

# Sistema de salud de República Dominicana

Magdalena Rathe, L en Ec,<sup>(1)</sup> Alejandro Moliné, M en Ec.<sup>(1)</sup>

**Rathe M, Moliné A.**  
Sistema de salud de República Dominicana.  
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S255-S264.

## Resumen

En este trabajo se describen las condiciones de salud de la República Dominicana y, con mayor detalle, el sistema de salud dominicano, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las tareas de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y la generación de información. También se discuten la participación de los usuarios en la operación y evaluación del sistema de salud y las más recientes innovaciones implementadas, dentro de las que destacan la nueva Ley General de Salud, la nueva Ley de Seguridad Social y el Plan Decenal de Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; República Dominicana

**Rathe M, Moliné A.**  
The health system of Dominican Republic.  
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S255-S264.

## Abstract

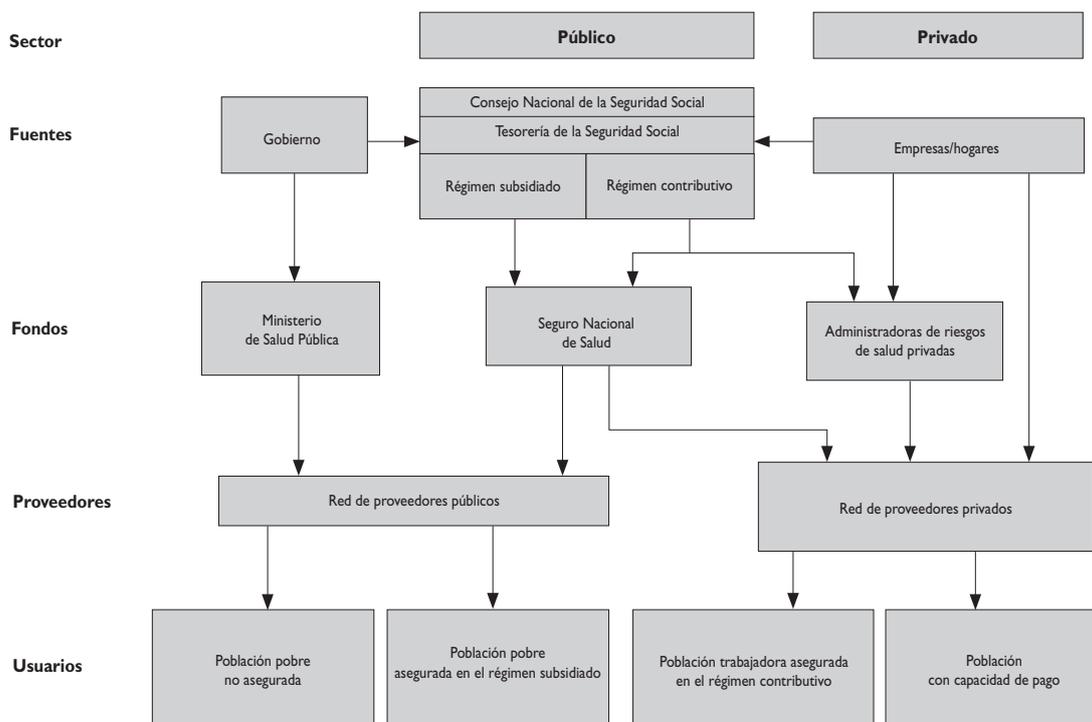
This paper describes the health conditions in Dominican Republic and the characteristics of the Dominican health system, including its structure and coverage, its financial sources, the health expenditure, the physical, material and human resources available, the stewardship functions developed by the Ministry of Public Health and the generation of health information. The participation of health care users in the operation and evaluation of the system and the most recent policy innovations, including the new General Health Law, the new Social Security Law and the Decennial Health Plan are also discussed.

Key words: health system; social security; Dominican Republic

(1) Fundación Plenitud. Santo Domingo, República Dominicana.

**Fecha de aceptado:** 10 de junio de 2011

Solicitud de sobretiros: Magdalena Rathe. Fundación plenitud. Arabia No. 1, Arroyo Hondo. Santo Domingo, República Dominicana.  
Correo electrónico: mrathe@fundacionplenitud.org



El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud. El MSP recibe fondos de origen fiscal que son los que financian su red de prestadores que atiende a la población pobre que todavía no ha sido asegurada por el sistema. Esta población paga una cuota de recuperación después de recibir muchos de los servicios. Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro. El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas sólo pueden afiliación contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.

## Contexto

### Demografía

La República Dominicana comparte la isla La Española con Haití. Tiene 48 442 km<sup>2</sup> y una población de 9 625 207 habitantes, 51.1% mujeres y 49.9% hombres (cuadro I).<sup>1</sup> La densidad es de 201 hab/km<sup>2</sup> y la tasa de crecimiento poblacional anual es de 1.4%. La esperanza de vida al nacer es de 71 años, 72 las mujeres y 71 los hombres (2007). 64.4% de la población total reside en zonas urbanas y se estima que en 2015 esta proporción ascenderá a 71.2%.

En 1950 la población tenía una esperanza de vida al nacer de 46 años, 149 de cada 1000 nacidos vivos morían antes de cumplir su primer año y 65% de las

muerter ocurrían antes de los 15 años de edad y sólo el 12.6% ocurrían después de los 64 años. Para 2005 la esperanza de vida al nacer se había incrementado a 71.4 años, la mortalidad infantil había disminuido a 19.2 por 1000 nacidos vivos y las muertes menores de 15 años concentraban 19.2% del total mientras que las muertes de los mayores 65 años y más concentraban 45.8%.<sup>2</sup>

### Condiciones de salud

La urbanización del país, la elevación del nivel educativo, las mejoras en el saneamiento básico y la nutrición, y la expansión del acceso a servicios de salud han permitido reducir la morbilidad por enfermedades transmisibles, eventos reproductivos y padecimientos

**Cuadro I**  
**INDICADORES BÁSICOS, REPÚBLICA DOMINICANA, 2008**

Población total	9 625 207
Esperanza de vida	72
Esperanza de vida a los 60 años	21.2
Tasa de mortalidad general	6.0
Tasa de mortalidad infantil	29.6
Razón de mortalidad materna	72.8
Prevalencia de diabetes	5.5
Prevalencia de hipertensión arterial (2007)	16.8
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	97.5
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%)	
BCG	92.6
DPT	85.6
Polio	80.8
Sarampión	94.5
Población con seguridad social	2 934 940
Población sin seguridad social	6 690 267
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.5
Gasto total per cápita en salud*	446
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	33.9
% hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	17

Fuente: Referencias 2-5

\* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

relacionados con la reproducción, al tiempo que aumenta la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Las poblaciones que viven en condiciones de pobreza, sin embargo, siguen padeciendo enfermedades pretransicionales.

La mortalidad en la niñez ha descendido en los últimos años, pero continúa siendo superior a la de países de América Latina y el Caribe con condiciones económicas similares.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA 2007), 14.7% de los niños y niñas menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico en los últimos 15 días.<sup>6</sup> Este porcentaje es superior en las zonas rurales (16.2%) y las provincias más pobres (20%). El porcentaje para las infecciones respiratorias agudas (IRAS) es de 7%. De hecho, las IRAS constituyen el primer motivo de consulta en los servicios ambulatorios de salud.

La desnutrición infantil también es un importante problema de salud pública. La ENDESA 2007 indica que 9.8% de las niñas y niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica (talla/edad) y 2.2% sufren de desnutrición aguda (peso/talla). La prevalencia de des-

nutrición en este grupo de edad es mayor en los grupos de menores ingresos, entre los hijos de madres con bajo nivel de instrucción y en las provincias más pobres.

El país tiene una cobertura de atención prenatal de 98.9% y una cobertura de atención institucional del parto de 97.5% y de la atención profesional durante el parto de 97.8%, valores muy superiores a la mayoría de los países latinoamericanos (el promedio continental es de 62.4%).<sup>6</sup> Sin embargo, la mortalidad materna en el país se ha mantenido por encima de las 70 muertes por 100 000 nacidos vivos. Diversos estudios previos han determinado que 85% de las muertes son evitables y estaban relacionadas con la calidad del servicio ya que las principales causas registradas son la toxemia, las hemorragias y los abortos.

Entre 24 y 30% de la población dominicana adulta es hipertensa, 29.2% sufre de sobrepeso y 20% es adicta al tabaco.<sup>6</sup> De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, entre 11 y 16% de la población de los países caribeños sufre de diabetes.<sup>7</sup> Esto significa que en República Dominicana podría haber unos 300 000 casos.

La ENDESA 2007 reportó una prevalencia de VIH en el total de la población de 0.9% para las mujeres y 1.1% para los hombres.<sup>6</sup> Esto significa que en el país hay cerca de 60 000 VIH positivos, unas 20 000 de las cuales posiblemente requieran medicamentos antirretrovirales.

La República Dominicana está incluida en el grupo de países del continente con muy alta incidencia de tuberculosis. Se estima que cada año se producen entre 80 y 90 casos nuevos por cada 100 000 habitantes.<sup>8</sup> La cifra para el continente es de 25.7, y para América Latina y el Caribe de 38.8. Además, el país ha reportado el más alto porcentaje de casos con resistencia y multi-resistencia a los medicamentos antituberculosos de la región (6.6%).<sup>8</sup>

Las principales causas de muerte en las mujeres son las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes, que concentran 58% de las muertes en total (cuadro II). Esto nos habla de un ya franco predominio de las enfermedades no transmisibles. Llama también la atención el alto número relativo de muertes por VIH-sida.

En los hombres hay una situación muy similar (cuadro III). Cabe destacar, sin embargo, la importancia de las muertes por accidentes de tránsito y las muertes violentas, que ocuparon en 2004 el tercero y noveno lugares de la lista de principales causas de defunción.

### Estructura y cobertura

Hasta hace poco, el grueso de la población estaba cubierto teóricamente por un sistema público abierto

**Cuadro II**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, REPÚBLICA DOMINICANA, 2004**

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	4768	102.7	26.6
2. Enfermedad cerebrovascular	3652	78.6	20.3
3. Diabetes mellitus	1975	42.5	11.0
4. Hipertensión arterial	1594	34.4	8.9
5. VIH-sida	1460	31.5	8.1
6. Infecciones respiratorias agudas bajas	1400	30.2	7.8
7. Nacimiento prematuro y bajo peso	796	17.1	4.4
8. Cáncer de mama	792	17.1	4.4
9. Cirrosis hepática	761	16.4	4.2
10. Accidentes de tránsito terrestre	748	16.1	4.2
Total	17 948	386.63	100

\*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 9

**Cuadro III**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, REPÚBLICA DOMINICANA, 2004**

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	6620	141.4	23.6
2. Enfermedad cerebrovascular	4827	78.6	17.2
3. Accidentes de tránsito terrestre	3305	42.5	11.8
4. VIH-sida	2846	34.4	10.1
5. Cáncer de próstata	2415	31.5	8.6
6. Diabetes mellitus	1781	30.2	6.3
7. Hipertensión arterial	1748	17.1	6.2
8. Infecciones respiratorias agudas bajas	1724	17.1	6.1
9. Violencia	1430	16.4	5.1
10. Cirrosis hepática	1361	16.1	4.9
	28 057	386.63	100

\*Tasa por 100 000 hombres

Fuente: Referencia 9

financiado con impuestos generales. Sin embargo, las deficiencias de este sistema fomentaron el crecimiento del sector privado financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes prepagados voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento.

A partir de 2001, se crea un nuevo marco legal para el sistema de salud, integrado por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas provenientes de distintas instancias e instituciones estatales.

Las dos herramientas jurídicas fundamentales son la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (Ley 87-01). Mediante ambas normativas se establece un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, especializadas en funciones específicas.

En términos de cobertura, a fines de 2009, 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social. De este total, 61% estaba afiliada a través del régimen contributivo y 39% a través del régimen

subsidiado. Todas estas personas están afiliadas a una administradora de riesgos de salud (ARS) que recibe por cada una de ellas un per cápita de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). El usuario del régimen contributivo puede escoger entre los proveedores privados que le ofrece la ARS de su elección. El usuario del régimen subsidiado sólo puede estar afiliado a la ARS pública, que se denomina Seguro Nacional de Salud (SENASA), y utiliza los servicios de la red de provisión pública o los hospitales privados sin fines de lucro especializados. Cuando no existen los servicios en el sector público, el SENASA paga por ellos en el sector privado. Estos usuarios tienen preferencia al utilizar los hospitales y clínicas públicas, pues su lista de espera es menor y tienen acceso a medicamentos.

El 54% de la población total no cuenta aún con cobertura de salud y por lo tanto, se mantiene en el sistema antiguo, es decir, se atiende en la red de provisión pública integrada que administra el Ministerio de Salud Pública (MSP) o paga con dinero de su bolsillo a los proveedores del sector privado.

Los fondos de la seguridad social se incrementaron sustancialmente entre 2007 y 2008, pasando de 8 a 17% del gasto nacional en salud como resultado de la aplicación del régimen contributivo de la seguridad social.<sup>10</sup> Esto transformó una parte importante de los seguros voluntarios privados y planes de prepago privados en ARS.

#### ¿Quiénes son los beneficiarios?

El artículo 3 de la Ley 42-01 establece el derecho a la salud de todos los dominicanos y dominicanas y las y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Asimismo, el principio de Universalidad de la Ley 87-01 plantea que el SDSS "deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica."

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del SDSS tiene actualmente en funcionamiento dos regímenes de financiamiento con sus beneficiarios correspondientes:<sup>11</sup>

- *Régimen contributivo.* Comprende a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Se financia con contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- *Régimen subsidiado.* Comprende a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. Se financia con recursos del Estado.

La mayoría de los no asegurados con capacidad de pago acuden a los establecimientos privados y los más pobres a los servicios públicos, donde en ocasiones tienen que cubrir cuotas moderadoras fijas y variables.

#### DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

1948	Creación del Sistema de Seguros Sociales
1956	Creación de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y aprobación del Código de Salud
1956	Aprobación del Código de Salud
1962	Transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguros Social
1995	Creación de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud
2001	Aprobación de la Ley General de Salud
2001	Aprobación de la ley que crea el nuevo Sistema de Seguridad Social
2001	Inicio del Régimen Subsidiado
2007	Inicio del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud del Sistema de Seguridad Social
2008	Establecimiento del Plan Decenal de Salud

#### ¿En qué consisten los beneficios?

La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS) y en sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema. El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, y embarazo, parto y sus consecuencias. Inicialmente no cubría los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que eran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, pero posteriormente fueron incluidos. No cubre los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, cubiertas por el Seguro de Riesgos Laborales de la Ley sobre Seguridad Social.

Los beneficios del SFS se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), que está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio; c) atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica; d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la

contributiva y contributiva subsidiada; e) exámenes de diagnósticos; f) atenciones odontológica pediátrica y preventiva; g) fisioterapia y rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

El 19 de diciembre de 2006 se realizó un acuerdo para dar inicio al SFS del régimen contributivo. En el mismo se estableció la entrada en vigencia del régimen con un Plan de Servicios de Salud inferior al PBS que debe desarrollarse gradualmente hasta contemplar todos los servicios contemplados en la Ley 87-01.

## Financiamiento

### *¿Quién paga?*

El MSP se financia con recursos del gobierno provenientes de impuestos generales, con lo cual cubre las atenciones que se ofrecen a la población no asegurada en su propia red de proveedores. Esta red también se financia con las llamadas cuotas de recuperación que los usuarios pagan después de recibir la atención.

El artículo 21 sobre "Organización del Sistema" de la Ley de Seguridad Social le confiere a la TSS las funciones de "recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS". Estas funciones son ejercidas de acuerdo a la Ley 87-01 desde los inicios de la seguridad social en 2001. Las cotizaciones para este subsistema provienen de trabajadores y empleadores públicos y privados en el régimen contributivo, y de recursos estatales provenientes de impuestos en el régimen subsidiado. La TSS distribuye un per cápita a las ARS y éstas a su vez realizan convenios con las prestadoras de servicios de salud del sistema para el pago por la prestación de servicios a sus afiliados. En el caso de la ARS pública – SENASA – se utilizan dos modalidades de pago, una por capitación en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los demás niveles.

Los servicios privados se financian con pagos de bolsillo, en su gran mayoría, y con pagos de primas de seguro, aunque el SENASA también recurre a los proveedores privados sin fines de lucro.

### *¿A cuánto asciende el gasto en salud?*

El gasto nacional en salud en 2008 ascendió a alrededor de 560 millones de dólares internacionales que representa 5.5% del PIB.<sup>5,10</sup> Esta proporción es similar a la que había al final de la década de los noventa, pero inferior a la del período 2000-2003, cuando rondaba 6.2%. El gasto en salud per cápita es 464 dólares. El gasto público en salud representa 33.9% del gasto total en salud.

El MSP concentraba hasta 2008 la mayor parte del gasto público. Sin embargo, los fondos de la seguridad social van en aumento, sobre todo después de la aprobación de la Ley 87-01, que comenzó lentamente su aplicación con el régimen subsidiado y extendió rápidamente su cobertura a finales de 2007 con la entrada en operación del régimen contributivo. En 2002 dichos fondos sólo representaban 20% del gasto público. En 2008 los recursos del SFS representaron 36% del gasto público y 17% del gasto total en salud. Aunque este proceso recién se está iniciando, significa un cambio extraordinario en la estructura del financiamiento del sector, ya que el nuevo sistema de seguridad social está concebido de forma tal que se financia con contribuciones obligatorias cargadas sobre la nómina de los trabajadores y aportadas por éstos y por sus empleadores. Además de tener un sistema de recaudación y pagos centralizados, como se explicó previamente, permitirá eventualmente aplicar un sistema de distribución de riesgos y de solidaridad, además de que posee un plan de beneficios con vocación universal.

El gasto público en salud también se ha incrementado como proporción del gasto total. En 2004 representaba apenas 28.7% del total en salud. El gasto en salud en República Dominicana muestra asimismo una reducción en el gasto de bolsillo de los hogares. Esto coincide con la ampliación del SFS. Es preciso señalar, no obstante, que gran parte de las coberturas existentes de planes prepagados privados de salud, principalmente de empresas y entidades públicas, pasaron a formar parte del seguro familiar de salud obligatorio. Es decir, eran parte del aseguramiento ya existente, pero en lugar de contabilizarse en el sector privado pasan ahora a contabilizarse en el sector público. Aunque el nuevo sistema extiende la cobertura a las familias, el verdadero reto ahora es ampliarla a sectores de menores ingresos antes excluidos.

A pesar del balance positivo que se observa en el último año en el financiamiento a la salud en la República Dominicana como resultado del SFS, el gobierno central, que es el que financia al MSP, sigue dando una baja prioridad al sector.

## Recursos

### *¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?*

De acuerdo con las Memorias del MSP de 2006, ese año había en República Dominicana 472 dispensarios y consultorios, 16 subcentros y centros sanitarios, 105 hospitales municipales y de áreas, 22 hospitales provinciales, ocho hospitales regionales y 14 hospitales nacionales de referencia.<sup>12</sup> Un inventario de hospitales públicos y

privados que incluye centros de salud del MSP, el IDSS, las fuerzas armadas y la Asociación Nacional de Clínicas Privadas nos habla de la existencia de 307 centros, con una mayor concentración en el Distrito Nacional (52) y la provincia de Santo Domingo (24). En el subsistema público existen más de 1 300 establecimientos de varios niveles de atención. También existe en el país un importante sector privado proveedor de servicios de salud. No hay información actualizada sobre los mismos, pero un censo realizado en 2001 con financiamiento de la Unión Europea a través del Programa de Reforzamiento del Sector Salud (PROSISA) estableció la existencia de al menos 7 121 centros de proveedores privados de los cuales 6 818 eran lucrativos y 283 no lucrativos. De este total, unos 487 establecimientos eran clínicas, 544 centros diagnósticos (238 en la capital), 3 675 consultorios médicos, 44 no fueron clasificados y 2 371 correspondió a una diversidad de centros, entre los que encuentran ópticas, establecimientos de medicina alternativa, centros oftalmológicos, consultorios en parroquias y consultorios en escuelas.<sup>13</sup> El promedio nacional de camas por 10 000 habitantes es de 15.7.<sup>3,12</sup>

#### *¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?*

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa necesaria para alcanzar un nivel de "cobertura mínima" es de 2.5 profesionales (entre médicos y enfermeras) por 1000 habitantes.<sup>14</sup> Según el MSP, en 2008 había en República Dominicana 1.3 médicos, 0.25 enfermeras con título universitario y 0.14 odontólogos por 1000 habitantes.<sup>15</sup> En 2008 el MS contaba con 26 637 cargos profesionales ocupados, distribuidos entre médicos (10 632), enfermeras (13 715), odontólogos (1 359), bioanalistas (1 712), farmacéuticos (639) y psicólogos (292), mientras que el IDSS contaba con 5 033 profesionales de la salud y las fuerzas armadas con 824.<sup>15</sup> La distribución de los recursos humanos para la salud del subsector público es muy desigual en las distintas regiones. En la Región I (Valdesia) hay una relación de 0.41 enfermeras por médico, mientras que en la Región III (Nordeste) es de 3.63.

#### *¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?*

El gasto en medicamentos es el principal renglón individual del gasto en salud en República Dominicana. El esquema de financiamiento de medicamentos es mixto. El Estado asigna presupuesto al MSP y al Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico (PROMESE / CAL) para subvencionar los medicamen-

tos dispensados en la red de establecimientos públicos, pero no se dispone de mecanismos que aseguren una entrega a la población más pobre. El SDSS incluye la asistencia farmacéutica dentro de las prestaciones farmacéuticas a los afiliados en los diferentes regímenes. En el subsidiado, los pacientes reciben gratis los medicamentos. En el contributivo subsidiado los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el Estado 70%. Finalmente, en el contributivo los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el proveedor, 70%.<sup>16</sup>

En República Dominicana el gasto total en medicamentos asciende a alrededor de 400 millones de dólares, de los cuales 33% corresponden a gasto público y el resto a gasto de bolsillo de los hogares.<sup>17</sup> Este concepto representa casi la tercera parte del gasto de los hogares en salud, por lo que está claro que una política destinada a racionalizar el gasto en medicamentos y a proteger su consumo, tendría gran impacto en el bienestar de los hogares en el país.

Una proporción importante del gasto público en medicamentos es la que se realiza a través de PROMESE-CAL, principalmente para financiar los hospitales públicos. Esta entidad realiza compras centralizadas mediante subastas, lo que contribuye a la racionalidad en la adquisición y la reducción de los precios. Varios estudios han mostrado enormes variaciones de precios en las farmacias privadas e inmensas diferencias entre éstas y los precios de PROMESE-CAL.<sup>17</sup> Sin embargo, todavía una proporción importante de las compras del MSP –tanto para hospitales como para ciertos programas verticales– se realizan directamente, en lugar de utilizar el mecanismo centralizado. PROMESE-CAL tiene, además, un programa de ventas al detalle, vía las denominadas Farmacias del Pueblo.

En términos globales, los medicamentos representan alrededor de 18% del gasto total en salud y cerca de 1% del PIB.<sup>17</sup> En términos per-cápita la cifra es de 38 dólares por persona en 2007.

#### *¿Quién genera la información?*

Mediante el Decreto Presidencial 249-06 se puso en funcionamiento el Reglamento del Sistema de Información General de Salud (SIGS), que es un mandato de la Ley General de Salud (42-01) en sus artículos 34 y 35 que busca producir y proveer información oportuna y de calidad en materias relacionadas directa o indirectamente con la salud con el fin de que sirva de instrumento para el ejercicio de la rectoría y el correcto desempeño de las funciones esenciales de la salud pública, y para facilitar la gestión general del Sistema Nacional de Salud.

El SIGS se encuentra en proceso de construcción habiéndose trabajado en el diseño de algunos de sus

módulos y en la capacitación de parte de su personal. La implantación y desarrollo del mismo se realiza en el nivel central y en las unidades desconcentradas en cada provincia, que captan y procesan las informaciones que constantemente se producen en los hospitales del país. El reglamento establece la notificación obligatoria de hospitales y clínicas privadas de enfermedades como el dengue, la tuberculosis, el sida, malaria y leptospirosis, entre otras. En la actualidad algunos de los módulos del sistema están en proceso de desarrollo, pero falta más inversión en tecnología informática, interconexión, equipos y capacitación.

### **Rectoría**

*¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?*

El artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01) asigna las funciones de rectoría del Sistema Nacional de Salud del país al MSP. No obstante, se reconoce que las funciones de rectoría se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil. Estas funciones han sido deficientemente desarrolladas por dicho Ministerio, lo que ha ocasionado conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas de salud y de la seguridad social. El nuevo marco legal otorga la autoridad sanitaria y la conducción sectorial al MSP, pero en la práctica la institución no ha sido capaz de ejercer un verdadero liderazgo. La incipiente aplicación de la carrera administrativa es un obstáculo en la profesionalización del personal y la atracción de nuevos talentos.

*¿Quién vigila las actividades y quién evalúa?*

La Ley de Seguridad Social (87-01) establece que los establecimientos de salud deben estar habilitados previamente por el MSP. El país cuenta con normas para esos fines, pero pocos establecimientos han cumplido con ellas, por lo que se ha tenido que ser flexible, otorgándole un período de tiempo para que puedan cumplir con las mismas. Hasta junio de 2008, la Dirección General de Habilitación y Acreditación había inspeccionado 47% de los 8 590 establecimientos de salud, de los cuales sólo 791 cumplieron con los estándares necesarios para conseguir la habilitación. A esa fecha aún 4 512 establecimientos no habían solicitado la inspección.

En los últimos años el MSP ha realizado esfuerzos para desarrollar las capacidades y para reestructurar el sistema de vigilancia epidemiológica nacional. Sin embargo, todavía es muy alto el número de subregistros en el país y prácticamente no se dispone de datos del sector privado.

El Plan Decenal de Salud (PLANDES) es por ley el principal instrumento de planificación sectorial del sistema de salud. Realizado por primera vez en el país, se elaboró mediante un proceso ampliamente participativo para el período 2006-2015, y contiene los principales objetivos estratégicos de desarrollo del sector salud. Identifica una serie de indicadores para darle seguimiento, pero hay debilidades en los criterios de selección de los mismos. Además, carece de un sistema formal de monitoreo y evaluación.

### **Voz de los usuarios**

*¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?*

Tradicionalmente ha sido muy baja la participación social en la gestión del sistema y de los servicios de salud en el país. Sin embargo, en los últimos años el tema ha adquirido importancia y ha sido introducido de forma significativa en las dos legislaciones que definen el marco legal del sistema (Ley General de Salud y Ley del Sistema de Seguridad Social) y en el PLANDES. Ambas leyes establecen consejos rectores de coordinación del sistema de salud y de seguridad social con amplia participación de los actores principales y en el caso específico del reglamento de Provisión de las Redes de Servicio Público establecen los Consejos de Administración, definiéndolos como "el máximo órgano de participación en la gerencia de la red pública de provisión de servicios de salud". El SDSS permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones, ya que tanto en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) como en el Consejo Nacional de la Salud tienen representación de los usuarios y los diferentes sectores de la sociedad civil. Adicionalmente, una de las instituciones creadas dentro del CNSS es la Dirección de Defensa de los Afiliados, que representa la voz de los usuarios. No obstante, en la práctica, no hay mucha participación ni consulta de la población. Sí la hay de los grupos de poder, que presionan al CNSS para que tome decisiones a favor de sus intereses.

*¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?*

A través de opiniones aisladas, demandas de organizaciones de la sociedad civil y reportes periodísticos se puede establecer que en el país hay un nivel bajo de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. En agosto 2008, la SENASA presentó una encuesta que analiza el nivel de satisfacción con los servicios de salud de los afiliados al régimen contributivo para los rubros

de eficiencia, calidad y disponibilidad de servicios, entre otros.<sup>18</sup> Sin embargo, no se dispone de estudios recientes que establezcan la calidad y la calidez de los servicios para el sistema en su conjunto.

## Innovaciones

*¿Qué innovaciones recientes se han implantado?*

La mayor innovación reciente del sistema de salud dominicano ha sido la definición de un marco legal moderno en la región y la implementación del SDSS. El marco legal aprobado en 2001 sustituyó el antiguo y anacrónico Código de Salud que estaba vigente, considerando todos los elementos contemporáneos de una legislación de salud moderna en la parte sanitaria, así como en la de gestión general del sistema, haciendo énfasis en la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, articulación y provisión de servicios, así como en la necesidad del desarrollo de sistemas gerenciales y de información. En lo concerniente a seguridad social, definió un modelo completo y coherente en el marco del paradigma sistémico utilizado, que contiene tres regímenes de afiliación que abarcan el universo poblacional, un solo plan de servicios de salud, una sola oficina recaudadora, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, una oficina de información y defensa de los afiliados, administradoras de riesgo públicas y privadas entre las cuales el afiliado del régimen contributivo tiene derecho a escoger y una aseguradora de riesgos de salud para los regímenes subsidiado, contributivo subsidiado y contributivo público. Asimismo, se estableció un consejo rector integrado por los principales actores del sistema.

Otra innovación del nuevo sistema que aún no se ha implementado es el Régimen Contributivo Subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional. Dicho esquema deberá ser financiado con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador. Uno de los posibles problemas que confrontaría este régimen es la dificultad de cobrar las cotizaciones en el sector informal de la economía.

*¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?*

Las dos nuevas legislaciones se encuentran inmersas en un proceso largo y difícil de implementación que encuentra resistencia en la cultura institucional y en los comportamientos tradicionales que han predominado en el país en las últimas décadas. Sin embargo, el proceso ha provocado un importante cambio en las mentalidades

y ha permitido la creación y modificación de una amplia constelación de instituciones. Sin embargo, todavía no se aprecian resultados significativos en la eficiencia en el uso de los recursos, en la calidad de los servicios que se prestan a la población y en la equidad en el financiamiento del sistema.

*¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?*

Los tres principales retos que enfrenta el sistema dominicano de salud son la extensión de la cobertura del SFS, la profundización de la separación de funciones y la mejoría en la calidad de los servicios.

La ley que crea el SFS se propone alcanzar la cobertura universal en 2011, pero está muy lejos de ser cumplida. Para continuar con la afiliación se requieren recursos financieros adicionales, lo cual implica un importante cambio en las prioridades públicas, pero también en la definición del mecanismo para implementar el régimen contributivo subsidiado, al que tendría que afiliarse 29% de la población dominicana. Ante este reto de extender la cobertura, actualmente la discusión entre los actores se centra en elevar el per-cápita y aumentar las prestaciones, todo ello sin los estudios de base que permitan asegurar la sostenibilidad financiera.

La separación de funciones del sistema de salud es un mandado fundamental del marco regulatorio vigente y es parte integral del proceso en marcha de la reforma. La separación de las funciones de financiamiento y provisión requiere de la transformación del MSP y la autonomía real de las redes de provisión de servicios, ya sean los hospitales o los servicios subnacionales organizados en forma de redes. La estrategia planteada en la actualidad es la organización de redes regionales, pero todavía todas las decisiones están centralizadas. Esto tiene una importancia fundamental en la estrategia de financiamiento y en la sostenibilidad financiera, porque no es factible financiar el sistema vía la oferta y la demanda, como sucede ahora en algunos servicios donde se ha iniciado la implementación del régimen subsidiado. Todo esto implica grandes reestructuraciones administrativas, financieras y de toma de decisiones, incluyendo las decisiones relativas a la contratación de los recursos humanos, con las consecuentes implicaciones de carácter gremial y político.

Finalmente, aunque se carece de estudios que midan la magnitud y naturaleza de los problemas de calidad del sistema de salud nacional, este es un de los grandes retos del sistema dominicano de salud. La baja calidad está relacionada con problemas de gestión clínica y administrativa de los proveedores de servicios de salud del sector público, la falta de control y supervisión

del personal que está duplicado en varias nóminas y no cumple con los horarios de trabajo, la administración de éstos en base a crisis y, en general, con las debilidades institucionales que caracterizan al sistema de salud de República Dominicana.

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006. 421 p [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/26530/P26530.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
2. Oficina Nacional de Estadísticas, Gerencia de Estadísticas Continuas. República Dominicana: estimaciones y proyecciones de población [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.one.gob.do>
3. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Indicadores Básicos de Salud de República Dominicana, 2008 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>
4. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Estadísticas del Seguro Familiar de Salud [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://sisalrtil.gob.do/EstadisticasdelSfs.aspx>
5. World Health Organization. World health statistics 2010. Geneva: WHO, 2010.
6. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud. Santo Domingo, República Dominicana: CESDEM, 2007 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: [http://www.cesdem.com/html/encuesta\\_demografica\\_y\\_de\\_salud\\_2007.pdf](http://www.cesdem.com/html/encuesta_demografica_y_de_salud_2007.pdf)
7. Organización Panamericana de la Salud. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico 2001(2):2 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/dd/ais/beindexe.htm>
8. Panamerican Health Organization. Health Analysis and Statistics Unit and Communicable Diseases Unit. TB Program. Estimated burden of TB in the Americas. Washington, D.C.: PAHO, 2007.
9. WHO. Global burden of disease 2004. Data Infobase [consultado diciembre 10, 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx>
10. Rathe M. El gasto nacional en salud 1995-2008. Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: [www.fundacionplenitud.org](http://www.fundacionplenitud.org)
11. Consejo Nacional de la Seguridad Social, Secretaría de Estado de Trabajo. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Trabajo, 2001 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.cnss.gob.do/Documentos/Leyes/tabid/106/Default.aspx>
12. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Institucional 2008. Santo Domingo, República Dominicana: SESPAS, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://sespas.gov.do/download/docs/memorias/Memoria2008.pdf>
13. Programa de Reforzamiento del Sector Salud. Santo Domingo, República Dominicana: Unión Europea, 2001.
14. Organización Panamericana de la Salud, Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia [sitio de Internet]. OPS expresa preocupación por déficit de trabajadores de la salud en las Américas [consultado septiembre 17, 2010]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&SI=11199&SE=SN>
15. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Información sobre recursos humanos [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.sespasdigepi.gob.do>
16. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud en Las Américas 2007 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paiseses/Rep%20Ablica%20Dominicana%20Spanish.pdf>
17. Rathe M, Pérez-Minaya R, Franco L, Guzmán D. Medicamentos y propiedad intelectual. Santo Domingo: Fundación Plenitud, 2009 [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: [www.fundacionplenitud.org](http://www.fundacionplenitud.org)
18. Seguro Nacional de Salud, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Estudio de satisfacción de los afiliados al régimen contributivo de SENASA [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: <http://www.arssenasa.gov.do>