

PN-ABE-~~303~~³⁷⁴

64845

HEALTH CARE FINANCING IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
USAID Contract #LAC-0632-C-00-5137-00

Organizacion, Cobertura, Financiamiento y Utilizacion de los
Servicios de Salud del Distrito Nacional por Sectores

Preparado por:

Isis Duarte, Carmen Gómez, Maritza Molina, and Gerard La Forgia

Presentado a:

International Resources Group, Ltd.
100 North Country Road
Setauket, NY 11733 USA
Septiembre, 1988

Asociacion Dominicana Pro-Bienestar de la Familia, Inc.
Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo
(IEPD)

BEST AVAILABLE COPY

ENTIRE DOCUMENT

BEST
AVAILABLE

BEST
AVAILABLE

b) Cobertura

Aunque el IDSS forma parte del sector público de salud, su cobertura y oferta de servicios están mucho más restringidas que los de la SESPAS o los del sector privado. En 1987 el IDSS ~~contaba~~^{protegió} 147,700 cotizantes y 5,800 dependientes [38], en el Distrito Nacional, representando 8.8% de esa población urbana (véase cuadro 11), y 51% del total de asegurados a nivel nacional. Los asegurados del IDSS representaban 23.0% de la población económicamente activa (PEA) ocupada del Distrito Nacional. Sin embargo, si se restan los asegurados "móviles" o temporales, sólo 19.0% de la fuerza laboral activa de esta región podía contar con una protección estable del IDSS. En 1986, el Distrito Nacional contaba con 9,601 patronos, representando 52% del total de los patronos a nivel nacional.

La baja cobertura del IDSS se debe a las leyes vigentes, que restringen la protección del seguro social a unos pocos sectores de la población trabajadora que, además, reciben un régimen limitado de prestaciones. El "Seguro Obligatorio" del IDSS, cubre los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte para los siguientes grupos [39]: 1) obreros del sector privado que prestan servicios a un patrono por una retribución fija, 2) ciertos grupos de trabajadores móviles tales como portuarios, obreros de la construcción, etc., y 3) empleados par-

[38] El número de dependientes se estimó del número de partos y nacimientos vivos en el Hospital de Maternidad del IDSS, restándole a los partos un pronataco representando el número de las madres cotizantes.

[39] La fuente de esta información es "Legislación vigente sobre seguros sociales y accidentes de trabajo", IDSS, 1988, pp. 1-15.

T238

ticulares [40] siempre y cuando su sueldo semanal no exceda de RD\$ 122. Es decir, que en el caso de los "empleados" quedan cubiertos solamente los que devengan menos de este "tope". Aunque la ley del seguro social identifica varios grupos de trabajadores independientes que tendrían derecho a cobertura (tales como trabajadores a domicilio, servidores domésticos, aprendices y personas retribuidas únicamente en especie) en la práctica no se ha extendido la protección a estos grupos (Duarte, 1986:83). Cabe mencionar que el personal que labora en las diversas dependencias de la administración pública están excluidos de los beneficios del seguro social (Secretarías de Estado y otros organismos). Solo los trabajadores que forman parte del área empresarial controlada del Estado están protegidos por el IDSS [41].

En el área de salud, el IDSS ofrece un "paquete" limitado de servicios. Con respecto al denominado "Seguro de Enfermedad" (que forma parte del "Seguro Obligatorio") se ofrecen las siguientes prestaciones al cotizante: atención médica general y especializada (tanto ambulatoria como hospitalaria), hospitalización, medicamentos y odontología [42]. El "Seguro de Enfermedad" no incluye beneficios para cónyuges o depen-

[40] Empleados son "quienes en virtud del mismo contrato y en idénticas circunstancias prestan a un patrón servicios en los que predomina o se supone que predomina el esfuerzo intelectual". (Art. I. par. I de la Ley de 1948).

[41] Según el Art. 4, a/b de la Ley 1896 de 1948 (modificado por la Ley 36 de 1979), "están exceptuados del Seguro Obligatorio los empleados públicos previstos en las leyes sobre Pensiones Civiles; retiro militar y retiro policial, salvo que se trate de empresas de servicios público o de que por Ley especial se acordara incorporarlos". Las principales empresas del sector público cotizantes del IDSS son: la Corporación de Empresas Estatales (CORDE), el Consejo Estatal del Azúcar (CEA) y la Corporación Dominicana de Electricidad (CDE).

[42] El servicio de odontología no incluye prótesis.

BEST
AVAILABLE

BEST
AVAILABLE

asegurados cuyas enfermedades sean de poca duración (10 días máximo), es decir, susceptibles de tratamientos ambulatorios. La dotación de personal y oferta de servicios en los consultorios no siguen un patrón establecido o consistente. Menos de la mitad (7) de los consultorios tiene médicos generales, tres tienen médicos pasantes [32], y en el resto (5) auxiliares de enfermería o practicantes de enfermería brindan servicios de curaciones (primeros auxilios), inyecciones y distribución de medicamentos. Dos consultorios ofrecían servicios de odontología y sólo en un consultorio (de la Oficina Central del IDSS) hay atención especializada estable. Ninguno tiene servicios de laboratorio. El almacén central del IDSS suministra a cada consultorio un surtido muy limitado de medicamentos, cuyo valor promedio en 1986 era de RD\$1,500 (US\$ 520) por consultorio. Médicos y odontólogos laboran una jornada de cuatro horas y el resto del personal tiene que estar presente de 7:00 AM a 2:00 PM.

Las policlínicas ofrecen servicios de consulta externa más complejos que los consultorios. Según el IDSS, la policlínica es una instalación de prestaciones médicas "semi-especializadas" ubicada en una población de alta densidad obrera, facilitándose por esa vía los primeros servicios que se necesitan para el mantenimiento de un buen nivel de salud. Con la excepción de la Policlínica para Accidentes de Trabajo, las policlínicas restantes (8), ubicadas en Santo Domingo, ofrecen servicios de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y odontología. Además, la mayoría prestan servicios de dermatología, medicina interna y psiquiatría (Véase cuadro 10). Según datos de 1987, dos policlínicas del Distrito Nacional

[32] Recién graduados en su primer año de internado.

tienen camas [33], sin embargo, no se registraron egresos hospitalarios para ese año [34].

En término promedio cada policlínica cuenta con 16 médicos generales, 8 especialistas [35], 4 odontólogos, 1 enfermera graduada, y 10 auxiliares de enfermería. Los médicos laborando en las policlínicas representan 32% del total de médicos contratados por el IDSS en el Distrito Nacional. Por la alta concentración de médicos generales (81% del total del Distrito Nacional de esta categoría de médico), las policlínicas ofrecen, sobre todo, este tipo de servicio. Sin embargo, los especialistas representan casi una tercera parte del personal médico en las policlínicas, resultando en una amplia dotación de este recurso médico a este nivel. Cada policlínica tiene servicios de farmacia y laboratorio. No existen programas de servicios preventivos (prenatal, crecimiento y desarrollo, vacunación, pap., chequeo anual, etc.). Estos servicios se ofrecen sólo a petición del usuario [36]. La mayoría de las policlínicas llevan doble jornada (8-11 AM, 2-5 PM) [37]. Al igual que en los consultorios, por lo general, los médicos están contratados por sólo una jornada y el resto del personal por doble jornada (8 horas).

[33]Se trata de la policlínica de Boca Chica, que tiene 7 camas, y la de la "Zona E", que tiene 12. El IDSS no define las policlínicas con camas como hospitales.

[34]Aunque se registraron 211 egresos en 1986.

[35]Excluyendo la Policlínica para Accidentes del Trabajo que sólo cuenta con médicos generales.

[36]El sobreénfasis en medicina curativa y la falta de programas en medicina preventiva han sido observados en los institutos de Seguro Social a través de las Américas (Roemer, 1969, Roemer y Kessler, 1972, Ugalde, 1985).

[37]Hay algunos médicos contratados de 11:00 AM. a 1:00 PM. para que haya servicio continuo.

1.2 Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)

a) Organización de servicios y recursos

Los servicios médicos del IDSS en Santo Domingo están organizados en una red que abarca tres tipos de instalaciones: hospitales, policlínicas y consultorios. Aunque los dos hospitales están localizados en el centro de la ciudad capital, las nuevas policlínicas y quince consultorios están en varios sectores del Distrito Nacional y, en el caso de unos cuantos consultorios, en algunas fábricas importantes y zonas industriales [29]. El Distrito Nacional concentra el 40% de las camas, 41% de la policlínicas y 14% de los consultorios del IDSS a nivel nacional. Cabe mencionar que el 51% de los asegurados cotizantes de esta institución residen en el Distrito Nacional.

El IDSS mantiene dos hospitales en Santo Domingo. El Hospital de Maternidad, dotado de 105 camas, ofrece servicios de gineco-obstetricia (incluyendo cirugía) y pediatría, tanto para hospitalización como para la consulta externa (véase cuadro 10). Este hospital presta servicios completos de laboratorio, farmacia y radiografía. Es el centro de referencia para pacientes de gineco-obstetricia especialmente de mujeres

[29] El IDSS carece de definiciones formales con respecto a los niveles de operación de sus instalaciones. Para fines de este estudio clasificamos estos establecimientos según las actividades realizadas y servicios ofrecidos (Hogart, 1978). Se clasificaron los dos hospitales en el tercer nivel por ser centros nacionales de referimientos y, en el caso de uno, por ofrecer una gama completa de servicios especializados. Los consultorios y policlínicas se clasificaron en el primer nivel por ofrecer una gama limitada de servicios y solamente de carácter ambulatorio.

embarazadas de alto riesgo. El Hospital Salvador B. Gautier es el otro hospital del tercer nivel del IDSS en el Distrito Nacional. Presta atención de medicina interna, cirugía, cardiología, ortopedia y otras varias subespecialidades. Está dotado de 439 camas, de las cuales el 53% estén clasificadas de medicina interna [30]. Aunque muchas policlínicas prestan servicios en varias especialidades, la mayor parte de la atención especializada de consulta externa está concentrada en el Hospital Gautier. Sumando los recursos humanos de estos dos hospitales, se observa que hay poca diferencia entre el número de médicos (434) y de enfermeras y auxiliares (433), lo que indica una posible sobre-oferta de los primeros y baja oferta de las últimas. En cambio la SESPAS registra 2.6 enfermeras y auxiliares por cada médico en sus hospitales localizados en el Distrito Nacional. Aunque se considera que una tasa de 2.3 enfermeras/médico es óptimo (Fendall, 1972:305), en varios países de América Latina se han observado más médicos que enfermeras y auxiliares [31].

Las **policlínicas** y **consultorios** son instalaciones del primer nivel (véase cuadro 10); sin embargo, se diferencian de un modo significativo en cuanto a recursos y servicios prestados. Según los reglamentos del IDSS, el **consultorio** funciona como una instalación de atención primaria, ya que brinda las atenciones médicas y paramédicas a todos los

[30] Puesto que el IDSS no tiene un hospital general en Santo Domingo, en la práctica estas camas incluyen las de medicina general.

[31] Tomado el conjunto de los establecimientos del IDSS en el Distrito Nacional (véase cuadro 10), en 1987 había 84 enfermeras y auxiliares por 100 médicos (descartando los pasantes e internos). Esta tasa contrasta con la que se registró en América Latina para el año 1984 que fue de 139 enfermeras por cada 100 médicos (OPS, 1986: cuadros 3-16).

Ugalde, 1983; Duval, 1987; OPS, 1986), factores que podrían explicar que casi la mitad de todas las consultas ofrecidas en los hospitales fueron de emergencia. Pero cabe señalar que la atención de casos de consulta externa a través de las salas de emergencia no es una situación exclusiva de nuestro país (Roemer, 1980:335).

En su conjunto los subcentros y las clínicas rurales y urbanas producen menos del 30% de las consultas ambulatorias en el Distrito Nacional [27]. Puesto que estos establecimientos son la puerta de entrada al sistema de la SESPAS, y en el caso de los subcentros y clínicas urbanas, están ubicadas en áreas de alta densidad poblacional, se esperaba más utilización ambulatoria. La baja producción puede responder a la baja demanda por parte de la población usuaria que a su vez responde a varios factores involucrados en la oferta. Estos factores incluyen: falta de personal para-médico, insuficiencia de instrumentos básicos de diagnóstico (estetoscopios, tensiómetros, balanzas, etc.), horario limitado de atención médica, falta de medicamentos, congestión por falta de consultorios, y cumplimiento irregular del horario médico (Ulloa, 1985 a y b; Hevia Rivas, 1985; Silver, 1987; Ugalde, 1983; la SESPAS y Colbs., 1985). Puesto que la mayoría de estos estudios se efectuaron antes de 1986, nuevas informaciones se requerirán para ponderar si en la actualidad tal situación persiste o ha sido modificada.

Por último, merece ser mencionado que algunas observaciones directas e informaciones periodísticas indican que en la actualidad se han

[27] En comparación los establecimientos de consulta externa del IDSS (policlínicas y consultorios) producen más del 70% de las consultas ambulatorias del IDSS en el Distrito Nacional.

verificado acciones tendentes a mejorar la situación de los establecimientos de la SESPAS, tales como aumento en el suministro de medicamentos, creación de plazas médicas, remodelación de hospitales, etc. [28]. Por ejemplo, en 1985 se reportó que en la SESPAS el 90% de las incubadoras, 75% de los equipos de rayos X, 75% de los equipos de laboratorios, y 50% de los autoclaves estaban fuera de servicio (SESPAS/OPS, 1985). Para 1988 entrevistas con funcionarios de la SESPAS y reportes de prensa indican que tal situación ha mejorado considerablemente. Sin embargo, todavía no dispone de estudios que sirvan de base para justipreciar si se ha producido alguna mejoría en el funcionamiento médico-administrativo de los establecimientos de la SESPAS.

[28] Ver "Listín Diario", 15 y 17 de agosto, 1988.

un nivel superior, y luego, en caso de necesidad, debe ser contraferido. En la práctica, "la integridad o unidad sistemática de los distintos niveles no es todo lo ágil que sería de desear" y "además no existe como norma el sistema contra referencias" (SESPAS, 1985:38).

En total, los gastos destinados a los servicios del Distrito Nacional representaron en 1987 un 18.0% de los gastos correspondientes a nivel nacional, cifra inferior al peso relativo de la población del país concentrada en esta área (27%).

La principal fuente de financiamiento de los establecimientos de la SESPAS en el Distrito Nacional es el aporte del Estado, a través de asignaciones presupuestarias y de entrega de medicamentos. En 1987 se dedicó el 90% del total de los gastos del Distrito Nacional a los establecimientos del tercer nivel, y de este monto (19.3 millones) la mayor parte se destinó a cinco hospitales. Esta situación se debe, en parte, a que estos hospitales son centros de referimientos al nivel nacional. Sin embargo, se destinó sólo RD\$1.7 millones (6% del total para el Distrito Nacional) a la operación de los cinco hospitales "de área" y los seis subcentros. No se puede determinar con más exactitud este aparente subfinanciamiento de los hospitales de área y los seis subcentros sin un estudio de los costos en tales establecimientos.

Cabe destacar que la SESPAS ha logrado limitar sus gastos en salarios a la mitad del total de los gastos corrientes, hecho positivo en comparación con ministerios de salud de otros países, y que es mucho menor que el porcentaje gastado en ese renglón por el IDSS (más de 70%).

Para cubrir su deficit presupuestario y a pesar de la falta de una politica definida por la SESPAS, unos hospitales siguen cobrando "cuotas de recuperaci6n" a los usuarios. Los tipos de servicios que requieren pagos y el precio por servicios varia entre los hospitales.

Los indicadores de utilizaci6n de los servicios hospitalarios, en promedio, se comparan favorablemente con los par6metros m6nimos aceptables segun las recomendaciones internacionales (OPS, 1981:23). Pero si se analizan por separado, algunos establecimientos muestran indicadores de ineficiencia, como por ejemplo, los hospitales generales, con un giro de camas de 16.6 y un promedio de dias de estancia de 17.9. Esta podria estar reflejando una naturaleza severa o cr6nica de los casos tratados y/o un inadecuado funcionamiento de normas m6dico-administrativas. Varios estudios han demostrado fallos en el control m6dico-administrativo que podrian resultar en ineficiencias, tales como mantenimiento innecesario de pacientes, incumplimiento de los horarios de trabajo, cambios de tratamientos, falta de reglamentos internos, bajo rendimiento del personal, entre otros (G6mez Ulloa, 1985 a y b; OPS, 1984; Silver, 1987; OPS, 1987; SESPAS, 1984). Por otro lado, los hospitales maternas y el pedi6trico demuestran indicadores eficientes de utilizaci6n y en el caso del pedi6trico, se ha observado tanto una buena calidad de atenci6n m6dica como un buen control m6dico-administrativo (G6mez Ulloa, 1985 a y b).

Respecto al servicio ambulatorio, se destaca que las dos terceras partes de todas las consultas registradas por la SESPAS en el Distrito Nacional se ofrecen en los hospitales. Algunos estudios reportan desorganizaci6n en el servicio ambulatorio y horarios inadecuados (Ulloa, 1985 a;

planificación familiar (2,292), a pesar de que las clínicas rurales son consideradas por la SESPAS como el principal canal del Programa Nacional de Planificación Familiar.

El rendimiento de los médicos en el servicio ambulatorio es muy reducido, estimándose en dos consultas por hora [25]. De ahí que uno de los principales objetivos de la SESPAS, según su presupuesto de 1988, es elevar dicho rendimiento a cinco consultas por hora. De hecho, combinando los datos del cuadro 2 con los del cuadro 9, y asumiendo un mínimo de 200 días laborables al año y cuatro horas de trabajo por día, se calcula que en los subcentros los médicos dan dos consultas por hora contratada.

g) Resumen analítico

La SESPAS constituye un subsector abierto a cualquier demandante de servicios de salud, por lo cual su cobertura es muy amplia y difícil de definir. La política oficial establece que la SESPAS es responsable de atender a alrededor de 80% de la población, pero otras estimaciones se atribuyen una cobertura menor.

La red de establecimientos de la SESPAS en el Distrito Nacional está compuesta, principalmente, por cinco hospitales especializados del tercer nivel, otros cinco hospitales de "área" y seis subcentros clasificados en el segundo nivel, y veintiocho "clínicas" del nivel primario. Esta clasificación en niveles es la estructura formal de los

[25] Según la Memoria Anual de la SESPAS correspondiente a 1986.

establecimientos de la SESPAS basada en la complejidad de los servicios y su capacidad de resolución de problemas de salud. Sin embargo, hay establecimientos que deben ser reclasificados en un nivel inferior al asignado, como por ejemplo los subcentros (Hevia Rivas, 1985:9).

Los servicios ambulatorios especializados y de internamiento están concentrados en los hospitales, al igual que los medios diagnósticos. También se concentran aquí la mayoría de los recursos humanos disponibles en el Distrito Nacional: 70% de los médicos y 88% del personal de enfermería.

Los subcentros y las clínicas rurales/urbanas, establecimientos del primer nivel, ofrecen básicamente consultas externas atendidas por médicos generales y pasantes, respectivamente [26]. En 1985 se reportó que en estos establecimientos la mayoría de las consultas ambulatorias son curativas y por demanda espontánea (Hevia Rivas, 1985, OPS, 1985). No se pudo obtener datos sobre otros tipos de consultas, tales como prenatales o de crecimiento y desarrollo.

Varios estudios han demostrado fallos en el sistema de referimiento de pacientes y la necesidad de coordinar y jerarquizar los niveles de complejidad (Gómez Ulloa, 1983a; Hevia Rivas, 1983; SESPAS, 1984; SESPAS, 1985; Silver, 1987; OPS, 1986). Los establecimientos del nivel primario (sub-centros, clínicas rurales y urbanas) deben constituir la puerta de acceso al sistema y, dependiendo del grado de complejidad de la patología, el paciente debe ser referido o no a establecimientos de

[26] Sólo uno de los subcentros tiene servicios de internamiento, pero apenas dispone de cinco camas subutilizadas.

En contraste, los hospitales generales tienen un elevado promedio de días-estancia (17.9) y un bajo giro de camas (16.6), que son indicadores de baja eficiencia. Su alta ocupación (77%) podría deberse a la presencia de muchos casos severos o crónicos o al mantenimiento innecesario de pacientes internos, como ha sido observado en un estudio de la OPS (Gómez Ulloa, 1985 a:29).

Los indicadores del hospital psiquiátrico, del antituberculoso y del de traumatología/ortopedia, se corresponden con lo esperado dada la naturaleza especial de los servicios que ofrecen. Respecto a los indicadores del subcentro con camas, el comentario obligado es que revela una elevada subutilización del servicio de hospitalización (11% ocupación).

Con relación al servicio ambulatorio, el cuadro 9 muestra que el 65% de las consultas (incluyendo emergencias) fueron ofrecidas por establecimientos hospitalarios. Se intuye que esta elevada concentración de las consultas en este tipo de establecimiento se debe a que una parte importante de éstas son especializadas [24] y a la baja demanda por parte de la población en los niveles secundario y primario. De hecho, la utilización de los servicios de los subcentros puede considerarse baja, si se toma en cuenta su estratégica posición en áreas de muy alta densidad poblacional. Su producción reportada en 1986 fue de 197,243 consultas externas (24.2% del total), 17,289 emergencias (4.7 %) y 47,043 exámenes de laboratorio (6.2 %).

[24]El desglose de las consultas por especialidad no está disponible.

Otro hecho relevante es el elevado número de emergencias con relación a la consulta externa en los establecimientos hospitalarios del Distrito Nacional. En efecto, casi la mitad de las consultas son por emergencia, hecho que ha sido atribuido tanto al reducido horario de la consulta externa como al descontrol del horario médico y el restringido acceso a la consulta externa mediante la entrega de un número limitado de fichas (cupos) (Gómez Ulloa, 1985:30). Se podría deducir, entonces, que una proporción indeterminada de casos tratados como emergencias corresponden a patologías que pueden ser atendidas en la consulta externa. La producción de exámenes de laboratorios también se concentra en los hospitales, ya que el 92% de los 646,960 reportados se realizan en dichos establecimientos.

Respecto a las clínicas urbanas, se destaca su heterogénea capacidad operativa, pues el rango de variación de la producción de servicios es sumamente amplio, además de que no todas ofrecen los mismos tipos de servicios. Por ejemplo, la clínica Villa Consuelo realizó en 1986 sólo 2,585 consultas, mientras la clínica Yolanda Guzmán realizó 17,091. Ambas están en lugares de alta densidad demográfica. Asimismo, el servicio de laboratorio funciona sólo en algunas clínicas, y el 90% de los exámenes reportados fueron realizados por sólo dos clínicas.

Las consultas de mayor frecuencia en las clínicas urbanas son las pediátricas, con 37,313 (40.5% del total), seguidas de las de medicina general (24,311 igual a 26.4%). En cambio, en las clínicas rurales este orden se invierte. Predominan las consultas en medicina general, las cuales totalizaron 25,659, o sea, un 55%, seguidas de las pediátricas (14,712, igual a 32%). La frecuencia menor de consulta se registró en

El cuadro 5 presenta el rango de los pagos por servicios de laboratorio, rayos X, electrocardiograma y consulta médica [21]. La variación en el cobro de los servicios de laboratorio y de rayos X se debe a la existencia o ausencia de ciertos equipos costosos para hacer exámenes complejos. Aunque no se cobra por el servicio de internamiento, los hospitales cobran por sangre si un paciente no puede suplir un donador (RD\$ 35 por una pinta en el Hospital Dario Contreras) y otros servicios especiales requeridos por los pacientes internos. El cuadro 6 (columna 6) indica que los ingresos provenientes de los pagos directos de los usuarios contribuyen a paliar el déficit presupuestario de los hospitales del Distrito Nacional. Con respecto a los cinco hospitales de Santo Domingo investigados en el estudio citado (Lewis, 1987), los ingresos provenientes de los pagos directos de usuarios representan entre el 3 y el 19% del presupuesto corriente (excluyendo gastos de personal) y en el caso de tres hospitales endeudados estos pagos representan entre el 14 y el 55% de tales deudas. Estos ingresos se destinan, principalmente, a compra de reactivos, placas, alimentos, instrumentos médicos, medicamentos y otros materiales esenciales subfinanciados por la SESPAS.

Por último, cabe mencionar que los usuarios de los hospitales tienen que efectuar, en determinadas circunstancias, pagos ilegales para la compra de las fichas de consulta externa y de los cupos de hospitalización [22]. Por la naturaleza misma de estos cobros es muy difícil estimar los

[21] Lewis, Maureen, "Estudio de los cargos de hospital en la República Dominicana", 1987.

[22] Gómez Ulloa, Mario. "Informe de consultoría a corto plazo", OPS, 1985 b. p.7.

ingresos provenientes de ellos. Además, no hay pruebas de que ésta sea una práctica permanente o regular de todos los establecimientos de la SESPAS.

d) Utilización de los servicios

El cuadro 7 muestra los indicadores de utilización de los servicios de hospitalización, separados a conveniencia del análisis comparativo según tipo de establecimiento. De los 62,523 egresos producidos por todos los hospitales, casi la mitad son partos (49%) y, por lo tanto, 62% de todos los egresos se generan en los hospitales maternos [23]. El promedio de días-estancia en dichos hospitales (2.5) es menor al recomendado internacionalmente para un hospital maternal, que es de 3 días (OPS, 1981:19). Este hecho, junto con el elevado giro de camas (88.1) indican que estos hospitales tienen un funcionamiento relativamente eficiente. Su porcentaje de ocupación de camas (62%) no alcanza la meta recomendada de 70, pero tampoco se diferencia del promedio correspondiente a los hospitales de corta estancia en América Latina (OPS, 1981). El servicio de hospitalización en pediatría, concentrado en el Hospital Infantil Robert Read Cabral muestra, a través de un 73% de ocupación y un giro de camas de 28.5, una elevada utilización de éstas. Su promedio de días estancia (9.3) no difiere significativamente del mínimo aceptable, que es de ocho días (OPS, 1981:23). En síntesis, y dentro del contexto regional, los indicadores muestran que los hospitales maternos e infantil operan con cierta eficiencia.

[23] 55% del total de egresos son gineco-obstétricos (ver cuadro 8).

ocupados por personas que laboran en el Distrito Nacional.

Los establecimientos del tercer nivel absorben el 90% de todo el presupuesto ejecutado en el Distrito Nacional (ver cuadro 4). En contraste, los establecimientos clasificados en el nivel secundario y primario reciben menos del 10%, y la exigua suma restante se destina a los "servicios intermedios de coordinación, supervisión y control". En la distribución de los gastos por objeto, los rubros principales son: servicios personales (salarios), con 11.9 millones, y materiales y suministro, con 8.6 millones (incluyendo medicamentos), cifras que representan, respectivamente, 54.0 y 39.0% del total. Este porcentaje gastado por la SESPAS en salarios cae en el rango típico observado en ministerios de salud en países del Tercer Mundo, el cual oscila entre 49 y 59% de los gastos corrientes totales. (Robertson, 1985).

El incremento absoluto entre el presupuesto ejecutado de 1986 y el de 1987 en los establecimientos de la SESPAS del Distrito Nacional fue de apenas dos millones de RD\$; obviamente de escasa significación, debido a la elevada inflación, la cual se estimó en dicho periodo en 26.1% [19].

Como se planteó anteriormente, la SESPAS recibe financiamiento adicional al margen del presupuesto de operación a través de fondos especiales del Gobierno Central para el suministro de medicamentos. En el año 1987, se estima que se gastaron por este concepto alrededor de 8 millones de

[19] Ver estimación de la Fundación Economía y Desarrollo, en "Listín Diario", 27 de agosto, 1986.

[20] La información estadística obtenida directamente en el organismo encargado, Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), está

pesos [20]. De este monto, casi el 92% se destinó a abastecer a los hospitales del tercer nivel y el 7.2 % a los hospitales de "área" y a los subcentros. La SESPAS también otorga subvenciones a instituciones privadas sin fines de lucro, tales como la Asociación Dominicana de Rehabilitación, asilos, etc. Estas transferencias alcanzaron un monto estimado de RD\$1.4 millones en el 1987.

Las "cuotas de recuperación" son cobros muy reducidos que se han implementado en varios hospitales de la SESPAS por los servicios de consulta externa y algunos otros relacionados con la hospitalización. No hay una política de precios general que rija esta práctica sino que cada establecimiento crea sus propias tarifas. Un porcentaje variable y no determinado de los usuarios es exonerado parcial o totalmente de estos pagos tras ser evaluada su condición socioeconómica por trabajadores sociales del establecimiento. Desde 1987, la política promovida por el gobierno es que no se debe proceder a realizar tales cobros; sin embargo, esta práctica continúa en varios hospitales.

incompleta, por lo que se tuvieron que hacer estimaciones para los meses y/o establecimientos sin datos.

b) Cobertura

Como se explicó anteriormente, la SESPAS constituye un subsector abierto a cualquier demanda de servicios de salud, por lo que es difícil establecer con certeza un denominador poblacional para estimar su cobertura real, entendida como el volumen de usuarios de los servicios de salud de dicha institución. La política oficial de salud vigente hasta 1986 [15], establecía que, a nivel nacional, "...a SESPAS legalmente le corresponde prestar servicios a la totalidad de la población dominicana, sin embargo, estimaciones basadas en la distribución de los servicios indican una cobertura de acceso entre un 70-80% del total". En un documento oficial anterior [16], se consigna que para la totalidad del país la SESPAS tiene una "responsabilidad estimada de 83% de la población". Mientras, por otro lado, la cobertura real a nivel nacional ha sido estimada en un 40% de la población (Défilló, 1983; USAID, 1985). Cabe señalar que la Encuesta de Demanda de Servicios de Salud realizada en el Distrito Nacional en el 1987 (IEPD-IRG, 1987) reportó que el 77% de la población del Distrito Nacional no está afiliada a ningún sistema cerrado de salud (IDSS, ISSFAPOL, seguros privados) y se estimó que el 55% de esta población está cubierto por la SESPAS y los servicios privados de pago directo [17].

[15] SESPAS, "Política de Salud del Gobierno de Concentración Nacional, 1983-1986", Santo Domingo, 1983. p.24.

[16] SESPAS, "Cuatro años de gobierno (1978-82)", Santo Domingo, 1982. p.21.

[17] Los datos preliminares disponibles al momento de redactar este estudio no permiten desagregar esta cobertura entre la SESPAS y el Sector Privado de pago directo. El estimado se basa en el número de personas no aseguradas por el IDSS, ISSFAPOL o Seguros Privados que consultan con un médico por lo menos una vez durante las dos semanas anteriores a la aplicación de la encuesta.

c) Financiamiento y gastos

Los establecimientos de salud de la SESPAS en el Distrito Nacional se financian, principalmente, a través de los aportes del Gobierno Central, ya que -como se observa en la muestra presentada en el cuadro 3- los pagos de los usuarios y las donaciones y préstamos internacionales representan una proporción baja (entre 2 y 16%) de los fondos operativos.

Los aportes del Gobierno Central se canalizan a través de asignaciones presupuestarias variables, pero no son ajustadas periódicamente al ritmo de la inflación [18]. En consecuencia, los establecimientos se ven afectados regularmente por serios déficits financieros que son paliados de manera muy parcial a través del cobro de las "cuotas de recuperación" a sus usuarios. Adicionalmente, el Gobierno Central financia la compra de medicamentos a través del Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), cuyos fondos vienen directamente de la Presidencia.

Hasta 1985, los gastos de la SESPAS no se contabilizaban de manera regionalizada. En 1987, el presupuesto corriente ejecutado en los establecimientos de la SESPAS del Distrito Nacional, según reportes oficiales, ascendió a RD\$21.1 millones (ver cuadro 4). Se intuye que esta cifra podría estar subestimada, probablemente debido a la inexperiencia en la regionalización de los gastos y al hecho, de conocimiento común, de que existen nombramientos en el interior del país

[18] La Asociación Médica Dominicana mantiene que desde 1983 no se han aumentado las subvenciones en término reales ("Listín Diario", 29/7/88).

enfermería y 27 odontólogos. Estos diferentes tipos de personal constituyen la mayoría de los recursos humanos contratados por la SESPAS en el Distrito Nacional, llegando a representar, en el caso de las enfermeras, un 90% del total en esta región. Tradicionalmente el horario de trabajo de los médicos para consulta externa ha sido de cuatro horas diarias matutinas. Según declaraciones de funcionarios de la SESPAS, a partir de 1986 se comenzó a implementar un horario de ocho horas, que es la jornada laboral del resto del personal.

Los **subcentros** son establecimientos clasificados en la estructura formal de la SESPAS como pertenecientes al **segundo nivel** de atención, pero sus características reales corresponden más al **primer nivel**, como se explicó anteriormente (Hevia Rivas, 1985). Proveen básicamente servicios en consulta ambulatoria materno-infantil, ofrecidas regularmente por médicos generales, ya que no siempre disponen de gineco-obstetras o pediatras. En el Distrito Nacional, sólo uno de los seis subcentros realiza partos, porque los restantes no tienen servicios de hospitalización. Este único subcentro con recurso de internamiento sólo dispone de cinco camas [12]. También, los subcentros realizan actividades de planificación familiar, epidemiología, saneamiento ambiental y salud oral. Están ubicados en barrios de alta densidad demográfica [13] y son atendidos por médicos generales, personal paramédico y odontólogos, que laboran en horario matutino y vespertino. En conjunto

[12] En contraste, en el resto del país, todos los subcentros ofrecen servicios de hospitalización y, por lo tanto, se clasifican en el **segundo nivel**.

[13] Pero como no existe una asignación de población a cada establecimiento, la cobertura no se puede estimar por falta de los denominadores apropiados (ver Hevia Rivas, ob. cit. p.11)

disponen de 115 médicos generales (24% del total del Distrito Nacional), 8 enfermeras (0.04%), 66 auxiliares de enfermería (0.04%) y 12 odontólogos (27%).

Las 28 clínicas rurales y urbanas del Distrito, a pesar de la diferente denominación, tienen muchas características comunes. Son establecimientos de atención primaria atendidos por uno o dos médicos pasantes y una auxiliar de enfermería, quienes laboran 8 horas para consulta programada y, en algunos, 16 horas para emergencias. Están localizadas en barrios de menor densidad demográfica que los atendidos por los subcentros, pero al igual que en el caso de los subcentros su cobertura no se puede estimar por falta de denominadores apropiados [14].

Las clínicas urbanas ofrecen principalmente consultas materno-infantiles. Realizan cirugías menores, hidratación oral, curaciones y administran inyecciones. Algunos de estos establecimientos ofrecen servicios básicos de laboratorio. La principal diferencia entre las clínicas urbanas y las rurales es que estas últimas están ubicadas en las zonas más alejadas del área metropolitana y el principal servicio que proveen es la consulta externa en medicina general, seguida de la consulta materno-infantil. Al igual que las urbanas, también realizan curaciones, hidratación oral y se administran inyecciones. Tanto en las clínicas urbanas como en las rurales, los médicos ofrecen las consultas y las auxiliares de enfermería administran inyecciones y asisten a éstos en la realización de su labor.

[14] Según Gomez Ulloa (1985 a), las clínicas rurales sirven a poblaciones de aproximadamente 3,500 personas; mientras que las clínicas urbanas están ubicadas en barrios de 400,000 habitantes.

1. EL SECTOR PUBLICO DE SALUD

1.1 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

a) Organización de servicios y recursos

La red de establecimientos de la SESPAS en el Distrito Nacional está compuesta por 51 instalaciones muy heterogéneas en términos de su capacidad operativa y de resolución de problemas de salud: 10 hospitales, 6 subcentros, 28 clínicas urbanas y rurales, 4 institutos de recuperación nutricional, 2 dispensarios antituberculosos y un subcentro sanitario para atención materno-infantil. En la estructura formal de la SESPAS, todos estos establecimientos están clasificados en tres niveles de complejidad, pero como se mostrará más adelante, hay establecimientos que por su capacidad de resolución real deben ubicarse en un nivel de complejidad inferior al asignado.

En el nivel **terciario** se agrupan cinco hospitales, dos dispensarios antituberculosos y cuatro institutos de recuperación nutricional (Ver cuadro 2). En el nivel **secundario** están clasificados cinco hospitales de área y seis subcentros. Sin embargo, en la práctica, y para fines de este estudio, hemos considerado que todos los subcentros deben clasificarse en el primer nivel [9]. En el nivel **primario** se encuentran catorce clínicas rurales, catorce clínicas urbanas y un centro sanitario para la atención ambulatoria materno-infantil. Vale destacar que entre establecimientos con igual denominación existe una heterogeneidad relativamente elevada en términos de la cantidad y calidad de los recur-

[9] Para esta clasificación nos apoyamos en los criterios elaborados por: Hevia Rivas, Patricio, "Informe final sobre la asesoría en salud materno-infantil", OPS, 1985.

Los recursos físicos y humanos disponibles en cada establecimiento. Es muy importante tomar en cuenta este hecho al analizar las características de los establecimientos de la SESPAS para evitar generalizaciones y conclusiones erróneas.

Los 5 hospitales del nivel **terciario** son: el Hospital Antituberculoso Santo Socorro, el Hospital Infantil Robert Read Cabral, el Hospital de Ortopedia y Traumatología Darío Contreras, el Hospital Siquiátrico Padre Billini y el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Estos establecimientos reciben referimientos de todo el país y algunos se utilizan como centros docentes. Los restantes cinco hospitales, clasificados como "de área", son el Hospital Rodolfo de la Cruz Lora, el Hospital Francisco E. Moscoso Puello, el Hospital Luis E. Aybar, el Hospital Padre Billini (todos clasifican como hospitales **generales**) y el Hospital Materno-Infantil San Lorenzo de los Minas. Estos cinco establecimientos se ubican en el **segundo nivel** de atención.

Tanto los hospitales del segundo como los del tercer nivel disponen de servicios de internamiento, consulta externa [10] y de facilidades diagnósticas de distinta complejidad. En conjunto, los hospitales de la SESPAS en el Distrito Nacional disponen de 1,895 camas y predominan los que tienen entre 180 y 260 camas. Como se muestra en el cuadro 2, cuentan con 559 médicos, de los cuales hay 315 especialistas [11] en 37 especialidades diferentes; 170 enfermeras, 1,291 auxiliares de

[10] La excepción es el hospital antituberculoso, el cual no ofrece consulta externa.

[11] Representan el 46% de todos los especialistas al servicio de la SESPAS en todo el país.

expresamente para este estudio. Siempre que los datos estaban disponibles, se escogió el año de 1987. Por inexistencia de información, en varios casos se optó por utilizar datos de años anteriores [7]. Se realizó un gran esfuerzo a nivel de la redacción y del diseño de las tablas a fin de lograr una uniformidad en el análisis comparativo según subsectores. No obstante, peculiaridades derivadas de la composición, organización, población usuaria, e incluso objetivos de los diferentes subsectores, exigieron, en determinados aspectos, un tratamiento específico. Al final de cada sección del texto se ofrece un resumen analítico.

Por último, es conveniente anotar que este estudio incorporó dentro del análisis algunas informaciones cualitativas, obtenidas a través de la observación directa de los investigadores, de entrevistas con personas claves y de la revisión de documentos elaborados por organismos internacionales (principalmente por la Organización Panamericana de la Salud -OPS- y la Agencia Internacional para el Desarrollo -AID-). Estos datos cualitativos se consideraron muy útiles, ya que permiten conocer ciertas características, situaciones y procedimientos que -en el contexto de este estudio- no se podrían cuantificar o sobre las cuales no se dispone

[7] Para determinados subsectores, no se logró obtener información que permitiera un análisis acabado de los cuatro aspectos abordados. Por ejemplo, para el sector privado y las Fuerzas Armadas no hay información disponible sobre la utilización de los servicios. Sobre financiamiento de los servicios sólo se ofrecen estimaciones y/o datos parciales para la SESPAS y el IDSS.

[8] Por limitaciones a nivel de la documentación disponible, este tipo de ponderación se realizará principalmente para la SESPAS y, en menor proporción, para el IDSS y el sector privado. Sería particularmente relevante incorporar, a través de futuros estudios, una evaluación cualitativa de los planes de Igualas y Seguros Médicos, dado el crecimiento experimentado en los últimos años por este

de estadísticas concretas [8].

Este capítulo está dividido en tres partes. Se inicia con el análisis del sector público de salud y sus tres subsectores: SESPAS, IDSS e ISSFAPOL. En segundo lugar se aborda el sector privado, poniendo énfasis en los planes de igualas y seguros médicos; para finalizar presentando las principales conclusiones que se derivaron de los datos y de la reflexión efectuada por los investigadores.

subsector de salud.

Para contribuir a un conocimiento más efectivo de la cobertura de atención es útil contrastar las disposiciones jurídico-normativas con sus posibilidades de concreción. Así, por ejemplo, el código de Salud Pública del país (Ley No. 4471, 1956) establece que el Estado, a través de la SESPAS, debe cumplir con la función de "...velar por la salud pública mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas"... También, desde una perspectiva legal los servicios de la SESPAS son accesibles a cualquier persona que desee usarlos; es decir, deberían abarcar toda la población del país. No obstante, como se ha evidenciado en este y otros estudios realizados (IEPD :1986), existen diferencias notables en los coeficientes que relacionan recursos de salud y población atendida y en la calidad de la atención médica entre los diferentes sectores del sistema de salud.

A partir de las limitaciones de la SESPAS para ofrecer atención médica a la mayoría de la población, fuentes consultadas consideran que la cobertura efectiva de este organismo es menor del 80%. Así, el Dr. Defilló y el USAID atribuyen a la SESPAS un 40% de cobertura real (Defilló, 1983, USAID, 1985) [5].

A su vez, la "Encuesta de Demanda de Salud del Distrito Nacional", (IEPD-IRG, 1987), utiliza indicadores específicos para evaluar la afiliación (pertenencia a un sistema cerrado de salud) y la cobertura

[5] El estudio del IEPD pondera varios factores que reducirían en un 40% la cobertura real de la SESPAS; al respecto señala que: "El resto, sea por inaccesibilidad geográfica, económica o cultural, recurriría a la medicina informal o no institucional". Y agrega que no existe, empero, "...la información básica que permita determinar con exactitud la proporción de la población del país que no tiene acceso a servicios de salud en el sector "formal", sea público o privado". (IEPD, Boletín #16, 1986. p.22).

(sector y/o institución en que se efectuó la atención médica). Esta encuesta estimó en alrededor de una cuarta parte la población del Distrito Nacional (23%) que está afiliada o se beneficia de un sistema cerrado de salud (es decir, que está cubierta por el ISSFAPOL, por el IDSS y por Igualas y Seguros Médicos Privados). En tal sentido, el 77% restante sería la base poblacional potencialmente usuaria de los sistemas abiertos de salud, es decir de la SESPAS y del sector privado-lucrativo o "no" de cobro directo al paciente. Para esta población no afiliada, la encuesta estima una cobertura anual de un 55% [6]. Al momento de redactar este estudio, los datos preliminares de la encuesta citada no ofrecen aún informaciones desagregadas, que permitan conocer cómo se distribuye ese 55% entre la SESPAS y el sector privado de cobro directo.

En síntesis, la determinación de la cobertura efectiva de los diferentes subsectores y, por ende, la estratificación real del sistema de salud, exige la ponderación de indicadores más concretos que los utilizados hasta ahora por la SESPAS.

El texto presentado permite conocer la problemática abordada en un momento específico: 1986-87. Se trata de un análisis sincrónico que, en tal sentido, no pretende establecer las tendencias y perspectivas del objeto de estudio. La mayoría de los cuadros presentados se elaboraron con datos primarios, recopilados por los investigadores directamente de los registros de la SESPAS, el IDSS y el sector privado lucrativo,

[6] La cobertura para la población afiliada a los sistemas cerrados se estimó en un 65%. Las estimaciones se basan en el número de personas que efectuaron consultas médicas por lo menos una vez en la 2 semanas anteriores a la encuesta.

un heterogéneo sistema, caracterizado en este texto, que abarca organismos e instituciones ubicados en dos grandes sectores (cuadro 1). Por un lado el sector público o estatal, constituido por tres subsectores: la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL) [2].

El otro sector que ofrece servicios directos de salud incluido en este estudio es el privado. Este sector puede ser subdividido entre las denominadas "instituciones sin fines de lucro" (ISFL), que ofrecen atención a un costo inferior a los precios del mercado, y aquellos establecimientos esencialmente lucrativos. En este último subsector se diferencian dos áreas, definidas a partir de la forma de acceso al servicio de salud: los programas de Igualdad y Seguros Médicos Privados y la atención más particularizada que, principalmente, se caracteriza por la venta directa e individual de los servicios de salud.

El análisis efectuado en este texto permite conocer las características y heterogeneidad de la red de servicios de salud, que comprende establecimientos muy disímiles que van desde el pequeño "dispensario" manejado por un grupo de voluntarios, hasta el complejo hospital con más de 400 camas (caso del Hospital Salvador B. Gautier del IDSS). En adición a esta red que ofrece servicios directos, existe un conjunto de

[2] La clasificación y conceptualización del sistema de salud presentada en este estudio se corresponde con la utilizada usualmente por los documentos e informes realizados sobre esta temática en el país. Véase al respecto SESPAS, "Políticas de Salud del Gobierno de Concentración Nacional, 1983-86", Santo domingo, 1983 e IEPD, 1986 citado.

organismos que inciden en el estado de salud de la población porque realizan actividades orientadas a mejorar las condiciones ambientales (ver cuadro 1) [3].

Uno de los aspectos más relevantes, dentro de la problemática abordada en este estudio, es la discusión de la cobertura de los servicios de salud según subsectores. En los casos del IDSS, del ISSFAPOL y de las Iguales y Seguros Médicos Privados, es relativamente fácil determinar por lo menos la cobertura legal y/o de la afiliación, ya que estas organizaciones cubren poblaciones restringidas y específicas: sectores de la fuerza laboral y al estamento militar. En este sentido son **sistemas** relativamente **cerrados**. No sucede igual con la SESPAS y el resto del sector privado (ISFL y la atención privada lucrativa directa e individual), que potencialmente son **sistemas abiertos**.

En varios documentos de la SESPAS [4] se utiliza el indicador o concepto de "población de responsabilidad" (PDR) que, aunque no se define con precisión, es una estimación de la proporción de la población del país que sería o debería ser cubierta por los distintos subsectores que componen el sistema de salud (ver cuadro 1). La PDR atribuida a la SESPAS por ese organismo es de aproximadamente un 80% de la población nacional (1983, cit). Como se discute en este estudio, este porcentaje no representa una cobertura real de atención.

[3] Por ejemplo, las instituciones que se ocupan de la provisión de agua potable y el modo de eliminación de aguas negras y desechos sólidos (basura). En el Distrito Nacional es el caso de la Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (CAASD). Este tipo de instituciones no serán analizadas en este texto.

[4] Véase, por ejemplo: SESPAS, 1983, cit.

RECONOCIMIENTOS

El IEFD se complace en hacer público su reconocimiento a dos profesionales del área de la salud que prestaron una valiosa colaboración en las diversas fases de la realización de este estudio. Ellos son la Dra. Sonia Candelario, Directora de Sistemas de Salud de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y el Dr. Luis Botances, Presidente de la Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP), quienes, a pesar de sus múltiples compromisos, dedicaron muchas horas para contribuir con los autores de este trabajo en la fase de recolección de datos primarios y enriquecieron el informe final mediante sus críticas y experiencias.

ORGANIZACION, COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y UTILIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO NACIONAL POR SECTORES.

Isis Duarte
Carmen Julia Gómez
Gerard La Forgia
Maritza Molina

En este capítulo se realiza un análisis de la organización, cobertura, financiamiento y utilización de los servicios de salud en el Distrito Nacional. En esta región de salud se encuentra ubicada la ciudad de Santo Domingo, capital de la República, y reside el 27% del total de la población. La importancia del Distrito Nacional se manifiesta también porque es la sede central de los organismos estatales que rigen la política de salud del país y porque una elevada proporción de los recursos físicos y humanos, tanto del sector público como del privado, en el área de atención médica, se concentran aquí. Dos ejemplos ilustran al respecto. Por un lado, y en lo que respecta al sector privado, el Distrito Nacional concentra el 64.2% del total de camas, el 68.7% de las plazas médicas y el 34.5% de las enfermeras (García y Caimares, 1985). En lo que respecta a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), los datos indican una concentración en esta región del 40.0% de las camas, el 57.7% de los médicos y el 40.0% de las enfermeras [1].

Los servicios de salud en la República Dominicana se ofrecen a través de

[1] Véase IEPD, "Población y Salud en la República Dominicana", Estudio No.5, Santo Domingo, 1986. Los datos de la SESPAS corresponden al año 1982.

ASOCIACION DOMINICANA PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA, INC
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE POBLACION Y DESARROLLO
(IEPD)

ORGANIZACION, COBERTURA, FINANCIAMIENTO Y UTILIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO NACIONAL POR SECTORES

ESTUDIO PRESENTADO AL INTERNATIONAL RESOURCES GROUP
(IRG)

Investigadoras del IEPD: Isis Duarte
Carmen Gómez
Maritza Molina

Consultor del IRG: Gerard La Forgia

Santo Domingo, R.D.
Septiembre, 1988

INDICE GENERAL

Reconocimiento

1. El Sector público de salud

1.1 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

- a) Organización de servicios y recursos
- b) Cobertura
- c) Financiamiento y gastos
- d) Utilización de los servicios
- e) Resumen analítico

1.2 Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS):

- a) Organización de servicios y recursos
- b) Cobertura
- c) Financiamiento y gastos
- d) Utilización de los servicios
- e) Resumen analítico

1.3 Los servicios de salud en las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

2. El Sector privado de salud

2.1 El sector privado con fines de lucro

2.1.1 Características generales

2.1.2 Las compañías de seguros e igualas médicas

- a) Organización de servicios y recursos
- b) Cobertura
- c) Financiamiento y gastos
- d) Utilización de los servicios
- e) Resumen analítico

2.2 Las instituciones sin fines de lucro

2.3 Resumen analítico

3. Conclusiones

- Cuadros
- Bibliografía
- Indice de cuadros
- Indice de gráficos

Este riesgo está cubierto por el "Seguro de Enfermedad" solamente para la asegurada, y, como ya se ha mencionado, tal régimen excluye a los dependientes de cualquier prestación médica.

c) Financiamientos y Gastos

La ley de seguro social estipula que el IDSS se financia con la contribución del Estado, las cotizaciones de los patronos y de los asegurados, y los intereses de los capitales, inversiones y de reserva. Sin embargo, las contribuciones de patronos y asegurados constituyen la mayor parte de los ingresos. Por ejemplo, en 1987 tales contribuciones (incluyendo el "Seguro de Accidentes de Trabajo") representaron el 98% de los ingresos totales. En lo que se refiere al Seguro Obligatorio (que incluye prestaciones médicas y económicas) los ingresos por cotizaciones, aplicadas a grupos salariales, se dividen entre 7.0% los patronos, 2.5% los asegurados y 2.5% el Estado [44]. Los patronos pagan un adicional de 2.5% del salario del obrero para el Seguro de Accidentes de Trabajo [45].

El total de cotizaciones obrero-patronales como porcentaje del salario

[44] Antes de 1988 el Estado no cumplía con su aporte de 2.5% al IDSS.

[45] El Seguro de Accidentes de Trabajo consiste en prestaciones económicas otorgadas a trabajadores y empleados que sufren lesiones o que se inhabilitan o pierden sus vidas a consecuencia de accidentes causados por cualquier acto o desempeño inherente a su trabajo o empleo. Aunque este fondo debe pagar por cualquier tratamiento de un paciente que haya sufrido un accidente de trabajo, en la práctica el sistema de contabilidad le carga cualquier gasto médico al programa de prestaciones médicas del seguro obligatorio. De hecho, en 1987 sólo 0.6% del total de gastos del programa de Accidentes de Trabajo eran gastos médicos.

dientes. Además, si un obrero cotizante queda cesante sólo mantiene su derecho por un máximo de tres meses. Los asegurados inactivos -aun temporalmente- quedan excluidos de cualquier prestación médica del Seguro de Enfermedad. También los mayores de 60 años (a menos que soliciten una prórroga a los 65 o continúen trabajando), incluyendo los pensionados por vejez, no tienen derecho al Seguro de Enfermedad (Art. 2, d; Art. 7 de la Ley 1896 del 1948). El régimen de enfermedad no hace mención de servicios preventivos o promocionales, aunque cabe señalar que el IDSS tiene un departamento preventivo bajo la Dirección Médica, ese departamento sólo se dedica a salud ocupacional, o sea la prevención de accidentes de trabajo; el "Seguro de Enfermedad" no cubre ni promueve otros servicios preventivos [43].

El denominado "Seguro de Maternidad" protege a la asegurada y a la cónyuge del asegurado durante el embarazo, parto y puerperio. Se le presta asistencia médica preventiva (consultas prenatales), curativa, hospitalaria y de farmacia. A la vez se le ofrece asistencia pediátrica al recién nacido de la asegurada durante doce meses (incluyendo inmunización). Después de cumplir un año de edad, los hijos quedan excluidos tanto del "Seguro de Maternidad" como del "Seguro de Enfermedad". El hijo de la cónyuge del asegurado sólo recibe asistencia pediátrica durante el puerperio. Cabe notar que el seguro de enfermedad no protege la cónyuge del asegurado contra enfermedades relacionadas con el embarazo y las derivadas del parto después del puerperio (41 días).

[43] Cabe notar que el IDSS no protege contra riesgos profesionales. Según el IEPD (1986:82), "un asegurado activo del IDSS que pierde su capacidad de trabajo por una enfermedad profesional sólo tiene una "compensación" :recibir la devolución de sus cotizaciones con intereses capitalizadas a razón de 5% anual".

de Accidentes de Trabajo se utilizan para pagar los gastos de atención médica y prestaciones económicas.

En 1987 se estima que el IDSS gastó RD\$24,795.000 en prestaciones médicas en el Distrito Nacional, representando el 52% de los gastos por tal concepto a nivel nacional (véase cuadro 13) [46]. Como se indica en la columna D del cuadro 13, el 73% del total fue gastado en salarios y el resto en materiales y suministros. Examinando los gastos por tipo de establecimiento, resulta que en los hospitales y policlínicas el renglón de materiales y suministros representa una cuarta parte del total de gastos y casi la mitad en los consultorios. Además, cabe notar que 51% de los gastos en servicios personales se aplicó a pagar salarios médicos y 73% de los gastos en materiales y suministro fue para pagar medicinas. En el caso de las policlínicas es interesante apuntar que 91% de los gastos en materiales y suministros se destinó a medicinas, restando pocos fondos para la compra de instrumentos médicos, reactivos para laboratorios y equipos.

Los dos hospitales consumen dos terceras partes del total de los gastos corrientes del IDSS en atención médica para el Distrito Nacional. Consumen también igual proporción de las erogaciones por concepto de servicios personales y materiales/suministro. En el caso de los salarios, el elevado monto se debe a la alta concentración de personal médico y paramédico en tales establecimientos, como se indicó en el cuadro 11. Las nueve policlínicas consumen casi el 30% de los gastos en dichos renglones con un gasto promedio de RD\$800,000 anual. El IDSS ejecuta

[46] Como ya se mencionó, 51% de los cotizantes residen en el Distrito Nacional.

(12% ó 14.5% si se incluye el aporte del gobierno central) es uno de los más bajos en América Latina. Eso se debe en parte a que el IDSS, tiene una cobertura poblacional inferior a la mayoría de las demás instituciones de seguro social en la región. De hecho, entre 20 países latinoamericanos, el IDSS ocupa el lugar 16 tanto en ordenamiento por mayor cotización (como porcentaje del salario) como en ordenamiento por mayor cobertura (como porcentaje de la población total) (Mesa-Lago, 1985).

El cuadro 12 presenta los datos de ingresos del IDSS correspondientes al Distrito Nacional. Cabe señalar que las cifras no representan ingresos recaudados sino los ingresos que el IDSS debía haber recolectado de los patronos y asegurados registrados. La morosidad en el pago de las cotizaciones por parte de los patronos es un grave problema del IDSS (Duarte, 1986:88) y no se dispone de datos sobre la recaudación real. En el Distrito Nacional los patronos pagaron el 74% de los ingresos del Seguro Obligatorio de 1987 y contribuyeron con sus cotizaciones a la totalidad las recaudaciones del Seguro de Accidentes de Trabajo. Se estima que los patronos del Distrito Nacional pagaron RD\$48,213,300 por los dos seguros, representando 79% de los ingresos totales del IDSS en tal región.

Es importante señalar que, aunque el IDSS registra los ingresos según tipo de seguro (Obligatorio vs Accidentes de Trabajo), no se mantienen los dos fondos separados en términos de gastos. Hay un libre juego a través del año fiscal entre los fondos para pagar los gastos incurridos de prestaciones médicas y económicas, y accidentes de trabajo. En otras palabras, los RD\$12,687.723 (véase cuadro 12) ingresados por el programa

promedio días estancia. Medicina general/interna y la categoría "las demás especialidades" [48] (las dos categorías representando el 80% de los egresos en dicho hospital) tienen promedio estancias de más de 20 días, lo cual puede indicar una alta proporción de casos severos y crónicos o estancias largas no necesarias. El elevado promedio estancia, junto con un porcentaje de ocupación de 66% en dicho hospital, indica la utilización intermedia de estos servicios.

Los datos relativos a indicadores de utilización presentados en el cuadro 14 difieren de los que se registran en otros países latinoamericanos. Por ejemplo, para fines de la década de 1970 los hospitales de los institutos de seguro social en 12 países latinoamericanos presentaban un promedio de 6.3 días estancia y 44.5 giro cama y 76.8 % de ocupación (OPS, 1981, cuadro 1B). En esos años como ahora, el IDSS registra una tasa baja en giro cama y ocupación y elevada en promedio día estancia, en comparación con otros institutos de seguro social de la región.

Según el IDSS la policlínica es la institución principal de la consulta externa "semi-especializada" [49]. Estas instalaciones brindaron, en efecto, un 54% del total de consultas en 1987 (véase cuadro 15). Sin embargo, los hospitales desempeñan un papel significativo en la consulta externa, dando un 38% del total. Además, el cuadro 15 demuestra que las consultas especializadas se concentran en los hospitales (representando el 65% del total de consultas especializadas) y las consultas de

[48] Ortopedia y cardiología son los únicos servicios de esta categoría.

[49] El IDSS no define este término. Sin embargo, se entiende por una combinación de consultas de medicina general y especializadas.

menos del 5% del presupuesto del Distrito Nacional en los 15 consultorios, con un promedio de RD\$52,000 por consultorio al año.

d) Utilización de los servicios

En los cuadros 14 - 16 se presentan los datos sobre la utilización de los servicios médicos del IDSS en el Distrito Nacional. De los 11,429 egresos de los dos hospitales en 1987 (cuadro 14), el servicio de gineco-obstetricia representa un 41% del total; sin embargo, el mismo servicio representa sólo 10% de los días-pacientes; más aún, el promedio días-estancia (PDE) del servicio es bastante reducido (2.4) [47]; los tres indicadores juntos pueden demostrar el predominio de partos normales y la limitada cobertura que se da a los cónyuges del asegurado. De hecho, los 3,559 partos representan el 76% de los egresos de tal servicio en 1987. Sin embargo, hay 66 partos por cama obstétrica, menos que la tasa deseada que es de 100 (OPS, 1981:19). Cabe destacar que el servicio de pediatría presenta un PDE muy bajo (1.9) que probablemente indica la corta estancia de recién nacidos con complicaciones menores. En el mismo servicio, el bajo porcentaje de ocupación (27.5%) probablemente se debe a la restricción de cobertura solamente a niños menores de un año.

Los otros servicios, la mayor parte ubicados en el Hospital Salvador E. Gautier, demuestran una elevada ocupación de camas junto con un crecido

[47]Según la OPS, 1981:19, se espera un promedio de 3 días-estancia en Hospitales de Maternidad. En este sentido el Hospital de Maternidad del IDSS ha logrado eficiente resolución de casos maternos.

Nacional [50]. Asumiendo 200 días laborables al año y descontando los pasantes y 2 médicos administrativos por establecimiento, al nivel de la policlínica los médicos generales y especialistas brindan, en términos promedios, siete consultas por día laborado. Si se asume 4 horas laboradas por médico, cada uno atiende a menos de dos consultas por hora trabajada. En los consultorios los médicos generales dan 11 consultas por día. Esta situación podría ser el resultado de la combinación de una excesiva oferta de médicos y de la baja demanda por parte de los asegurados.

El cuadro 16 presenta información parcial sobre varios tipos de servicios en los establecimientos del IDSS. En 1987 casi 750,000 medicamentos fueron despachados a los pacientes de consulta externa, 52% fueron despachados en las policlínicas, 42% en los hospitales [51], y 6% en los consultorios. Se despacha un promedio de casi dos tipos de medicamentos (incluyendo inyecciones) por consulta médica y odontológica. La mayoría de los exámenes de laboratorio se realizan en los hospitales, representando el 70% de los exámenes producidos en 1987. Las curaciones (primeros auxilios) parecen ser la principal actividad (junto con la de poner inyecciones) de las auxiliares y enfermeras en las instalaciones de consulta externa.

e) Resumen analítico

El IDSS tiene una cobertura muy limitada en el Distrito Nacional, tanto por una definición restrictiva de su población de responsabilidad, como

[51] No se pudo conseguir datos sobre el consumo de medicamentos por pacientes hospitalizados.

medicina general en las policlínicas (representando 82% del total de estas consultas). Las policlínicas sólo brindaron 20% de las consultas especializadas en 1987. Los datos disponibles no permiten un análisis profundo sobre el tipo de especialistas que dan consultas ambulatorias en los hospitales y policlínicas. Sin embargo, parece que, con la excepción de ortopedia y cirugía, en ambos tipos de establecimientos se ofrecen la mayoría de las principales especialidades en la consulta externa, pero un volumen mayor se ofrece en los hospitales, lo que tiene que ver, a su vez, con la gran concentración de médicos especialistas en estos últimos establecimientos. Los consultorios desempeñan un papel menor en términos de oferta de servicios ya que brindan menos del 8% de la totalidad de consultas.

En sentido general, el usuario de los servicios de la consulta externa tiende a tener tres consultas por año (véase cuadro 15). Es importante notar que los hospitales llevan la concentración más alta de utilización, particularmente en la atención especializada; o sea, los que utilizaban estos servicios en 1987 consumieron más de cuatro consultas por persona; una consulta más que el usuario de los mismos servicios en las policlínicas. La alta concentración de las consultas odontológicas en los hospitales (4.7) se debe a la presencia de cirujanos orales en tales establecimientos.

Combinando las cifras de los cuadros 10 y 15, se puede estimar el rendimiento de los médicos en las policlínicas y consultorios del Distrito

[50] No se pudo hacer el mismo análisis para los hospitales porque no todos los médicos que trabajan en estos establecimientos laboran en la consulta externa.

El IDSS está dotado de una amplia red de 26 instalaciones a través del Distrito Nacional. Los hospitales, centros nacionales de referencia, brindan servicios especializados y subespecializados tanto a nivel ambulatorio como interno. Hay 3.2 camas por 1,000 PBR (personas bajo responsabilidad) en el Distrito Nacional, que es relativamente alto en comparación con el promedio nacional (1.5 en 1983) (OPS, 1986:140) [53].

Las policlínicas ofrecen servicios intermedios y consultas médicas al nivel ambulatorio. Se concentran en la consulta externa de medicina general. Los consultorios no están bien definidos en términos de recursos ni funciones.

Cabe señalar que se desconoce la relación formal entre los tres tipos de establecimientos, tanto como integrantes de una red de servicios, como participantes en un sistema de referencia [54]. Se asume que los casos son canalizados de consultorio a policlínica y, para los más complejos, al hospital. Entrevistas informales realizadas con médicos laborando en las policlínicas demuestran que hay hojas de referimiento para mandar pacientes a los hospitales. Sin embargo, los médicos se quejan que de en muchos casos estos referimientos son ignorados por los médicos laborando en los hospitales y raras veces responden (en la hoja) cuando el paciente regresa a la policlínica para seguimiento. Además, parece que hay poca comunicación entre los consultorios y los otros tipos de establecimientos. Estos problemas pueden ser el resultado de la ausencia de controles administrativos que definan y hagan operativo un sistema de

[53] Sin embargo, se considera 4.5 camas por 1,000 personas el estándar mínimo (OPS, 1981:7).

[54] No se pudo localizar documentos al respecto.

por la circunscripción en la oferta de servicios médicos. Más aún, el IDSS no ofrece un "paquete" familiar ni integral de servicios de salud. Enfoca su protección en el aspecto curativo dirigido al asegurado como individuo. Niños y mayores de edad, dos grupos más necesitados de servicios de salud que los propios asegurados, quedan excluidos. Hay que señalar que las leyes y reglamentos no mencionan servicios preventivos o promocionales lo que, en efecto, resulta en la ausencia de tales servicios como programas organizados en las instalaciones del IDSS.

El IDSS deriva la mayor parte de sus ingresos de cotizaciones obrero-patronales. Dentro del contexto latinoamericano tales cotizaciones como porcentaje del salario, son relativamente bajas, y eso responde a la baja cobertura poblacional y el restringido "paquete" de servicios ofrecidos por el IDSS [52].

La cotización de los patronos y asegurados en el Distrito Nacional fueron, en 1987, superiores a RD \$60 millones. El IDSS gastó 42% de estos ingresos en prestaciones médicas en tal región. Los dos hospitales consumían la mayor parte de los gastos. Examinando los gastos por renglón se destaca que los servicios personales consumían casi tres cuartos del total de los gastos corrientes y a su vez los salarios de los médicos representan más de la mitad de los gastos en servicios personales. En cambio, la SESPAS sólo atribuye 54% de sus gastos totales en el Distrito Nacional a los salarios.

[52] Cabe destacar que en la actualidad el IDSS intenta ampliar la cobertura de prestaciones médicas a las familias del asegurado a partir de 1989.

Una comparación de los indicadores hospitalarios del IDSS con los de la SESPAS en el Distrito Nacional (véase cuadros 7 y 14) o con los de otros seguros sociales de América Latina, muestra que el IDSS tiene niveles intermedios y bajos de eficiencia. El Hospital de Maternidad que da servicios de gineco-obstetricia y de pediatría demuestra buenos indicadores de giro cama (57.8) y promedio día estancia (2.3), pero presenta ineficiencia en términos de porcentajes de ocupación (36%). En la actualidad ese Hospital sufre de una sobrecapacidad de camas. Esta situación puede ser el resultado de una serie de factores, los cuales requieren más estudio: predominio de partos normales, limitada cobertura dada (por ley) a los cónyuges de aseguradas después del parto, la corta estancia de recién nacidos con complicaciones menores; la restricción de cobertura (por ley) a niños menores de un año, y una baja demanda por parte de los asegurados que, a su vez, puede responder a otros factores como distancia, calidad (o percepción de la calidad) de la atención médica y disponibilidad de medicamentos.

El Hospital Salvador B. Gautier, donde se dan servicios de todas las especialidades menos gineco-obstetricia y pediatría, demuestra indicadores de eficiencia ^{intermedios} ~~casi opuestos~~ al Hospital de Maternidad, es decir, tiene un relativamente alto porcentaje de ocupación (66%), pero demuestra ineficiencia con respecto a los indicadores de giro cama (12.1) y promedio día estancia (19.9). Estos indicadores pueden responder a varios factores, tales como una alta proporción de casos severos o agudos y/o predominio de casos crónicos; situación típica de hospitales sumamente especializados. Los indicadores pueden también responder a hospitalizaciones y largas estancias no necesarias, factores relacionados con el descontrol médico-administrativo (caso del bajo

referencia o de la falta de cumplimiento del mismo por parte del cuerpo médico.

A menudo, la prensa y otros medios de comunicación reseñan de una forma anecdótica críticas realizadas por asegurados individuales o por pequeñas agrupaciones cívicas, denunciando las prestaciones médicas en las instalaciones del IDSS. Generalmente, los comentarios se concentran en la escasez de medicamentos y otros suministros y el descontrol del horario médico. En una visita a una policlínica grande en Santo Domingo por un investigador, la farmacia no estaba dotada de más de 30 medicamentos y el laboratorio no tenía reactivos o equipos para realizar más que unos exámenes "simples" tales como del grupo sanguíneo, RH, hemoglobina y de orina. Sin un estudio más amplio al respecto, se desconoce si tal situación es aislada o si afecta a todo el sistema. Cabe mencionar que tales problemas (la disminución de recursos materiales y el descontrol del horario de los médicos) han sido observados en sistemas médicos de seguros sociales y de salud pública de América Latina (Ugalde, 1985, Mesa-Lago, 1985a, Zschock, 1988, Mc Greevey, 1988).

El Distrito Nacional concentra el 40% de las camas del IDSS al nivel nacional y el 42% de los egresos hospitalarios. Dado que el 51% de los asegurados cotizantes residen en el Distrito Nacional, el IDSS demuestra menos concentración de recursos por asegurados en la capital de lo que se esperaba. En comparación con otros seguros sociales en América Latina, cuyos recursos son altamente concentrados en las grandes ciudades (Mesa-Lago, 1978, 1985, Roemer, 1985), esta situación puede considerarse un logro del IDSS.

F.N. activos y pensionados, y también a sus familiares inmediatos [57]. Según el artículo 6, los familiares inmediatos que reciben servicios y prestaciones del ISSFAPOL son:

- a. El cónyuge e hijos solteros menores de 18 años y los mayores de edad que estén cursando estudios, hasta la edad de 25 años, e incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.
- b. El padre y la madre.
- c. Las hijas solteras que vivan bajo el mismo techo del afiliado y a sus expensas.

El Seguro Médico Integral del ISSFAPOL ofrece tanto medicina preventiva como curativa, incluyendo rehabilitación. Los afiliados y sus familiares reciben asistencia hospitalaria, obstétrica, odontológica, protésica y quirúrgica, así como asistencia farmacéutica. La asistencia obstétrica sólo se aplica a la esposa del afiliado. El servicio materno-infantil incluye atención prenatal, del parto y del infante.

Las prestaciones médicas son administradas por la gerencia del ISSFAPOL y los servicios se brindan en los hospitales y dispensarios por el cuerpo médico y de sanidad militar. En contraste con el IDSS, el Seguro Médico Integral del ISSFAPOL ofrece la cobertura legal de atención institucional más completa del país. A continuación presentamos una comparación al respecto:

[57] Los afiliados que hayan sido retirados sin pensión, pero con compensación, podrán continuar recibiendo el Servicio Médico Integral, mediante el pago de la cuota que se le asigne (Art.100, cit por IEPD, 1966, p.86).

control de diagnóstico, cambios de tratamientos y falta de seguimiento de los pacientes). Una identificación de los factores determinantes de esta situación requería, empero, un estudio específico más profundo.

Las policlínicas y hospitales producen el grueso de las consultas externas. Se utilizan las policlínicas más para la consulta externa de medicina general y los hospitales para la consulta especializada. Por falta de documentación para la definición de la red de servicios y el diseño de un sistema de referencia, se desconoce cómo se comparte la responsabilidad para los servicios ambulatorios entre hospital y policlínica, especialmente con respecto a las especialidades [55]. Finalmente, los consultorios parecen operar como un apéndice de la red de servicios del IDSS en el Distrito Nacional. Se registran pocas actividades y servicios y tienen poca relación con otros establecimientos de salud.

1.3 Los servicios de salud en las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional

A partir del año 1982 los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional se ofrecen a través del "Seguro Médico Integral" del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL) [56]. De acuerdo con el reglamento 3469, el "Servicio Médico Integral" protege a todos los miembros de las FF.AA y la

[55] Cabe señalar que desde el 1987 el IDSS ha remodelado varias policlínicas con el fin de descongestionar la consulta externa de los hospitales (Listín Diario, 13/agosto/1988).

[56] El ISSFAPOL fue creado el 29 de enero de 1982 mediante decreto No. 3013. Se rige por el reglamento No.3469 aprobado ese mismo año.

La única fuente identificada que suministra datos sobre los servicios médicos del ISSFAPOL en el Distrito Nacional es la tesis de García, Caimares y otros (1985); dichos datos aparecen en el cuadro 17. Estos datos registran para el Distrito Nacional un total de 11 establecimientos de salud administrados por el ISSFAPOL, de los cuales dos tenían servicios de hospitalización, con una dotación de 362 camas [60]. También aparecen 9 establecimientos de atención médica ambulatoria. Se observa, además, que 274 médicos, 183 enfermeras y 17 odontólogos prestan servicios en este subsector, que ofrece también una gama importante de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (Cuadro 17).

La mayoría de los recursos físicos y humanos de este subsector se concentra en el Distrito nacional. Aquí se ubican los únicos dos hospitales existentes en el país, uno en Santo Domingo y otro en San Isidro. También se estima que el 54.6% del personal médico del ISSFAPOL presta servicios en el hospital central, ubicado en Santo Domingo [61].

Los recursos necesarios para el funcionamiento del Seguro Médico del ISSFAPOL provienen de los aportes que realiza el poder ejecutivo y de los fondos de las Juntas de Retiro de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, destinados a estos fines [62]. No se dispone de información sobre el monto de los ingresos y gastos del Seguro Médico del ISSFAPOL. Tampoco se logró identificar datos que permitan evaluar la

[60]La Encuesta de Demanda de Salud del Distrito Nacional (IRG, 1987), identificó más de 20 establecimientos de salud administrados por el ISSFAPOL.

[61]Cfr. IEPD, 1986, cit. p:87.

[62]Ver art. 3, Dec. No.3013, 1982 que crea el ISSFAPOL.

TIPO DE COBERTURA LEGAL DE LOS
SEGUROS MEDICOS DEL ISSFAPOL Y EL IDSS.

IDSS	ISSFAPOL
Cubre alrededor de la cuarta parte de la fuerza de trabajo ocupada.	Cubre a todos los militares activos.
Sólo cubre pensionados por invalidez, no por vejez.	Cubre todos los pensionados.
No es un seguro familiar [58]	Es un seguro familiar.

El ISSFAPOL representa, además, un sistema integral de seguridad social mucho más amplio que el IDSS. En adición a la atención médica incluye: planes de retiro, pensiones, fondo de ahorros, pagos por defunción, seguro de vida, servicios de crédito educativo y otras facilidades, tales como préstamos personales y fianzas para alquiler de viviendas (Art. 17, Decreto 3469, 1982).

Un ^{contin} ~~Ne existen datos específicos sobre la cobertura real del Seguro Médico Integral del ISSFAPOL. La SESPAS le atribuye una "población de responsabilidad" de aproximadamente el 4% de la población total del país [59]. Esto representaría, para el 1986, un total de 262,597 personas y 68,000 para el Distrito Nacional.~~

[58] Sólo cubre maternidad de la cónyuge del asegurado, excluyendo las enfermedades coincidentes con el embarazo y las derivadas del parto. Ofrece asistencia pediátrica al recién nacido durante un año para los hijos de la asegurada. Al hijo de la cónyuge sólo se le otorga asistencia pediátrica durante el puerperio.

[59] Véase SESPAS, "Política Nacional de Salud", 1983-1986, cit, p.60.

2. EL SECTOR PRIVADO DE SALUD

En esta sección se analizará el sector privado de salud, constituido por dos subsectores: aquellos establecimientos que prestan atención médica a nivel lucrativo, incluyendo aquí los planes de Seguros e Iguales y las denominadas "instituciones sin fines de lucro"

2.1 El sector privado con fines de lucro

Según la forma de acceso de sus usuarios a los servicios lucrativos de salud, se pueden diferenciar dos modalidades: los planes de seguros e iguales médicas y la atención particular caracterizada por la venta directa e individualizada de los servicios.

2.1.1 Características generales

La mayoría de los servicios de hospitalización y consulta externa en el sector privado se ofrecen a través de los establecimientos denominados "clínicas", que difieren en tamaño, calidad de la atención y organización. Dependiendo de las posibilidades financieras y profesionales de los grupos médicos que las integran y del poder adquisitivo de la población, pueden ofrecer los más variados servicios y especialidades.

Como se muestra en el cuadro 18, para el año 1987 se contabilizaron 165 clínicas privadas, cuya dotación conjunta de camas ascendía a 2,781 y su disponibilidad de médicos a 1,235. Las clínicas pequeñas (con menos de 10 camas) constituyen poco más de la mitad, mientras que sólo el 3% son

productividad de los servicios ofertados por este subsector.

la totalidad de las clínicas más grandes disponen de todos esos servicios intermedios (ver gráfica 2).

Respecto a los establecimientos privados lucrativos que ofrecen consulta médica u odontológica, sólo disponemos de una cuantificación realizada en 1985 en el área metropolitana del Distrito Nacional [64]. Según esta fuente, existían 234 consultorios médicos y 349 consultorios odontológicos.

Cobertura

Aunque no se cuenta con datos precisos sobre la cobertura real del sector privado, se estimó que en 1985 este sector cubría el 12% de la población nacional (USAID, 1985). También se estimó que un 50% de los usuarios del sector privado acudía a los servicios de forma directa o individualizada, mientras que un 40% lo hacía a través de Iguales Médicas y un 10% a través de las Compañías de Seguros (cuadro 1).

La Encuesta sobre Demanda de Servicios de Salud realizada en el Distrito Nacional en octubre y noviembre de 1987 (IEPD-IRG, 1987) mostró que un 12% de esta población está afiliada o se beneficia de Iguales Médicas o de Pólizas de Compañías de Seguros. Con los datos preliminares no se pudo lograr, empero, un estimado de la cobertura total del sector privado. Sin embargo, cabe señalar que tal sector captó el 54% del total de las consultas realizadas en los 15 días anteriores a la encuesta.

[64]B. García, G. Caimares y otros. "Diagnóstico de la situación de los recursos físicos y humanos del sector salud en el área metropolitana del Distrito Nacional". 1985.

clínicas de más de 100 camas.

La mayoría de las clínicas privadas lucrativas (83.0%) dispone de laboratorio y poco más de la tercera parte cuenta con farmacia y rayos X. Cabe señalar que más del 50% de las clínicas ofrecen servicios de pediatría y gineco-obstetricia, mientras que menos de 25% brindan servicios en las especialidades que constituyen la categoría de "otras" [63].

En el cuadro 19 observamos que existe una relación directa entre disponibilidad de servicios médicos e intermedios, y tamaño de las clínicas, medido por el número de camas. Análogamente, entre 90 y 100 % de las clínicas grandes (las que tienen más de 50 camas) ofrecen consulta externa en las especialidades básicas, en otras especialidades y servicios de emergencia. En contraste, las clínicas más pequeñas ofrecen en su mayoría consultas ambulatorias en medicina general y bajos porcentajes de ellas cubren las especialidades (véase gráfica 1). Otra característica relevante es que el servicio de emergencia es ofrecido en un 90% de las clínicas grandes, mientras los porcentajes correspondientes a las clínicas de menos de 10 camas, de 10 a 19 y de 20 a 49 son, respectivamente, 51.1%, 54.2% y 76.2%. El servicio odontológico es uno de los que cuentan con menos proveedores, inclusive a nivel de las grandes clínicas, sólo es ofrecido por el 40% de éstas. Resalta el hecho de que aún las clínicas más pequeñas tienen una disponibilidad relativamente elevada de laboratorios (70.9%). Un reducido porcentaje cuenta con farmacia (15.1%) y rayos X (6.9%). Como era de esperarse casi

63] Se refiere a todas las especialidades menos las 4 básicas y medicina interna.

A nivel operativo, la mayoría de las compañías de Igualas son intermediarias de servicios de salud, es decir, que compran y venden asistencia médica (consulta ambulatoria, hospitalización y servicios auxiliares de diagnóstico) a cambio de una suma o cuota determinada de dinero [66].

Las dos primeras compañías de Igualas Médicas que se crearon en el país fueron el Grupo Médico Centro y el Grupo Médico Asociado, ambas fundadas en 1967. Hacia fines del año 1985 existían unas 17 compañías de este tipo, que servían a unas 350,000 personas. Esta cifra representa un 5.5% de la población total del país para ese año [67].

La palabra "igualas" se refiere al hecho de que una cuota fija mensual, es decir, que es igual a lo largo de un período acordado, es pagada a cambio de un conjunto de servicios. Las Igualas Médicas se diferencian de las Compañías de Seguros por el hecho de que las primeras proveen servicios médicos en establecimientos previamente determinado y los servicios son pagados directamente al establecimiento (clínica) o al médico. En contraste la mayor parte de las compañías de seguros usualmente reembolsan a sus afiliados los gastos médicos que éstos han efectuado, especialmente de la consulta externa.

Para este estudio se recolectó información previamente de seis compañías de seguro, y de ocho empresas de igualas médicas a las que se les suministró un breve cuestionario, con el objetivo de obtener información actualizada sobre estos programas para el Distrito Nacional. Los datos

[66] "Población y Salud en la República Dominicana", Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, agosto, 1986.

[67] Ante-Proyecto de la Misión de la AID, septiembre, 1985.

2.1.2 Las compañías de seguros e igualas médicas

a) Organización de servicios y recursos

En el país existen dos tipos de planes privados de seguros de salud. Por un lado, los ofrecidos a través de empresas de igualas médicas, y -en segundo lugar- las compañías de seguros que, dentro de sus servicios, ofrecen seguros de salud. Unas 7 u 8 compañías de seguros están vendiendo pólizas de salud en el país. Casi todos los planes de salud deben estar acompañados por planes de seguros de vida y, en algunos casos, de seguros contra accidentes.

A nivel administrativo las Igualas Médicas son empresas pequeñas, regidas por un médico y/o por una junta de directores. La mayoría no tiene más de cinco empleados. No existen reglamentos específicos para dichas compañías, ni para sus planes de igualas. Son reguladas por las leyes y disposiciones generales de comercio y mediante los contratos de venta y compra de servicios que se establecen con otras compañías, empresas o personas físicas o morales [65].

En general, los propietarios de las igualas son grupos pequeños de médicos que tienen el potencial de obtener los mayores dividendos. Una encuesta realizada a 100 médicos afiliados a estas compañías registró que sólo el 39% son accionistas; también, que la mayoría de los pacientes de estos médicos (80%) son igualados (Defilló, 1983).

[65] Defilló, Bernardo, "Seguridad Social e Igualas Médicas", Santo Domingo, Distrito Nacional, septiembre, 1983.

b) Cobertura y financiamiento

La mayoría de los usuarios afiliados a los dos tipos de empresas laboran en compañías y organizaciones establecidas. Un total de 252,181 personas reciben servicios médicos a través de las 8 compañías de igualas estudiadas para el Distrito (cuadro 20), de las cuales una tercera parte son afiliadas directos y las dos terceras partes son dependientes [68]. Los seguros privados de salud sirven a unas 110,068 personas, siendo la razón entre afiliados y beneficiarios de uno a tres (cuadro 21). Si tomamos en cuenta que para el año 1987 la población del Distrito se estimó en 1,800,000 habitantes, concluimos que las 14 compañías computadas (igualas más seguros médicos) cubren el 20% de la población (14% las igualas médicas y 6% los seguros privados) [69].

De acuerdo con los datos ofrecidos, unas 795 empresas o instituciones tienen contrato de atención médica con compañías de igualas. Sólo 63 de ellas pertenecen al sector público (Cuadro 20. cols. e,f,g) las 732 restantes corresponden al sector privado. La mayoría de estas empresas privadas también cotizan al IDSS, es decir, se registra una doble afiliación. Cifras arrojadas por una encuesta a empresarios, miembros de

[68] Podrán ser asegurados, mediante el pago correspondiente de sus primas, el cónyuge o compañero (a) hasta la edad de 65 años, los hijos mayores de un mes y menores de 21 años, a condición de que éstos no estén casados. Estas condiciones también son exigidas por las compañías de seguros.

[69] Estas cifras contrastan con los resultados de la Encuesta de Demanda realizada en 1987, que estimó en sólo un 12% la población del Distrito Nacional afiliado a seguros médicos. La diferencia puede estar relacionada con un ^{de 1985 a 1987} crecimiento significativo de los afiliados a planes privados ~~durante los dos años transcurridos entre las dos encuestas (AID, 1985 e IEPD-IRG, 1987).~~ De hecho, un director de una Igualada Médica dijo en una entrevista que el número de igualados afiliados a su compañía se había duplicado entre 1987-1988.

se presentan en los cuadros del 20 al 25.

Con excepción de una compañía, todas las igualas médicas están afiliadas a más de una clínica. Sin embargo, siete de ellas ofrecen sus servicios principalmente en una sola clínica, usualmente adyacente a la oficina de la iguala. En la mayoría de los casos, dicha clínica es propiedad del presidente o de los accionistas de la compañía. Esta concentración de los servicios, facilita el flujo de personas hacia una clínica en particular, aumentando el número de pacientes atendidos por los médicos afiliados y los beneficios de éstos.

Casi todas las mayores clínicas del Distrito Nacional están afiliadas a varias igualas y compañías de seguros médicos. De las ocho igualas estudiadas, dos de ellas tienen 13 y 15 clínicas afiliadas respectivamente (cuadro 20). El resto tiene relación con 6 o menos clínicas. Generalmente los médicos también están afiliados a varias compañías. El número de médicos afiliados varía bastante entre ellas. En un extremo existe una iguala que tiene 631 médicos afiliados, dos tienen 250, tres entre 100 y 190 y dos cuentan con 60 médicos.

Con respecto a la relación de las compañías de seguros con las clínicas (cuadro 21), una compañía tiene acuerdos de servicios con la mayoría de las clínicas del Distrito; las demás compañías cuentan con un número de clínicas que varía entre 8 y 20.

ganancias. Así, a nivel empresarial la meta de muchas de estas empresas es atraer pacientes hacia los establecimientos en los que laboran los médicos que son dueños de las igualas y/o del establecimiento. Los médicos accionistas también reciben un dividendo por formar parte de la compañía pero, como ya se indicó, las ganancias son bajas y los dividendos se pagan con mucha irregularidad (USAID-ALICO, 1987).

El cuadro 23 presenta datos comparativos sobre las cuotas promedio mensuales fijadas para diferentes planes, muestra dos aspectos principales: Primero, y como era de esperarse, las cuotas aumentan en ambos tipos de seguros según el número de personas incluidas en la póliza (individuo, pareja o familia). En segundo lugar, en todas las categorías, las cuotas son más costosas (aproximadamente el doble) en las compañías de seguros con relación a las que ofrecen las empresas de igualas. Las cuotas registradas en el cuadro 23 representan aproximaciones, pues fueron elaboradas sobre la base promedio de las cuotas fijadas a las empresas.

Los planes ofrecidos por los seguros privados son muy diversos. Estos planes son usualmente negociados de una manera "ad hoc" con las empresas en atención a los servicios requeridos por éstas. Así, las cuotas también varían según el tipo de plan demandado. Cabe apuntar que muchas empresas tienen un plan ejecutivo para el personal de alto rango, por el cual se pagan cuotas más altas. También, las compañías de seguros ofrecen planes -más costosos aún- que dan múltiples beneficios a los

[72] Por ejemplo, uno de ellos ofrece un "plan de salud estético" cuyos beneficios incluyen prevención y tratamientos terapéuticos de la arrugas, tratamientos endocrinológicos, tratamiento terapéutico del

la Cámara Americana de Comercio, confirman también la doble afiliación: el 65% de las empresas ofrece planes de igualas médicas privadas adicionales a la seguridad social pública (IDSS) del país (USAID, 1985.).

El cuadro 22 presenta datos sobre los ingresos y egresos de las igualas médicas estudiadas [70]. Los gastos para proveer servicios médicos a las 252,000 personas afiliadas a los planes de igualas médicas ascendió, en el año 1987, a la suma de RD\$24 millones millones. Estas cifras representan RD\$ 97.00 por persona al año, unos US\$ 27.00 por persona a la tasa de cambio promedio de 1987. Aproximadamente un 70% del gasto total [71] fue para cubrir servicios médicos e intermedios (hospitalización, consulta externa, medicina, laboratorio y rayos X). Un 44% de este total se utiliza en hospitalización. El 30% del total se destinó a cubrir gastos administrativos.

Los ingresos o aportes suministrados por las empresas y/o personas afiliadas, descartando una compañía que no proporcionó la información, ascendieron a RD\$23,876,879 pesos. Las ganancias netas para las siete compañías fueron de RD\$1,125,526 pesos. De esa suma, una compañía reportó beneficios por RD\$670,899, lo que representa un 60% del total. Las demás compañías apenas cubren sus costos, aunque ninguna operó con déficit en el último año. Entrevistas efectuadas al respecto sugieren que las igualas médicas estarían más interesadas en conseguir una parte mayor del mercado y cubrir sus costos y no tanto por sacar grandes

[70] No se cuenta con información de costo para los seguros médicos.

[71] Basado en cuatro igualas que reportaron estos costos en su totalidad.

diario por una habitación hospitalaria. Como incentivo, una compañía de iguala ofrece, en todos sus planes, internamiento clínico los 365 días del año. La mayoría de las compañías de seguros ofrecen de 70 a 120 días de hospitalización. El pago máximo por día/paciente en hospitalización de tales compañías de seguros supera al que otorgan las igualas en casi todas las categorías. En ambas compañías si la tarifa por día/paciente es mayor que la establecida, el paciente deberá pagar la diferencia en el precio [73]. Los seguros pagan hasta \$4000 pesos por cirugía, mientras que las compañías de igualas por este concepto pagan un máximo de \$2,500 pesos [74]. En el caso de las compañías de seguros, si los honorarios son mayores que el máximo acordado el paciente paga la diferencia. Cabe señalar que en las igualas médicas las mayorías de las cirugías están cubiertas dentro del límite pagado por este concepto. Cuando se trata de cirugía muy especializada el paciente aportará un copago (al médico) por la cantidad no cubierta. Los seguros privados también pagan mejor sus servicios de maternidad, ofreciendo mejores ventajas al médico en cuanto al pago por evento (parto normal, cesárea y aborto legal). Como en el caso de cirugía, el menor pago (en comparación con las compañías de seguros) generalmente no significa un aporte por parte de los usuarios debido a un arreglo de tarifa entre los médicos afiliados y la iguala.

Hay que señalar que los seguros privados ofrecen al paciente un deter-

[73]Puesto que toda iguala está mayormente afiliada con sólo una clínica para hospitalización, a menos que el paciente no quiera una habitación de mayor precio, no hay un copago.

[74]Por lo general, los paciente de ambas tipos de compañías deben esperar seis o más meses después de su inscripción para calificar para cirugía que no sea de emergencia.

usuarios [72]. Obviamente, la prima que debe pagar el asegurado aumenta con los beneficios recibidos. Con relación al pago de las cotizaciones la mayoría de las empresas afiliadas aportan del 50 al 70% del total de la cuota, lo que reduce significativamente el aporte del empleado y facilita el acceso a este tipo de atención médica. En efecto, si tomamos en consideración el nivel de salario promedio actual, difícilmente un trabajador puede pagar por sí solo un seguro privado.

c) Tipo de servicios y planes ofrecidos

Como se observa en cuadro 24, los servicios de salud ofrecidos por estas compañías y sus alcances varían según el tipo de plan. En los planes más económicos las compañías tratan de minimizar los costos, suministrando a sus afiliados servicios de consulta sólo por problemas de salud específicos. Por lo general, las iguales ofrecen un número mayor de consultas ambulatorias, variando de 12 a 36 al año, mientras que, en las compañías de seguro, el rango oscila entre 8 y 15 consultas por persona al año. Sin embargo, hay muy poca diferencia entre ambos tipos de empresas con respecto al pago por la consulta, oscilando entre 15 y 30 pesos. Es importante destacar que generalmente las compañías de seguros reembolsan al paciente el pago acordado por la consulta médica. Si la tarifa del médico es mayor que el máximo pagado por la póliza el paciente paga la diferencia. En cambio, las iguales pagan una tarifa fija al médico sin un copago por parte del usuario.

En los servicios de hospitalización, por un máximo de 30 a 90 días al año, los diferentes planes de las iguales pagan entre RD\$20 y 120 pesos

acné y cirugías plásticas para reconstrucción y estética.

Las igualas medicas pagan entre un 50 y un 100 % del suministro de medicamentos bajo hospitalización y emergencia. Sólo una de las ocho igualas estudiadas no cubre medicamentos para internados, excepto en aquellos casos en que las empresas igualadas hayan convenido este beneficio como un extra contractual, sea bajo una tarifa fija o por administración. Las Compañías de Seguros pagan por este concepto una suma fija anual que oscila entre RD\$400 a 1500 pesos. Es indudable que por este concepto el beneficio otorgado por las igualas a sus clientes es mucho más adecuado, ya que la suma suministrada por los seguros, a los precios actuales de las medicinas, apenas cubre las necesidades de los primeros días de hospitalización.

Ambos tipos de compañías ofrecen, principalmente, servicios de medicina curativa. Los servicios preventivos reciben muy baja cobertura. Seis de las igualas no cubren chequeo médico o exámenes generales, una lo cubre como cualquier consulta de morbilidad y otra permite un chequeo anual si no se ha hecho utilización de los beneficios del plan en el año. Los seguros privados no cubren estos servicios. Solamente dos compañías de seguro y dos igualas cubren servicios de vacunación. Los servicios de puericultura (consulta pediátrica con fines de control de peso, crecimiento y alimentación) son cubiertas como cualquier consulta de morbilidad, en la mayoría de las igualas y seguros. Cuatro igualas y dos seguros cubren la inserción del DIU, vasectomía y esterilización. Todas cubren un papanicolau anual.

Aunque la cobertura según grupos poblacionales y tipos de servicios es bastante extensiva, existen exclusiones significativas en los planes más comunes que son similares tanto en las igualas como en las compañías de

minado número de consultas médicas hospitalarias al año, por las cuales el médico recibe un pago que varía entre RD\$20 y 30 por día/consulta sin importar el número de veces que visite al paciente en el día. La mayoría limita el número de consultas entre 12 y 75 por año. En las iguales médicas, en cambio, este servicio forma parte del "paquete de hospitalización", sin límites de consultas médicas, existiendo acuerdos de pago entre la clínica y el médico por este concepto. En síntesis, las iguales ofrecen mayores o iguales servicios médicos que la compañías de seguro por un precio menor tanto para la iguala como para el paciente. Eso se debe en parte a que las iguales médicas pagan honorarios más bajo a sus médicos afiliados a cambio de proporcionales un mayor número de pacientes que son canalizados a la clínica (hospital) donde laboran la mayor parte de los médicos afiliados.

En el cuadro 25 se presentan datos comparativos sobre servicios intermedios, preventivos y otros, ofrecidos a través de los planes de la iguales y de las Compañías de Seguros. Las medicinas en consulta externa no están cubiertas por ninguna de las iguales encuestadas. Mientras que en algunos planes de seguro es cubierta hasta un 80%. Tanto en hospitalización como en consulta ambulatoria, las iguales cubren totalmente las pruebas de laboratorio y radiografías denominadas "simples" [75]. En los casos de procedimientos especiales como tomografía, sonografía, encefalografía y otros estudios especiales, se exige un copago por parte del usuario de un 50%. Los seguros ofrecen una suma anual que oscila entre \$125 y 400 pesos para los exámenes ya sea simples o complejos.

[75] Se denominan exámenes "simples" aquellos exámenes de rutina (orina, sangre, materia fecales, estudio de tejidos, biopsias, entre otros).

autoadministrados o de autogestión. Estos se caracterizan porque son administrados por una compañía creada por la institución o asociación que demanda los servicios de salud, y que compra -al igual que las empresas de iguales- a clínicas particulares. Un ejemplo de ellos es el Seguro Médico para Maestros (SEMMA), adscrito a la Secretaría de Estado de Educación Bellas Artes y Cultos (SEEBAC), el cual se instituyó mediante decreto No.2745 del Poder Ejecutivo en febrero de 1985 [77].

Son beneficiarios de los servicios médicos y de hospitalización del SEMMA, los maestros y sus dependientes directos. Los dependientes son el cónyuge e hijos cuyas edades están comprendidas entre un mes y 18 años (inclusive), solteros y que vivan bajo su techo, y aquellos hijos que se encuentren residiendo fuera del domicilio del maestro por razones de estudios, de divorcio o separación reconocida. Según resolución de la Junta Directiva de fecha 12 de marzo de 1988, el servicio médico es obligatorio para el docente, aunque se beneficie también de cualquier otro seguro.

A diferencia de las otras iguales, los asegurados por SEMMA sólo pueden acudir a una clínica en busca de servicios. Ellos pueden escogerlas dentro del listado de clínica afiliadas. Seis clínicas están afiliadas en Santo Domingo, ofreciendo servicios a 24,328 personas; 7960 maestros

[77] El Seguro Médico para Maestros está regido por una Junta de Directores integrada de la siguiente manera: El Secretario del Estado de Educación, Bellas Artes y Cultos quien la presidirá, el asesor social del Poder Ejecutivo, un representante de la Asociación Dominicana de Profesores, el Administrador General del Instituto de Auxilios y Viviendas, y un representante de la Cooperativa Nacional de Maestros. La oficina de la administración del SEMMA está integrada por un Secretario Ejecutivo y un equipo médico-administrador.

seguros. Están excluidas las personas mayores de 65 años, con excepción de una iguala que acepta hasta los 70 años. Las mujeres solteras no tienen derecho a servicios de maternidad. Tampoco cubren servicios dentales, enfermedades crónicas, tratamiento psiquiátrico [76], tratamiento de rehabilitación, tratamientos a drogadictos y alcohólicos, pruebas de alergias, tratamiento para manejar la obesidad y tratamiento contra el cáncer (como en el uso de radioterapia, ruidos, cobaltoterapia). En las compañías de seguros, algunos de estos tratamientos son cubiertos a través de un plan especial llamado "médico mayor" en que el asegurado tiene derecho a los beneficios del seguro por gastos médicos mayores. En los casos de beneficios por "Seguro Médico Mayor", cuando se haya consumido la cobertura del seguro básico y el deducible que corresponde según el plan, se reembolsará el 80% de los gastos que exceda la cobertura básica incurrida por el asegurado. Por los beneficios de este plan el asegurado debe pagar una suma extra anual, que puede oscilar entre RD\$350 a 500.

Los servicios de las igualas son ofrecidos en las clínicas o en los consultorios de los médicos afiliados. Los pacientes pueden elegir cualquier médico de los afiliados a la iguala, con excepción de algunos de estos que requieren que sus pacientes se dejen examinar por un médico referidor.

d) Seguro Médico para Maestros: otra alternativa de Seguros Privados "

En los últimos años se han creado modelos nuevos de seguros, llamados

[76]Algunas igualas y seguros aceptan que sus pacientes reciban consultas de psiquiatría como cualquier consulta de morbilidad

este plan, son muy similares, en cuanto a cobertura, a los brindados por las compañías de igualas médicas; sin embargo, la cuota pagada es muy inferior a la exigida por la mayoría de las compañías de igualas (ver cuadro 23). Igual que el caso de las igualas, las clínicas grandes quieren estar afiliadas al SEMMA por el volumen de pacientes que atraen a la clínica.

2.2 Las instituciones de salud sin fines de lucro (ISFL).

Como en otros países de la región, operan en la República Dominicana una serie de organizaciones que ofrecen bienes y/o servicios de salud por un costo inferior a los precios del mercado. Son las denominadas "instituciones sin fines de lucro" (ISFL). Algunas de ellas reciben subvención parcial del Estado Nacional, otras se financian principalmente con fondos externos [79]. Varias de estas organizaciones sólo operan en el país y otras forman parte de redes internacionales.

Los datos disponibles sobre la ISFL son muy limitados. El cuadro 26 registra 35 ISFL que ofrecen servicios de supervivencia infantil o de salud general en el Distrito Nacional, de las cuales 15 son regidas por organizaciones religiosas. Estas instituciones ofrecen 123 programas que incluyen servicios preventivos y materno-infantiles. Es probable que varias de estas instituciones oferten servicios directos de salud y que parte de las organizaciones registradas a través de esta fuente (AID-ENTRENA, 1987) también estén incluidas en el inventario que aparece en

[79] Entre los primeros se encuentran el Instituto de Oncología, el Centro de Rehabilitación y el Hospital de Diabetes. Ejemplos del segundo tipo son "Acción Evangelica" y CARITAS.

y 16,368 dependientes.

Los beneficiarios de este seguro tienen derecho de 10 a 15 consultas externas al año, exámenes "simples" de laboratorios y rayos X [78]. Por análisis complejos de laboratorio y procedimientos especializados (tales como electrocardiograma, tomografía y sonografía) el usuario paga un 50% del costo. En caso de internamiento se le prestan al usuario una gama amplia de servicios hospitalarios, (incluyendo cirugía, anestesia, cuidados intensivos y medicamentos, entre otros). Cada vez que un afiliado requiera hospitalización se le prestarán los servicios de una habitación semi-privada (es decir compartida con uno o dos pacientes). En caso de elegir una habitación de mayor costo, el afiliado cubrirá la diferencia correspondiente. Los servicios de emergencia y maternidad están cubiertos en su totalidad. Chequeo anual y consulta de niño sano están cubiertas como cualquier consulta de morbilidad. Al igual que los demás seguros e iguales, no se incluye medicina en la consulta externa, servicios odontológicos y algunos tratamientos especializados (alcoholismo, drogadicción, cáncer, medicina física y rehabilitación entre otros).

El seguro médico opera con fondos provenientes en un 75% de la SEEBAC y en un 25% de los afiliados. Por el paquete de servicios descrito anteriormente, se le paga a la clínica afiliada RD\$7.5 por persona mensual. Es importante señalar que los beneficios ofrecidos a través de

[78]Se entiende por exámenes "simples" aquellas pruebas que son rutinarias y corrientes y que requieren material, equipo y sustancias químicas costosas. Por ejemplo, en el caso de laboratorio: hemograma, orina, glicemia, VDRL y colesterol. En el caso de radiografía: cualquier área topográfica del organismo.

importantes servicios auxiliares y de diagnóstico y 128 médicos prestar sus servicios en una gama importante de especialidades.

2.3 Resumen analítico

Hay diferencias muy importantes al interior de la práctica médica privada, derivadas de un conjunto de peculiaridades que separa no solo las ISFL del área propiamente lucrativa, sino que divide también este último subsector.

Los dos subsectores que componen el sector privado lucrativo se diferencian en términos del tipo de población que cubren y por la forma de acceso a los servicios de salud.

La consulta externa y los servicios de hospitalización en este sector se ofrecen, principalmente, en establecimientos denominados "clínicas". Como se destaca en el cuadro 18, hay una gran brecha en el tipo de servicios médicos e intermedios que ofrecen las clínicas "grandes" con respecto a las más pequeñas. Esa diferencia se debe, en parte, a la falta de equipos y personal en las clínicas pequeñas. Aunque de manera frecuente, a través de los medios de comunicación se realizan críticas anecdóticas sobre la calidad de los servicios de ciertas clínicas ubicadas en barrios populares o que prestan atención a sectores de bajos ingresos, se requeriría un estudio más específico y profundo para conocer cabalmente la situación de estos establecimientos.

Las compañías de igualas y seguros médicos operan mediante el cobro a

el cuadro 27 (García, Caimares y otros, 1985).

El Inventario de Establecimientos de Salud efectuado en 1985 (García, Caimares y otros) es la fuente que ofrece mayor información sobre este sub-sector (cuadro 27). Esta fuente registró 56 establecimientos de este tipo, de los cuales 5 tienen servicios de hospitalización con una dotación de 246 camas [80]. Adicionalmente, 51 establecimientos solo ofrecen atención médica ambulatoria (consultorios y dispensarios). Se observa también que 392 médicos, 147 enfermeras y 50 odontólogos, prestan atención de salud dentro de estas instituciones, y que varios de estos establecimientos ofrecen servicios auxiliares y de diagnóstico (cuadro 27). Aunque, dentro del sector privado los recursos físicos y humanos que administran la ISFL no son cuantitativamente significativos, hay que destacar que la atención en salud de algunas de estas instituciones reviste notable importancia, porque ofrecen servicios especializados que no son cubiertos por ningún otro sector del país (como es el área de rehabilitación de inválidos) o por el sector público (casos de los Institutos de Oncología y Dermatológico).

Hay que señalar, por último, que en el Distrito Nacional se concentran 5 de las principales Instituciones sin fines de lucro [81]. Como se observa en el cuadro 28, estas 5 instituciones poseen 240 camas (equivalente al 100% del total existente en este subsector), están dotadas de

[80] Esto representa el 8% de las camas registradas por esta fuente para el sector privado y un 4.1% del total para el Distrito Nacional.

[81] Se trata del Instituto de Oncología, Hospital de Diabetes, Centro de Rehabilitación, Instituto de Cardiología e Instituto Dermatológico.

Los médicos se incorporan a las igualas por un pago mucho menor (ya que reciben entre un 33 y 75% del pago normal), es que ellos pueden aumentar el volumen de sus pacientes entre un 10 a un 30% (USAID, 1985). Muchos médicos proveedores se quejan de la baja retribución de los servicios otorgados por las igualas, y prefieren afiliarse solamente a los seguros privados porque le cobran a sus pacientes su tarifa normal. Posteriormente, los asegurados solicitan un reembolso a la compañía por una parte del costo. Los pacientes de igualas alegan que son los últimos en ver al médico y aducen que generalmente el trato es inferior al otorgado a los pacientes que pagan directamente. Normalmente los médicos tratan mejor a los pacientes de los seguros privados porque son retribuidos a una tarifa más alta y directamente por los pacientes. De hecho, en una entrevista con el director médico de una de las clínicas más grandes y prestigiosas de Santo Domingo, refiriéndose a unas Igualas que retribuyen al médico menos de RD\$10 por consulta, argumento que esos pacientes reciben una consulta de ese precio, es decir, examen superficial, diagnóstico a medias y rápida entrega de una receta.

Los planes de igualas y seguros médicos privados se dirigen en un alto porcentaje a cierto tipo de empleados públicos y a trabajadores y empleados privados que deberían estar cubiertos o protegidos por el seguro social. De hecho, una buena parte de esos trabajadores son cotizantes del seguro social. Así, la doble afiliación implica un aumento del costo de la atención médica de la fuerza laboral, incremento financiado por el sector empresarial y los trabajadores.

Probablemente entre un 40 y un 60% de los pacientes que demandan ser-

sus usuarios de un prepago o cuota mensual por un paquete de beneficios que incluye hospitalización, atención ambulatoria y otros servicios. Mientras los seguros reembolsan al cliente los gastos incurridos por atención médica, especialmente por servicios ambulatorios, las igualas pagan el servicio directamente a la clínica o al médico afiliado.

Las cuotas pagadas y los servicios ofrecidos, por ambos tipos de compañías, varían según el plan. Las igualas médicas, por lo general, ofrecen cuotas más económicas que las brindadas por los seguros privados. Las igualas ofrecen, además, igual o mejor cobertura, con la excepción de cubrir medicinas en la consulta externa. Ambos tipos de empresas, principalmente, ofrecen servicios de medicina curativa. Los servicios preventivos reciben muy baja cobertura. Normalmente, limitan el número anual de consultas, el pago por habitación hospitalaria y el uso de servicios auxiliares de diagnóstico. Por lo general, no incluyen dentro de sus planes servicios dentales, tratamiento de las enfermedades crónicas, medicina física y rehabilitación, problemas de esterilidad, alcoholismo y drogadicción, entre otros.

Hay mucha competencia entre las igualas y las compañías de seguros privadas. Las igualas ofrecen una cobertura más amplia con menos deductibles y copagos y por una cuota menor. Por lo general, para las compañías de seguros es difícil competir con las igualas, porque las últimas no tienen los mismos requisitos de mercadeo, administración, reserva o ganancia y, por lo tanto, pueden ofrecer sus servicios a un menor precio (USAID-ALICO, cit, 1987). De igual importancia -debido a acuerdos entre igualas, clínica y médicos- las igualas pagan menos por concepto de honorarios que las compañías de seguros. La razón por la que

3. CONCLUSIONES

A partir del análisis efectuado en este capítulo, corresponde puntualizar ahora algunos aspectos que aporten una perspectiva más global y comparativa de los servicios de salud en el Distrito Nacional.

Los objetivos, naturaleza y dinámica de los sectores públicos y privados de salud son disímiles. Estas diferencias se expresan claramente a través de las **redes de servicios**. Como se observa en el cuadro 29, en el Distrito Nacional se concentran 520 establecimientos de salud, de los cuales 427 (un 82%) se ubican en el sector privado. El sector privado tiene, además, el 76% de los establecimientos de consulta externa y el 92% de los establecimientos con camas de esta región. Sin embargo, en comparación con el sector privado, todos los hospitales (14) del sector público reúnen características de mayor complejidad. En efecto, aunque el sector público sólo tiene el 8% de los establecimientos con camas del Distrito Nacional; estos hospitales concentran el 48% del total de camas. Además, 13 de los 14 hospitales del sector público tienen más de 100 camas; mientras que en este rango sólo caen 5 de las 165 clínicas privadas. Un tercer indicador que muestra la mayor complejidad del sector público es el siguiente: todos los establecimientos hospitalarios de este sector tienen laboratorios y farmacias y dos terceras partes tienen rayos X; mientras que en el sector privado lucrativo sólo una tercera parte de las clínicas tienen rayos X y farmacia y el 86% laboratorio (cuadro 29).

Por último, los hospitales públicos son centros de referencia tanto de los 68 establecimientos de primer nivel del Distrito Nacional

vicios de salud en el sector privado lucrativo son "asegurados" o "igualados". Se desconoce la cobertura de las denominadas "instituciones sin fines de lucro"; no obstante, en la medida en que ofrecen bienes y/o servicios a un costo inferior a los precios del mercado, este tipo de atención muy probablemente es demandado por estratos populares no cubiertos por ningún plan médico de seguro y que no pueden pagar los servicios del sector lucrativo particular. Algunas ISFL reciben subvención parcial del Estado, otras operan con recursos donados por agencias internacionales. Es importante destacar que varias de estas instituciones ofrecen servicios especializados no cubiertos por ningún otro sector (rehabilitación de inválidos y oncología, entre otros).

mientras los demás establecimientos privados (alrededor de 90% de las clínicas) se sostienen sobre la base del pago directo por la prestación de servicios.

El análisis comparativo de algunos indicadores de recursos físicos y humanos del sector público del Distrito Nacional, presentados en el cuadro 30, muestra una mayor disponibilidad relativa en el ISSFAPOL con respecto al IDSS y a la SESPAS. Se observa una desigualdad relativa de recursos con relación a sus respectivas "poblaciones bajo responsabilidad" (PRR) [82], en favor de los dos sistemas cerrados y en desmedro de la SESPAS [83]. Así, por ejemplo, con relación al número de médicos, la SESPAS solo tiene 17% más que el IDSS para ofrecer atención a una PRR casi tres veces mayor (cuadro 30). Por otro lado, se observa, además, una sobredotación de personal médico con respecto al personal de enfermería en todos los subsectores, especialmente en el caso de ISSFAPOL e IDSS. Hay que apuntar, sin embargo, que la relación que presenta la SESPAS (208 personal de enfermería por cada 100 médicos) supera la tasa promedio de Latinoamérica, que es de 128, lo que es un indicador positivo (OPS, 1986, cuadro 3-16).

Los datos del cuadro 31 permiten comparar el financiamiento de los servicios de salud de la SESPAS, el IDSS y los programas de Igualdad Médica. En 1987, la SESPAS erogó 22.1 millones de RD\$ en servicios médicos en el Distrito Nacional. Esta suma es menor que la correspon-

[82] Sobre las estimaciones de la PRR para cada subsector véase nota del cuadro 30.

[83] Excepto en el caso de la tasa del personal de enfermería por 10,000 PRR que no arroja diferencias significativas (cuadro 30).

(poli-clínicas, subcentros, consultorios y clínicas urbanas y rurales) como de otros establecimientos públicos del interior. En contraste, el sector privado lucrativo (que además de las 145 clínicas posee unos 230 establecimientos que sólo ofrecen consultas médicas ambulatorias) responde a una dinámica diferente -aquella que se deriva de la oferta y demanda mercantil de servicios médicos- que no requiere ni estimula una coordinación entre los diferentes componentes de la red de servicios existente en este sector.

Un alto porcentaje de las clínicas privadas son pequeñas y tienen muy poca capacidad de resolución, en comparación con los hospitales del Estado y las clínicas privadas grandes. A las clínicas pequeñas principalmente acude la población de los estratos populares que no está protegida por ningún plan de seguro médico a nivel privado o público. Si al paciente de estos pequeños establecimientos se le presenta una complicación en el transcurso de la atención, los usuarios no tienen, en la mayoría de los casos, los recursos económicos para acudir a establecimientos más complejos de salud y, por lo tanto, lo más probable es que terminen por recurrir a un hospital de la SESPAS.

Las grandes clínicas reúnen en un sólo establecimiento los servicios que el sector público divide en 3 niveles; o sea, el paciente tiene acceso al paquete integrado de servicios que puede pagar o que el plan de seguros o igualas le permite. No obstante, la mayoría de las clínicas privadas no están integradas a ningún plan de igualas médicas. De hecho, las 15 clínicas más grandes (con alrededor de 50 camas o más y dotadas de servicios auxiliares más amplios y complejos) son las que cubren la población afiliada a esta modalidad lucrativa de oferta de salud,

En general, se registra una menor utilización del servicio ambulatorio en la SESPAS (1.2 consultas por PBR contra 2.8 en el IDSS) [84]. En cambio, en el servicio hospitalario la utilización es mayor en la SESPAS (9.3 egresos por 100 PBR frente a 6.5 en el IDSS). La relativa utilización del servicio de consulta externa en el IDSS con relación a la SESPAS probablemente responde a la distribución de medicina gratis, ya que, aunque la SESPAS también ofrece medicamentos gratuitos, su gasto en este renglón -como se destacó previamente- es 2.5 veces menor por PBR. La diferencia en egresos podría responder a dos factores: baja cobertura del IDSS en hospitalización para dependientes del asegurado y alta morbilidad entre la población indigente que sólo recurriría a los servicios de la SESPAS en caso de morbilidad severa.

Como se observa en el cuadro 32, dos terceras partes de las consultas externas de la SESPAS se ofrecen en hospitales, mientras que en el IDSS es de sólo 1/3 parte. Este hecho es consistente con lo previamente señalado sobre la concentración de personal y gastos corrientes de la SESPAS en este tipo de establecimiento de salud.

Aunque desde 1956 el "Código de Salud Pública" otorga a la SESPAS atributos legales para constituirse en el organismo rector del sistema de salud tanto a nivel público como privado [85], esa dependencia esta-

[84] No hay datos de utilización de los servicios para el ISSFAPOL.

[85] El "Código de Salud Pública" (Ley 4471, del 28 de junio de 1956) atribuye a la SESPAS la función de organizar, coordinar y orientar, por medios de normas, las labores que realizan no sólo sus propias dependencias y otros servicios gubernamentales, sino también las instituciones privadas de asistencia médica y, además, controlar el ejercicio de la medicina y profesiones afines. Véase al respecto, art.7 de la Ley 4471, cit., también, IEPD, 1985, cit. p.92.

diente al IDSS, que ascendió a 24.8 millones y la gastada por las iguales médicas (24.4 millones). Atribuyendo a la SESPAS una población de responsabilidad de 38%, encontramos que el gasto anual por usuario de este organismo asciende a RD \$34.3, muy significativamente menor que el del IDSS (RD \$142.7 por PBR) e iguales (RD\$ 96.7). En el caso específico del renglón medicamentos, el gasto por PBR del IDSS es 2.5 veces superior (RD\$ 27.6) al erogado por la SESPAS y las Iguales Médicas.

El gasto total de 96.7 por PBR en el caso de las iguales es en apariencia menor que el del IDSS (142.7 por PBR). No obstante, hay que recordar las restricciones y/o copagos que existen en las iguales privadas (tales como no pago por medicina en la consulta externa, limitaciones en el número de consultas externas y copagos con respecto a cirugías y servicios diagnósticos especiales) que, de hecho, elevarían el costo de estos servicios para los pacientes.

Comparando los gastos de la SESPAS y el IDSS, encontramos que la SESPAS tiene una alta concentración en el tercer nivel, evidenciado por el hecho de que el 91% de sus gastos corrientes y 92% de sus erogaciones de medicamentos se destinan a los establecimientos de este nivel, mientras que los porcentajes respectivos en el caso del IDSS son 68 y 58. En cambio, el IDSS tiene una gran concentración de sus gastos en el renglón servicios personales (73%) mientras que la SESPAS erogó sólo 54%. La proporción de la SESPAS se aproxima más al rango de otros países del Tercer Mundo.

tal no ha establecido aún los mecanismos normativos y operativos que le permitan materializar el cumplimiento de esta función y desempeñar un rol coordinador importante. A pesar de los señalamientos previos y tomando en consideración la heterogeneidad del sistema de salud en la República Dominicana, en el contexto de este estudio se consideró pertinente incagar sobre la existencia o no de coordinación entre los diferentes subsectores del sistema de salud. Una conclusión general al respecto corroboró la ausencia de una **coordinación** sobre aspectos esenciales entre las principales instituciones y organizaciones que ofrecen este vital servicio a la población dominicana. Registramos, no obstante, varios acuerdos formales o de hecho, entre los cuales citaremos los siguientes:

Por un lado, existen acuerdos entre la SESPAS y determinadas instituciones sin fines de lucro. Regularmente la SESPAS otorga subvención monetaria a varias ISFL en el Distrito Nacional, entre los cuales las más importantes son el Centro de Rehabilitación, el Instituto Dermatológico y el Instituto de Oncología [86]. También, médicos contratados por la SESPAS laboran en las ISFL [87].

Por otro lado, constatamos medidas implementadas por la SESPAS en apoyo del IDSS. Desde enero de 1988 esa Secretaría otorga una subvención de 1 millón de pesos mensuales al Seguro Social para fortalecer las pres-

[86] Otras instituciones no lucrativas subsidiadas en el Distrito Nacional, son Centros de Sordomudos, varios hogares-escuela para niños y asilos de ancianos.

[87] Así, en enero de 1988, se registran 4 médicos contratados por la SESPAS laborando en el Centro de Rehabilitación, 4 en el Instituto Dermatológico, 28 en el Instituto de Oncología y 5 en el de Diabetes (SESPAS, Departamento de Planificación).

taciones médicas ofrecidas a los asegurados. Existe, además, un acuerdo formal entre la SESPAS, el IDSS y el Instituto de Estabilización de Precios (INESPRE) para la adquisición y expendio de medicamentos esenciales.

Por último, entre el IDSS y el sector privado lucrativo existe un acuerdo formal mediante el cual el IDSS satisface la demanda interna no cubierta de camas y de realización de pruebas de laboratorio especializados [88]. El IDSS otorga también ayuda financiera al Instituto de Oncología (ISFL) y al Hospital Rodolfo de la Cruz Loras de la SESPAS, para cubrir el tratamiento de sus afiliados afectados de cáncer y tuberculosis respectivamente.

En conjunto, los indicadores presentados en los cuadros 29, 30 y 31 evidencian una mayor limitación presupuestaria y, en general, de recursos físicos y humanos de la SESPAS, organismo responsable de proveer tan vital servicio al más postergado y mayoritario sector de la población dominicana.

Con relación a la atención ambulatoria, múltiples deficiencias han sido destacadas en los casos de la SESPAS y el IDSS. Las fuentes consultadas, (Ulloa, 1985; Hevia Rivas, 1985; SESPAS, 1984, entre otros) las entrevistas a personas claves y las propias observaciones de los investigadores, ponen de relieve el descontrol administrativo, particularmente del horario y tiempo de servicio del personal médico, y la

[88] Véase, SESPAS "Características de los Servicios de Salud", 1985 (Documento interno, mimeo).

concentración de las consultas en el horario matutino [89]. Estos dos aspectos producen, a su vez, problemas en el uso del espacio físico (por ejemplo, más de un médico por consultorio) que, en muchos casos, reducen el ya escaso tiempo de servicio de los médicos de 4 a 2 horas de trabajo al día. El deterioro de la calidad de los servicios se acentúa, además, por la falta de medicamentos, instrumentos quirúrgicos y otros materiales. La mayoría de las fuentes utilizadas aportaron informaciones anteriores al año 1987. En tal sentido, nuevos estudios deben realizarse al respecto, para ponderar el alcance de las medidas correctivas instrumentalizadas por las actuales autoridades de salud pública del país.

La ineficiencia de los servicios y las limitaciones presupuestales y de otros recursos del sector público han contribuido indirectamente a la expansión del sector privado de salud. En efecto, una parte importante de la población, que por su situación socio-económica debería estar bajo la responsabilidad del ámbito público, tiene que recurrir al sector lucrativo de salud. En el caso del IDSS, la situación descrita ha favorecido el crecimiento de los seguros médicos privados, creando las condiciones para una doble afiliación.

Hay que destacar, por último, que la medicina preventiva es la gran ausente de la práctica médica institucional en la República Dominicana. De hecho, no sólo el sector público enfatiza la práctica curativa, sino que también los planes ofrecidos a través de la gran mayoría de las Iguales y Seguros Médicos privados descuidan la medicina preventiva. Si tomamos en consideración el perfil epidemiológico del país (predominio

[89] En gran medida, esta concentración de los servicios en horario matutino se corresponde con el interés de un sector importante de los médicos que laboran en consultas privadas en horario vespertino.

de enfermedades infectocontagiosas) el descuido de la prevencion de enfermedades es un problema muy grave.

Santo Domingo, R.D. Septiembre,
1988.-

3. CONCLUSIONES

A partir del análisis efectuado en este capítulo, corresponde puntualizar ahora algunos aspectos que aporten una perspectiva más global y comparativa de los servicios de salud en el Distrito Nacional.

Los objetivos, naturaleza y dinámica de los sectores públicos y privados de salud son disímiles. Estas diferencias se expresan claramente a través de las **redes de servicios**. Como se observa en el cuadro 29, en el Distrito Nacional se concentran 543 establecimientos de salud, de los que 455 (un 84%) se ubican en el sector privado. El sector privado tiene además el 79% de los establecimientos de consulta externa y el 92% de los establecimientos con camas de esta región. Sin embargo, en comparación con el sector privado, todos los hospitales (14) del sector público reúnen características de mayor complejidad. En efecto, aunque el sector público solo tiene el 8% de los establecimientos con camas del Distrito Nacional, estos hospitales concentran el 48% del total de camas. Además, 13 de los 14 hospitales del sector público tienen más de 100 camas; mientras que en este rango sólo caen 5 de las 165 clínicas privadas. Un tercer indicador que muestra la mayor complejidad del sector público es el siguiente: todos los establecimientos hospitalarios de este sector tienen laboratorios y farmacias y dos terceras partes tienen rayos X; mientras que, en el sector privado lucrativo sólo una tercera parte de las clínicas tienen rayos X y farmacia y el 86% laboratorio (cuadro 29).

Por último, los hospitales públicos son centros de referencia tanto de los 69 establecimientos de primer nivel del Distrito Nacional

(policlínicas, subcentros, consultorios y clínicas urbanas y rurales) como de otros establecimientos públicos del interior. En contraste, el sector privado lucrativo (que además de las 165 clínicas posee unos 230 establecimientos que sólo ofrecen consultas médicas ambulatorias) responde a una dinámica diferente -aquella que se deriva de la oferta y demanda mercantil de servicios médicos- que no requiere ni estimula una coordinación entre los diferentes componentes de la red de servicios existente en este sector.

Un alto porcentaje de las clínicas privadas son pequeñas y tienen muy poca capacidad de resolución, en comparación con los hospitales del Estado y las clínicas privadas grandes. A las clínicas pequeñas principalmente acude la población de los estratos populares que no está protegida por ningún plan de seguro médico a nivel privado o público. Si al paciente de estos pequeños establecimientos se le presenta una complicación en el transcurso de la atención, los usuarios no tienen -en la mayoría de los casos- los recursos económicos para acudir a establecimientos más complejos de salud y, por lo tanto, lo más probable es que terminen por recurrir a un hospital de SESPAS.

Las grandes clínicas reúnen en un sólo establecimiento los servicios que el sector público divide en 3 niveles; o sea, el paciente tiene acceso al paquete integrado de servicios que puede pagar o que el plan de seguros o igualas le permite. No obstante, la mayoría de las clínicas privadas no están integradas, a ningún plan de igualas medicas. De hecho son las 15 clínicas más grandes (con alrededor de 50 camas o más y dotadas de servicios auxiliares más amplios y complejos) las que cubren la población afiliada a esta modalidad lucrativa de oferta de salud,

mientras los demás establecimientos privados (alrededor de 90% de las clínicas) se sostienen sobre la base del pago directo por la prestación de servicios.

El análisis comparativo de algunos indicadores de **recursos físicos y humanos** del sector público del Distrito Nacional, presentados en el cuadro 30, muestra una mayor disponibilidad relativa en el ISSFAPOL con respecto al IDSS y SESPAS. Se observa una desigualdad relativa de recursos con relación a sus respectivas "poblaciones bajo responsabilidad" (PBR) [82], en favor de los dos sistemas cerrados y en desmedro de SESPAS [83]. Así, por ejemplo, con relación al número de médicos, SESPAS sólo tiene 17% más que el IDSS pero ofrece atención a una PBR casi tres veces mayor (cuadro 30). Por otro lado, se observa, además, una sobredotación de personal médico con respecto al personal de enfermería en todos los subsectores, especialmente, en el caso de ISSFAPOL e IDSS. Hay que apuntar, sin embargo, que la relación que presenta SESPAS (208 personal de enfermería por cada 100 médicos) supera la tasa promedio de latinoamérica que es de 128, lo que es un indicador positivo (OPS, 1986, cuadro 3-16). Los datos del cuadro 31 permiten comparar el **financiamiento** de los servicios de salud de SESPAS, IDSS y programas de Igualas Médicas. En 1987, SESPAS erogó 22.1 millones de RD\$ en servicios médicos en el Distrito Nacional. Esta suma es menor que la correspondiente al IDSS, que ascendió a 24.8 millones y la gastada por las igualas médicas (24.4 millones). Atribuyendo a SESPAS una población de

[82] Sobre las estimaciones de la PBR para cada subsector véase nota del cuadro 30.

[83] Excepto en el caso de la tasa del personal de enfermería por 10,000 PBR que no arroja diferencias significativas (cuadro 30).

responsabilidad de 38%, encontramos que el gasto anual por usuario de este organismo asciende a RD \$34.3, muy significativamente menor que el del IDSS (RD \$142.7 por PBR) e iguales (RD \$96.7). En el caso específico del región medicamentos, el gasto por PBR del IDSS es 2.5 tres veces superior (RD \$27.6) al erogado por SESPAS e Igualas Médicas.

El gasto total de 96.7 por PBR en el caso de las iguales es en apariencia menor que el del IDSS (142.7 por PBR). No obstante, hay que recordar las restricciones y/o copagos que existen en las iguales privadas (tales como no pago por medicina en la consulta externa, limitaciones en el número de consultas externas y copagos con respecto a cirugías y servicios diagnósticos especiales) que de hecho elevan el costo de estos servicios para los pacientes.

Comparando los gastos de SESPAS e IDSS encontramos que SESPAS tiene una alta concentración en el tercer nivel, evidenciado por el hecho de que el 91% de sus gastos corrientes y 92% de sus erogaciones de medicamentos se destinan a los establecimientos de este nivel, mientras que los porcentajes respectivos en el caso del IDSS son 68 y 58. En cambio el IDSS tiene una gran concentración de sus gastos en el renglón servicios personales (73%) mientras que SESPAS erogó sólo 54%. La proporción de SESPAS se aproxima más al rango de otros países del Tercer Mundo.

En general, se registra una menor **utilización** del servicio ambulatorio en SESPAS (1.2 consultas por PBR contra 2.8 en IDSS) [84]. En cambio en el servicio hospitalario la utilización es mayor en SESPAS (9.3 egresos

[84] No hay datos de utilización de los servicios para el ISGFAPOL.

Dominicana, en el contexto de este estudio se consideró pertinente indagar sobre la existencia o no de coordinación entre los diferentes subsectores del sistema de salud. Una conclusión general al respecto corrobora la ausencia de una **coordinación** sobre aspectos esenciales entre las principales instituciones y organizaciones que ofrecen este vital servicio a la población dominicana. Registramos, no obstante, varios acuerdos formales o de hecho, entre los cuales citaremos los siguientes:

Por un lado existen acuerdos entre SESPAS y determinadas instituciones sin fines de lucro. Regularmente SESPAS otorga subvención monetaria a varias ISFL en el Distrito Nacional, entre las cuales las más importantes son el Centro de Rehabilitación, el Instituto Dermatológico y el Instituto de Oncología [86]. También, médicos contratados por SESPAS laboran en las ISFL [87].

Por otro lado, constatamos medidas implementadas por SESPAS en apoyo del IDSS. Desde enero de este año esa Secretaría otorga una subvención de 1 millón de pesos mensuales al Seguro Social para fortalecer las prestaciones médicas ofrecidas a los asegurados. Existe, además, un acuerdo formal entre SESPAS, IDSS y el Instituto de Estabilización de Precios (INESPRE) para la adquisición y expendio de medicamentos esenciales.

[86] Otras instituciones no lucrativas subsidiadas en el Distrito Nacional, son Centros de Sordomudos, varios hogares escuela para niños y asilos de ancianos.

[87] Así, en enero de 1988, se registran 4 médicos contratados por SESPAS laborando en el Centro de Rehabilitación, 4 en el Instituto Dermatológico, 28 en el Instituto de Oncología y 5 en el de Diabetes (SESPAS, Departamento de Planificación).

por 100 PBR frente a 6.5 en el IDSS). La relativa utilización del servicio de consulta externa en el IDSS con relación a SESPAS probablemente responde a la distribución de medicina gratis, ya que, aunque SESPAS también ofrece medicamentos gratuitos, su dotación -como se destacó previamente- es 2.5 tres veces menor por PBR. La diferencia en egresos podría responder a dos factores: baja cobertura del IDSS en hospitalización para dependientes del asegurado y alta morbilidad entre la población indigente que sólo recurriría a los servicios de SESPAS en caso de morbilidad severa.

Como se observe en el cuadro 32 dos terceras partes de las consultas externas de SESPAS se ofrecen en hospitales, mientras que en el IDSS es de sólo 1/3 parte. Este hecho es consistente con lo previamente señalado sobre la concentración de personal y gastos corrientes de SESPAS en este tipo de establecimiento de salud.

Aunque desde 1956 el "Código de Salud Pública" otorga a SESPAS atributos legales para constituirse en el organismo rector del sistema de salud tanto a nivel público como privado [85], esa dependencia estatal no ha establecido aún, los mecanismos normativos y operativos que le permitan materializar el cumplimiento de esta función y desempeñar un rol coordinador importante. A pesar de los señalamientos previos y tomando en consideración la heterogeneidad del sistema de salud en la República

[85] El "Código de Salud Pública" (Ley 4471), del 28 de junio de 1956 atribuye a la SESPAS, la función de organizar, coordinar y orientar, por medios de normas, las labores que realizan no sólo sus propias dependencias y otros servicios gubernamentales, sino también las instituciones privadas de asistencia médica y, además, controlar el ejercicio de la medicina y profesiones a fines. Véase al respecto, art.7 de la Ley 4471, cit., también, IEPD, 1985, cit. p.92.

Por último, entre el IDSS y el sector privado lucrativo existe un acuerdo formal mediante el cual el IDSS satisface la demanda interna no cubierta de camas y de realización de pruebas de laboratorios especializados [88]. El IDSS otorga también ayuda financiera al Instituto de Oncología (ISPL) y al Hospital Rodolfo de la Cruz de SESPAS, para cubrir el tratamiento de sus afiliados afectados de cáncer y tuberculosis respectivamente.

En conjunto, los indicadores presentados en los cuadros 29, 30 y 31 evidencian una mayor limitación presupuestaria y en general de recursos físicos y humanos de SESPAS, organismo responsable de proveer tan vital servicio al más postergado y mayoritario sector de la población dominicana.

Con relación a la atención ambulatoria, múltiples deficiencias han sido destacadas en los casos de SESPAS e IDSS. Las fuentes consultadas, (Ulloa, 1985; Hevia Rivas, 1985; SESPAS, 1984, entre otros) las entrevistas a personas claves y las propias observaciones de los investigadores, ponen de relieve el descontrol administrativo, particularmente del horario y tiempo de servicio del personal médico, y la concentración de las consultas en el horario matutino [89]. Estos dos aspectos producen a su vez problemas en el uso del espacio físico (por ejemplo, más de un médico por consultorio) que, en muchos casos, reducen el ya escaso tiempo de servicio de los médicos de 4 a 2 horas de trabajo

[88] Véase, SESPAS "Características de los Servicios de Salud, 1985 (Documento interno, mimeo).

[89] En gran medida, esta concentración de los servicios en horario matutino se corresponde con el interés de un sector importante de los médicos que laboran en consultas privadas en horario vespertino.

al día. El deterioro de la calidad de los servicios se acentúa, además, por la falta de medicamentos, instrumentos quirúrgicos y otros materiales. La mayoría de las fuentes utilizadas aportaron informaciones anteriores al año 1987. En tal sentido, nuevos estudios deben realizarse al respecto, para ponderar el alcance de las medidas correctivas instrumentalizadas por las actuales autoridades de salud pública del país.

La ineficiencia de los servicios y las limitaciones presupuestales y de otros recursos del sector público han contribuido indirectamente a la expansión del sector privado de salud. En efecto, una parte importante de la población, que por su situación socio-económica debería estar bajo la responsabilidad del ámbito público, tiene que recurrir al sector lucrativo de salud. En el caso del IDSS, la situación descrita ha favorecido el crecimiento de los seguros médicos privados, creando las condiciones para una doble afiliación.

Hay que destacar, por último, que la medicina preventiva es la gran ausente de la práctica médica institucional en la República Dominicana. De hecho, no sólo el sector público enfatiza la práctica curativa, sino que también los planes ofrecidos a través de la gran mayoría de la Iguales y Seguros Médicos privados descuidan la medicina preventiva. Si tomamos en consideración el perfil epidemiológico del país (predominio de enfermedades infectocontagiosas) el descuido de la prevención de enfermedades es un problema muy grave.

CUADRO 1
ESTIMACIONES SOBRE COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA (1985)

I. ORGANISMOS E INSTITUCIONES DE SERVICIOS DIRECTOS DE SALUD:

COBERTURA ESTIMADA									
1.1 Publico	a) SESPAS	40.0%							
	b) IDSE	4.0%							
	c) ISSFAPOL	4.0%							
	TOTAL	48.0%							
1.2 Privado	a) LUCRATIVO	12.0%	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Oferta individual de servicios</td> <td style="text-align: right;">50.0%</td> </tr> <tr> <td>Iguales medicas</td> <td style="text-align: right;">40.0%</td> </tr> <tr> <td>Seguros privados</td> <td style="text-align: right;">10.0%</td> </tr> </table>	Oferta individual de servicios	50.0%	Iguales medicas	40.0%	Seguros privados	10.0%
Oferta individual de servicios	50.0%								
Iguales medicas	40.0%								
Seguros privados	10.0%								
	b) NO LUCRATIVO	No se dispone de informacion sobre cobertura							
1.3 Poblacion no cubierta por organismos e instituciones		40.0%							
TOTAL		100.0%							

II. INSTITUCIONES Y ORGANISMOS DE MEJORAMIENTO AMBIENTAL:

- Coorporacion de Agua Potable y Alcantarillado
 - Ayuntamientos
 - Otros
-

FUENTE: AID, 1985, Estimaciones del Dr. Bernardo Defillo
-IEPD, 1986 Y SESPAS, 1987.

CUADRO 2
SESPAS: Recursos y servicios por tipo de instalacion en el
Distrito Distrito Nacional, 1966.

	HOSPITALES	SUBCENTROS	CLINICAS RURALES	CLINICAS URBANAS	OTROS	TOTAL
Nc. DE INSTALACIONES	10	6	14	14	7	51
Niveles						
I	-	6	14	14	1 (a)	35
II	5	-	-	-	-	5
III	5	-	-	-	6 (a)	11
CONSULTA EXTERNA (No. de instalac. por tipo de servicios)						
Medicina Gral.	4	6 (c)	14 (c)	14 (c)	6 (c)	
Cirugia	4	-	-	-	-	
Gineco-obstetricia	6	-	-	-	-	
Pediatría	5	-	-	-	-	
Otras especialidades	5	-	-	-	-	
HOSPITALIZACION (cama por especialid.)						
Medicina Gral.	169	-	-	-	-	169
Cirugia	195	-	-	-	-	195
Gineco-obstetricia	389	5	-	-	-	394
Pediatría	517	-	-	-	-	517
Otras especialidades	650	-	-	-	-	650
Total Camas	1,890	5	-	-	-	1,895
RECURSOS HUMANOS						
Medicos Grales. (d)	244	115	33 (e)	-	88 (f)	480
Medicos specialist.(d)	315	-	-	-	-	315
Total Medicos (d)	559	115	33 (e)	-	88 (f)	795
Enfermeras	170	9	-	-	10 (f)	188
Auxiliares de Enferm.	1,291	66	30 (e)	-	84	1,471
Odontologos	27	12	-	-	5	44

- a) Un centro sanitario para atencion materno-infantil
b) Dos dispensarios antituberculosos y cuatro institutos de recuperacion nutricional
c) Como no disponen de medicos especialistas, se asume que todos estos establecimientos, en realidad, solo ofrecen consultas en medicina general. No obstante, dichos establecimientos, como se vera en una seccion posterior, reportan consultas en las cuatro especialidades basicas.
d) Datos correspondientes al 1967.
e) Incluye el personal de clinicas rurales y urbanas
f) Incluye los medicos contratados por la SESPAS, pero que trabajan en establecimientos privados sin fines de lucro (Dermatologia, Oncologia, etc.)

FUENTE: Departamentos de Estadística, SESPAS.

CUADRO 3
FUENTES DE FONDOS PARA DETERMINADAS INSTALACIONES DE LA SESPAS EN EL
DISTRITO NACIONAL, 1986. (PORCENTAJE).

INSTALACION	PRESUP. OPERACION	DONANTES	PATRONATO	PACIENTES AMBULATORIOS			PACIENTES INTERNADOS		TOTAL
				LAB.	RAYOS X	TOTAL (a)	INTERNADOS	OTROS	
DR. DARIO CONTRERAS	83.8	0	0	1	13	15.6	0.6	0	100%
MATERNIDAD NTRA. SRA. DE LA ALTAGRACIA	79.3	2.4 (b)	8.1 (c)	3.9	0	8.1	0	2.1 (d)	100%
DR. LUIS E. AYBAR	94.0	0.4 (e)	0	ND	ND	3.7	1.9 (f)	0	100%
DR. PADRE BILLINI	85.3	0 (h)	0	0	3.6	14.2	0	0.5 (i)	100%
ROBERT REID CABRAL	73.3	12.6	12	0.6	0.4	2.1	0	0	100%

NI: Datos no disponibles

a) El total también incluye cargos de consulta, cargos especiales, pagos por tarjetas de salud y otros pagos; por tanto, los porcentajes no cuadran con el porcentaje total de pacientes ambulatorios.

b) Donación de JMFIEBO/UNICEF

c) 83.6% es el valor de donaciones en especie de equipo, medicamentos y servicios de mantenimiento.

d) 63.3% se recibe de la Asociación Ganadera

e) Donación de la Fundación Ocular Internacional

f) 81.6% de cargos por cirugías endoscópicas

g) Valor de las donaciones

h) Valor de los servicios de vivienda donados al hospital

FUENTE: Lewis, 1987.

CUADRO 4
DISTRIBUCION DE LOS GASTOS EJECUTADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE
LA SESPAS EN EL DISTRITO NACIONAL (1987, ESTIMADO).
 (EN MILES DE RD\$).

	GASTOS POR OBJETO	%
SERVICIOS PERSONALES	11,918.2	54.0
SERVICIOS NO PERSONALES	106.2	0.5
MATERIALES Y SUMINISTROS (a)	8,599.8	39.0
TRANSFERENCIAS (b)	1,437.7	6.5
TOTAL	22,061.9	100.0

	GASTOS POR ACTIVIDADES (c)	GASTOS EN MEDICAMENTOS (c)	GASTOS TOTALES (c)
SERVICIOS PRIMARIOS	477.9	99.8 (d)	577.7
SERVICIOS SECUNDARIOS	741.8	568.3	1,310.1
SERVICIOS TERCIARIOS	12,126.5	7,193.8	19,320.3
OTROS SERVICIOS (e)	94.2	-	94.2
TOTAL	13,440.4	7,861.9	21,302.3

Note: US\$ = DR\$ 3.45

- (a) Incluye gastos en medicamentos; los cuales son estimados basados en el reporte de 10 meses.
- (b) Subvenciones a instituciones del Sector Privado en el Distrito Nacional.
- (c) No se incluyen transferencias.
- (d) Este dato se refiere al centro sanitario solamente, porque no se obtuvo la información de las clínicas urbanas y rurales.
- (e) Servicios intermedios de coordinación, supervisión y control.

Fuente: Oficina Nacional de Presupuesto.
 Programa de Medicamentos Esenciales.

CUADRO 5
 TARIFAS POR SERVICIOS EN ALGUNOS ESTABLECIMIENTOS DE LA SESPAS EN STO. DGO.: 1986

PAGOS POR SERVICIO

ESTABLECIMIENTO	LABORATORIO		RAYOS X (a)		ELECTRO CARDIO.	CONSULTA MEDICA
	MIN	MAX	MIN	MAX		
DR. DARIO CONTRERAS	1.50	10.00	5.00	20.00	N/A	0.50
N.S. DE LA ALTAERADIA	1.00	40.00	30.00	60.00 (b)	N/A	0.30 (c)
DR. LUIS E. AYBAR	1.00	5.00	10.00	75.00	N/A	0.00
DR. PADRE BILLINI	2.00	12.00	10.00	45.00	5.00	0.50
ROBERT REID CABRAL	1.00	1.00	5.00	40.00	10.00	0.25
LABORATORY NACIONAL	3.00	35.00	N/A	N/A	N/A	N/A

nota: US\$ = Dfs 2.87

(a) Pago por placa.

(b) Incluye pagos por sonografías.

(c) Se paga .10 por la primera consulta pediátrica.

Fuente: Lexis, 1987: Table 2.

CUADRO 4
 INGRESOS TOTALES PROVENIENTES DE COBROS AL USUARIO DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA SESPAS: 1986

ESTABLECIMIENTO	(1) TOTAL INGRESOS	(2) PROMEDIO INGRESO P/USUARIO (a)	(3) PRESUPUESTO DE GASTOS CORRIENTES (b)	(4) DEUDAS CON PRO- VEDORES	(5) (1) COMO % DE (3)	(6) (1) COMO % DE (4)
DR. DARIO CONTRERAS	178,163	3.60	960,000	326,342	18.6%	54.6%
N.S. DE LA ALTAGRACIA	85,400	1.08	840,000	177,238	10.2%	48.2%
DR. LUIS E. AYBAE	35,443	0.51	900,000	254,253	3.9%	13.9%
DR. PADRE BILLINI	52,495	1.30	315,000	n.d.	16.7%	-
ROBERT REID CABRAL	24,121	0.22	840,000	0	2.9%	-
LABORATORIO NACIONAL	238,660	n.d.	132,000	13,427	180.8%	1777.5%

nota: US\$ = DR\$ 2.87

(a) Se refiere a los usuarios de la consulta externa solamente.

(b) Se excluye gastos de servicios personales.

Fuente: Lewis, 1987: Table 3.

CUADRO 7: UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SESPAS EN EL DISTRITO NACIONAL: HOSPITALIZACION, 1986.

TIPO DE ESTABLECIM.	# HOSF.	CAMAS	EGRESOS	DIAS PAC.	PROMEDIO ESTANCIA	GIRO CAMA	% OCUP.
Hosp. Mater.	2	434	38253 (a)	96,911	2.5	88.1	62
Hosp. del Niño	1	268	7632	71,318	9.3	28.5	73
Hosp. Grales	4	594	9300	166,163	17.9	16.6	77
Hosp. Ortop/Traum.	1	233	3993	78,286	17.1	17.1	92
Hosp. Psiq.	1	256	2757	98,739	35.8	10.8	106
Hosp. Antituber.	1	105	155	24,765	159.8	1.5	65
Subcentros	1	5	163	193	1.2	32.6	11
T O T A L	11	1,895	62,253	536,375	8.5	33.3	78

(a) 30,247 partos en los dos hospitales maternales; 30,509 partos en total.
FUENTE: SESPAS

CUADRO 8: EGRESOS POR ESPECIALIDAD, SESPAS, DISTRITO NACIONAL, 1986.

ESPECIALIDAD	NUMERO	%
Medicina General	3,394	5.5
Cirugia General	3,895	6.2
Pediatría	13,078	21.0
Obstetricia/Ginecol.	34,155	54.9
Otros	7,739	12.4
TOTAL	62,253	100.0

FUENTE: SESPAS

CUADRO 9
CONSULTAS EXTERNAS OFRECIDAS Y EXAMENES DE LABORATORIO EN ESTABLECIMIENTOS
DE LA SESPAS EN EL DISTRITO NACIONAL, 1986.

	CONSULTA EXTERNA		EMERGENCIA		TOTAL DE CONSULTAS		EXAMENES DE LABORATORIOS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALES	416,306	51	349,187	95	764,493	64.7	646,960	85.7
SUPCENTROS	197,243	24.2	17,289	4.7	214,532	18.1	47,043	6.2
CLINICAS URBANAS (a)	92,248	11.3	1,159	0.3	93,407	7.9	5,613	0.7
CLINICAS RURALES	46,506	5.7	--	--	46,506	3.9	--	--
CENTRO SANITARIO	63,352	7.8	--	--	63,352	5.4	55,422	7.3
TOTAL	815,655	100.0	366,635	100.0	1,182,290	100.0	755,038	100.0

a) De 15 clinicas urbanas, solo 10 reportaron estadisticas, y para estas se estimaron los meses faltantes.

FUENTE: SESPAS

CUADRO 10: IDSS: RECURSOS Y SERVICIOS POR TIPO DE INSTALACION EN EL DISTRITO NACIONAL, 1987

	HOSPITAL	POLICLINICA	CONSULTORIO	TOTAL
NO. DE INSTALACIONES	2	9	15 (a)	26
Nivel I	-	9	15	24
II	-	-	-	0
III	2 (b)	-	-	2
CONSULTA EXTERNA (No. instalaciones por tipo de servicio)				
Med. general	1	9	10 (c)	20
cirugia	1	0	0	1
gineco/obstetricia	2	8	0	10
pediatria	2	8	0	10
otras especial.	2	9	1	12
odontologia	2	9	1	12
farmacia	2	9	15 (d)	26
laboratorio	2	9	0	11
HOSPITALIZACION (Cajas por espec.)				
Med. general/interno	287 (e)	19	-	306
cirugia	55	-	-	55
gineco/obstetricia	77	-	-	77
pediatria	25	-	-	25
otras especial.	105	-	-	105
total de cajas	549	19	0	568
RECURSOS HUMANOS (f)				
Med. generales	19	145	15	179
especialistas	262	66	0	328
residentes	151	0	0	151
internos/pasantes	2	8	8	18
total medicos	434	219	28	681
odontologos	17	33	2	52
enfermeras graduadas	58	12	0	70
enfermeras Aux.	375	90	14	479

(a) Son los unicos que estaban funcionando en 1987.

(b) Un hospital de maternidad y un especializado

(c) Medicos generales prestan servicios en 7 consultorios; pasantes dan servicios en 3.

(d) En la practica son pequenos dispensarios.

(e) Cajas pertenecen al H. Gautier, las cuales se registra de medicina interna.

(f) La mayoria de los medicos estar contratados por 4 horas diarias; el restante personal trabaja durante 8 horas diarias.

CUADRO 11: POBLACION CUBIERTA POR EL IDSE EN EL DISTRITO NACIONAL, 1967.

COTIZANTES			DEPENDIENTES (usuarios)				TOTAL	% POP. DIST NAC
FIJOS	MOVILES	TOTAL	% PEA DIST NAC	MUJERES	NINOS (b)	TOTAL	COT+DEF	
124,352	23,354 (a)	ERR	23.0	2,290 (c)	3544 (d)	5,744	153,440	6.8

(a) 1966

(b) Menores de un año de edad.

(c) Estimado a través del número de partos de mujeres no cotizantes en el hospital de Maternidad de Santo Domingo.

(d) No. de nacimientos vivos en el Hospital de Maternidad de Santo Domingo.

Fuente: Dept. de Estadística, IDSS.

CUADRO 10: IDSS INGRESOS EN EL DISTRITO NACIONAL, 1987
(en RD \$)

INGRESOS (a)	

SEGURO OBLIGATORIO	
COTIZACIONES PATRONALES (b):	35,525,600
COTIZACIONES ASEGURADOS (c):	12,687,700
TOTAL COTIZACIONES:	48,213,300

ACCIDENTES DE TRABAJO	
VALOR POLIZAS DE PATRONOS (c):	12,687,700
TOTAL INGRESOS (d):	60,901,000

nota: US\$ = RD \$20.48

- (a) Estimado de datos provenientes de 6 meses de ingresos. No hubo aporte del gobierno en 1987.
- (b) Representan 7% del salario.
- (c) Representan 2.5% del salario.
- (d) No incluye ingresos por concepto de 'Intereses Percibidos' y 'Otros Ingresos', pues no se dispone de un desglose por region de tales ingresos, los cuales representan menos de 2% del total a nivel nacional.

Fuente: Departamento de Presupuesto, IDSS.

CUADRO 13: IDSS GASTOS EN PRESTACIONES MEDICAS EN EL DISTRITO NACIONAL, 1987
(EN RD PESOS)

RENGLON	(A) HOSPITALES (n=2)		(B) POLICLINICAS (n=9)		(C) CONSULTORIOS (n=15)		(D) TOTAL	
		%		%		%		%
SERV. PERSONALES (a)	12,433,800	73.9%	5,311,400	74.0%	423,900	54.1%	18,169,100	73.3%
MATER./SUMIN. (b)	4,400,700	26.1%	1,866,300	26.0%	359,800	45.9%	6,626,800	26.7%
SUBTOTAL (c)	16,834,500	100.0%	7,177,700	100.0%	783,700	100.0%	24,795,900	100.0%
COMO % DEL TOTAL		67.9%		28.9%		3.2%		100.0%
SALARIOS DE MEDICOS (a)	6,123,400		2,939,000		264,100		9,326,500	
COMO % DE SERV. PERSONALES		49.2%		55.3%		62.3%		51.3%
MEDICAMENTOS (b)	2,805,400		1,705,100		295,100		4,805,600	
COMO % DE MATER./SUMIN.		63.7%		91.4%		82.0%		72.5%

nota: US\$ = RD \$3.49

(a) Calculado del listado de personal laborando en cada establecimiento aplicando su salario. Para las categorías de personal que tuvieron ascensos salariales en 1987, se les aplicó un promedio prorrateado durante los 12 meses.

(b) Los datos de este renglon se estimaron tomando las cifras reales de los materiales/suministros despachados de los almacenes centrales a cada establecimiento en 1987, aplicandoles el porcentaje de incremento que se registro a nivel nacional entre 1986 y 1987 del mismo renglon.

(c) En los subtotales faltan los renglones Servicios No Personales y Transferencias lo cual se debe a la falta de un desglose presupuestario para el Distrito Nacional. Basado en las cifras nacionales se estima que estos renglones representan menos de 2% de los gastos totales.

Fuente: Dept. de Atención Médica; Dept. de Presupuesto, Almacenes Centrales, IDSS.

CUADRO 14: 1959: UTILIZACION DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN EL DISTRITO NACIONAL (1957)

TIPO DE SERVICIO	CAMAS	EGRESOS	DÍAS PACIENTES	PROMEDIO		% OCUP.
				DÍAS ESTANCIA	GIRO CAMA	
MEDICINA GENERAL/INTERNO	287	3212	67277	20.9	11.2	64.2
QUIRURGIA	55	1041	14968	14.4	16.9	74.6
GINECO/OBSTETRICIA (a)	77	4708	11521	2.4	61.1	41.0
PEDIATRIA	25	1334	2509	1.9	53.4	27.5
LAS DEMAS ESPECIALIDADES	100	1134	22959	20.2	11.3	62.9
T O T A L	544	11,429	119,232	10.4	21.0	60.0
HOSPITAL MATERNIDAD	105	6,133	13,880	2.3	56.4	36.2
HOSPITAL BAUTIER	439	5,296	105,352	19.9	12.1	65.7

(a) Había 3559 partos en 1957.

Fuente: Dept. de Estadística, 1959.

CUADRO 15: 1988; UTILIZACION DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS EN EL DISTRITO NACIONAL (1987)

TIPO DE SERVICIO	HOSPITAL (1987)		POLICLINICA (1987)		CONSULTORIO (1988) (a)		TOTAL	
	NO. CONSULTAS	% DE SUBTOTAL	NO. CONSULTAS	% DE SUBTOTAL	NO. CONSULTAS	% DE SUBTOTAL	NO. CONSULTAS	% DE SUBTOTAL
MEDICINA GENERAL	6159	3.3%	181,915	68.0%	34,226	89.7%	222,199	45.0%
ESPECIALIDADES	146,085	77.8%	73,566	27.5%	3,912	10.3%	223,563	45.3%
EMERGENCIAS	35,647	19.0%	12,135	4.5%	0	0.0%	47,782	9.7%
SUBTOTAL	187,890	100.0%	267,516	100.0%	38,138	100.0%	493,544	100.0%
% TOTAL	38.1%		54.2%		7.7%		100.0%	

TIPO DE SERVICIO	HOSPITAL			POLICLINICA			CONSULTORIO (a)			TOTAL		
	PRIM	SUBSEC	CONCENT	PRIM	SUBSEC	CONCENT	PRIM	SUBSEC	CONCENT	PRIM	SUBSEC	CONCENT
MEDICINA GENERAL	1,311	4,847	3.7	44,327	137,492	3.1	8,319	25,907	3.1	53,953	168,248	3.1
ESPECIALIDADES	27,917	118,168	4.2	19,715	53,850	2.7	1,708	2,204	1.3	49,741	174,222	3.5
TOTAL	29,228	123,015	4.2	64,042	191,342	3.0	10,027	28,111	2.8	103,294	342,468	3.3
EMERGENCIAS	35,647	---	---	12,135	---	---	---	---	---	47,782	---	---
ODONTOLOGIA	2,526	11,874	4.7	4,817	15,211	3.2	491	0	---	7,830	27,045	3.5

(a) Basados en datos provenientes de 10 consultorios, 4 de los cuales fueron ajustados para los meses que no reportaron.

Fuente: Dept. de Estadística, IDSE.

CUADRO 16: 1988: UTILIZACION DE OTROS SERVICIOS EN EL DISTRITO NACIONAL (1987)

TIPO DE SERVICIO	(1987) HOSPITAL	(1987) POLICLINICA	(1988) CONSULTORIO	TOTAL
MEDICAMENTOS (a)	310,877	391,725	46,839	749,441
INYECCIONES (a) (b)	69,624	46,979	10,156	126,761
EXAMENES DE LAB.	319,305 (c)	128,182	0	447,487
CURACIONES (b)	n.d.	19,979	8,609	28,587

n.d. No disponible

(a) Solo consulta externa

(b) Servicio prestado por enfermeras en la consulta externa.

(c) Hospitalización y consulta externa.

Fuente: Dept. de Estadística, 1988.

CUADRO 17
 DISTRIBUCION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS FUERZAS
 ARMADAS Y LA POLICIA NACIONAL, SEGUN RECURSOS FISICOS Y HUMANOS
 QUE POSEEN Y TIPO DE SERVICIOS MEDICOS QUE OFRECEN, DISTRITO
 NACIONAL, JUNIO-ENERO, 1985.

	FF.AA. Y P.N. (números)
1.No. de Establecimientos	11
Con hospitalización	2
Sólo consulta médica:	9
2. Servicios Médicos: 1)	
Medicina Gral.	7
Especializados	1
Med. Gral.+ Especializa:	3
3. Servicios Auxiliares que poseen:	
Laboratorios Clínicos	4
Rayos X	1
Farmacia	3
4. No. de camas	362
5. Recursos Humanos	
Médicos	274
Enfermeras	183
Odontólogos	17
Laboratorios	45

FUENTE: B. García, G. Caimares y otros, "Diagnóstico de la Situación de los Recursos Físicos y Humanos del sector salud en el Área Metropolitana (región 0)", Distrito Nacional, Tesis Maestría en Salud Pública, UASD, Santo Domingo, 1985, cuadros 2, 3, 10 y 11.

1) No incluye los servicios auxiliares de este tipo que están ubicados fuera de los establecimientos de atención médica. Se excluyen otros servicios de diagnóstico y tratamiento.

CUADRO 16: CARACTERISTICAS DE LAS CLINICAS PRIVADAS CON CAMAS
(Distrito Nacional, 1967)

CARACTERISTICAS/ SERVICIOS	NO.	%
NO. CLINICAS	165	-
TOTAL DE CAMAS	2761	-
NO. MEDICOS (a)	1236	-

NO. CLINICAS SEGUN CAMAS
(% del total de clinicas: n=165)

<10 camas	86	52.1%
10-19 "	48	29.1%
20-49 "	21	12.7%
50-99 "	5	3.0%
100+ "	5	3.0%

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA
(% del total de clinicas: n=115)

MEDICINA GENERAL	102	92.1%
PEDIATRIA	64	50.9%
GINECO-OBSTETRICIA	64	50.9%
CIRUBIA	48	29.1%
MEDICINA INTERNA	48	29.1%
OTRAS ESPECIALIDADES	39	23.6%
EMERGENCIAS	95	57.6%
ODONTOLOGIA	41	24.8%

SERVICIOS INTERMEDIOS
(% del total de clinicas: n=165)

NO. CLINICAS CON FARMACIAS (b)	59	35.8%
NO. CLINICAS CON LAB.	137	83.0%
NO. DE CLINICAS CON RAYOS X	52	31.5%

(a) Basados en datos de 115 clinicas.

(b) Se refiere a farmacias para despachar medicamentos a pacientes internados.

Fuente: IEPD/IAE, "Inventario de establecimientos de salud", 1967

CUADRO 19: PORCENTAJES DE CLINICAS PRIVADAS QUE OFRECEN DETERMINADOS SERVICIOS SEGUN NUMERO DE CAMAS, 1967.

SERVICIOS	< 10 CAMAS (n=86)		10-19 CAMAS (n=49)		20-49 CAMAS (n=21)		50+ CAMAS (n=10)	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
CONSULTA EXTERNA								
MEDICINA GENERAL	81	94.2%	43	89.6%	19	90.5%	9	90.0%
PEDIATRIA	25	29.1%	31	64.6%	16	76.2%	10	100.0%
GINECOLOGIA	27	31.4%	30	62.5%	17	81.0%	10	100.0%
CIRUGIA	10	11.6%	17	35.4%	11	52.4%	10	100.0%
MEDICINA INTERNA	11	12.8%	19	37.5%	10	47.6%	9	90.0%
OTRAS ESPECIALIDADES	15	17.4%	9	18.8%	6	26.6%	9	90.0%
EMERGENCIA	44	51.2%	26	54.2%	16	76.2%	9	90.0%
ODONTOLOGIA	12	14.0%	20	41.7%	5	23.8%	4	40.0%
SERVICIOS INTERMEDIOS								
FARMACIA (a)	13	15.1%	23	47.9%	14	66.7%	9	90.0%
LABORATORIO	61	70.9%	45	93.8%	21	100.0%	10	100.0%
RAYOS X	6	7.0%	20	41.7%	16	76.2%	10	100.0%

(a) Se refiere solamente a farmacias que despachan medicamentos a pacientes internados.

Fuente: IEPD/IRG, "Inventario de establecimientos de salud", 1967

CUADRO 20: DATOS GENERALES Y COBERTURA DE LAS IGUALAS MEDICAS EN EL DISTRITO NACIONAL, 1967.

IGUALA	NO. MEDICOS	NO. CLINICAS	NO. AFILIADOS	NO. BENEF	TOTAL	NUMERO Y TIPO DE EMPRESAS							TOTAL
						(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	
1	250	15	8,000	12,000	20,000	15	38	14	5	-	-	6	78
2	60	1	6,802	5,575	12,377	-	11	2	-	-	2	2	17
3	631	13	8,817	37,276	46,093	36	133	18	14	1	-	12	214
4	190	4	n.d.	n.d.	30,062	34	43	34	8	3	-	6	128
5	111	3	17,663	51,597	69,260	56	122	18	29	8	2	6	241
6	104	6	n.d.	n.d.	11,003	10	18	10	10	4	1	6	61
7	60	6	4,156	4,200	8,386	13	26	-	1	-	1	-	41
8	250	5	10,000	45,000	55,000	-	10	-	2	1	-	2	15
TOTAL	-	-	55,468	155,648	252,181	164	401	96	69	17	6	40	755
PROMEDIO	207	2.6	9,245	25,941	31,523	21	50	12	9	2	1	5	96

n.d. No disponible

- (a) Empresas industriales privadas.
- (b) Empresas comerciales privadas.
- (c) Otras empresas privadas lucrativas de servicios (banco, financiera, etc.)
- (d) Empresas privadas no lucrativas.
- (e) Empresas industriales estatales.
- (f) Empresas comerciales estatales.
- (g) Instituciones del sector publico.

CUADRO 21: DATOS GENERALES SOBRE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS PRIVADOS
EN EL DISTRITO NACIONAL, 1967

COMPANIA	NO. AFILIADOS	NO. BENEF	TOTAL	NO CLINICAS QUE DAN SERVICIOS
1	15,000	60,000	75,000	15
2	4,000	8,000	12,000	160
3	n.d.	n.d.	12,350	20
4	104	311	414	8
5	3,600	5,400	9,000	18
6	514	788	1304	n.d.
TOTAL	23,219	74,499	110,068	-

n.d. = No disponible

CUADRO 22: INGRESOS Y EGRESOS DE UNA SELECCION DE IGUALAS MEDICAS, 1967.
(EN RD PESOS)

GASTOS ANUALES

IGUA_A	HOSP.	CONE EXT	MEDICA.	LABORAT	RAYOS X	TOTAL SERVICIOS	GASTOS TOTALES	INGRESOS TOTALES
1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1,490,000	1,570,000
2	188,556	117,405	242,156	90,401	8,082	646,602 (a)	1,460,486	1,684,896
3	2,100,821	772,544	525,205	537,352	230,294	4,166,216	5,608,283	6,279,162
4	1,053,930	713,857	499,018	296,734	229,930	2,793,469	3,765,540	3,740,756
5	1,085,215	172,408	1,036,425	517,767	230,167	3,042,042 (a)	6,026,950	6,071,169
6	236,459	n.d.	n.d.	118,033	64,128	418,620 (a)	1,230,875	1,230,875
7	40,000	15,000	10,000	20,000	10,000	95,000	1,140,000	1,300,000
8	600,000	300,000	300,000	150,000	150,000	1,500,000	1,680,000	n.d.
TOTAL	5,304,981	2,091,214	2,612,866	1,730,287	922,601	12,661,949	24,402,134	23,870,878
PPOMEDIC	660,100	348,571	435,476	247,164	131,800	1,808,950	3,050,267	3,410,983

nota: US\$ = RI \$3.49

(a) Están excluidos ciertos gastos en servicios medicos tales como honorarios medicos y anestesia.

CUADRO 23: RANEO PROMEDIO DE CUOTAS MENSUALES DE COMPAÑIAS DE SEGUROS Y ISUALAS, 1987

	COMPAÑIAS DE SEGUROS (a)			ISUALAS MEDICAS (a)		
	INDIVIDUO	PAREJA	FAMILIAR	INDIVIDUO	PAREJA	FAMILIAR
PLAN A,B,C (b)	40-60	60-80	85-150 (a)	10-40	15-50	30-85 (a)

nota: US\$ = RD \$3.49

- (a) Los rangos representan las cuotas aproximadas pagadas por por la mayor parte de las empresas y afiliados.
- (b) Hay unos planes "ejecutivos" cuyas cuotas son mayores

CUADRO 24: COMPARACION DE SERVICIOS MEDICOS Y COSTOS DE IGUALAS Y SEGUROS PRIVADOS EN EL DISTRITO NACIONAL, 1987.

SERVICIO		IGUALAS			COMPANIAS DE SEGUROS		
		MINIMO	TIPICO (a)	MAXIMO	MINIMO	PROMEDIO	MAXIMO
CONSULTA EXTERNA							
No. consultas p/persona al año	Plan A	12	12-18	ILIM	8	12	15
	B	12	15-24	ILIM	8	12	15
	C	15	15-36	ILIM	8	12	15
Pago por consulta (b)	Plan A	RD \$5	RD \$10-20	RD \$25	RD \$15	RD \$18	RD \$20
	B	10	15-25	25	15	20	25
	C	10	20-30	30	20	24	30
HOSPITALIZACION							
No. días-pac. p/persona al año	Plan A	20	30-60	365	31	69 (d)	100
	B	30	30-60	365	31	69	100
	C	31	45-90	365	31	73	120
Pago max. por día-pac.	Plan A	RD \$20	RD \$20-60	200	RD \$40	RD \$48	RD \$80
	B	20	25-75	200	50	66	90
	C	20	50-120	200	60	92	125
Pago max. honorarios por cirugía (c)	Plan A	RD \$1000	RD \$1000-2000	2500	RD \$800	RD \$1600	RD \$3000
	B	1500	1500-2000	2500	1000	1625	2000
	C	1800	1800-2500	2500	1700	2540	4000
"No. cons. anuales en hospitalización	Plan A	ILIM	ILIM	ILIM	12	12-75 (e)	ILIM
	B	"	"	"	12	12-75	ILIM
	C	"	"	"	15	15-75	ILIM
Pago max. honorarios p/día hospitalizado	Plan A	INC	INC	INC	RD \$20	RD \$20	RD \$45 (f)
	B	"	"	"	20	24	45 (f)
	C	"	"	"	25	29	45 (e)
MATERNIDAD							
Pago max. honorarios parto	Plan A	RD \$125	RD \$125-300	400	RD \$400	RD \$638	RD \$800
	B	140	140-400	600	650	800	900
	C	225	195-500	800	750	900	1200
Pago maximo por cesarea	Plan A	164	175-400	600	500	750	(f)
	B	164	225-500	800	800	925	"
	C	225	350-600	1200	900	1000	"
Pago max. aborto terapeutico	Plan A	NC	60-150	400	300	344	400
	B	NC	85-600	600	325	408	500
	C	NC	100-800	800	375	450	600

US\$=RD\$ 3.49

ILIM: ilimitado

NC: no este cubierto

NOTAS DEL CUADRO 24

- a) El rango en el cual cae la mayoría de las iguales encuestadas, es decir, cinco o mas iguales del total de ocho.
- b) Los montos representan un procedio de pago por plan.
- c) Hay una compania que ofrece hasta 40 dias por evento p/año.
- d) El rango en el cual cae la mayoría.
- e) Se paga RD\$ 45 durante los primeros tres dias de hospitalización solamente; a partir del cuarto dia se paga de RD\$ 22-30.
- f) Dos companias lo cubren como cualquier cirugía, resultando el muy elevado.

CUADRO 26 :COMPARACION DE CIERTOS SERVICIOS Y SUS COSTOS DE IGUALS Y SEGUROS PRIVADOS, 1967.

CARACTERISTICA		IGUALS			COMPANIAS DE SEGUROS		
		MINIMO	TIPICO (a)	MAXIMO	MINIMO	PROMEDIO	MAXIMO
SERVICIOS INTERMEDIOS							
(CONSULTA EXTERNA)							
pago medicamentos	Plan A	NC	NC	NC	NC	(h)	80%
	B	"	"	"	"	"	"
	C	"	"	"	"	"	"
pago exas. lab. y rayos x "simples" (anual)	Plan A	TOTAL (b)	TOTAL	TOTAL	RD \$125	RD \$75	RD \$150
	B	"	"	"	150	231	350
	C	"	"	"	200	290	400
pago exámenes exámenes "complejos" (c)	Plan A	RD \$45 (d)	50%	50%	(Cubierto dentro de lo anterior)		
	B	"	"	"	"	"	"
	C	"	"	"	"	"	"
(HOSPITALIZACION)							
pago medicamentos (anual)	Plan A	NC	50-100%	TOTAL	RD \$400	RD \$550	RD \$700
	B	NC	50-100%	TOTAL	500	675	900
	C	NC	50-100%	TOTAL	700	850	1050
lab., rayos x (porcent. o pago maximo anual)	Plan A	TOTAL	TOTAL (e)	TOTAL	(Cubierto dentro de lo anterior)		
	B	"	"	"	"	"	"
	C	"	"	"	"	"	"
OTROS SERVICIOS							
Odontologia	Plan A,B,C	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Tratamiento Cancer	"	NC	NC	NC	PARCIAL	PARCIAL (i)	PARCIAL
Psiquiatria	"	NC	PARCIAL (f)	PARCIAL	CCC	CCC	CCC
SERVICIOS PREVENTIVOS							
Nino sano	Plan A,B,C	NC	CCC	CCC	NC	CCC	CCC
Vacunacion	"	NC	NC	(g)	NC	PARCIAL (g)	TOTAL
Chequeo Anual	"	NC	NC	(j)	NC	CCC	CCC

US\$=RD\$ 3.49

NC: No esta cubierto

CCC: Cubierto como cualquier consulta

NOTA DEL CUADRO 25

- a) El rango en el cual cae la mayoría de las iguales encuestadas, es decir cinco o seis iguales del total de ocho.
- b) En tres iguales hay límites mensuales: RD\$ 45, RD \$50, RD \$150-200
- c) Generalmente incluyen los siguientes exámenes: sonografía, tomografía, ecocardiografía, electrocefalografía, exámenes de laboratorio especiales, etc.
- d) Un promedio anual.
- e) Se excluyen los exámenes "complejos" listados en (a).
- f) Cuatro iguales cubren las consultas como cualquier consulta de morbilidad; una iguala limita el número de consultas al año; tres iguales no la cubren.
- g) Se cubren algunas vacunas.
Las otras lo cubren con una póliza adicional de médico mayor.
- i) Se cubre parte con el plan y parte con una póliza adicional de médico mayor.
- j) Una iguala la cubre como cualquier consulta de morbilidad; otra lo cubre si no se hace otra consulta en el año.

CUADRO 26
 TIPO Y NUMERO DE PROGRAMA DE INSTITUCIONES NO LUCRATIVAS QUE
 OFRECEN SERVICIOS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL O DE SALUD EN GENERAL,
 D.N., AGOSTO 1987.

TIPO DE PROGRAMAS (2)	NUMERO DE INSTITUCIONES (1)		
	TOTALES	RELIGIOSAS	OTRAS
Solo Educativos	28	12	16
Rehidratación	22	8	14
Prevención y Tratam. Enfermedades Respirat.	16	5	11
Atención Pre y Post natal	18	4	14
Inmunizaciones	13	3	10
Planificación Familiar	11	2	9
Otros servicios de Salud	15	5	10
Total Programas	123	39	84
No. de Instituciones	35	15	20

FUENTE: Estudio de Análisis Institucional para el Proyecto de Supervivencia Infantil, Patrocinado por el AID y ejecutado por ENTRENA, agosto 1987.

- 1) Se excluyeron del inventario 6 instituciones sin fines de lucro que no ofrecían servicios en el D.N., aunque tenían sus oficinas aquí.
- 2) Una organización puede ofrecer más de un tipo de programa o servicios.

CUADRO 27
 DISTRIBUCION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD "SIN FINES DE LUCRO"
 DEL DISTRITO NACIONAL, SEGUN RECURSOS FISICOS Y HUMANOS
 QUE POSEEN Y TIPO DE SERVICIOS MEDICOS QUE OFRECEN,
 ENERO-JUNIO, 1985.

	SECTOR PRIVADO ISFL (número)
1. No. de Establecimientos 1)	56
Con hospitalización	5
Sólo consulta externa	51
2. Tipo de establecimientos 2)	
Hospitales	4
Policlínicas	1
Dispensarios	14
Consultorios médicos	36
Consultorio dental	1
3. Servicios Médicos	
Medicina Gral.	33
Especializados	6
Med. gral. + especializ.	17
4. Servicios Auxiliares que poseen: 2)	
Laboratorio clínico	24
Rayos X	4
Farmacia	2
Radioterapia	2
5. Camas	246
6. Médicos	392
7. Enfermeras	147
8. Odontólogos	50
9. Laboratorios	88

FUENTE: B. García, G. Caimares y otros, "Diagnóstico de la Situación de los Recursos Físicos y Humanos del sector salud en el Área Metropolitana (región 0), Distrito Nacional", Tesis Maestría en Salud Pública, UASD, Santo Domingo, 1985, cuadros 2, 3, 10 y 11.

1) La fuente utilizada no define las características de estos establecimientos para cada subsector. Según nuestra apreciación, estas categorías no difieren de las homólogas existentes en los otros sectores.

2) No incluye los servicios auxiliares ubicados fuera de los

establecimientos de atención médica. Se excluyeron otros servicios de diagnóstico y tratamiento.

CUADRO 28
DISTRIBUCION DE LAS 5 PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD DEL DISTRITO
NACIONAL SIN FINES DE LUCRO SEGUN RECURSOS FISICOS Y HUMANOS QUE
POSEEN Y TIPO DE SERVICIOS MEDICOS, 1987.

	TIPO DE ESTABLECIMIENTO (No.)					
	TOTAL	ONCOLOGIA	REHABILITACION	DIABETES	CARDIOLOGIA	DERMATOLOGIA
Con hospitalizacion	3	1	0	1	1	0
Solo consulta externa	2	0	1	0	0	1
TOTAL ISFL:	5	1	1	1	1	1
TIPO DE SERVICIO AMBUL.						
Medicina General	4	1	1	1	0	1
Quirugia	4	1	1	1		1
Ginecologia	1	1				
Pediatría	2		1	1		
Emergencia	2	1		1		
OTRAS ESPECIALIDADES:						
Oncologia	1	1				
Ortopedia	1		1			
Fisioterapia	1		1			
Neurologia	1		1			
Cardiología	2			1	1	
Dermatología y afines	1					1
Otras especialid.	3	1		1	1	1
OTROS SERVICIOS AUXIL.						
Laboratorio	4	1		1	1	1
Rayos X	3	1		1	1	
Farmacia	3	1		1		1
Otros Especializados	4	1	1	1	1	
No. de Camas	240	200	0	18	22	0
No. de Medicos grales.	8	6	0	2	0	0
No. de Especialistas	120	23	17	29	9	42
Total Medicos	128	29	17	31	9	42

FUENTE: Inventario de Establecimientos de Salud del Distrito Nacional
Proyecto HCF-LAC, 1987.

CUADRO 29
COMPARACION DE RECURSOS FISICOS Y HUMANOS POR SUBSECTOR, DISTRITO NACIONAL, 1987.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	SECTOR PUBLICO			SECTOR PRIVADO		TOTAL
	SESPAES	IDSS	ISSFAPOL	PRIVADO LUCRATIVO	PRIVADO (a) NO LUCRAT.	
No. de hospitales o clinicas con camas	10	2	2	165	5	184
No. establecimientos de consulta externa	40	24	9	234 (a)	23	330
Otros	6 (b)	--	--	--	--	6
TOTAL	56	26	11	399	28	520
No. establecimientos con servicios intermedios	(n=50) (d)	(n=24)	(n=11)	(n=165)	(n=38)	(n=297)
Laboratorios	21	11	4	137	24	197
Rayos X (e)	e	2	1	52	4	65
Farmacia	n.d	26	3	59	2	90
Otros recursos						
No. de camas	1895	594	362	2781	246	5633
No. de medicos	793	681	274	1235 (c)	392	(e)
No. de personal enfermeria	1659	549	183	n.d	147	(e)

a) Datos refieren a 1985

b) Se refiere a 2 dispensarios antituberculosos y 4 institutos de recuperacion nutricional.

c) Basados en datos provenientes de 165 "clinicas" con camas.

d) No se incluyen los establecimientos de (b). de los cuales no se obtuvo informacion.

e) Se refiere solo a hospitales o "clinicas" con camas.

f) No se pudo suar porque mucho personal trabaja en mas de un subsector.

FUENTE: Cuadros 2, 10, 17, 18, 27.

CUADRO 30
 COMPARACION DE ALGUNOS INDICADORES DE RECURSOS DEL
 SECTOR PUELICO, DISTRITO NACIONAL, 1987.

INDICADOR	SESPAS	IDSS	ISSFAPDL
Personales Bajo Responsabilidad (PBR) (a)	667,500	173,800	62,000
No. camas x 1000 PBR	2.8	3.2	5.8
No. médicos x 10,000 PBR	11.9	39.2	44.2
No. personal enfermería x 10,000 PBR	24.9	31.6	29.5
No. personal enfermería x 100 médicos	208	81	66

La PBR atribuida a la SESPAS se estimó a partir de los datos de la Encuesta de Demanda de Salud del Distrito Nacional (IEDD-IFD, 1987) según esta encuesta un 77% (1.3 millones) de la población del Distrito Nacional no estaba afiliada ni beneficiada por un sistema cerrado de salud (IDSS, ISSFAPDL, Igualas y Seguro Médico). Esta población tendría que utilizar los servicios de SESPAS o del sector privado de cobro directo (lucrativo o no). La hipótesis que se usó fue que, de ese 77%, la mitad, es decir 667,500 personas, podría ser usuaria potencial de la SESPAS. Esto representa un 38% de la población total del Distrito Nacional, cifra que se aproxima a la cobertura que según algunos autores (Defillo, 1983; USAID, 1985) correspondería a la SESPAS.

En los casos del IDSS y del ISSFAPDL se consideró como PBR la población afiliada o beneficiada por estos dos sistemas cerrados de salud.

FUENTE: Cuadros 2, 10, 17.

CUADRO 31
 COMPARACION DE ALGUNOS GASTOS Y POR PERSONAS
 BAJO RESPONSABILIDAD (PBR): SESPAS, IDSS, IGUALAS MEDICAS

	SESPAS	IDSS	IGUALAS MEDICAS
GASTOS TOTALES CORRIENTES (en millon de RD\$)	22.1	24.8	24.4 (a)
GASTOS TOTALES CORRIENTES x PBR	33.3	162.5	96.7 (a)
GASTOS EN MEDICA- MENTOS x PBR	11.9	31.1	11.8 (b)

US\$ = RD\$ 3.49

- a) Basado en datos provenientes de 8 Igualas.
 b) Basado en datos provenientes de 6 Igualas.

FUENTES: Cuadros 4, 13 y 22.

CUADRO 32
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS EXTERNAS
 SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO
 (PORCENTAJE)

	HOSPITAL	SUBCENTRO/ POLICLINICA	CLINICA URBANA/ RURAL CONSULTORIO	TOTAL
SESPAS	64.7	18.1	17.2	100%
IDSS	38.1	54.2	7.7	100%

FUENTE: Cuadros 9 y 15.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- "Código de Salud Pública", Ley 4471, Santo Domingo, 28 de junio de 1981.
- Defilló, Bernardo, "Seguridad Social e Igualas Médicas", Santo Domingo, 1983 (mimeo).
- Duarte, Isis, "Trabajadores Urbanos, ensayos sobre fuerza laboral en la República Dominicana", UASD, Santo Domingo, 1986.
- Duval, Marisela, "Situación del sistema de salud", en "Boletín Población y Desarrollo" #17, IEPD, Santo Domingo, enero-marzo, 1987.
- El "Listín Diario", Santo Domingo, 29 de julio de 1988.
- García, Caspares y otros, "Diagnóstico de la situación de los recursos físicos y humanos del sector salud en el área metropolitana (región IV, Distrito Nacional)", Tesis de Maestría en Salud Pública, UASD, Santo Domingo, 1985.
- Gómez Ulloa, Mario, "El sistema de salud en la República Dominicana", OPS, 1985 a.
- Gómez Ulloa, Mario, "Informe final de la consultoría a corto plazo", Santo Domingo, OPS, 1985 b.
- Hevia Rivas, Patricio, "Informe final sobre la asesoría materno-infantil", OPS, 85.
- Hogart, J. "Glossary of Health Care Terminology, en Public Health in Europe", No. 4, pp.194-196, Copenhagen: Organización Mundial de Salud, Oficina Regional para Europa.
- IEPD, "Población y Salud en la República Dominicana", Estudio No.5, Santo Domingo, 1986.
- IEPD, "Boletín Población y Desarrollo" #16, Santo Domingo, octubre-diciembre, 1986.
- IEPD-IRG, "Encuesta de Demanda de Servicios de Salud en el Distrito Nacional", 1987, datos preliminares.
- International Resources Group (IRG), "Inventario de establecimientos de salud del Distrito Nacional", Santo Domingo, 1987.
- ISSFAPOL, Decreto No. 3469, Reglamento del ISSFAPOL, Santo Domingo, 1982.
- ISSFAPOL, Decreto No. 3013 que crea el ISSFAPOL, Santo Domingo, 29 de enero de 1982.
- Lewis, Maureen, "Estudio de los cargos de hospital en la República Dominicana", 1987 (inédito).

Mesa-Lago, Carmelo, "Health Care in Costa Rica: Boom and Crisis", en: "Social Science & Medicine", 21,1 (1985 a) 13-22.

Mesa-Lago, Carmelo. "El desarrollo de la seguridad Social en América Latina", Santiago, Chile: CEPAL, 1985.

Mesa-Lago, Carmelo, "Social Security in Latin American: Pressure Groups, Stratification & Inequality", Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.

Mc Greeverg, Willian P, "The High Costs of Health Care in Brazil", "Bolletín of the Pan American Health Organization": 22, No. 2 (1982), 145-163.

OPS, "Health Conditions in the Americas", 1981-84, Vol. I. Washington, D.C., 1986.

OPS, "Hospital in the Americas", Washington, D.C., OPS, 1981.

OPS, "Informe final sobre la asesoría de salud materno infantil", OPS, agosto, 1985.

OPS, "Informe final sobre la asesoría de salud materno infantil", OPS, agosto, 1985.

OPS, "Asesoría de enfermería para la división de enfermeras de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social", OPS, sept., 1984.

OPS, "Diseño y organización de servicios farmacéuticos", Santo Domingo, febrero, 1987.

Rodriguez, Néstor, "Informe de la misión C.C.P. en la República Dominicana", OPS, 1987.

Robert L. Robertson, "Review of Literature in Costs of Health Services in Development Countries", PHN Technical Note 85-21, Banco Mundial, Nov. 1985.

Roemer, Milton J. "National Strategies for Health Care Organization: A World Overview. And Labor": Health Administration Press, 1985.

Roemer, Milton J. "The Organization for Medical Care under Social Security". Génova: International Labour Office, 1969.

Roemer, Milton J. y Joseph Kessler, "Integration of Social Security and Ministry of Health Programs for Improved Delivery of Health and Family Planning Service in Panama", documento inédito, American Public Health Association, Washington, D.C., 1972.

Roemer, Milton, "Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud", Siglo XXI. México, 1980.

SESPAS, "Programación regional de salud", 1984-85, dic., 1984.

SESPAS/OPS, "Mantenimiento y conservación de infraestructura física de salud". Estudios de la primera etapa proyecto SESPAS, BID-OPS/OMS, Area

de Mantenimiento, SESPAS/OPS, Santo Domingo, 1985.

SESPAS y Colps. "Proyecto de investigación operativa de los establecimientos de salud con camas en República Dominicana", Santo Domingo, 1982.

SESPAS, "Boletín de Salud del Gobierno de Concentración Nacional, 1953-85", Santo Domingo, 1983.

SESPAS, "Memorias del Primer Congreso de Hospitales", Santo Domingo, 1984.

SESPAS, "Características de los servicios de salud", Doc. interno del Departamento de Planificación, 1985.

SESPAS, Memoria Anual, 1986.

Silver, Lynne, "Informe sobre la situación maternal-infantil en la República Dominicana", OPS, mayo, 1987.

Ugalde, Antonio, "The integration of health Care Program into National Services". En "The crisis of Social Security & Health Care". Ed. Danilo Mesa-Lago, Pittsburgh: Center for Latin American Studies, University of Pittsburgh, 1985. 109-141.

USAID, Antonio Ugalde, "Fourth Report for Prefeasibility Study of Prepayment System for Primary Health Care in the Dominican Republic", 1983.

USAID, "Anteproyecto de salud de la misión de la USAID en República Dominicana", septiembre 1985 (inédito).

USAID-ENTRENA, "Estudio de análisis institucional para el proyecto de supervivencia infantil", Santo Domingo, agosto, 1987.

USAID-ALICO, "Dominican Republic Feasibility Study", 1987.

Zechock, Dieter, y otros, "Health Care in Peru, Resources and Policy", Z. Dieter, Editor, USA, 1988.

INDICE DE CUADROS

- 1 Estimaciones sobre cobertura del sistema de salud en República Dominicana (1985).
- 2 SESPAS: Recursos y servicios por tipo de instalación en el Distrito Nacional, 1986.
- 3 Fuentes de fondo para determinadas instalaciones de la SESPAS en el Distrito Nacional, 1986 (porcentajes).
- 4 Distribución de los gastos ejecutados en los establecimientos de la SESPAS en el Distrito Nacional (1987, estimado), en miles de RD\$.
- 5 Tarifas por servicios en algunos establecimientos de la SESPAS en Santo Domingo, 1986.
- 6 Ingresos totales provenientes de cobro al usuario de la consulta externa de la SESPAS, 1986.
- 7 Utilización de los servicios de la SESPAS en el Distrito Nacional: hospitalización, 1986.
Egresos por especialidades, SESPAS, Distrito Nacional, 1986.
- 8 Consultas externas ofrecidas y exámenes de laboratorio en establecimientos de la SESPAS en el Distrito Nacional, 1986.
- 10 IDSS: Recursos y servicios por tipo de instalación en el Distrito Nacional, 1987.
- 11 Población cubierta por el IDSS en el Distrito Nacional, 1987.
- 12 IDSS: Ingresos en el Distrito Nacional, 1987 (en RD\$).
- 13 IDSS: Gastos en prestaciones médicas en el Distrito Nacional, 1987 (en RD\$).
- 14 IDSS: Utilización de los servicios hospitalarios en el Distrito Nacional (1987).
- 15 IDSS: Utilización de los servicios ambulatorios en el Distrito Nacional (1987).
- 16 IDSS: Utilización de los otros servicios en el Distrito Nacional (1987).
- 17 Distribución de los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, según recursos

- físicos y humanos que poseen y tipo de servicios médicos que ofrecen, Distrito Nacional, enero-junio, 1985.
- 18 Características de las clínicas privadas con camas (Distrito Nacional, 1987).
 - 19 Porcentajes de clínicas privadas que ofrecen determinados servicios según número de camas, 1987.
 - 20 Datos generales y cobertura de las igualas médicas en el Distrito Nacional, 1987.
 - 21 Datos generales sobre las compañías de seguros PRI en el Distrito Nacional, 1987.
 - 22 Ingresos y egresos de una selección de igualas médicas, 1987. (en RD\$)
 - 23 Rangos promedio de cuotas mensuales de compañías de seguros o igualas, 1987. (en RD\$)
 - 24 Comparación de servicios médicos y costos de iguala y seguros médicos privados en el Distrito Nacional, 1987.
 - 25 Comparación de ciertos servicios y sus costos de igualas y seguros privados, 1987.
 - 26 Tipo y número de programas de instituciones no lucrativas que ofrecen servicios de supervivencia infantil o de salud general, Distrito Nacional, agosto 1987.
 - 27 Distribución de los establecimientos de salud "sin fines de lucro" del Distrito nacional, según recursos físicos y humanos que poseen y tipo de servicios médicos que ofrecen, enero-julio, 1985.
 - 28 Distribución de las cinco principales instituciones de salud del Distrito Nacional sin fines de lucro según recursos físicos y humanos que poseen y tipo de servicios médicos, 1987.
 - 29 Comparación de recursos físicos y humanos por subsectores, Distrito Nacional, 1987.
 - 30 Comparación de algunos indicadores de recursos del sector público, Distrito Nacional, 1987.
 - 31 Comparación de algunos gastos y por Persona(s) Bajo Responsabilidad (PRR: SESPAS, IDSS, Igualas Médicas).
 - 32 Distribución porcentual de la consultas externas según tipo de establecimiento (porcentaje).

INDICE DE GRAFICAS

- Gráfica 1 Servicios médicos según número de camas
- Gráfica 2 Servicios intermedios según número de
camas