

Deporte, Seguridad Social y Salud en República Dominicana

DEPORTE



República Dominicana se ha convertido en el lugar ideal para la práctica de todo tipo de deporte y eso incluye la celebración anual de importantes torneos internacionales como los de windsurf y kiteboarding en Cabarete, o los de pesca en Cabeza de Toro, por la zona de Punta Cana y del muy popular golf en Cap Cana.

No se puede hablar de esta tierra y no mencionar quizás la pasión más grande del dominicano, el béisbol, sin duda alguna el mejor después de las Grandes Ligas en los Estados Unidos.

El béisbol fue introducido en el Caribe en 1866 por cubanos estudiantes en EE. UU. en la que entonces *colonia española de Cuba*. Ocho años más tarde, en 1874, el primer juego organizado de béisbol se jugó entre equipos cubanos.

Poco más tarde fue traído por primera vez a la *República Dominicana* por plantadores de azúcar cubanos que llegaron al país en la década de 1880, huyendo de la Guerra de los Diez Años en su isla natal, y construyeron los primeros molinos de azúcar mecanizado de la nación. Los plantadores de azúcar cubanos comenzaron suministrándoles equipamientos de béisbol a sus trabajadores como una distracción para mantener la moral. Gran parte de la fuerza laboral de la industria azucarera estaba compuesta por inmigrantes de las *Indias Occidentales Británicas*, y estaban familiarizados con el cricket. En 1886 celebraron un partido entre los equipos cubanos "*Santiago de Cuba*" y "*Angelina*" en San Pedro de Macorís el 25 de septiembre de ese año. Los principales propulsores fueron los cubanos *Ignacio y Ubaldo Alomá*. El primer torneo profesional dominicano se jugó en 1890 con dos equipos profesionales: "*Ozama*" y "*Nuevo Club*".

El béisbol profesional se reanudó en 1951 con la primera alineación todavía vigente. En 1955, se construyó el Estadio Quisqueya en Santo Domingo, para ser compartido por los rivales *Tigres de Licey* y *Leones de Escogido* y en el siguiente año la Liga Dominicana de Base Ball Profesional, Inc., contrató un acuerdo con el Organized Baseball y se convirtió en una liga de invierno. La alineación de los cuatro equipos permaneció intacta por mucho tiempo, aunque se fundó un equipo de expansión en San Francisco de Macorís en 1996. *Licey* y *Águilas* han

sido los equipos más exitosos en la Liga Dominicana de Invierno, ambos equipos permanecen empatados en campeonatos ganados. Su rivalidad refleja la competencia que existe entre las principales ciudades de país; Santo Domingo, la capital y Santiago, la ciudad más grande y capital no oficial de la parte norte del país.

A nivel internacional, la *República Dominicana* es actualmente el país mayor exportador mundial de jugadores de béisbol. En cada temporada desde 1999, los dominicanos han compuesto al menos el 9% de los rosters activos de la MLB, más que cualquier otra nación, excepto los Estados Unidos. Recientemente, muchos dominicanos han comenzado a jugar en las ligas de béisbol profesional de Japón y México, las ligas de verano más grande fuera de Estados Unidos y Canadá.

SALUD

El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y un sector privado. Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública.

El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud. El MSP recibe fondos de origen fiscal que son los que financian su red de prestadores que atiende a la población pobre que todavía no ha sido asegurada por el sistema.

Esta población paga una cuota de recuperación después de recibir muchos de los servicios.

Los fondos de la seguridad social provienen del gobierno dominicano –un per cápita para cubrir a los afiliados del régimen subsidiado (RS) y una cotización como empleador– y de las cotizaciones de empleados y empleadores privados. Estos fondos los recauda la TSS, que depende del CNSS. La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud. La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud para el segmento de población incluido en el RS, también paga a proveedores privados sin fines de lucro.

El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. 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 y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo.

La mortalidad en la niñez ha descendido en los últimos años, pero continúa siendo superior a la de países de América Latina y el Caribe con condiciones económicas similares.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA 2007), 14.7% de los niños y niñas menores de 5 años presentan al menos un episodio diarreico en los últimos 15 días.⁶ Este porcentaje es superior en la zonas rurales (16.2%) y las provincias más pobres (20%). El porcentaje para las infecciones respiratorias agudas (IRAS) es de 7%. De hecho, las IRAS constituyen el primer motivo de consulta en los servicios ambulatorios de salud.

La desnutrición infantil también es un importante problema de salud pública. La ENDESA 2007 indica que 9.8% de las niñas y niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica (talla/edad) y 2.2% sufren de desnutrición aguda (peso/talla).

La prevalencia de desnutrición en este grupo de edad es mayor en los grupos de menores ingresos, entre los hijos de madres con bajo nivel de instrucción y en las provincias más pobres. El país tiene una cobertura de atención prenatal de 98.9% y una cobertura de atención institucional del parto de 97.5% y de la atención profesional durante el parto de 97.8%, valores muy superiores a la mayoría de los países latinoamericanos (el promedio continental es de 62.4%). Sin embargo, la mortalidad materna en el país se ha mantenido por encima de las 70 muertes por 100 000 nacidos vivos.

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD	
1948	Creación del Sistema de Seguros Sociales
1956	Creación de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y aprobación del Código de Salud
1956	Aprobación del Código de Salud
1962	Transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguros Social
1995	Creación de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud
2001	Aprobación de la Ley General de Salud
2001	Aprobación de la ley que crea el nuevo Sistema de Seguridad Social
2001	Inicio del Régimen Subsidiado
2007	Inicio del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud del Sistema de Seguridad Social
2008	Establecimiento del Plan Decenal de Salud

La Ley de Seguridad Social estableció el Seguro Familiar de Salud (SFS) y en sus artículos 118 y 119 establece que éste tiene por finalidad 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. El SFS cubre servicios de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, rehabilitación del enfermo, y embarazo, parto y sus consecuencias. Inicialmente no cubría los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, que eran cubiertos por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, pero posteriormente fueron incluidos. No cubre los accidentes de trabajo ni las enfermedades profesionales, cubiertas por el Seguro de Riesgos Laborales de la Ley sobre Seguridad Social.

Los beneficios del SFS se concretizan a través del Plan Básico de Salud (PBS), que está conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales que incluyen: a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; b) la atención primaria en salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio; c) atención especializada, tratamientos complejos, hospitalización y asistencia quirúrgica; d) 100% del medicamento ambulatorio para la población subsidiada y 70% para la contributiva y contributiva subsidiada; e) exámenes de diagnósticos; f) atenciones odontológica pediátrica y preventiva; g) fisioterapia y rehabilitación, y h) prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis y asistencia técnica a personas con discapacidad.

El 19 de diciembre de 2006 se realizó un acuerdo para dar inicio al SFS del régimen contributivo. En el mismo se estableció la entrada en vigencia del régimen con un Plan de Servicios de Salud inferior al PBS que debe desarrollarse gradualmente hasta contemplar todos los servicios contemplados en la Ley 87-01.