

LA SALUD EN  
REPUBLICA DOMINICANA  
(primera parte)

---

AMIRO PEREZ MERA

1. CONFORMACION DEL PROBLEMA SALUD  
EN LA REPUBLICA DOMINICANA

La población dominicana en 1976, alcanza casi la cifra de 5,000,000 de habitantes. A pesar de la benignidad del clima y la feracidad tradicional de su tierra, durante siglos ha estado subsistiendo en condiciones de extrema pobreza por el atraso tecnológico, y la insuficiencia de recursos para explotar sus riquezas naturales.

Las enfermedades tradicionales de la zona tropical (la malaria, la disentería, la fiebre amarilla, el tétanos, la buba, la tuberculosis y la desnutrición como condición de fondo) han sido responsables de una elevada morbilidad y mortalidad permanente, a la cual se agrega periódicamente la causada por las grandes epidemias de cólera, influenza, viruela y fiebre amarilla, que diezaban aún más su reducida población.

Una elevada fecundidad ha hecho crecer sistemáticamente la población a una tasa de 2.4% anual.

A raíz de la primera ocupación norteamericana en 1916 se im-

pusieron amplios programas de saneamiento ambiental y campañas dirigidas contra algunas de las endemias más importantes.

Como resultado de estos programas se produjo una importante disminución de la morbilidad y mortalidad en el país cuyo crecimiento poblacional anual saltó a una tasa de 3.6% entre 1950 y 1960. A partir de este período, una migración masiva importante hacia los Estados Unidos y otras causas han incidido en producir una reducción de la natalidad significativa, lo que redujo la tasa de crecimiento a 2.8%.

Un crecimiento importante de la economía del país ha incorporado sectores crecientes de la población a la economía de mercado y el país ha experimentado un acelerado proceso de urbanización.

Los cambios ocurridos sitúan a la República Dominicana en la clasificación de pequeño país recientemente incorporado al desarrollo.

La desigual distribución del ingreso, con tres cuartos de la población en condiciones de subsistencia precaria, contribuye significativamente a configurar la situación de salud actual y a las condiciones ambientales desfavorables que la determinan (Cuadro 1).

Esta desigual distribución es más acentuada en el caso de la población rural (55.4% de la población del país) como se aprecia en la Figura 1, Cuadros 2 y 3, páginas 205 y 207.

Los servicios sanitarios básicos (abastos de agua, disposición de excretas, recolección de basuras domésticas y control de alimentos) cubren satisfactoriamente sólo parte de la población urbana. Thorman de Aguilar (1976) revela que apenas el 22.3% de los habitantes del país tiene abastecimiento intradomiciliario de agua potable; que sólo el 14.9% tiene disposición de excretas con arrastre de agua; que el 55.9% tiene letrinas, en su mayoría insanas; y que el 26.5% carece de toda instalación para la eliminación de las excretas. La cobertura de los servicios municipales de recolección de basuras abarca sólo el 27.8% de la población nacional.

La mortalidad infantil en la población rural, del resto urbano



CUADRO 1

Población, Según Zona y Niveles de Ingreso, Santo Domingo, 1970

Ingreso Familiar mensual en RD\$	País (1) %	Rural (1) %	Urbana (1) %	S.D. (2) %
0-50	49.5	64.4	26.8	4.4
50.1-100	25.4	27.7	21.9	15.3
100.1-300	19.0	7.9	35.7	50.0
300.1-600	3.8	—	9.7	19.3
600.1 y más	2.3	—	5.9	11.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuentes: (1): Machicado, F. Estrategia Agrícola. 1975.

Secretaría de Agricultura y FAO. S.D.

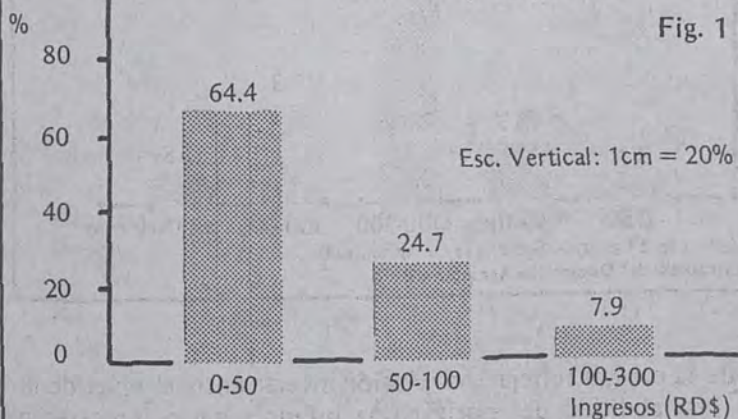
(2): Banco Central. Estudio de Presupuestos Familiares, S.D. 1972.

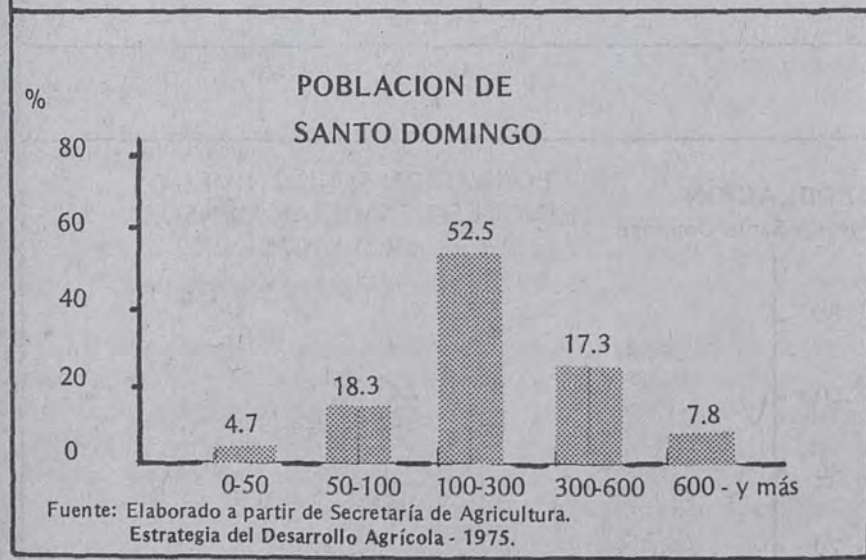
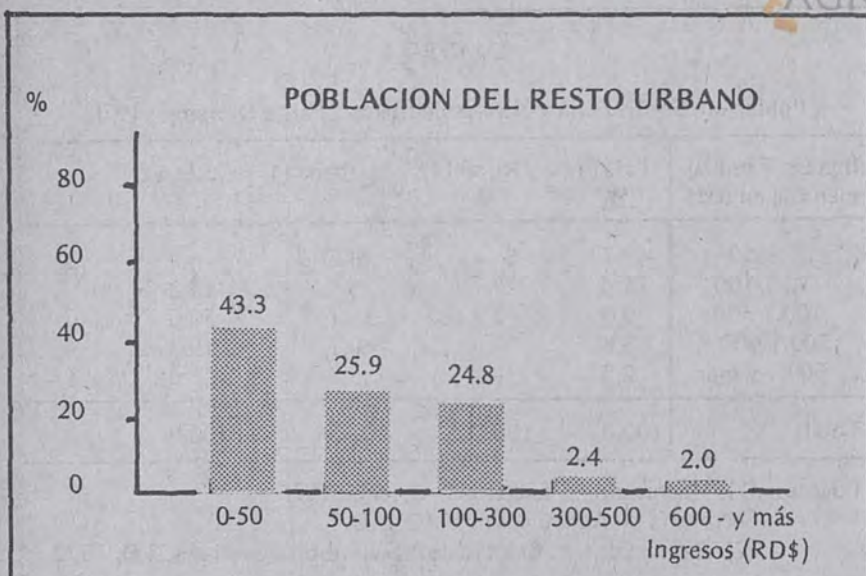
## POBLACION

Rural Santo Domingo

POBLACION SEGUN NIVEL DE  
INGRESO FAMILIAR MENSUAL  
(R.D.) 1975

Fig. 1





del país y de la capital refleja una relación inversa entre el nivel de ingreso y la probabilidad de morir en la infancia hasta ingresos de \$300.00 (Cuadro 4 y Figura 2).

CUADRO 2

Distribución del Ingreso en Santo Domingo, Resto Urbano y el Area Rural. República Dominicana. 1974.

Ingreso familiar mensual en RD\$	País	Santo Domingo	Resto Urbano	Rural
0-50	49.5	4.7	43.8	64.4
50.1-100	25.4	16.7	26.9	27.7
100.1-300	19.0	52.5	24.8	7.9
300.1-600	3.8	17.3	2.4	—
600.1 y más	2.3	7.8	2.0	—
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuentes: Elaborado a partir de: Banco Central. Estudio de Presupuestos Familiares 1960 y Secretaría de Agricultura. Estrategia del Desarrollo Agropecuario, 1975.

La mortalidad infantil, elevada en la población rural, la más pobre del país, desciende hasta niveles comparables a los alcanzados por los países europeos en los estratos de mayor ingreso del país.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias y la desnutrición constituyen el 37.5% de las causas de muertes conocidas por lo cual el mejoramiento de las condiciones ambientales y sociales que las determinan constituyen en el país medidas prioritarias que deben ser incluidas como actividades dentro del sector salud, especialmente los gastos en abastos de agua y alcantarillados.

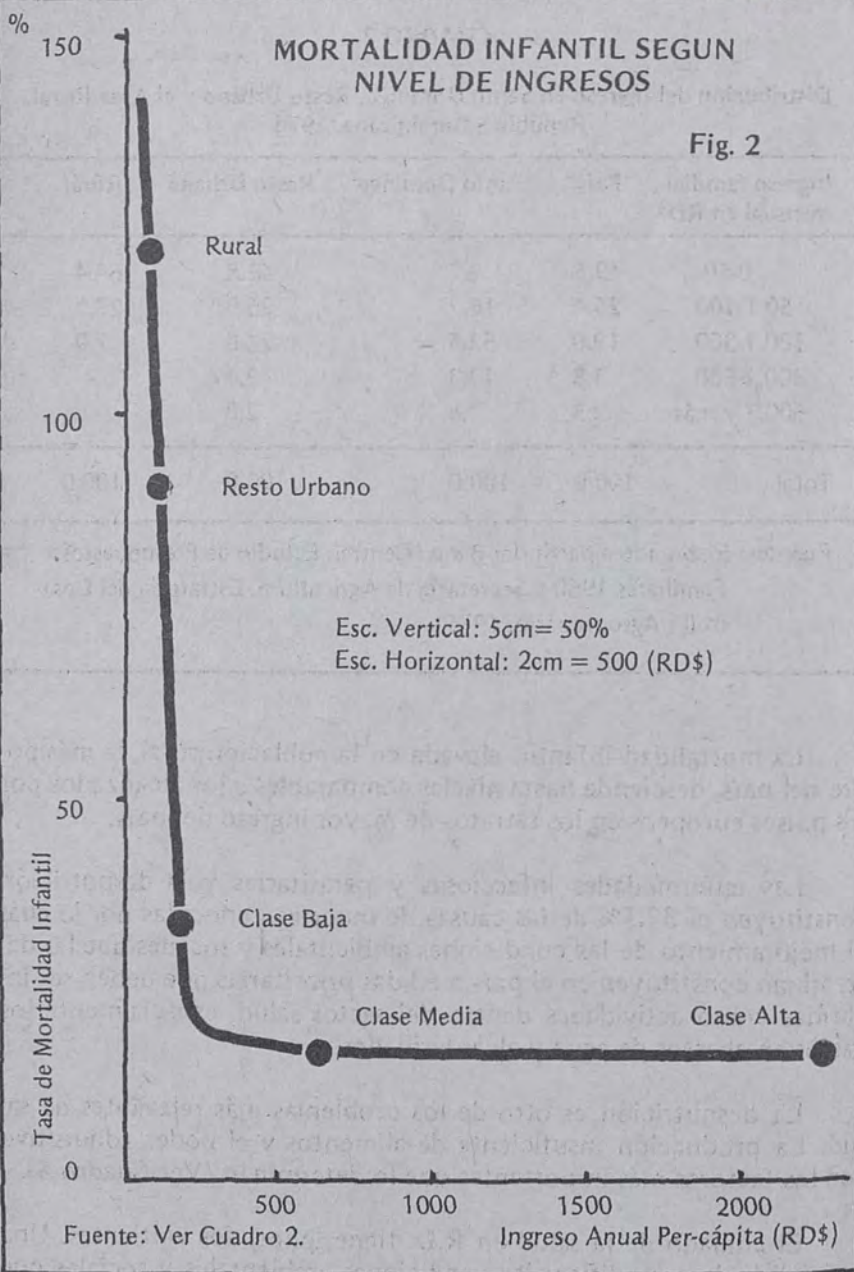
La desnutrición es otro de los problemas más relevantes de salud. La producción insuficiente de alimentos y el poder adquisitivo son los factores más importantes que lo determinan (Ver Cuadro 5).

El cuidado de la salud en R.D. tiene, pues, dos vertientes. Una es la dirigida a modificar las condiciones ambientales y sociales que



## MORTALIDAD INFANTIL SEGUN NIVEL DE INGRESOS

Fig. 2



## CUADRO 3

Cambios en la Distribución del Ingreso en Santo Domingo  
Entre 1969 y 1973.

Grupos de ingreso (En% del total de las familias)	Porcentaje del total de los ingresos de los trabajadores.	
	1969	1973
20% más bajo	2.9	1.4
30% siguiente	14.7	14.0
30% intermedio	27.6	30.2
20% más alto	54.8	54.4

Fuente: ONAPLAN, PLANDES 10, pág. 41.

producen nuestra morbilidad y mortalidad actuales, y la otra son los servicios destinados a cuidar la salud y a lograr la recuperación de los enfermos. Aun cuando este último estilo sea el tradicionalmente considerado como servicio de salud, el rendimiento de la inversión en mejorar las condiciones ambientales y sociales debe producir mayor impacto sobre las condiciones de salud y la esperanza de vida al nacer.

El aumento de los recursos para los cuidados personales de salud no debe hacerse a costa de la reducción de los esfuerzos en lograr una elevación del nivel de salubridad del ambiente o de la consecución de un ingreso más elevado y estable por parte de los estratos de menor ingreso del país.

## 2. OFERTA DE SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

### 2.1.— DOS SISTEMAS DE MEDICINA

Los patrones de cuidado personal de la salud observados en el

## CUADRO 4

Mortalidad Infantil e Ingreso Anual Percápita Promedio, por Estratos Socio-económico, República Dominicana, 1974.

Estrato	Ingreso Anual Percápita en RD\$ (*)	Mortalidad Infantil Tasa/1000 N.V. (**)
Rural	110.00	125.00
Resto Urbano	141.18	87.9
SANTO DOMINGO		
Estrato Bajo	238.49	40.0
Estrato Medio	599.44	21.7
Estrato Alto	2,202.63	23.1 (***)

## Fuentes:

\*Elaborado a partir de Estrategia del Desarrollo Agropecuario. Secretaría de Estado de Agricultura. 1976.

\*\* Encuesta "Diagnos", 1974.

## Nota:

\*\*\*Tamaño pequeño de muestra probable de inconsistencia.

El grupo dentro de este estrato alcanza tasas de 17.1.

país pueden agruparse en dos sistemas bien diferenciados. El estilo moderno, que sigue el patrón de medicina europeo-norteamericana, es el preferido por las clases de altos ingresos en la zona urbana y reconocido casi universalmente en el país como muy eficaz para algunas de las enfermedades más temidas. Goza además del prestigio derivado de ser el estilo de la clase dominante.

El otro sistema, que podríamos llamar de medicina tradicional, se deriva del sincretismo de la medicina africana, la medicina del bique Taíno y la medicina del conquistador español del siglo XVI. Esta medicina tradicional ha incorporado las experiencias dejadas por



otros contactos con la medicina europea, formando un cuerpo de creencias y prácticas de salud que pervive en todo hogar dominicano. La escasez de médicos, que se origina en los tiempos coloniales, ha determinado la práctica generalizada de la automedicación y la participación informal de la comunidad en el manejo de toda situación problema. La tecnología empleada dependerá del conocimiento y las experiencias de cada grupo comunitario y de la disponibilidad de recursos para afrontar cada caso específico.

Desde los tiempos coloniales existe una polarización urbana-rural de los estilos de vida y prácticas de salud. El estilo moderno se concentra en la urbe (Santo Domingo y Santiago) y corresponde a los estratos socio-económicos más altos. El estilo tradicional está difundido en la población rural, dispersa y pobre, que representa al campesino sin tierra, al agricultor en economía de subsistencia, al pequeño productor agrícola y al trabajador no calificado de las zonas urbanas. Entre ambos polos hay un continuo de situaciones intermedias.

Los servicios de medicina moderna, tanto los de propiedad estatal como privada, y el personal de salud están concentrados en el polo urbano (Ver Cuadros 6 y 7).

La orientación predominante de la práctica médica de nivel profesional ha variado en los diversos períodos históricos, orientándose en cada caso al modelo predominante en el centro de poder del cual dependiera el país. Así, hasta fines del siglo XVIII, el modelo español de medicina hispano-arábiga, semisacerdotal-semilaico, fue el modelo predominante.

Durante el siglo XIX, la influencia comercial y política de las potencias europeas dió vigencia al médico al estilo francés en las ciudades como al cirujano en las florecientes plantaciones azucareras del sur. En el siglo XX, a partir de la ocupación militar norteamericana de 1916, se inicia el predominio del estilo de medicina norteamericana con su énfasis en la práctica liberal de la profesión médica y la tendencia hacia la atomización del trabajo en especialidades. La ocupación norteamericana y su continuación, el régimen de Trujillo, introdujo la organización estatal de servicios con énfasis en las actividades de saneamiento y en las campañas de tipo militar contra las enfermedades endemoepidémicas que diezaban al país. Asimismo se creó una red de hospitales públicos, para la población más pobre, que ha llegado a ser la más grande en cuanto al número de camas y edificios.

CUADRO 5

Población Urbana por Tamaño de Localidad y Rural por Actividad Agrícola. República Dominicana - 1974

Zonas y Localidades (según tamaño)	Habitantes	%
Total del País	4,507,000	100.0
<b>URBANA</b>		
Localidades Mayores de 100,000	2,013,000	44.7
Santo Domingo	869,000	19.3
Santiago	196,000	4.3
Resto Urbano (localidades de 20,000 a 49,000)	475,000	10.5
<b>Semiurbano</b>		
10,000 a 19,999	107,608	2.4
2,000 a 9,999	366,000	8.1
<b>RURAL</b>		
(Menos de 2,000 habitantes)	2,494,000	55.3
<b>Cultivo de Plantaciones</b>		
Azucareras	315,000	7.0
Arrocera	142,000	3.2
Otras plantaciones	93,000	2.1
<b>Ganadería</b>		
Pequeños Propietarios incorporados al mercado	876,000	19.4
Minifundistas en subsistencia	850,000	18.9

Fuente: Elaborado a partir de ONAPLAN, PLANDES 19.

La adquisición durante el gobierno de Trujillo de 2/3 de la industria azucarera e instalaciones industriales y comerciales de impor-



## CUADRO 6

Habitantes por Cama de Hospitales de SESPAS  
Según Tamaño de la Localidad. R.D.-1970

Hospitales			
Grupos de Localidades (habitantes)	Población	Camas	% hab/cama
100,000 y más	828,470	4,324	191.6
20,000 - 99,999	380,095	2,023	187.9
2,000 - 19,999	507,025	444	1,141.9
Total urbano	1,715,590	9,791	175.2
Fuente: SESPAS			

tancia, dieron inicio a la formación de una institución nueva, el servicio médico de la clase obrera (urbana y azucarera); medicina institucional orientada a mantener la productividad de los trabajadores de estas empresas principalmente. El desarrollo durante la era de Trujillo de las fuerzas militares y policiales necesarias para mantener su control político y económico del país, dio origen al cuerpo médico de las fuerzas armadas, organismo de medicina institucional.

El derrumbe del régimen trujillista y el desarrollo del movimiento obrero (inclusive la gremialización de los médicos no establecidos) y el emerger de una clase media creciente han originado un nuevo modelo de medicina financiada directamente a través de contratos entre empresas o instituciones y grupos médicos o compañías de seguro comercial y los servicios propios de agrupaciones sin fines de lucro (Patronato de Lucha Contra la Lepra, Asociación Dominicana de Rehabilitación, etc.) que han llenado las demandas del mercado no cubiertas por el sistema anterior.

Esta expansión de la demanda por encima de la oferta de servicios profesionales y auxiliares ha determinado la creación de un personal de salud con múltiples ocupaciones (simultáneamente empleado en una o más instituciones del sector mientras ejerce también como

**CUADRO 7**

**Cobertura Institución del Sector Salud. Santo Domingo. 1976.**

Sistema e Institución	Población Cubierta Según Ingreso Familiar Mensual	
	Usuario Familiar	Usuario Ocasional
A/ Medicina Tradicional	RD\$0 a 200	RD\$300 y más
B/ Medicina Moderna		
B1) Privada		
a) Pago Directo *Médicos *Clínicas Privadas *Privados de Hosp. Públicos	RD\$200 y más 200 y más 200 a 300	RD\$0 a 200 0 a 200 50 a 200
b) Pago de Empresas y Trabajadores *Seguros Privados *IDSS	300 y más 50 a 300	200 a 300 Menos de 50
B2/ Medicina Institucional		
a) Patronatos (donaciones)	50 a 300	Todos los grupos
b) Medicina Estatal *Fuerzas Armadas *SESPAS	100 a 600 0 a 200	600 y más 300 y más

profesional en práctica privada) cuyo ingreso es así más elevado y estable.

Este profesional multiempleado concede a la práctica privada una gran importancia por razones de status y de ingreso.



## 2.2.— RED DE DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIALES DE CURACION

Paralelamente a los dos sistemas de servicios personales existen dos redes de producción y distribución de medicamentos y otros materiales de curación.

Aun la medicina tradicional, que se apoya fuertemente en el uso de infusiones (tisanas) y brebajes (botellas de plantas de la tierra) preparados con materiales recogidos del campo o producidos en el huerto familiar, incluye el uso de productos producidos por la industria farmacéutica nacional o extranjera y distribuidos por los canales de comercialización.

Los linimentos (algunos importados de China), los depurativos, los tónicos, cordiales, las emulsiones de aceites de pescado, bolas de golpes, son parte de la farmacopeta folklórica de uso prioritario en la práctica médica del 75% de inferior ingreso del país.

Los medicamentos y materiales de curación propios del sistema de medicina moderna llegan al consumidor por varios canales. Las instituciones del Estado (Fuerzas Armadas y el I.D.S.S.) tienen redes propias (hospitales y dispensarios) con farmacias o botiquines propios. Estas instituciones compran las medicinas que suministran a su clientela de la red de importaciones o de productos nativos. El núcleo de distribuidores mayoristas de los medicamentos importados o de producción local utiliza una red de farmacias que se concentran en los núcleos urbanos y que sirven a los usuarios de la red de servicios privados o Estatales que asisten a las instituciones y también al consumidor independiente.

Como aun los hospitales del Estado sólo suministran gratuitamente una parte reducida de los medicamentos que prescriben, la red privada de comercialización tiene una importancia prioritaria en el sistema dominicano de salud.

Los residentes en las poblaciones menores y la dispersa adquieren medicamentos a través de los establecimientos comerciales ordinarios, usualmente provistos de una licencia especial para la venta de una lista restringida de medicamentos de uso común (Lista B), que parece alcanzar el 85% de la población del país.

### 3.— LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

#### 3.1.— POBLACION DOMINICANA

La población dominicana, considerando como tal a los residentes en los dos tercios orientales de la isla, ha estado sujeta a cambios demográficos importantes durante todo el período histórico.

Densamente poblada antes del descubrimiento de América perdió casi totalmente la población nativa indoamericana. Repoblada por el conquistador con esclavos africanos, las emigraciones hacia el continente e inmigraciones diversas han producido sucesivas despoblaciones y repoblaciones. Su elevado crecimiento demográfico, la convierte hoy en uno de los países más densamente poblados de América.

En los años recientes se ha producido un proceso acelerado de urbanización orientado prioritariamente hacia la capital.

Al presente la población de las dos ciudades de más de 100,000 habitantes es el 23.5% del total del país y su modo de vida es urbano-moderno. La población que reside en las otras localidades mayores de 2,000 habitantes forma grupos más o menos urbanos, aun cuando muchas de estas localidades son típicamente rurales (Ver Cuadro No. 5 - Población Dominicana según tamaño de localidad y modo de producción agrícola), página 210.

La fuerza de trabajo dominicana está en un 47.3% dedicada al sector agropecuario. Las actividades comerciales y otros servicios emplean el 24.5% de la fuerza de trabajo. El 19.4% restante se divide en partes similares entre gobierno e industria manufacturera (Cuadros 8 y 9).

La mitad de esta fuerza de trabajo labora en actividades de muy baja productividad.

#### 3.2.— EL CONSUMIDOR DOMINICANO: SUS PREFERENCIAS

La información preliminar de la Encuesta Diagnós evidencia que



CUADRO 8

Estructura Ocupacional Estimada en R.D. 1975

Sector	Ocupados en 1975	
	Número	%
Agricultura	56,583	47.3
Minería	1,071	0.1
Industria	112,455	10.5
Construcción	27,486	2.6
Transportación y Comunicación	63,189	5.9
Electricidad, Gas y Agua	2,142	0.2
Comercio y Finanzas	113,526	10.6
Servicios	148,869	13.9
Gobierno	95,319	8.9
Total Sectores	1,071,000	

Fuente: ONAPLAN - Plandes, 26 pág. 511 (1976).

para todo el país, de las personas que admitieron haberse enfermado en el período de referencia sólo uno de cada cinco buscó servicios médicos de cualquier tipo y de cada tres uno se automedicó.

En Santo Domingo se elevó a uno de cada tres enfermos los que buscaron servicios médicos, manteniéndose igual que para todo el país la proporción de los que se automedicaron.

Las preferencias por tipos de servicios médicos fueron en primer lugar la medicina privada, en segundo los servicios de SESPAS (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social) y en tercer lugar los servicios del I.D.S.S.

### CUADRO 9

Población Económicamente Activa de 15 Años y Más de Edad,  
Por Sectores de Actividad Económica. República Dominicana.  
1960, 1970, 1974.

Sector de Actividad Económica	Población		
	Año		
	1960 (1)	1970 (2)	1974 <sup>1</sup> (3)
Agricultura, Foresta, Caza y Pesca	504.0	502.2	647.5
Minas y Canteras	2.4	0.8	3.8
Industria Manufacturera	66.9	97.5	147.4
Electricidad, Gas y Agua	3.3	1.7	6.2
Construcción	20.7	27.8	52.8
Comercio	54.6	74.8	—
Transporte, Almacén y Comunicaciones	21.4	42.6	345.2
Servicios	91.4	167.1	—
Actividades no bien especificadas	56.0	194.5	—
<b>Total</b>	<b>820.7</b>	<b>1,109.0</b>	<b>1,202.5</b>

<sup>1</sup> Proyección.

Fuentes y notas: Columna (1) 1960. Censo Nacional de Población.  
Columna (2) 1970. Censo Nacional de Población.  
Columna (3) Primer Plan Nacional de Desarrollo.  
Oficina Nacional de Planificación.

#### 3.2.1. DEMANDA DE SERVICIO DEL IDSS

La industria azucarera ha sido el principal financiador del IDSS correspondiendo al aporte del CEA el 24% del total de los ingresos de la institución.



	Porcentaje	
	Año	
	1960 (1)	1970 (2)
Agricultura, Foresta, Caza y Pesca	61.4	45.3
Minas y Canteras	0.3	0.1
Industria Manufacturera	8.2	8.8
Electricidad, Gas y Agua	0.4	0.2
Construcción	2.5	2.5
Comercio	6.7	6.7
Transporte, Almacén y Comunicaciones	2.6	3.8
Servicios	11.1	15.1
Actividades no bien especificadas	6.8	17.5
Total	100.0	100.0

A pesar del crecimiento del IDSS y de que los gastos per cápita en prestaciones médicas ascienden a sumas superiores al gasto per cápita del estrato de más altos ingresos de la capital, el grado de satisfacción del usuario del IDSS es muy bajo como revela la reacción de las Asociaciones patronales y obreras frente a un intento reciente de

las autoridades del IDSS de elevar el salario tope del seguro obligatorio hasta RD\$300.

La operación del IDSS ha requerido el montaje de una complicada e ineficiente maquinaria para la recaudación y el control de los fondos, la administración y operación de los servicios médicos propios y las prestaciones económicas y beneficios sociales. Esta maquinaria burocrática, con todos los defectos de la administración pública dominicana, encarece el servicio consumiendo el 20.1% de los gastos de la institución en 1974. Asumiendo que se distribuyera proporcionalmente el gasto administrativo por programas, de acuerdo a la participación del programa en el presupuesto institucional y que se sumara dicha parte del gasto al gasto en servicios de salud, el gasto por asegurado (cotizante) fue de \$89.66 en 1974.

Aún cuando el Seguro de Salud constituye una alternativa muy conveniente para el financiamiento de los servicios personales de salud de la población de ingresos medios, la ineficiencia presente del Instituto Dominicano de Seguros Sociales hace poco competitiva a esta institución frente a los servicios de grupos médicos privados y de las compañías comerciales de seguro. Las primas del IDSS, y aun los gastos por asegurado en salud considerados aisladamente, son más caras que el gasto per cápita de los grupos de superior ingreso en Santo Domingo y que las primas cobradas por los servicios comerciales de seguros de salud.

El consumidor dominicano percibe esta situación y los esfuerzos del IDSS por expandir la cobertura de sus servicios no han encontrado apoyo alguno ni de los sindicatos ni de las organizaciones empresariales.

Sólo una reforma radical de la organización actual de la institución que elimine los defectos que la convierten en poco eficaz y la adopción de un sistema que mantenga interesados en mejorar la atención podría reducir los costos del servicio y hacerlo atractivo. Posiblemente el modelo de Servicio Nacional de Salud Británico podría servir de base para la creación de un servicio médico de seguros sociales que sea aceptable en el país.



### 3.2.2. DEMANDA DE SEGUROS COMERCIALES DE SALUD Y SERVICIOS AFINES

Las compañías de seguros médicos en el país y grupos médicos que prestan servicios por igualas a empresas y otros grupos semejantes operan siguiendo los modelos clásicos.

Las compañías de seguros comerciales ofrecen pólizas de seguro colectivo en salud, en combinación con seguros ordinarios de vida a empresas con más de 15 asegurados. Los beneficios de salud son el reembolso de parte de los gastos incurridos durante la hospitalización, incluyendo honorarios médicos, laboratorio y gastos de hospitalización. Las limitaciones en los planes examinados dejan al usuario sin protección efectiva en los casos de enfermedades catastróficas y en otros gastos.

Esta información preliminar está siendo estudiada y no es posible, al momento, estimar a base de ella la clientela efectiva de cada servicio; pero expandiendo esta información preliminar al país se encuentra que las cantidades son compatibles con la población asegurada del IDSS, hecho que sugiere que la estimación basada en ella es probablemente válida (ver cuadro 10).

La encuesta Diagnos revela que la mortalidad general y particularmente la infantil son más bajas en la mitad de ingreso superior de Santo Domingo que en el resto del país. Como éste es el indicador más sensible de las condiciones de vida, incluyendo los cuidados de la salud, puede escogerse la forma de vida de este grupo; incluyendo los gastos en vivienda, alimentación educación y salud como adecuados de las condiciones de vida dominicana (ver cuadro 4).

### 3.3. EL GASTO FAMILIAR EN SERVICIOS DE SALUD

El estudio de los Presupuestos Familiares de la población de Santo Domingo (BC, ONE, USAID-1969) permite analizar el gasto por tipo y nivel de ingreso familiar mensual.

Elaborando los datos publicados en los volúmenes I y II se obtuvo el gasto anual per cápita por nivel de ingreso familiar mensual.

CUADRO 10

Enfermos Según Personal que los Asistió y Zona

Personal que le Asistió	País %	Santo Domingo %	Rural %
SESPAS (médicos)	8.6	12.3	6.4
IDSS (médicos)	2.0	3.1	1.2
F.A.	0.2 (2)	0.1	—
CEA	0.2	—	0.3
Patronatos	1.0	2.3	0.7
Privado Total	11.0	15.1	9.3
Médico General	( 8.7)	( 9.4)	( 8.0)
Médico Especializado	( 2.3)	( 5.7)	( 1.3)
Farmacéutico	0.8	1.6	0.6
Curandero	2.0	0.4	2.8
En Hogar	33.5	24.5	37.7
Resto	40.9	40.6	41.1
Total	100.0	100.0	100.0

La mitad más rica de la ciudad de Santo Domingo tiene ingresos familiares mensuales superiores a los \$200. Este grupo satisface las necesidades básicas en alimentación siendo su ingesta calórica y proteica adecuada (ver cuadro 11). Los grupos de ingreso superior a los \$300 consumen en promedio un exceso de proteínas y calorías.

A los precios corrientes de 1969, el gasto global en salud fue en promedio RD\$20.83 para el grupo de \$200-300 siendo más elevado en el nivel de \$300 y 600 y máximo en los ingresos mayores de \$600 (ver cuadros 8 al 14).

Dos hechos relevantes se destacan en el análisis del gasto de estos grupos; el primero que el gasto en compra de medicamentos es el mayor en todos los grupos (incluyendo también los de ingreso infe-



CUADRO 11

Consumo de Calorías y Gramos de Proteína por Persona y Estratos de Ingreso. República Dominicana, 1974

Estrato de Ingreso	Ingreso Mensual por Familia en RD\$	Calorías por día	Gramos de Proteína por día
I	0.1 - 50	1,423.90	28.26
II	50.1 - 100	2,054.22	21.70
III	100.1 - 300	2,525.10	67.80
IV	300.1 y más	3,149.99	85.93
Promedio Ponderado		1,906.40	43.64
Fuente: Machicado, F.: Estrategia de Desarrollo Agrícola (versión preliminar). Rep. Dom., 1974.			

rior); el segundo, que hay diferencias en la estructura de los gastos de hospitalización y en servicios dentales que señalan la existencia de diferencias fundamentales en la forma de gastar indicadores de preferencias independientes de la magnitud del gasto, que es de la misma magnitud en los grupos de \$200-\$300 y \$300-\$600.

El gasto en servicios dentales del grupo \$200-\$300 elevado en extracciones y otros gastos (prótesis), corresponde a la práctica observada en los grupos de ingreso medio-bajo, quienes se extraen las piezas dentarias restantes, tras la pérdida de parte apreciable de ellas y la sustitución de toda la dentadura natural por una prótesis total. El bajo gasto per cápita en obturaciones indica que este grupo no tiene la práctica de proteger sus piezas dentarias de la destrucción total. El gasto dental del grupo de \$300-\$600 con énfasis en obturaciones (75% del gasto dental) indica un uso racional del ingreso disponible.

El gasto en hospitalización revela que ambos invierten sumas semejantes en el pago por servicios de hospitalización siendo diferente el objeto del uso.

CUADRO 12

Gasto Directo en Servicios de Salud, Según Gasto y Nivel de Ingreso.  
Santo Domingo 1969. (En RD\$).

Grupo de Ingreso Gasto	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600 y más	Total
Consulta	3.73	1.50	1.91	3.43	7.19	10.54	
Hospitalización	0.17	1.08	1.23	6.29	6.43	7.50	
Servicios Odontológicos	—	0.08	0.09	0.92	0.92	4.51	
Lab. y RX	1.02	0.07	0.96	1.67	5.62	6.48	
Medicinas	10.84	5.14	6.78	8.45	13.68	21.99	
Otros	—	0.12	0.23	0.07	2.23	2.05	
Total	15.76	7.87	11.20	20.83	36.07	53.07	

Fuente: Elaborado a partir de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares 1969 - Banco Central. ONE, AID.

El grupo de \$200-\$300 gasta fundamentalmente en hospitales públicos (como pacientes privilegiados por ser privados y como usuarios de servicios menos costosos (semi-privados en hospitales privados). Aun cuando dichos gastos son equivalentes, probablemente el grupo de \$200-\$300 obtiene beneficios marginales en análisis de laboratorio y radiografías a precios favorables.



CUADRO 13

Gasto Anual Per Cápita en Consultas médicas y Servicios Afines,  
Según Nivel de Ingreso. Santo Domingo. 1969.

Nivel de Ingreso Familiar (gasto anual en RD\$).

Ingreso Gasto	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600 y más	Total
Consultas Médicas (consultorios)	3.05	1.50	1.86	3.08	6.62	8.73	3.50
Consultas a domicilio	—	—	—	—	0.23	1.28	0.14
Consultas a oculista	—	—	0.03	—	0.35	0.54	0.11
Servicios Médicos	—	—	0.01	0.28	—	—	0.06
Curanderos	0.09	—	0.00	0.07	—	—	0.02
Comadronas	0.42	—	—	—	—	—	0.02
Centro Sanitario	0.57	—	—	—	—	—	0.01
<b>Total</b>	<b>3.73</b>	<b>1.50</b>	<b>1.91</b>	<b>3.43</b>	<b>7.19</b>	<b>10.54</b>	<b>3.86</b>

Fuente: Machicado, F.: Estrategia de Desarrollo Agrícola (versión pre-liminar).  
República Dominicana, 1974.

## CUADRO 14

Gasto Anual Directo en Consultas Médicas y Servicios Afines,  
Según Nivel de Ingreso, Santo Domingo. 1969

Grupo de Ingreso Familiar (gasto en miles de RD\$)

Ingreso Gasto	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600 y más	Total
Consultas (en consultorio privado)	103.7	180.0	415.7	481.0	827.0	492.5	2,499.9
Consultas a domicilio	—	—	—	—	28.8	72.0	100.8
Consultas a oculista	—	—	7.2	—	42.2	30.2	79.6
Servicio médico	—	—	2.9	43.2	—	—	46.1
Curanderos	2.9	—	0.7	11.5	—	—	15.1
Comadronas	14.4	—	—	—	—	—	14.4
Centro Sanitario	5.8	—	—	—	—	—	5.8
Total	126.8	180.0	426.5	535.7	898.0	594.7	2,761.7

Los cuadros 15 y 23 revelan que los grupos de ingreso superior a \$300 constiuyen la clientela de los hospitales privados. (81.3% del gasto en habitación privada.)



## CUADRO 15

Gasto Anual Per Cápita Directo en Hospitalización  
Según Nivel de Ingreso Familiar. Santo Domingo, 1969

Gasto (per cápita anual en RD\$)	Ingreso Familiar mensual (anual per-cápita) Total					
	0-50 (82.88)	50-100 (185.42)	100-200 (301.53)	200-300 (424.41)	300-600 (801.94)	600 y más (2,094.84)
Hospital Privado (habitación privada)	0.17	0.65	0.12	0.98	5.67	7.02
Semi-privados, Sala y partos	—	—	0.71	1.57	0.47	—
Hospital Público	—	0.42	0.41	3.01	0.09	0.49
Sangre	—	—	—	0.74	—	—
Total	0.17	1.08	1.23	6.29	6.43	7.50

Fuente: Machicado, F.: Estrategia de Desarrollo Agrícola (versión preliminar).  
República Dominicana, 1974.

CUADRO 16

Gasto Anual Directo en Hospitalización, Según Nivel de Ingreso Familiar mensual  
Santo Domingo, 1965

(Gasto en miles de pesos)

Ingreso Gasto	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600 y más	Total
Hospital Privado (hab. privada)	5.8	77.8	25.9	152.6	751.7	396.0	
Semi-privados Salas y parto	—	—	158.4	244.8	60.3	—	
Hospital Público	—	51.0	90.7	469.4	11.5	27.4	
Sangre	—	—	—	115.2	—	—	
Total	5.8	129.8	275.0	982.0	823.5	423.4	

CUADRO 17

Gasto Anual Per Cápita en Servicios Dentales, Según Nivel de Ingreso Familiar.  
Santo Domingo, 1969.

Ingreso Gasto	0-50	50-100	100-200 (en RD\$)	200-300	300-600	600 y más	Total
Extracciones	—	0.08	0.09	0.45	0.23	0.08	
Obturaciones	—	—	—	0.06	0.69	1.35	
Otros	—	—	—	0.42	—	3.09	
Total	—	0.08	0.09	0.92	0.92	4.51	

Fuente: Machicado, F.: Estrategia de Desarrollo Agrícola (versión preliminar), República Dominicana, 1974.



CUADRO 18

Gasto Anual Directo en Servicios Dentales Según Nivel de Ingreso, S.D. 1965

Ingreso Gasto	Gastos						Total y más
	0-50	50-100	100-200 (en miles de RD\$)	200-300	300-600	600	
Extracciones	—	10.1	20.2	70.6	28.8	4.3	
Obturaciones	—	—	—	8.6	86.4	76.3	
Otros	—	—	—	64.8	—	174.2	
Total	—	10.1	20.2	144.0	115.8	254.8	

CUADRO 19

Gasto Anual Per Cápita en Estudios Diagnósticos, Según Nivel de Ingreso. S.D., 1969

Ingreso Gasto	Grupo de Ingreso (gasto en RD\$)						Total y más
	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600	
Análisis de Laboratorio	1.02	0.07	0.96	1.41	4.24	4.57	1.77
Estudios Radiológicos	—	—	—	0.26	1.38	1.91	0.45
Total	1.02	0.07	0.96	1.67	5.62	6.48	2.22

Fuente: Machicado, F.: Estrategia de Desarrollo Agrícola (versión preliminar). República Dominicana, 1974.

CUADRO 20

Gasto Anual Directo en Estudios Diagnósticos (en miles de pesos)  
Según Nivel de Ingreso. Santo Domingo, 1969

Ingreso Gasto	Grupo de Ingreso Familiar (gasto en miles de RD\$)						Total y más
	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600	
Análisis de Laboratorio	34.6	8.6	213.1	220.3	530.0	257.8	1,264.4
Estudios Radiológicos	—	—	—	40.3	172.8	108.0	321.1
Total	34.6	8.6	213.1	260.6	702.8	365.8	1,585.5

CUADRO 21

Otros Gastos Directos Per Cápita en Salud, Según Niveles de Ingreso. S.D. 1969.

Ingreso Gasto	Grupo de Ingreso Familiar (Gasto anual per cápita)						Total y más
	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600	
Primas de Seguro de enfermedad	—	0.12	0.08	0.05	0.22	0.87	0.17
Espejuelos	—	—	0.15	—	1.61	1.10	0.41
Termómetros Jenringuillas	—	—	—	0.02	0.39	0.09	0.08
Total	—	0.12	0.23	0.07	2.23	2.05	0.66

Fuente: Machicado, F.: Estrategia de Desarrollo Agrícola (versión preliminar).  
República Dominicana, 1974.



CUADRO 22

Otros Gastos en Salud, Según Nivel de Ingreso. Santo Domingo. 1969.

Ingreso familiar mensual Gasto	Grupo de Ingreso (Gasto en miles de RD\$)						Total y más
	0-50	50-100	100-200	200-300	300-600	600	
Primas de Seguro contra enfermedades	—	14.4	18.7	7.9	28.1	49.0	118.1
Espejuelos	—	—	33.1	—	201.8	61.9	296.6
Termómetros y Jeringuillas	—	—	—	2.9	48.2	5.0	56.1
<b>Total</b>	—	14.4	51.8	10.8	278.1	115.9	470.8

CUADRO 23

Gasto Directo en Hospitalización Por Tipo de Gasto y Nivel de Ingreso. S.D. 1969.

Nivel de Ingreso Familiar-mensual en RD\$	Población en %	Total %	Gasto en Hospital en Porcentaje		
			Hospital Público %	Hospital Privado	
				Habitación Semi-privada	Habitación Privada
Bajo	1. 0-50	5.6	0.2	—	0.4
	2. 50-100	19.7	5.1	8.0	5.5
Medio	1. 100-200	33.0	10.9	13.9	34.2
	2. 200-300	19.9	34.3	72.1	52.8
	3. 300-600	14.7	32.6	1.8	13.0
Alto	1. 600 y más	7.1	16.8	4.2	—
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Banco Central - Estudio Impuesto Familiar

Las diferencias substanciales en los gastos de los grupos de ingreso \$300-\$600 y \$600 y más, recaen en gastos en servicios odontológicos y en adquisición de medicamentos y secundariamente en consultas. Si consideramos como adecuado el servicio recibido por estos grupos, el financiamiento del cuidado de la salud oscilaría entre los valores per cápita de \$20.83 a 53.07. Es decir, para la población de 1969 de un gasto total que oscilaría entre \$100.0 millones y 258 millones, la suma de RD\$173.1 millones correspondiente a un gasto per cápita igual al del grupo de \$300 a \$600.

*Los grupos de ingreso familiar inferior a \$300, la clase media (si excluimos las capas de ingreso más elevados que ésta), está diferenciada, además de su uso prioritario de las facilidades públicas (SESPAS e IDSS) como paciente que paga, por el hecho de que gasta en servicios de cuaranderos y brujos y usan los tónicos, cordiales y depurativos de la medicina tradicional (cuadro 13).*

Podría interpretarse que, en el contexto de la República Dominicana, los residentes en la capital con ingreso familiar superior a los \$200 pueden procurar servicios satisfactorios para el cuidado de su salud; esto a través de la compra directa de servicios privados de salud o mediante la compra de servicios privilegiados en los establecimientos estatales.

Los grupos de ingreso menor de \$200 son incapaces de procurar los servicios de salud adecuados, aun si residen en Santo Domingo, donde se concentran los mejores servicios del Estado. El salto de la mortalidad infantil desde 21.7 por mil nacidos vivos en la mitad de ingreso superior (más de \$300) a 40. en la mitad más pobre revela que las condiciones de vida son netamente inferiores. Como el resto urbano tiene ingresos semejantes a los de este último grupo y su mortalidad infantil es de 87.9, esto podría atribuirse en parte a la atención médica más deficiente que éstos reciben.

El comportamiento de los estratos de bajo ingreso en Santo Domingo puede servir de base para intentar comprender las preferencias y prácticas del 75% más pobre del país. En Santo Domingo, estos grupos forman la clientela de los servicios públicos, tanto como asegurados del IDSS como usuarios de los servicios de SESPAS. Su uso de los servicios de medicina privada se restringen a compra de medicinas



(no provista por SESPAS) y a la compra de servicios no obtenibles debido a las colas en el caso de SESPAS o a las restricciones a los familiares de los obreros del IDSS.

A todos los niveles de ingreso dentro del estrato bajo se encuentran gastos en consultas médicas, hospitalización privada y un importante gasto en medicinas. Los servicios odontológicos procurados se restringen a las extracciones y no gastan en estudios radiológicos.

El gasto en medicinas incluye cantidades significativas en los productos usados por la medicina tradicional, que incluso llega a ser el segundo renglón de gasto del grupo más pobre (0-50). Los gastos en medicinas de importancia vital (soluciones electrolíticas y vitaminas en el grupo 0-50) sugieren que fueron inducidos por una enfermedad grave (diarrea coleriforme en la infancia y carencia vitamínica severa) que les obliga a invertir el 20% de un ingreso incapaz de cubrir a penas la mitad de los gastos de la familia (ver cuadros 24 a 26).

CUADRO 24

Gasto en Medicinas Como Porcentaje del Gasto Total en Salud, Según Nivel de Ingreso Santo Domingo, 1969.

Grupo de Ingreso Familiar Mensual (en RD\$)	A	B	B/A %
	Gasto Anual Per Cá-pita en Servicios Mé-dicos (en RD\$)	Gasto en Compra de Medicinas (per cápita) (en RD\$)	
0-50	15.76	10.84	68.8
50-1-100	7.87	5.14	65.3
100-1-200	11.20	6.78	50.5
200-1-300	20.83	8.45	40.6
300-1-600	36.07	13.68	37.9
600-1 y más	53.07	21.99	41.4
Total			

### CUADRO 25

Elasticidades Ingreso del Gasto en Salud, Según Tipo de Gasto.  
Santo Domingo, 1969.

Grupo de Ingreso Familiar Mensual (en RD\$)	Ingreso Anual Pér cápita (en RD\$)
0-50	82.88
50.1-100	185.42
200.1-300	424.41
300.1-600	801.94
600.1 y más	2,094.84

#### Elasticidad Ingreso del Gasto

Grupo de In- greso Familiar Mensual en RD\$	Global en Salud	Consultas Médicas	Hospitalización	Laboratorio y Rayos X
0-50	- 0.86	- 1.13	2.84	- 3.33
50.1-100	0.73	0.50	0.64	5.39
200.1-600	1.82	1.71	4.77	1.67
300.1-600	0.86	1,16	0.03	1.91
600.1 y más	0.40	0.40	0.16	0.15

#### Elasticidad Ingreso del Gasto

Grupo de In- greso Familiar Mensual en RD\$	Dentales	Medicinas	Otros Gastos
0-50	-	- 0.93	-
50.1-100	0.24	0.57	1.34
200.1-300	6.80	0.64	-3.48
300.1-600	0.00	0.76	5.44
600.1 y más	1.66	0.49	0.09



### CUADRO 26

Gasto Estimado Por Nivel de Ingreso Familiar Mensual.  
República Dominicana 1970.

Grupo de Ingreso Familiar Mensual en RD\$	Población	
	Habitantes	o/o
0-50	1,983,617	49.48
50±100	1,016,981	25.37
100-1-300	760,204	18.96
300-1-600	154,300	3.85
000 y más	93,499	2.33
Total	4,008,600	100.00

Gasto Anual Directo Per Cápita en  
Servicios Médicos en RD\$

Gasto Global en Salud  
RD\$ millones

Grupo de In- greso Familiar en RD\$	Hipótesis 1		Hipótesis 2	
	Hipótesis 1	Hipótesis 2	Hipótesis 1	Hipótesis 2
0-50	7.87	15.76	15.6	31.3
50±100	7.87	15.76	8.0	8.0
100-1-300	15.16	15.16	11.5	11.5
300-1-600	36.07	36.07	5.6	5.6
000 y más	53.07	53.07	4.9	4.9
Total	11.40	15.33	45.6	61.3

Fuente: Estimado a base de distribución de Ingresos SEA (Estrategia Agrícola 1975)  
y BC, ONF, USAID - Estudio de Presupuestos Familiares.

Por otra parte, el gasto significativo en los servicios de parteras por el grupo de 0-50, indica que el grupo recién inmigrado de la zona rural persiste aún en utilizar los estilos tradicionales del campo (aun cuando tiene a su disposición los servicios gratuitos de la maternidad estatal, ampliamente utilizados por el estrato bajo de la capital).

### 3.4. ESTIMACION DEL GASTO DIRECTO EN SALUD PARA EL PAIS

Partiendo del supuesto que los grupos de ingreso familiar mensual superior a \$50 tienen un gasto similar en todo el país y que el gasto per cápita del grupo de inferior ingreso (0-50) debe ser inferior al gastado por el grupo equivalente de Santo Domingo, el gasto total directo en salud debió oscilar entre 45.6 y 61.3 millones en 1970 (cuadro No. 17).

(La segunda parte de este trabajo aparecerá en el próximo número de la revista).