

**Análisis del Sistema Sanitario en la República Dominicana: Una Revisión de la Literatura**

**Madeleine Pollitzer**

**8 Diciembre, 2024**

**SPAN 4180**

## Resumen

Este documento examina, describe y evalúa el sistema sanitario de la República Dominicana. Con un examen del modelo del sistema, las reformas sanitarias anteriores, los procesos de descentralización y los indicadores de rendimiento. El examen de los diferentes sistemas de salud en varios países permite la comparación y el desarrollo de estrategias para un futuro mejor en la salud. Con una combinación de sanidad privada y pública, se ha avanzado hacia la cobertura universal siguiendo el modelo del sistema sanitario: Seguro Nacional de Salud o Seguro Popular. El Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud son los órganos rectores del sistema sanitario, aunque existen entidades descentralizadas para lograr un sistema más eficiente. La presencia de Organizaciones Sin Fines de Lucro es una parte vital del sistema sanitario, con servicios especializados gratuitos que se financian a nivel nacional. El año 2001 es el que más reformas sanitarias ha experimentado con la implantación de la nueva Ley General de Salud y la nueva Ley de Seguridad Social. Los ciudadanos de la República Dominicana están satisfechos con los servicios, aunque no tanto como otros países de LAC. Persisten las deficiencias, con un bajo gasto sanitario, altas tasas de mortalidad infantil y materna, y una cobertura universal infructuosa. Aunque se están haciendo esfuerzos para aumentar la financiación y el gasto, ampliar los regímenes para que las poblaciones vulnerables estén aseguradas, así como la educación sanitaria sobre el embarazo para la población. Esta revisión bibliográfica se compone de artículos revisados por pares en la década de 2000, y es de esperar que pueda ser utilizada para una mayor investigación del sistema de salud en la República Dominicana.

## **Introducción y Preguntas de Investigación**

El presente estudio incluye la descripción y evaluación del modelo de organización, las reformas, los procesos de descentralización, las condiciones (calidad y cobertura), el desempeño (eficacia, eficiencia y equidad), y algunas conclusiones y recomendaciones para el sistema sanitario de la República Dominicana.

La República Dominicana es un país que forma parte de la isla de Hispaniola (compartida con Haití) en el Mar Caribe, y es conocida por su variedad de playas, montañas y clima cálido. Se encuentra ubicada en las Antillas Mayores, entre Cuba y Puerto Rico. Debido a locación y clima, el país ha experimentado mucha devastación porque hay muchos huracanes en esta área. La capital es Santo Domingo, y el país tiene algo más de 11 millones de habitantes (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2020).

Según un estudio y una panorámica realizados en 2023 por la Oficina de Información Diplomática y cronología detallada de la BBC (2012), 300 años después de la colonización española de la República Dominicana (RD) en el siglo XIV, Santo Domingo fue anexionada por el presidente haitiano. En 1844, el presidente fue derrocado y la República Dominicana se independizó, pero sigue teniendo mucha influencia española y flamenca. En 1863, España retiró el poder del país. En 1865 se firma un tratado entre los Estados Unidos (EE.UU.) y la RD, y EE.UU. tomó el control del departamento de aduanas dominicano durante unos 100 años para pagar la deuda a España. En los años 20 y 30, la RD restableció el gobierno y EE.UU. se marchó. Hubo muchos problemas en la RD durante la década de 1960 con Haití, presidentes, los EE.UU. bajo la dictadura del general Rafael Leónidas Trujillo Molina (1930-1961) (BBC, 2012). El Ministerio de Salud de la RD (MSP) nos dice que, durante la dictadura de Trujillo, limitó el acceso de los pobres a la sanidad mucho. Tras su muerte, la RD volvió a la democracia. Y

muchos años después, durante la presidencia de Leonel Fernández (2004-2012) había una promoción de la salud pública y seguridad social. Ahora, Luis Abinadar es el presidente, y el ayuda en el combate de COVID-19 en los años pasados (MSP, 2024).

El 7,7% de la población dominicana tiene más de 65 años, y el 65,5% tiene entre 15 y 64 años. La esperanza de vida es de 74,4 años, muy superior al 1970, cuando la esperanza de vida era de 58 años. En términos de género hay 1,02 hombres por cada mujer. Se estima que la inmigración representa alrededor del 4% de la población de República Dominicana (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2023). En cuanto a la etnia, la mayoría de la población se identifica como “india” o “mestiza” (39%), y 23% como “mulata”, y un 17% como negra y el 14% como “blanca” (UNFPA, 2021). Para vivir en 2023, la población urbana representaba el 84,4% de la población total (CEPAL, 2023).

Según a CEPAL, en el año 2021, el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de la República Dominicana era de 8,972 dólares, y alrededor del 3,55% de todo el PIB se gasta en sanidad y el 3,74% en educación. En 2016, el ingreso laboral promedio en la ocupación principal fue \$303 para mujeres y \$382 para los hombres (en dólares). CEPAL dice también que, en 2021, 26.6% de población vivían bajo la línea de pobreza moderada nacional (CEPAL, 2023).

Cuando hablando sobre inequidad, CEPAL dice en 2021, 92,9% de la población tiene acceso a agua d la red pública, y en 2021 también, 95,1% de la población tiene acceso a servicios sanitarias mejoradas (CEPAL, 2023).

En cuanto a la historia del sistema salud en República Dominicana, hay varias etapas que está muy importante según un periodo de crecimiento económico. Entre 1996 y 2014, el crecimiento anual del producto interior bruto (PIB) real fue del 5,6%, y su renta per cápita pasó de 2.200 dólares en 1996 a 6.832 dólares en 2015 (Rathe, 2018). De acuerdo con al Ministerio de

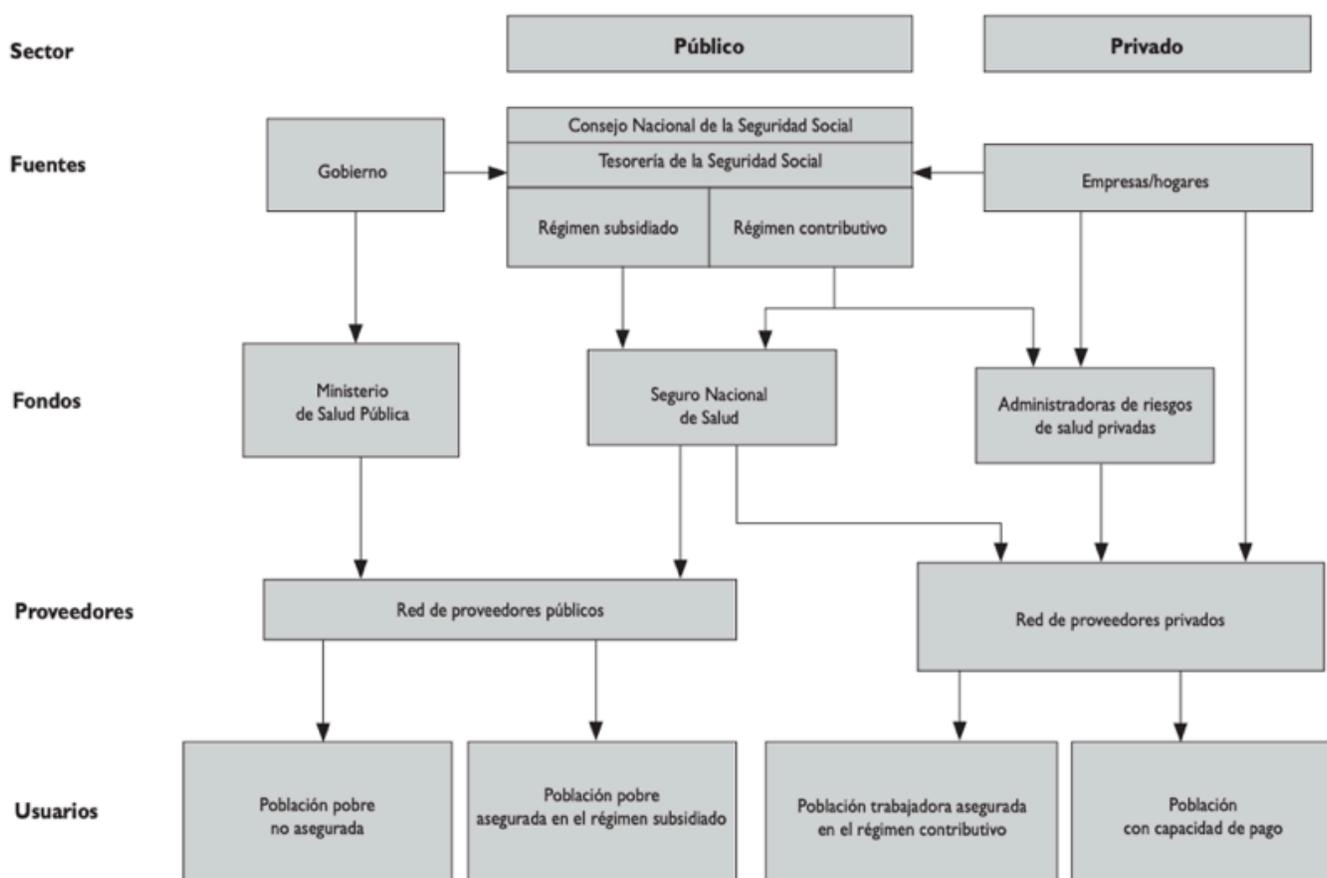
Salud (MSP) en 2023, En 1908, se crearon las primeras Juntas de Sanidad mediante la Ley de Sanidad Número 4836 y en 1919 la primera institución de salud pública fue creado. En 1924, comenzaron a tener un secretario de salud pública para mejorar la atención de la salud público también. Pero, la más importante por el sistema ahora es el año de 2001, cuando se crea la Ley General de Salud, esta ley sentó las bases para la creación del Sistema de Seguro Nacional de Salud y la Ley que Establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social (MSP, 2023).

Esta revisión de la literatura proporciono una visión general del sistema sanitario de la República Dominicana, las reformas que ha experimentado y su eficacia, los esfuerzos de descentralización y la eficacia del sistema en la actualidad. Las preguntas que guiaron esta investigación incluyen, (1) ¿Cuál es la estructura y los componentes del sistema sanitario de la República Dominicana? (2) ¿Cómo ha cambiado o se ha reformado el sistema sanitario de la República Dominicana en el pasado, y ha sido eficaz? (3) ¿Cuál es el proceso de descentralización visto en el sistema de salud de la República Dominicana? y (4) ¿Es el sistema de salud de la República Dominicana efectivo en condiciones y resultados? Para esta revisión, utilicé artículos de organizaciones gubernamentales y organizaciones de salud pública para obtener información posterior al año 2005. Tuve que utilizar algunas otras fuentes para cosas como cronogramas. La siguiente sección incluye una descripción del modelo de la organización del sistema sanitario dominicano las funciones de cada parte del sistema, ¿dónde está el poder, de dónde provienen los fondos y más!

## El Modelo de Organización del Sistema de Salud de Republica Dominicana

El sistema de salud de la República Dominicana está organizado con base a un modelo de Seguro Nacional de Salud o Seguro popular (Figura 1) (Magdalena Rathe & Alejandro Moliné, 2011).

**Figura 1. El Modelo de Organización del Sistema de Salud de Republica Dominicana**



**Nota:** El gráfico fue creado para describir el modelo del sistema de salud de la República Dominicana de “Sistema de Salud de Republica Dominicana” de Rathe y Moliné en 2011.

El modelo de organización del sistema de salud de la Republica Dominicana es descrito con base a una publicación de Rathe y Moliné (2011). El modelo se describe con Seguro Nacional de Salud o Seguro Popular, y una clave de este modelo es que hay seguro popular para

los pacientes que no pueden pagar, es gratis porque los regímenes. Los autores explicaron que el sistema de salud se subdivide en los subsistemas público y privado, donde 30,8% de los asegurados utilizan servicios públicos, y 65% utilizan servicios privados. Este sistema considerado como un sistema de dos niveles. Hay un nivel en que el gobierno ofrece asistencia sanitaria básica y esencial a los habitantes del país, pero la calidad puede no ser la mejor. Para una atención de mayor calidad, una persona debe pagar un poco más. La Ley General de Salud fue promulgada en el 2001, para la creación del Sistema de Seguridad Social, con el propósito de proveer el seguro de salud a una mayor parte de la población. Esta ley incluye dos elementos. El primer elemento es la universalidad (proteger a todos los dominicanos y residentes sin discriminación), y la segunda es la obligatoriedad (la participación es obligatoria para todas las personas e instituciones) (Rathe & Moliné, 2011).

Las instituciones administradoras del sistema de salud son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNS), Y el Seguro Nacional de Salud (SENASA). El rol de MSP es el órgano quien regula el acceso, equidad y calidad en salud pública, y controlan que las regiones y provincias cumplan las condiciones establecidas (MSP, 2024). El CNS promueve la protección social contra riesgos de vejez, invalidez, y enfermedad. Bajo el CNS se encuentra la Tesorería de la Seguridad Social encargados de la recaudación y distribución del dinero en seguridad social (CNSS, 2024). Y finalmente, el SENASA es una nueva institución pública descentralizada encargada de la función de aseguradora de riesgos sanitarios de referencia nacional y de gestionar el seguro de enfermedad (SENASA, 2023).

El sistema de salud dominicano es financiado a través de tres fuentes principales, la primera proviene de los impuestos gestionados por el gobierno, además de las cotizaciones de los trabajadores y los patronos (Rathe & Moliné, 2011). Las fuentes de financiamiento para el

sistema privado provienen de las empresas y los hogares. En contraste, para el sistema público el gobierno provee los fondos a través de los impuestos y las cotizaciones (Rathe & Molinè, 2011).

Hay dos partes de la Tesorería de la Seguridad Social, una se llama Régimen Subsidiado (del estado) por personas que no pueden pagar por la seguridad y servicios, y el Régimen Contributivo (del empleador y el trabajador) por personas que pueden pagar. Las dos partes de la Tesorería apoyan el SENASA (público) y el régimen contributivo apoya los administradores de riesgo de salud privadas (ellos ofrecen planes para las personas con seguro privado) (Rathe & Molinè, 2011).

Hay dos redes de proveedores (público y privado) y hay algunos centros de salud y hospitales para cada tipo de proveedores. Para los usuarios del sistema, en la sección pública, hay una población pobre que no tienen asegurada, y hay una otra población pobre asegurada en el régimen subsidio. Los usuarios para la sección privada de salud, hay una población que trabajador asegurado en el régimen contributivo, y finalmente una población que pueden pagar (Antonio Guzmán Fernández CNSS, 2024).

### **Las Reformas del Sistema de Salud de República Dominicana**

En este párrafo se explican las reformas más importantes en la historia del sistema de salud dominicano, empezando por 1948 cuando fue la creación del Sistema de Seguros Sociales (usando la siguiente imagen), y también si fueron eficaces y qué cambiaron. En la República Dominicana se han llevado a cabo numerosas reformas sanitarias para mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios. Aunque ha habido problemas, el país ha mejorado mucho en los últimos años gracias a estas reformas. Hay diez hitos que son los más

importantes para la mejora el país como podemos ver en Figura 2, del mismo informe que proporcionó la imagen del modelo de organización, de Rathe y Moliné (2011).

**Figura 2. Diez Hitos en La Historia Del Sistema Dominicano de Salud**

<b>DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD</b>	
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

**Nota:** El gráfico fue creado para describir las reformas más importantes de la sanidad de la República Dominicana de “Sistema de Salud de Republica Dominicana” de Rathe y Moliné en 2011.

Son muchas las reformas que se han llevado a cabo en la RD, pero son unas pocas las que han tenido mayor impacto en el sistema sanitario. El año 2001 fue un año de cambios en el sistema sanitario de la RD, como respuesta al reciente crecimiento económico del país. La reforma con la mayoría de poder e influencia es la implementación de la nueva Ley General de Salud No.42-01 (42-01) (MSP, 2024). Esta ley fue creada para la promoción de procesos de descentralización y desconcentración. 42-01 introdujo las Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) como la institución rectora del Sistema Nacional de Salud, encargada de formular políticas y un plan nacional de salud (MSP, 2024). También, 42-01 establece a la Atención Primaria en Salud (APS) como una como eje fundamental del sistema

para mejorar los servicios regionales, promoviendo la descentralización, y para un tratamiento con más calidad (Díaz, 2012). 42-01 se asoció con La Ley 87-01 en 2001, con la implementación de la nueva ley de Sistema Dominicano de Seguridad Social (con los dos regímenes) (SDSS). Esta ley se estableció el compromiso nacional de tener asegurados a todos los ciudadanos para 2011, con el objetivo de protección de la población contra los riesgos de vejez, invalidez, desempleo por edad avanzada, supervivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos profesionales (CNSS, 2024). 87-01 también introdujo el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud de Sistema de Seguridad Social (SFS). El objeto de SFS dicen, para el año 2011 todos los dominicanos y dominicanas deben haber sido incorporados a este seguro, sin exclusiones (Castellanos et al., 2009). El SFS proteger los trabajadores del sector formal y sus empleadores, junto con sus respectivos familiares en salud bajo el Régimen Subsidiado (para personas con bajos ingresos, desempleadas o discapacitadas). Para los resultados en cobertura, en 2016 70% de la población fue protegido con el SFS. Y en financiamiento, el PIB en sanidad pasó del 1,8% en 2008 al 2,9% en 2015 (Rathe, 2018). La Ley 87-01 y La Ley 42-01 amplió el acceso a la asistencia sanitaria, aumentó la cobertura de los seguros, hizo un gran cambio para tener la atención primaria en el centro. Ha habido muchas mejoras para las poblaciones pobres y no aseguradas, pero sigue habiendo problemas con la calidad de la atención y la desigualdad o la discriminación. Aunque la reforma ha tenido éxito, ha sido más un avance que un verdadero cambio, por lo que todavía hay que abordar las limitaciones que aún persisten (DGII, 2001).

En la RD, las asociaciones sin fines de lucro (OSFL) y las organizaciones no gubernamentales esta un vital parte del sistema de salud. En 2005, había una reforma con la Ley 122-05 para la regulación y fomento de estas organizaciones con la creación de Centro Nacional de Fomento y Promoción de las Asociaciones sin Fines de Lucro (CAFSL). La CAFSL fue

creado para comunicación entre las asociaciones sin fines de lucro y el nivel nacional para financiar y más funciones (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), 2024). Ahora, hay 8,271 organizaciones (OSFL) quien han sido aprobadas por CASFL y reciben apoyo financiero a escala nacional (MEPyD, 2024).

Según la Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (2024), en el año 2007 se produjo una reforma al modelo denominado Atención Primaria de Salud (APS) que se adoptó en 2001. El objetivo era hacer de la atención primaria la parte central del sistema de salud y el primer punto de contacto para los pacientes (reasignación de recursos). Una observación de Díaz en 2012 dice que entonces se introdujeron las Unidades de Atención Primaria (UNAP), que son unidades que ofrecen una atención más personalizada a los pacientes ofreciéndoles servicios como vacunaciones, consultas generales, promoción y educación para la salud, etc. También, para mejorar la calidad, la implantación de la colaboración público-privada, para mejorar las infraestructuras sanitarias, reducir la demanda en los hospitales públicos, hacer más asequibles los tratamientos, y más (Díaz, 2012). La puesta en marcha de los UNAPs ayudó a distribuir los servicios a las zonas rurales, lo que se ve en 2012 (cinco años después la introducción) con el MSP teniendo 1,658 UNAP a nivel nacional. De estas, 786 están instaladas en zonas rurales y las restantes 872 en zonas urbanas (Díaz, 2012). Un objetivo específico de los UNAP'S eran implantar mejores servicios de salud materno-infantil (MI). Para mejorar los servicios de MI, crearon un Libreta de MI para las madres sobre la salud materna y del bebé, y podemos ver la mejora en los resultados de la distribución de la libreta de 2007 a 2009. Se evaluaron los conocimientos de las madres a partir de un cuestionario, y los resultados mostraron una mejora de esta reforma. Resultados: porcentaje de las madres que han obtenido 7 puntos en la prueba (23.3% en 2007, 64.9% en 2009) (JICA, 2009). Podemos ver que esta reforma ayudó a

la organización y el producto del sistema de salud a través de la educación para mejorar la salud de la población (por ejemplo, MI).

Finalmente, en 2015, La Ley 123-15 ha creado el Servicio Nacional de Salud (SNS) para la separación de funciones en el sistema de salud. El SNS coordina los Servicios Regionales de Salud (SRS) para un enfoque más descentralizado y específico de la asistencia sanitaria (Rathe, 2018). En el SRS, hay tres niveles organizativos y funcionales, que son nivel operativo (provisión de los servicios de la población), nivel central (gestión de todos de SRS), y nivel regional (para nueve SRS) (SNS, 2024). Consulte la siguiente sección para ver el impacto de tener un sistema de administración más descentralizado en la sanidad, y sus efectos.

### **El Proceso de Descentralización de la Gestión del Sistema de Salud de Republica Dominicana**

En esta sección, explicaré los esfuerzos de descentralización en el sistema sanitario, y también el impacto en los derechos humanos. También la evaluación de estos esfuerzos, que tienen mucho que ver con MSP. Además, hacia que niveles se expandió la descentralización de la administración del sistema sanitario y cuales funciones fueron descentralizadas. La República Dominicana cambió a la democracia en 1963, y podemos ver cómo esto influyó el sistema de salud actual (Alonso, Ceara-Hatton, Robles, y Rubio, 2007). El MSP tiene el trabajo de organizar y regular los servicios de salud a las personas para que puedan ser más descentralizados. Para un resumen, la republica dominicana tiene dos tipos de descentralización en su país, desconcentración y delegación. Según la Ley 87-01 había muchos cambios relacionados con la descentralización y podemos ver esos cambios en los próximos párrafos.

La primera tipa de descentralización es desconcentración donde la mayoría de los poderes están en el gobierno nacional. Bajo del nivel central, hay poder en dos más niveles, el nivel

regional, y el nivel provincial. Hay dos entidades que trabajan bajo del Servicio Nacional de Salud y el MSP, Servicios Regionales de Salud (SRS) para las regiones y los Direcciones Provinciales de Salud (DPS) para las provincias, se crearon gracias a Ley 87-01 con una nueva modelo de poder en salud. Estos grupos son administrativos, pero mucho de la autoridad están en el nivel nacional todavía. En el central, el nivel nacional, el MSP y ellos tiene poder sobre casi todo de los financiamiento y servicios, y también el secretario de salud que controles financieros a dividir. En el nivel regional, hay nueve regiones de salud, y en estas regiones distintas, ellos tienen la responsabilidad de promover programas de salud pública, la gestión de recursos humanos y la distribución de suministros médicos. En el caso de los niveles de la gerencia de los SRS, hay un Consejo de Planificación y Consejo de Administración del Hospital Regional con el nuevo modelo (Alonso, Ceara-Hatton, Robles, y Rubio, 2007). Hay 31 provincias de salud en la republica dominicana, y en algunas regiones hay muchas más provincias porque hay más espacio geográfico, más personas o más resultados en salud. Y la máxima autoridad de salud en cada provincia representar el MSP también. Existen cinco categorías para evaluar dónde se encuentra el poder en términos de descentralización, más concretamente de desconcentración (funciones descentralizadas). Funciones fiscales, programáticas, compra de insumos, recursos humanos, y mantenimiento. El nivel nacional, MSP tiene los poderes sobre las funciones fiscales y compra de impuestos. El MSP recibe fondos fiscales que financian su red de proveedores que atienden a la población (especialmente a la población pobre que aún no ha sido asegurada por el sistema) (Rathe & Molinè, 2011). Para las funciones programáticas y funciones de mantenimiento, el poder está en el nivel provincial, y para las funciones de recursos humanas, el poder está en los niveles ambos regionales y provinciales (Alonso, Ceara-Hatton, Robles, y Rubio, 2007).

Hay un otro tipo de descentralización en la república dominicana se llama la delegación, donde hay instituciones sanitarias privadas o sin fines lucrativos. Las instituciones son separadas del gobierno, independiente y autónomo. Estas empresas no gubernamentales (ONG) siguen el esquema y el marco del Gobierno central, pero tienen sus propios programas. Algunos ejemplos son La Fundación Plenitud: ofrecen formación, educación y control del gasto sanitario, Profamilia donde hay servicios de salud sexual y reproductiva, Instituto de Ayuda al Sordo Santa Rosa con servicios para sordos, y Liga Dominicana contra el Cáncer. Para las finanzas de este nivel, hay una directora ejecutiva del Centro Nacional de Fomento y Promoción de las Asociaciones sin Fines de Lucro (CASFL) para comunicación entre las asociaciones sin fines de lucro y el nivel nacional para financiar y más. Para casi todo del resto de las funciones, las organizaciones (ONG) tienen casi todo del poder (Fundación Plenitud, 2020). Tras la creación de la CASFL en 2005, se han producido mejoras para las ASFL y las poblaciones vulnerables. Un ejemplo reciente es que el presupuesto para estas organizaciones pasó de RD\$280 millones en 2020 a RD\$517 millones en 2024 para mejorar la calidad de los proyectos y servicios a la población (MEPyD, 2023), un indicador impresionante para el sistema de salud en la RD.

### **Dimensión Económica del Sistema de Salud de República Dominicana**

En esta sección explicaré todo lo relacionado con los fondos en el sistema sanitario, de dónde proceden y la situación de estas finanzas. En su mayor parte, el sistema sanitario se financia a través de impuestos y cotizaciones, ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, financiando también los ASFLs. Como se dice antes, Según a CEPAL, en el año 2021, el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de la República Dominicana era de 8,972 dólares, y alrededor del 3,55% de todo el PIB se gasta en sanidad (CEPAL, 2021). Para los indicadores de la dimensión económica del sistema en la RD, podemos ver primero en el gasto

por proveedor para ciertos esquemas de financiamiento en 2014. Primero, el gasto para proveedores de salud preventiva es \$695 1% del esquema del gobierno central en comparación de proveedores de atención ambulatoria con \$4,887 o 10% del esquema del gobierno central (Fundación Plenitud, 2018). También, gasto en atención curativa son \$90,749 o 53% y atención de rehabilitación es \$2,401 o 1,4%. Se trata de un gasto muy bajo en medicina preventiva y podría ser la causa de muchos de los problemas de salud actuales. Próximo, casi todo del gasto en salud es realizada a través de las instituciones nacionales, el MSP y SNS con 97% del gasto, que es casi todo del gasto en salud (Fundación Plenitud, 2021). Para la atención primaria, hay solo tres países en los Américas que gasto más de 30% en salud, son México, Costa Rica, y la RD (41.1%) (WHO, 2022). En general, aunque ha habido un buen crecimiento económico en el país, el gasto en sanidad sigue siendo bajo.

### **Evaluación de las Condiciones y el Desempeño del Sistema de Salud de Republica Dominicana**

En esta sección, compararé indicadores de condiciones y desempeño del sistema de salud en la República Dominicana, cómo está mejorando o empeorando, con el promedio de los países de América Latina y el Caribe (LAC), u otro país similar en LAC. Con el objetivo de comparar estos indicadores con el pasado y el futuro y qué significa esto para el sistema sanitario del país. Para las comparaciones, se han utilizado los promedios de LAC para algunos indicadores, porque es un buen ejemplo de todos los sistemas y países de la región. También fueron utilizados indicadores de Perú y México porque esos países tienen sistemas de salud organizados con base al Modelo el Seguro Popular. Hay dos componentes de las condiciones – calidad y cobertura, y cuatro componentes para el desempeño – eficiencia, eficiencia técnica, eficacia y equidad.

Podemos ver en la [Tabla 1](#) los indicadores utilizados en cada sección, y las comparaciones todos juntos, el panorama general.

**Tabla 1. Los Indicadores de Las Condiciones y El Desempeño en el Sistema de Salud**

Categoría	Componentes	Indicadores	Valor R.D.	Año	Valor	Año	LA = America Latina
Las condiciones	Calidad	1. Satisfacción del paciente	1. 52%	1. 2018	1. 66%	1. 2018	1. Mexico
		2. Demanda satisfecha de planificación familiar, por cualquier método moderno (%)	2. 84%	2. 2024	2. 81,7%	2. 2024	2. Mexico
		3. Causas de muerte mal definida y ignorada (%)	3. 9,1%	3. 2018	3. 1,2%	3. 2018	3. Mexico
	Cobertura	1. Densidad de personal de enfermería (10 000 hab)	1. 20,2	1. 2021	1. 29,9	1. 2021	1. Mexico
		2. Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud	2. 97%	2. 2024	2. 65,3%	2. 2024	2. L.A.
		3. Cobertura de vacunación contra el sarampión	3. 91%	3. 2022	3. 83%	3. 2022	3. L.A.
El desempeño	Eficiencia	1. Gastos del bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud	1. 23,6%	1. 2021	1. 27,2%	1. 2021	1. Peru
		2. Índice de Desempeño	2. 0,91	2. 2020	2. 1,34	2. 2020	2. Peru
		3. Población que gasta > 10% del gasto o ingreso total del hogar en salud (%)	3. 8,2%	3. 2018	3. 2,5%	3. 2018	3. Mexico
	Eficiencia técnica	1. Razón de enfermeras vs. médicos, último año disponible	1. 1,2	1. 2019	1. 0,9	1. 2019	1. Mexico
	Eficacia	1. Esperanza de vida	1. 74,47 años	1. 2021	1. 72,1 años	1. 2021	1. L.A.
2. Tasas de mortalidad general ajustada por edad		2. 7 por 1000 habitantes	2. 2019	2. 5,8 por 1000 habitantes	2. 2019	2. Mexico	
3. Número de muertes maternas (por 100,000 hab.)		3. 127	3. 2020	3. 67	3. 2020	3. L.A.	
Equidad	1. Tasa de mortalidad por SUICIDIO por cada 100 000 habitantes, por sexo	1. 9,5 hombre	1. 2020	1. 1,9	1. 2020	1. Poblacion mujeres	
	2. Poblacion que usa fuentes mejoradas de agua potable (%)	2. 46,9 urbano	2. 2022	2. 34,9	2. 2022	2. Poblacion rurales	
<b>Índice de desempeño:</b> se obtiene de la suma de los índices de resultados de salud y protección financiera							

**Nota:** Adaptado de múltiples fuentes descritas en los párrafos siguientes y en la página de recursos. Organizado por categorías y componentes que se utilizan para evaluar el rendimiento de un sistema sanitario.

### Las condiciones del sistema: Calidad y Cobertura

La calidad en un sistema de salud es la manera o forma en que se entregan los servicios y su efecto en los usuarios, por ejemplo, la opinión de los pacientes a través de encuesta de satisfacción. El porcentaje de cuántas personas están satisfechas con los servicios que reciben en los hospitales públicos. En la RD es 52% (Ministerio de Administración Pública (MAP), 2018) cuando en México el porcentaje de satisfacción fue 66% (Vásquez-Cruz et al., 2018). Con eso, la RD tiene un bajo nivel de satisfacción, pero 87% de los pacientes consideraron que el servicio que

les fue prestado fue mejor mucho mejor que las exceptivas, ahora nos preguntamos por qué cerca del 50% de las personas están insatisfechas? El siguiente indicador de calidad es el porcentaje de causas de muerte definidas e ignoradas. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) afirma que la RD tiene un 9,1% frente a México con un 1,2% (2018). Esto significa que la RD tiene menos capacidad para definir claramente las causas de muerte, lo que podría atribuirse a la debilidad de los sistemas de información o a la falta de investigación (OPS, 2018).

Para cobertura de un sistema de salud, esos indicadores para ¿quién está cubierto? ¿quién puede recibir los servicios? Analizando la densidad de personal de enfermería (10.000 habitantes), la RD (20,2) tiene un poco menos que México (29,9) pero no por mucho (OPS, 2021). En todo del Américas, el número promedio de enfermeras por cada 10 000 habitantes es aproximadamente 63,6 (WHO, 2021), entonces hemos visto que el numero en la RD es bastante bajo. Luego, porcentaje de población afiliada a un seguro de salud. En la RD es mucho más alta que todo del LAC, debido al tipo de seguro en la RD, seguro popular, donde hay fondos y un régimen para las personas no aseguradas. El final indicador de cobertura y las condiciones es el porcentaje de la población con la vacuna contra el sarampión, y eso indicador puede representar el resto de las vacunas en el sistema también. En la RD, 91% de la población tiene cobertura para la vacunación contra el sarampión (OPS, 2022), y en todo del L.A.C, es porcentaje es 83% (OPS, 2024).

En final, la RD tiene un mejor nivel de cobertura que de calidad. Aunque los indicadores de calidad son más bajos, no son necesariamente los peores de la región. Esto muestra que el sistema de seguro popular ha funcionado, y que pueden aspirar a mejorar la calidad y la satisfacción en el futuro.

**Eficacia, Eficiencia, Eficiencia Técnica y Equidad**

La Tabla 1 muestra los indicadores de desempeño también, como se refiere al cumplimiento de los deberes y a la calidad de los servicios.

Primera, la eficiencia, La medida en que el sistema de salud logra los resultados esperados al menor costo posible o el menor daño. Lo que puede lograr con lo que tiene – medidas de costo-efectividad. El primero indicador de eficiencia es gastos del bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud. En la RD, es 23,6% y en Perú, es 27,2% (OPS, 2021). Los ciudadanos de la República Dominicana gastan un poco menos en sanidad, lo que es bueno para la cobertura, pero puede afectar a la calidad de los servicios. Siguiendo, es un Índice de Desempeño, que se encuentra en un artículo de Fundación Plenitud, y se describe se obtiene de la suma de los índices de resultados de salud y protección financiera. Es un buen ejemplo de eficiencia porque es la gran imagen de todo de costos y resultados en un Sistema. En DR es 0,91, y en Perú es 1,34 (Fundación Planitud, 2020). Este índice dice también que los resultados en Perú son más altas que RD, pero la protección financiera es más o menos la misma. En general, el gasto sanitario es un poco elevado en comparación con otros países, tal vez porque hay más gasto de bolsillo en la República Dominicana.

Lo próximo es eficiencia técnica que se ocupa en la medida en que los recursos humanos del sistema de salud tienen los recursos que necesitan – una medida de trabajadores. Sólo hay un indicadora para esto componente, que es Razón de enfermeras vs. médicos, último año disponible. En cuanto a la proporción de enfermeras por médico en la RD (1,2), en comparación con México (0,9), la RD hace un mejor trabajo al contar con suficientes trabajadores y recursos humanos en funcionamiento, para poder tener una atención de calidad (OECD, 2020).

Luego, tenemos eficacia, o la medida en que las acciones del sistema de salud logran el impacto deseado o esperado – es como eficiencia, pero no hay un componente de financiera, solo

que has hecho. Es el impacto, los resultados. Un buen indicador de eficacia es esperanza de vida, que es 74,47 años en RD (ONE, 2021) y 72,1 años en todo del LAC (CEPAL, 2021). La RD tiene un alta número, que es bueno para el país. Luego, Número de muertes maternas (por 100,000 habs.), que es uno de los mayores problemas de todo el sistema sanitario de la RD. Es 127 por 100,000 en la RD, y 67 en todo del LAC. Esto es muy mal, y algunas fuentes dice que los razones por so es retos como la pobreza, las malas condiciones de Vivienda y la falta de servicios de agua y saneamiento (Viscarri, 2024). En comparación con un país con un Sistema similar, México, con 59,1 muertes maternas (por 100,000) (PAHO, 2022), es un buen refleja como alta la tasa es en RD.

La final componente es equidad, o la medida en que los pacientes reciben todos los servicios que necesitan y en la misma calidad, podemos ver índices de financieros, sociales, demográficos, de género y más. Utilizando el porcentaje de población que utiliza agua potable mejorada de la Organización Mundial de la Salud, se observa que existen recursos para mejorar la calidad del agua, pero ¿quién los utiliza o puede utilizarlos? En las áreas urbanas, 46,9% de la población usa las fuentes mejoradas de agua, y en áreas rurales, la tasa es más bajo, a 34,9% (OMS, 2022). Hay muchos problemas con disponer de recursos en las zonas rurales, y este indicador afecta en gran medida a los resultados sanitarios en la RD. Realizar esfuerzos de descentralización en un sistema sanitario ayudará a atajar este problema.

### **Análisis**

Tras mucha investigación y búsqueda, he analizado y aprendido mucho sobre el sistema sanitario de la RD. La RD es un país especial que experimenta una serie de cosas, desde huracanes hasta turismo, y todo lo demás que afecta al sistema sanitario, especialmente la

historia. Para volver sobre el tema, las preguntas de investigación que se investigaron son las siguientes (1) ¿Cuál es la estructura y los componentes del sistema sanitario de la República Dominicana? (2) ¿Cómo ha cambiado o se ha reformado el sistema sanitario de la República Dominicana en el pasado, y ha sido eficaz? (3) ¿Cuál es el proceso de descentralización visto en el sistema de salud de la República Dominicana? y (4) ¿Es el sistema de salud de la República Dominicana efectivo en condiciones y resultados?

En resumen, el sistema sanitario de la República Dominicana puede resumirse como una mezcla de servicios privados y públicos, con el objetivo de tener una cobertura universal para todos. Hay dos entidades principales a nivel nacional que administran el sistema sanitario y existen 2 fondos (régimen contributivo y subsidiado) para atender a los ciudadanos que pueden o no pueden pagar la asistencia sanitaria. Hay servicios y cobertura para los no asegurados, aunque sigue habiendo gente en el país que no está asegurada, lo que deja margen para la mejora.

Tras la mejora económica y la democratización, sobre todo en 2001, se han llevado a cabo numerosas reformas sanitarias en la RD. Ahora existe un sistema de seguridad social más adecuado, un gobierno más descentralizado y una mejor conexión entre las ASFL y el nivel nacional. Tras de muchos de las reformas, se ha impulsado un sistema sanitario más descentralizado. Se ha presionado para que el poder y los servicios sean más prominentes a nivel regional y provincial, para atender las necesidades de poblaciones distintas tanto en zonas rurales como urbanas. Aunque, gran parte del poder, especialmente el poder sobre los fondos, sigue estando en manos a nivel nacional.

En cuanto a los resultados del sistema sanitario, la RD presenta indicadores elevados de cobertura y eficiencia técnica, mientras que las áreas de eficacia y equidad necesitan más atención, especialmente los problemas de salud materno-infantil y bajo gasto sanitario tras un

periodo de crecimiento económico. Es importante tener en cuenta la pandemia tardía, COVID-19. Durante la misma, el sistema sanitario de la RD se vio sometido a tensiones y cargas, pero consiguieron promover un bloqueo temprano y un suministro de vacunas suficiente. A pesar de ello, fue capaz de gestionar bien la pandemia.

### **Conclusión y Recomendaciones**

Terminaré con la conclusión, los planes para el futuro, las ideas y el resumen de las conclusiones y del documento en general. Además, recomendaciones para mejorar el desempeño e impacto del sistema.

Tras el análisis se pueden extraer tres conclusiones principales sobre el sistema sanitario.

(1) En los últimos años ha habido un buen crecimiento económico en la RD, y el sistema sanitario ha ido mejorando, pero muy lentamente. (2) Hay problemas para tener una cobertura universal completa, porque todavía hay personas que no tienen acceso a la atención sanitaria (especialmente en las zonas rurales). (3) Hay muchos problemas con las tasas de mortalidad materna e infantil. Estas conclusiones son una mezcla de puntos fuertes y débiles del sistema, ya que ningún sistema es perfecto y siempre hay margen de mejora, aunque éstos son específicos del RD.

Para combatir estas conclusiones y mirar hacia el futuro, hay algunas recomendaciones de mejora. Esos son para aumento del financiamiento público a través de aumentar el financiamiento obligatorio a través de impuestos o contribuciones y también control del gasto de bolsillo. Próximo, reestructurar y descentralizar las instituciones públicas, mejorando la infraestructura y los recursos tecnológicos, y tener autonomía de gestión. Y finalmente, mejorar la educación de las mujeres, para que puedan cuidar de sus bebés y de sí mismas.

Para garantizar que todos los ciudadanos se beneficien de un sistema más equitativo y eficiente, es esencial que el gobierno invierta en infraestructura, fortalezca la atención primaria y aborde las causas de las disparidades en salud. Hay espacio y oportunidad para un sistema que puede satisfaga las necesidades de su población diversa y especial.

## Fuentes

- Alonso, R.C., Ceara-Hatton, M., Robles, M., Rubio, L. (2007). La desconcentración del sector salud. *Salud y Desarrollo*. (4) pp. 1-205  
[https://dhls.hegoa.ehu.eus/uploads/resources/5157/resource\\_files/salud\\_y\\_desarrollo\\_humano.pdf](https://dhls.hegoa.ehu.eus/uploads/resources/5157/resource_files/salud_y_desarrollo_humano.pdf)
- Asociación Dominicana de Rehabilitación (ADARS). (2024). *La atención primaria en salud (APS)*. Asociación Dominicana de Rehabilitación.  
<https://adars.org.do/la-atencion-primaria-en-salud-aps/>
- BBC News. (2012). *Perfil del país: Estados Unidos*. BBC News.  
[http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/country\\_profiles/1217771.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/country_profiles/1217771.stm)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2022). Informe voluntario nacional: Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.  
<https://crpd.cepal.org/5m/sites/crpd5m/files/informe-voluntario-nacional-consenso-montevideo.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). *Latinoamérica y el Caribe perdieron casi 3 años de esperanza de vida al nacer entre 2019 y 2021*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado de  
<https://www.cepal.org/en/notes/latin-america-and-caribbean-lost-nearly-3-years-life-expectancy-birth-between-2019-and-2021>
- Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). (2024). *Objetivos del Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Consejo Nacional de la Seguridad Social.  
<https://www.cnss.gob.do/index.php/sdss/objetivos>

Dirección General de Impuestos Internos (DGII). (2001). *Ley No. 87-01: Que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social*. Dirección General de Impuestos Internos.

<https://dgii.gov.do/legislacion/leyesTributarias/Documents/Leyes%20de%20Instituciones%20y%20Fondos%20de%20Terceros/87-01.pdf>

Fundación Plenitud. (2020). *Financiamiento del sistema dominicano de salud*. Fundación Plenitud.

<https://fundacionplenitud.org/wpcontent/uploads/2020/04/Financiamiento-del-sistema-dominicano-de-salud.pdf>

JICA. (2018). *Informe sobre el sistema de salud de la República Dominicana* [PDF]. Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA).

<https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/11965332.pdf>

Ley 87-01. (2001). *Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social* [PDF file].

Recuperado de

<https://www.digepres.gob.do/wp-content/uploads/2019/08/Ley-87-01-que-crea-el-Sistema-Nacional-de-Seguridad-Social.pdf>

MEPyD. (2024) *CASFL* [Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo].

<https://mepyd.gob.do/casfl/>

Ministerio de Administración Pública. (2018). *El 52 % de pacientes está satisfecho con servicios recibidos en hospitales públicos y 87 % considera que superan expectativas*. Ministerio de Administración Pública.

<https://map.gob.do/2018/11/01/el-52-de-pacientes-esta-satisfecho-con-servicios-recibidos-en-hospitales-publicos-y-87-considera-superanexpectativas/#:~:text=Ministerio%20de%20Administraci%C3%B3n%20P%C3%ABlica,-Inicio&text=Noticias.El%2052%20%2>

[5%20de%20pacientes%20est%C3%A1%20satisfec  
ho%20con%20servicios%20recibidos%20en,y%2087%25%20considera%20superan%20  
expectativas](#)

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2020). Ficha país: República Dominicana. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.

[https://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/DOMINICANAREPUBLICA\\_FICHA%20PAIS.pdf](https://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/DOMINICANAREPUBLICA_FICHA%20PAIS.pdf)

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2024). *Portal institucional de salud pública de la República Dominicana*. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Recuperado el 17 de noviembre de 2024, de [https://www.msp.gob.do/web/?page\\_id=3028](https://www.msp.gob.do/web/?page_id=3028)

OECD/El Banco Mundial (2020), "Personal médico y de enfermería", in *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0c46f305-es>

Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2023). *Boletín de estadísticas sociodemográficas*. Oficina Nacional de Estadística. Recuperado de <https://www.one.gob.do/media/kjunhx2q/bbolet%C3%ADn-de-estadísticas-sociodemográficas-web.pdf>

Oficina Presidencial de la República Dominicana (OPD), Katherine Then Díaz (2012). *La atención primaria en salud en República Dominicana*. Oficina Presidencial de la República Dominicana. <https://www.opd.org.do/descargas/politicaspUBLICAS/analisis/La%20atencion%20primaria%20en%20salud%20en%20RD.pdf>

OMS (2022). Proporción de la población que utiliza servicios de agua potable gestionados de forma segura (%). Datos. <https://data.who.int/es/indicators/i/5131A52/1548EA3>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Personal de enfermería y partería (por cada 10,000 habitantes)*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population))

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Los niveles mundiales de inmunización infantil se estancan en 2023, lo que deja a muchos sin protección*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/15-7-2024-niveles-mundiales-inmunizacion-infantil-se-estancan-2023-lo-que-deja-muchos-sin>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Perfil de la República Dominicana*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-republica-dominicana#determinants>

Pan American Health Organization [PAHO]. (2010-2024). *Tablero de los indicadores básicos*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#country-profile>

PNUD. (2019). *República Dominicana: Implementando un sistema de protección en salud que no deje a nadie atrás* [PDF]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). [https://mapa.do.undp.org/files/publications/Dominican%20Republic.%20Implementing%](https://mapa.do.undp.org/files/publications/Dominican%20Republic.%20Implementing%20)

[20a%20Health%20Protection%20System%20that%20Leaves%20No%20One%20Behind.pdf](#)

Project HOPE. (2024). *Las madres en la República Dominicana se sienten vistas*. Project HOPE.

Recuperado de

<https://www.projecthope.org/news-stories/story/mothers-in-the-dominican-republic-are-feeling-seen/>

Rathe, M. (2015). *Salud, visión de futuro: 20 años después*. INTEC. Fundación Plenitud.

<https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2021/01/Presentacion-Salud-Vision-de-Futuro.pdf>

(Rathe, M., & Moliné, A. (2011). *Sistema de salud de República Dominicana*. Artículo de

Revisión. <https://scielosp.org/pdf/spm/v53s2/20.pdf>

SENASA. (2024). *¿Quiénes somos?* Seguro Nacional de Salud (SENASA). Recuperado el 8 de diciembre de 2024, de <https://www.arssenasa.gob.do/index.php/quienes-somos/>

UNFPA. (2022). *Encuesta nacional de autopercepción racial y étnica en la República*

*Dominicana*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

[https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/encuesta\\_nacional\\_de\\_autopercepcion\\_racial\\_y\\_etnica\\_en\\_rd\\_100322.pdf](https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/encuesta_nacional_de_autopercepcion_racial_y_etnica_en_rd_100322.pdf)

Vázquez-Cruz, Eduardo et al. (2018) Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. *Revista de Salud Pública*. pp. 254-257.

<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.61652>