

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES DE LOS BATEYES “AMUTRABA” (SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA)

Elaborado por:

Juan Manuel Jiménez
Escuela Andaluza de Salud Pública

Martha Peña
Organización Panamericana de la Salud



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

INDICE

PRESENTACIÓN	iv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	2
III. CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	7
1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS	7
2. Aspectos económicos	10
3. Aspectos sociales	11
4. Indicadores de salud	13
5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social	15
6. Oferta de atención médica	17
7. Protección social en materia de salud	18
IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	20
1. Origen del SIS	20
2. Etapas de la puesta en marcha del SIS	20
2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos	24
2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera	25
2.3 Información del grupo destinatario	26
2.4 Inicio de las actividades	26
2.5. Liderazgo y toma de decisiones	26
3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	28
3.1 Afiliados y otros beneficiarios	28
3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	29
3.3 Financiamiento	30
3.4 Prestadores de atención médica	31
3.5 Administración y gestión	31
4. Asistencia técnica y formación	31
V. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	33
1. Grupo destinatario y beneficiarios	33
1.1 Grupo destinatario	34
1.2 Diferentes categorías de beneficiarios	34

1.3 Número de beneficiarios y evolución	34
1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado	34
1.5 Penetración del grupo destinatario	35
2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS	35
2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	35
2.2 Pago de las prestaciones	37
2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios	37
3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS	38
3.1 Fuentes de financiamiento del SIS	38
3.2 Costos	40
3.3 Excedentes y distribución de los excedentes	40
3.4 Fondos de reserva	40
4. Prestadores de atención médica	40
4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS	40
4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS	41
4.3 Pago a los prestadores	41
5. Administración y gestión del SIS	41
5.1 Estatutos y reglamentos	41
5.2 Organización de la gestión del SIS	42
5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión	44
5.4 Gestión de las disponibilidades	44
5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión	44
5.6 Función de control	45
5.7 Distribución de funciones	45
5.8 Equipamiento e infraestructura	50
6. Actores en relación con el SIS	50
6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía	50
6.2 Estructuras de asistencia técnica	50
6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social	50
VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	51
VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	51
1. Procesos de evaluación	51
2. Punto de vista de los responsables	51
2.1 Puesta en marcha del SIS	51
2.2 Dinámica de afiliación	52

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores	53
2.4 Pago de las cotizaciones	53
2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios	53
2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro	53
2.7 Fraudes	53
2.8 Administración y la gestión	54
2.9 Relaciones entre el Estado y las colectividades locales	54
2.10 Funcionamiento global	54
3. Punto de vista de los beneficiarios	55
4. Punto de vista de los prestadores de atención médica	55
VIII. CONCLUSIONES	56
LISTA DE SIGLAS	57
LISTA DE CUADROS	58
BIBLIOGRAFIA	59
ENTREVISTAS y VISITAS	59
LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS	60

PRESENTACIÓN

Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En ciertos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta el número de personas protegidas como las contingencias cubiertas.

En virtud de esta situación y en conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud para la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía Metodológica¹ elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS.

El presente documento expone la experiencia de la Asociación Mutual de los Trabajadores de los Bateyes “AMUTRABA”, ubicado en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. El trabajo de campo fue realizado del 6 al 17 de julio de 1999.

Dejamos constancia de nuestro agradecimiento a la Junta Directiva de la Asociación Mutual, en particular al Dr. Joseph Cherubin, a la Lic. Inoelia Remy, al Lic. William Charpentier, y al Lic. Natalio Perez García, por su colaboración desinteresada en el suministro de la información requerida para llevar a buen término el presente trabajo.

¹ OIT/OPS. 1999. Guía para la Realización de Estudios de Caso de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros).

I. INTRODUCCIÓN

Este informe forma parte de una iniciativa de análisis de la situación de distintas alternativas de protección social en materia de salud llevadas a cabo en el ámbito latinoamericano por parte de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Panamericana de Salud (OPS) con objeto de conocer el alcance y factibilidad de dichos intentos de intervención en la mejora de salud de estas poblaciones.

La experiencia descrita en este informe es la de la Asociación Mutual de los Trabajadores de los Bateyes “AMUTRABA”, una organización de tipo mutualista sin ánimo de lucro que se marca como objetivos la extensión de protección social en materia de salud y su contribución al desarrollo económico y cultural de la población haitiana (y dominicana en su caso) que trabaja en los “bateyes” (concentraciones humanas alrededor de los principales ingenios azucareros de la Consejo Estatal del Azúcar, en República Dominicana).

En este sentido, AMUTRABA cubre las necesidades básicas de Atención Primaria de Salud que presentan sus beneficiarios. Además de ello, dirige su acción hacia otras actividades como concesión de créditos a muy bajo interés a sus asociados y la oferta de un seguro funerario. Estas dos últimas actividades son independientes del seguro de salud, aunque están íntimamente relacionadas. De hecho, ambas son interpretadas por los responsables de la asociación como claves de éxito para el funcionamiento del microseguro.

Esta experiencia se inició en 1995 con el impulso de algunos haitianos residentes de República Dominicana y bajo los auspicios de otra organización sociocultural gestionada por los mismos (Movimiento Socio Cultural de los Trabajadores Haitianos, MOSCTHA). Asimismo, la organización Colombiana COLACOT (una ONG de tipo cooperativista-solidario) colaboró e impulsó a través de un continuo asesoramiento técnico en la puesta en marcha del microseguro.

II. DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Nombre del sistema de seguro:
Asociación Mutual de trabajadores de los Bateyes “AMUTRABA” Seguro para servicios de Consultas fijas y ambulatorias.
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente):
Movimiento Sociocultural de los trabajadores Haitianos “MOSCTHA”
3. Dirección de la sede social del SIS:
Calle Juan Erazo No. 39 Villa Juana, Santo Domingo República Dominicana.
4. Fecha de creación del SIS (concepción): **octubre de 1995.**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones):
Algunas prestaciones ya se ofrecían antes de la creación del SIS a través de MOSCTHA.
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **MOSCTHA fue creada en enero de 1985.**
7. Organización responsable del SIS:
 - ☐ asociación
 - ☒ organización mutualista
 - ☐ organización cooperativa
 - ☐ otro tipo de organización comunitaria
 - ☐ prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - ☐ prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 - ☐ sindicato
 - ☐ otros: precise _____
8. Personería jurídica del SIS:
 - ☒ posee: Decreto del Presidente de la República, Joaquín Balaguer, No.145-96.
 - ☐ no posee
9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
 - ☐ ninguna
 - ☐ seguro de fallecimiento (socorro mutuo)
 - ☐ prevención, educación para la salud
 - ☐ seguro de invalidez

- ☐ ahorro y crédito (fondo rotatorio, se ofrecen créditos con la finalidad de brindar oportunidad a las familias de escasos recursos de realizar algún tipo de negocio para mejorar la economía familiar)
 - ☐ pensión
 - ☐ actividades de tipo sindical
 - ☒ educación/alfabetización (**4 centros de alfabetización**)
 - ☐ otras formas de seguro:
objeto: _____
 - ☐ otros servicios sociales:
objeto: _____
 - ☐ otras actividades:
Proporcionar la lista _____
- **Asistencia legal derechos humanos (legalización de documentos tales como actas de nacimiento, documentos de identidad, residencia y pasaporte)**
 - **Desarrollo comunitario (carpintería, costura, repostería, tarjetería y crianza de cerdos)**
 - **Consumo y nutrición (se cuenta con 3 bodegas populares en los bateyes, donde se venden productos de primera necesidad a bajo costo)**
 - **Programa Mujer (acciones tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres en los bateyes)**

10. Tipo de afiliados:
- ☒ personas a título individual
 - ☐ grupos
 - ☐ otros: precise _____
11. Beneficiarios:
- ☒ familia
 - ☒ otras personas a cargo
 - ☐ personas indigentes
 - ☐ otros: precise _____
12. Adquisición del carácter de afiliado:
- ☒ voluntario
 - ☐ automático
 - ☐ obligatorio
13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por sexo:

Hombres	251
Mujeres	259
Total	510

14. Número actual de beneficiarios del SIS: **aproximadamente 2.500 personas**
15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **8.789**

16. Zona de residencia de afiliados y beneficiarios:
- zona rural,
 - zona urbana,
 - zona peri-urbana,
17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):
- sin relación entre los afiliados
 - miembros de una misma empresa
 - miembros de un mismo sector ocupacional
 - miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
 - miembros de un mismo grupo étnico
 - miembros de una misma cooperativa
 - miembros de una misma mutual
 - miembros de una misma organización sindical
 - miembros de una misma asociación
 - otros: precise _____
18. Situación económica de los afiliados:
- 90 % de afiliados que trabajan en el sector informal (incluida la agricultura de subsistencia).
- 10 % de afiliados que trabajan en el sector formal.
- ingresos clase media _____ % de afiliados (_% son mujeres)
 - ingresos clase media baja _____ % de afiliados (_% son mujeres)
 - ingresos inferiores al límite de pobreza
_____ % de afiliados (_% son mujeres)
 - ingresos pobreza extrema **100 % de afiliados**
19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:
- según edad
 - según sexo
 - según riesgos de enfermedad
 - según lugar de residencia
 - según religión
 - según raza y/o grupo étnico
 - según ingresos
 - no pertenencia a una organización particular
 - otros: precise **No existen restricciones**
20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Bateyes del Ingenio Río Haina, Ingenio Ozama y Boca Chica y algunos barrios de la periferia de la capital.**
21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:
- servicios ambulatorios (consulta médica en los bateyes)
 - atención hospitalaria
 - medicina especializada
 - prevención y promoción de la salud

- farmacia
 - atención del parto
 - exámenes de laboratorio (básicos)
 - radiología
 - ☐ vacunaciones
 - otros: **planificación familiar, servicios de ambulancia y diligencia para la utilización de servicios públicos de hospitalización, servicios de odontología.**
22. Monto total de prestaciones pagadas en el último ejercicio (último año en su defecto): **No disponible**
 _____ en moneda local por el período _____
 Equivalente en US \$ _____
23. Modalidad de financiación del seguro de salud:
- cotizaciones de afiliados
 - ☐ otras cotizaciones
 - contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local) (no son contribuciones directas sino utilización de hospitales cuando se presentan casos que lo requieren)
 - transferencia de las utilidades (ganancias) procedentes de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
 - contribuciones y subvenciones de otros actores (donaciones de ONU SIDA, Programa de Solidaridad Mundial, Iglesia)
 - ☐ rendimiento financiero de las reservas
 - ☐ otros: precise _____
24. Tipo de cotizaciones:
- ☐ cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
 - cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
 - ☐ porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
 - ☐ porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
 - ☐ en relación con los riesgos personales del afiliado
 - ☐ otros: precise _____
25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año: **No disponible** monto _____ equivalente US \$ _____
26. Prestadores de servicios autorizados:
- sector público (cuando se requiere algún tipo de hospitalización)
 - ☐ sector privado con fines de lucro
 - sector privado sin fines de lucro
 - ☐ organización responsable del SIS
27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:
- gestión democrática por los afiliados (asamblea general)

- ☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
 - ☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados
28. Proceso de gestión del SIS:
- ☐ no asalariados únicamente
 - ☒ no asalariados y gestores asalariados
 - ☐ exclusivamente asalariados del SIS
 - ☐ gestión confiada a una institución pública ☐ o privada ☐
 - ☐ participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones
29. Asistencia técnica:
- ☐ beneficia de asistencia técnica continua desde _____
 - ☐ beneficia de asistencia técnica con carácter periódico desde _____
 - ☒ beneficia de asistencia técnica puntual desde su creación
 - ☐ no beneficia de asistencia técnica
30. Participación en un sistema de reaseguro:
- ☐ si
 - ☒ no
31. Participación en un fondo de garantía:
- ☐ si
 - ☒ no
32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:
- | | |
|-----------------------------------|---|
| Actores: | Papel: |
| ONGs Nacionales e Internacionales | Financiación, colaboración y asistencia técnica |

III. CONTEXTO EN QUE FUNCIONA EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

La Asociación Mutual de Trabajadores de los Bateyes² tiene su campo de acción en 20 bateyes de los Ingenios Haina, Ozama y Boca Chica, ubicados en el Distrito Nacional y en la Provincia de Monte Plata.

En el año 1986 el Consejo Estatal del Azúcar (CEA) contaba con doce ingenios azucareros: Montellano, Esperanza y Amistad, en la Zona Norte del país; Barahona, en la Zona Sur; Haina, Ozama, Catarey y Boca Chica, en la región del Distrito Nacional; Porvenir, Santa Fé, Consuelo y Quisqueya, en la Región Este, y con 223 bateyes.

En dicho año, el CEA encargó al Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales un extenso estudio acerca de las condiciones de vida de los bateyes del CEA con el objetivo de elaborar proyectos para mejorar las condiciones socioeconómicas de los bateyes³. Este estudio ha sido el más amplio y completo realizado en los bateyes, y según entrevistas y publicaciones recientes las condiciones de vida, salud y educación relevadas han variado escasamente. Los datos utilizados en el informe, provienen en su mayor parte de este documento.

En la actualidad el CEA cuenta con 10 ingenios azucareros y el número de bateyes existentes es de aproximadamente 272⁴.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

En el Estudio Socioeconómico de los Bateyes realizado en 1986 han sido considerados 172 bateyes luego de un proceso de depuración de datos obtenidos en el CEA y del cruce con los datos del censo del año 1981 en 12 ingenios. La población de los bateyes ascendía a 72.582 personas⁵, siendo aproximadamente inmigrantes haitianos el 80 % del total de la población. La distribución por ingenios se muestra en el siguiente cuadro:

² En el documento el Batey: Estudio socioeconómico de los bateyes del Consejo Nacional del Azúcar, se define a los bateyes como núcleos de población que hacen vida en común en torno a la explotación de la caña de azúcar. En particular, el batey agrícola es la comunidad rural cuya población trabaja mayormente en labores relacionadas con la siembra, corte, carga, peso y transporte de la caña de azúcar en los ingenios azucareros.

³ Frank Moya Pons, El Batey: Estudio socioeconómico de los bateyes del Consejo Nacional del Azúcar, Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales, Santo Domingo, República Dominicana, 1986.

⁴ MOSCHTA-AMUTRABA, Estudio de Prefactibilidad socioeconómico de los Programas Funerario, Salud y Fondo Rotatorio, Santo Domingo, Rep. Dominicana, Julio de 1999.

⁵ Frank Moya Pons, El Batey: Estudio socioeconómico de los bateyes del Consejo Nacional del Azúcar, Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales, Santo Domingo, República Dominicana, 1986. No existen trabajos similares realizados con el censo de 1993. Gran parte de los bateyes agrícolas forman parte de la división política del país, algunos han sido incluidos en los parajes y otros en secciones. Por este motivo no ha sido posible recabar datos demográficos de los bateyes del censo 1993.

Cuadro No. 1: Distribución de la población 1986 por ingenio

Ingenios	Población	Porcentaje
Ozama	5.004	7%
Río Haina	19.560	27%
Boca Chica	4.899	7%
Catarey	5.911	8%
Barahona	12.911	18%
Quisqueya	4.375	6%
Consuelo	6.141	8%
Santa Fe	3.242	4%
Porvenir	3.550	5%
Amistad	869	1%
Esperanza	2.402	3%
Monte Llano	3.712	5%
TOTAL	72.576	100%

Fuente: El Batey, estudios Socioeconómico de los Bateyes del CEA, 1986, pág. 400

Los ingenios que cuentan con mayor población son los ingenios del Distrito Nacional y el ingenio del Sur (Barahona).

De la población total, 57 % eran hombres y 43 % mujeres. El porcentaje de hombres en los distintos grupos de edades fue sustancialmente mayor, excepto en el grupo de población de 0 a 14 años. La mayor diferencia se observa en el grupo de 60 años y más. Además, se observa que el 37% de la población era menor de 14 años.

Cuadro No. 2: Distribución de la Población 1986 por grupos de edad y sexo

Edad	Población			Porcentaje		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0-14	26.849	13.680	13.169	37%	51%	49%
15-29	21.410	12.121	9.289	29%	57%	43%
30-44	12.546	7.509	5.037	17%	60%	40%
45-59	6.817	4.358	2.459	9%	64%	36%
60 y más	4.960	3.447	1.513	7%	69%	31%
Total	72.582	41.115	31.467	100%	57%	43%

Fuente: El Batey, estudios Socioeconómico de los Bateyes del CEA, 1986, pág. 402

La familia del batey está constituida por un jefe de hogar, esposa o compañera e hijos. Existe una fuerte diferencia entre la proporción de jefes de hogar y la proporción de

esposas o compañeras. Muchos jefes de hogar no tienen esposas dada la baja proporción de mujeres existentes en los bateyes (un alto porcentaje de hombres ha debido emigrar solo). Además, de los resultados de la encuesta del nivel de vida de los Bateyes (1983) se evidenció que el 83% de las mujeres que formaron un hogar con un hombre lo hicieron en unión libre y sólo 17 % estaban casadas.

De acuerdo a los datos censales, el 22,4% de los hogares de los bateyes del CEA estaban constituidos por una sola persona. En el otro extremo se situaron los hogares constituidos por 9 o más personas, los que representaban el 5,2 % de los hogares. El tamaño promedio fue de 4 personas por hogar.

El 90 % de los bateyes se encuentra en el área rural, y el 10 % restante en el área periurbana, siendo estos últimos bateyes centrales de los ingenios. Sus pobladores se dedican fundamentalmente a labores industriales del sector azucarero y/o a labores administrativas de los ingenios.

La población haitiana y la de dominicanos descendientes de haitianos, residentes permanentes indocumentados fue estimada para 1996, por Carolle Charles y André Corten e Isis Duarte⁶, en aproximadamente 500,000 habitantes. De esta población, los mismos autores estiman que, en el año 1.996 existían aproximadamente 75.000 haitianos relacionados con el sector azucarero⁷. Es de recalcar, sin embargo, que existe una gran disparidad de estimaciones acerca del total de la población haitiana de los bateyes y de la inmigración haitiana en República Dominicana. Así, en el Estudio de Prefactibilidad socioeconómica de los Programas Funerario, Salud y Fondo Rotatorio para la Mutual AMUTRABA³, se estima que 200.000 haitianos viven actualmente en los ingenios del CEA y que existen entre 1,1 millón y 1,5 millones de inmigrantes haitianos en Dominicana. En otras estimaciones⁸ no oficiales el número de inmigrantes varía entre 400.000 y 1 millón de personas. Es importante destacar que nunca se ha realizado un censo de esta población.

En el estudio “Beyond The Bateyes”⁹ se establecen cuatro grupos de inmigrantes haitianos con modelos de inmigración propios y estatus diferentes: los cortadores estacionales de caña de azúcar, quienes vuelven a Haití al terminar la cosecha, (se estiman 15.000 – 20.000 trabajadores temporeros), residentes permanentes indocumentados, (400.000 – 500.000 haitianos sin visa) hijos de haitianos nacidos en Rep. Dominicana (están incluidos en el grupo anterior y se estima que constituyen el 50% de dicha población) y los refugiados políticos (25.000 – 30.000 refugiados, de los cuales 1.075 son legales).

El fenómeno migratorio interno, además, ha sido muy elevado. En la Encuesta de Salud (ENDESA) se destaca que el 34,3% de la población había realizado

⁶ Analistas de la población haitiana. Estimación basada en un análisis del crecimiento de la población haitiana entre 1970 y 1991.

⁷ Gavigan, Patrick. Beyond The Bateyes, National Coalition for Haitian Rights New York, 1996.

⁸ Idem.

⁹ Idem.

desplazamientos interprovinciales en 1.991. Las migraciones internas han contribuido a generar despoblamiento relativo de las áreas rurales. La migración interna generalmente es causada por los elevados niveles de pobreza del país, altos niveles de desempleo y subempleo y la concentración de inversiones y del grado de industrialización de las principales ciudades del país.

2. Aspectos económicos

El Ingreso Nacional per cápita fue de USD 1.824 en 1.996 y USD 1.856 en 1.997. El 56 % de los hogares dominicanos estaría viviendo en condiciones de pobreza y aproximadamente el 19 de la población estaría sumergida en la pobreza extrema¹⁰.

En las zonas urbanas, se estima que un 40% de los hogares son pobres (especialmente en las áreas marginales de Santo Domingo y Santiago). En cambio, en las zonas rurales ese porcentaje se acerca al 80%. En el Distrito Nacional los niveles de pobreza alcanzan el 35 %, concentrándose en él la mayor cantidad de hogares pobres de las áreas urbanas.

Las provincias con mayor pobreza son las de la región suroeste (Elías Piña, San Juan, Bahoruco, Independencia, Azúa y Pedernales) y las de las regiones centro y este del país (Samaná, Monte Plata, Sánchez Ramírez y El Seybo). El mayor contraste se presenta en la subregión Yuma, del este del país, la cual mantiene los mayores niveles de pobreza del país (cerca del 95%). El hecho estaría relacionado con las malas condiciones de los habitantes de los bateyes, frecuentes en las zonas rurales de la subregión.

El sueldo mínimo de un obrero agrícola formal del CEA varía entre RD\$1.500 y 2.000 mensuales, lo que constituye aproximadamente entre USD 97 y 129. Sin embargo, se debe considerar también el hecho que una forma de pago utilizada es el pago por toneladas cortadas, que en 1998 ha sido de RD\$45 (USD 3). Esta forma de pago ha tenido impactos negativos en los ingresos de los trabajadores en los últimos años ya que la cantidad de caña cortada ha disminuido considerablemente.

El gasto total per cápita en salud de república Dominicana del año 1996 fue de USD 111, siendo el gasto público per cápita USD 28 y el gasto privado per cápita USD 83. En los bateyes, las familias gastan por servicios médicos mensualmente entre RD\$14,33 y 25 ¹¹(USD1, 1 y 1,8).

El principal sector de actividad de los trabajadores de los bateyes y en particular de los haitianos es el sector azucarero, en tareas principalmente tales como la siembra, el corte, carga, peso y transporte de la caña de azúcar en los ingenios azucareros. A partir del año 1970 se inicia la crisis del sector y los trabajadores han buscado empleo

¹⁰ Oficina Nacional de Planificación, Informe de Población, Diciembre de 1997.

¹¹ Movimiento Sociocultural de los trabajadores haitianos (MOSCTHA), Diagnóstico preliminar de salud en nueve bateyes ubicados en el Distrito Nacional y la Provincia de Monte Plata.

en otras áreas agrícolas tales como los sectores del café, arroz, maíz, tabaco y frutas. Asimismo, un importante número (no cuantificado) trabaja en el sector de la construcción y en la venta de artesanía, cuadros, trabajos artísticos y en el comercio informal.

La mayor parte de los trabajadores haitianos trabajan sin contrato formal tanto en el sector agrícola como en el de la construcción. Por lo general, el CEA emplea obreros haitianos por períodos breves, especialmente para realizar la cosecha de la caña de azúcar. El tiempo muerto o de inactividad en los bateyes, dura aproximadamente seis meses. En este tiempo se da la repatriación de los braceros importados (parte integrante de los bateyes en tiempos de zafra) y de los haitianos ancianos hacia otras zonas agrícolas del país a fin de obtener algún tipo de ingreso en este período.

El hombre es la principal fuente de salario de la familia, y en la gran mayoría la única fuente de ingresos. Generalmente la mujer se limita a labores domésticas o marginalmente a labores de desyerbe de la caña (tareas que representan breves semanas de trabajo asalariado) y comercio informal.

No se cuenta con datos de desempleo ni de empleo en el sector informal de los bateyes. La tasa nacional de desempleo estimada para el período 1996-97 fue 15.9%, (9.5% para hombres y 28.7% para mujeres). La tasa de desocupación para el trabajador que busca empleo por primera vez fue 4.5% para hombres y 16.1% para mujeres. Se estima, además, un aumento del empleo informal.

En los últimos años, se han creado Zonas Francas Industriales que han generado fuentes de trabajo, sobre todo en las ciudades de Santiago, La Romana y San Pedro de Macorís, gracias a la instalación de nuevas empresas, principalmente en el sector textil, motivando sobre todo a mujeres jóvenes a buscar trabajo en estas zonas.

Los sectores construcción y comunicaciones siguen siendo sectores en expansión, de alta contribución al crecimiento de la economía y de empleo de mano de obra.

3. Aspectos sociales

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENDESA, 1996) el 19.3% de la población total del país que incluye a personas mayores de 6 años es analfabeta. La encuesta indica, además, que 21.6% de los hombres y 18.9% de las mujeres son analfabetos. El promedio de años de escolaridad es de 5.2 para hombres y de 5.6 para mujeres.

El Distrito Nacional es la región con mejores indicadores de educación, el 11,9% de analfabetos son hombres, mientras que el de mujeres es del 12,4% y la tasa de escolaridad es de 7,4 años en promedio, cifra muy por encima del resto del país. Sin embargo, es una región de grandes contrastes. En los bateyes aún persisten dificultades de acceso a las escuelas para los niños dominico-haitianos, pues en su mayor parte carecen de documentación.

El porcentaje de asistencia a las escuelas de personas comprendidas entre 5 y 29 años fue de aproximadamente 51% en promedio en los bateyes, proporción que se eleva a 77 % en algunos casos. Según datos censales de 1981, la población en los bateyes agrícolas del CEA registró una tasa de analfabetismo del 52% para hombres y 50 % para mujeres. La tasa de analfabetismo fue mayor en las personas adultas, lo cual podría indicar una mejoría con el pasar de los años¹².

En cuanto a los servicios sociales disponibles, en el documento *Beyond the Batey*, se destaca que la electricidad es un lujo, confirmando las cifras de la encuesta de 1986, en las que se destacan que sólo el 33,6% de las viviendas encuestadas contaban con luz eléctrica, la mayoría de las viviendas utilizan el kerosene para la iluminación del hogar.

Solo las casas de empleados de cierta categoría poseen cuartos sanitarios para la disposición de excretas y agua servida, estas no pasan de ser más un 10 % de la totalidad del batey. Existen además, casas colectivas que poseen una letrina para un número de hasta 24 familias o más. A medida que los bateyes van descendiendo de importancia la situación se hace más difícil. Existen bateyes (Río Haina, Palavé) donde el 70% de las viviendas posee letrinas, por el contrario en otros bateyes la construcción de letrinas es prácticamente inusual, las existentes están llenas y son inservibles. Según el censo de 1981, el 65,7 % no tenía servicio sanitario, por lo que los residentes se veían obligados a realizar sus necesidades fisiológicas en el campo abierto.

En los bateyes no se cuenta con un medio adecuado para darle una disposición sanitaria a la basura. Un alto porcentaje de las viviendas quema la basura, otros la tiran y sólo un porcentaje muy bajo es recogido por el Ayuntamiento.

El tipo de vivienda más común es el barracón y en menor porcentaje existen casas independientes. Aproximadamente el 77 % de las viviendas tiene uno o dos cuartos. El promedio de personas por vivienda es de 4 personas. Sin embargo, muchas de las habitaciones destinadas para vivienda están ocupadas por familias cuyo número de miembros oscila entre 6 y 12 personas, incluyendo ambos sexos y de todas las edades. El hacinamiento y la promiscuidad son, por tanto, muy elevados. Además, un alto porcentaje de las viviendas es de madera, con techo de zinc y en muy malas condiciones sanitarias y el 70 % no dispone de cocina independiente.

La preocupación por esta situación ha sido creciente. Existen organizaciones de base que se empeñan en la tarea del mejoramiento de las condiciones de vida de los bateyes. Se destacan las siguientes:

- Sindicatos, como por ejemplo, Sindicato Nacional de Trabajadores Agrícolas de Plantaciones Azucareras y Similares (SINATRAPLASI), Sindicato de Picadores de Caña del Ingenio Barahona (SIPICAIBA), Movimiento Sociocultural de los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA).

¹² Frank Moya Pons, *El Batey: Estudio socioeconómico de los bateyes del Consejo Nacional del Azúcar*, Fondo para el Avance de las Ciencias Sociales, Santo Domingo, República Dominicana, 1986.

- Coalición Nacional de Refugiados Haitianos.
- ONGs, tales como, Movimiento de Mujeres Dominicano-haitianas (MUDHA), Centro Cultural Dominicano-Haitiano (CCDH), Organización para la Defensa de los Moradores de los Bateyes (ODEMOBA), Asociación de Mujeres Inmigrantes Haitianas (ASOMITH).
- Comité de refugiados.
- Centro el Buen Samaritano.

4. Indicadores de salud

Los datos de esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad materno-infantil se han obtenido solo a nivel nacional. La esperanza de vida al nacer fue estimada en 62,1 años para el periodo 1975-80, en 68,2 años para 1985-90 y en 71,0 años para 1995-2000. Se nota un incremento progresivo, sobre todo por el importante descenso de las tasas de mortalidad en menores de cinco años.

En el siguiente cuadro se puede apreciar la reducción de la mortalidad tanto general como infantil, así como la disminución de la tasa de natalidad y de fecundidad en el período 75-90, tendencia que se estima continuará.

Cuadro No. 3: Indicadores de natalidad y mortalidad en la República Dominicana

Indicador	1975-80	1985-90	95-2000
Tasa bruta de natalidad	34,9	30,1	24,1
Tasa global de fecundidad	4,7	3,5	2,8
Tasa bruta de mortalidad	8,4	5,9	5,3
Tasa de mortalidad infantil	84,3	55	33,6

Fuente: Celade-Cepal. Boletín demográfico. Santiago de Chile 1998

Los datos de la mortalidad por causas corresponden a 1990, último año para el cual se dispone de una base de datos depurada.

Cuadro No. 4: Mortalidad por 5 principales grupos de causas y por sexo, República dominicana 1990

Grupo de causas/Sexos	Femenino	Masculino	Total
Enfermedades transmisibles (especialmente Malaria y Dengue)	1.442 (17,4%)	1,871 (16,3 %)	3,313 (16,8%)
Tumores	932 (11,3%)	1,038 (9,1%)	1,970 (10,0%)
Apto. Circulatorio	2,684 (32,5%)	3,071 (26,9%)	5,755 (29,2%)
Causas externas	454 (5,5%)	1,961 (17,2%)	2,415 (12,3%)
Síntomas y causas mal definidos	1.623 (18,0%)	2,029 (15,5%)	3,652 (15,7%)

Fuente: La situación de Salud de República Dominicana, SESPAS y OPS/OMS, 1997

En 1990 las principales causas de mortalidad en menores de un año fueron las enfermedades transmisibles y las afecciones del periodo perinatal.

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública, con una tendencia creciente en los últimos quinquenios. Entre los factores identificados se encuentra la epidemia de HIV/SIDA y la carencia de un adecuado programa de control. La transmisión de HIV y la prevalencia de SIDA constituyen un importante problema de salud pública.

Las cuatro primeras causas de consulta médica en los hospitales, policlínicas y puestos de salud de la Secretaría de Estados de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) son: Enfermedad Diarrea Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA), Embarazo y Politraumatismo. En el Instituto Dominicano de Salud (IDSS), las causas principales de consulta son IRA (74.1%) y EDA (20.1%).

Por otra parte, en los bateyes la encuesta de nutrición y salud realizada demostró las altas tasas de morbilidad de la población y alta incidencia de las infecciones respiratorias, la dermatosis y la gastroenteritis, además de las enfermedades venéreas.

Cuadro No. 5: Morbilidad de las familias encuestadas

Enfermedad	Porcentaje
Infecciones Respiratorias Agudas	26%
Dermatosis	24%
EDA	21%
Enfermedades venéreas	10%
Otros(sarampión, paludismo, rubeola)	19%

Fuente: El Batey. Estudio Socioeconómico de los Bateyes

Las enfermedades agudas y crónicas son de fácil propagación, la mayoría de ellas evitables y controlables. Las de mayor frecuencia son diarreas, parasitismo intestinal, tétanos, tuberculosis, sífilis y otras venéreas, disteria, tosferina, sarampión, poliomeilitis, rubeola, fiebre tifoidea, disenterías, hipertensión arterial entre otras. Estas enfermedades se hacen más graves en personas anémicas y desnutridas.

Entre un 50 y 67 % de las mujeres de los bateyes, mayormente de la zona este y sur, dan a luz en la casa con comadronas. En el Distrito Nacional, el 58% da a luz en hospitales.

En cuanto al saneamiento y acceso al agua potable, las condiciones ambientales son inadecuadas registrándose altas tasa de enfermedades tales como diarreas, gastroenteritis, parasitosis intestinales, disentería, fiebre tifoidea, etc. Estas enfermedades disminuyen considerablemente la capacidad de trabajo de los obreros empleados en los bateyes (y, fundamentalmente, su salud y calidad de vida).

El agua representa uno de los mayores problemas sociales que enfrentan los bateyes. Solo poseen sistemas de acueducto los bateyes centrales y algunos de los principales (14,4 % de las viviendas), el resto de los bateyes tiene pozos con molinos de viento (59,3 %) o no tiene ninguna fuente, abasteciéndose de ríos, arroyos (9,1%) o camiones tanques que se les envían. Además, generalmente los pozos que abastecen los acueductos, en el caso que existen, no tienen ninguna protección. Aproximadamente, el 87 % de las viviendas encuestadas no disponía de agua, solamente el 3,4 % contó con agua corriente en ella. Hay que destacar los problemas de contaminación de los ríos y arroyos que además contaminan los pozos aledaños, utilizados por la población.

5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social

En octubre de 1998 fueron remitidos al Congreso Nacional los proyectos de Ley General de Salud y de Seguridad Social. El proyecto de Ley General de salud contempla aspectos tales como el rol rector de la SESPAS, la separación de funciones en el Sistema de Salud, la creación de fondos provinciales de salud, el fortalecimiento de la participación ciudadana, así como modificaciones en la oferta de atención y gestión de servicios de salud. Para llevar adelante la reforma se cuenta con dos contratos de préstamo, uno con el Banco Mundial y otro con el Banco Interamericano de Desarrollo.

El IDSS será fortalecido de cara a aumentar la cobertura e incorporar nuevas funciones. Los trabajadores informales y los indigentes continuarán siendo dependientes de la SESPAS. La comisión ejecutiva de reforma del sector salud (CERSS) viene trabajando con el apoyo de la George Washington University en la creación del Fondo Nacional de Atención Primaria para Indigentes (FONAP) y cuenta para ello con un fondo de USD 300,000.

Además, como parte del proyecto de reforma y modernización del sector salud se ha creado el Fondo de Solidaridad (FONSOL), seguro de salud subsidiado para microempresarios del sector informal. En él serán incluidos 30.000 afiliados microempresarios.

Se buscará, la articulación público-privada de los servicios de salud y se dará especial énfasis al movimiento cooperativo.

En cuanto a acciones específicas para los bateyes, el CEA ha venido trabajando en acciones puntuales mientras se diseñan soluciones en forma programática en los bateyes, tales como:

- El Plan Habitacional INVI-CEA
- Programa de Productos Agrícolas Diversificados
- Programa de Boticas Populares
- Programa de capacitación
- Programa de Alfabetización Ciudadana

Además, se buscará coordinar operativos de salud y de saneamiento de los bateyes con el IDSS y la Secretaría de Estado de Salud Pública. Todo ello para mejorar las condiciones de vida de los trabajadores y pobladores de las comunidades cañeras del CEA.

Por su parte, AMUTRABA se rige por la Ley 520 sobre asociaciones que no tienen por objeto un beneficio pecuniario. Esta ley establece en su artículo 60 que las asociaciones que se organicen conforme a esta ley, cuando los estatutos así lo autoricen, pueden disponer lo necesario para el socorro de enfermos, inválidos o menesterosos y sostener un fondo para este objeto o para casos de muerte de alguno de ellos, sean socios o no. Por esta misma ley las asociaciones están obligadas a llevar registro de socios, libro inventario de bienes, libro de contabilidad que deberá tener las hojas foliadas y rubricadas.

Los obreros de los bateyes deberían estar cubiertos por el IDSS. Sin embargo, la mayoría de ellos no posee un contrato formal y por tanto no cotizan en el instituto para tener acceso a servicios de salud.

6. Oferta de atención médica

El número de médicos, enfermeras y personal de laboratorios total del país, estimado para 1997, se detalla en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 6: Número de Médicos y enfermeras
Rep. Dominicana**

Tipo de recurso	1997
Nº total de Médicos	12.000
Nº total de Enfermeras	2.422
Nº total de personal de Laboratorio (bioanalistas y empíricos)	862
Razón de médicos por 10,000 habs.	15
Razón de Enfermeras (os) profesionales por 10,000 hab.	3,0

Fuentes: D. de Recursos Humanos, SESPAS# Depto. De Enfermería, SESPAS; & Según estudio OPS

La SESPAS, en 1997 contaba con 7,652 médicos, 9,790 enfermeras y 386 bioanalistas y un total de personal de 42,237 empleados (incluyendo 6,500 promotores de salud). Para 1998 las cifras eran de 8,134; 9,867; 391 y un total de 42,678 empleados. El número de personal del IDSS, según la memoria del año 1998 fue de 2,097 profesionales de enfermería y 1,491 médicos. El IDSS presta atención de salud a través de una red de 18 hospitales, 25 policlínicas y 183 consultorios.

La *distribución geográfica* de los médicos es muy desigual. Por ejemplo, en Diciembre de 1997, el 60% de los médicos del IDSS y el 58% de los médicos de la SESPAS se encontraban ubicados en el Distrito Nacional¹³. Algunas provincias evidencian un déficit severo, como son los casos de las provincias de Elías Piña, Azua, Hato Mayor, La Altagracia y Monte Plata¹⁴.

De los 837 establecimientos de salud con que el país contaba en el año 1994, 186 estaban ubicados en el Distrito Nacional (25 hospitales y subcentros de SESPAS, 2 Hospitales del IDSS, 25 policlínicas, 33 consultorios rurales del SESPAS, 11 policlínicas y 28 consultorios del IDSS y 25 centros de SESPAS. En la provincia de Monte Plata, en 1994 existían 40 establecimientos de salud de SESPAS y del IDSS, 5 subcentros de SP, 13 clínicas rurales de SESPAS y 1 hospital, 2 policlínicas y 20 consultorios del IDSS.

En los 9 bateyes considerados en el estudio Diagnóstico preliminar de salud en 9 bateyes ubicados en el Distrito Nacional y la Provincia de Monte Plata, existe 1 centro del IDSS, 1 centro privado y servicio de consultas de AMUTRABA en 6 de ellos. La mayor parte de estos centros ofrecen solamente servicios de consulta médica y emergencia. Entre el 19 y el 53 % de los encuestados están asegurados al IDSS pero solo utilizan los servicios entre 0 y 39%.

¹³ SESPAS-IDSS: "Pacto por la dignificación laboral de los trabajadores de la Salud" Santo Domingo, Abril 1998

¹⁴ ONE: "Censo de Servidores Públicos, datos preliminares", Santo Domingo, R.D., Marzo, 1998

La infraestructura de salud el IDSS tiene en el área del CEA consiste en 6 hospitales, 4 policlínicas, 38 consultorios y una Iguala Médica. Siendo 12 ingenios y teniendo hospitales sólo 6 de ellos, 223 bateyes, 4 policlínicas y 38 consultorios, y de estos últimos muy pocos reciben una o dos visitas semanales de médicos y ocasionalmente servicios dental, es clara la deficiencia de infraestructuras y servicios de salud aún para los propios asegurados.

La práctica de la medicina popular es amplia en los bateyes. La salud informal, casera, mágica y religiosa es muy utilizada. La gente asocia la muerte con cosas mágicas, no a la falta de accesos de salud. De encontrarse dispensarios en los bateyes, estos no cuentan con lo mínimo indispensable para socorrer a los pacientes. Una de las dificultades de los pobladores de los bateyes es el traslado a los hospitales y clínicas privadas.

7. Protección social en materia de salud

Tradicionalmente las parroquias de distintas zonas del país, han ofrecido a la población servicios de salud en dispensarios habilitados en las propias parroquias para prestar servicios de salud a las comunidades.

Asimismo, existen aproximadamente 200 ONGs que ofrecen servicios de salud. Están localizadas en áreas urbanas del Distrito Nacional y las provincias del centro y suroeste del país y atienden consultas principalmente en salud materno-infantil, salud reproductiva, rehabilitación, drogadicción, enfermedades catastróficas, SIDA, y otras. Para la atención de salud cuentan con clínicas propias, clínicas asociadas y dispensarios.

Estas formas de solidaridad son muy difundidas y se encuentran en fase de expansión. Atienden sobre todo a población pobre y desprotegida.

Las Instituciones gubernamentales responsables de la Seguridad Social son el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL) y el Instituto de Auxilios y Vivienda (SAVICA). El IDSS, la mayor institución de seguridad social, fue creado por Ley No. 1896 del 30 de diciembre de 1948 como organismo autónomo, para cubrir los riesgos de enfermedad-maternidad, invalidez, muerte y accidentes del trabajo.

El Instituto se financia con las cotizaciones de los patrones, de empleados y del Estado. El empleador aporta el 7% de los salarios pagados, el afiliado aporta el 2.5 % de su salario y el Estado 2.5 % de la nómina salarial. Además, existe un aporte del 2.5 % realizado por el empleador para el programa de accidentes de trabajo. El aporte del Estado no ha sido regular y cuando lo ha hecho, su contribución ha sido como patrón de los empleados de la Empresas Públicas y en algunos casos en especie (por ejemplo a través de la compra de equipos).

La cobertura del IDSS es a obreros, empleados del sector privado y trabajadores a domicilio con salario de hasta USD 250 (RD\$ 4014) mensuales. Sin embargo, las prestaciones no cubren al grupo familiar del afiliado, aunque se otorga atención obstétrica a la cónyuge del asegurado y atención pediátrica en el primer año de vida (en la práctica se suele prolongar hasta los tres y, a veces, hasta los cinco años). El IDSS no cubre al sector informal ni a funcionarios de la administración pública. El 70% del presupuesto es utilizado en el programa de salud¹⁵. En el año 1997, su cobertura fue del 7.1% de la población total y del 16.5% de la población económicamente activa.

Además de las instituciones de seguridad social, existen instituciones privadas con fines de lucro, compañías privadas de seguro y las compañías de prepago (IGUALAS) que cumplen con la función de aseguramiento. Las aseguradoras y los proveedores privados se concentran en el área urbana y se financian mediante sistemas de prepago (IGUALAS médicas), seguros y pago directo. Entre las IGUALAS y los seguros privados cubren aproximadamente al 12% de la población total.

Desde 1996, en el marco del proceso de Reforma del Estado, se ha venido discutiendo una propuesta de Ley para la creación del Seguro Nacional de Salud. La propuesta establece la creación de un seguro de enfermedad, accidente no profesional y maternidad (Seguro de Salud de la Familia -SSF) que comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedad, el embarazo y el parto. La financiación será realizada mediante una cotización sobre el salario base, a cargo de cada asegurado y una contribución del empleador.

El proyecto de Ley considera, además, la creación de: a) una Superintendencia de Salud, b) Instituciones Proveedoras de Salud, c) la conversión del IDSS en el Fondo Nacional de Salud con funciones recaudadoras y reguladoras, d) otorga a la SESPAS un rol rector, y e) la administración del SSF separará las funciones de financiamiento de las prestaciones de servicios.

¹⁵ Instituto Dominicano de Seguridad Social, Memoria 1998.

IV. PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Origen del SIS

Las principales características de la oferta de atención médica en la zona donde se implementó el SIS se relatan a continuación:

Hay que señalar que la zona geográfica de implantación del SIS abarca núcleos de población dispares en la geografía del país. En general, las poblaciones a las que se dirige el SIS (trabajadores haitianos en los bateyes) cuentan con escasa cobertura sanitaria: un porcentaje relativamente bajo de los mismos cuenta con seguridad social (aquellos que tienen contrato laboral en regla), pero esto solo cubre a los propios trabajadores, no haciéndose extensible a las familias de los mismos. En cuanto a la atención médica de carácter privado, su número es adecuado a la población existente (a juzgar por la opinión de los propios responsables del SIS), aunque la accesibilidad es bastante difícil por dos motivos fundamentales: a) el precio de las consultas es demasiado caro para el nivel de vida de los trabajadores haitianos y b) los prestadores privados están instalados en los núcleos de población más grandes, generalmente lejos de las zonas de los bateyes por lo que el desplazamiento a dichos lugares es difícil y costoso para estas personas.

La política de financiamiento de los servicios de salud en el plano local no difiere del financiamiento en el plano nacional. La prestación de los servicios de salud se lleva a cabo de la siguiente forma: el sector público, a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) da cobertura a un 45% de la población del país, con una baja calidad y productividad en la prestación de los servicios.

Por otra parte, el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), a través del seguro social tiene una cobertura del 7,1% de la población¹⁶. Al mismo están afiliados los trabajadores del sector privado y algunas entidades descentralizadas del estado. Según un informe de asesoría encargado por los responsables del SIS presenta unos bajos índices de eficiencia en relación empleados /asegurados (uno de los más bajos de América Latina), pues cuenta con un médico por cada enfermera y 50 médicos por cada 10.000 asegurados.

El sector privado presta los servicios a través de centros y clínicas, y tienen una cobertura real del 19.7%¹⁵. El acceso al mismo esta limitado a personas con un alto nivel de ingresos económicos.

¹⁶ IDSS, Memoria 1998.

¹⁵ Pinzón, JA. Diagnóstico y Plan de Desarrollo de AMUTRABA 1999-2003. Confederación Latinoamericana de Cooperativas y Mutuales de Trabajadores, 1999.

Características del grupo destinatario durante el periodo de creación del SIS:

La población a la que se dirige el SIS está constituida fundamentalmente por trabajadores haitianos y sus descendientes (con un bajo porcentaje de trabajadores dominicanos) que se dedican a la recolección de la caña de azúcar en las denominadas zonas de los “Bateyes”. Además se incluye como población objetivo otros trabajadores haitianos dedicados a la construcción o a la economía informal (venta de artesanías en la calle, etc.). La cuantificación de los mismos solo se basa en estimaciones, ya que no es fácil determinar el número exacto de población, dado el carácter de inmigrantes “ilegales” de muchos de ellos y la baja tasa de inscripción legal de nuevos nacimientos (relacionada con la situación de ilegalidad de los padres).

Se trata de una población fundamentalmente masculina; alrededor de un 65% son hombres y un 45 % mujeres. En cuanto a su distribución por edades, la mayoría oscila entre los 18 y los 35 años de edad.

En cuanto al nivel de educación, al menos un 70% (estimaciones) de los mismos son analfabetos y el resto a lo sumo saber leer y escribir con distinto grado de dificultad. La escolarización infantil supone un problema para gran parte de los hijos de estos trabajadores, dado que la situación de ilegalidad de los progenitores no permite la inscripción de los niños en las escuelas al no disponer de partida de nacimiento. Prácticamente todos hablan su lengua materna (Creole) y además el español (como estrategia de adaptación al medio en el que viven y trabajan).

La mayoría de estas poblaciones residen en los bateyes cercanos a los ingenios azucareros, por lo que su hábitat es de carácter rural fundamentalmente. La mayor parte de ellos se reparten por los bateyes que rodean la capital de la República (en los ingenios de Haina, Ozama y Boca Chica), existiendo al norte de la isla también algunos de estos bateyes.

Las condiciones sanitarias de estas poblaciones son bastante peores de la media del país (descrita en el apartado B); viven hacinados en cabañas de madera de reducidas dimensiones en las que la mayor parte de las veces tienen que ser compartidas por varias familias, con escasos accesos al agua potable y con malas condiciones higiénicas. En cuanto al estado de salud, las principales enfermedades que inciden sobre estas poblaciones son: diarrea, tuberculosis, SIDA, anemia e hipertensión arterial. El nivel de desnutrición general e infantil es bastante elevado, aunque no ha sido posible obtener indicadores objetivos de este hecho. Por lo demás, el grupo destinatario del seguro soporta las mismas condiciones de salud que el resto del país. Se presentan con frecuencia enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias, afecciones cardiovasculares, traumatismos, envenenamientos y problemas odontológicos.

La principal causa de mortalidad son las afecciones cardíacas. Según estimaciones de los responsables del SIS la esperanza de vida puede oscilar entre los 55-60 años

aproximadamente. En palabras de algunos de los responsables del SIS, en estas zonas, la salud es "fundamentalmente inexistente".

Estas condiciones hacen que el nivel de acceso a la atención médica (y de forma más global el acceso a la salud) sea muy escaso; muy pocas personas cuentan con la cobertura del seguro social (solo los trabajadores y limitado a los periodos de contratación durante las zafras, quedando desprotegidos el resto del año). Por otra parte, la situación de "ilegalidad" genera muchos problemas, ya que en muchas ocasiones el miedo a ser detectados por las autoridades policiales impide que los enfermos acudan en busca de ayuda sanitaria pública. Esto hace, por ejemplo, que más del 90% (aproximadamente) de los partos se produzcan en el "hogar", asistidos la mejor de las veces por vecinas que actúan de parteras en pésimas condiciones higiénicas y sanitarias.

La actividad económica principal de la población destinataria es, como se ha comentado, la zafra de la caña de azúcar con carácter temporal. Esto hace que los ingresos, además de muy bajos, estén vinculados solo a los periodos de este tipo de actividad (normalmente 6-7 meses al año). El salario para estos trabajadores depende del volumen de caña cortada al día; el precio medio es de \$RD¹⁷ 45.00 (US\$ 2.96) por tonelada de caña cortada y la media por trabajador se sitúa en torno a las dos toneladas diarias, lo que equivale a un sueldo medio de \$RD 90.00 diarios (\$ 5.92). Entre estas comunidades, una buena parte de las transacciones económicas internas se basa en el trueque o intercambio de bienes entre los miembros, especialmente durante los periodos de desempleo. Una situación que los responsables del SIS califican de "pobreza extrema".

La población destinataria, además de los vínculos étnicos que presenta (haitianos), tiene en común otras dos características definitorias: en primer lugar, prácticamente todos, están vinculados al Consejo Estatal del Azúcar (CEA) como trabajadores del mismo (o sus descendientes, sin vinculación formal, pero si real). Por otra parte, los bateyes en los que viven constituyen en cierta medida "municipalidades", con sus regentes locales ("jefes máximos"), iglesias (lugares que hacen la función de tal), algunos pequeños "comercios" y demás vínculos comunitarios.

Las características socioeconómicas descritas ponen de manifiesto que el grupo destinatario presenta necesidades más acuciantes que el resto de población de las zonas en las que están ubicados.

Las principales dificultades de los miembros del grupo destinatario para acceder a los servicios médicos son dos; en primer lugar la escasez de recursos económicos que hace en la mayoría de los casos imposible la visita a un médico privado y en segundo lugar el citado problema de situación de ilegalidad dentro del país, que limita la accesibilidad a los servicios de salud. En el primer caso, esta situación afecta prácticamente por igual a todos los destinatarios, mientras que en el segundo caso hay

¹⁷ Pesos Dominicanos. En el momento de realización de este informe 1 peso equivale a 15.17 dólares estadounidenses.

pequeñas diferencias ya que los trabajadores asegurados están cubiertos por el seguro social durante las temporadas de zafra, aunque la escasa calidad de los servicios médicos hace que el "acceso" a dichos servicios se convierta en un eufemismo.

A lo anterior, hay que añadir una dificultad o problemática de carácter sociocultural y es el hecho de que entre estas poblaciones preocupa vivir el día a día fundamentalmente. No solo los conceptos de prevención o promoción de la salud carecen de valor, sino que la propia vida tiene un valor muy restringido. Además, la cultura de la muerte entre los haitianos es muy particular, dándose mayor importancia a la preocupación y la inversión en los funerales que en la propia vida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la protección social de estas poblaciones es prácticamente inexistente. Las principales causas: escasez de recursos económicos e ilegalidad. A pesar de ello, no existían en la zona/s (ni en resto el país) experiencias similares al sistema de seguro puesto en marcha por el SIS, por lo que los miembros del grupo destinatario no contaban con ninguna experiencia en de este tipo.

El nivel de organización del grupo destinatario se caracteriza por la presencia en cada batey de un regente o "alcalde" y en algunos casos algunos reverendos de diverso credo. Junto a ellos se destacan algunos líderes de carácter informal (que serán luego captados como colaboradores o intermediarios entre la comunidad y los responsables del SIS). En general, se trata de comunidades poco estructuradas u organizadas, dado la ausencia de objetivos colectivos a medio/largo plazo que funcionen como motivadores de la acción colectiva.

Sin embargo, previa a la creación del SIS estuvo funcionando desde 1985 la organización MOSCTHA (Movimiento Socio Cultural de los Trabajadores Haitianos) con el objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores de los bateyes y sus descendientes. La creación del SIS estuvo por tanto muy relacionada o influenciada por la Asociación matriz (MOSCTHA), que constituyó el embrión de AMUTRABA. El tipo de influencia tiene que ver tanto con la concepción o valores que comparten como con el apoyo técnico y logístico para la puesta en marcha y funcionamiento del SIS (comparten de hecho todavía sede, recursos físicos y humanos). Además, AMUTRABA ha recibido, desde el principio, apoyo financiero de MOSCTHA para la supervivencia.

La implicación o participación del grupo destinatario en el funcionamiento del sector salud antes de la puesta en marcha del SIS era inexistente.

La idea de la puesta en marcha del SIS la introdujo su actual responsable, el Dr. Josep Cherubin, médico gerente general de MOSCTHA con conocimientos de la realidad de los trabajadores haitianos en República Dominicana y conocedor de algunas experiencias mutualistas internacionales. Los motivos para introducir esta idea los definen bien los objetivos de AMUTRABA que, básicamente, trata de contribuir a la mejora de las condiciones de salud de estas poblaciones. En el lanzamiento de la idea

colaboró de forma decisiva una organización de carácter cooperativista COLACOT (Confederación Latinoamericana de Cooperativas y Mutuales de Trabajadores).

2. Etapas de la puesta en marcha del SIS

2.1 *Identificación de necesidades y definición de los objetivos.*

La identificación de necesidades y definición de objetivos se llevó a cabo por los responsables de la Asociación MOSCTHA con la asesoría técnica de la Confederación Latinoamericana de Cooperativas y Mutuales de Trabajadores (COLACOT) con anterioridad a la puesta en marcha del SIS. Ello dio lugar a la elaboración de un Diagnóstico y Plan Estratégico de Desarrollo plasmado en un documento escrito que se adjunta al presente informe¹⁸. Las actividades realizadas con tal objeto tuvieron lugar en 1995 con una duración de aproximadamente una semana.

La propuesta se dio a conocer en asamblea general de la MOSCTHA con invitación abierta y que contó con una asistencia aproximada de 40 personas (incluyendo a los responsables de MOSCTHA). Salvo esto, no se realizó ningún tipo de consulta entre la población destinataria del SIS con objeto de determinar objetivos y/o necesidades. En cuanto al nivel de expectativas del grupo destinatario respecto a la puesta en marcha del SIS, hay que decir que era realmente bajo, debido sobre todo a las características socioeconómicas y culturales de la población, antes mencionadas. Y respecto a los principales temores, resulta evidente que el principal elemento es el miedo a no poder hacer frente a las cuotas del seguro (por pequeñas que sean) durante algún período de tiempo y acabar perdiendo los derechos acumulados.

Para la puesta en marcha del SIS no se contó con ningún tipo de apoyo de las autoridades sanitarias ni locales. Tampoco fue solicitado por parte de los responsables de la puesta en marcha del SIS ante la asunción de que "no lo intentamos mucho porque sabíamos que no lo íbamos a tener".

Los principales actores implicados en la identificación de necesidades y la definición de objetivos fueron los responsables de MOSCTHA (presidente, gerente, administradora y demás cargos de la junta directiva) con el asesoramiento técnico de un responsable de COLACOT. Su papel consistió en desarrollar un plan estratégico para el funcionamiento del SIS.

Las principales necesidades identificadas, así como los objetivos propuestos, se recogieron y sistematizaron a través de una matriz DAFO (o FODA) y otras técnicas de análisis que se presenta en el documento resultante de Diagnóstico y Plan estratégico¹⁹.

¹⁸ COLACOT. Diagnóstico y Plan Estratégico de Desarrollo. República Dominicana, 1998.

¹⁹ COLACOT. Diagnóstico y Plan Estratégico de Desarrollo. República Dominicana, 1998.

Respecto a los objetivos, éstos se expresan en el mismo documento de la siguiente forma:

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar a AMUTRABA para que sirva de apoyo a Mosctha y promueva el mutualismo y la Economía Solidaria a través de la prestación de servicios y actividades de seguridad social y salud con miras al mejoramiento integral de sus asociados y de la comunidad en donde interactúa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ❑ Lograr que todos los miembros de AMUTRABA participen en el proceso de desarrollo estratégico para el cumplimiento de su misión.
- ❑ Prestar servicios de seguridad social y salud para los asociados y sus familias.
- ❑ Promover el ahorro y canalizar recursos para el desarrollo de las actividades de la mutual.
- ❑ Desarrollar actividades de Crédito para sus asociados.
- ❑ Realizar un proceso de investigación permanente para el descubrimiento y ejecución de proyectos que contribuyan a su desarrollo integral.
- ❑ Adoptar un sistema de información y formación acorde al plan estratégico de desarrollo.
- ❑ Que los asociados apliquen la solidaridad, la cooperación y la democracia en su vida personal y familiar, en su organización y en la comunidad en general.

2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera.

Además del diagnóstico interno, se realizó un estudio del contexto de referencia del SIS realizado por los mismos agentes del anterior. En el documento adjuntado²⁰ se presentan los resultados de este estudio.

No se llevó a cabo ningún estudio de factibilidad financiera del SIS para establecer la cuota de afiliación y la cotización mensual. La elección de los paquetes de beneficios y las cotizaciones correspondientes se establecieron teniendo en cuenta los datos globales del entorno y la situación económica del grupo destinatario, contando con la colaboración de los profesionales médicos que colaboran con MOSCTHA y AMUTRABA.

²⁰ Idem.

Tampoco hubo ningún tipo de visita a otro SIS que pudiese facilitar la implantación de AMUTRABA.

2.3 Información del grupo destinatario

Con objeto de informar a los miembros del grupo destinatario sobre la creación del SIS se utilizó la infraestructura técnica y de relaciones de MOSCTHA: asambleas, talleres de formación, charlas, misas, etc. Asimismo, se utilizaron algunos líderes comunitarios como vehículos de difusión de la importancia del SIS. Junto a esto, cuentan con una revista, "El Congo" y algún otro material informativo (carteles, trípticos, etc.). Se adjuntan al presente informe copias de la revista y uno de los trípticos de MOSCTHA.

La actitud de los miembros del grupo destinatario no se puede calificar de recelo activo, sino más bien de un desinterés generalizado a todo tipo de acciones dirigidas hacia un plazo medio/largo como es la inversión en salud. Con objeto de disminuir el efecto negativo de este tipo de actitudes, los responsables del SIS pusieron en marcha dos estrategias principales: a) la creación de un fondo rotatorio, mediante el cual se conceden préstamos a los socios de MOSCTHA que lo solicitan y b) la puesta en marcha de forma paralela de un seguro funerario que cubre los gastos de enterramiento (ataúd y suelo). Hay que señalar que este segundo punto es muy importante, dada la especial relación de la población de procedencia haitiana con la muerte. Tener asegurado el enterramiento es tan vital para los haitianos que esto se convierte en un importante pilar para el afianzamiento del SIS.

2.4 Inicio de las actividades

El inicio de las actividades se dio a partir de la asamblea general donde se presentó el documento de Diagnóstico y Plan Estratégico, el 10 de octubre 1995 y los actores principales fueron los propios autores y colaboradores de dicho estudio (citados anteriormente). La asamblea fue realizada en la sede de MOSCTHA, eligiéndose un presidente, un vice-presidente, una tesorera, un secretario y tres vocales, y se contó además con la participación de nueve personas, quienes firmaron el acta como socios fundadores.

Las primeras afiliaciones y cotizaciones fueron inmediatas pues gran parte de ellos eran afiliados de MOSCTHA. Del mismo modo, algunas prestaciones de salud eran prestadas con anterioridad por MOSCTHA.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

La responsabilidad de la creación del SIS así como el liderazgo de la misma fue asumida por la organización MOSCTHA. Sin embargo, en los estatutos, se estableció

un "funcionamiento administrativo en forma autónoma e independiente" de MOSCTHA²¹.

En los estatutos se refleja la siguiente estructura orgánica:

MIEMBROS DE LOS ORGANISMOS DIRECTIVOS

JUNTA DIRECTIVA

Dr. Joseph Cherubin	Presidente
Sr. Maxeme Luccius	Director
Lic. Inoelia Remy	Tesorera
Lic. Hervina de Lima	Secretaria
Lic. Florencia Ruiz	
Lic. William Charpantier	
Sr. Pedro Perez	

GERENTE: Natalio Perez Garcia

COMITÉ FONDO ROTATORIO

Dr. Joseph Cherubin
Lic. Natalio Perez Garcia
Sr. Maxene Louis
Sr. Idovic Sime

COMITE DE SALUD

Lic. Andre Chaplet
Dr. Joseph Cherubin
Lic. Natalio Perez Garcia
Sra. Mercedes Perez

COMITÉ FUNERARIO

Sr. Amos Fontaine
Lic. Inoelia Remy
Lic. Natalio Perez Garcia
Sr. Ozua Germain

Las decisiones fundamentales para el funcionamiento del SIS se tomaron por consenso entre los principales actores y líderes implicados en el lanzamiento del SIS. Básicamente, fue como sigue:

- ❑ Servicios cubiertos y los paquetes de beneficios: Junta Directiva de MOSCTHA, COLACOT, y profesionales médicos colaboradores.
- ❑ Cotizaciones: Junta Directiva de MOSCTHA, COLACOT y líderes comunitarios-colaboradores.
- ❑ Condiciones de afiliación y de cobertura de otros beneficiarios: Junta Directiva de MOSCTHA.
- ❑ Estatutos y organización interna: Junta Directiva de MOSCTHA y COLACOT.
- ❑ Las modalidades de administración: COLACOT.

²¹ Hasta la fecha de este informe, esto ha operado solamente el plano teórico, ya que en la práctica se trata de los mismos líderes y responsables que constituyen MOSCTHA.

- ❑ Los prestadores de atención médica: Junta Directiva de MOSCTHA y la voluntad de tres médicos colaboradores.
- ❑ Otros (decisiones importantes a precisar):

Además, se recibió otro tipo de asistencia técnica externa de parte de: Solidarité Mondiale de Bélgica, y la propia COLACOT.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio.

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

AMUTRABA permitió la afiliación tanto de personas a título individual como de grupos (familias, básicamente). La afiliación era de carácter voluntario y se estableció una cuota inicial de afiliación de RD\$ 20.00 (US\$ 1,4). No se estableció ninguna condición o criterios particulares para afiliarse.

Los vínculos de los afiliados al inicio estuvieron mediados por la afiliación de los mismos a la organización mutual MOSCTHA. Este fue el vínculo fundamental para la puesta en marcha del seguro, aunque evidentemente existían otras vinculaciones como las de carácter étnico o la pertenencia a una misma empresa (Consejo Estatal del Azúcar) y sector profesional (trabajadores de los Bateyes). Estos primeros afiliados no eran diferentes de forma significativa respecto al global de la población destinataria en cuanto a condiciones básicas, aunque "se intuye" un mayor nivel de motivación y expectativas dada la experiencia previa de mutualismo en MOSCTHA desde 1985.

Además de los afiliados, el seguro era extensible a otras categorías de beneficiarios como los familiares directos y otras personas a su cargo. No se establecieron restricciones en este sentido de carácter muy riguroso.

El número de beneficiarios al finalizar el primer ejercicio fue de 2.753, distinto al previsto por los creadores del SIS por problemas de inestabilidad económica y social. Gran número de los inmigrantes fueron deportados a Haití, otros (40% aproximadamente) se trasladaron a diferentes ingenios de acuerdo a las oportunidades de trabajo existentes.

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS.

Cuadro No. 7: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no	Ninguna				
Todas					
Atención del parto	**	No	ninguno	(0)	N
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas	Ninguna				
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas	Ninguna				
Todas					
Atención ambulatoria programada	B	no	Ninguno	(0)	N
Todas					
Atención preventiva	B	no	ninguno	(0)	N
Atención ambulatoria no programada	Ninguna				
Todas					
Medicamentos	B	no	ninguno	(0)	N
Genéricos					
Transporte/evacuación	No				
Laboratorio/radiología	B	*			
Otros					
Atención Odontológica	B	no	ninguno	(0)	

*El copago depende de la complejidad de análisis de laboratorio o del tipo de placa radiológica.

** La atención del parto no se realiza directamente por falta de centros donde realizarlo.

*** En el caso de no cubrir algún tipo de prestación se tienen contactos con médicos de los hospitales públicos donde son remitidos los enfermos en caso de necesidad de hospitalización o de atención especializada.

El paquete de beneficios era único para todos los afiliados. Los principales factores que determinaron la elección del paquete de beneficios fueron la pésima situación de salud (descrita en el apartado B de este Informe) y la inaccesibilidad por motivos económicos y político - legales a la atención médica privada.

El seguro pagaba directamente al prestador por los servicios otorgados. El SIS, a través de los prestadores y promotores realizaba el seguimiento del número total de casos y número de casos/beneficiarios.

3.3. *Financiamiento*

Cuadro No. 8: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Fuente	Monto US\$	Propósito	Tipo (subvención, crédito, cotizaciones, etc.)
MOSCTHA	US\$20.000***	■ Fortalecimiento de MOSCTHA ■ Apoyo a la creación de AMUTRABA	Subvención
AFILIADOS	US\$ 131,83** Mensuales RD\$ 2.000.00*	Funcionamiento inicial	Cotizaciones

*En pesos dominicanos-

**Calculados a partir de una base inicial de 100 afiliados con una cuota de afiliación de RD\$ 20.00 (US\$ 1,31)

*** La donación de Solidarité Mondial se realiza anualmente (con algunas excepciones) al Movimiento MOSCTHA, y parte de esta donación fue utilizada para la creación del SIS.

El monto a pagar como cotización mensual fijado fue de RD\$ 10.00 (US\$ 0,72) pagados en efectivo. Para los no afiliados el monto establecido fue de RD\$ 15.00 (US\$ 1,1) por servicio médico prestado. No se establecieron modos de cálculo diferentes vinculados con los riesgos personales del afiliado en lo respectivo al seguro de salud. El período de pago es mensual, aunque suelen mantener un margen flexible de hasta 3 o 4 meses y sobre todo, la decisión última se adapta mucho a condiciones particulares de los afiliados.

Además de los afiliados, la financiación de las cotizaciones esta muy apoyada en el soporte de la asociación MOSCTHA. El fondo inicial aparece reflejado en el cuadro N° 2 y responde a "lo que se pudo conseguir" más que a una planificación detallada de necesidades económicas.

3.4 Prestadores de atención médica

Los prestadores de atención médica con que contaba AMUTRABA son una odontóloga y 1 médico. Para su elección la Junta Directiva del SIS tuvo en cuenta las necesidades existentes y la propia voluntad de los prestadores.

La modalidad de facturación establecida con ellos es de pago por Jornada de unos RD\$ 500.00 aproximadamente (US\$ 32.95). La jornada de trabajo se entiende como cada día de atención médica en algunas de las improvisadas consultas de los bateyes. Los acuerdos con los prestadores eran verbales.

3.5 Administración y gestión

El SIS contó con estatutos desde su creación y se lo definió en asamblea general constitutiva. Los principales puntos de su contenido son el objeto, naturaleza y objetivo de la mutual. Asimismo, el estatuto establece el número de miembros, los requisitos para adquirir la membresía, la estructura de la dirección y sus atribuciones y funciones. Además, El SIS tiene personería jurídica desde el 29 de mayo de 1996.

Cuadro No. 9: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número	Empleador	% de tiempo dedicado al SIS
Junta Directiva	10	-----	50%*
Promotores comunitarios	3	Voluntarios	20%*
Médico	1	AMUTRABA	12 horas semanales

*Estimaciones realizadas por la asesoría técnica de COLACOT.

Desde el comienzo de las actividades del SIS se contaba con registro de afiliados, que contiene nombre y apellido del afiliado, fecha de nacimiento, domicilio y número de dependientes, además se contaba con tarjeta de identificación de afiliados, registro de pago de cotizaciones y documentos de registro contable (libro mayor, diario, control bancario, recibo de ingresos y egresos).

4. Asistencia técnica y formación

La asistencia técnica (AT) recibida durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio se presenta en el cuadro nº 10.

Cuadro No. 10: Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)

Organizaciones o personas que proporcionaron la AT	Propósito del apoyo realizado	Duración del apoyo (período)	Beneficiarios directos del apoyo
COLACOT	Asesoramiento técnico organizacional y empresarial. Formación	(1 semana)	MOSCTHA AMUTRABA (aproximadamente 30 personas beneficiadas)

Las actividades de formación durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio, se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 11: Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)

Organizaciones o personas responsables de la formación	Objetivo de la formación	Duración de la formación (período)	Beneficiarios directos de la formación
COLACOT	Mutualismo y organización empresarial	10 días	MOSCTHA AMUTRABA (el número de personas beneficiarias es de unas 50)

V. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1 *Grupo destinatario*

El grupo destinatario continúa siendo el mismo que el que se definió cuando se constituyó el SIS.

No se han introducido criterios de exclusión en lo relativo al seguro de salud (sin embargo, si se baraja la posibilidad de introducirlos en lo que respecta al seguro funerario).

1.2 *Diferentes categorías de beneficiarios*

El SIS desde el inicio ha permitido la afiliación tanto de personas a título individual como de familias mediante el pago de una cuota de afiliación y otra cuota de carácter mensual. Como instrumento de arbitraje para la aplicación de estas condiciones existen redactados reglamentos de operaciones. La vinculación entre los afiliados es la misma que la existente en la fecha de inicio del SIS, descrita en la sección C de este informe.

Los pasos a seguir para la afiliación son de dos tipos fundamentales; la forma más habitual es mediante la captación que realizan los propios promotores de AMUTRABA dentro de los bateyes: el interesado contacta con ellos y estos les facilitan el cumplimiento de la documentación necesaria y les informan de todas las condiciones del seguro. En otros casos, los propios interesados acuden directamente a las oficinas de AMUTRABA para solicitar la afiliación. La conformidad para la afiliación la verifica la junta directiva, aun cuando los criterios no están rígidamente definidos. El nuevo afiliado firma un contrato de aceptación de las condiciones, pero no es necesario renovar la afiliación con carácter anual: esta es inmediata, se da por hecho que si se continúan pagando las cuotas se mantiene el carácter de afiliado.

La posibilidad de afiliación no está limitada a un período de tiempo determinado, teórica e idealmente es de tiempo indefinido. Sin embargo, en la práctica ésta viene modulada por el carácter temporal de los trabajadores de la zafra, que solo trabajan determinados meses del año, y además se complica por el hecho de que en numerosas ocasiones estos trabajadores se desplazan de batey en batey y permanecen alejados durante meses.

El registro de afiliados contiene, el nombre y apellido, fecha de nacimiento, domicilio, número de dependientes, ingresos familiares y lleva adjunto una foto del afiliado.

Se utilizan tarjetas de identificación de afiliados que son válidas también para otros beneficiarios como los familiares u otras personas a cargo del afiliado. Se adjunta copia de una tarjeta de identificación. Para estas otras categorías de beneficiarios, se utiliza

como restricción indicativa un número total de 7 personas por afiliado, aunque este criterio no se aplica de forma inflexible.

Las tarjetas de identificación deben ser presentadas en el momento de entrada a la consulta médica; todos los días de consulta, junto al médico está presente uno de los promotores-colaboradores del SIS que filtra las entradas mediante la comprobación de que se posee la tarjeta de identificación.

No se han producido cambios significativos en las condiciones de afiliación al SIS desde su puesta en marcha. Actualmente, sin embargo está en proceso de discusión la posibilidad de incrementar la cuantía tanto de las cuotas de afiliación como del precio por consulta.

1.3 Número de beneficiarios y evolución

Cuadro No. 12: Número actual de afiliados

Hombres	251
Mujeres	259
Total	510

Cuadro No. 13: Número de afiliados y beneficiarios

Afiliados	510
Beneficiarios	2.500
Afiliados MOSCTHA	8.789

En el año de creación AMUTRABA contaba con 190 afiliados, en el año 1998 contaba con 206 afiliados y en la actualidad cuenta con 510 afiliados.

1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado

El único factor que puede determinar la pérdida de estatus de un afiliado es el retraso en los pagos de las cuotas; si a partir del tercer mes de retraso no se hace efectivo, el afiliado pierde sus derechos. Esto no se suele aplicar de forma estricta, aunque en algunas ocasiones ha ocurrido. Actualmente está en discusión la posibilidad de que si transcurrido ese tiempo o más se pagan los atrasos se pueda “perdonar” la pérdida de derechos. Las razones de esto son evidentemente humanitarias, ya que resulta “duro” que personas con escasos ingresos pierdan derechos acumulados por el solo hecho de no poder pagar durante un periodo de tiempo determinado.

En algunas ocasiones se han excluido algunos afiliados, pero esto estuvo muy determinado por un acontecimiento natural como fueron las consecuencias que

conllevo el huracán “Georges” en diferentes aspectos. Entre ellos, se excluyeron afiliados que en el marco de esta catástrofe fueron detectados por las autoridades policiales y repatriados a Haití. Además, otros afiliados emigraron desde la República Dominicana hacia otros países como Puerto Rico.

1.5 Penetración del grupo destinatario

El aumento del número de afiliados constituye un objetivo prioritario para los responsables del SIS. Para conseguirlo, se pusieron en marcha dos líneas de acción ya comentadas en la sección C y que se refieren a: la oferta de un fondo de crédito rotatorio y la posibilidad de asegurarse de forma complementaria mediante un seguro de defunción.

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

La información referente a este punto fue tratada en el apartado C y no se han registrado cambios al respecto desde la fecha de creación del SIS hasta el momento actual.

En estos momentos se está desarrollando un documento que establecerá de forma sistemática las prestaciones y las condiciones de cobertura.

Cuadro No. 14: Beneficios ofrecidos por el SIS

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no	Ninguna				
Todas					
Atención del parto	**	No	ninguno	(0)	N
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas	Ninguna				
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas	Ninguna				
Todas					
Atención ambulatoria programada	B	No	Ninguno	(0)	N
Todas					

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Atención preventiva	B	No	ninguno	(0)	N
Atención ambulatoria no programada	Ninguna				
Todas					
Medicamentos	B	No	ninguno	(0)	N
Genéricos					
Transporte/evacuación	No				
Laboratorio/radiología	B	*			
Otros					

Todos los afiliados de AMUTRABA tienen la posibilidad de asegurarse a un paquete mínimo de servicios sanitarios. Opcionalmente también pueden elegir alguno de los otros servicios de la mutual. A los afiliados se informa en cuanto a los servicios cubiertos a través de los promotores-colaboradores y de las asambleas de los socios.

Existen co-pagos para algunos servicios ofrecidos, dependiendo de los servicios ofrecidos como por ejemplo cuotas para servicios de laboratorios, de radiología, dependiendo de la complejidad de los mismos. Algunos casos se cubren con la solidaridad de "los amigos". El co-pago se justifica en los elevados costos de los servicios y materiales utilizados.

No existen períodos de espera para los servicios ofrecidos. Las consultas se realizan en los bateyes una o dos veces a la semana, en el caso en que la gente no puede esperar busca ayuda por sus propios medios. Tampoco existe como tal un sistema de derivación establecido. Las prestaciones ofrecidas se refieren a consultas en los bateyes (solamente para la atención médica primaria), en caso de mayor gravedad o de necesidad de hospitalización se solicita la colaboración de amigos en los hospitales públicos.

Las prestaciones otorgadas con mayor frecuencia son: hipertensión arterial (HTA), Artritis y Asma Bronquial. Además, se presentan con frecuencia casos de diabetes, tuberculosis y tumores.

El paquete de beneficios prácticamente no se ha modificado desde el inicio de las actividades del SIS hasta hoy. Los responsables, actualmente se están planteando la posibilidad de aumentar algo la cuota de afiliación y el pago mensual.

El SIS provee los servicios médicos directamente a través del equipo de médicos que colaboran con ellos (3 médicos y una odontóloga). Se trata de atención médica de nivel primario. Estos servicios se decidieron antes de la creación del SIS dado el grado de necesidad de la población objetivo y no limitan en muchas ocasiones a los afiliados de AMUTRABA sino que suelen atender a personas enfermas que no están aseguradas (motivos humanitarios) y por supuesto urgencias. Las condiciones de acceso de los beneficiarios de AMUTRABA y otros usuarios solo difieren en cuanto al monto de la consulta.

2.2 Pago de las prestaciones

Para otorgar las prestaciones al afiliado, el prestador cobra directamente al seguro. El mecanismo de pago es el mismo para todos los prestadores del SIS.

La forma de pago es igual para todos los prestadores. No existe ningún documento en el que se registren las prestaciones otorgadas por tipo de servicios. Esta información no esta disponible.

2.3. Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

El SIS pone a disposición de sus afiliados un sistema de crédito a través de un fondo rotatorio, a fin de colaborar con sus miembros en el mejoramiento de la calidad de vida, apoyando la instalación o el fortalecimiento de unidades productivas de propiedad de los afiliados. Para poder acceder a los créditos, los afiliados deben estar al día con el pago de las cotizaciones, demostrar capacidad para llevar adelante el proyecto para el cual solicitan créditos y presentar algún tipo de garantía que avalen el crédito. Se adjunta el reglamento de crédito.

La puesta en marcha de los servicios ha sido financiada desde el principio con el apoyo financiero de MOSCTHA. Que aporta entre el 10 y el 20% de la financiación de las actividades.

Las principales actividades realizadas en el ámbito de prevención y/o educación para la salud durante los tres últimos años son las siguientes:

- Planificación Familiar
- Higiene Personal
- Capacitación de Líderes

Tanto los objetivos como los temas abordados en estas actividades los determinan los responsables del SIS y están muy vinculadas a las necesidades de la población y a los servicios que presta el SIS. Independientemente de esto, el SIS organiza otras actividades (formación, capacitación, etc.) no directamente vinculadas a los servicios

del SIS (crianza de cerdos, granjas colectivas, alfabetización para niños y adultos, desarrollo comunitario, mutualismo, etc.).

Las acciones se dirigen a toda la población de la zona (a todos los bateyes) independientemente de que sean asegurados o no. Estas actividades las suelen realizar un grupo de unos 30 promotores-colaboradores del SIS en cada uno de los Bateyes con apoyo de los propios responsables del SIS.

El SIS realiza otro tipo de actividades en beneficio de ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos o minusválidos).

Los servicios que propone la organización responsable del SIS a sus afiliados se exponen a continuación:

- seguro de muerte
- ahorro/crédito
- actividades de tipo sindical
- educación/formación/alfabetización

La oferta de estos servicios determina en alto grado la dinámica de afiliación al SIS y el funcionamiento del mismo ya que en el caso del seguro de muerte es prioritario para la población haitiana. Y por otra parte porque para asegurarse, incluso, muchos beneficiarios han tenido que solicitar un crédito al propio SIS.

3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

3.1 Fuentes de financiamiento del SIS

La cotización actual es la misma que la establecida al inicio de las actividades del SIS, aunque los directivos están pensando en aumentarla. En los consultorios del SIS también reciben atención médica los no afiliados, debiendo pagar una consulta de RD\$15.00 (US\$1).

Además de los afiliados, AMUTRABA continua recibiendo fondos de la organización MOSCTHA.

Las cotizaciones de los afiliados se pagan en efectivo en las oficinas de AMUTRABA o a través de cualquiera de los promotores-colaboradores del SIS en los bateyes. La periodicidad de pago es mensual. Se estableció de esa forma sin atender a ningún motivo específico.

A cada beneficiario se le entrega un recibo del pago de la mensualidad y esta se registra en un documento contable. En caso de atraso en el pago de las cotizaciones, el SIS suele reclamar a los afiliados a través de sus promotores locales, aunque se mantienen criterios muy flexibles para esto.

Cuadro No. 15: Monto total de las cotizaciones recibidas

Origen	Al 30 de junio de 1999
Cotizaciones recibidas de los afiliados	RD\$ 35.000 (US\$ 2,244)
Cotizaciones/recibidas de otras fuentes (empleadores, etc.)	RD\$ 578.460 (US\$ 37,081)

La cuota de afiliación (obligatoria) es de RD\$ 20.00. Debe ser abonada en el momento de la inscripción en el seguro. No se han introducido cambios aunque se discute su aumento en estos momentos.

El Estado o las colectividades locales no han aportado contribuciones financieras directas durante los tres últimos ejercicios. Sin embargo, el CEA ha realizado donaciones de terrenos para la construcción de consultorios. Además, algunos pacientes son derivados en caso de necesidad a hospitales públicos.

Aunque las subvenciones no son directamente para AMUTRABA, Solidarité Mondiale de Bélgica ha realizado donaciones a MOSCTHA quien se encarga de pagar a los prestadores de servicios. En 1996, USD 19.550, y en 1998 USD 18.900.

El SIS no recibió ningún tipo de crédito o préstamo en sus años de funcionamiento de organismos, al margen de la financiación aportada por MOSCTHA.

El financiamiento del SIS (contabilidad, tesorería, gestión) no esta separado con claridad de las otras actividades de la organización responsable (MOSCTHA). Actualmente las cuentas contables, los recursos, etc. son compartidos sin una diferenciación clara. Sin embargo, los responsables del mismo se plantean como objetivos a medio plazo su separación.

La organización responsable del SIS (MOSCTHA) transfirió fondos al SIS con carácter anual. Aproximadamente un 20% de la financiación de AMUTRABA se obtiene de MOSCTHA. Además, MOSCTHA se hace cargo de posibles gastos imprevistos y otras eventualidades.

3.2 Costos

Egresos al 30 de Junio de 1999. Valores en RD\$

Personal administrativo	8.500,00
Incentivo a Trabajadores Voluntarios	30.000,00
Materia prima	75.269,00
Mano de obra de trabajadores directos	22.580,00
Fletes	4.763,45
Impresos	1.842,55
Actividades Educativas	12.500,00
Promoción y Publicidad	<u>7.400,00</u>
Total gastos	162.855,00

3.3 Excedentes y distribución de los excedentes

El excedente al 30 de junio de 1999 fue de RD\$ 39.590,00.

Los excedentes no se distribuyen entre los socios y son utilizados para incrementar los préstamos realizado a través del fondo rotatorio.

3.4 Fondos de reserva

Datos no disponibles.

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

Los beneficiarios deben dirigirse únicamente a los prestadores designados por el SIS (prestadores autorizados). Se cuenta con 5 consultorios médicos fijos en 5 bateyes, donde se presta atención ambulatoria a los afiliados. En los demás bateyes la atención se realiza en locales de propiedad del CEA.

En las zonas de acción del SIS no existen otros prestadores del mismo nivel que estén muy accesibles (por ubicación geográfica y motivos económicos).

Para elegir a los prestadores autorizados se realizó una búsqueda a través de anuncios en lugares estratégicos.

4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS

Los acuerdos existentes entre el SIS y los prestadores autorizados son de tipo verbal y basadas en la buena voluntad de las partes, aunque en estos acuerdos interviene como asesor una empresa privada de consultoría.

Los prestadores no se encargan de verificar el derecho a la prestación de los asegurados, de ello se encargan los promotores locales que controlan la entrada a las consultas.

El SIS no dispone de ningún mecanismo particular para recoger la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios.

Se organizan reuniones entre los prestadores y el SIS con carácter ocasional, ante determinados problemas o de seguimiento global del trabajo. Otras veces se organizan asambleas generales entre los beneficiarios y los promotores o responsables de cada batey con los médicos.

Los acuerdos entre el SIS y los prestadores de atención médica no prevén la existencia de ningún tipo de incentivos al personal del cuerpo médico. Sin embargo, los responsables del SIS se plantean esto como un objetivo a largo plazo.

4.3 Pago a los prestadores

La modalidad de facturación que utilizan los prestadores de atención médica es de monto por jornada (ver apartado IV).

Este modo de facturación no ha evolucionado durante el curso de los últimos años. El SIS no dispone de una política definida en la materia: esta relación con los prestadores se establece con un fuerte componente de solidaridad de estos (cobrando una mínima cantidad).

5. Administración y gestión del SIS

5.1. Estatutos y reglamentos

El SIS cuenta con personería jurídica, establecida por Decreto Presidencial No. 145/96 del 29 de mayo de 1996. La misma fue solicitada en el marco de la Ley 520/ 1920 de Asociaciones que no tienen beneficio pecuniario. Para la obtención de la personería jurídica se ha pagado impuestos de habilitación.

El SIS cuenta con estatutos que han sido aprobados por asamblea general el 10 de octubre de 1995. Los principales elementos de su contenido son: el nombre, domicilio,

y objetivos de la mutual. Además, en los estatutos se establece la categoría de miembros (vitalicios, fundadores, honoríficos y miembros) y los requisitos para adquirir la membresía, la estructura directiva, las reuniones, elecciones de la junta directiva, entre otros.

La mutual, asimismo, cuenta con reglamentos internos para el Fondo Rotatorio que contiene los criterios para solicitar créditos, la solicitud, la integración del comité de crédito, la tasa de interés y comisiones, el monto de préstamos y la penalización por mora. Se están preparando los reglamentos de la junta directiva y del servicio funerario.

5.2 Organización de la gestión del SIS

MOSCTHA está a cargo de la gestión global de AMUTRABA como ya indicado en la parte IV del informe.

En los estatutos se refleja la siguiente estructura orgánica: la junta directiva está compuesta por un presidente, un director, una tesorera, una secretaria y un gerente. Además se cuenta con un comité del fondo rotatorio, un comité de salud y un comité funerario.

Los responsables de dichos órganos son elegidos en asamblea general por los socios de MOSCTHA. Otros son contratados por estos responsables para el ejercicio de sus labores.

Tan solo una mujer forma parte de la junta directiva (de un total de 10 miembros). Sin embargo, esta juega un papel muy activo dentro en la misma. Además, con ellos colaboran una serie de mujeres (entre 3 y 4) como voluntarias para ciertas actividades.

Cuadro No. 16: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Título del puesto	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
Presidente	Desde la creación del SIS	Médico	Representar a la asociación. Gestionar los recursos. Organizar y presidir las reuniones de la junta directiva.
Gerente/ Tesorera		Administrador	Preparar informes financieros. Recibir y custodiar los recursos de la asoc.
Secretaria			Coordinar reuniones de la junta. Redactar y archivar actas de las reuniones.
Médico			Atender consultas en los bateyes.
Odontóloga			Atender consultas en los bateyes.

Cuadro No. 17: Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario

Categoría	Número de beneficiarios	Organización responsable	% de tiempo de trabajo dedicado al SIS	Principales tareas
Promotores	El total de los beneficiarios.	AMUTRABA	5 horas semanales	Promocionar la afiliación a la asoc. Realizar el seguimiento de la atención médica y odontológica.

Ningún miembro responsable de la gestión es asalariado. Los promotores reciben dietas, en caso de necesidad de traslado de un área a la otra pero no reciben sueldos.

5.3 *Carácter democrático y participativo de la gestión*

A los nuevos afiliados se les informa sobre el funcionamiento del SIS en el momento de la afiliación de forma verbal. Además cuentan con folletos informativos, se realizan asambleas en los bateyes; los promotores locales también informan a todos los interesados en cada zona. Además MOSCTHA edita una revista para inmigrantes haitianos ("EL Congo").

Las decisiones acerca de la selección de los servicios cubiertos, el monto de las cotizaciones, las modalidades de pago de las cotizaciones, la selección de los prestadores, la distribución de los excedentes, la selección de los responsables y la evaluación del funcionamiento del SIS se toman en las asambleas generales y son puestas a consideración de los miembros por parte de la junta directiva. Los miembros tienen derecho a voto según la categoría de participación, es decir si son miembros vitalicios, fundadores, honoríficos o simplemente miembros, de acuerdo a lo establecido en los estatutos.

Las asambleas generales previstas por los estatutos se llevan a cabo de forma efectiva, según declaran los propios responsables del SIS, aunque no cuentan con un libro de registro de las mismas. Según las estimaciones de los mismos responsables, las asambleas cuentan con una participación de alrededor de un 70% de los socios.

El SIS responde a los pedidos de información y los reclamos de los afiliados a través de su equipo de promotores locales fundamentalmente.

5.4 *Gestión de las disponibilidades*

Los gastos corrientes son autorizados por el Presidente y el encargado financiero de la asociación.

El SIS dispone una cuenta bancaria. La firma de los cheques y de los giros es responsabilidad del Presidente y el tesorero. No existen problemas de accesibilidad al banco. Entre un 40-50% de las transacciones se efectúa en efectivo.

La caja chica la administra la tesorera. Se utiliza para gastos de escasa cuantía, algunas veces los fines de semana cuando ya no pueden cobrarse los cheques.

5.5 *Sistema de información e instrumentos de gestión*

La asociación cuenta con un contador que se encarga de realizar los registros contables. Sin embargo, el contador también lleva la contabilidad de MOSCTHA. Aún

algunas cuentas no están claramente separadas. Se iniciará en breve la separación contable de los ingresos y egresos y de los activos y pasivos de MOSCTHA y AMUTRABA. Por ejemplo, las cuotas de afiliación y las cotizaciones de AMUTRABA están separadas de MOSCTHA, pero los gastos de agua, luz, teléfono, etc. los realiza MOSCTHA.

AMUTRABA cuenta con un registro de afiliados, tarjeta de identificación de los mismos, registro del pago de cotizaciones y del seguimiento de las prestaciones.

Se establece un balance contable con carácter periódico. No ocurre igual con el presupuesto, los indicadores de funcionamiento o los cuadros de resultados.

No existen registros informáticos de ninguna de las operaciones del SIS.

Se elaboran informes de actividad (memoria anual con carácter bianual). Se adjunta la memoria de actividades.

Para el funcionamiento corriente del SIS se dispone de registros de afiliados, contratos de afiliación, pago a los prestadores de servicios de salud.

5.6 Función de control

La tesorera realiza los controles internos de caja, contabilidad, pago de cotizaciones, facturación de prestaciones. El control de derecho a cada prestación lo realizan los médicos y en algunos casos los promotores de salud. Existe, además, un comisario de cuentas por cada servicio. Sin embargo, los controles no se realizan en forma regular.

5.7 Distribución de funciones

Cuadro No. 18: Distribución real de funciones

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
Gestión de prestaciones					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?	X		X		
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?			X		

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?			X		
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)	X				
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?	X			X (voluntarios)	
¿Quién actualiza los registros de afiliados?	X	X			
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?	X				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	X				
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?	X				
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?	X				
¿Quién recauda las cotizaciones?	X			X (voluntarios)	
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?	X	X			
Gestión de relaciones con los prestadores					

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién elige a los prestadores?	X				
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	X				
¿Quién retira la autorización a un prestador?	X				
¿Quién decide el pago a los prestadores?	X				
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?		X			
¿Quién prepara el presupuesto?	X				
¿Quién elabora el sistema de administración contable?		X		X	
¿Quién elabora los estados de resultado?		X			
¿Quién establece el balance?		X			
¿Quién calcula los indicadores financieros?				X	
¿Quién propone la distribución del excedente?	X				
¿Quién decide la distribución del excedente?	X				

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?	X				
¿Quién cobra los créditos?	X				
¿Quién decide las inversiones financieras?	X				
¿Quién autoriza los gastos?	X				
¿Quién administra la caja?	X	X			
Control					
¿Quién controla la caja?	X	X			
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?	X	X			
¿Quién controla a los beneficiarios?	X		X		
¿Quién controla el pago de cotizaciones?	X				
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?	X				
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	X	X			
¿Quién efectúa el control médico?			X		
¿Quién sanciona los fraudes?	X				

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?	X				
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la asamblea general?	X				
¿Quién organiza la asamblea general?	X				
¿Quién designa a los responsables?	X				
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto a los paquetes de beneficios?	X	X	X	X (voluntarios)	
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	X				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	X	X	X	X (voluntarios)	

Cuadro No. 19: Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

Beneficiarios directos de la formación	Objetivo de la formación	Duración (período) de las actividades de formación	Organizaciones o personas que realizaron la formación	Financiamiento
30 personas	Capacitación de promotores	2 días (2 o 3 veces al año)	■ Médicos ■ Facilitadores Externos	AMUTRABA

5.8 Equipamiento e infraestructura

La organización responsable del SIS dispone de locales compartidos con otras asociaciones, sindicatos, mutualista etc. MOSCTHA comparte con AMUTRABA unas oficinas con 4 despachos; disponen de un ordenador Pentium 486 con windows 95. Existe una recepción con secretaria al cargo. El SIS utiliza el teléfono, e-mail y fax de propiedad de la organización responsable. Además, MOSCTHA cuenta con una fotocopiadora y un vehículo que también son utilizados por AMUTRABA.

6. Actores en relación con el SIS

6.1. Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

El SIS no participa en ningún mecanismo de reaseguro o fondo de garantía.

6.2 Estructuras de asistencia técnica

El SIS recibe asistencia técnica periódica de MOSCTHA y COLACOT (2 o 3 veces al año), y de forma ocasional por Dinámica Empresarial. Esta asistencia se ha mantenido desde el inicio del SIS hasta la fecha.

La asistencia técnica se ha recibido sobre todo en el área financiera y actualmente en el área de seguros de salud a fin de fortalecer a la asociación como una asociación de microseguro.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

El SIS tiene relaciones con sindicatos a través de MOSCTHA, con trabajadores agrícolas, cañeros, de la construcción y economía informal. Además, es miembro de la Confederación Latinoamericana de Cooperativas y mutuales de Trabajadores (COLACOT) desde su creación, ya que sus socios vitalicios y fundadores eran miembros de la confederación.

VI. INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD.

No se ha podido contar con datos para construirlos.

VII. PUNTO DE VISTA DE LOS ACTORES SOBRE EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD

1. Procesos de evaluación

No se ha utilizado ningún tipo de mecanismo estandarizado (encuestas, por ejemplo) para obtener la opinión de los beneficiarios sobre el funcionamiento del SIS. De manera informal, estas opiniones se pueden expresar en reuniones o asambleas.

Se realizan evaluaciones internas (auto-evaluaciones), aunque no con carácter periódico. La preparación y realización de dichas evaluaciones esta a cargo de los responsables del SIS.

Se ha realizado una evaluación externa, encargada por los responsables del SIS a una empresa auditora y de consultoría. El informe resultante se adjunta en este informe³. La financiación de la misma ha corrido a cargo de MOSCTHA.

2. Punto de vista de los responsables

La opinión de los responsables fue recogida a través de entrevistas consecutivas con los responsables del SIS y otras personas. Los interlocutores claves fueron la propia Junta directiva del SIS que coincide con los responsables de la organización promotora (MOSCTHA). Especialmente se realizaron entrevistas al Presidente, al gerente, tesorera, consultores que realizaron el análisis de factibilidad. Se mantuvieron contactos con algunos de los promotores locales. Se tuvieron entrevistas también con asesores externos del SIS. Concretamente con un responsable de la organización COLACOT, impulsora del microseguro desde el principio y una asociación que ha mantenido un contacto y asistencia técnica con AMUTRABA permanente. Otro de los actores entrevistados fueron dos responsables de la empresa consultora "Dinámica Empresarial" que prestan sus servicios al SIS y a la organización MOSCTHA.

2.1 Puesta en marcha del SIS

Los principales factores de éxito de la puesta en marcha del SIS podrían exponerse de la siguiente forma:

- ❑ La evidente necesidad de una atención médica de nivel primario en las zonas de incidencia del SIS. Este constituye casi la única posibilidad de oferta médica para la población de los bateyes.
- ❑ Contar con una población objeto geográficamente concentrada y localizable. Además existen otros importantes lazos de cohesión de esta población: razones étnicas, económicas y socioculturales que hacen que se trata de una población relativamente homogénea y de fácil acceso para una organización de este tipo.
- ❑ Es interesante señalar, que en este caso, otro de los factores de éxito parece haber sido la idea de acompañar el seguro de salud con la oferta de un seguro funerario (dadas las ya citadas peculiaridades culturales respecto a la muerte de la población objeto).

Las principales dificultades que se podrían destacar son las siguientes:

- ❑ La población objeto tiene una escasa capacidad económica que dificulta y/o imposibilita la posibilidad de una inversión en salud, por pequeña que esta sea.
- ❑ Consecuencia de lo anterior, entre la población de los bateyes predomina un modo de vida que muy centrado en el día a día. Cuando se trata, prácticamente, de sobrevivir lo que menos se prioriza es la inversión para el futuro en temas de salud.
- ❑ El carácter de inmigrantes "ilegales" de muchas de estas personas plantea un grave problema legal con repercusiones graves sobre la salud, ya que ellos mismos no se atreven a acudir a un hospital en caso de urgencia.
- ❑ A las dificultades económicas, hay que añadir problemas de racismo respecto a estos trabajadores haitianos. Esto se traduce en un escaso nivel de integración de estas personas.

2.2 Dinámica de afiliación

El conocimiento que obtienen los beneficiarios sobre el funcionamiento del SIS es a partir de los promotores locales del SIS en los bateyes. Suelen organizar distinto tipo de actividades en las que aprovechan para informar sobre los servicios del SIS. El mecanismo del seguro ha sido bien entendido entre la población a la que se les ha explicado, sin embargo la aceptación del mismo es un tema más complicado, debido fundamentalmente a las dificultades mencionadas anteriormente.

Una de las preocupaciones de los responsables del SIS tiene que ver con la baja en las afiliaciones motivada por el carácter cambiante de buena parte de estas poblaciones. Especialmente la población masculina suele desplazarse buscando trabajo en distintos bateyes. O bien porque emigran a otros países o son repatriados a Haití. Estos factores provocan bajas de afiliación.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

Es evidente que el SIS contribuyó a mejorar el acceso de la población objetivo a la atención médica, ya que anteriormente era prácticamente imposible acceder a ella. No obstante, no existen indicadores objetivos que confirmen este hecho.

Los afiliados que no están al día en el pago de las cotizaciones no constituye un problema para el financiamiento del SIS, pero evidentemente esto es así porque el SIS sigue estando financiado y muy apoyado por la organización promotora del mismo (MOSCTHA).

El SIS ha puesto en marcha actividades de prevención y educación para la salud, aunque no parece que exista un interés muy elevado por parte de la población.

No existen problemas para el acceso a los servicios que cubre el SIS, salvo que la frecuencia de las consultas suele ser una o dos veces por semana como mucho y esto puede generar concentraciones de muchos pacientes en ocasiones. El SIS no tiene previsto cambiar el modo de facturación de los prestadores. Dado el carácter semi-solidario (cobran una pequeña cantidad) no se presenta ningún tipo de problemas entre los responsables del SIS y los prestadores.

2.4 Pago de las cotizaciones

Los principales problemas en el pago de las cotizaciones son el traslado de trabajadores entre bateyes muy alejados entre si, las emigraciones y los periodos de desempleo en que la mayoría de la población no dispone de ningún tipo de ingreso.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

Actualmente, el nivel de cotizaciones no es adecuado para el paquete de beneficios ofertado en opinión de los responsables del SIS. Todavía AMUTRABA no podría mantener un funcionamiento autosostenido. Depende del apoyo de MOSCTHA y de las otras actividades que ofrece.

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

No disponible.

2.7 Fraudes. No pertinente.

2.8. Administración y la gestión

No existen problemas en la aplicación de la legislación y el marco regulador existente al funcionamiento del SIS, por tanto no se han previsto modificaciones del estatuto jurídico.

El SIS encarga algunas operaciones a terceros, fundamentalmente estudios de diagnóstico y servicios económico-contables y sus responsables se muestran satisfechos con la labor de los asesores.

No existe participación directa de los afiliados en la gestión del SIS.

No han existido cambios en los responsables del SIS desde su inicio; se trata de las mismas personas.

Los responsables del SIS no cuentan con información suficiente para determinar si el nivel de gastos de funcionamiento es satisfactorio o no.

2.9 Relaciones entre el Estado y las colectividades locales

El Estado no interfiere ni positiva ni negativamente en el funcionamiento del SIS. Aunque la Central Estatal del Azúcar (empresa del Estado) si ha cedido en algunas ocasiones pequeños solares para construcción de casas-escuela comunitarias.

No tienen grandes expectativas respecto al apoyo del Estado.

2.10 Funcionamiento global

Los directivos de SIS desean ampliar la prestación de los servicios de salud, ofreciendo a los afiliados atención médica especializada. Para ello se viene analizando la posibilidad de construir un hospital propio del SIS con fondos de cooperación externa.

Los principales puntos fuertes del SIS se han comentado ya respecto a la puesta en marcha del SIS, destacándose como principales el hecho de ofrecer simultáneamente al seguro de salud otros paquetes de beneficios como son el fondo rotatorio y el seguro funerario. Los principales factores limitantes son la repatriación de inmigrantes haitianos y el hecho de que la productividad del cultivo de caña este bajando cada día más. De hecho la probable privatización de los ingenios azucareros –que prevén se produzca en un futuro no lejano- puede desestructurar la actual organización de los bateyes.

3. Punto de vista de los beneficiarios

El punto de vista de los beneficiarios no ha sido recogido sistemáticamente mediante encuestas ni de ninguna otra forma, por lo que no es posible incluir esta información en el marco de este informe.

4. Punto de vista de los prestadores de atención médica

Tampoco ha sido recogido de ninguna forma el punto de vista de los prestadores de servicios, por lo que su opinión no puede ser reflejada aquí. No obstante, dado que uno de los principales responsables del SIS actúa también como prestador (médico) se puede dar respuesta a algunos de los puntos a tratar en esta sección. Así por ejemplo, aun cuando no se cuenta con indicadores objetivos, la opinión generalizada es que la puesta en marcha del SIS ha incidido positivamente en la salud de los beneficiarios así como en la mejora general de sus condiciones de vida. De otra parte, las acciones complementarias como cursos de formación, actividades de prevención y promoción de la salud llevadas a cabo por el SIS han provocado cambios en la actitud y el comportamiento de los beneficiarios del SIS.

VII. CONCLUSIONES

La Asociación Mutual de Trabajadores de los Bateyes “AMUTRABA” cumple un papel relevante en la cobertura de atención sanitaria de nivel primario en su población objetivo. Los trabajadores haitianos y sus familias no tienen acceso a ningún tipo de servicios de atención médica, ni a acciones de prevención y promoción de la salud, principalmente por las condiciones de ilegalidad en las que viven en el país y por la escasez de recursos económicos.

La identificación de las necesidades y el impulso para la creación de AMUTRABA se realizó por medio del Movimiento Sociocultural de los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA), asociación que aglutina a trabajadores haitianos y ofrece servicios de desarrollo comunitario, educación y alfabetización y educación, así como en consumo y nutrición. A través de esta experiencia se vio la necesidad de fortalecer el aspecto de salud para los afiliados al movimiento.

Es importante destacar en esta experiencia el empeño de los responsables del SIS para incorporar elementos tales como los culturales, en la estrategia global de implantación del microseguro. El sistema de cobertura funeraria ofrecido a la población objetivo se ha mostrado como una de las claves de éxito logradas hasta la fecha en la puesta en marcha del seguro.

Para asegurar la sostenibilidad futura de los servicios prestados por la asociación, los responsables han encargado la realización de un estudio de factibilidad del seguro de salud ofrecido, así como de los servicios conexos, es decir del fondo rotatorio de préstamos y del programa funerario ofrecidos por la asociación. Al momento de decidir la utilización de los resultados del estudio de factibilidad y la implementación del incremento propuesto de los aportes es importante realizar evaluaciones acerca de los posibles efectos que se podrían presentar en los afiliados del microseguro.

La escasa capacidad económica de los afiliados, así como los graves problemas sociales, culturales y financieros que enfrentan cotidianamente colocan a la salud en un plano de escasa relevancia relativa, aunque sus condiciones de salud disminuyan sus capacidades laborales. Obviamente, a este nivel de privación es difícil ponderar las perspectivas de mas largo plazo, por lo que un SIS en estas circunstancias puede tener un papel muy importante en términos de promoción y prevención de salud.

Este tipo de iniciativas, a pesar de los problemas que se plantean, se muestra como una de las vías más eficaces para otorgar cobertura sanitaria a poblaciones que de otra forma carecerían de ella por completo.

Por ultimo es de destacar que la realización misma de este tipo de estudio ha propiciado cambios organizativos y de gestión dentro del SIS. El contacto con ellos y el tipo de información solicitada han levantado inquietudes y significado para ellos vaís de mejora a la hora de sistematizar registros de información que son muy importantes para su funcionamiento.

LISTA DE SIGLAS

- AMUTRABA - Asociación Mutual de trabajadores de los Bateyes
- ASOMITH - Asociación de Mujeres Inmigrantes Haitianas
- CCDH - Centro Cultural Dominicano-Haitiano
- CEA - Consejo Nacional del Azúcar
- CERSS – Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud
- COLACOT – Confederación Latinoamericana de Cooperativas y Mutuales de Trabajadores
- FONAP – Fondo Nacional de Atención Primaria para Indigentes
- FONSOL – Fondo de Solidaridad
- IDSS – Instituto Dominicano de seguridad Social
- ISSFAPOL – Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional
- MOSCTHA - Movimiento Sociocultural de los trabajadores Haitianos
- MUDHA Movimiento de Mujeres Dominico-haitianas
- ODEMOBA - Organización para la Defensa de los Moradores de los Bateyes
- OIT - Organización Internacional del Trabajo
- OPS - Organizaron Panamericana de Salud
- SAVICA Instituto de Auxilios y Vivienda
- SESPAS – Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
- SINATRAPLASI - Sindicato Nacional de Trabajadores Agrícolas de Plantaciones Azucareras y Similares
- SSF – Seguro de Salud de la Familia
- SIPICAIBA - Sindicato de Picadores de Caña del Ingenio Barahona

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1:	Distribución de la población 1986 por ingenio
Cuadro No. 2:	Distribución de la Población 1986 por grupos de edad y sexo
Cuadro No. 3:	Indicadores de natalidad y mortalidad en la República Dominicana.
Cuadro No. 4:	Mortalidad por 5 principales grupos de causas y por sexo, República dominicana 1990
Cuadro No. 5:	Morbilidad de las familias encuestadas
Cuadro No. 6:	Número de Médicos y enfermeras Rep. Dominicana
Cuadro No. 7:	Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio
Cuadro No. 8:	Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio
Cuadro No. 9:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro No. 10:	Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)
Cuadro No. 11:	Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)
Cuadro No. 12:	Número actual de afiliados
Cuadro No. 13:	Número de afiliados y beneficiarios
Cuadro No. 14:	Beneficios ofrecidos por el SIS
Cuadro No. 15:	Monto total de las cotizaciones recibidas
Cuadro No. 16:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro No. 17:	Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario
Cuadro No. 18:	Distribución real de funciones
Cuadro No. 19:	Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

BIBLIOGRAFIA

- Barba Monserrat. *Bateyes: la amargura del azúcar*. Listín Diario, martes 6 de julio de 1999 (en prensa).
- Gavigan, Patrick. Beyond the Bateyes. National Coalition for Haitian Rights, New York, United States, 1996.
- El Congo. Organo Informativo del Movimiento Socio Cultural de los Trabajadores Haitianos en República Dominicana-MOSCTHA. Enero-abril 1998. (Documento adjunto).
- Memoria de Actividades 1997-1998. Movimiento Socio Cultural de los Trabajadores Haitianos en República Dominicana (MOSCTHA) y Asociación Mutual de los Trabajadores de los Bateyes (AMUTRABA). (Documento adjunto).
- Movimiento Socio Cultural de los Trabajadores Haitianos (MOSCTHA). Asociación Mutual de los Trabajadores de los Bateyes (AMUTRABA). Estudio de Pre-Factibilidad. Dinámica Empresarial, S.L. Santo Domingo, Julio 1999. (Documento adjunto).
- Moya Pons, Frank. EL BATEY: Estudio Socioeconómico de los Bateyes del Consejo Estatal del Azúcar. Fondo Especial para el avance de las Ciencias Sociales, INC. Santo Domingo, República Dominicana, 1986.
- Pinzón R, Julio Alberto. Diagnóstico y Plan de Desarrollo de MOSCTHA y AMUTRABA. Dirección de Programas de Salud de COLACOT. República Dominicana, marzo 1999. (Documento adjunto).

ENTREVISTAS y VISITAS

- Con directivos de MOSTHA y AMUTRABA (Presidente, Gerente, tesorera, etc.)
- Con empleados y colaboradores del SIS (alrededor de unas 15 personas)
- Autores de dos de los documentos que se adjuntan a este Informe, representantes, uno de la organización COLACOT de Colombia y otros dos de la empresa de asesoramiento económico-financiero "Dinámica Empresarial S.L."
- Visita a dos bateyes (*Yabacoa y Mataindios*) en la que los autores del Informe pudieron observar sobre el terreno las condiciones socio-sanitarias así como charlar con algunos de los colaboradores del SIS en dichos bateyes.

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Carnet de Identificación de socios.
- Estatutos de la Asociación Mutua de trabajadores de los Bateyes (AMUTRABA)
- Estudio de Prefactibilidad Socio-Económica de los “Programas Funerario, Salud y Fondo Rotatorio”. MOSCTHA-AMUTRABA. Santo domingo, República Dominicana, Julio de 1999.
- Formulario de Solicitud de Ingreso a AMUTRABA.
- Memoria de Actividades MOSCTHA-AMUTRABA, 1997- 1998.
- Organigrama de AMUTRABA.
- Reglamento del Fondo Rotatorio