enfermedades crónicas
- El contacto y la relación con las familias de los pacientes, lo que contribuye a su mejoría y a su reincorporación a la producción.

2. La Electrificación rural

Por igual en la década de los 80 y subsiguientes la política de electrificación rural llevó a que casi el 70% de los habitantes del país ya tengan acceso a la electricidad en sus domicilios, a excepción de los lugares más apartados y de difícil acceso. Esta política se dirige a la provisión de bienes no asegurables y tiene gran impacto en la reducción de la exclusión social en salud, permitiendo el acceso de la población a informaciones, medios de comunicación, electrodomésticos y otros servicios que mejoran su calidad de vida. En la década de los 90 el gasto público en energía pasó de 679 millones de pesos en 1993 a 2, 939 millones aumentando casi tres veces su volumen. La energía rural, facilita la información, la educación y el acceso de los demandantes a estilos de vida no riesgosos para la salud.

3. Construcción de Acueductos urbanos y rurales

En la década de los 90s se construyeron en el país innumerables acueductos urbanos y rurales dirigidos a mejorar la protección social, aumentando el acceso de las poblaciones al agua potable. Va dirigida a proveer bienes no asegurables y tiene gran impacto en los sectores público y privado. A través de esta política se ha logrado que cerca del 70% de los hogares dominicanos se abastece de agua potable de acueductos.

CONCLUSIONES

1. La Exclusión Social en salud en la República Dominicana es una evidencia de cientos de miles de dominicanos desprotegidos por el Sistema de Salud. Este resultado acontece con 6 millones de personas que están excluidas de la seguridad social (previo a la Ley 87-01), con 141 mil niños menores de 5 años los cuales quedan sin recibir ningún tipo de vacunas, con 229 mil mayores de 65 años que no tienen atención de salud de calidad, casi un millón de episodios de violencia doméstica que no se reportan, con 400 mil familias con algún enfermo mental en el hogar que no recibe atención, en otros indicadores de exclusión resaltados en el cuadro No. XXII. No obstante en la última década han mejorado la mayoría de sus indicadores globales en salud. La esperanza de vida se ha incrementado sustancialmente.

La mortalidad infantil y la mortalidad materna se han reducido en más de un 50%. Varias de las enfermedades transmisibles epidémicas o endémicas, como el dengue, meningitis, lepra, la rabia humana, la sífilis y malaria están controladas. La enfermedades prevenibles por vacuna como la polio, el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétano neonatal y la meningitis tuberculosa han descendido considerablemente y algunas han desaparecido gracias a un sostenido esfuerzo de vigilancia y vacunación. Otras enfermedades, como las diarreicas agudas, las de origen vectorial, y las meningitis bacterianas, están sometidas a una vigilancia y control especial.

2. El financiamiento de los servicios de salud predominante es el gasto directo de los bolsillos de las familias. 55.5 de cada 100 dólares que se gastan en el sector salud, son pagados directamente por las familias de sus bolsillos en especial, las familias más pobres. Esto se demuestra con la información sobre la financiación, el gasto en salud, y el desempeño de los servicios, sobretodo a partir de la realización de las Cuentas Nacionales en Salud (CNS). Se observan dispersiones y deficiencias en la información referida al financiamiento, al gasto y al desempeño de los servicios, no solo entre las distintas instituciones y agentes sino, también, al interior de una misma institución. Destaca la baja cobertura de aseguramiento de la población, y la desviación de la inversión en salud hacia el gasto de personal y la construcción de infraestructura.

Llama la atención que el 55% del total del gasto procede directamente del bolsillo de los jefes de hogar y se destina al pago directo de servicios tanto públicos como privados de salud.

Este gasto de bolsillo de las familias es considerado muy elevado, si se valora que el PIB per capita del año 1999 fue de 2000 USD corrientes y que el país muestra tasas de pobreza crítica rural y urbana de significación. Esta situación profundiza las inequidades en el sector, pues los hogares con menores recursos, realizan proporcionalmente mayores gastos directos en salud que los de ingresos más altos. Por otro lado, la recuperación de costos en los servicios de los hospitales de SESPAS, es heterogénea y subjetiva, no existen tarifas de recuperación de costos ni reglamentación

al respecto, y la supervisión es escasa, limitándose a una auditoría interna de los hospitales. Esta situación mejorará con la aplicación del Decreto Presidencial No. 351-99, que se regula las tarifas de las cuotas de recuperación, pero obviamente es insuficiente para todos los temas arriba planteados.

3. La sociedad dominicana es inequitativa en términos de educación, empleo, renta, protección frente a riesgos y daños y acceso a servicios de salud de calidad, al agua potable, a sistemas de eliminación de excretas y desechos sólidos. Las poblaciones más desfavorecidas se ubican en los barrios pobres de las principales ciudades, entre la población inmigrante y en las 12 provincias de las Regiones Suroeste, Centro y Este del país, cuyos entornos son poco saludables. Las mujeres gestantes, los recién nacidos, las mujeres pobres que viven solas y, en particular las adolescentes, y ciertos grupos de trabajadores de la agricultura y del sector informal, se configuran como grupos especialmente vulnerables. También están excluidos una gran parte de los enfermos mentales y las personas afectadas de enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión Arterial y la Diabetes, enfermos de cáncer y otros procesos degenerativos, en especial de la tercera edad. .

4. En su conjunto, el actual Modelo de Atención a las Personas está fragmentado; es de carácter dispensarial y predominancia privada en el financiamiento y la provisión; está muy inducido por la demanda y muy centrado en la acción curativa médica; muestra fuerte tendencia a la especialización y a la actividad hospitalaria; y oferta una calidad baja, con una muy limitada participación de los individuos y comunidades en la gestión de los servicios y en las acciones de promoción de su salud. . En este contexto, por iniciativa de la SESPAS, se ha iniciado el desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención (NMA), caracterizado por el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), que procura la atención integral de las personas. Genera la redistribución de recursos al dotar de una UNAPS Unidad de Atención Primaria por cada 500 a 700 familias que habitan en un mismo sector.

5. En materia de rectoría y regulación el actual gobierno, luego de un creativo proceso de negociación final, ha promulgado dos leyes fundamentales para el impacto de la exclusión social y la mejoría de la protección social en salud. La Ley de Salud 42-01 y la Ley de Seguridad Social 87-01 garantizan el marco regulatorio necesario para elevar la atención en salud y favorecer la inclusión social. La evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) evidencia debilidades en la rectoría y la normatización del sector salud. En los recursos humanos existe clara conciencia de que la situación del mercado laboral y las políticas de selección, nombramiento y gestión de personal de la SESPAS y del IDSS son inadecuadas, no están directamente asociadas a la productividad y la calidad, generan desmotivación, influyen negativamente en la calidad de la atención y por ello deben cambiarse.

6. La oferta y demanda de medicamentos en la República Dominicana no se corresponde con el perfil epidemiológico y es un mercado importante en el movimiento de capitales del país. La nueva Ley de Salud y las acciones regulatorias en la gestión, producción, comercialización, prescripción y venta de medicamentos puede ser una contribución institucional a la rectoría del manejo de los fármacos en el país.

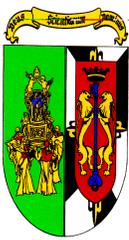
7. La red de servicios de salud de SESPAS se ha estado modernizando, reconstruyendo y ampliando. Los grandes hospitales se encuentran en remodelación y equipamiento. Y aunque se registran 400 clínicas rurales y urbanas rehabilitadas, se puede indicar que debe realizarse un gran esfuerzo de organización de la oferta y distribución de la demanda por niveles de atención de acuerdo la Ley Seguridad Social 87-01. SESPAS está impulsando un programa de regulación de los Laboratorios Clínicos y Bancos de Sangre, con participación de los subsectores público y privado, que aún ha de dar resultados.

8. Según el estudio de cuentas nacionales, tanto el subsector público como el privado destinan aproximadamente el 50% de su gasto a la atención curativa y porcentajes bajos a las actividades de promoción y prevención. Recientemente se observa una cierta preocupación del subsector privado por aumentar la financiación de este tipo de acciones, especialmente las ONG's. En el subsector público la estrategia de promoción en salud se ha fortalecido con las siguientes medidas: i) formación de comités de salud, ii) la formación de las UNAPs, iii) la articulación de campañas de educación en salud para prevenir las ITS/SIDA, el Dengue y las inmunizaciones, entre otras, en este contexto se identifica la necesidad de hacer de la promoción de la salud una verdadera estrategia de acción intersectorial y de reorientación del sistema nacional de salud. Los gastos administrativos constituyen una proporción importante del total de gasto del sector público de salud, ya que se destina el 64.5% de su presupuesto a pagar sueldos y salarios.

9. A pesar de la existencia de instituciones de Seguridad Social y de una diversidad de empresas aseguradoras y de prepago, con y sin fines de lucro, la cobertura de la seguridad social y en particular de seguro de salud alcanza tan solo al 24% de la población. Si se consideran algunos casos de doble afiliación (por ejemplo, el caso de los empleados de las empresas públicas productivas que está afiliados al IDSS y cuentan con seguros privados) la cobertura es aún más deficitaria. La cobertura teórica de la SESPAS, obtenida por diferencia, es del 76%. Sin embargo, la cobertura real estaría en torno al 60% y solo para ciertos servicios. Además, las empresas aseguradoras y de prepago no cuentan con ninguna regulación ni supervisión respecto a los planes ofrecidos, la calidad de los servicios, el cumplimiento de los contratos, etc. Se destaca, por tanto, la desprotección que en seguro de salud sufre la población en el acceso a la atención de la salud, y en la reglamentación de la oferta de servicios cuando existe

10. El proceso de la descentralización y desconcentración en salud ha avanzado significativamente con el establecimiento y desarrollo de las DPS/DAS y las Direcciones Regionales de Salud (DRS), se ha acercado la gestión en salud a los problemas de los territorios población políticamente delimitados y además este proceso ha contribuido de forma importante a la Vigilancia epidemiológica y a la reducción de la Mortalidad infantil y materna. No obstante se observan retos y desafíos de este proceso: i) de asegurar una completa y permanente transferencia de recursos y competencias; ii) el desarrollo de la supervisión como un proceso de aprendizaje en gestión descentralizada y iii) la asunción de la nueva Ley de Salud y Seguridad Social en el ámbito de cada organismo territorial, iv) el desarrollo de las capacidades de las DPS/DRS para la conducción y rectoría del Sistema Provincial y Regional de Salud de forma que estos sistemas sean capaces de mejorar tanto la situación de salud como la eficiencia, eficacia, la equidad y participación social.

11. El estudio de la Exclusión Social en Salud (ESS) en el país es una herramienta de focalización del gasto, de detección poblaciones desprotegidas, de conducción de proceso de la descentralización y desconcentración, y de toma de decisiones en los programas de salud. La exclusión social podrá ser impactada como un resultado adverso del crecimiento humano restringido, postergado y marginado de las políticas, planes y programas que oferta el Estado a la ciudadanía, si se estudia, se definen políticas, planes y proyectos para reducirlas. Programas y proyectos que aseguren la calidad de vida ascendente y la equidad en el acceso a oportunidades de desarrollo humano sostenible. Si se impacta su red de causas y efectos, y se aportan soluciones concretas de impacto.



Revisión 23/1/02

