



MIGRACIONES PROFESIONALES LA-UE

OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO

Acción financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo

CONTRATO N° MIGR/2008/152-804 (5.2)



Informe Producto 4 y 5

Pedro Ortega

Índice

Agradecimiento.....	4
Introducción.....	5
Siglas usadas en el presente informe.....	7
1. Método.....	9
1.1 Levantamiento de fuentes estadísticas secundarias.....	9
1.2 Análisis normativo jurídico y levantamiento de fuentes secundarias.....	9
2. Modelo planificación del sector salud.....	10
2.1 Los marcos legales.....	10
2.2 Actores e instituciones.....	12
2.3 Esquema general del sistema nacional de salud de la República Dominicana.....	16
2.4 Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.....	17
2.5 Reflexiones para una propuesta de articulación de las fuentes de información para la planificación para el sector salud de la República Dominicana.....	20
3. Descripción sociodemográficas de la población de médicos y las enfermeras en el sector público de la República Dominicana.....	22
3.1 Contexto general sociodemográfico de la República Dominicana.....	22
3.2 Aspectos generales de los recursos humanos en salud.....	24
3.3 Los recursos humanos de salud en el sector público.....	26
3.4 Ministerio de Estado de Salud Pública.....	27
3.5 Sobre los médicos de SESPAS.....	28
3.6 Las enfermeras de SESPAS.....	30
Bibliografía.....	32

Agradecimiento

La realización de esta investigación ha sido una labor de equipo que no habría sido posible sin la importante contribución de muchos profesionales de la salud, médicos y enfermeras, que se implicaron en la misma a lo largo del trabajo, tras ver la importancia de este tema para ahondar en aspectos consustanciales al desarrollo del sector en la República Dominicana.

Agradezco la contribución de la doctora Selma Zapata y a su equipo de doctoras y enfermeras colaboradoras de la Organización Panamericana de la Salud en la República Dominicana, adscrita a la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). La doctora Zapata y su equipo facilitaron contactos con instituciones y profesionales del sector que fueron entrevistados para este estudio, de quienes obtuvimos información sumamente valiosa para la consecución de los objetivos previstos. En tal sentido, la colaboración del doctor Luis Felipe Encarnación fue de gran relevancia, pues me permitió penetrar en círculos profesionales inicialmente reticentes a ser entrevistados.

Debo agradecer profundamente la labor realizada por Orlando Muñoz quien siempre lee y corrige mis manuscritos con el debido cuidado, así como el trabajo de investigación realizado por la comunicadora Patricia Báez, la socióloga Farah Paredes, el geógrafo Marcos Morales y por el matemático y economista Yamir Encarnación, con quienes tuve oportunidad conformar el equipo de trabajo, y por ayudar a examinar y a profundizar en las distintas áreas objeto de estudio presentadas en este informe. Sus notas de campo y sus reportes fueron de suma utilidad para la preparación del presente texto.

Como parte de este mismo equipo, es insoslayable el nombre de Luis Paniagua, quien coordinó con el rigor debido el trabajo de campo y posteriormente el procesamiento de los datos cuantitativos que aquí se describen en el capítulo dos.

No debería concluir estas notas de agradecimiento sin antes mencionar el apoyo que hemos recibido de la Escuela Andaluza de Salud Pública, institución que ha promovido esta relevante iniciativa que, seguramente, ayudará a encauzar otros esfuerzos igualmente relevantes en la República Dominicana y en América Latina; asimismo, por la bondad y la paciencia, por la gran calidad humana mostradas durante el desarrollo de esta investigación, sin poner de lado la calidad del producto deseado.

Introducción

El presente informe describe los resultados del “Estudio de caso sobre las migraciones de médicos y enfermeras en la República Dominicana, 2010: Oportunidades para el desarrollo compartido”, apoyado por la Escuela Andaluza de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, adscrita a la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS).

En sentido general, con este estudio se desea dar inicio a una valiosa línea de investigación aún prácticamente sin trillar en el contexto dominicano. En ello radica la importancia de este documento: Un gran número de fuentes primarias y secundarias de información se levantaron con el propósito de rendir cuenta del sector, en cuanto a sus recursos humanos, su movilidad profesional, los trámites institucionales e informales de la burocracia migratoria, así como los factores expulsivos y de atracción de la migración que experimenta en la actualidad.

Siendo prácticamente una de las primeras investigaciones que sobre este tema se desarrolla en la República Dominicana, se ha buscado explorar y describir el sector no solo en busca de comprender este objeto de estudio que nos motivó en principio, sino también con miras a estimular un punto de partida a investigadores que deseen profundizar en este tema.

Es desde esta perspectiva que se hizo acopio de una gran cantidad de información, especialmente de fuentes institucionales de investigación ligadas al tema de la salud, como es el caso del Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), así como de instituciones del gobierno unidas al sistema de salud de la República Dominicana, entre las que caben destacar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS) y la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). La misma OPS-OMS, en calidad de institución interesada, realizó valiosas contribuciones, materiales, humanas y simbólicas; en específico, posibilitó la organización de distintas reuniones de trabajo y sesiones de entrevistas, y el levantamiento de información calificada por parte de técnicos y consultores.

En el contexto de este estudio, se pudo explorar la experiencia migratoria y profesional de diversas personas ligadas al campo de la salud, en cuanto a temas como las gestiones burocráticas locales que rigen el proceso migratorio, el proceso de homologación de títulos y la residencia en un programa de especialidad en Estados Unidos y Europa. Al mismo tiempo, se abordaron, desde una perspectiva cualitativa, los factores expulsivos y de atracción que llevan a los profesionales de la medicina a emigrar hacia otros países.

Esto nos ha llevado a descubrir aspectos muy propios del sistema de salud, pero que, para nuestra sorpresa, permanecían ocultos en el sustrato latente de lo manifiesto en la cotidianidad social e institucional del sector. Algunos de estos afloraron inesperadamente durante la aplicación de entrevistas en profundidad o en el contexto de alguno de los grupos focales realizados, como factores determinantes de expulsión o factores auto-propiciadores de la propensión actual hacia la emigración profesional, como es el caso del clima jerarquizado del sistema de residencias médicas que acoge a tantos estudiantes y profesionales de ciencias de la salud en la República Dominicana.

Otros temas de semejante relevancia aparecen puntualmente vinculados con la distribución de la fuerza de trabajo y con el imperativo del “pluriempleo”, que cada vez más se afirma como opción para aquellos profesionales que desean incrementar sus fuentes de ingreso. En el caso de la República Dominicana, la



brecha entre los espacios laborales público y privado se achica notablemente en cuanto a la tendencia de los profesionales a desempeñarse en ambos sectores, pero se ensancha sustancialmente en cuanto a la calidad de los servicios de salud que en uno y otro sector ofrecen.

El presente documento es el último de cuatro y recoge las expectativas solicitadas en los TdR para los productos 4 y 5:

Producto 4: Informe de las fuentes de información disponibles que permitan la caracterización del fenómeno migratorio en medicina y enfermería. El informe deberá incorporar y diseñar una propuesta de sistematización de la misma de manera que pueda hacerse un seguimiento en tiempo real del proceso desde el Ministerio de Salud.

Producto 5: Estudio descriptivo de profesionales de la medicina y enfermería en activo por especialidad reconocida en cada colectivo profesional que incluya edad, sexo, tiempo de dedicación, ejercicio urbano o rural, atención primaria y especializada. Descripción del proceso de planificación de personal médico y de enfermería e implicaciones en ese proceso de los Ministerios de Salud, de Educación así como de asociaciones o gremios profesionales u otros posibles actores.

Siglas usadas en el presente informe

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)
América Latina (AL)
Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG)
Asociación Farmacéutica Dominicana (AFD)
Asociación Nacional de Enfermeras Graduadas (ANEG)
Asociación Odontológica Dominicana (AOD)
Banco Central de la República Dominicana (BC)
Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM)
Centro Médico Universidad Central del Este (UCE)
Colegio Dominicano de Bioanalistas (CDB)
Colegio Médico Dominicano (CMD)
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC)
Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS)
Consejo Nacional de Salud (CNS)
Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
Decanato de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS)
Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento (DDF)
Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
Distrito Nacional (DN)
Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)
Estados Unidos (EU)
Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (FCS-UASD)
Gerencia de la Seguridad Social (GSS)
Hospital Alejandro Cabral, en San Juan de la Maguana (HAC)
Hospital Arturo Grullón (HAG)
Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFA)
Hospital Darío Contreras (HDC)
Hospital de la Mujer (IDSS)
Hospital de la Policía Nacional (HPN)
Hospital Jaime Mota, en Barahona (HJM)
Hospital José María Cabral y Báez (HJMC)
Hospital Juan Pablo Pina, en San Cristóbal (HJPP)
Hospital Luis Eduardo Aybar (HLEA)
Hospital Maternidad La Altagracia (MA)
Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina (MISL)
Hospital Metropolitano en Santiago de los Caballeros (HOMS)
Hospital Militar Doctor Ramón de Lara (HMDR)
Hospital Moscoso Puello (HMP)
Hospital Padre Billini (HPB)
Hospital Psiquiátrico Padre Billini (PPB)
Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo
Hospital Robert Reid Cabral (HRRC)
Indicadores Básicos de Salud (IBS)
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)



Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
IX Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV)
Medical Licensing Examination (USMLE)
Médico Adjunto (MA)
Médico Interno Residente (MIR)
Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT)
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS)
Ministerio de Trabajo (MT)
Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)
Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización Panamericana de la Salud (OPM)
Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Rectoría del Sistema Nacional de Salud (RSNS)
Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
Seguro Nacional de Salud (SENASA) y Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)
Sindicato Nacional de Trabajadores de Enfermería (SINATRAE)
Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)
Sistema Nacional de Salud (SNS)
Sistema Sanitario Nacional (SSN)
Statistical Package for Social Science (SPSS)
Superintendencia de Salud y riesgos laborales (SISALRIL)
Tesorería de la Seguridad Social (TSS)
Unión Nacional de Servicios de Enfermería (UNSE)
United States Medical Licensing Examination (USMLE, por sus siglas en inglés)
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
Universidad de Asturias (UA)
Universidad Iberoamericana (UNIBE)

1. Método

Para los fines de esta investigación se llevaron a cabo diversas estrategias de indagación y de levantamiento de datos, tanto cuantitativas como cualitativas, que se describen a continuación

1.1 Levantamiento de fuentes estadísticas secundarias

Para el desarrollo de este estudio se levantaron fuentes secundarias, especialmente procedentes de la Oficina Nacional de Estadísticas y del Banco Central de la República Dominicana. Algunos informes publicados por la OPS-OMS fueron de mucha utilidad para construir una panorámica de los recursos humanos del sector salud, entre los cuales cuenta el texto “Informaciones sobre recursos humanos de salud en la República Dominicana” (octubre, 2009). A su vez, parte de esta información sirvió para describir las características sociales y demográficas de los colectivos de médicos y enfermeras en el marco del sistema de salud. Las distintas fuentes usadas serán citadas a lo largo de este texto.

1.2 Análisis normativo jurídico y levantamiento de fuentes secundarias

También se analizaron documentos normativos y preceptivos del sector salud en la República Dominicana. Uno de los documentos de mayor relevancia fue la Ley General de Salud 42-07. A la par, se estudiaron y describieron los apartados más relevantes de otras leyes y disposiciones enraizadas en las diversas temáticas tratadas a lo largo de este informe. Entre estas otras disposiciones cabe citar la Ley 87-01, que crea el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y la Ley 68-03, que norma la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social.

También se elaboró un organigrama del sistema de salud en la República Dominicana a partir de fuentes secundarias: informes, informaciones institucionales y opiniones de informantes calificados, consideradas en este estudio.

2. Modelo planificación del sector salud

En el presente capítulo se pretende describir sucintamente el modelo a partir del cual se encuentra configurado el sistema de salud de la República Dominicana, destacando sus principales instituciones y las funciones y roles que estas juegan individualmente. Al final del mismo, se argumenta una breve propuesta con aspectos relevantes orientados a integrar actividades actualmente dispersas y a organizar y sistematizar información actualmente necesaria para la planificación estratégica del sector.

Para tales fines se levantaron y revisaron fuentes secundarias que fueron útiles para armar el modelo aquí resumido.

2.1 Los marcos legales

La constitución de la República Dominicana¹ asegura a su población el derecho a la salud. Este derecho se contempla en la Sección II, Derechos Económicos y Sociales, en el artículo 61, que reza de la siguiente forma: “Toda persona tiene derecho a la salud integral”. En los numerales que desglosan este derecho constitucional se toman en consideración los siguientes aspectos:

- La protección de la salud a través de asegurar el acceso a los servicios básicos: el agua potable, los servicios sanitarios, el saneamiento ambiental, entre otros.
- Los medios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.
- La provisión de medicamentos, atención médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran.
- La asistencia a los grupos y sectores vulnerables, así como a la población de menores ingresos.
- El cumplimiento de las convenciones internacionales y el apoyo brindado por los organismos internacionales.

En el marco provisto por la constitución, a través de la Ley General de Salud (42-07) se ha establecido el Sistema Nacional de Salud (SNS). En el Libro Primero, artículo 1, esta ley establece que su finalidad es: “la regulación de todas las acciones que permitan al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, reconocido en la Constitución de la República Dominicana”.

Y en su artículo 2, plantea que la salud:

“[...] es, a la vez, un medio para el logro del bienestar común y un fin como elemento sustantivo para el desarrollo humano. La producción social de la salud está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en el producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingresos, de empleos, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. Por lo tanto, la salud no es atribución exclusiva del Sector Salud y, en consecuencia, ya no se prestará exclusivamente dentro de sus instituciones” (*op.cit.*).

Entonces, en los artículos 6 y 7, el Sistema Nacional de Salud se define como:

1 El último texto constitucional aprobado en el año 2010 recoge la misma tendencia de constituciones anteriores que **importantizan el acceso a la salud integral de la población.**

“[...] el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituida y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender mediante servicios de carácter nacional o local la salud de la población.

[Su objeto es] promover, proteger, mejorar y restaurar la salud de las personas y comunidades; prevenir las enfermedades y eliminar inequidades en la situación de salud y accesibilidad de los servicios, garantizando los principios fundamentales consagrados en esta ley” (*op.cit.*).

Otra de las leyes que deben señalarse por su efecto en el Sistema Nacional de Salud es la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Esta ley fue promulgada tras largas discusiones entre distintos actores: Estado, patronos, empleadores, gremios médicos y otras organizaciones de la sociedad civil.

El propósito de la Ley de Seguridad Social es proveer a la ciudadanía de un instrumento que permita su mayor protección social, promoviendo la solidaridad como un principio que permite combatir la pobreza y servir como instrumento para disminuir la brecha de la pobreza y mejorar las oportunidades de los grupos más vulnerables. Como lo expresa el artículo 1 de la misma:

“La presente ley tiene por objeto establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el marco de la Constitución de la República Dominicana, para regularla y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen” (Congreso-Nacional, Ley N°. 87-01 que crea el Sistema Nacional de Salud es la Ley 87-01, 2001).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS) es uno de los miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social, y los distintos servicios hospitalarios, ambulatorios, de diagnósticos y quirúrgicos que se ofrecen en los establecimientos públicos pueden ser provistos convertidos estos en prestatarios de servicios para los usuarios de la seguridad social.

Además de estas leyes, pueden mencionarse otras con una delimitación más específica, como:

- Leyes relacionadas con la colegiación de los médicos, como la Ley 68-03, que crea el Colegio Médico Dominicano y que da continuidad al gremio médico fundado en el año 1891, conocido antes de la promulgación de la Ley 68-03 como Asociación Médica Dominicana (Congreso-Nacional, Ley N°. 68-03, 1968).
- Leyes relacionadas con la formación de los profesionales médicos. Entre estas se puede señalar la Ley 139-01 que crea el Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Esta ley originó el actual Ministerio de Educación Superior, y permite establecer los estándares y parámetros bajo los cuales funcionan las instituciones de educación superior destinadas a la formación del personal del área de la salud (Congreso-Nacional, 2001).
- Linares, Oreste y Zapata (2009) citan una serie de leyes, reglamentos y decretos relacionadas con el ejercicio de la medicina en el país, entre estas leyes pueden citarse:

- Reglamento N°. 95 del 4 de julio de 1942. Licencias para el Ejercicio Profesional de Enfermería.
- Ley 111 Sobre Exequátur del 3 de noviembre del 1942
- Ley de Organización del Cuerpo Médico de los Hospitales 6067 del 13 de noviembre de 1962 y sus Reglamento de aplicación N°. 804 del 4 de marzo de 1966.
- Ley de Pasantía de médicos recién graduados, de fecha 11 de mayo de 1967
- Ley No. 414-98, que modifica el artículo 7 de la Ley N°. 6097, de Organización del Cuerpo Médico de los Hospitales, de 22 de agosto de 1998.
- Decreto 351-99, del año 1999, que aprueba el Reglamento General de Hospitales.
- Ley de Discapacidad en la República Dominicana, N°. 42-00 de 29 de junio 2000.
- Ley N°. 22-01 que crea el Colegio Dominicano de Psicólogos, 01 de febrero de 2001.
- Constitución de la República Dominicana del 25 de julio de 2002.
- Ley 68-03, que crea el Colegio Médico Dominicano, de fecha 19 de febrero de 2003.
- Decreto Presidencial N°. 732-04, que define el Reglamento de Recursos Humanos.
- Ley 41-08. Sobre Función Pública, del 16 de enero del 2008.

2.2 Actores e instituciones

El Sistema Nacional de Salud cuenta con varios actores, que intervienen no solo en la prestación de los servicios de salud, sino también en su planificación y funcionamiento. Los distintos actores pueden clasificarse en función del tipo de relación que tienen con el sistema. Entre los actores se encuentran:

En primer lugar deben contemplarse los usuarios de los servicios. Los usuarios son importantes, ya que son la razón misma del sistema, y su derecho a la salud es lo que permite la concepción del Sistema Nacional de Salud.

Usuarios del sistema: Estos comprenden a las personas que acuden a solicitar los servicios en el Sistema Nacional de Salud; unos lo hacen a través de los proveedores de servicio en el sistema público y otros en el privado. La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-2007) estimó que un 63% de la población dominicana que solicita servicios de salud, acude a los prestatarios de servicio público.

Afiliados: El Sistema de Seguridad Social ha conllevado la afiliación de la población al mismo, cuyos miembros resultan ser los beneficiarios del sistema. Hasta el mes de Julio del año 2010 la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) validó 3,867,367 afiliados (39% población), y 1,531,735 corresponden al régimen subsidiado (SDSS, 2010).

En segundo lugar, los relacionados con la Rectoría del Sistema Nacional de Salud (RSNS) y la provisión de servicios de salud. Estos actores cumplen funciones reguladoras, que aseguran la marcha del sistema. De estos el principal es el Ministerio de Salud Pública, que a través de su proceso de descentralización ha puesto en marcha una serie de modificaciones en su estructura para asegurar el cumplimiento de sus funciones.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS): Según la Ley 42-01, el MSP está encargado de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 8, se entiende dicha "[...] rectoría como la capacidad política [del MSP], de máxima autoridad nacional en aspectos de

salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud" (Congreso-Nacional, Ley General de Salud 42-01, 2001).

Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento (DDF) de las Direcciones Provinciales de Salud: Esta es una de las direcciones del Ministerio de Salud Pública, y según el artículo 18 de la Disposición Administrativa N°. 0000010 sobre la Reorganización de la SESPAS, tiene por "objeto desarrollar y fortalecer las funciones rectoras del SNS y provisión de salud colectiva en el ámbito local, mediante la fiscalización de las normas sanitarias, participación social real, coordinación interinstitucional y alianzas estratégicas que aseguren el acceso de la población, en especial la más vulnerable, a servicios de salud de calidad".

Direcciones Provinciales de Salud: Estas unidades funcionan en el nivel local para ejecutar y asegurar la calidad de los servicios de salud.

Establecimientos hospitalarios del sector privado: Los servicios médicos, ambulatorios, quirúrgicos y de hospitalización son provistos por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Otros establecimientos: También se consideran los establecimientos farmacéuticos, los laboratorios de salud, los bancos de sangre, etc.

Establecimientos hospitalarios del sector público: Los servicios médicos, ambulatorios, quirúrgicos, de hospitalización provistos por el Estado se realizan a través de una red de establecimientos hospitalarios jerarquizados, desde hospitales especializados, hospitales provinciales-municipales, clínicas rurales y Unidades de Atención en Salud.

En tercer lugar, los relacionados con el Sistema Nacional de Seguridad Social². El Sistema Nacional de Salud suele subdividirse en dos: de Salud y de Seguridad Social. A partir de la puesta en vigencia del Sistema Dominicano de Seguridad Social, este subsistema ha recibido mucha atención, ya que con el mismo se pretende lograr una mayor cobertura de los servicios de salud para la población, esto mediante la incorporación de los proveedores privados a través del establecimiento del régimen no contributivo (op.cit.).

Superintendencia de Salud y riesgos laborales (SISALRIL): "Una entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejercerá a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la presente ley y sus normas complementarias, de proteger los intereses de los afiliados, de vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), supervisar el pago puntual a dichas administradoras y de estas a las PSS, así como contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud."

Tesorería de la Seguridad Social (TSS): "Es la institución que tendrá a su cargo el Sistema Único

² A menos que se especifique lo contrario, las definiciones que se ofrecen a continuación son extraídas de la Ley 87-02 de Seguridad Social.

de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago. Para asegurarla solidaridad social, evitar la selección adversa, contener los costos y garantizar la credibilidad y eficiencia, contará con el apoyo tecnológico y la capacidad gerencial de una entidad especializada dotada de los medios y sistemas electrónicos más avanzados”.

Seguro Nacional de Salud (SENASA) y Administradoras de Riesgos de Salud (ARS): “Son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago *per cápita* previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social, de acuerdo con la presente ley y sus normas complementarias.”

Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA): “Es una dependencia técnica dotada de presupuesto definido y autonomía operativa, responsable de: a) Promover el Sistema Dominicano de Seguridad Social e informar a los afiliados sobre sus derechos y deberes; b) Recibir reclamaciones y quejas, así como tramitarlas y darles seguimiento hasta su resolución final; c) Asesorar a los afiliados en sus recursos amigables o contenciosos, por denegación de prestaciones, mediante los procedimientos y recursos establecidos por la presente ley y sus normas complementarias; d) Realizar estudios sobre la calidad y oportunidad de los servicios de las AFP, del Seguro Nacional de Salud (SNS) y las ARS, y difundir sus resultados, a fin de contribuir en forma objetiva a la toma de decisión del afiliado; e) Supervisar, desde el punto de vista del usuario, el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social”.

Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS): “[Es la entidad que tiene] a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS”.

Gerencia de la Seguridad Social (GSS): “El Gerente General es el responsable de la ejecución de los acuerdos y resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)”.

Consejo Nacional de Salud (CNS): “El Consejo Nacional de Salud será la expresión nacional de la cogestión de la salud pública y basará su legitimidad en la representación delegada de las instituciones integradas al Sistema Nacional de Salud. [...] El Consejo Nacional de Salud fungirá como un espacio de concertación para la asesoría en la formulación de la política de salud, su seguimiento en la ejecución y evaluación, contará con los recursos físicos y financieros, así como con el apoyo técnico y administrativo que requiera en función de la citada ley y sus reglamentos”.

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP): “Son sociedades financieras constituidas de acuerdo a las leyes del país, con el objeto exclusivo de administrar las cuentas personales de los afiliados e invertir adecuadamente los fondos de pensiones; y otorgar y administrar las prestaciones del sistema previsional, observando estrictamente los principios de la seguridad social y las disposiciones de la presente ley y sus normas complementarias”.

Ministerio de Trabajo: Institución pública a cargo de las políticas laborales en la República Dominicana.



Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS): “[Es una institución de] carácter público y tripartito [que a partir de la Ley de Seguridad Social se ha transformado] en una entidad administradora de riesgos y proveedora de servicios de salud y riesgos laborales, sin las funciones de dirección, regulación y financiamiento, las cuales serán de la exclusiva responsabilidad del Estado a través del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)”.

Prestadoras de Servicios de Salud (PSS): “Son personas físicas legalmente facultadas o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de acuerdo a la ley General de Salud”.

En cuarto lugar, los relacionados con la organización de los sectores profesionales que prestan sus servicios dentro del sistema. Los distintos sectores gremiales a través de sus demandas articulan y dinamizan los cambios en el sistema.

Colegio Médico Dominicano (CMD): Es el gremio que agrupa a los médicos dominicanos, este fue fundado en el año 1891.

Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG): Es el gremio que agrupa a las enfermeras dominicanas, esta asociación se inició en el año 1951.

Sindicato Nacional de Trabajadores de Enfermería (SINATRAE): Es una asociación sindical formada en el año 1985, que agrupa al personal de auxiliares, técnicos y profesionales de enfermería. Este sindicato se encuentra afiliado a la Confederación Autónoma Sindical.

Unión Nacional de Servicios de Enfermería (UNSE): Este gremio agrupa a los trabajadores del sector, y se encuentra afiliado a la Central Nacional de Trabajadores Dominicanos.

Asociación Odontológica Dominicana (AOD): Este gremio agrupa a los odontólogos. La asociación fue fundada en 1949.

Asociación Farmacéutica Dominicana (AFD): Este gremio agrupa a los farmacéuticos.

Colegio Dominicano de Bioanalistas (CMB): Es una institución sin fines de lucro que agrupa a los bioanalistas, fundado en 1995.

En quinto lugar, los relacionados con la formación de los recursos humanos en el área de salud.

Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT): Este Ministerio es el rector del Sistema Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, es a través de este Ministerio que se regula la formación de los recursos humanos del sector.

Universidades: Las universidades son institutos de formación superior en los cuales se ofrecen las carreras del sector salud, a nivel de grado y post-grado.

Institutos de formación superior: Existen alrededor de 13 institutos reconocidos por el Ministerio de Salud Pública, para la formación de los auxiliares de enfermería.

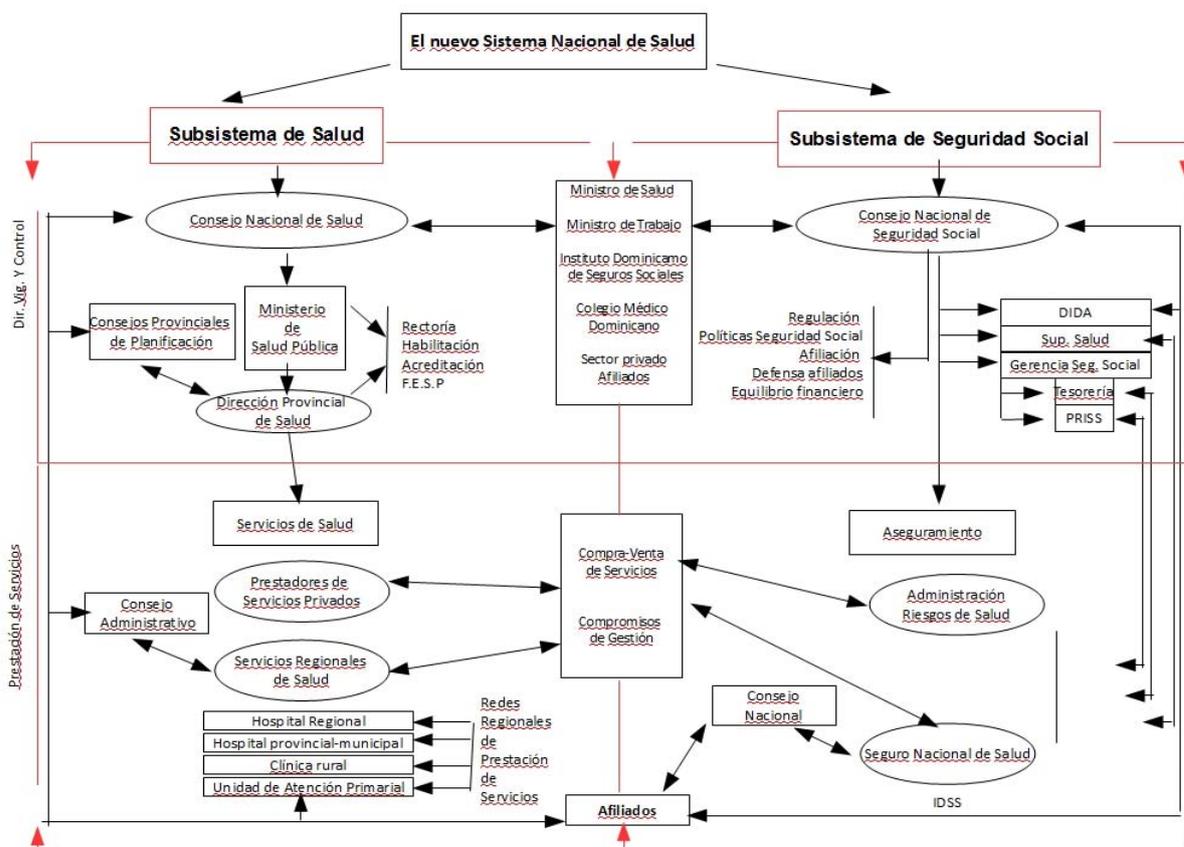
Organismos internacionales y de cooperación técnica: Estos actores ofrecen asesorías y financiamiento para la mejora del sector salud. Entre estos se encuentran: Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo, Cooperación Internacional del Japón, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, entre otros.

2.3 Esquema general del sistema nacional de salud de la República Dominicana

A continuación el organigrama del Sistema Nacional de Salud.

En el organigrama se expresan las relaciones entre los subsistemas de Salud y de Seguridad Social, aunque no se detalla cómo se relacionan estos subsistemas con otros actores que deben considerarse en los aspectos de formación, organización y planificación.

Esquema 5.1
Esquema general del sistema nacional de salud



Fuente: Perfil de los Sistemas de Salud de la República Dominicana. OPS, 2007
Modificaciones del autor.

2.4 Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

Los diferentes actores que intervienen en el Sistema Nacional de Salud articulan su funcionamiento. Los principales cambios en la legislación nacional, como la Ley General de Salud 42-01 y la Ley de Seguridad Social 87-01, organizaron el sistema al introducir nuevos actores, así como al traspasar funciones de unos actores a otros, tanto anteriores como de reciente creación. Los nuevos actores creados, son principalmente los relacionados con la Ley de Seguridad Social, y aquel que ha sufrido mayores modificaciones en sus funciones es el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

El Ministerio de Salud Pública, anterior SESPAS, es la institución a cargo de la rectoría del Sistema Nacional de Salud. Dentro de este nuevo marco legal, se introduce un proceso de descentralización (tanto territorial como en sus funciones), lo cual se evidencia con el énfasis en las Unidades de Atención Primaria, así como en el fortalecimiento de las Direcciones Provinciales, que tienen el mandato de posibilitar la mejora en la calidad de los servicios en el nivel local. Esto también se relaciona con la implementación de un nuevo modelo de salud, que descansa sobre la base de fomentar la prevención y la medicina familiar, mejorando los niveles de cobertura en el ámbito local y realizando labores de promoción de la salud.

Como la principal autoridad en el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud Pública tiene la función de regular el funcionamiento del sector y, como se ha expresado, este delega en sus representaciones provinciales, municipales y locales los diferentes aspectos en la aplicación y gestión de sus funciones. Los párrafos 1 y 2 del artículo 13 de la Ley General de Salud expresan lo siguiente al respecto:

“[El Ministerio de Salud] creará y desarrollará expresiones territoriales de su gestión de rectoría, en función de la normativa vigente, a las que delegará sus competencias gerenciales y administrativas, y participará y fortalecerá todas aquellas formas de gestión local con legitimidad primaria y/o bases políticas y económicas propias, para la consecución de los objetivos planteados en la presente ley.

Las expresiones territoriales de la rectoría del Sistema Nacional de Salud serán punios focales del Estado, a nivel regional, provincial, municipal y local, para su articulación con la sociedad civil. Son espacios en la administración del Estado, de concertación y participación social para planificar, programar, ejecutar y evaluar las acciones sanitarias” (Congreso-Nacional, Ley General de Salud 42-01, 2001)”.

Este modelo presenta tres niveles de atención correspondientes:

- El primer nivel se corresponde con la atención primaria en salud, de quienes no requieren internamientos. Estos son los servicios que se ofrecen en las clínicas rurales, los dispensarios y consultorios médicos.
- El segundo nivel de atención es más especializado, garantiza la atención cuando no existe una mayor complejidad y permite algunos internamientos. En este se incluyen los hospitales generales, ya sean municipales o provinciales.
- El tercer nivel de atención ofrece los servicios de mayor complejidad, en los que se incluye la garantía de atención en centros especializados que sirven como referencia a nivel nacional. Esto corresponde a los centros hospitalarios regionales y especializados.

Otra de las funciones del Ministerio de Salud Pública se corresponde con la definición de las políticas de salud. Dentro del diseño de estas políticas, un hito reciente es el Plan Nacional Decenal de Salud

(PLANDES). Para este Plan se desarrollaron 13 talleres con 640 informantes clave, y sus resultados se utilizaron como el insumo base del documento. El mismo:

“[...] constituye la expresión de la agenda estratégica del conjunto del sector salud del país y la base para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años. Expresa un compromiso nacional con las prioridades, los objetivos y los proyectos estratégicos consensuados que lo componen, a partir de una visión de largo plazo sobre la situación de salud y del sistema de salud que, con el más amplio consenso nacional, ha sido considerada deseable y posible de ser producida en el período 2006 al 2015” (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2006).

Este propósito se relaciona con la idea de que la mejora en la salud de la población implica mejores condiciones en su calidad de vida. Ante esto, se propone reformular las relaciones entre el Estado, la sociedad y sus organizaciones, al permitir una mayor participación de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con el sector salud, así como en su planificación y gestión.

Según el PLANDES (2006: 69-77), la prioridad principal es “el desarrollo del Sistema Nacional de Salud para reducir las inequidades sociales y de género en la situación de salud y en el acceso a servicios, alcanzar las Metas del Milenio en salud y contribuir al Desarrollo Humano y Sostenible” (op.cit.).

Esta prioridad se articuló sobre la base de las siguientes líneas de acción:

1. “Articular el sector salud con los procesos de desarrollo humano y sostenible del país, y contribuir a la elevación de la Expectativa de Vida al Nacer (EV.0), y la reducción de las brechas e inequidades sociales y de género, en coordinación intersectorial con otros sectores del estado y la sociedad.
2. Reducir la deuda social acumulada, así como las inequidades y desigualdades sociales y de género en la situación de salud.
3. Estructuración del Sector Salud como Sistema Nacional de Salud, y desarrollo armónico de sus funciones y subsistemas según los principios y estrategias establecidas en la Ley 42-01 y sus Reglamentos, con enfoque de derechos, y de equidad social y de género.
4. Reestructurar y fortalecer el nivel central y desconcentrado de la SESPAS (DPS) para asumir efectivamente las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.
5. Fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud
6. En todo el sistema nacional de salud se ha transversalizado el enfoque de equidad de género”.

Para seguir con el aspecto de planificación, entre las funciones del Ministerio de Salud se contempla garantizar el acceso a la información sobre sus casos, el funcionamiento de los servicios sanitarios así como de los servicios provistos por el sector. A través de la Viceministerio de Salud Colectiva, el Ministerio de Salud ejecuta la función de desarrollar las estrategias de comunicación relacionadas con las acciones de promoción de salud. En el subsistema de la Seguridad Social, la información sobre el funcionamiento del sistema, el conocimiento de sus derechos y deberes, así como la canalización de quejas e inquietudes para los usuarios y las usuarias es responsabilidad de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).

El aseguramiento para la calidad de los servicios de salud se realiza a través del Viceministerio de Garantía de la Calidad de la Salud, el cual se encarga de crear los mecanismos y dar seguimiento para que los servicios preestablecidos sean recibidos por las poblaciones beneficiarias.

Pero no solamente se vigila la provisión de los servicios hospitalarios, sino que también se efectúan los
Informe Producto 4 y 5



seguimientos respectivos y la elaboración de normas y reglamentos para establecimientos como empresas farmacéuticas, laboratorios de salud, bancos de sangre, entre otros.

Según el literal I del artículo 14 de la Ley General de Salud, entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública se encuentra la de:

“Coordinar con las instituciones educativas en los niveles superiores y técnicos y con las demás instituciones del Estado competentes, la formulación y ejecución de los planes y programas de desarrollo del recurso humano para el área de salud, de acuerdo a las necesidades del sistema” (Congreso-Nacional, Ley General de Salud 42-01, 2001).

Esta responsabilidad se lleva a cabo junto con el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. Para asegurar la calidad de la enseñanza en el sector salud se han establecido pruebas de ingreso para los estudiantes que vayan a cursar la carrera de medicina. Además, la adecuación de la oferta a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, como la creación de residencias y plazas en medicina familiar. Dentro del marco del proceso de evaluación y acreditación de las universidades dominicanas, las carreras ofertadas han sido evaluadas, habiéndose clausurado algunas y en otros casos imponiendo condiciones para mejorar que permitan su reapertura en función del cumplimiento de lo demandado.

Un elemento a considerar dentro de la planificación en el sector salud es el rol que juegan las asociaciones y gremios. Por lo general su incidencia se concentra en las demandas de mejores condiciones laborales para los asociados, así como en la mejora de la calidad en el sector. Dentro de los gremios, cabe destacar los roles de las enfermeras y los médicos, como los más combativos. En distintos momentos, sus demandas son las que articulan la agenda del sector.

2.5 Reflexiones para una propuesta de articulación de las fuentes de información para la planificación para el sector salud de la República Dominicana

Tal como se describió en el apartado 2.8 de este informe, una de las limitaciones que encuentra la planificación del sector salud en la República Dominicana es justamente la diversidad de actores institucionales que generan información y que no siempre encuentran un recipiente único de confluencia para fines de consulta. Esto lleva a que, en gran medida, las informaciones disponibles del sector, aunque de dominio público, no sean de fácil interpretación o de fácil reelaboración para fines de análisis por parte de analistas e investigadores interesados.

Este es un aspecto crucial en lo que concierne al tema de la migración de profesionales de la salud. Si este estudio ha intentado hurgar en las condiciones de estas fuentes de información ha sido justamente porque uno de sus objetivos es reflexionar algunas líneas de trabajo que permitan reorganizar y sistematizar la información disponible sobre el tema de migración.

Esta línea de reflexión se divide en cuatro aspectos claves, a saber:

1. Crear una base datos agregados, estructurada, para cruzar informaciones de las instituciones de mayor implicación en el tema, a saber: a) el Decanato de Medicina de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), b) el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPyAS), c) el Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología (MESCyT), d) el Colegio Médico Dominicano (CMD), y e) La Asociación de Enfermeras Profesionales (AEP).
2. Integrar un módulo de preguntas dirigidas a profesionales de la salud en el marco de la Encuesta demográfica y de salud (ENDESA), llevada a cabo no solo en la República Dominicana, sino también en otros países de la región latinoamericana, con el propósito de construir variables y crear información relacionada con el tema de migraciones profesionales en el campo de la salud.
3. Crear una comisión técnica interinstitucional destinada a dar seguimiento al proceso de creación y producción de información y registros del sector salud.
4. Integrar en la ley que crea la Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana 2030 las disposiciones necesarias para hacer de interés nacional, y de la largo plazo, la articulación de informaciones cruzadas interinstitucionales de los estamentos públicos ligados al tema de la salud y sectores vitales de la vida ciudadana como lo es también la educación.

Desde esta perspectiva, como se ve, cobran sentido dos aspectos nodales en estas líneas de reflexión: la articulación interinstitucional gubernamental y sectorial, y en segundo lugar, a través de esto, la agregación cruzada de informaciones y registros consustanciales a la investigación y el desarrollo de planes y proyectos sociales ligados especialmente al sector salud y educación de la República Dominicana.

Para comprender este punto es importante visualizar los actores más relevantes en los procesos de toma de decisión del sector salud, sobre todo en lo que concierne a la planificación del sector. Conforme a las informaciones ofrecidas por algunos de los profesionales entrevistados para este estudio, “el sector salud no cuenta actualmente con una planificación de largo plazo que garantice un servicio de calidad a la mayoría de la población dominicana” (médico-líder-gremial, 2010).

Muestra de esto lo es la importancia que cobra el imperativo de programar cuántos especialistas por



regiones de salud necesita graduar el sistema académico dominicano para garantizar una cierta distribución de dichos recursos humanos en el país, a qué nivel asciende el flujo de entrada y salida de profesionales de la salud por especialidad en el marco del mercado laboral, cómo garantizar sueldos, salarios, estímulos profesionales, así como condiciones técnicas, tecnológicas y de infraestructuras que promueven el desarrollo del sector salud a nivel de producción científica y de sus implicaciones a nivel de la ciencia aplicada.

A esto se añade lo que, conforme a lo planteado por uno de los entrevistados, podría llamarse “la tendencia de algunas universidades actuales de la República Dominicana a producir profesionales para exportar” (médico-líder-gremial, 2010), a partir de lo cual dichas universidades, según se describió en ese contexto de entrevista, han buscado modificar sus programas y ofertas académicas en aras de responder a la demanda de un tipo de profesional que en la actualidad mira su futuro laboral fuera de las fronteras territoriales dominicanas.

Justamente, uno de los retos que se plantea a partir de esta investigación es el de promover dinámicas de planificación de los recursos humanos en el campo de la salud. Esto es puntualmente sustantivo dada la doble necesidad que impera en el sistema de salud dominicano, la cual se hace patente en el contexto de los mismos centros de estudios, universidades, entidades gremiales y de gobierno, y asimismo se re-escenifica en el imaginario de los profesionales de la salud, en el marco de la República Dominicana.

3. Descripción sociodemográficas de la población de médicos y las enfermeras en el sector público de la República Dominicana

El presente capítulo describe las condiciones sociodemográficas de los profesionales de la salud, médicos y enfermeras, a partir de las fuentes de información disponibles. Luego de una breve aproximación al perfil sociodemográfico de la República Dominicana, se presenta el perfil de los profesionales del sector y se aborda la conformación institucional del sector. Para tales fines, se recabaron diversas fuentes bibliográficas, a partir de las cuales se ha podido narrar el contexto histórico y el desenvolvimiento histórico del sector. Gran parte de los textos consultados para la elaboración de este describen las estadísticas producidas durante los últimos diez años por destacadas instituciones relacionadas con el sector salud.

3.1 Contexto general sociodemográfico de la República Dominicana

Situada en el archipiélago de las Antillas mayores, la República Dominicana tiene una superficie territorial de 48,670.8 km², la cual incluye el territorio de sus islas adyacentes. Para el 2010, según estimaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la población era de 10.2 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento anual (2010-2015) de 1.2%³. En sentido general, puede decirse que la población dominicana es relativamente joven, con una edad promedio de 25 años, y está marcada por un sustantivo crecimiento de sus zonas urbanas. En el 1990, el porcentaje de la población que residía en zonas urbanas era de 55.2%, mientras que en el 2010 se sitúa, conforme a estas estimaciones, en el 69.2% (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010).

El mismo informe sugiere, que la concentración de recursos económicos provenientes del comercio; el desarrollo de sectores como la construcción, el turismo y las remesas, acompañan a su vez la inversión pública social; y en alguna medida, la inversión extranjera directa estimulada por autoridades oficiales de promoción de la inversión, propician la creación de nuevas poblaciones urbanas hacia las cuales ha tendido la migración interna durante los últimos 30 años.

Cuadro 6.1
Distribución porcentual de la población dominicana,
según lugar de residencia urbana y rural (2008)

Población	Distribución	Porcentaje
Población urbana	6,037,469	63.6
Población rural	3,455,406	36.4
Total	9,492,876	100

Fuente: Indicadores Básicos de Salud, República Dominicana, 2008.
Unidad de Salud, Dirección de Epidemiología, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la Organización Panamericana de la Salud.

3 Justo en la actualidad, la Oficina Nacional de Estadística (ONE) desarrolla el IX Censo Nacional de Población y Vivienda. La estimación de población del PNUD quizá sea la más aceptada por técnicos e instituciones usuarias de este tipo de información estadística.

Aunque no puede afirmarse que este dramático crecimiento de las zonas urbanas esté directamente ligado al crecimiento económico, vale la pena afirmar, como parte de esta descripción del contexto, que la República Dominicana ha experimentado un crecimiento relativamente sostenido en las últimas cinco décadas, especialmente con elevadas tasas de crecimiento en la década de los noventa. Durante el período 1970-2008 el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita tuvo una tasa promedio de crecimiento anual de 3.0%, muy por encima que el promedio de los demás países que muestran un desarrollo humano medio. Actualmente, el Producto Interno Bruto es de 45.5 mil millones de dólares y el PIB per cápita es de 4,576 millones de dólares.

A pesar de que el crecimiento económico ha sobrepasado las expectativas y ha permitido enfrentar las externalidades de la actual crisis inmobiliaria y financiera de los Estados Unidos y sus efectos sobre los países de América Latina, cabe resaltar que la inversión pública dirigida al sector salud es relativamente menor a la de muchos otros países del área.

Cuadro 6.2
Gasto público en salud como porcentaje del PIB,
a precios corrientes, en porcentajes/ a

Países	Serie de años				
	2005	2006	2007	2008	2009
Argentina	4.5	4.6	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de) ^c	4.8	4.3	4.4	-	-
Brasil	3.1	3.4	-	-	-
Chile	2.8	2.8	3	3.3	4
Colombia	2.3	2.2	2.2	2.2	2.2
Costa Rica	5.9	6	6	7.1	6.6
Cuba	7.4	7.1	9.9	10.3	10.6
Ecuador ^{g,h}	1.1	1.2	1.4	2	-
El Salvador ^b	3.7	4.1	3.7	3.6	4
Granada	4.5	4.7	4.1	3.5	-
Guatemala	5.1 ^f	1.8	1.5	1.5	1.4
Islas Turcas y Caicos	4.9	6	-	-	-
México	2.6	2.6	2.6	2.8	3.1 ^j
Nicaragua	3.4	3.4	3.7	3.7	-
Panamá ^c	2	2.3	2.1	2.2	-
Paraguay	2.5	2.7	2.7	3.5	-
Perú ^c	1.1	1.1	1	0.9	-
Puerto Rico	1.7	1.9	1.8	1.6	1.6
República Dominicana^d	1.7	2.1	2.2	2.3	2.4

Fuente: CESPAS: Comisión Económica para América Latina y el Caribe: División de Estadística y Proyecciones Económicas, Unidad de Estadísticas Sociales. Datos provenientes de los países.

a/ A precios corrientes.

b/ El gasto público en salud incluye tanto el gasto del Ministerio de Salud, como de la Seguridad Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Sanidad Militar. A partir de 2006, se incluyen, además, los gastos en salud de los gobiernos municipales, otros ministerios y las empresas públicas, siguiendo la metodología de Cuentas en Salud de la OMS (SHA)

c/ Calculado como el gasto público en salud del gobierno central sobre el PIB a precios de mercado.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) con la metodología de la OECD de un sistema de cuentas de salud.

d/ media aritmética.

f/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Sistema de información gerencial en salud.

g/ Provisorio.

h/ Presupuesto del sector salud pública devengado.

j/ Preliminar.

La disparidad observada entre las sendas de crecimiento y el gasto en salud, se encuentra descrita en el informe “Agenda de Salud Centroamérica y de República Dominicana 2009-2018”, el cual advierte sobre las diferencias en la composición del gasto nacional en salud entre sectores públicos y privados, lo cual limita el acceso a los bienes y servicios de salud de la población en los países del área (Organización Panamericana de la Salud, enero, 2009).

Según este informe, para el 2006 “el gasto privado en salud representó alrededor del 70.0% del gasto nacional en salud en Guatemala y el 75.0% en el caso de República Dominicana”, encontrándose ambos países por debajo del promedio regional de 3.5% del PIB (p.12). Por aquel tiempo, estas estimaciones develaban que el gasto público como proporción del PIB había reducido del 3.9% registrado en 2000 a 3.1% en el año 2006. Por encima de este nivel de gasto en salud se encontraban, en aquel momento, países como Costa Rica y Panamá, entre los mejor posicionados en términos de gasto social en salud, ofreciendo cobertura a más de la tercera parte de sus respectivas poblaciones. Otro aspecto que suele destacarse en publicaciones como esta, y esta no es la excepción, es la escasez y la cuestionable distribución de los recursos humanos de la salud en la República Dominicana, tal como también suele darse en muchos de los países de América Latina.

3.2 Aspectos generales de los recursos humanos en salud

De acuerdo con el informe “La verdadera riqueza de las naciones: camino al desarrollo humano” en la República Dominicana durante la década 2000-2009 hubo en promedio unos 19 médicos por cada 10,000 habitantes, muy por encima de Chile y Costa Rica, países que tienen un mayor nivel de desarrollo humano, y que cuentan con 11 y 13 médicos por cada 10,000 habitantes respectivamente (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010).

De manera más específica, el informe “Indicadores Básicos de Salud” reportó que en el año 2008 la República Dominicana tenía 11.2 médicos, 2.3 enfermeras licenciadas, 5.9 enfermeras auxiliares, 0.9 bioanalistas y 1.3 odontólogos por cada 10,000 habitantes en el ámbito nacional. Si tomamos como referencia la población estimada para el 2007 por el mismo reporte (9,492,876 habitantes) el país contaba con los recursos humanos que se resumen en el siguiente cuadro (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social-Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Cuadro 6.3
Recursos Humanos del Sector Salud, por cada 10,000 habitantes, 2008

Cantidad	Médicos	Enfermeras Licenciadas	Enfermeras Auxiliares	Bioanalistas	Odontólogos
Por cada 10,000 habitantes	11.2	2.3	5.9	0.9	1.3
Total	10,632	2,183	5,600	854	1,234

Elaboración propia:

Fuente: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social;

Organización Panamericana de la Salud “Indicadores básicos de salud, 2008”.

La distribución geográfica de los médicos y enfermeras es bastante desigual. El Distrito Nacional concentra la mayor cantidad de médicos y enfermeras. Por cada 10,000 habitantes en el Distrito Nacional existen 35.3 médicos y 3.4 enfermeras licenciadas y 15.1 enfermeras auxiliares. En ciudades como Santiago, importantes por su número de habitantes, la cantidad de médicos y enfermeras se encuentra

por debajo de la media nacional. La provincia tiene por cada 10,000 habitantes, 10.6 médicos, 0.8 enfermeras licenciadas y 8.0 enfermeras auxiliares. La Romana es la ciudad que muestra la menor cantidad de médicos y enfermeras: por cada 10,000 habitantes hay 1.5 médicos y 0.1 enfermeras licenciadas.

Cuadro 6.4
Distribución de la cantidad de médicos y enfermeras
por cada 10,000 habitantes, según provincia

Provincias	Médicos/10,000 habitantes	Enfermeras licenciadas/10,000 habitantes	Enfermeras auxiliares/10,000 habitantes
Nacional	11.2	2.3	5.9
Distrito Nacional	35.3	3.4	15.1
San Pedro de Macorís	13.2	1.9	3.5
Hato Mayor	12.3	0.1	9.1
Duarte	12.2	1.6	16.9
Salcedo	12.1	1.1	32.5
Pedernales	11.6	0.4	13.4
El Seibo	11.0	0.6	11.8
Santiago	10.6	0.8	8.0
Independencia	9.7	0.7	31.1
Azua	9.6	0.4	10
Barahona	9.5	3.3	15.5
Samaná	9.2	1.2	13.4
Monte Cristi	9.0	0.3	14.0
San José de Ocoa	8.8	0.3	13.6
Peravia	8.7	1.4	9.5

Cuadro 3.4... Continuación

Provincias	Médicos/10,000 habitantes	Enfermeras licenciadas/10,000 habitantes	Enfermeras auxiliares/10,000 habitantes
Santiago Rodríguez	8.7	0.9	18.2
La Vega	8.3	0.8	9.0
Sánchez Ramírez	8.2	0.6	13.8
Dajabón	8.1	0.9	19.5
María Trinidad Sánchez	8.0	0.7	13.7
San Juan de la Maguana	7.9	0.4	17.4
Monseñor Nouel	7.1	0.4	6.1
San Cristóbal	6.9	0.9	7.0
Santo Domingo	6.9	0.7	4.1
La Altagracia	6.8	6.8	4.1
Valverde	6.6	0.7	6.4
Elías Piña	6.4	0.7	11.0
Españillat	5.9	0.7	9.5
Puerto Plata	5.9	0.1	7.5
Baoruco	5.1	2.0	19.7
Monte Plata	4.0	0.1	0.2
La Romana	1.5	0.1	0.9

Fuente: Indicadores Básicos de Salud 2008. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

Después de revisar las informaciones del sector salud en general, pasamos a describir el contexto del sector público⁴.

3.3 Los recursos humanos de salud en el sector público

El sector público u oficial es el principal empleador en la oferta de bienes y servicios de salud en la República Dominicana, representado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). De 33,476 empleados que tenía el sector público de la salud en el 2007; 27,942 correspondían a SESPAS, seguido por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), con 4,691 empleados y por último, el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFA) con 843 empleados.

A nivel general, el sector oficial muestra un aumento en su personal, evidenciado en el paso de 28,058 empleados en 2001 a unos 33,476 en 2007, conforme a los resultados ofrecidos por la Oficina Nacional de Estadística. Los médicos, odontólogos y farmacéuticos registraron un aumento continuo en su personal, destacándose estos últimos, los cuales lograron un aumento relativo de 498.6% del 2001 al 2007.

Empero, el número de enfermeras graduadas y auxiliares se redujo de manera dramática, al pasar en el 2001, de 11,452 enfermeras a 2,052 en el 2007. Igualmente, los bioanalistas experimentaron un decrecimiento significativo de -32.54%, conforme a los datos provistos por la Oficina Nacional de Estadística.

Cuadro 6.5
Recursos humanos del sector público,
según tipo de personal, 2001 y 2007

Categorías	2001	2007	Variación relativa
Médicos	11,516	14,479	25.73
Odontólogos	1,450	2,072	42.90
Enfermeras (graduadas y auxiliares)	11,452	2,052	-82.08
Bioanalistas	547	369	-32.54
Farmacéuticos	2,371	14,193	498.60
Psicólogos	722	631	-12.60

Fuente: Oficina Nacional de Estadística (ONE).

Sin embargo, en el informe "Informaciones sobre recursos humanos de salud" publicado en 2009 por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS-OMS), se afirma que el número de enfermeras se ha mantenido relativamente constante en el período 2004-2008. A diferencia de las informaciones anteriormente expuestas, la OPS-OMS incluye en la categoría "enfermeras" a aquellas que ostentan un grado técnico en enfermería.

⁴ El presente informe describe información derivada de las fuentes secundarias disponibles, muchas de las cuales apenas describen sucintamente aspectos muy puntuales sobre la salud en el sector privado. Se han hecho esfuerzos aún infructuosos por obtener información sobre este punto.

Cuadro 6.6
Total de cargos ocupados en el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) según categorías profesionales, período 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Médicos	2,371	2,394	2,363	2,095	2,290
Enfermeras, técnicos y auxiliares	2,105	2,132	2,028	1,845	1,962
Psicólogos	47	48	48	43	44
Bioanalistas	425	428	415	415	400
Farmacéuticos	443	457	452	69	71
Odontólogos	347	357	274	263	266
Total	5,738	5,816	5,580	4,691	5,033

Fuente: Oficina Nacional de Estadística (ONE)
"República Dominicana en Cifras" e IDSS, 2008.

3.4 Ministerio de Estado de Salud Pública

El Ministerio de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) cuenta con un personal de 56,240 empleados, entre los cuales se encuentra el personal dedicado a la atención primaria de salud, así como el encargado de labores especializadas. Esta información se desprende de la nómina del mes de noviembre de 2010, suministrada por la Oficina de Acceso a la Información, adscrita a este ministerio. Los datos se distribuyen de la siguiente manera.

Cuadro 6.7
Distribución del personal médico del SESPAS

Categorías de los profesionales de la salud	Cantidad
Médicos generales	3,639
Médicos especialistas	4,154
Enfermeras graduadas	2,676
Auxiliares de enfermería	10,308
Psicólogos	347
Odontólogos	1,847
Farmacéuticos	678

Fuente: SESPAS

La mayor parte del personal es fijo (78.7%), mientras que el 10.5% es contratado y/o igualado y una pequeña proporción está en trámite de pensión (4.6%).

Para comprender mejor cómo se distribuyen los recursos humanos en el sector público de la salud en la República Dominicana, cabe resaltar que el mismo se encuentra dividido en nueve regiones de salud, las cuales, a su vez, comprenden una cierta cantidad de provincias de la división político territorial dominicana.

Cuadro 6.8
Composición del sector público de salud en regiones de salud

Regiones de salud	Provincias
0. Servicio Regional Metropolitano	Distrito Nacional, Provincia Santo Domingo y Monte Plata
I. Servicio Regional Valdesia	San Cristóbal, Peravia, San José de Ocoa
II. Servicio Regional Cibao Norte	Santiago, Puerto Plata y Espaillat
III. Servicio Regional Nordeste	Duarte, María Trinidad Sánchez, Hermanas Mirabal y Samaná
IV. Servicio Regional Enriquillo	Barahona, Baoruco, Independencia y Pedernales
V. Servicio Regional Este	San Pedro de Macorís, El Seibo, La Romana, La Altagracia y Hato Mayor
VI. Servicio Regional el Valle	Azua, San de la Maguana y Elías Piña
VII. Servicio Regional Cibao Occidental	Valverde Mao, Monte Cristi, Dajabón y Santiago Rodríguez
VIII. Servicio Regional Cibao Central	La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez

Al tomar como referencia esta composición del sector se observa que, en términos geográficos, la mayor cantidad de los recursos humanos de SESPAS se encuentra ubicada en la “Región 0” (46.7%) y dentro de esta, específicamente en el Distrito Nacional. Esta Región es aproximadamente cuatro veces mayor que la “Región II”, que ocupa el segundo lugar en tamaño y que concentra el 11.8% de los empleados en general. Las demás regiones tienen un número de recursos humanos con diferencias relativamente pequeñas entre sí, que oscilan entre los 2,436 y 4,688 empleados.

Respecto al nivel de ingresos percibido, el 6.0% devenga un salario bruto inferior a los RD\$5,000.00 y el mayor grupo poblacional (39.20%) percibe ingresos entre RD\$5,001.00 y RD\$15,000.00. En segundo lugar están los que reciben entre RD\$15,001.00 y RD\$25,000.00 (25.90%), seguido en tercer lugar por los que devengan un salario entre RD\$25,001.00 y RD\$35,000.00 (18.70%). En cuarto lugar se encuentran los que tienen un salario entre RD\$35,001.00 y RD\$45,000.00 (8.0%) y una minúscula proporción (2.10%) recibe un salario superior a los RD\$45,000.00.

Si fuésemos a generalizar el salario devengado por los empleados del sector salud, se observaría que, en sentido general, siete de cada diez empleados devengan un salario inferior a los veinticinco mil pesos brutos.

3.5 Sobre los médicos de SESPAS

En cuanto al tipo de contrato que norma a los médicos del SESPAS, hasta julio del 2010 se tenía que el 59.2% funge como empleado fijo, mientras que el 38.1% aparece como empleado contratado y/o igualado. Sólo un 2.6% está en trámite de pensión.

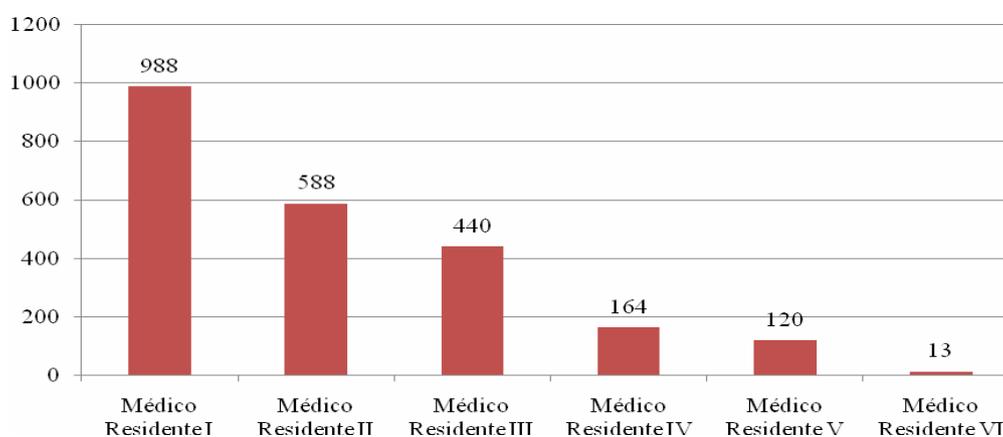
Para entender la estructura organizacional de los médicos, debemos tomar en consideración variables como la especialidad, la posición jerárquica o sus niveles de instrucción formal (nivel de escolaridad). Por ejemplo, los médicos residentes se agrupan en categorías jerarquizadas que van desde “I” hasta “VI”. Por ejemplo, en el contexto de los médicos residentes de categoría “I” existe una diversidad de especialidades. Dado el objetivo de nuestro trabajo clasificaremos a los médicos solo tomando en consideración su posición jerárquica.

La mayoría de los médicos del SESPAS son médicos ayudantes (36.5%) o asistentes (22.0%). La cartera de esta institución cuenta con 252 médicos jefes y 69 médicos directores; 17 médicos subdirectores y 21 médicos supervisores. Además, existen 1,621 médicos “Pasantes de Ley” y 676 médicos pasantes de post-grado.

De 252 médicos jefes, 101 están asignados en el Distrito Nacional y 25 en Santo Domingo, esto es equivalente a la mitad de los médicos jefes en suma. La segunda ciudad con mayor cantidad de médicos jefes es Santiago con 34, segunda plaza poblacional de mayor tamaño e importancia comercial de la República Dominicana, después del Distrito Nacional y Santo Domingo; y seguido por San Cristóbal con 10 médicos jefes en total.

Los médicos residentes son contratados y/o igualados, a excepción de un pequeño grupo que es fijo (4.2%), y están concentrados mayoritariamente en Santo Domingo y el Distrito Nacional (76.5%). En segundo lugar está Santiago con 14.0% y otras ciudades donde hay personal asignado como San Pedro de Macorís, Duarte, San Cristóbal, La Vega y San Juan de la Maguana. Prácticamente en su totalidad los médicos residentes tienen un salario que oscila entre los RD\$25,000.00 y los RD\$35,000.00. La distribución de los médicos haciendo alguna especialidad en la actualidad, según el año de residencia, se resume en siguiente gráfico.

Gráfico 6.1
Distribución de la cantidad de médicos en especialidades,
según el año de residencia



Fuente: SESPAS.

Los médicos generales, a diferencia de los médicos residentes, tienen un contrato de trabajo fijo. Están especialmente concentrados en el Distrito Nacional (24.90%) y en Santo Domingo (19.60%), y devengan un salario bruto mínimo de RD\$32,471.00.

Dada la diferencia de formación entre los médicos generales y los médicos especialistas, decidimos examinar si existen diferencias respecto al ingreso entre ambos grupos. Para tales fines, realizamos un análisis de varianza que reporta la existencia de diferencias estadísticas significativas entre estos grupos ($F=1199$, $p<0.01$). Los médicos especialistas devengan un salario mayor ($M=37,884.7$, $SD=4,689$) que los médicos generales ($M=34,807.51$, $SD=2,771$).

El informe "Información sobre Recursos Humanos de Salud en la República Dominicana" muestra esta información por área de especialización de los profesionales de la salud (Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, octubre, 2009).

3.6 Las enfermeras de SESPAS

Las enfermeras tienen una situación laboral bastante estable, si nos referimos al tipo de contratación que las caracteriza, en sentido general. El 94.2% tiene contrato fijo y aquellas que no están en esa condición realizan trámite de pensión en la actualidad. La mayoría son auxiliares (78.0%), esto quiere decir que aún no han realizado estudios universitarios en la materia; luego están las enfermeras graduadas, las cuales representan el 19.7% de la nómina pública; y los ayudantes técnicos, mecánicos operadores con 2.3%.

La distribución geográfica de las enfermeras, según establecimos en el cuadro (Ver Cuadro 3.8), se concentra principalmente en el Distrito Nacional y en las provincias San Pedro de Macorís, Hato Mayor, Duarte, Salcedo y Pedernales. Al igual que en el caso de los médicos, la región con mayor cantidad de enfermeras es la "Región 0" (33.9%), seguida de la Región II (13.9%) y la Región III (11.7%), respectivamente.

En relación con el ingreso, el 89.4% de las enfermeras devenga un máximo de RD\$20,000.00 mensuales, el 9.1% tiene un salario entre RD\$20,001.00 y RD\$25,000.00 y menos del 1% tiene un salario que excede los RD\$30,000.00.

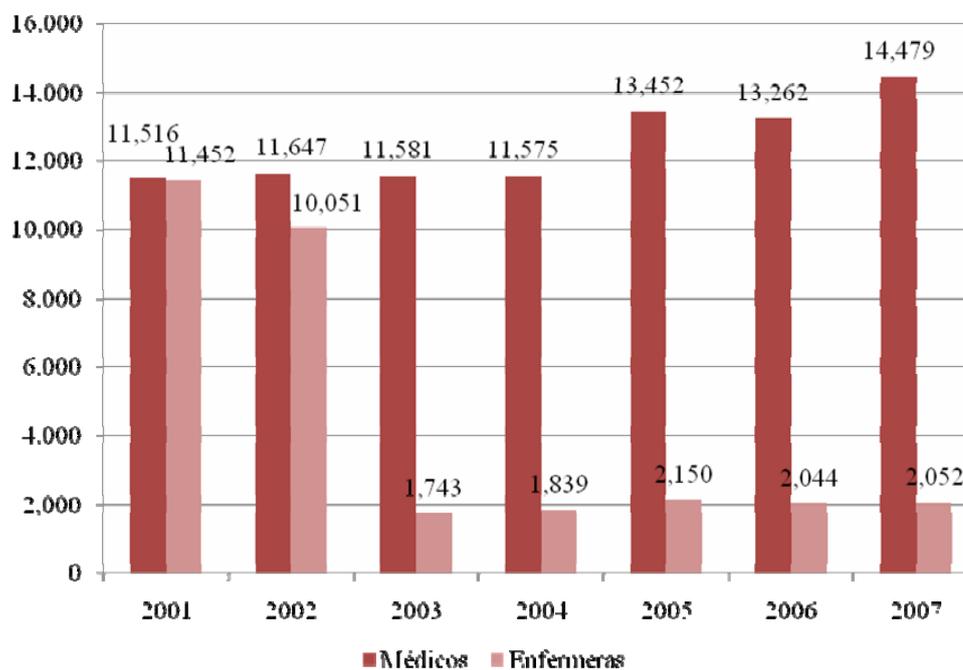
Cuadro 6.9
Ingreso promedio de las enfermeras,
por regiones de salud

Regiones	Ingreso Promedio
Región 0	16,238.40
Región I	15,569.81
Región II	14,823.11
Región III	14,841.19
Región IV	15,005.70
Región V	14,880.78
Región VI	15,412.98
Región VII	15,682.30
Región VIII	14,745.01

Fuente: SESPAS.

Para explorar si existen diferencias respecto al ingreso entre los diferentes grupos de enfermeras (auxiliar de enfermería, ayudante técnico mecánico operador y enfermera), se hizo un análisis de varianza, el cual reportó que existen diferencias significativas entre los grupos de enfermeras, ya sean estas graduadas, auxiliares o técnicas, a juzgar por el nivel de ingreso que devengan ($F= 1,291.89$, $p<0.01$). Las enfermeras profesionales registraron un mayor nivel de ingreso ($M= \text{RD}\$18,402.00$, $SD= \text{RD}\$4,900.11$) que las enfermeras auxiliares ($M= \text{RD}\$14,721.00$, $SD= \text{RD}\$2,709.58$) y las ayudantes técnico-mecánico-operador ($M= \text{RD}\$15,355.39$, $SD= \text{RD}\$1,962.58$). Igualmente, las ayudantes técnico-mecánico-operador registraron un mayor nivel de ingreso que las auxiliares de enfermería.

Gráfico 6.2
Cantidad de médicos y enfermeras de SESPAS, 2001-2007



Fuente: Oficina Nacional de Estadística (ONE) de la República Dominicana

Igualmente, al explorar si existen diferencias en el ingreso percibido regionalmente, el análisis de varianza de los datos revela que existen diferencias en el ingreso respecto a la región a la cual pertenecen las enfermeras. ($F=49.73$, $p<0.01$). Las enfermeras que trabajan en la Región 0 registran un mayor nivel de ingresos que las enfermeras que trabajan en las demás regiones; las enfermeras de la Región II no mostraron diferencias respecto a las enfermeras de las regiones III, IV, V y VIII, conforme a lo presentado en el cuadro anterior.

Un hecho a resaltar en cuanto al personal de médicos y enfermeras del sector público es el aumento significativo de los médicos respecto a las enfermeras. En los años 2001 y 2002 la proporción de médicos y enfermeras era de menos de dos médicos por cada enfermera; sin embargo, a partir del 2003 esta proporción cambia, observándose que por cada enfermera existen más de seis médicos.

Bibliografía

- Congreso Nacional, R. D. (2001). Ley 139-01. *Ley 139-01 que crea la Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología*. Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana: Congreso Nacional de la República Dominicana.
- Congreso Nacional, R. D. (8 de Marzo de 2001). *Ley General de Salud 42-01*. Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana: Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social.
- Congreso Nacional, R. D. (2001). Ley N. 87-01 que crea el Sistema Nacional de Salud es la Ley 87-01. Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana: Congreso Nacional.
- Congreso Nacional, R. D. (1968). Ley No. 68-03. *Ley No.68-03 que crea el Colegio Médico Dominicano (CMD)*. Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana: Congreso Nacional de la República Dominicana.
- Ejecutiva OPS-OMS, O. P.-O. (Agosto-septiembre de 2010). Homologación y migraciones médicas en la República Dominicana. (P. Ortega, entrevistador)
- Ejecutivos-académicos, D. d. (Julio-agosto de 2010). Hologación y migraciones médicas en la República Dominicana. (P. Báez, entrevistador)
- Enfermera-líder-gremial, A. N. (29 de Julio de 2010). Homologación y migraciones médicas en la República Dominicana. (P. Ortega, entrevistador)
- http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo8-2000.html. (22 de Diciembre de 2000). Ley Orgánica 8/2000. *Reforma de Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Madrid, España.
- Médico-líder-gremial, C. M. (Agosto-septiembre de 2010). Homologación de títulos y migraciones médicas en la República Dominicana. (P. Ortega, entrevistador)
- Ministerio de Planificación Economía y Desarrollo-Consejo Nacional para la Reforma del Estado. (27 de febrero de 2011). *Estrategia Nacional de Desarrollo, 2030*. Santo Domingo: Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (. (2006). *Plan decenal de Salud Pública*. Santo Domingo, DN.: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Organización Panamericana de la Salud . (Enero, 2009). *Agenda de Salud de Centro América y República Dominicana (Aprobada en la XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de Integración Centroamericana)*. Tegucigalpa: Organización Panamericana de la Salud.
- Postulante a un título de especialización, E. d. (7 de Enero de 2011). Homologación de título. (P. B. Ortega, entrevistador)
- Postulante a un título de especialización, E. d. (12 de septiembre de 2010). Homología de título. (P. Báez, entrevistador)
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2010). *La Verdadera Riqueza de las Naciones: Camino al Desarrollo Humano*. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social-Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Indicadores Básicos de Salud*. Santo Domingo: SESPAS.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. (Octubre, 2009). *Información sobre Recursos Humanos de la Salud en la República Dominicana*. República Dominicana: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS).