

# **NIVEL DE APLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN UN BARRIO MARGINADO EN LA REPUBLICA DOMINICANA, 205-2016.**

Autores: Adelaida Oreste

Carlos Sánchez y Ana Nadal

## **Resumen.**

A más de una década del inicio del Sistema Dominicano de Seguridad Social, SDSS, solo 64% (SISALRIL, 2016) de los ciudadanos están afiliados, no obstante el carácter universal establecido en la Ley 87-01 que lo creó. El 36%, de la población que no tiene acceso al sistema, para resolver sus problemas de salud hacen uso del financiamiento privado fundamentalmente, lo que contribuye con el aumento de la pobreza, dado a, el alto costo de la atención médica privada y la progresiva disminución del salario real, esto último asociados a un crecimiento económico no inclusivo y empleos precarios. Entre los resultados de la investigación el 24.87% de las familias no tienen aseguramiento en salud y 33.50% ganan menos de US\$178 dólares mensual, lo que indica que en el Barrio el Manguito la seguridad social no es universal ni se aplica con equidad, porque familias con estas condiciones de vulnerabilidad económica deberían estar aseguradas. En ese orden el objetivo de la investigación es determinar el nivel de aplicación de la política de aseguramiento en salud del Gobierno y proponer estrategias para la inclusión de las familias desprotegidas en el Sistema de Seguridad Social.

## **Introducción.**

La investigación se relaciona con una propuesta de intervención realizada por (ORESTE, SÁNCHEZ, NADAL, 2014), como trabajo final de un curso de Economía de la Salud, en el aula virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, intervención en la que se desarrollaría un proceso de movilización social en el “Barrio El Manguito”. Sin embargo, meses después en el 2015, una vez en el terreno no se obtuvieron las informaciones básicas necesarias para la intervención, por lo que fue necesaria reorientar la propuesta y realizar la investigación.

La República Dominicana comparte la Isla La Española con Haití. Tiene 48, 442km<sup>2</sup>, en el año 2015 la población fue de 9, 980,243 habitantes de los cuales 49.98 % eran mujeres y 50.01% hombres. La densidad es de 201 hab/km<sup>2</sup>. La esperanza de vida al nacer es de 73 años, 75.62 en las mujeres y 70.64 en los hombres, el 78.69% de la población total reside en zonas urbanas y solo un 21.30% en la zona rural (ONE, 2016). Este último dato representa una gran movilidad poblacional hacia las grandes ciudades, generando mayor demanda de servicios públicos a las que las instituciones no logran satisfacer.

Más de un 42.2% (según datos del SISDOM, 2012) de la población viven bajo la línea de pobreza y un 10.5% bajo la línea de pobreza extrema o indigencia. El Índice de Desarrollo Humano (IDH), al 2010, era de 0.689, ocupando el lugar 98 entre los 187 países incluidos en el informe del PNUD para esa fecha. Para 2014, el 15% de la población no tenía trabajo y 55% de la misma laboraba por cuenta propia. A pesar del sostenido crecimiento económico, uno de cada tres dominicanos continúan viviendo en la pobreza (BANCO MUNDIAL, 2016), lo que consideran como un enigma.

Según datos de la Tesorería Nacional de la Seguridad Social, el 30% de la población económicamente activa tienen un contrato de trabajo, de los cuales el 80% gana menos de 20,000.00 pesos mensuales, que no alcanza para cubrir el costo de la canasta básica promedio valorada en RD\$26,000.00, según la encuesta de ingresos y gastos del Banco Central de la RD.

La urbanización del país, la elevación del nivel educativo, las mejoras en el saneamiento básico, la nutrición y la expansión del acceso a servicios de salud han permitido reducir la morbimortalidad por enfermedades transmisibles, eventos reproductivos y padecimientos relacionados con la reproducción, al tiempo que aumenta la prevalencia de enfermedades no transmisibles y las lesiones. A pesar de todo estos avances, según la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 2007), 14.7% de los niños y niñas menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico unas vez al mes. Este porcentaje es superior en la zonas rurales (16.2%) y en las provincias más pobres (20%). El porcentaje para las infecciones respiratorias agudas (IRAS) es de 7%, ambos constituyen los primeros motivos de consulta en los servicios ambulatorios de salud.

Durante el año 2015, la tasa de mortalidad infantil fue de 22.90% de acuerdo a cifras oficiales (ONE, 2016), sin embargo en el informe del Banco Mundial del 2016, dicha tasa para los menores de 5 años es de 31 por mil, también señalan en el mismo informe que a pesar de que el porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado es mayor que para el promedio regional, de acuerdo con datos arrojados por los Indicadores del Desarrollo Mundial para 2016, la tasa de mortalidad materna en este país es significativamente más alta 93 por 100,000 nacidos vivos, que el promedio regional 71 por 100,000 nacidos vivos (BANCO MUNDIAL, 2016).

Entre 24 y 30% de la población dominicana adulta es hipertensa, 29.2% sufre de sobrepeso y 20% es adicta al tabaco. De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, entre 11 y 16% de la población de los países caribeños sufre de diabetes (OPS/OMS, 2001). La República Dominicana está incluida en el grupo de países del continente con muy alta incidencia de tuberculosis, y la desnutrición infantil también es un importante problema de salud pública.

Frente a la situación antes descrita y la segmentación de la población en tres régimen de financiamiento en el Seguro Familiar de Salud, ha de ser comprensible la preocupación por determinar el nivel de aplicación de la política de aseguramiento en salud en un sector marginado del Distrito Nacional, con el propósito de tener información suficiente y de calidad que sean útiles para definir estrategias que hagan valer el derecho a la protección social de las familias, aportar información para apoyar el debate sobre la necesidad de cambios en el Sistema de Seguridad Social, hacer recomendaciones pertinentes a las instituciones del sistema y a las familias del barrio.

### **Sistema Nacional de Salud y Sistema Dominicano de Seguridad Social.**

Hasta hace 15 años la mayoría de la población estaba cubierto teóricamente por un sistema de salud público abierto y financiado con impuestos generales. Sin embargo, la propagación de las políticas neoliberales y las deficiencias de este sistema fomentaron el crecimiento del sector privado financiado por seguros voluntarios de reembolso y planes propagados voluntarios, aunque el gasto de bolsillo siempre ha constituido la principal fuente de financiamiento.

A partir de 2001, se aprueba un nuevo marco legal para el sistema de salud, y para la creación de la seguridad social, integrados por un conjunto amplio de leyes, reglamentos, normas y disposiciones administrativas que sirven para la conducción,

regulación, gestión y supervisión del Sistema Nacional de Salud, SNS y de Seguridad Social. La base legal de ambos sistemas son: la Ley General de Salud No. 42-2001, y la Ley No. 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social, SDSS. No obstante la pertinencia del nuevo marco legal en salud y seguridad social, las dos herramientas jurídicas fundamentales, establecen un sistema complejo de instituciones de naturaleza pública, privada y sin fines de lucro, algunas especializadas con funciones específicas. El Sistema Nacional de Salud continúa financiado con fondos públicos, mientras que el Sistema de Seguridad Social se financia, según el artículo 21 de la Ley 87-01, con las cotizaciones de los trabajadores y empleadores públicos y privados en el régimen contributivo, con recursos estatales provenientes de impuestos para el régimen subsidiado.

La Ley 87-01 en sus artículos 118 y 119 estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS), cuya finalidad es la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del sistema, sus beneficios se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), que está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales.

El Seguro Familiar de Salud (SFS) tiene tres (3) régimen de financiamiento: Contributivo, Subsidiado y Contributivo-subsidiado (Ley 87-01, 2001) este último previsto para cubrir la población de economía informal, que según Abreu (2013), tiene más del 50% de la población y aún no ha iniciado su ejecución, y como medidas paliativas se han elaborado normas y planes complementarias (SENASA, 2008) para permitir el ingreso de una parte de la población que no califica para ninguno de los otros dos régimen.

Régimen contributivo. Cubre a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores. Se financia con contribuciones de los trabajadores y los empleadores, incluyendo al Estado como empleador. Es el régimen que posee la mayor cantidad de afiliados.

Régimen subsidiado. Cubre a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. Se financia con recursos del Estado.

Régimen contributivo-subsidiado. Incluye a los profesionales, técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingreso promedio, igual o superior a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta del empleador.

El Seguro Familiar de Salud se ejecuta a través de la Red Pública y Privada de Prestadoras de Servicios de Salud, PPS, con la intermediación de las Administradoras de Riesgos de Salud, ARS. (CNS, 2001). La principal ARS pública, es Seguro Nacional de Salud, SENASA, que afilia a la población pobre subsidiada, a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS, y paga a los prestadores los servicios acordados en el Plan Básico de Salud.

Las ARS privadas sólo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo. (RATHE Y MOLINE, 2011)

En otro orden, por disposición del Poder Ejecutivo (Decreto No.1073, 2004) se creó el Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) es una institución del Gobierno Dominicano, adscrita al Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales que funciona bajo la responsabilidad directa de la Vicepresidenta de la República, en su condición de Coordinadora. Esta entidad es la responsable de crear y administrar la base de datos de hogares pobres de todo el país y el padrón de hogares elegibles a fin de asegurar su acceso a los beneficios que ofrecen distintos programas sociales y/o al otorgamiento de los subsidios monetarios que entrega el Gobierno.

La función principal del Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN) es identificar, caracterizar, registrar y priorizar las familias en condición de pobreza que habitan en zonas geográficas identificadas en el Mapa de la Pobreza, y en zonas fuera del mismo, que resulten de interés para los fines de las políticas públicas, luego de

identificar las familias en condición de pobreza, promociona el plan de aseguramiento del régimen subsidiado del SENASA a las familias ya estudiadas.

**Cuadro No. 1**  
**República Dominicana. Afiliados al Seguro Familiar de Salud, por régimen, mayo 2013**

AFILIADOS			AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO			AFILIADOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		
Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2,483,944	2,681,944	5,165,888	1,080,325	1,305,256	2,385,581	1,403,619	1,376,688	2,780,307
Porcentaje de la población del país		55%	Porcentaje de la población del país		25%	Porcentaje de la población del país		29%

**Fuente:** Elaboración OPD-FUNGLODE con datos de la base de datos de dispersión de UNIPAGO. SISALRIL.

Estar cubierto por el Seguro de Salud Familiar del SDSS, sobre todo en el caso del Régimen Contributivo, no exigen a la población de tener que pagar cuotas adicionales por los servicios de salud que recibe, lo que constituye una violación a la Constitución de la República promulgada el 26 de enero de 2010, que establece que la salud es un derecho ciudadano y a la propia Ley de 87-01. De hecho, según estudios generales realizados por organismos estatales sobre Gastos en Salud y Satisfacción de los Afiliados al Régimen Contributivo, en el año 2010 los afiliados a este Régimen pagaron diferencias por atenciones a la salud (consulta, medicamentos, laboratorios, estudios diagnósticos y atención de emergencias) valoradas en RD\$700,00 millones de pesos mensuales, equivalentes a 8 mil millones anuales.

El gasto de bolsillo reduce la disponibilidad de los recursos económicos del individuo y/o familia e impacta de manera diferente, según los niveles de ingreso en los hogares, afectando más severamente a las familias que integran el último quintil. Otras inequidades en el sistema son la pérdida de afiliación de los trabajadores pensionados, la no cobertura a los recién nacidos, y la asignación de fondos per cápita 3 veces mayor para los afiliados del régimen contributivo. Es un sistema muy rentable para el sector financiero y las grandes clínicas privadas.

En relación a la atención a los afiliados, la misma no es integral, es fragmentada y sustentada fundamentalmente en el modelo biomédico, existe un catálogo de prestación de servicios, comprendido en el Plan de Servicios de Salud (PDSS), que se ofrece a los afiliados, pero no está respondiendo al perfil epidemiológico y la demanda de servicios del país y crea exclusiones (DIDA 2013). Mientras, el sistema se ha convertido en una fuente generadora de riquezas para las ARS privadas que actúan

como intermediarias en representación del capital financiero, y para las Prestadoras Privadas de Servicios de Salud que en su mayoría se comportan como comerciantes de la salud y la enfermedad.

Con frecuencia se observa que los hospitales público, destinados a atender la población más vulnerable, subsidia a las ARS, teniendo que atender a un porcentaje importante de los afiliados del Régimen Contributivo que no pueden pagar las diferencias o copago, del alto costo de los servicios de proveedores privados de salud. Esta situación crea las condiciones para que con cierta frecuencia los pacientes abandonen los tratamientos médicos y se incrementen las complicaciones de las enfermedades, aumentando el nivel de insatisfacción entre los usuarios a la vez que se deteriora su calidad de vida. Entre los Principales problemas identificados en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) están:

1. La no universalización del Seguro Familiar de Salud
2. El primer nivel de atención no desarrollado según establecen las leyes;
3. Violaciones al Plan Básico de Salud según establece la ley 87-01;
4. Limitaciones y exclusiones para el acceso a los medicamentos;
5. Limitaciones y exclusiones en la cobertura de atención de enfermedades de alto costo, generando elevados gastos de bolsillo y empobrecimiento de la población;
6. Desarticulación y atomización de la red de servicios públicos;
7. Fragmentación de la atención a los problemas de salud y enfermedad;
8. Desprotección del servicio y beneficios del SFS a los pensionados;
9. Debilidades del sistema en las funciones reguladores y de fiscalización de las instituciones Estatales;
10. No puesta en funcionamiento del Régimen Contributivo Subsidiado.

Según la opinión de varios expertos, los tres principales retos que enfrenta el sistema dominicano de salud son la extensión de la cobertura del SFS, la profundización de la separación de funciones y la mejoría en la calidad de los servicios (RATHE Y MOLINÉ, 2011).

### **Objetivo general.**



Determinar el nivel de aplicación de la política de aseguramiento en salud del Gobierno Dominicano, evidenciando la brecha en la cobertura de aseguramiento en salud en las familias vulnerables del Barrio El Manguito.

### **Objetivos específicos.**

- Describir los principales datos demográficos de las familias residentes en el Barrio El manguito
- Especificar la situación laboral de los jefes o jefas de las familias del barrio
- Estimar el monto del ingreso económico mensual en las familias
- Identificar el número de familias que no están afiliadas al sistema de aseguramiento en salud.
- Describir los medios utilizados por las familias que no tienen seguro de salud, para resolver los problemas.
- Identificar las opiniones de las familias sobre el porqué no poseen el seguro de salud.
- Analizar la carga de enfermedad de las familias del barrio.
- Cuantificar los gastos de bolsillo de las familias por los servicios y atención médica.
- Proponer estrategias para la inclusión de las familias en el sistema de aseguramiento en salud.

### **Metodología.**

Es una investigación de tipo descriptiva con recolección retrospectiva de datos y de corte transversal, para determinar el nivel de aplicación de la política de aseguramiento en salud mediante evidenciando la brecha en la cobertura de aseguramiento en las familias del Barrio El Manguito ubicado en el Distrito Nacional de la Republica Dominicana.

El Manguito fue fundado en los años 60 (las fuentes no precisan la fecha), en el terreno abundaban las matas de mango de tamaño diminuto, de ahí su nombre. Tiene graves problemas de alcantarillado sanitario y drenaje pluvial, a pesar de esto, los servicios de agua potable y energía eléctrica son estables en el sector, que cuenta con un centro de asistencia primaria auspiciado por la Iglesia católica, ubicado en la calle 8, donde se ofrecen consultas odontológicas, ginecológicas y medicina general. También cuenta con un club deportivo y cultural así como iglesias de todas las denominaciones religiosas (El Caribe, 2012).



Entre las características del Barrio El Manguito, destacan el hacinamiento, insalubridad y delincuencia, precariedades en las condiciones de vida que tornan muy vulnerables a las familias, producto de grandes inequidades sociales y económicas que sufren; la mayoría son familia que migraron desde la zona rural y estudiantes del interior del país, porque en la zona y sus alrededores existen cuatro (4) universidades.

El tiempo de estudio estuvo delimitado en el periodo comprendido entre febrero del año 2015 hasta Octubre del 2016. La población estudiada fue un total de 1,206 familias entre las cuales se seleccionó una muestra de 197 familias con un método de muestreo de tipo probabilístico, el muestreo sistemático, y la técnica de encuesta para la recolección de los datos. La unidad de análisis fue la familia, abordando específicamente al jefe o la jefa de familia, que fue identificado aplicando el número de selección sistemática que resultó ser el número seis (6), entonces por cada 6 viviendas se entrevistó a la familia siguiente hasta completar las 197 familias. El instrumento para la encuesta contenía preguntas cerradas y opciones múltiples de respuestas relacionadas a las variables e indicadores de estudios.

Previo a la recolección de los datos, se realizó una visita de coordinación con líderes comunitarios de la Junta de Vecinos del Barrio, se comprobaron la distribución de las viviendas, callejones y zonas para la organización y ejecución del proceso y se realizó la prueba del instrumento de recolección de datos. Posteriormente se organizaron los equipos de trabajos de campo, los cuales participaron en un taller de entrenamiento con el instrumento de entrevista para la encuesta.

El barrio fue dividido en cuatro (4) zonas y se formaron cuatro (4) grupos de trabajo integrados por cuatro encuestadores que se subdividieron en parejas y un supervisor de zona, los autores y dos líderes de la comunidad integraron un quinto (5) grupo cuya función fue de coordinación general. Los encuestadores y supervisores fueron estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD y médicos del Centro Integral de Salud y Desarrollo, CISADE.

Los datos recolectados fueron procesado y tabulados en una base de datos del programa Microsoft Office, Excel y Word 2010, presentados en cuadros y gráficos en el programa Microsoft Office PowerPoint, con medidas de frecuencias simples, analizando y valorando el comportamiento de las variable de estudio.

## Resultados.

Entre los datos demográficos más relevantes se encontró que el total de miembros de las familias son 690 personas, lo que equivale a un promedio 4 personas por cada familias, de los cuales el 51.88% pertenecen al sexo femenino. En cuanto a la edad de los miembros de las familias, el grupo de edad más frecuente es de 20-29 años para un 21.59%, lo que significa que el mayor grupo de miembros de las familias son personas jóvenes, mientras que el grupo de adultos mayores de 60-64 años son los menos frecuentes con un 3.33%, sin embargo hay un porcentaje más elevado de personas envejecientes, un 7.97% que son mayores de 65 años. El 60.41% de los jefes o jefas de familias tienen un nivel educativo primario y secundario muchos de estos no completaron los estudios secundarios.

Tabla no.4

Distribución del número de jefes de familias según situación laboral

SITUACION LABORAL	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
Desempleado	47	23.86
Empleado publico	47	23.86
Empleado privado	57	28.93
Micro empresario	12	6.09
Trabajador a cuenta propia	22	11.16
Otro	12	6.09
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta en el Barrio El Manguito

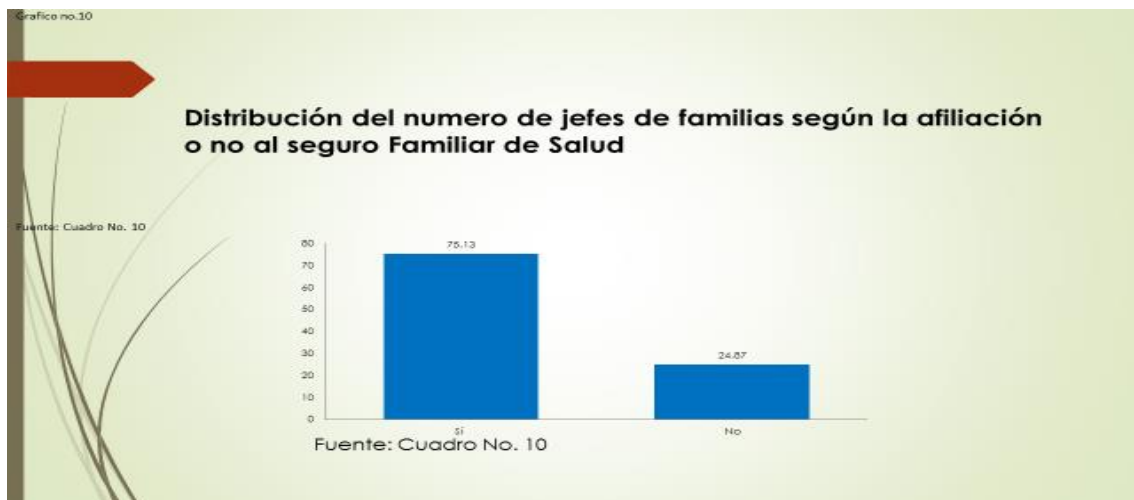
Fuente: Encuesta realizada en el Barrio el Manguito

En relación a la situación laboral del jefe o jefa de familias, el 52.79% son empleados públicos y privado, 23.86% son desempleados y un 17.25% están vinculados a las actividades laborales de la economía informal. El monto de ingreso económico mensual de la mayoría de las familias es menor de RD\$ 8,000 pesos equivalente a menos de \$US 177.78 dólares y solo el 5.08% tienen un ingreso económico de RD\$ 50,000 pesos y más.

Sumando la cantidad de Jefes o Jefas de familias que no tienen empleos, más los que forman parte de la economía informal, y el bajo ingreso económico de la mayoría de los que sí tienen empleo, es evidente que estas familias no pueden satisfacer por sí

solas las necesidades básicas de sus miembros y resolver los problemas de enfermedades con los escasos recursos económicos de que disponen, además sabiendo que la mayoría de los empleos en que se insertan las personas de bajos niveles educativos son empleos muy precarios e inestables. Mientras el 32.99% de los desempleados están cubiertos por SENASA a través del régimen subsidiado, el 24.41% sin seguros acuden a la deteriorada red pública de servicios de salud porque no disponen de otra opción, más grave aún es que un 11.17% refiere que no acude a ningún lugar y resuelven los problemas de salud en sus propios hogares, otro porcentaje menos significativo en términos cuantitativos 3.05% realizan pago directo a los proveedores de servicios médicos cuando tienen alguna enfermedad.

Esas y otras condiciones de vulnerabilidad influyeron para que el Barrio fuera seleccionado dentro de las políticas sociales del gobierno dominicano, como beneficiario de los subsidios condicionados. En consecuencia, todas las familias que allí residen deberían recibir los servicios básicos de un sistema de protección social de aseguramiento en salud y previsional, lo cual infelizmente no es así.



Fuente: Cuadro No.10 de encuesta en Barrio el Manguito

Sobre el aseguramiento en salud, 24.87% de las familias no están afiliadas al sistema de seguridad social, lo que representa una gran incongruencia con lo establecido en la constitución y en el marco jurídico específico de salud y de seguridad social en cuanto a la obligatoriedad que tiene el Estado con la garantía del derecho a la salud y a la protección social de los ciudadanos y ciudadanas, del carácter universalidad de la

salud y la seguridad social; ese porcentaje sin aseguramiento representa una brecha inaceptable desde el punto de vista ético por todo lo antes explicado.

Por consiguiente, se puede afirmar que la aplicación de la política de aseguramiento en el Barrio El Manguito es de un nivel intermedio; más aún, el hecho de tener una cobertura de aseguramiento de un 75.13% no es satisfactorio ni legalmente correcto, tomando en cuenta las condiciones de vulnerabilidad social y económicas de las familias del lugar que ha sido reconocido por el propio gobierno. Entre las familias afiliadas el 42.64% pertenecen al régimen contributivo, una tendencia similar a lo que ocurre en el resto del país.

Un 69.85% de las familias tienen miembros con una carga de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión arterial, artritis, etc.), y enfermedades respiratorias aguda; el porcentaje mayor de gastos ambulatorios de las familias es de 52.05% y corresponde a compra de medicamentos, 46.37 % del gastos es por consultas médicas, estudios diagnósticos, y procedimientos. Esto representa un alto gasto de bolsillo de las familias que en el caso de los asegurados, únicamente los del régimen contributivo tienen acceso a medicamentos ambulatorios y solo por un monto de US\$ 174 dólares anual cuyo monto fue aumentado hace menos de dos años, durante 13 fue de US\$67 dólares anual.

Para valorar lo que piensan las familias sobre el porqué no todas tienen acceso al aseguramiento en salud, se ofrecieron varias opciones y los resultados obtenidos fueron, 45% refieren no estar afiliados al partido político de turno ni tener amigos en dicho partido, estas respuestas son referencias al grave clientelismo político que existe en el país, el 31.98% mencionan que no tienen documentos de identidad para hacer los trámites y 22.84% dicen que no tienen el seguro porque desconocen los requisitos para obtenerlo, todas las opiniones ofrecidas están motivadas en problemas sociales reales que desde hace mucho tiempo ocurren en el país .

### **Conclusión.**

El nivel de aplicación de la política de aseguramiento en salud en el Barrio El Manguito es considerado como un nivel intermedio, y no satisface las necesidades y las expectativas de protección social, no obstante las condiciones de vulnerabilidad social y económica de las familias del lugar;

Existe una brecha en la cobertura de acceso al Seguro Familiar de Salud, de un 24.87% en familias vulnerables, que no están en el sistema de aseguramiento en salud; El Gobierno incumple con la constitución de la República y con las leyes, normas y disposiciones emitidas por el propio gobierno y por los demás poderes del Estado Dominicano, al no resolver la brecha de cobertura de acceso al Seguro Familiar de Salud, en familias clasificadas por el propio gobierno como vulnerables;

Los bajos ingresos económicos de las familias, el considerable número de desempleados y de personas con empleos precarios, más el alto gasto de bolsillos que realizan, pueden limitar la capacidad para resolver las necesidades básicas de sus miembros y profundizar las precarias condiciones en que viven;

Aún existen algunas familias que desconocen los trámites de afiliación al Seguro Familiar de Salud, no obstante sus precarias condiciones de vida las hacen elegibles para ser afiliadas en el régimen subsidiado;

Es éticamente inaceptable la negación del derecho a la salud y más aún en una población vulnerable por la situación de pobreza en que viven, es imperativo evitar que se profundice la inequidad y la exclusión social;

Es necesario movilizar a las familias para articular demandas ante los organismos correspondientes del Sistema de Seguridad Social y del Gabinete Social, para la inclusión de las familias que aún no están aseguradas;

Los autores y las instituciones que representamos, nos comprometemos a integrar a otros actores sociales para juntos motivar, acompañar y apoyar a la comunidad en todo el proceso para lograr la afiliación.

### **Referencias**

1. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL. Consulta de afiliación al Sistema dominicano de Seguridad Social, disponible en [http://www.sisalril.gov.do/S\\_consulta\\_afiliacion.aspx](http://www.sisalril.gov.do/S_consulta_afiliacion.aspx)
2. Oreste A, Sánchez C, Nadal A. “Propuesta para la inclusión en el sistema de aseguramiento en salud de la población del Barrio El Manguito. Distrito Nacional, República Dominicana, año 2014, 19p.”
3. CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2006. 421p

4. Oficina Nacional de Estadísticas de la Republica Dominicana. Dominicana en cifras 2016, disponible en <http://www.one.gob.do>, p 58.
5. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano Republica Dominicana 2014. Santo Domingo RD.2014
6. Banco Mundial. Informe sobre desarrollo mundial 2016. Estudio sobre Republica Dominicana 2016, Washington DC 20433 disponible en web: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
7. Banco Central de la Republica Dominicana. Encuesta de ingresos y gastos, 2014, disponible [http://www.bancentral.gov.do/publicaciones\\_economicas/otros/tomoiv\\_ingresosygastos.pdf](http://www.bancentral.gov.do/publicaciones_economicas/otros/tomoiv_ingresosygastos.pdf)
8. Centro de Estudios Sociales y Demográficos, CESDEM. Encuesta Demográfica y de Salud, ENDESA. Santo Domingo, República Dominicana 2007.
9. Oficina Nacional de Estadísticas de la Republica Dominicana. Dominicana en cifras 2016, disponible en <http://www.one.gob.do> 60, 63, 65.
10. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico 2001(2):2
11. Presidencia de la Republica Dominicana gaceta oficial. Ley General de Salud número 42-01, 10 de marzo 2001, disponible en <http://www.msp.gob.do/vmgc/Documentos/Ley%20General%20de%20Salud%2042-01.pdf>
12. Ley 87-01 Sistema Dominicano de Seguridad Social, 10 de mayo 2001, disponible en [http://tss.gov.do/pdf\\_files/ley.pdf](http://tss.gov.do/pdf_files/ley.pdf)
13. Rafael Abreu. Por la implementación del régimen Contributivo-subsidiado. Consejo Nacional de Unidad Sindical, CNUS. 2013
14. Seguro Nacional de Salud, SENASA. Nuevo plan de salud complementario, disponible en <http://www.arssenasa.gov.do/consultaAfiliado/index2.asp>
15. Consejo Nacional de la Seguridad Social, CNSS. Secretaría de Estado de Trabajo. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo, 2001.
16. Rathe M, Moline A. Sistema de Salud de la Republica Dominicana, 2011.
17. Sistema Único de Beneficiarios, SIUBEN, disponible en <http://www.siuben.gob.do/servicios/datos-abiertos/>

18. Dirección de Información y Derecho de los Afiliados. Informe sobre quejas y demandas de los afiliados, 2014.

19. Periódico el Caribe digital: El Manguito se siembra en pleno centro de la ciudad, por María Isabel Morel, disponible en <http://www.elcaribe.com.do/2012/12/20/manguito-siembra-pleno-centro-ciudad>