

# Dr. Manuel de Jesús Linares Jiménez



## Obras Completas

Tomo

**26**

*Evolución de la política social dominicana 1990-2000* (c). Tesina para obtener la Suficiencia Investigativa, Universidad del País Vasco –UPV-, España, presentada en el 2004.

## **EVOLUCIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL DOMINICANA (1990-2000)**

Autor: Manuel Linares, M.Sc.  
829-637-9303

1era. Edición, forma física:  
Año 2004.

Editora Universitaria, UASD.

Preparación y difusión edición digital:  
Septiembre 2017/marzo 2018.

Nueva preparación y difusión edición digital:  
2023.

Manuel Linares es el único responsable de las enmiendas introducidas para la edición digital.

La UPV no tiene nada que ver con la decisión de publicar esta tesina.

Evolución de la política social dominicana

**EVOLUCIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL DOMINICANA  
(1990-2000)**

Trabajo académico (tesina) para obtener la suficiencia investigativa en el Doctorado en Economía “Nuevos retos de la globalización: las respuestas desde la política económica” de la Universidad del País Vasco.

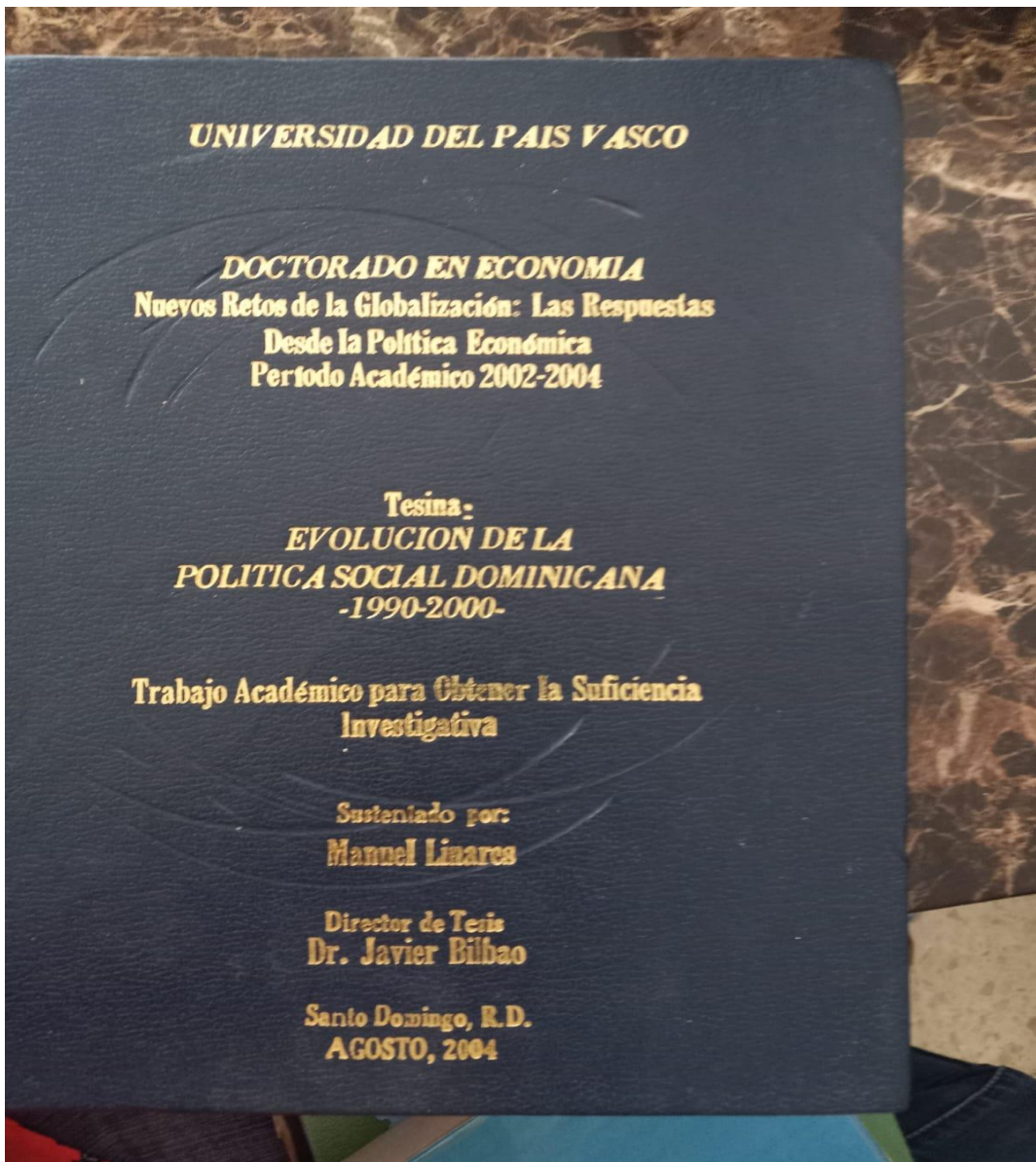
Sustentado por  
**MANUEL LINARES**

Asesor académico  
**DR. JAVIER BILBAO**

**Editora Universitaria**

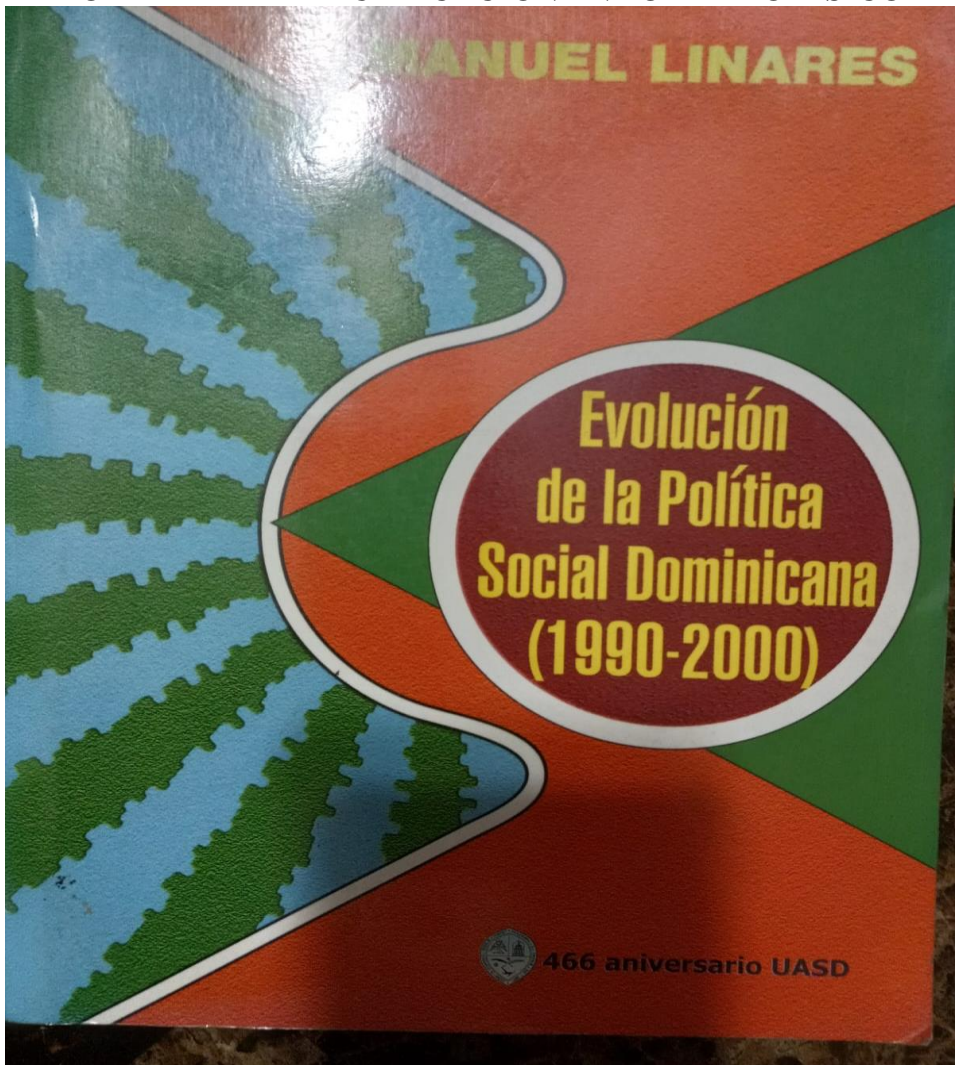
Ciudad Universitaria, Distrito Nacional,  
República Dominicana  
**2004**

**PARTE EXTERIOR DE LA ENCUADERNACIÓN DE LA TESINA EN EL  
DOCTORADO UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO**



Evolución de la política social dominicana

**PORTADA DE LA PUBLICACIÓN EN FORMATO FÍSICO**



**DEDICATORIA**

A mis queridos profesores de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Fernando Pellerano, Juan Toribio, Clinton Valdez, Jesús Tellería, Víctor Martínez y César Familia, ejemplos de perseverancia y sabiduría.

**RECONOCIMIENTOS**

A la UASD; al Rector Magnífico, Dr. Porfirio García; a la señora Decana, maestra Emma Polanco; al señor Vicedecano, maestro Juan Antonio Cerda Luna; al Decano de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Dr. Franklin García Fermín; a la Universidad del País Vasco y sus ocho profesores que impartieron los módulos del doctorado, especialmente el Dr. Javier Bilbao Ubillos; a mis compañeros del doctorado. Sin vuestros concursos, hoy no estuviera yo marchando hacia la consecución del título “DOCTOR EN ECONOMÍA”.



¿Política social?



**ÍNDICE GENERAL****CUADROS ESTADÍSTICOS PRESENTADOS 13****UNAS PALABRAS DEL RECTOR DE LA UASD 23****PREFACIO AL TOMO 26 25****CAPÍTULO I****INTRODUCCIÓN 29**

1.1 Nuestra idea de investigación

1.2 Objetivos Principales

1.3 Preguntas de investigación

1.4 Justificación del estudio

1.5 Postulaciones teóricas

1.6 Hipótesis

1.7 Método de investigación

1.8 Limitaciones y alcance

**CAPÍTULO II****SITUACIÓN SOCIAL DOMINICANA 43**

2.1 Evolución demográfica y movimientos migratorios en la República Dominicana

2.2 Necesidades sociales

2.2.1 Renglón educativo

2.2.2 Renglón salud

2.2.3 Renglón vivienda y hogar

2.2.4 Renglón empleo

2.2.5 Renglón pobreza y distribución del ingreso

**CAPÍTULO III****EJECUTORIA ESTATAL EN EL PLANO SOCIAL 67**

3.1 Evolución y clasificación del gasto público

3.2 Evolución y clasificación del gasto público social

3.3 Inversión social regional y pobreza

3.4 Gasto social y PIB

3.5 Gasto social efectivo, gasto social estimado y desarrollo humano

- 3.6 Evolución y clasificación del gasto público en educación
- 3.7 Evolución del gasto público en salud
  - 3.7.1 Dinámica de instituciones del sector salud
  - 3.7.2 Gasto público directamente en salud e indicadores de salud
- 3.8 Evolución del gasto público en viviendas
- 3.9 Evolución del gasto público en alcantarillado y aguas potables
- 3.10 Evolución y clasificación del gasto público en asistencia social
- 3.11 Evolución y clasificación del gasto público en seguridad social
- 3.12 El nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social y su financiamiento
  - 3.12.1 Implicaciones cuantitativas del Plan Básico de Salud (PBS)
  - 3.12.2 Flujo de financiamiento del seguro familiar de salud y nuevos escenarios
  - 3.12.3 Marco conceptual para la transformación de partidas presupuestarias
  - 3.12.4 Tratamiento empírico de las partidas gubernamentales pro-seguridad social
    - Gasto en salud de la SESPAS
- 3.13 Bondad del ajuste y coeficiente de elasticidad
- 3.14 Otras iniciativas estatales para atender las necesidades sociales
  - 3.14.1 Plan decenal de educación 1
  - 3.14.2 Reforma del sector salud
  - 3.14.3 Programas de INESPRES de ventas de alimentos subsidiados
  - 3.14.4 Proyectos de PROCOMUNIDAD en favor de comunidades pobres
  - 3.14.5 Ayudas a iniciativas microempresariales por el PROMIPYME
  - 3.14.6 Proyectos regionales orientados hacia la reducción de la pobreza
  - 3.14.7 Programa de instalación de agua potable y saneamiento
  - 3.14.8 Programa de ayuda alimentaria española

## **CAPÍTULO IV**

### **BALANCE DE LA POLÍTICA SOCIAL DOMINICANA 161**

- 4.1 En el campo educativo
- 4.2 En el campo de la salud
- 4.3 En el campo de la vivienda
- 4.4 En el campo del empleo 1
- 4.5 Balance global
  - 4.5.1 Impacto reduccionista de la política de ajuste sobre la política social

## **CAPÍTULO V**

### **PERFIL DE UNA NUEVA POLÍTICA SOCIAL 197**

- 5.1 Introducción
- 5.2 Estado de bienestar
- 5.3 Reiteración de una deprimente realidad social
- 5.4 Estrategia general
- 5.5 Política educativa
- 5.6 Política de salud
- 5.7 Política de viviendas
- 5.8 Articulación institucional
- 5.9 Puntos esenciales de una política de empleos
  - 5.9.1 Diagnóstico laboral
  - 5.9.2 Actores esenciales de la política de empleos
  - 5.9.3 Pasos concretos
  - 5.9.4 Previsiones futuras

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 221**

### **BIBLIOGRAFÍA 225**



**CUADROS ESTADÍSTICOS PRESENTADOS**

## Cuadro 1

Evolución de la población dominicana (1990-2010)

## Cuadro 2

Tendencia sanitaria (1990-2005)

## Cuadro 3

Tasa de eficiencia interna de la educación básica (1994-1998)

## Cuadro 4

Tasa de eficiencia interna en educación media general (1996-1998)

## Cuadro 5

Promedio de calificaciones de lenguaje y matemáticas en tercero y cuarto grado de la educación básica

## Cuadro 6

Tasa de titulación de maestros (1990-1999)

## Cuadro 7

Iniquidad educativa en América Latina (1993-1998)

## Cuadro 8

Disparidades educativas por dominio urbano rural (1996-1997)

## Cuadro 9

Composición porcentual de la PEA ocupada por categoría ocupacional según dominio de estudio (Censo de 1993)

## Cuadro 10

Principales indicadores del mercado de trabajo por dominio de estudio (2000)

## Cuadro 11

Composición porcentual de la población ocupada por rama de actividad económica según dominio de estudio (2000)

## Cuadro 12

Principales indicadores del mercado de trabajo por dominio de estudio (2000)

## Cuadro 13

Evolución de la tasa de desocupación en la República Dominicana (1990-2002)

## Cuadro 14

Incidencia de la pobreza (Año 1998)

## Cuadro 15

Distribución del ingreso por deciles de población (1992 y 1998)

## Cuadro 16

Gasto total del gobierno central (1990-2001)

## Cuadro 17

Clasificación económica del gasto gubernamental (1990-2000)

## Cuadro 18

Gasto social en el período 1991-2000 (Millones de RD\$)

## Cuadro 19

El gasto social como porcentaje del gasto total (1991-2000)

## Cuadro 20

Gasto público social como porcentaje del gasto total en países de América Latina (1996-1997)

## Cuadro 21

Inversión regional del gobierno central en servicios sociales (1991-1999) (En porcentajes)

## Cuadro 22

Inversión real per cápita en servicios sociales del gobierno central (1991-1999)

## Cuadro 23

Indicadores de pobreza en las provincias (1993)

## Evolución de la política social dominicana

## Cuadro 24

Inversión real per cápita en servicios sociales ajustada por el índice de pobreza (1997-1999)

## Cuadro 25

Coefficiente de Gini (1991-1999)

## Cuadro 26

El gasto social como porcentaje del PIB (1991-2000)

## Cuadro 27

Gasto público social como porcentaje del PIB en países de América Latina (1996-1997)

## Cuadro 28

Gasto social efectivo y gasto social estimado (1990-2000)

## Cuadro 29

Gasto en desarrollo humano (1990-2000)

## Cuadro 30

Gasto del gobierno central en educación (1990-2000)

## Cuadro 31

Clasificación económica del gasto real\* del gobierno central en educación (1990-2000)

## Cuadro 32

Gasto real del gobierno central en educación por institución (1990-2000)  
(Millones de RD\$)

## Cuadro 33

Gasto del gobierno central en salud (1990-2000)

## Cuadro 34

Ejecución presupuestaria de la SESPAS  
(1990-2000) (En millones de RDS)

## Cuadro 35

Ingresos y gastos del IDSS  
(1990-2000) (En millones de RD\$)

## Cuadro 36

Gastos corrientes y gastos de capital del IDSS  
(1996-2040) (En millones de RDS)

## Cuadro 37

Presupuesto ejecutado por el PROMESE  
(1993-2000) (En millones de RD\$)

## Cuadro 38

Presupuesto ejecutado por PROMESE por objeto del gasto (1993-2000)  
(En millones de RDS)

## Cuadro 39

Presupuesto ejecutado en el área de la seguridad militar  
(1990-2000)

## Cuadro 40

Ingresos totales del SNEM y aportes fiscales comentes del gobierno central (1990-2000)

## Cuadro 41

Servicios personales versus productos químicos (1990-2000)

## Cuadro 42

Ingresos totales del CONAPOFA y aportes fiscales corrientes del gobierno central  
(1999-2000)

## Cuadro 43

Relación gastos en sueldos para cargos fijos/gastos totales del CONAPOFA  
(1990-2000)

## Cuadro 44

Gasto público en salud como porcentaje del PIB (1996-1999)



## Evolución de la política social dominicana

## Cuadro 45

Financiamiento del gasto en salud del sector público  
(1996-1999) (En millones de RD\$)

## Cuadro 46

Gasto público en salud por funciones (1996-1999)

## Cuadro 47

Gasto público en salud por objeto (1996-1999)

## Cuadro 48

Gastos en salud por funciones en el subsector salud privado (Año 1996)

## Cuadro 49

Gastos del subsector salud privado por objeto  
(1996)

## Cuadro 50

Financiamiento como porcentaje del PIB  
(1996) (En millones de RD\$)

## Cuadro 51

Indicadores de salud en la República Dominicana (1950-2005)

## Cuadro 52

Gasto del gobierno central en vivienda  
(1990-2000)

## Cuadro 53

Gasto del gobierno central en vivienda por institución (1990-2000)  
(Millones RDS)

## Cuadro 54

Indicadores de viviendas, servicios sociales básicos y posesión de bienes en el hogar (1950-1998)

## Cuadro 55

Gasto del gobierno central en alcantarillado y agua potable  
(1990-2000)

## Cuadro 56

Gasto del gobierno central en asistencia social  
(1990-2000)

## Cuadro 57

Gasto en asistencia social por institución del gobierno central (1990-2000)

## Cuadro 58

Gasto real en asistencia social por institución del gobierno central  
(1990-2000) (Millones de RD\$)

## Cuadro 59

Gasto público nominal en seguridad social (1990-2000)  
(Millones de RD\$)

## Cuadro 60

Gasto público real en seguridad social  
(1990-2000) (Millones de RD\$)

## Cuadro 61

Pensiones y jubilaciones por institución pública  
(1990-2000) (Valores monetarios o nominales, millones RD\$)

## Cuadro 62

Gasto real en pensiones y jubilaciones por institución pública  
(1990-2000)

## Cuadro 63

Costos per cápita del catálogo de prestaciones del PBS (Junio 2002)

## Cuadro 64

Servicios de salud y frecuencia

## Cuadro 65

Costo per cápita del PBS por niveles de atención (año 2002)

## Cuadro 66

Porcentaje del costo per cápita por atención

## Evolución de la política social dominicana

## Cuadro 67

Evolución de la tasa de inflación en la República Dominicana (1990-2001)  
(1999=100)

## Cuadro 68

Proyección del costo total y del costo per cápita del PBS en el primer escenario  
(2003-2010) (En RD\$)

## Cuadro 69

Índice del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2002-2010)

## Cuadro 70

Deflatación parcial del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2003-2010)

## Cuadro 71

Comparación de costos en el primer escenario (2003-2010)

## Cuadro 72

Proyección del costo per cápita en el segundo escenario  
(2003-2010)

## Cuadro 73

Comparación de costos en el primer y segundo escenarios  
(2003-2010)

## Cuadro 74

Proyección del costo per cápita del PBS en el tercer escenario (2003-2010)

## Cuadro 75

Comparación de costos de los primeros y terceros escenarios (2003-2010)  
(En millones RDS)

## Cuadro 76

Proyección del costo del PBS por régimen de afiliación en el cuarto escenario  
(2003-2010) En millones de RD\$)

## Cuadro 77

Afiliados por régimen y quintil de ingreso (1998)

## Cuadro 78

Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario optimista (2003-2010) (En millones de RD\$)

## Cuadro 79

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación (2003-2010) (En millones de RD\$)

## Cuadro 80

Distribución de los recursos financieros del régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2007) (En millones de RD\$)

## Cuadro 81

Costos y financiamiento en el régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2010) (En millones de RD\$)

## Cuadro 82

Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010) (En millones de RDS)

## Cuadro 83

Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010) (En millones de RD\$)

## Cuadro 84

Conceptos incluidos en la clasificación por objeto del gasto del sector salud público

## Cuadro 85

Desmonte de las partidas presupuestarias correspondientes a la SESPAS (1990-2000) (En millones de RD\$)

## Cuadro 86

Proyección del gasto en salud de la SESPAS (2001-2010) (En millones de RDS)

## Cuadro 87

Asistencia social del gobierno central y organismos descentralizados (1995-2000) (En RD\$)

## Evolución de la política social dominicana

## Cuadro 88

Proyección de los valores monetarios de la asistencia social  
(2001-2010)

## Cuadro 89

Erogaciones del gobierno central en seguros médicos a empleados públicos (1995-2000)

## Cuadro 90

Proyección erogaciones gobierno central seguros de salud empleados públicos  
(2001-2010)

## Cuadro 91

Contribuciones impositivas de los juegos de azar (1995-2000)

## Cuadro 92

Proyección de las contribuciones impositivas de los juegos de azar (2001-2010)

## Cuadro 93

Aportes corrientes de la Lotería Nacional al gobierno central (1995-2000)

## Cuadro 94

Resumen proyectado (2001-2010) (En millones de RD\$)

## Cuadro 95

Financiamiento de la Secretaría de Educación a programas educativos  
(1990-2000)

## Cuadro 96

Partidas presupuestarias correspondientes a la SESPAS (Millones de RD\$) (1990-2000)

## Cuadro 97

Proyectos realizados hasta el 1º de agosto del 2000

## Cuadro 98

Generación de empleos (1993-2000)

Cuadro 99  
Generación de ingresos  
(1993-2000) (Millones de RD\$)

Cuadro 100  
Población comunitaria pobre beneficiada  
(1993-2000)

Cuadro 101  
Evolución del salario mínimo promedio real  
(1980-1999) (índices 1980= 100)

Cuadro 102  
Convenios colectivos de trabajo registrado durante el período 1995-2001

Cuadro 103  
Sindicatos registrados según décadas  
(1950-2001)

Cuadro 104  
Establecimientos registrados y trabajadores fijos según rama de actividad (2001)

Cuadro 105  
Nuevos registros de establecimientos y empleos fijos durante el año 2001

Cuadro 106  
Políticas convenidas con el FMI

Cuadro 107  
Comportamiento de las variables “compromisos de políticas” (1983-1991)

Cuadro 108  
Productos agrícolas y ajuste (1980-1995)

Cuadro 109  
Indicadores sociales de la República Dominicana desde el FMI

Cuadro 110  
Brecha de la producción (1966-2002)

## **UNAS PALABRAS DEL RECTOR DE LA UASD**

La Universidad Autónoma de Santo Domingo, requiere profundizar el nivel de investigación de sus docentes. Investigación para conocer la realidad y transformarla a favor los mejores intereses de la nación dominicana, en provecho de los ciudadanos más necesitados.

Precisamente el presente libro “Evolución de la política social dominicana 1990-2000”, de la autoría del profesor Manuel Linares, que tengo el honor de presentar ante el público y contribuir con su edición dentro de nuestra política editorial, constituye una investigación, que a mi juicio es de extrema importancia.

Toca la realidad social dominicana en las facetas de la educación, la salud, empleo, vivienda, aguas potables y alcantarillado y la pobreza. Y la trata con profundidad, pero a la vez con sencillez, logrando conjugar el análisis propiamente teórico con el empírico, lo que da lugar a una verificación completa de la hipótesis de investigación que se trazó nuestro investigador.

Como prueba de ello está el hecho de que el mismo contiene una evidencia empírica abrumadora: 110 cuadros estadísticos que muestran claramente la situación social dominicana.

Siempre será útil diagnosticar la realidad social dominicana, sobre todo si se hace en la perspectiva de proponer caminos conducentes a superar los obstáculos al logro del bienestar de la población dominicana.

En efecto, esta obra, no sólo representa una fotografía de la realidad social en el período arriba indicado, sino que su último capítulo analiza con un adecuado rigor los perfiles que debiera adoptar la definición y aplicación de una nueva política social, que tiene ante sí el grave reto de conciliar el discurso teórico, contrario a la pobreza, con iniciativas de naturaleza práctica que conduzcan a su liquidación.

Justamente en el libro que estamos presentando, advertimos que en el interés de evitar en el futuro la réplica de la vieja política social, la caracteriza, la enjuicia críticamente y propone los nuevos caminos.

Finalmente nuestras felicitaciones merecidas al profesor Manuel Linares, por la aparición de su nueva obra y reiteramos hasta el último día de nuestra gestión, el

compromiso indeclinable de apoyar toda iniciativa editorial y de investigación en el marco de nuestras limitaciones financieras.

**Dr. Porfirio García Fernández,**  
**Rector**

Diciembre 2004



## PREFACIO AL TOMO 26

El tomo 26 de nuestras Obras Completas para el período 1976-2023, está integrado por un solo trabajo de investigación, denominado *Evolución de la política social dominicana (1990-2000)*, que fue el trabajo presentado en la Universidad del País Vasco, como TESINA en el doctorado sobre economía.

En fecha 25 de noviembre 2004, escribimos la PRESENTACIÓN A LA PRIMERA EDICIÓN, en formato físico, de *Evolución de la política social dominicana (1990-2000)*.

Fue precisamente esa presentación que asumimos como prefacio del tomo 26 de nuestras Obras Completas, que a continuación exponemos:

“El 22 de octubre del año 2004 defendimos nuestra tesina que lleva por título *Evolución de la política social dominicana (1990-2000)*, ante un jurado examinador proveniente del Departamento de Economía Aplicada I, de la Universidad del País Vasco, como parte de uno de los requisitos académicos del Programa de Doctorado en Economía de dicha universidad, para el bienio 2002-2004.

“El jurado operó bajo la presidencia del Doctor Francisco Flores Santamaría y estuvo además integrado por los doctores Javier Bilbao Ubillos (secretario) y Macarena Larrauri Estefanía (miembro).

“La evaluación del contenido de la tesina, ya había sido realizada antes de la defensa y mereció la calificación de sobresaliente a unanimidad. De modo que el acto académico del 22 de octubre no tuvo otro propósito más que verificar si estábamos aptos para recibir la Suficiencia de Investigación, como antesala hacia la tesis doctoral. Obviamente este objetivo también fue felizmente alcanzado. En adición debemos consignar que también en todas las asignaturas del programa académico 2002-2004, para llegar a la tesina, alcanzamos la calificación sobresaliente. El personal de la UPV nos suministró una lección de cómo se evalúa atendiendo estrictamente al rendimiento académico del alumno/a.

“Deseo dejar constancia pública de nuestro agradecimiento al jurado examinador, por la justipreciación que hiciera respecto a nuestras condiciones docente-investigativas. Sus palabras de aliento poseen un potente espíritu vivificador, en un medio como el uasdiano en el cual muchas veces son destacadas no las virtudes, sino los defectos de los colegas. Les advierto que nuestro avance débese, entre otras razones, a las enseñanzas proveídas por vosotros en este Doctorado, por lo que estaré en deuda permanente con la Universidad del

País Vasco y con ustedes, Javier Bilbao Ubillos, Francisco Flores Santamaría, Joaquín Arriola Palomares, Mikel Zurbano Irizar, Francisco Javier Caballero Harriet, Valeriano Bakaikoa Azurmendi, Miguel Gómez Uranga y Vicente Camino Beldarrain, en particular.

“Esta obra entraña una significación muy particular, habida cuenta que contiene una investigación de la cuestión social dominicana en el período 1990-2000, caracterizado por la historia económica nacional como el lapso de mayor crecimiento económico de las últimas décadas, de mayor estabilidad macroeconómica, de ajuste estructural y apertura creciente de la economía. Eventos estos que tuvieron, sin lugar a duda, un impacto directo en las condiciones de vida y de trabajo del ciudadano dominicano.

“Nuestro objeto investigativo estuvo pues concentrado en el análisis de las políticas públicas adoptadas por el Estado dominicano, en el interregno señalado, a fin de comprobar si en el ámbito social se produjo un progreso análogo al impresionante crecimiento económico de la sociedad dominicana.

“Los hallazgos fueron decepcionantes cuando pudimos verificar el contenido de la hipótesis central de investigación, expresada en poner de manifiesto el rutinarismo en la dinámica de la política social dominicana, que la condujo a contemporizar con las lacras sociales que como el desempleo y la pobreza pretende erradicar.

“Esta investigación ha puesto en cuestión la hipótesis según la cual ha de existir una asociación directa entre crecimiento económico y bienestar social, puesto que si bien no se puede negar la verificación de cambios cuantitativos, e incluso algunos cualitativos, en la cuestión social dominicana en el período 1990-2000, el derrame de la bonanza económica sobre el cuerpo social de la República, se hizo mediante un goteo poco apreciable que indujo un avance muy tímido en la distribución del ingreso y el ataque frontal a la pobreza.

“De todos modos, prefiero que el lector extraiga sus propias conclusiones una vez haga contacto a fondo con la obra en cuestión.

“Conclusiones que de seguro no estarán muy distantes de los razonamientos críticos que exponemos a lo largo y ancho de esta obra, sobre todo porque después de ocho (8) años, 1978-1986, sin balaguerismo, el pueblo sometido volvió a tropezar con la misma piedra en el lapso 1986-1996. La democracia conservadora y la democracia liberal, en la esencia, son la misma cosa. Son incapaces de erradicar lacras tan repulsivas como el desempleo y la pobreza. Y no las erradican debido a que la formación social capitalista para mantenerse y desarrollarse tiene que priorizar la acumulación de capital, que a su vez exige privilegiar el

## Evolución de la política social dominicana

capital constante frente al capital variable. No hay punto intermedio, tal como lo demostramos en nuestra investigación *El capitalismo dominicano (1900-2010)*". (FIN).

Posteriormente, específicamente en fecha 26 de marzo del año 2018, escribimos la presentación de *Evolución de la política social dominicana (1990-2000)*, para la edición digital, y que en estos momentos también la hacemos parte del prefacio del tomo 3 de nuestras Obras Completas. Mírela aquí:

“*Evolución de la política social dominicana (1990-2000)*, constituye otra obra que se adiciona a nuestras Obras Completas.

“Dicha obra se parece, en el contenido, a la que le precedió, pero difiere en cuanto a su límite. Ésta versa esencialmente sobre la seguridad social, específicamente la ley 87-01 que la pauta. La actual, en cambio, incluye íntegramente algunos capítulos de la que le precedió, y se adentra en la exposición sobre la política social; su contenido es mucho más amplio y mucho más rico.

“Esa investigación constituyó la Tesina del Programa Doctoral de la Universidad del País Vasco, España; la cual fue presentada y aprobada en el 2004, con una calificación SOBRESALIENTE A UNANIMIDAD.

“Para los fines de esta edición digital de *Evolución de la política social dominicana (1990-2000)*, me vi en la necesidad de leerla nuevamente. ¡Oh sorpresa!, quedé gratamente impactado por su contenido. Merecía la calificación obtenida.

“Si ayer su contenido reflejaba fielmente la deprimente realidad social, hoy tiene aún mayor justificación ante el agravamiento de la distribución del ingreso nacional, palpable a toda vista, que afecta a las clases sociales explotadas, principalmente a los obreros y a los campesinos pobres.

“Se hace mucha bulla con respecto al crecimiento cuantitativo del PIB, de un presupuesto estatal superior a 800 billones de pesos dominicanos, al 4% del PIB para la educación, una tasa de inflación de un dígito e igualmente en el caso del desempleo y a otros elementos relacionados con las variables agregadas de la economía.

“Mas, todo eso se queda precisamente en bulla, en allantes, puesto que el salario obrero se mantiene estancado, los sueldos de los servidores públicos,

especialmente en el área de la salud, así como en el área de la educación, se mantienen en franco deterioro, mientras la alta burocracia estatal se maneja en un ambiente de exuberancia económica.

“Cuando los hombres y mujeres humildes de la nación visitan los hospitales públicos, atraviesan un verdadero viacrucis, que en la parte fronteriza del país, se ve multiplicado por 100; el Estado dominicano no se conmueve de los pobres, solamente lo que le interesa es mantener a raya todo tipo de protesta popular, de reclamo popular, y de este modo extender la vida de sufrimientos a que son sometidos por el capitalismo.

“Así las cosas, las críticas que se vierten en este trabajo a la realidad social imperante en el período 1990-2000, si el mismo es actualizado para el lapso 2001-2018, es fácil pronosticar que la censura se verá duplicada. No hay duda de esto. Prometo que haré dicha actualización”. (FIN).

**Dr. Manuel de Jesús Linares Jiménez,  
Enero 2023.**

## **CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Nuestra idea de investigación**

Hemos estado trabajando el tema de la “*POLÍTICA ECONÓMICO-SOCIAL DEL ESTADO DOMINICANO (1930-2000)*”, para la investigación mayor del doctorado en economía de la Universidad del País Vasco (UPV).

Ahora hemos postulado nuestro tema de investigación menor denominado “*EVOLUCIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL DOMINICANA (1990-2000)*”, que servirá de antesala a la investigación mayor.

De hecho, este tema está incluido en nuestra tesis doctoral que posee una perspectiva mucho más amplia, ya que arranca desde el año 1930.

No hay dudas de que el primer curso doctoral impartido por el profesor Dr. Don Javier Bilbao Ubillos, sobre las políticas industrial y social comunitarias, sentó la inspiración, la idea, de adentrarme en el estudio de lo social dominicano desde la óptica de la evaluación y definición de la política en el ámbito citado. Gracias anticipadas a mi profesor.

### **1.2 Objetivos principales**

Los objetivos principales que pretendemos alcanzar con esta investigación son los siguientes:

Objetivos generales: 1) analizar la política social dominicana en el período 1990-2000, a fin de captar su dinámica de funcionamiento; 2) cuantificar las distintas variables económicas involucradas en la política social, para facilitar la descripción de los resultados emanados de la aplicación de dicha política.

Objetivos específicos: 1) definir y proponer lineamientos básicos para una política social

dominicana que sirvan para mejorar la existente y atacar la pobreza y otras rémoras sociales; 2) precisar algunos lineamientos que sirvan para la definición de una política de empleo, con la finalidad de atacar el desempleo y la pobreza.

### **1.3 Preguntas de investigación**

¿Por qué si el producto creció vigorosamente durante el decenio de los noventa, un tanto igual (decrecimiento) no lo hicieron la pobreza y la marginalidad social en la República Dominicana? ¿Qué tipo de relaciones se entretajeron entre la política social y la política de ajuste económico, en el decenio de los noventa? ¿Cuáles son las razones que dificultan el hecho comprobado de que el gasto social si bien ha ido en aumento, no se aproxima a un nivel adecuado respecto al PIB? ¿Qué tipo de reforma los dominicanos tendremos que acometer en el sector de los servicios sociales para adecuarlos a los requerimientos de una economía en transformación y globalizante?

### **1.4 Justificación del estudio**

Nuestro tema de investigación está relacionado con la “evolución de la política social dominicana en el decenio de los noventa, en un contexto globalizado y posibilidad de mejorarla en procura de la erradicación de la pobreza de suelo dominicano”.

Los objetos, relaciones, delimitación temporal y delimitación espacial, de nuestro tema de investigación son los siguientes:

Objetos: evolución de la política social dominicana; un contexto globalizado; y posibilidad de mejorar la actual política social para reducir y erradicar la pobreza.

Relaciones: de la política social dominicana con la globalización del contexto social y económico; y nexos de ésta con la posibilidad de enmendarla para hacer efectiva la tarea que conduce a la reducción y a la erradicación de la pobreza.

Delimitación temporal: 1990-2000.

Delimitación espacial: República Dominicana.

El tema de investigación seleccionado, sugiere una asociación analítica entre política social y globalización. Esto es correcto. Y es que la sociedad dominicana de hoy es el resultado de un dilatado proceso de cambios, principalmente en los ámbitos económico y social. Luego, estando dicho proceso permeado por el fenómeno de la globalización, no hace sino imponer

la necesidad metodológica de proceder de la forma supra dicha.

Mas, no basta con aprehender la asociación señalada, conveniente es además delinear el camino conducente hacia enmiendas sustantivas de la política social de hoy, tal que el país tienda hacia la exclusión de múltiples males que les acosan, en particular la pobreza de millones de dominicanos.

Respecto a las delimitaciones temporal y espacial nos anclamos en suelo dominicano bajo el interés de conocerlo más a fondo y hacer propuestas modestas y viables para mejorar el objeto de investigación.

El lapso seleccionado (decenio de los noventa del pasado siglo veinte), tiene que ver con los siguientes aspectos: marca el inicio de las reformas estructurales de la economía dominicana. Es el decenio donde el proceso globalizador mundial intensifica su influjo sobre la economía y sociedad dominicanas. En dicho lapso existe una copiosa información estadística sobre las variables macroeconómicas relacionadas con el tema investigado y es el decenio donde se van a desarrollar varios eventos internacionales, que sirven de parámetro para el estudio social.

Los principales beneficiarios de esta investigación son la UASD y la sociedad dominicana. La UASD, debido a que una vez concluya exitosamente el proyecto de investigación, el suscrito estará mejor formado académicamente y preparado para incursionar en el proyecto superior: tesis doctoral. La sociedad dominicana, en razón de que este trabajo de investigación aporta una perspectiva clara de lo ocurrido en el pasado reciente en materia social, en la República Dominicana, sirviendo de insumo para el trabajo superior que ya nos hemos propuesto.

Su implicación práctica está referida a servir de estímulo para la profundización de la investigación de la temática en cuestión, en nuestro país, ya que un escaso número de instituciones ha emprendido tales estudios para el decenio de los noventa, o al menos no los han publicado.

¿Cuál es el valor teórico de esta pretesis? Su valor teórico reside en la evaluación rigurosa de la política social aplicada, en términos cuantitativos y cualitativos, y en la proposición de nuevos rumbos al respecto.

### **1.5 Postulaciones teóricas**

El marco teórico del cual partimos para emprender este proyecto de investigación, implica

el reconocimiento de la vigencia de una economía de mercado, que se supone hegemónica en el mundo, especialmente a partir del 1989 cuando cae el “Muro de Berlín”. Esta hegemonía, no quiere decir, en modo alguno, que tal tipo de economía resulte toda bondad. A decir verdad, está sujeta a ciclos económicos que sobre todo en sus fases recesivas resultan sumamente gravosos para el bienestar de la ciudadanía.

En efecto, presente está entre nosotros, la inestabilidad periódica de la economía de mercado, la existencia de fallas del mercado y por consiguiente la necesidad de que el Estado intervenga para remediar estas fallas, en el caso que nos ocupa, definiendo y aplicando políticas en el campo social que tiendan a promover condiciones de vida y de trabajo beneficiosas para la población.

Ahora, reflexionando sobre el contenido de las distintas escuelas del pensamiento económico, desde la clásica hasta la neoliberal, debemos decir que nuestro discurso, al propósito que nos ocupa, estará conectado al pensamiento keynesiano, que inaugura en forma decidida la actuación estatal en el ámbito de la economía para corregir precisamente las fallas del mercado, en ocasión de la gran depresión de 1929, dejando atrás las tesis clásicas y neoclásicas que estaban de espaldas a las nuevas transformaciones que se venían incubando en la economía capitalista.

Una economía como la dominicana, similar a la que impera hoy en el mundo, desde su génesis trae consigo serios bolsones de depauperados. La sola disociación de la propiedad de los medios de producción, por los trabajadores directos, condiciona un proceso distributivo adverso del ingreso nacional, que unido a las emergencias de factores coyunturales, propios del ciclo económico capitalista, lanzan continuamente muchos trabajadores y ciudadanos que reciben rentas anuales relativamente modestas, al fondo de la pobreza; imponiendo la necesaria intervención del Estado en la economía, en procura de aliviar, atenuar y erradicar el fenómeno supra indicado.

Aparentemente la supresión de la disociación existente entre el productor y los medios de producción, conduce a la exclusión de la pobreza; pero resulta que con la realización victoriosa de la revolución socialista de octubre de 1917 en Rusia, y la posterior vertebración de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), en dicho bloque la pobreza subsistió, a pesar de que el proceso distributivo de la renta nacional mejoró; por lo que la transformación radical de la estructura de propiedad sobre los medios de producción no combina las condiciones necesarias y suficientes para alumbrar un contexto económico-social pletórico de abundancia; evidentemente así piensan los críticos del régimen socialista.



## Evolución de la política social dominicana

De allí, entonces que sea tan importante que la sociedad disfrute de una correcta política social que aun dentro de los canales propios del régimen capitalista, contribuya a que broten niveles adecuados de bienestar para la mayoría de la población.

Cabe preguntarse, ¿qué es la política social? Javier Bilbao Ubillos y Ricardo Aláez Aller, nos dan una idea sobre la misma: “(...) *En general, consideramos la política social como aquella política pública cuyo objeto es la mejora del nivel y calidad de vida de los ciudadanos, así como de sus condiciones de trabajo (...)*”<sup>1</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). De modo que las políticas estatales orientadas a asistir a los depauperados, a proteger a los desvalidos, a mejorar el estado de salud pública, a elevar la competencia de la educación, a modernizar los mercados laborales, a difundir y consolidar la cultura nacional, a generar nuevas soluciones habitacionales y acondicionar las existentes, a combatir la pobreza, la marginalidad y la exclusión, a crear un contexto de equidad distributiva del ingreso nacional, forman parte de la política social.

*“En los países industrializados -dice Gregorio Rodríguez Cabrero<sup>2</sup>- de capitalismo avanzado, la política social es la consecuencia de varios factores: las necesidades de la reproducción social de la fuerza de trabajo para adecuarla al cambio técnico y a los nuevos requerimientos de un mercado de trabajo más flexible y móvil; también es una consecuencia de las presiones, hoy a la defensiva, de unas clases asalariadas con grados de concentración industrial inferiores a los de los años setenta y con sindicatos menos poderosos; y no menos importante, se trata de una respuesta a los problemas de orden social y político que genera la exclusión, precarización y cambios abruptos en el papel de la familia y de la comunidad en la integración social”.*<sup>3</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

En verdad, la política social concebida en los términos planteados por el Doctor Gregorio Rodríguez Cabrero, ya no se circunscribe exclusivamente a los países de capitalismo avanzado, igualmente ocurre así en los de capitalismo menos avanzado, como el dominicano, a resultas del proceso globalizador que matiza las actividades esenciales de la economía mundial.

---

<sup>1</sup> Bilbao Ubillos, Javier y Aláez Aller, Ricardo (2000): *Protección social y competitividad en la Unión Europea*. Ensayo. Universidad del país Vasco, España, p. 103.

<sup>2</sup> Es doctor en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma de Madrid y en Derecho y Ciencias Políticas por la Universidad Complutense.

<sup>3</sup> Rodríguez Cabrero, Gregorio (1997): “Conflicto, gobernabilidad y política social”. Ensayo que aparece en el libro: *Buen gobierno y política social*, cuyos editores son Salvador Giner y Sebastián Sarasa. Editorial Ariel, Barcelona, p. 114.

La política social tiene que ayudar a la reproducción de la fuerza de trabajo en función de la nueva plataforma tecnológica en que se asienta la empresa globalizada, en cuyo centro está la producción de conocimientos.

En el conflicto que se verifica entre el capital y el trabajo, en el cual el primero procura a toda costa comprimir la porción que le corresponde al segundo en la repartición de las rentas generadas en la economía, el Estado con su política social está en el deber de auxiliar el contexto en que los trabajadores y los pobres en sentido general, sobreviven en la formación social capitalista. Este papel se hace tanto más necesario si se piensa que las poderosas entidades obreras que prevalecían, verbigracia en la época de la guerra fría, yacen en el lecho de la historia, haciéndose realidad un sindicalismo obrero vaciado de todo contenido clasista y completamente adocenado.

Y es que es absolutamente cierto que el obrero ha ido perdiendo importancia en el actual régimen de producción de capitalismo globalizado, donde el recurso conocimiento tiende a ejercer la supremacía sobre los demás factores de producción tradicionales (tierra, trabajo y capital).

A dicho respecto, Peter F. Drucker, asevera: *“Dos clases dominaban la sociedad capitalista: los capitalistas, que eran los propietarios y controlaban los medios de producción, y los trabajadores -los “proletarios” alienados, explotados, dependientes, de Karl Marx (...) Los proletarios primero se convirtieron en la clase media acomodada como resultado de la “Revolución de la Productividad” -la revolución que empezó justamente por la época de la muerte de Marx, en 1883, y llegó a su culminación en todos los países desarrollados poco después de la Segunda Guerra Mundial. Hacia 1950, el trabajador industrial -que ya no era proletario pero seguía siendo obrero- pareció dominar la política y la sociedad en todos esos países; pero luego, con el advenimiento de la “Revolución Administrativa”, los obreros de la industria manufacturera empezaron a declinar rápidamente, en números y, más aún, en poder y posición social. Para el año 2000 no habrá ningún país desarrollado en que los trabajadores tradicionales que hacen y mueven bienes constituyan más de una sexta o una octava parte de la fuerza laboral”*.<sup>4</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Y agrega: *“Igualmente importante es que el verdadero recurso dominante y factor de producción absolutamente decisivo no es ya ni el capital, ni la tierra ni el trabajo. Es el conocimiento. En lugar de capitalistas y proletarios, las clases de la sociedad*

---

<sup>4</sup> Drucker, Peter (1994): *La sociedad post capitalista*. Editorial Norma, Bogotá, p. 5.

*postcapitalista son trabajadores de conocimientos y trabajadores de servicios”.*<sup>5</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). Y si esta es la realidad que se presenta ante nuestros ojos, al decir de Drucker, han de emerger nuevas necesidades ciudadanas, en el campo del bienestar, que obligan y obligarán al Estado a la asunción de políticas sociales innovadoras, ya que no se trata exclusivamente de la disociación entre los medios de producción y el productor directo, arriba aludida, puesto que los trabajadores de conocimientos son precisamente dueños de sus conocimientos, haciendo de la dinámica laboral un hecho objetivo mucho más complejo.

De todos modos, en la sociedad de hoy el mecanismo principal que utiliza el Estado, como núcleo central, para garantizar la ejecución de su política social, es el denominado gasto social. El PNUD, dice: *“La lucha contra la pobreza constituye una de las razones que justifican la intervención del Estado en las áreas sociales. De hecho, una estrategia eficaz para reducir la pobreza debe perseguir dos objetivos fundamentales, por un lado, promover el uso de la mano de obra, que es el activo más importante con que cuentan los pobres; y por otro lado, debe aumentar el capital humano, a través de incrementos en los niveles de educación y salud de la población. Los resultados de perseguir y lograr esta combinación de objetivos serán un mayor nivel de empleo y remuneraciones crecientes para los individuos. En este sentido, el gasto social debe constituir un medio a través del cual los gobiernos contribuyan a acentuar la capacidad de las personas de mejorar sus condiciones de vida de manera sostenida. El incremento en los niveles de educación y salud de la población contribuirán a que ésta pueda procurarse los medios para vivir una vida más prolongada y digna”.*<sup>6</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

En el caso dominicano, tal gasto está constituido básicamente, por las erogaciones gubernamentales en educación, deportes y recreación, salud, asistencia social, trabajo, vivienda, alcantarillado y agua potable, servicios municipales y servicios a la comunidad.

Obviamente, en es un concepto de gasto social mucho más amplio que el utilizado por países desarrollados, especialmente del ámbito europeo, que lo circunscriben a los gastos en prestaciones de mantenimiento de rentas, sanidad, vivienda, educación y asistencia social.

Estamos frente a una controversia. ¿Cuál es el concepto correcto y verdadero, cuál es el incorrecto y falso? Pensamos que ninguno es incorrecto, ni falso; en la medida que nos atenemos al criterio popperiano de la verdad y buscamos la certeza del concepto en función

---

<sup>5</sup> *Ibíd.*, p. 6.

<sup>6</sup> PNUD (2000): *Desarrollo humano en la República Dominicana*. Editora Corripio, Santo Domingo, R.D., p. 191.

del grado de verosimilitud que posea, nos damos cuenta que, en el caso que nos ocupa ambos son ciertos, solo que el dominicano es mucho más amplio y el otro más estricto. El dominicano incluye, por ejemplo, el gasto en aguas potables y alcantarillado. Y nosotros decimos, tal gasto ayuda a elevar el bienestar de los ciudadanos dominicanos, en virtud de que los lleva a consumir un tipo de agua que no le afecta la salud y porque, en cuanto al alcantarillado, facilita que fluya el agua en descomposición. Luego eso no tiene otro nombre que gasto social.

Conectado con el gasto social, se encuentra el sistema de protección social. La seguridad social es esencialmente una responsabilidad del Estado, explicitada en la constitución de la República, que en el artículo 17 estipula que toda persona posee el derecho de gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez. La constitución también dispone que el Estado debe proteger y dar asistencia a los ancianos, e igualmente debe prestar asistencia social a los pobres, en forma de alimentos, vestimenta y otras prestaciones.

El sistema de protección social imperante en nuestro país, tiene como base la ley, No. 87-01, promulgada el 9 de mayo del 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)<sup>7</sup>, en el marco de la constitución de la República Dominicana, para desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

Empujar firmemente para que el SDSS sea una realidad en la República Dominicana, tiene una importancia capital, toda vez que la pobreza se mantiene con una singular fuerza en toda la geografía nacional, impidiendo que muchos dominicanos disfruten de una mejor vida y perturbando una inserción sana de brazos de trabajo en el quehacer productivo.

Cuando advertimos una población en transición demográfica, como la dominicana, en obvio proceso, aún lento, de envejecimiento, la gradual y dinámica inserción de la mujer en el mercado laboral en procura de rentas que permitan la sobrevivencia de sus hogares (lo que hace necesaria la construcción de nuevas guarderías), hacen del SDSS un camino ineludible a trillar a los fines de garantizar pensiones y prestaciones sanitarias cada vez más a tono con las exigencias del mercado.

---

<sup>7</sup> Secretaría de Estado de Trabajo (2001): *Ley No. 87-01* que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 9 de mayo del 2001. Editora Centenario, S.A., Santo Domingo, R.D.

Ahora, ¿cómo concebimos la pobreza en esta investigación? Existen criterios muy diferentes a partir de los cuales se analiza la pobreza.

*“(...) Desde esta perspectiva, -dice Sen- la pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica la pobreza (...)”*<sup>8</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

*“Ya hemos aprendido -dice el Consejo Nacional de la Empresa privada (CONEP)- como empobrece un país. Lo estamos viviendo en el día a día con la devaluación y la inflación. Hay dos maneras de combatir la pobreza. La primera es no creándola. Y no la creamos cuando mantenemos la estabilidad macroeconómica y la defensa del valor de nuestra moneda”*.<sup>9</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

*“La pobreza -dice el PNUD- implica la negación de la oportunidad de disfrutar de una vida tolerable y digna (...)”*<sup>10</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Es muy evidente el punto común conceptual de la pobreza, aunque se parta de enfoques disímiles: ésta es privación, exclusión y reducción de bienestar.

En esta investigación, a los fines de su evaluación cuantitativa, se hace énfasis en la metodología (línea de la pobreza sobre la base de un nivel determinado de ingreso) adoptada por Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), manejada por el Banco Central de la República Dominicana. Al definir cuantitativamente una línea de pobreza, todos los que allí estén situados por debajo de la misma son pobres. En el caso dominicano, dicha línea fue definida en RD\$894.0 per cápita al mes.

Esta línea de pobreza incluiría dos componentes, uno relacionado con el costo de una canasta básica de alimentos; y el segundo el costo de otros bienes y servicios no alimenticios. *“La canasta básica de alimentos es compatible con un nivel mínimo de calorías requeridas, que en algunos casos se estima en por lo menos 2,100 calorías per cápita día. El componente alimento de la línea de pobreza se puede diferenciar por zonas*

---

<sup>8</sup> Sen, Amartya (2000): *Desarrollo y libertad*. Editora Planeta, España, p. 114.

<sup>9</sup> CONEP (2003): *Agenda empresarial para el desarrollo*. Editora Corripio, Santo Domingo, RD., p. 36.

<sup>10</sup> PNUD (2000): *Desarrollo humano en la República Dominicana*. Editora Corripio, Santo Domingo, R.D., p. 165.

*geográficas, ya que se ha estimado que la mayor realización de actividades físicas en las zonas rurales provoca que las personas de esas zonas tengan que consumir una mayor cantidad de calorías. En adición, el costo de satisfacer las necesidades mínimas en la zona urbana es superior al prevaleciente en las zonas rurales”.*<sup>11</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Las principales fuentes estadísticas que sirven de soporte a esta investigación, proceden del Banco Central de la República Dominicana, principalmente de la *Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares*, que periódicamente ejecuta dicha institución; de la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRES), y su publicación anual denominada *Ejecución Presupuestaria*; de la base de datos que aparece en la magnífica obra sobre economía dominicana, de la autoría del profesor Adolfo Martí; y en la publicación de la CEPAL, que lleva por nombre *Desarrollo económico y social de la República Dominicana (1980-2000)*.

Los indicadores que hemos seleccionado para llevar a cabo el análisis comparado son los siguientes:

**Incidencia de la pobreza.** Este se define como la proporción de la población cuyo ingreso o gasto se sitúa por debajo de la línea de pobreza.

**La brecha de la pobreza.** Este índice indica la distancia promedio entre el ingreso de los hogares pobres y el nivel de ingreso correspondiente a la línea de pobreza.

**La severidad de la pobreza.** Este indicador resulta de ponderar las brechas de la pobreza por la distancia del ingreso de una persona pobre respecto a la línea de pobreza.<sup>12</sup>

**El gasto social efectivo.** Este indicador muestra el gasto social observado.

**El gasto social estimado.** Este resulta de una estimación estadística, sobre la base del observado.

**El índice de gasto humano.** Este indicador fue “(...) elaborado por el Programa de las

---

<sup>11</sup> Banco Central de la República Dominicana: “Situación de la pobreza y distribución del ingreso en la República Dominicana”. Santo Domingo, DN, julio de 1999, p. 17,

<sup>12</sup> Véase la publicación del Banco Central de la República Dominicana (1999), “Situación de la pobreza y distribución del ingreso en la República Dominicana”. Santo Domingo, R.D., págs. 21-23.

## Evolución de la política social dominicana

*Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su reporte del Desarrollo Humano 1991'' que tiene como objetivo determinar el porcentaje del ingreso nacional asignado a preocupaciones de prioridad humana''.*<sup>13</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, tasa global de fecundidad, tasa bruta de natalidad e ingreso per cápita y otros.

### 1.6 Hipótesis

La vigencia de una práctica rutinaria en la dinámica de funcionamiento de la política social dominicana en el decenio de los noventa, la llevó a contemporizar con las rémoras sociales que intenta reducir y erradicar.

Identificación de variables: 1) Una práctica rutinaria; 2) La dinámica de funcionamiento de la política social dominicana en el decenio de los noventa.

Variable independiente: una práctica rutinaria.

Indicadores: poca iniciativa creadora de los gerentes sociales; duplicidad de funciones de las entidades relacionadas con la aplicación de la política social; sujeción de la política social al asistencialismo.

Variable dependiente: la dinámica de funcionamiento de la política social dominicana.  
Indicadores:

- Cuantía del gasto social
- índice del gasto social
- Proporción del gasto social respecto al PIB
- Proporción del gasto social respecto al gasto gubernamental central.

### 1.7 Método de investigación

Aspiramos a usar el método científico en esta investigación, tal como lo establece Ezequiel Ander-Egg. Un método que se atenga principalmente al hecho económico objetivo, como principal fuente de información; que sea trascendente, en el sentido que no se quede en la

---

<sup>13</sup> Ceara Hatton, Miguel y Croes Hernández, Edwin (1993): *El gasto público social de la República Dominicana en la década de los ochenta*. CIECA y UNICEF. Editora Cumbre, Santo Domingo, R.D., p. 56.

simple enunciación del hecho económico, sino que salte del nivel observacional al nivel explicativo; que se atenga a procedimientos (técnicas) operativos que ayuden a desbrozar el camino investigativo; que tienda a la verificación empírica, a fin de validar o desechar las hipótesis de investigación formuladas; que sea auto correctivo y progresivo, de modo que asegure la rectificación de entuertos que vayan surgiendo en el proceso investigativo; y que sea objetivo, de modo que oriente el proceso independientemente de los valores y creencias que sustentemos.

Guiándonos del método arriba planteado, usamos un procedimiento que estuvo constituido por los siguientes pasos:

Paso uno:

Lectura intensa de todo tipo de libros, documentos o revistas, generados en el país o en el extranjero, vinculado con el tema investigado.

Paso dos:

Estructuración de tablas estadísticas, soporte empírico de la consecución de los objetivos planteados e igualmente de las hipótesis.

Paso tres:

Una vez que alcanzamos el punto de la saturación teórica, emprendimos el viaje de la redacción.

Paso cuarto:

Presentamos el primer borrador al director de la pretesis.

Paso quinto:

Incorporamos las correcciones sugeridas por el director de la pretesis.

Paso sexto

Presentamos formalmente el estudio de investigación.



## **1.8 Limitaciones y alcance**

Las limitaciones de este estudio están marcadas por los siguientes elementos:

- a) Poca experiencia investigativa.
- b) Datos estadísticos habitualmente inconsistentes.
- c) Rezago teórico de gran significación de parte del sustentante.
- d) Entorno de trabajo hostil a la investigación.

Su alcance, obviamente no va más allá de una pretesis que permite emprender, en el futuro, el viaje a una larga distancia.

Linares



Download from  
**Dreamstime.com**

This watermarked comp image is for previewing purposes only.



ID 40476198

© Jedynakanna | Dreamstime.com

## CAPÍTULO II SITUACIÓN SOCIAL DOMINICANA

### 2.1 Evolución demográfica y movimientos migratorios en la República Dominicana

En el año 1990, de acuerdo a estimaciones realizadas por la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), la población dominicana alcanzó la cifra de 7,066,209. De estos, 3,591,110 serían varones y 3,475,099 serían hembras. Se proyectó para el 2000, una población de 8,396,164, distribuida al nivel de sexos, del modo siguiente: varones, 4,267,869 y hembras, 4,128,295.

**Cuadro 1**  
**Evolución de la población dominicana (1990-2010)**

<b>Grupo de población</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Población total	7,066,209	8,396,164	9,791,319
Hombres	3,591,110	4,267,869	4,968,768
Mujeres	3,475,099	4,128,295	4,822,551
0 a 4 años	967,977	942,094	994,193
5 a 14 años	1,746,065	1,867,507	1,885,987
15 a 64 años	4,115,699	5,223,906	6,384,357

**Fuente: ONAPLAN, 1999.**

Cincuenta años atrás (año 1950), el país disponía de 2,135,872 habitantes, quiere decir que al año 2000, la población dominicana se ha multiplicado por 3.3, es decir, se ha más que triplicado. Sin embargo en términos relativos, su ritmo de crecimiento se ha aminorado notablemente. De 3.5% como tasa de crecimiento en el primer quinquenio de los años sesenta, desciende en la actualidad a 1.6%. Esta dinámica demográfica ha sido motivada por las mutaciones acaecidas al nivel de las siguientes variables: mortalidad, migración internacional y la fecundidad. *“Esta última variable ha sido el determinante principal. En efecto, la tasa global de fecundidad (número medio de hijos tenidos por las mujeres durante su vida reproductiva), descendió con un ritmo sin precedentes en la historia demográfica mundial, desde 7.5 hijos por mujer prevalecientes en la década del 1960 hasta*

3.0 a finales del 2000 (...)”<sup>14</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La República Dominicana, vive un proceso de transición demográfica, que como proceso social tiene su génesis en el continente europeo, cuyos países que lo integran, su población “(...) *evolucionaba desde niveles de mortalidad y fecundidad altos a niveles bajos, en reacción a las transformaciones sociales y económicas derivadas de la modernización industrial*”.<sup>15</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

De acuerdo a las investigaciones realizadas por varios demógrafos dominicanos, a partir del segundo lustro de los años sesenta, en la República Dominicana la fecundidad inicia su descenso sostenido de los niveles de 7.5 hijos por mujer, a 5.5 hijos por mujer en el primer quinquenio de los años setenta, acusando una tasa de descenso promedio anual de 2.7%. A finales de los años ochenta, la tasa global de fecundidad alcanzaba 3.5 hijos por mujer y desciende a 3.2 a mediados de los 90. A final del siglo XX dicha tasa se supone que ha bajado a 2.6 hijos por mujer.

*“En resumen, el proceso de transición de la fecundidad en la República Dominicana en las tres últimas décadas ha sido determinado por tres variables: la nupcialidad, el uso de los métodos anticonceptivos y la prevalencia del aborto inducido. Cada una de estas variables habría jugado un papel muy significativo en la gran caída de la fecundidad en la década de los setenta y en su aceleración a mediados de los ochenta. Sin embargo, en la década de los noventa se presenta una situación que llama poderosamente la atención: mientras la nupcialidad cambia la dirección de sus efectos, presentando una contribución positiva al aumento de la fecundidad, y el aborto inducido atenúa sus efectos reductores, el aumento en el uso de anticonceptivos compensa la pérdida de esos efectos. Y contribuye con su balance positivo, con lo cual se convierte en la variable determinante de la caída de la fecundidad en la década de los noventa. De manera que aquí radica la causa de que, a pesar de haber ocurrido un aumento significativo de la prevalencia de métodos de planificación de la familia, la fecundidad atenuara la velocidad de su caída en la última década del siglo veinte”*.<sup>16</sup> (Comillas, y cursiva son nuestras).

---

<sup>14</sup> Gabinete Social del Gobierno Constitucional 2000-2004 (2000): *Política social del gobierno dominicano*. Volumen I. Santo Domingo, R.D., p. 39.

<sup>15</sup> CEPAL-CELADE (1993): *Población, equidad y transformación productiva*. Naciones Unidas, Santiago de Chile, p. 16.

<sup>16</sup> Morillo, Antonio (2001): “Transición de la fecundidad y sus factores determinantes en la República Dominicana”. Libro: *Bases para una política de población y desarrollo en la República Dominicana* (Editado por CONAPOFA, SESPAS y FNUAP). Santo Domingo, RD., p. 63.

## Evolución de la política social dominicana

La estructura de la población dominicana, por edades, ha venido sufriendo modificaciones. En el año 1950 el 44.5% de la población total estaba comprendido en el tramo de 0 a 14 años de edad; declina a un 33.46% para el año 2000 y se proyecta que para el año 2010 se situará en 29.4%. Mientras que en el mismo período la proporción del número de habitantes en el tramo de 15 a 64 años, describe la siguiente trayectoria: 25.9%, 62.2% y 65.2%, respectivamente.

Las cifras indicadas más arriba ponen al descubierto que el proceso de transición demográfica de la población dominicana, está provocando cambios notables en la estructura por edad en la población, pasando del predominio de un sector extremadamente joven, al predominio de otro sector no tan joven. Por tanto dicha población ya emprendió la senda del envejecimiento.

Los distintos censos que se han realizado en el país, dan cuenta de una tendencia hacia la concentración de la población en la zona urbana, en desmedro de la rural; y dentro de la zona urbana, en algunas ciudades. En el 1950 sólo el 34% de la población del país residía en la zona urbana, en el 1981 salta al 52%, en el 1993 era de 56% y en la postrimería del decenio de los noventa se situó por encima del 60%. Las provincias receptoras de este desplazamiento poblacional de la zona rural hacia la zona urbana son principalmente La Romana, San Cristóbal, San Pedro de Macorís y el Distrito Nacional.

Estos desplazamientos tienen como base explicativa las penurias económicas que arropan a la población rural y las migraciones internas de ciudadanos que se emplazan en los centros urbanos en procura de mejores oportunidades de empleo y de condiciones de vida.

*“Los movimientos migratorios internos han sido responsables de los desequilibrios regionales existentes actualmente en la distribución de la población. En el 1981 el 47.9% de la población del país residía en la región sureste, el 39.4% en la región Cibao y el 12.7% en la región suroeste. Según los datos del censo de 1993, la región sureste continúa ganando peso relativo, concentrando a más de la mitad de la población del país (50.1%), en contraste, la Región Cibao ha perdido participación, pues mientras en el año 1950 concentraba más de la mitad de la población, en el año 1993 desciende a 38.3% (...) Los flujos migratorios internos se encuentran relacionados con los niveles de pobreza, los bajos niveles de empleo, las desigualdades sociales, la concentración espacial de la riqueza, el grado de industrialización de las principales ciudades, la infraestructura urbana, la forma de tenencia de la tierra, etc.”<sup>17</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).*

---

<sup>17</sup> Gabinete Social del Gobierno Constitucional 2000-2004 (2002): *Política social del gobierno dominicano*. Volumen I. Santo Domingo, R.D., págs. 40-41.

Los indicadores de salud expresados en la tasa bruta de natalidad, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, reflejan que en el decenio de los noventa el progreso que en estas materias se viene observando en las últimas décadas en la República Dominicana, continúa. Esta afirmación se puede comprobar al observar el cuadro siguiente:

**Cuadro 2**  
**Tendencia sanitaria (1990-2005)**

<b>Indicador</b>	<b>1990-1995</b>	<b>2000-2005</b>
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	27.0	23.3
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	46.6	34.4
Esperanza de vida al nacer	66.9	70.1

**Fuente:** ON APLAN, 1999.

Sin embargo, a “(...) *pesar de los avances logrados, la mortalidad en la infancia se encuentra en desventaja relativa en relación con el promedio y la gran mayoría de los países de América Latina, lo cual evidencia la existencia de importantes rezagos en la situación de la salud (te la población dominicana. Después de Haití, la República Dominicana presenta la mayor mortalidad infantil de todas las Islas del Caribe. El nivel actual de mortalidad infantil triplica al registrado en Costa Rica, Panamá y Uruguay, situándose en el nivel que tente los países más avanzados a finales de la década del 1950*”.

<sup>18</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La nación dominicana, por otra parte, está abocada de modo irremisible a profundizar las transformaciones productivas que de manera coordinada inició en el decenio de los noventa, con el propósito de insertarse con posibilidades de éxitos en el complejo proceso globalizador mundial.

¿Cómo se articula la población con tal transformación? Se requiere la edificación de tres ejes centrales: cualificación del recurso humano, equidad distributiva y sustentabilidad del desarrollo.

---

<sup>18</sup> *Ibíd.*, p. 4.

## Evolución de la política social dominicana

La competitividad a que aspira nuestro país, está asociada con la tecnología y la productividad, pero ni lo uno ni lo otro puede encontrar un terreno fértil si el recurso humano no eleva su calidad. De aquí la necesidad de priorizar la educación, la capacitación laboral y la difusión de las capacidades de aprendizaje continuo en la población. Pero estos objetivos serían inalcanzables si no son debidamente ponderados los rezagos que en materia de equidad se manifiestan en la estructura de la población dominicana, soba todo en los grupos que perciben menores ingresos.

Finalmente la -sustentabilidad es crucial, pues resultaría infructuoso progresar económicamente a costa de erosionar las bases naturales y ambientales de la colectividad.

### **2.2 Necesidades sociales**

En este apartado trataremos de enfocar las tendencias de las necesidades sociales en la República Dominicana, en lo que respecta a la educación, salud, vivienda, mercado laboral, pobreza y distribución del ingreso. Para lograr este propósito nos auxiliaremos de los resultados obtenidos por encuestas nacionales demográficas, y de gastos e ingresos de los hogares dominicanos, así como del censo poblacional efectuado, por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), en el año 1993.

#### **2.2.1 Renglón educativo**

La Encuesta Demográfica y de Salud aplicada en el año 1991 (ENDESA-91), auspiciada por el Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (una entidad de PROFAMILIA), la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), entre otras instituciones, encontró en el renglón educativo que un 17.8% de la población mayor de 9 años era analfabeta, presentando los hombres niveles más elevados que las mujeres (debido a que en el decenio de los ochenta la República Dominicana fue sacudida por una grave crisis económica y probablemente los hombres tuvieron que incorporarse, a partir de entonces, más tempranamente a la labor productiva, en perjuicio de su preparación académica). En el ámbito de los diferentes grupos de edades, el analfabetismo era mucho menos extendido en los integrantes de los hogares menores de 35 años, lo que podría sugerir el impacto positivo de los programas educativos implementados en el país en las décadas precedentes.

*“Un resultado muy notable reflejado por los datos es que la educación presenta enormes brechas entre campos y ciudades. Los niveles de analfabetismo obtenidos indican que*

*mientras la zona urbana disfruta de niveles inferiores al 10 por ciento, en los campos tres de cada diez personas no saben leer y escribir. Estas diferencias podrían estar asociadas a la disponibilidad de recursos humanos y de infraestructura, existentes en cada una de las áreas; otros hechos relacionados podrían ser las migraciones selectivas hacia áreas urbanas de personas alfabetizadas en búsqueda de oportunidades de estudios secundarios y universitarios, que no ofrecen los campos, mientras permanecen en las áreas rurales aquellos que no se han beneficiado y que no conocen las ventajas que ofrece la educación. De igual modo, las estrategias de supervivencia frente a la crisis que existe en cada una de las zonas favorece que la educación en las zonas urbanas sea un requisito para la incorporación al mercado de trabajo, mayor que el que se requiere en las áreas rurales”.*<sup>19</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Los niveles de instrucción, en los integrantes de los hogares encuestados, fueron precarios. El 23% de la población mayor de 24 años no alcanzó ningún año de escolaridad, y cerca del 45% no llegó a completar el quinto grado de la educación primaria, uno de cada diez se mencionó con alguna educación universitaria. En la demarcación geográfica, cerca del 63% de todas las personas sin educación vivía en las zonas rurales y cerca del 70% de los habitantes rurales no había alcanzado el quinto grado de educación primaria y apenas uno de cada diez había alcanzado la escuela secundaria o la universidad; en contraste, en la zona urbana cuatro de cada diez habitantes había pasado por la secundaria, y menos de 15% no tenía ningún nivel de educación.

Los mayores porcentajes de asistencia escolar los presentaron las personas de 5-9 y 10-14 años, en donde el 76 y 87%, respectivamente, de los niños y adolescentes que conformaban dichos grupos asistían a algún centro educativo. Se encontró, además, que el porcentaje de personas que asistía a una escuela, colegio o universidad era mayor en las mujeres que en los hombres. Para los grupos de edades, el porcentaje de población que asistía a escuelas era mayor en la zona urbana que en la zona rural, como era de esperarse; e igualmente el sector público educativo absorbió el 66% de la matrícula estudiantil y el sector privado, en consecuencia, el 34%.

En lo que respecta a estudios técnicos o vocacionales, para la población mayor de 9 años, el 22.5% estaba involucrado en los mismos, siendo mayoritaria la participación de la mujer.

En el año 1993 se lleva a cabo el VII Censo Nacional, según el cual, el analfabetismo era de 21%, porcentaje ligeramente superior en 3.2 puntos porcentuales con relación al logrado

---

<sup>19</sup> PROFAMILIA, ONAPLAN y otras (1991): “Encuesta demográfica y de salud 1991”. Santo Domingo, RD, p. 14.



## Evolución de la política social dominicana

dos años atrás, conforme a los resultados de la ENDESA-91. La región que presentaba mayores niveles relativos de analfabetismo era la suroeste (35%), sobre todo la sub-región del Valle (integrada por las provincias de Azua, San Juan de la Maguana y Elías Piña) que mostraba un porcentaje de 37% (27% en la zona urbana y 44% en la rural).

El grupo de edad con mayor porcentaje de analfabetos era de 5-9 años, con un 40% de la población del mismo. De la población en edad escolar (3 y más años de edad), un total de 6.7 millones, solamente el 34% asistía a la escuela y un 22% nunca había asistido. De la población que asistió a la escuela un 74% cursaba el nivel primario y un 17% el secundario. El 5% cursaba niveles técnicos y/o universitarios y el restante 4% el nivel preescolar.

La ENDESA, efectuada en el año 1996, encontró que el 22% de la población masculina de seis años o más y el 19% de la población femenina no tenían ninguna educación formal, presentándose las mayores proporciones en la población de 6-9 años y en los mayores de 65 años. La proporción de población rural sin educación era 2.5 veces mayor que el urbano, siendo los hombres los que presentaban nuevamente menor nivel de instrucción. La población con educación primaria y secundaria era de 27% en ambos sexos, mientras que la población con educación superior era de 7% entre los hombres y 9% entre las mujeres. La asistencia escolar entre los niños de 6-10 años y 11-15 años fue de 92% en ambos casos, llegando a 94 y 93 % respectivamente en la zona urbana y el 89% en la zona rural. Entre los 16 y los 20 años el 55% asistía a algún centro de enseñanza, acentuándose la diferencia urbano-rural: 62% en la zona urbana asistía a la escuela contra 43% en la zona rural.

La Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los hogares (ENGIH), llevada a cabo por el Banco Central de la República Dominicana en el año 1998, encontró que la tasa de analfabetismo era de 15.5% a escala nacional, lo que ponía de manifiesto una reducción apreciable con respecto a los niveles prevalecientes en el subperíodo 1991-1993. En el Distrito Nacional era de 7.5%; de 12.5% en el resto de la zona urbana y 27.1% en el resto de la zona rural. El 79.7% de la población dominicana, poseía algún nivel de educación, al nivel de los jefes de hogar, este porcentaje ascendió a 84.2%. Los resultados revelaron diferencia del nivel educativo de la población según género, en la primaria la proporción de hombres fue ligeramente mayor que la de las mujeres y a medida que el nivel de educación era más elevado, la proporción de mujeres superaba a la de la población masculina. Del total de la población, el 34.9% estaba inscrito en algún centro de enseñanza; en el Distrito Nacional y el resto de las zonas urbanas los matriculados representaban 37.0% y 35.5%, respectivamente; mientras que en la zona rural el 32.1% se integraba al sistema educativo formal, porcentaje inferior al promedio nacional.

A escala nacional de cada 100 inscritos que asistían, 74.8 lo hacían en el ciclo primario, 16.6 en el ámbito secundario o vocacional y el restante 8.6 al universitario.

Del total de la población inscrita, el 69.6% lo hizo en un centro educativo público y el restante 30.4% en un centro privado. En lo concerniente a la eficiencia interna de la educación, debemos decir que puede ser enfocada desde los niveles de deserción, repitencia, promoción y egresos. En el decenio de los noventa, en el ámbito de la educación básica, tanto la promoción como la repitencia presentaron tendencias favorables, no así la deserción. Estos indicadores, en el nivel de la educación media, también alcanzaron tendencias ligeramente positivas.

**Cuadro 3**  
**Tasa de eficiencia interna de la educación básica (1994-1998)**

Período	Promoción	Repitencia	Deserción
1994/1995	70.5	14.7	14.8
1995/1996	72.9	12.3	14.8
1996/1997	77.8	5.5	16.7
1997/1998	79.9	5.2	14.9

Fuente: CONAPOFA, “Escenarios para una política de población y desarrollo”, p. 33.

**Cuadro 4**  
**Tasa de eficiencia interna en educación media general (1996-1998)**

Período	Promoción	Repitencia	Reentrante
1996/1997	94.2	3.5	2.3
1997/1998	95.0	3.0	1.8

Fuente: CONAPOFA, “Escenarios para una política de población y desarrollo”, p. 33.

Los profesores que poseen ciertos niveles de preparación académica, para impartir docencia adecuadamente, se quejan del pobre rendimiento de los alumnos que forman parte del sistema educativo dominicano. Y tienen sobrada razón. Veamos el siguiente cuadro:

**Cuadro 5**  
**Promedio de calificaciones de lenguaje y matemáticas en tercero y cuarto grado de la educación básica**

País	Tercero		Cuarto	
	Lenguaje	Matemáticas	Lenguaje	Matemáticas
Argentina	263	251	282	269
Bolivia	232	240	233	245
Brasil	236	247	277	269
Chile	259	242	286	265
Colombia	238	240	265	258
Cuba	343	351	349	353
Honduras	216	218	238	231

## Evolución de la política social dominicana

México	224	236	252	256
Paraguay	229	232	251	248
República Dom.	220	225	232	234
Venezuela	242	220	249	226
Promedio	250	250	250	250

Fuente: CONAPOFA, “Escenarios para una política de población y desarrollo”, p. 34.

En los resultados del estudio internacional comparativo sobre el rendimiento de estudiantes latinoamericanos, organizado por la UNESCO, en el ámbito de las matemáticas y el lenguaje, los estudiantes dominicanos de tercero y cuarto grado de la educación básica, alcanzaron puntuaciones muy bajas que los colocaron por debajo de los estudiantes de la mayoría de los países consultados, tal como se puede comprobar en el cuadro que más arriba presentamos.

En la calidad académica del profesorado, la educación dominicana ha ido progresando, comparándola con la época de Trujillo, ya que en el decenio de los noventa más o menos el 80% de los maestros poseían títulos pedagógicos. Aunque al final de la década este proceso positivo experimentó un retroceso cuando en el 1998-99, dicha tasa descendió a 80.1%, cuando en el 1990-91 había sido de 88.3%. En ello pudo haber influido la contratación sin rigor académico alguno de maestros al nivel de la educación básica y la educación media, simplemente por amiguismo y coincidencias de simpatías partidarias. Véase el siguiente cuadro:

**Cuadro 6**  
**Tasa de titulación de maestros (1990-1999)**

Año	Maestros	Con título pedagógico	Sin título pedagógico	Tasa de titulación
1990-91	20,879	18,429	2,450	88.3
1991-92	22,530	19,886	2,644	88.3
1992-93	22,365	18,695	3,670	83.6
1993-94	23,812	18,019	5,793	75.7
1994-95	27,924	-	-	-
1995-96	32,747	-	-	-
1996-97	35,777	27,830	7,947	77.8
1997-98	28,511	22,259	6,252	78.1
1998-99	29,089	23,298	5,791	80.1

Fuente: CONAPOFA, “Escenarios para una política de población y desarrollo”, p. 39.

En nuestros países latinoamericanos, en particular en la República Dominicana, uno de los factores que alimenta grandemente la desigualdad, es la disparidad de ingresos, es decir, pocos concentran altos porcentajes del ingreso nacional y muchos alcanzan porcentajes

ínfimos. De hecho “(...) existe una muy alta correlación entre los niveles de ingreso y los niveles educativos, incluyendo dominio urbano y rural, género, edad y actividad económica. Razón por la que el logro de mayores niveles de formación, capacitación y especialización en aquellas zonas geográficas y grupos de población más desposeídos contribuirá, sin duda, a una mejor distribución del ingreso”.<sup>20</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La iniquidad educativa está presente en la República Dominicana, puesto que el coeficiente Gini latinoamericano de educación, en la pasada década fue de 0.370, mientras que el dominicano superó ligeramente a éste, al situarse en 0.374, como se puede ver en el cuadro 7. Igualmente la República Dominicana, presenta cierto rezago en el combate a la iniquidad educativa cuando es comparada con los resultados obtenidos en Argentina, Chile, Uruguay, Venezuela, Panamá, Perú, Costa Rica y Paraguay.

La desigualdad educativa se hace presente también al relacionar los niveles educativos alcanzados por los habitantes de las zonas rurales con los habitantes de las zonas urbanas. Relación en la que éstos últimos salen gananciosos. En la República Dominicana, el 25% de la población urbana más pobre posee 6.4 años de educación primaria, mientras que el 25% de la población rural más pobre apenas tiene 3.3 años de dicha educación, la diferencia, es pues, de un 100%: Es evidente que el caso dominicano no se puede tomar como modelo positivo en América Latina (véase el cuadro 8).

**Cuadro 7**  
**Iniquidad educativa en América Latina (1993-1998)**

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Coeficiente de Gini en educación</b>	<b>Coeficiente de Gini (ingresos)</b>
Argentina	1996	0.290	0.48
Chile	1996	0.261	0.56
Uruguay	1995	0.268	0.43
Venezuela	1997	0.294	0.47
Panamá	1997	0.297	0.56
Perú	1997	0.306	0.46
Costa Rica	1995	0.318	0.46
Paraguay	1995	0.361	0.59
República	1996	0.374	0.47
Ecuador	1995	0.377	0.57
Colombia	1997	0.378	-

<sup>20</sup> Medina Giopp, Alejandro (2002): “Escenarios para la educación en la República Dominicana 2000-2015”. CONOPOFA: Escenarios para una política de población y desarrollo. Santo domingo, RD., p. 24.

## Evolución de la política social dominicana

México	1996	0.406	0.55
Brasil	1995	0.454	0.59
Bolivia	1996	0.457	0.53
Honduras	1998	0.476	-
El Salvador	1995	0.524	0.51
Nicaragua	1993	0.532	-
Promedio		0.370	0.52

Fuente: CONAPOFA, “Escenarios para una política de población y desarrollo”, p. 25.

**Cuadro 8**  
Disparidades educativas por dominio urbano rural (1996-1997)

País	Año	Áreas urbanas			
		Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
Brasil	1996	3.9	5.4	7.1	10.3
Colombia	1997	6.1	7.3	9.0	11.9
Costa Rica	1997	7.3	7.9	9.6	12.2
Chile	1997	8.2	9.5	10.8	13.1
El Salvador	1997	4.6	6.5	8.4	11.9
Honduras	1997	4.6	6.1	7.5	10.5
Nicaragua	1997	6.0	6.9	8.0	11.0
Panamá	1997	7.5	8.8	11.0	13.6
Paraguay	1997	6.2	7.6	9.4	12.1
República Dominicana	1997	6.4	7.4	9.5	10.4
Uruguay	1997	6.9	8.2	9.5	11.9
Venezuela	1997	6.3	7.5	8.5	10.0

Continuación...

País	Año	Áreas rurales			
		Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>	Q <sub>4</sub>
Brasil	1996	1.7	2.5	3.2	5.4
Colombia	1997	3.3	4.0	4.3	6.5
Costa Rica	1997	5.1	5.7	6.3	8.1
Chile	1997	5.5	6.1	6.2	7.7
El Salvador	1997	2.0	2.4	3.0	4.3
Honduras	1997	2.4	2.7	3.4	5.3
Nicaragua	1997	-	-	-	-
Panamá	1997	5.0	5.8	7.0	9.6
Paraguay	1997	-	-	-	-
República Dominicana	1997	3.3	4.4	5.0	6.1
Uruguay	1997	-	-	-	-
Venezuela	1997	-	-	-	-

Fuente: CONAPOFA, “Escenarios para una política de población y desarrollo”, p. 26.

### **2.2.2 Renglón salud**

ENDESA-91, encontró en torno a la prevalencia y tratamiento de enfermedades que una de cada tres personas tuvo algún problema de salud, principalmente en el campo respiratorio (neumonía, gripe, bronquitis, etc.); solamente cuatro de cada diez personas que tuvieron algún problema de salud realizaron consultas con motivo de su malestar, en dichas consultas, el porcentaje de la zona urbana (47%) fue superior al de la zona rural (35%). La prevalencia y tratamiento de enfermedades crónicas, mostró la fuerte incidencia de la hipertensión, artritis y asma, las cuales montaron 54, 42 y 39 personas de cada mil, respectivamente.

La cobertura de los servicios de salud se manifestó del modo siguiente: el 17.1% de la población estaba asegurada, el 5.8% estaba afiliada al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), mientras que el 7.5% recibía seguridad médica a través de las empresas privadas. La cobertura de la seguridad social era mayor en la zona urbana que en la rural, pues uno de cada diez residentes rurales tenía algún tipo de seguro, contra uno de cada cinco en la zona urbana. Sólo el 9% de las personas sin educación estaban afiliadas a algún sistema de seguridad social, contra un 40% de las personas con educación universitaria.

Conforme a la ENGIH-1998, el 16.3% de la población estaba afiliada a algún sistema de seguro de salud. En el Distrito Nacional el 28.2% de su población estaba afiliada a un seguro médico, en las áreas urbanas este porcentaje alcanzó el 14.3% y cae a 7.4% en la zona rural. Del total de personas que recibió asistencia médica y odontológica en 1998, el 53.2% asistió a consultorios y clínicas privadas y el 39.2% a dispensarios, hospitales públicos y del seguro social.

A escala nacional el 46.1% de la población que requirió asistencia médica en 1998, la recibió de forma gratuita, el 32.0% tuvo que pagar por el servicio en clínicas privadas y el 14.4% fue cubierto por algún tipo de seguro de salud y el restante 7.5% lo hizo por debajo de los precios del mercado, es decir, con subsidio.

### **2.2.3 Renglón vivienda y hogar**

Los resultados obtenidos, en ENDESA-91, indican un número medio de 4.6 personas por hogar, tres de cada diez hogares eran dirigidos por mujeres. En la zona urbana 34 de cada 100 hogares eran dirigidos por mujeres, pero decrece a 23 de cada 100 en la zona rural. El 78% de los hogares vivía en estructuras con paredes de bloques, concreto, ladrillos o madera; el 89% tenía pisos de cemento, mosaicos, granito o mármol; el 91% residía en viviendas con techo de tejas, concreto, zinc o asbesto cemento; el 37% de los hogares vivía

## Evolución de la política social dominicana

en condiciones de hacinamiento (dormían tres o más personas por dormitorio).

El 78% de los hogares se abastecían de agua mediante la red de distribución pública, cerca del 40% tomaba agua purificada (de botellones o hervida); solamente el 63% de los hogares disponía de servicio sanitario exclusivo (letrina o inodoro), un 12% no disponía de dicho servicio; el 75% de los hogares disponía de alumbrado eléctrico; uno de cada cuatro hogares preparaba sus alimentos con carbón o leña, en la zona rural el porcentaje aumenta a más de un 50% y más de la mitad de los hogares, elimina la basura tirándola o quemándola en el patio de sus casas.

Respecto a la consecución de ingresos por los hogares se pudo advertir que para el año 1991, el 13.4% de los hogares recibía un ingreso mensual per cápita igual o menor a RD\$100, obteniendo menos del 1% del ingreso total; mientras que los hogares de mayor ingreso, el 1.8% recibía mensualmente un ingreso per cápita superior a RD\$5,000.00 y obtenía el 22.2% del ingreso total. Imperaba, pues, una enorme desigualdad distributiva del ingreso.

Según el censo de 1993, los 7,293,390 habitantes empadronados en el país, ocupaban un total de 1,629,616 viviendas particulares; a razón de 4.37 habitantes por cada vivienda. De éstos, un 91% habitaba en casas individuales, un 3.3% en apartamentos y otro 5.3% en piezas o cuarterías, observadas principalmente en la ciudad de Santo Domingo. El mayor número de viviendas, se concentró en la región suroeste (51.56%), particularmente en el Distrito Nacional (31%).

La casa típica predominante para el 1993 tenía piso de cemento (89%), los pisos de tierra apenas representaron el 4% del total; techo de zinc (73%), de concreto (20%), de yagua (6%). Las paredes eran mayormente de blocks o concreto (52%), madera (28% y tabla de palma (16%).

De los 1.6 millones de viviendas registradas en el censo nacional de 1993, un 67% se abastecía de agua mediante acueductos, un 51% disponía de instalaciones dentro de la casa y un 16% se abastecía de llaves colectivas, fuera de la vivienda. El 33% no disponía de agua por acueducto. El servicio de alumbrado eléctrico llegaba en 1993 al 81% de las viviendas. El 54% de los hogares registrados, recibía servicio de recogida de basura. El 87% de las viviendas disponía de servicio sanitario en las vertientes siguientes 34% inodoro de uso individual, 9% inodoro de uso colectivo, 31% letrinas de uso individual y 14% de letrinas de uso colectivo.

La ENDESA-96, encuentra que el 27% de los hogares dominicanos estaba dirigido por mujeres, experimentando un ligero aumento con relación al 1991, cuando era de 25%. El tamaño promedio de los hogares era de 4.3 personas por hogar.

El 81% de las viviendas tenía agua por red pública dentro y fuera de la vivienda. La disponibilidad de agua al interior de la vivienda alcanzaba un 33% de las viviendas, en la zona rural descendía a 11% y en la zona urbana fue de 50%. Respecto al agua para tomar, el 18% utilizaba red intradomiciliaria y el 35% utilizaba agua por tubería fuera de la vivienda, un 25% consumía agua embotellada, el 11% agua de lluvia y el 6% agua de manantial, río o arroyo. En la zona rural, las fuentes principales eran: red pública fuera de la vivienda (36%), agua de lluvia (23%) y manantial, río o arroyo (15%).

Un poco más de un tercio de las viviendas (36%) disponía de inodoro privado para uso exclusivo, estando este servicio al alcance del 54% de los hogares de las zonas urbanas y en sólo 9% de los hogares rurales. En la zona rural lo más común es la eliminación de las excretas en letrinas (privadas y colectivas). Sólo el 10% de los hogares dominicanos no disponía de servicio sanitario, en la zona rural ascendía a un 20%.

El 9% de las viviendas presentaba pisos de tierra, en la zona rural ascendió a un 18%. El 75% de las viviendas presentó pisos de cemento; el 84% de las viviendas estaba conectado al servicio público de electricidad, en el área urbana este porcentaje subía a un 98%, en la rural era de 61%. El 24% de las viviendas urbanas presentó estado de hacinamiento, en las rurales el porcentaje fue de 35%.

En el 75% de los hogares dominicanos se presentó el uso del gas propano como combustible principal para cocinar. Este porcentaje sube a 90% en la zona urbana y cae al 53% en la zona rural. La leña era utilizada por el 14% de los hogares y el carbón por el 6%. El 33% de las mujeres rurales declararon que en sus viviendas hasta ese momento se usaba la leña para cocinar. El carbón preferiblemente era usado en la zona urbana.

Solamente el 46% de los hogares eliminaba la basura a través del servicio brindado por los ayuntamientos, el 22% la quemaba, el 20% la tiraba al patio y el 8% utilizaba los servicios de personas particulares. En la zona urbana los ayuntamientos eliminaban el 70% de los desperdicios sólidos, en la zona rural el 48% la quemaba y el 39% la acumulaba en el patio.

El 65% de los hogares contaba con aparato de radio y 71% con televisores. Con excepción de la motocicleta, la disponibilidad de bienes duraderos en la zona urbana era superior a la existente en ese momento en la zona rural: refrigerador 69% versus 27%, abanico 81% versus 33%, servicio telefónico 41% versus 4%.



## Evolución de la política social dominicana

La ENGIH del año 1998, estableció que el número de hogares dominicanos, era de 1.9 millones, dando un promedio de 4.2 miembros por hogar. La jefatura femenina en los hogares individuales fríe de 28.7% del total, ubicados en el quintil de ingresos más bajo. El 75% de los hogares con jefatura femenina residían en el Distrito Nacional y en el resto de la zona urbana. En la zona rural predominaban los hogares de jefatura masculina. El tipo de vivienda predominante era la individual, pero se advirtió un cierto empuje de los denominados apartamentos, sobre todo en el Distrito Nacional. Los materiales de construcción predominantes en las viviendas eran: techo de zinc (68.9%), piso de cemento (74.4%) y en las paredes interiores y exteriores, el block, con 49.8% y 56.2%, respectivamente. Sólo el 6.8% de las viviendas tenía piso de tierra, el 15.8% paredes exteriores de tabla de palma y el 5.2% techo de caña y yagua.

Para el 1998, el 72.9% de los hogares contaba con cocina dentro de la vivienda. En el Distrito Nacional el 88.6% de los hogares disponía de cocina dentro de la vivienda, en las zonas rurales dicho porcentaje se redujo a 47.8%. Cerca del 50% de las viviendas del país se abastecía de agua potable dentro de la casa, el 35.2% lo hacía en llaves friera de la vivienda y el restante 15.2% utilizaba agua de pozo, arroyos, camiones cisternas, etc.

En el Distrito Nacional, el 60.7% de las viviendas recibía agua dentro de la casa, en el resto de las zonas urbanas (62.2%) y en las rurales 24.8%.

El 44.6% de las viviendas utilizaba inodoros, el 46.0% letrinas y el 9.4% no disponía de ningún medio de eliminación de excretas. En el 1998 las viviendas que usaban inodoros en el Distrito Nacional representaban el 71.7%, la letrina el 23.5% y el 4.8% no disponía de ningún medio. En el resto urbano, estos porcentajes eran de 52.2%, 42.1% y 5.7% respectivamente, mientras que en el resto rural, el 9.6% disponía de inodoros, 72.3% de letrina y 18.1% no tenía ningún medio.

En lo que concierne a la recogida de basura, el 55.5% la eliminaba a través del servicio brindado por los ayuntamientos. En el Distrito Nacional el ayuntamiento recogía la basura en el 75.2% de las viviendas y en el resto de las zonas urbanas este porcentaje fue de un 78.6%. En las zonas rurales fue de 11.0%.

Con relación al tipo de combustible utilizado, de cada 100 hogares, 85 utilizaban gas propano, 11 usaban carbón o leña como combustible para cocinar. En la zona rural este porcentaje subió a 28.0%. En el 1998, el 87.7% de las viviendas poseía electricidad. En la zona rural este porcentaje descendió a 63%.

El 39.8% de los hogares posera algún tipo de vehículo automotor, sobre todo en el Distrito Nacional y el resto urbano. En la zona rural fue de 28.8%. En el 1998, la disponibilidad de estufes de gas, de neveras y lavadoras, alcanzaron el 86.2%, 58.4% y 42.8%, respectivamente, de los hogares dominicanos.

## 2.2.4 Renglón empleo

Para el año 1991, la estructura de la Población Económicamente Activa (PEA), reflejaba que sólo el 25% de la fuerza de trabajo era absorbida por la actividad económica agropecuaria, mientras que los servicios comunales, sociales y personales acumulaban el 31.5%. En el caso de la población masculina, el sector agropecuario seguía ocupando el primer lugar, con un 36% de la PEA, en contraste, más del 50% de la fuerza de trabajo femenina estaba insertada en el sector de servicios y sólo un 5.5% en el sector agropecuario. La tasa de desempleo fue de 26.2%. El desempleo femenino fue muy superior al masculino: 46.7% contra 11.8%.

La PEA representó el 47.3% de la población de 10 y más años de edad en el año 1993, casi de igual magnitud a la ostentada en el 1981 (que fue de 46.6%). La población ocupada (2,074,512) representó un 81% de la población definida como activa (que era de 2,607,021 persona). De ésta, un 20% estaba representado por agricultores y oficios afines; otro 17% por artesanos; 12% por comerciantes; 11% representado por trabajadores en servicios personales y afines y otro 10%, profesionales y afines, entre otros. *“El censo de 1993 revela cambios muy importantes en la estructura de la población económicamente activa. Si bien la agropecuaria es todavía en el censo de población de 1981 la rama de actividad más importante en términos del monto de la población ocupada, con un 29.4% de la población económicamente activa; este nivel de participación se redujo significativamente a un 21% en 1993, siendo superada por 24% dedicada a los servicios comunales, sociales y personales. Estos cambios registrados están relacionados con las modificaciones sufridas por la economía del país en el mismo período”*.<sup>21</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

**Cuadro 9**  
**Composición porcentual de la PEA ocupada por categoría ocupacional**  
**según dominio de estudio (Censo de 1993)**

<b>Categoría poblacional</b>	<b>Total país</b>	<b>Distrito Nacional</b>	<b>Resto urbano</b>	<b>Resto rural</b>
Total	100.00	100.00	100.00	100.00
Empleador	3.04	3.45	2.93	2.71

<sup>21</sup> ONE: “VII Censo Nacional (1998)”. Resultados definitivos total país. 1993. Capítulo de definiciones y conceptos. Santo Domingo, R.D.

## Evolución de la política social dominicana

Cuenta propia	38.66	28.85	33.36	57.15
Empleado del	11.32	13.67	12.87	6.51
Asalariado	44.78	52.42	49.07	30.15
Familiar no	2.20	1.60	1.76	3.48

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana.**

La categoría ocupacional de la PEA, para el año 2000, no experimentó cambios fundamentales con relación a la situación prevaleciente en el primer lustro del decenio de los noventa, puesto que el sector asalariado más bien lo que hizo fue reafirmar su participación mayoritaria, con un 56.10%; mientras que el sector agropecuario continuó perdiendo fuerza en la absorción de miembros de la PEA, pues cae a 16.27%, cuando en el 1993 acaparaba el 21%. En esta misma línea de razonamiento el sector servicio sella definitivamente su predominio, en el campo analizado, debido a que su participación supera el 60% de la PEA.

Un rasgo positivo que se debe destacar del mercado de trabajo al final del siglo XX, es que el nivel de desocupación de la fuerza laboral descendió notablemente, con respecto al 1993, alcanzando una tasa de desempleo de 13.9%, cuando en el censo de 1993 era de 20.43%.

**Cuadro 10**  
Principales indicadores del mercado de trabajo  
por dominio de estudio (2000)

Tasas %	Total del país	Distrito Nacional	Resto del	Resto rural
Global de participación	55.2	61.1	55.1	49.3
Ocupación	47.6	50.9	47.7	43.9
Desocupación	13.9	16.6	13.4	10.9
Desocupación abierta	5.8	8.2	5.8	2.8

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana.**

**Cuadro 11**  
Composición porcentual de la población ocupada por rama de actividad económica según  
dominio de estudio (2000)

Actividad económica	Total país	Distrito nacional	Resto urbano	Resto rural
Total	100.00	100.00	100.00	100.00
Agricultura y ganadería	16.27	1.84	6.17	56.50
Minas y canteras	0.20	0.11	0.24	0.25
Manufactura	16.96	17.14	22.90	8.98
Electricidad, gas y agua	0.79	1.00	0.79	0.53
Construcción	6.26	6.54	6.76	5.28
Comercio	21.65	25.79	22.99	15.03

## Linares

Hoteles, bares y restaurantes	5.22	5.55	5.91	3.94
Transporte y comunicaciones	6.16	7.29	5.99	5.03
Intermediación financiera y seguros	1.87	3.32	1.70	0.37
Administración pública y defensa	4.19	6.39	3.93	1.92
Otros servicios	20.43	25.02	22.61	12.17

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.

**Cuadro 12**  
Principales indicadores del mercado de trabajo por dominio de estudio (2000)

Nivel	Total del país	Distrito Nacional	Resto del país	Resto rural
Total	100.00	100.00	100.00	100.00
Primario	49.17	39.23	47.94	62.50
Secundario	26.03	31.88	30.20	13.67
Universitario	15.95	26.09	16.11	3.80
Ninguno	8.85	2.81	5.75	20.03

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.

La tasa global de participación, medida por la proporción de la población de 10 años y más que está ocupada o busca trabajo, fue de 57.6% en la ENGIH del año 1998, obviamente la población inactiva (integrada principalmente por estudiantes y amas de casa) fue de 42.4%. La mayor tasa de participación se registró en el Distrito Nacional, donde de cada 100 personas 62 participaban, del mercado de trabajo. Mientras que la tasa de desocupación ascendió a 14.7%.

La actividad económica que más absorbió mano de obra fue el comercio (27.8%), servicios (21.7%), agricultura (18.2%) y la industria local y zonas flaneas (17.9%). De cada 100 ocupados, 88 estaban relacionados con el trabajo por cuenta propia, empleos privados y empleos públicos.

**Cuadro 13**  
Evolución de la tasa de desocupación en la República Dominicana (1990-2002)

Año	Tasa de paro (%)
1990	23.3
1991	19.6
1992	20.3
1993	19.9
1994	16.0

## Evolución de la política social dominicana

1995	15.8
1996	16.7
1997	16.0
1998	14.4
1999	13.8
2000	13.9
2001	15.6
2002	16.1

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana y Oficina Nacional de Planificación.**

De todos modos, aun cuando el Estado dominicano y la economía en su conjunto han hecho esfuerzos para conjurar el paro lo cierto es que el siglo XX se despidió con una tasa de paro de dos dígitos y el nuevo milenio ha comenzado con un nuevo ascenso de dicha tasa. Estas no son buenas noticias.

### 2.2.5 Renglón pobreza y distribución del ingreso

A finales del decenio de los noventa, de conformidad a las encuestas de ingresos y gastos de los hogares realizadas, existen serias evidencias de que alrededor de 2.1 millones de dominicanos percibían ingresos mensuales por debajo de RDS894 de 1998. De hecho entonces cerca de 21.5% de los hogares dominicanos recibían ingresos per cápita inferiores a esa línea de pobreza.

Apunta el Banco Central que *“Los hogares más afectados por la incidencia de la pobreza son los situados en el Resto Rural, los encabezados por mujeres, los que tienen jefes de familia con bajo nivel educativo, los que tienen mayor cantidad de miembros, los que están encabezados por personas desempleadas, y los que tienen como jefe a un trabajador agropecuario. Esa información permitiría elaborar políticas económicas y sociales encaminadas a incrementar las oportunidades de generación de ingresos en esos hogares”*.<sup>22</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

**Cuadro 14**  
**Incidencia de la pobreza (Año 1998)**

Zona geográfica	Porcentaje de hogares
Distrito Nacional	12.5
Resto urbano	18.6
Resto rural	33.5

**Fuente: Banco Central, ENGIH, Tomo V, 1999, p. 67.**

<sup>22</sup> Banco Central de la República Dominicana (1999): “Situación de la pobreza y distribución del ingreso en la República Dominicana”. Santo Domingo, R.D., p. 48.

Entre el 1992 y 1998, se produjo una cierta mejoría en la distribución del ingreso, conforme a las evidencias empíricas de las encuestas efectuadas en esos años, por el Banco Central y la Fundación Economía y Desarrollo. *“No obstante, el comportamiento de la distribución de los ingresos entre esas fechas, sugiere que si se desea acentuar la trayectoria que conduce a una sociedad más justa, es indispensable elevar las oportunidades de generación de mayores ingresos de las familias más pobres. Esto conduce nuevamente a recomendar el aumento de los niveles educativos de la población, como elemento necesario de una estrategia eficiente para mejorar sostenidamente sus condiciones de vida”*.<sup>23</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Aparte de la ONAPLAN, otras entidades públicas y privadas (Banco Central y Fundación Economía y Desarrollo) han llevado a efecto estudios e investigaciones relacionados con la situación de la pobreza y la distribución del ingreso en la República Dominicana.

Así tenemos la Encuesta de Ingresos y Gastos aplicada por la Fundación Economía y Desarrollo en 1992 y la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH) levantada por el Banco Central en el período octubre 1997-septiembre 1998.

En el tomo V de las publicaciones de los resultados de la ENGIH, por parte del Banco Central, titulado *“Situación de la pobreza y distribución del ingreso en la República Dominicana”*, no sólo se dan a conocer dichos resultados sino que en adición la Encuesta de la Fundación Economía y Desarrollo fue objeto de enmiendas metodológicas para hacerla compatible con la del Banco Central, de modo que se pudiera medir los cambios en los indicadores de pobreza y distribución del ingreso en gran parte del decenio de los noventa recién pasado.

La incidencia de la pobreza fue notoria en los hogares dominicanos, según zona geográfica: urbana (19.5%), rural (44.9%). La brecha de la pobreza fue: urbana (6.1%), rural (16.6%) y la severidad de la pobreza: urbana (3.1%) y rural (8.3%).<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> *Ibíd.*, p. 48.

<sup>24</sup> *“La incidencia de la pobreza se define como la proporción de la población cuyo ingreso o gasto se sitúa por debajo de la línea de pobreza”, brecha de la pobreza “...indica la distancia promedio entre el ingreso de los hogares pobres y el nivel de ingreso correspondiente a la línea de pobreza”, la severidad de la pobreza “...es el resultado de ponderar las brechas de la pobreza por la distancia del ingreso de una persona pobre respecto a la línea de pobreza”*. (Banco Central - julio de 1999-: Situación de la pobreza y distribución del ingreso en la República Dominicana. Santo Domingo, D.N., págs. 21-22). (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

## Evolución de la política social dominicana

Incidencia de la pobreza fue, en los hogares dominicanos, según género: masculino (32.1%), femenino (30.1%). La brecha fue: masculino (11.1%), femenino (11.0%) y la severidad fue: masculino (5.4%) y femenino (6.3%).

Incidencia de la pobreza, en los hogares dominicanos, según último nivel de educación alcanzado: ninguno (51.5%), primario (31.6%), secundario (18.2%) y superior (8.5%). La brecha fue: ninguno (20.3%), primario (10.6%), secundario (5.8%) y superior (2.7%). La severidad fue: ninguno (10.8%), primario (5.2%), secundario (2.6%) y superior (1.4%).

Incidencia de la pobreza, en los hogares dominicanos, según cantidad de miembros en el hogar: de 1-2 (15.1%), de 3-6 (26.3%), 7 en adelante (54.0%) . La brecha fue: de ,1-2 (8.0%), de 3-6 (8.1%), 7 en adelante (20.6%). La severidad fue: de 1-2 (5.7%), de 3-6 (3.6%), 7 en adelante (10.6%).

Los indicadores de pobreza en el 1998, fueron como siguen: Incidencia de la pobreza, en los hogares dominicanos, según zona geográfica: Distrito Nacional (12.5%), resto urbano (18.6%), resto rural (33.5%). La brecha de la pobreza fue: Distrito Nacional (3.4%), resto urbano (5.4%), resto rural (10.7%) y la severidad de la pobreza: Distrito Nacional (1.3%), resto urbano (2.2%), resto rural (4.8%).

Incidencia de la pobreza, en los hogares dominicanos, según género: masculino (20.2%), femenino (24.7%). La brecha fue: masculino (5.7%), femenino (8.3%) y la severidad fue: masculino (2.3%) y femenino (3.9%).

Incidencia de la pobreza, en los hogares dominicanos, según último nivel de educación alcanzado: ninguno (37.8%), primario (23.1%), secundario (12.9%) y superior (2.8%). La brecha fue: ninguno (12.6%), primario (6.8%), secundario (3.3%) y superior (0.7%). La severidad fue: ninguno (5.9%), primario (2.9%), secundario (1.2%) y superior (0.2%).

Incidencia de la pobreza, en los hogares dominicanos, según cantidad de miembros en el hogar: de 1-2 (10.3%), de 3-6 (22.1%), 7 en adelante (37.5%). La brecha fue: de 1-2 (3.4%), de 3-6 (6.5%), 7 en adelante (11.4%). La severidad fue: La brecha fue: de 1-2 (1.6%), de 3-6 (2.7%), 7 en adelante (4.8%).

La pobreza se concentraba principalmente en las zonas rurales, en los hogares con más de seis miembros y en los hogares cuyos jefes carecen de preparación académica alguna;

2) la severidad de la pobreza en los hogares con jefatura femenina era mayor que en los

hogares de jefatura masculina;

3) al final del decenio se muestra un descenso de la incidencia de la pobreza en los hogares dominicanos, tanto urbanos como rurales, como resultado del aumento del ingreso;

4) a pesar de que entre 1992 y 1998 la incidencia de la pobreza en los hogares presididos por mujeres descendió, en términos relativos la mejoría resultó menor que en los hogares con jefes masculinos;

5) el aporte de un mayor nivel educativo también se reflejó sobre la evolución de la pobreza. La disminución de los hogares presididos por jefes de hogar con niveles educativos iguales a la primaria, unido a la mejoría de sus condiciones de vida, explica la mayor parte de la reducción de la pobreza, observada entre 1992 y 1998;

6) “(...) *al considerar el patrón de pobreza en función del tamaño del hogar se observa que la contracción de su tamaño promedio experimentada entre 1992 y 1998, junto a la mejoría del ingreso per cápita de los hogares con más de tres miembros, explica el descenso de los indicadores de pobreza (...)*”<sup>25</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

En el cuadro que se presenta más abajo se puede apreciar la distribución de los ingresos de la población dominicana, de acuerdo a los resultados arrojados por la ENGIH-98. Se advierte aquí, una tremenda concentración de los ingresos para el año 1998, puesto que en el primer decil de la población, que representa el 10% más pobre de la población, poseía una participación de un 2.0% del ingreso total de la población, en cambio el décimo decil de la población, el más rico, tenía apenas una participación de un 2.0% en el ingreso total. Claro, si estos resultados del año 1998 son comparados con los registrados en el año 1992, es obvio que se produjo una tenue mejoría en la distribución del ingreso nacional. Es por ese motivo que el Banco Central asevera: “(...) *los datos de la distribución del ingreso de la población y de los hogares de la ENGIH con los datos provenientes de la Encuesta de Ingresos y Gastos de 1992 se puede concluir que la distribución del ingreso mejoró ligeramente en ese período. En ese sentido, mientras en 1992 el 20% de la población más rica tenía una participación en el ingreso total de 12.1 veces superior al 20% más pobre, en la ENGIH esa relación se redujo a 10.4 veces. Ese comportamiento de las participaciones de los más ricos y los más pobres en el total de los ingresos se reflejó en el descenso del índice de Gini, el cual pasó de 0.482 en 1992 a 0.456 en 1998*”<sup>26</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

---

<sup>25</sup> Banco Central: Estudio citado, p. 40.

<sup>26</sup> Banco Central: Estudio citado, p. 45.



## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 15**  
**Distribución del ingreso por deciles de población (1992 y 1998)**

<b>Decil de población</b>	<b>Por ciento del ingreso total (1992)</b>	<b>Por ciento del ingreso total (1998)</b>
Total	100.0	100.0
1	1.7	2.0
2	2.9	3.1
3	3.7	3.9
4	4.6	4.9
5	5.8	5.9
6	7.0	7.2
7	8.4	8.7
8	10.3	11.2
9	14.9	15.8
10	40.8	37.4

**Fuente:** Banco Central, ENGIH, Tomo V, 1999, págs. 43 y 46.



### CAPÍTULO III EJECUTORIA ESTATAL EN EL PLANO SOCIAL

#### 3.1 Evolución y clasificación del gasto público

El gasto del gobierno central, en términos cuantitativos ha avanzado grandemente en la década de los noventa. Su valor nominal se multiplicó por 7 en diez años y su valor real se triplicó; y su participación porcentual en el PIB, a partir del 1997, se hace consistentemente igual o superior al 15%. Estos saltos fueron influidos por el impresionante crecimiento económico sufrido por la República Dominicana, sobre todo desde el 1996 hasta el año 2000, cuando creció por encima de un 6%; y además, los shocks externos se vieron amainados (verbigracia, las fluctuaciones del precio del petróleo), con el acompañamiento de un crecimiento sostenido de la economía norteamericana. Todos estos factores se coaligaron para propiciar el descrito ascenso del gasto gubernamental.

**Cuadro 16**  
**Gasto total del gobierno central (1990-2001).**

Año	Gasto nominal (Millones RDS)	Valor real (Millones de RDS)	% del PIB
1990	7,171.81	1,044.69	11.06
1991	10,185.64	1,375.04	10.18
1992	16,819.84	2,159.13	14.97
1993	20,380.43	2,545.23	16.90
1994	21,374.27	2,335.09	15.69
1995	22,837.74	2,284.44	14.23
1996	26,398.98	2,553.09	14.40
1997	34,540.08	3,082.48	16.06
1998	39,120.04	3,238.04	16.17
1999	46,279.63	3,644.67	16.64
2000	50,463.64	3,645.37	15.63

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES y el Banco Central.

**Nota:** el gasto real se obtuvo en base al IPC (1984=100).

Debemos destacar que la proporción del gasto público respecto al PIB, denota un rezago muy grande, cuando dicho indicador es comparado con el ostentado por los países desarrollados. Cifras que avalan dicha afirmación, las podemos encontrar en estas palabras del español Juan Ignacio Palacio: “(...) *El gasto público en España representó un 40 por 100 del PIB en 2000, una cifra algo inferior a la de la media europea y mayor que la de Estados Unidos (...)*”<sup>27</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

**Cuadro 17**  
**Clasificación económica del gasto gubernamental**  
**(1990-2000)**

Concepto del gasto	1990	%	1996	%	2000	%
1. GC	3,591.84	50.08	14,264.23	54.03	35,903.28	71.14
1.1. GO	2,272.39	31.68	8,894.43	33.69	24,331.26	48.21
1.1.1. SP	1,645.21	22.94	6,537.31	24.76	18,193.94	36.05
1.1.2. SNP	138.28	1.92	734.61	2.78	2,604.02	5.16
1.1.3. MyS	488.90	6.82	1,622.52	6.15	3,533.30	7.00
1.2. AC	1,039.38	14.49	4,508.20	17.08	10,100.48	20.01
1.3. IDP	280.06	3.91	861.59	3.26	1,471.54	2.91
2. GK	3,579.96	49.92	12,134.75	45.97	14,560.38	28.86
2.1. IR	2,020.60	28.17	8,369.22	31.70	8,000.97	15.85
2.2. AAE	35.63	0.49	118.79	0.45	155.03	0.31
2.3. AK	959.73	13.38	2,456.84	9.31	3,487.13	6.91
2.4. AD	465.45	6.49	1,189.82	4.50	2,764.54	5.48
2.5. IF	99.55	1.39	0.08		152.72	0.30
TOTAL	7,171.80	100.00	26,398.98	100.00	50,463.66	100.00

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

**Notas:** GC= gastos corrientes; GO= gastos de operación; SP= servicios personales; SNP= servicios no personales; MyS= materiales y suministros; AC= aportes corrientes; GK= gastos de capital; IR= inversión Real; AAE= adquisición de activos existentes; AK= aportes de capital; IF= inversiones financieras.

Cuando observamos las cifras contenidas por el cuadro que se presenta más arriba, notamos que nueva vez se pusieron de manifiesto los dos estilos gubernamentales característicos, en el manejo del gasto público, presentes en la República postrojillista: 1) privilegiar casi absolutamente el gasto de capital; 2) privilegiar el gasto corriente, respecto al gasto de

<sup>27</sup> Palacio, Juan Ignacio (2001): “Distribuida funcional y personal de la renta”, p. 37S. Libro: *Lecciones de Economía Española*. Editores, José Luis García Delgado y Rafael Myro y J. A. Martínez Serrano. Quinta edición, CIVITAS, España.

## Evolución de la política social dominicana

capital. En-efecto, del 1990 al 1996, el monto del gasto comente, apenas supera la barrera del 50%, más en el 2000 alcanza un pico 71%. En este ascenso del gasto corriente, salió fortalecido el renglón gasto de operación y principalmente sus componentes servicios personales y servicios no personales, cuya participación porcentual en el gasto total, se incrementó de manera visible. Esto permitió que frieran mejorados los sueldos y salarios de los servidores públicos, para contribuir a la elevación de su calidad y competitividad.

### 3.2 Evolución y clasificación del gasto público social

**Cuadro 18**  
**Gasto social en el período 1991-2000**  
 (Millones de RD\$)

S.S.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ed.	936.4	1,501.6	2,007.4	2,606.0	2,976.2	3,536.6	4,777.6	6,083.1	7,544.6	8,522.3
SP	1,072.1	1,585.7	2,426.3	2,506.6	2,539.6	2,407.9	4,583.9	5,000.8	6,666.3	9,067.7
T	8.1	19.1	14.6	23.1	19.4	25.1	36.0	54.5	61.5	70.2
V	645.3	733.7	842.2	1,015.5	1,075.1	947.2	678.1	791.3	923.5	653.2
AAP	792.5	1,587.2	1,890.9	2,188.1	1,620.5	1,320.3	1,378.0	1,183.8	1,363.7	1,086.9
SC	246.1	342.6	430.4	483.9	557.3	60.2	76.7	96.5	185.4	370.0
D	85.6	154.2	283.5	290.8	214.6	322.3	412.8	381.4	533.5	716.1
Total	3,786.1	5,924.1	7,895.3	9,113.6	9,002.7	10,440.6	13,266.0	15,234.0	18,987.4	22,530.4

Fuente: Banco Central y A. Martí (1997:380).

Notas: S.S.= servicios sociales; Ed.= educación; SP= salud pública; T= trabajo; V<sup>s</sup> viviendas; AAP\* alcantarillado y aguas potables; SC= servicios comunitarios; D= deportes.

En la década de los noventa el gasto social siguió creciendo con gran intensidad. En el 2000 fue 5.9 veces mayor que en el 1991; sin embargo su estructura interna va a sufrir una mutación favorable en los renglones educación y salud, mientras que el gasto en vivienda va a experimentar un retroceso. Así, los dos primeros renglones que en el 1991 apenas cubrían el 53% del gasto social, en el 2000 suben abruptamente a un 78%. En cambio el gasto en vivienda que en el 1991- ocupó un 17% del gasto social, en el 2000 cae a un 2.9%, perdiendo alrededor de 14 puntos porcentuales. ¿Razón? Había llegado el fin de la afición desmedida del construccionismo neotrujillista.

En la década de los noventa, el gasto social con respecto al gasto público total, sufrió un incremento de algunos puntos porcentuales cuando su promedio es comparado con el promedio del período anterior. La proporción del gasto social con respecto al total, más baja fue de 35.23% correspondiente al año 1992. Para los años subsiguientes el porcentaje se va elevando hasta llegar a un pico de 44.55% en el año 2000. El problema se presenta nueva vez, cuando el porcentaje promedio dominicano, en el período 1996-1997, que fue de 38.97%, es comparado con el promedio de países latinoamericanos, 47.2%, la diferencia es pues notable.

## Linares

**Cuadro 19**  
**El gasto social como porcentaje del gasto total (1991-2000)**

Año	Edu- ca- ción	Depor- tes	Salud	Asisten- cia social	Tra- bajo	Vivien- da	Agua	Servicios muni- cipales	Servicios a la comu- nidad	Total
1991	9.19	0.84	7.79	2,74	0.08	6.34	7.78	2.16	0.25	37.16
1992	8.93	0.92	7.41	2.02	0.11	4.36	9.44	1.88	0.15	35.23
1993	9.85	1.39	8.44	3.47	0.07	4.13	9.28	1.90	0.21	38.74
1994	12.19	1.36	8.91	2.82	0.11	4.75	10.24	2.06	0.21	42.64
1995	13.22	0.94	8.48	2.68	0.08	4.66	7.11	2.23	0.27	39.68
1996	13.40	1.22	9.12	3.71	0.10	3.59	5.00	3.19	0.23	39.55
1997	13.80	1.20	8.65	4.64	0.10	1.96	3.99	3.83	0.22	38.40
1998	15.55	0.98	9.01	3.78	0.14	2.02	3.03	4.20	0.25	38.94
1999	15.83	1.04	8.89	5.36	0.13	1.97	3.01	3.69	0.40	40.33
2000	16.88	1.40	11.58	6.38	0.14	1.29	2.15	4.00	0.73	44.55

Fuente: ONAPRES. ONAPLAN (2000:24). Reelaborado por Manuel Linares.

**Cuadro 20**  
**Gasto público social como porcentaje del gasto total en países de América Latina (1996-1997)**

País	1996-1997
<b><u>Gasto social alto*</u></b>	<b>60.8</b>
Argentina	65.1
Uruguay	69.8
Brasil	59.1
Chile	65.9
Panamá	39.9
Costa Rica	65.1
<b><u>Gasto social moderado*</u></b>	<b>43.4</b>
Colombia	38.2
México	52.9
Venezuela	39.0
<b><u>Gasto social bajo*</u></b>	<b>38.4</b>
Perú	40.9
Paraguay	47.1
El salvador	26.5
Bolivia	44.2
República Dominicana	39.0
Guatemala	42.1
Honduras	31.9
Nicaragua	35.6
<b>Promedio general</b>	<b>47.2</b>

Fuente: ONAPLAN (2000:26). Reelaborado por Manuel Linares.

### 3.3 Inversión social regional y pobreza

La Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), en su ensayo “*Estructura económica, funcional y geográfica del gasto público social en la República Dominicana (1978-1999)*”, editado en julio del año 2000, hace un aporte significativo al estudio de la inversión social territorializada.

En dicho estudio, el país es dividido en regiones, conforme a la división regional de salud según la clasificación de ONAPLAN: 0 (Distrito Nacional), I (Provincias de Peravia, San Cristóbal y Monte Plata), II (Provincias de Santiago, Puerto Plata, La Vega, Espaillat y Monseñor Noel), III (Provincias de Salcedo, Duarte, María Trinidad Sánchez, Samaná, y Sánchez Ramírez), IV (Provincias de Barahona, Pedernales, Bahoruco e Independencia), V (Provincias de La Romana, La Altagracia, El Seibo, San Pedro de Macorís y Hato Mayor), VI (Provincias de San Juan de la Maguana, Azua y Elías Pífa), VII (Provincias de Valverde, Dajabón, Santiago Rodríguez y Montecristi).

Se advierte una alta concentración regional de la inversión regional, durante los noventa, saliendo beneficiada principalmente el Distrito Nacional y la región II, en las cuales se sitúa un alto porcentaje de los habitantes de la República. A pesar de ello, se nota que a partir del segundo lustro de la década se produce una cierta desconcentración de la citada inversión, puesto que la región del Distrito Nacional perdió unos 11 puntos porcentuales, que en consecuencia fueron absorbidos por las demás regiones sobre todo la VII que experimentó un salto de 436.15%.

## Linares

Cuadro 21

Inversión regional del gobierno central en servicios sociales (1991-1999)

(En porcentajes)

Año	Regiones	Educación	Salud	Vivienda	Alcantarillado y aguas potables	Total servicios sociales	
1991-1993	0	40.03	31.90	66.83	28.60	42.47	
	I	6.65	4.65	2.49	24.04	14.42	
	II	18.19	23.69	21.72	31.98	26.72	
	III	16.26	5.99	1.08	5.48	5.10	
	IV	7.95	7.37	3.30	2.66	3.54	
	V	3.85	9.98	2.04	3.11	3.10	
	VI	3.66	9.31	2.17	3.02	3.28	
	VII	3.26	7.06	0.37	0.98	1.30	
	Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	
1995	0	34.57	68.09	42.11	12.04	28.85	
	I	11.03	3.34	6.14	8.71	7.40	
	II	18.38	10.64	15.07	37.69	26.19	
	III	13.61	6.84	7.77	9.33	8.82	
	IV	7.03	3.32	4.94	5.01	4.90	
	V	6.16	3.21	13.66	18.06	13.85	
	VI	5.01	2.99	6.87	4.53	5.07	
	VII	4.22	1.58	3.45	4.63	4.93	
	Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	
1997-1999	0	39.77	57.89	27.88	29.39	33.85	
	I	8.01	5.38	10.17	7.34	7.56	
	II	18.53	19.39	16.42	23.88	20.45	
	Cont...	III	11.31	5.83	13.26	6.09	8.48
		IV	5.11	1.62	4.65	7.30	5.70
		V	6.02	8.12	12.14	14.85	11.63
		VI	4.11	1.39	12.51	4.27	5.37
		VII	7.13	0.37	2.97	6.88	6.97
	Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	

Fuente: ONAPLAN-ONAPRES.

¿Qué es lo que explica la reducción porcentual de la inversión social en la región del Distrito Nacional y en la región II? *“La relativa reducción en el predominio de las regiones 0 y II en el gasto total en inversiones sociales se manifiesta drásticamente en el comportamiento de las inversiones destinadas a construcciones de viviendas (...)”*<sup>28</sup> (comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros), afirma la ONAPLAN. Efectivamente, mientras al comienzo del decenio ambas regiones acumulaban el 88.55% de

<sup>28</sup> ONAPLAN: Ensayo citado, p. 48.



## Evolución de la política social dominicana

la inversión social en viviendas, al final del período caen a 44.3%, perdiendo 44.25 puntos porcentuales. En lo que se refiere a la inversión real per cápita en servicios sociales del gobierno central, es visible el hecho de que al final del decenio, dicho indicador muestra una tendencia decreciente en todas las regiones del país, a causa del carácter prioritario que le imprimió el “Nuevo Camino” al gasto corriente dentro del gasto público.

**Cuadro 22**  
**Inversión real per cápita en servicios sociales del gobierno central**  
**(1991-1999)**

Año	Regiones	Educación	Salud	Vivienda	Alcantarillado y aguas potables	Total servicios sociales
1991-1993	0	74.61	23.13	418.40	290.83	821.17
	I	34.20	9.34	42.30	692.00	780.66
	II	44.45	22.54	177.68	427.62	675.52
	III	88.28	12.71	19.56	164.86	288.23
	IV	99.80	36.21	138.02	18431	460.81
	V	23.42	23.70	41.47	104.09	195.17
	VI	28.79	28.69	56.80	131.00	268.15
1995	VII	35.42	29.88	13.14	59.05	146.69
1995	0	60.08	71.23	255.01	104.13	528.42
	I	54.15	9.86	105.01	212.94	382.86
	II	42.87	14.95	122.48	437.52	643.86
	III	71.50	21.62	142.24	243.88	488.77
	IV	85.74	24.33	209.65	303.93	629.50
	V	35.44	11.11	274.09	517.54	840.32
	VI	38.39	13.77	183.27	172.49	409.37
1997-1999	VII	43.67	9.86	124.43	238.67	537.91
1997-1999	0	86.92	56.67	5730	142.58	370.48
	I	51.44	15.41	61.74	104.19	242.70
	II	56.54	26.50	47.37	161.40	312.36
	III	78.55	18.07	87.03	93.55	294.64
	IV	82.86	11.68	71.13	26237	462.35
	V	45.02	26.94	85.71	245.17	434.49
	VI	41.79	6.30	120.18	96.06	273.13
	VII	96.16	2.22	37.93	205.83	470.44

Fuente: ONAPLAN-ONAPRES.

El estudio realizado por la ONAPLAN, en el 1997, tomando como base los resultados del Censo Nacional de Población y Familia, llevado a cabo en el 1993, documenta sobre los niveles de pobreza que afectan a la República Dominicana, en las demarcaciones provinciales, municipios y parajes.

**Cuadro 23**  
**Indicadores de pobreza en las provincias (1993)**

<b>Provincia</b>	<b>Porcentaje de hogares pobres</b>
Distrito Nacional	37.70
Azua	81.00
Bahoruco	86.60
Barahona	76.00
Dajabón	76.80
Duarte	66.90
Elias Pina	92.30
El Seibo	87.90
Españillat	66.30
Independencia	81.90
La Altagracia	68.20
La Romana	51.70
La Vega	68.10
María Trinidad Sánchez	75.04
Monte Cristi	74.80
Pedernales	73.20
Peravia	65.50
Puerto Plata	64.20
Salcedo	77.30
Samaná	84.30
San Cristóbal	69.20
San Juan	83.50
San Pedro de Macorís	59.50
Sánchez Ramírez	80.50
Santiago	53.70
Santiago Rodríguez	81.10
Val verde	68.50
Monseñor Nouel	60.70
Monte Plata	84.40
Hato Mayor	78.90

**Fuente: ONAPLAN (1997).**

Es increíble el grado de pobreza que existía en el país dominicano para el año 1993: todas las provincias, excepto el Distrito Nacional, la proporción de hogares pobres que poseían era de no menor un 50%, llegando Elías Piña a un 92.30% y Bahoruco un 86.60%. Dentro del conjunto de provincias la que menor pobreza exhibía era La Romana, con un 51.70% de hogares pobres.

## Evolución de la política social dominicana

Cuadro 24

Inversión real per cápita en servicios sociales ajustada por el índice de pobreza (1997-1999)

Provincia	Índice	Ordenamiento descendente*
Samaná	1,135.4	1
Santiago Rodríguez	970.0	2
Barahona	772.3	3
Distrito Nacional	570.1	4
San Pedro de Macorís	620.7	5
Bahoruco	649.8	6
Val verde	533.7	7
San Cristóbal	532.7	8
La Vega	519.7	9
Elías Piña	512.5	10
Monte Plata	514.9	11
El Seibo	340.6	12
Puerto Plata	383.5	13
Pedernales	329.5	14
San Juan	331.1	15
Azua	349.3	16
Salcedo	298.2	17
Monte Cristi	285.1	18
Hato Mayor	290.8	19
Sánchez Ramírez	239.5	20
Peravia	238.0	21
Duarte	180.2	22
Independencia	185.7	23
María Trinidad Sánchez	1,770.0	24
La Romana	132.9	25
Españillat	137.6	26
Dajabón	123.0	27
Santiago	116.0	28
La Altagracia	89.0	29
Monseñor Nouel	87.1	30

Fuente: ONAPLAN-ONAPRES (1997).

\*Máximo= 1; mínimo= 30.

El cuadro referido a la inversión real per cápita en servicios sociales, ajustado por el índice de pobreza, para el período 1997-1999, revela un desorden mayúsculo: demarcaciones como el Distrito Nacional cuyo porcentaje de hogares pobres estuvo muy por debajo del 50% (único en el país), aparece como uno de los grandes beneficiarios de la inversión social, situándose en el escalón número 4. En cambio Elías Piña, la provincia más pobre, aparece relegada al escalón número 10. El Seibo, la segunda provincia más pobre, aparece relegada al escalón número 12. Fue obvia la falta de planificación en la inversión social.

Linares

**Cuadro 25**  
**Coefficiente de Gini**  
**(1991-1999)**

Período	Servicios sociales	Educación	Salud	Vivienda	Aguas y alcantarillado
1991-1993	0.50	0.46	0.51	0.77	0.66
1995	0.31	0.34	0.66	0.53	0.41
1997-1999	0.40	0.42	0.62	0.60	0.58

**Fuente: ONAPLAN-ONAPRES (1997).**

Por otra parte, fue notoria la falta de equidad en la distribución de la inversión social a escala provincial. Para el año 1995 se nota una mejoría en el indicador, excepto en el renglón salud, deteriorándose al final del decenio. Se confirmó, pues, una vez más la verdad incontrovertible: un alto crecimiento económico no es sinónimo de equidad o de bienestar.

### 3.4 Gasto social y PIB

**Cuadro 26**  
**El gasto social como porcentaje del PIB (1991-2000)**

Año	Educación	Deportes	Salud	Asistencia social	Tra-bajo	Vi-vien-da	Agua	Servicios municipales	Servicios a la comunidad	Total
1991	0.94	0.09	0.79	0.28	0.01	0.64	0.79	0.22	0.03	3.78
1992	1.34	0.14	1.11	0.30	0.02	0.65	1.41	0.28	0.02	5.27
1993	1.66	0.24	1.43	0.59	0.01	0.70	1.57	0.32	0.04	6.55
1994	1.91	0.21	1.40	0.44	0.02	0.75	1.61	0.32	0.03	6.69
1995	1.88	0.13	1.21	0.38	0.01	0.66	1.01	0.32	0.04	5.65
1996	1.98	0.18	1.34	0.55	0.01	0.53	0.74	0.47	0.03	5.83
1997	2.26	0.20	1.42	0.76	0.02	0.32	0.65	0.63	0.04	6.29
1998	2.52	0.16	1.46	0.61	0.02	0.33	0.49	0.68	0.04	6.31
1999	2.71	0.19	1.50	0.89	0.02	0.33	0.49	0.61	0.07	6.36

**Fuente: ONAPRES. ONAPLAN (2000:25). Reelaborado por Manuel Linares.**

La relación gasto social/PIB, en el período 1991-1999, en promedio se situó en 5.8% ligeramente superior a los promedios de periodos pasados. No obstante, podríamos decir que hubo un cierto estancamiento en el crecimiento de este indicador, muy a pesar de que en el decenio de los noventa la economía nacional creció de manera sistemática. Si calculamos el porcentaje promedio en los años 1996-1997 (alrededor de 6%) y lo comparamos con el promedio de gasto social con respecto al PIB de países latinoamericanos, el cual fue de 12.4%, indica que aún es largo el trecho que la República Dominicana tiene que recorrer en el campo de la ejecutoria social

## Evolución de la política social dominicana

Cuadro 27

## Gasto público social como porcentaje del PIB en países de América Latina (1996-1997)

País	%
<b>Gasto social alto</b>	<b>19.5</b>
Argentina	17.9
Uruguay	22.5
Brasil	19.8
Chile	14.1
Panamá	21.9
Costa Rica	20.8
<b>Gasto social moderado</b>	<b>10.5</b>
Colombia	15.3
México	7.8
Venezuela	8.4
<b>Gasto social bajo</b>	<b>7.7</b>
Perú	5.8
Paraguay	7.9
El salvador	7.7
Bolivia	12.0
República Dominicana	6.0
Guatemala	4.2
Honduras	7.2
Nicaragua	10.7
<b>Promedio general</b>	<b>12.4</b>

Fuente: ONAPLAN (2000:26). Reelaborado por Manuel Linares.

## 3.5 Gasto social efectivo, gasto social estimado y desarrollo humano

Cuadro 28

## Gasto social efectivo y gasto social estimado (1990-2000)

Año	Gasto social real per cápita efectivo	Gasto social real per cápita estimado	Porcentaje (efectivo/estimado)
1990	60.77	99.02	-38.63
1991	73.35	143.51	-48.89
1992	106.67	156.10	-31.67
1993	135.19	160.47	-15.75
1994	133.79	153.87	-13.05
1995	118.60	162.71	-27.11
1996	130.34	176.39	-26.11
1997	149.78	186.98	-19.90
1998	156.35	191.21	-18.23
1999	181.71	204.87	-11.30
2000	193.84	213.28	90.89

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares en base a informaciones del Banco Central.

**Nota:** el gasto social real se obtuvo usando el IPC (1984=100).

La intensidad del esfuerzo gubernamental para impulsar el gasto social en el decenio de los noventa, fijó un rotundo fracaso que queda patentizado en las cifras que aparecen en el cuadro arriba presentado. En todos los años de la serie histórica 1990-1999, la relación gasto social efectivo/gasto social estimado, arrojó magnitudes negativas; lo que revela la insuficiencia gubernamental de aumentar el gasto social en una proporción acorde con el crecimiento real del PIB.

El desarrollo humano en la República Dominicana, al concluir el siglo XX continuó siendo muy precario. El gasto público respecto al PIB, no alcanza un 17% y el índice de gasto humano si bien supera la barrera de 5%, es porque ha sido calculado en un sentido amplio. Se reafirma el criterio de que hemos vivido interesantes momentos de crecimiento económico en los noventa, mas no de desarrollo y bienestar.

**Cuadro 29**  
**Gasto en desarrollo humano (1990-2000)**

<b>Año</b>	<b>Gasto público como % del PIB</b>	<b>Gasto social como % del gasto público</b>	<b>Gasto social prioritario* como % del gasto social</b>	<b>Índice de gasto humano**</b>
1990	11.59	39.62	71.40	3.28
1991	10.18	37.16	73.98	2.80
1992	14.97	35.23	78.91	4.16
1993	16.90	38.74	80.11	5.24
1994	15.69	42.64	80.11	5.36
1995	14.23	39.68	79.27	4.48
1996	14.40	39.55	69.58	3.96
1997	16.06	38.40	80.96	4.99
1998	16.17	38,94	80.53	5.07
1999	16.64	40.33	82.03	5.50
2000	15.63	44.55	82.90	5.77

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares.

\*Está integrado por el gasto en educación, el gasto en salud y el gasto en alcantarillado y aguas potables.

\*\*Este índice es el producto de los tres coeficientes que aparecen en el cuadro; el mismo, puede llamar a engallo, pues en el período 1998-2000, supera la barrera sugerida por el PNUD (5%), pero en verdad en el gasto en salud y en educación, hay segmentos que no van directamente a educación y salud, por tal motivo dicho índice presenta resultados halagadores. Si se calculara en un sentido estricto es probable que oscile entre 1 y 2, no más.

### 3.6 Evolución y clasificación del gasto público en educación

**Cuadro 30**  
**Gasto del gobierno central en educación (1990-2000)**

Año	Valor nominal (Millones RD\$)	Valor real	Valor real per cápita (en RDS)	% del PIB
1990	707.49	103.06	15.59	1.09
1991	936.35	126.41	18.14	0.94
1992	1,501.63	192.76	27.04	1.34
1993	2,007.42	250.70	34.37	1.66
1994	2,605.99	284.70	38.26	1.91
1995	3,019.33	302.02	39.78	1.88
19%	3,536.59	342.03	44.15	1,93
1997	4,777.63	426.37	53.94	2.22
1998	6,083.12	503.51	62.43	2.51
1999	7,544.58	594.16	72.20	2.71
2000	8,522.34	615.63	73.32	2.64

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES y el Banco Central.

**Nota:** el valor real del gasto se obtuvo usando el IPC (1984=100).

El gasto público en educación mejoró de un modo apreciable en el período 1990-2000. El gasto real se multiplicó por 6 y su relación con el PIB marcó un porcentaje de 2.64%, en el año 2000, dos veces superior al ostentado en el 1990. Tuvo que ver, dicho ascenso, entre otros factores, con la ejecución del plan decenal en el sector educación durante la década estudiada.

Su clasificación económica, continuó arrastrando el lastre histórico de una escasa inversión en maquinarias y equipos para el desarrollo tecnológico del sector. No así en el caso del gasto corriente, el cual pasó de 81.58% en el 1990, a 90.03% en el año 2000; en cambio, el gasto de capital se desaceleró en alrededor de un 50%.

En consecuencia, el gasto en servicios personales por unidad de inversión real, aumentó de 3.31 en el 1990 a 7.01, en el año 2000. Esto habla a favor de un cierto progreso en la eficiencia de los servicios educativos en comparación a décadas pasadas. Sobre este particular Miguel Ceara Hatton, abordando una realidad distinta, dice: *“Los gastos de operación desaceleran su ritmo de crecimiento respecto a años anteriores, lo cual puede estar significando pérdidas de eficiencia de los servicios educativos, independientemente de lo positivo que implica la expansión de la infraestructura física educacional”*.<sup>29</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

**Cuadro 31**  
**Clasificación económica del gasto real\* del gobierno central en educación (1990-2000)**

Concepto del gasto	1990 (Millones de RD\$)	%	1996 (Millones de RD\$)	%	2000 (Millones de RD\$)	%
1.GC	84.08	81.58	300.50	87.86	554.26	90.03
1.1. GO	64.65	62.73	244.77	71.56	436.10	70.84
1.1.1. SP	60.98	59.17	227.06	66.39	396.79	64.45
1.1.2 . SNP	2.02	1.96	3.11	0.91	3.15	0.51
1.1.3. MyS	1.64	1.59	14.60	4.27	36.16	5.87
1.2. AC	19.43	18.85	55.74	16.30	118.16	19.19
2.GK	18.98	18.42	41.53	12.14	61.37	9.97
2.1. IR	18.41	17.86	39.62	11.58	56.64	9.20
2.2. AAE	0.09	0.09	0.04	0.01	3.28	0.53
2.3. AK	0.47	0.46	1.87	0.55	1.43	0.23
2.4. IF					-	-
Total	103.06	100.00	342.03	100.00	615.63	100.00

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES y el Banco Central.

**Notas:** GC= gastos corrientes; GO= gastos de operación; SP= servicios personales; SNP= servicios no personales; MyS= materiales y suministros; AC= aportes corrientes; GK= gastos de capital; IR= inversión real; AAE= adquisición de activos existentes; AK= aportes de capital; IF= inversiones financieras.

\*E1 gasto real se obtuvo usando el IPC (1984=100).

Ceara, agrega: *“En efecto, el gasto real en servicios personales por unidad de inversión en nuevas edificaciones ha caído a los niveles más bajos de la historia reciente en el sector, pasando de 7.74 en 1979-82 a 3.41 en 1987-90. Mientras, el desequilibrio entre gastos en materiales y suministros por unidad de gasto en construcción se redujo violentamente de*

<sup>29</sup> Ceara Hatton, Miguel y Croes Hernández, Edwin (1993): *El gasto público social de la República Dominicana en la década de los ochenta*. Impresión Editora Cumbre. Santo Domingo, R.D., p. 84.



## Evolución de la política social dominicana

0.23 a 0.07 entre los mismos periodos”.<sup>30</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

**Cuadro 32**  
**Gasto real del gobierno central en educación por institución (1990-2000)**  
**(Millones de RD\$)**

<b>Institución</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Congreso Nacional	0.06	0.14	1.03
Presidencia de la República	20.52	42.49	33.66
Fuerzas Armadas	1.79	3.23	6.40
Secretaría de Finanzas	1.76	0.32	0.50
Secretaría de Educación	74.57	283.15	534.32
Secretaría de Trabajo	3.70	-	19.06
Secretaría de Obras Públicas	0.13	-	18.89
Otras	0.54	-	0.47
<b>Total</b>	<b>103.06</b>	<b>342.03</b>	<b>615.63</b>

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES y el Banco Central.

**Nota:** el gasto real se obtuvo usando el IPC (1984=100).

El gasto gubernamental en educación, se expresa principalmente en las erogaciones que al respecto efectúa la Secretaría de Estado de Educación, según puede observarse en el cuadro presentado más arriba. Se notan además, algunas señales de desconcentración, cuando la Presidencia de la República, por primera vez comienza a disminuir su participación en el gasto educativo, cayendo de 19% a un 5% del total, por consiguiente, cobró una mayor preeminencia la Secretaría de Estado de Educación.

### **3.7 Evolución del gasto público en salud**

El gasto del gobierno central en salud, alcanzó aumentos significativos en el decenio estudiado; sin embargo, su proporción con respecto al PIB no alcanzó si quiera el 2%. Esto pone a flote la incompreensión de nuestros gobernantes sobre la importancia de la salud pública en los esfuerzos por alcanzar niveles adecuados de bienestar y contribuir con el aumento de la productividad de los brazos dominicanos de trabajo.

---

<sup>30</sup> *Ibíd.*, p. 84.

Linares

**Cuadro 33**  
**Gasto del gobierno central en salud**  
**(1990-2000)**

<b>Año</b>	<b>Valor nominal (Millones RD\$)</b>	<b>Valor real</b>	<b>Gasto real per cápita (en RDS)</b>	<b>% del PIB</b>
1990	679.70	99.01	14.98	1.05
1991	793.29	107.09	15.37	0.79
1992	1,245.90	159.93	22.43	1.11
1993	1,719.80	214.78	29.45	1.43
1994	1,904.94	208.11	27.97	1.40
1995	1,935.64	193.62	25.50	1.21
1996	2,407.87	232.87	30.06	1.31
1997	2,979.86	265.93	33.64	1.39
1998	3,523.54	291.65	36.16	1.46
1999	4,184.06	329.51	40.04	1.50
2000	5,845.57	422.27	50.29	1.81

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES y el Banco Central.

**Nota:** el gasto real se obtuvo usando el IPC (1984=100).

### 3.7.1 Dinámica de instituciones del sector salud

**La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)** es una institución inscrita en el pliego de entidades que conforman el gobierno central de la República Dominicana. Su objeto central es brindar servicios de salud a la población dominicana (aproximadamente al 60% de los habitantes del país). Para llevar a cabo su proceso operativo la SESPAS divide el país en ocho regiones:

<b>Regiones</b>	<b>Provincias</b>
Región 0	Santo Domingo
Región I	Peravia, San Cristóbal y Monte Plata
Región II	Santiago, La Vega, Espaillat, Puerto Plata y Monseñor Noel
Región III	Duarte, Sánchez Ramírez, Samaná, Salcedo y María Trinidad Sánchez
Región IV	Barahona, Bahoruco, Independencia y Pedernales
Región V	El Seybo, San Pedro de Macorís, La Romana y La Altagracia
Región VI	San Juan de la Maguara, Estrelleta y Azua
Región VII	Valverde, Montecristi, Dajabón y Santiago Rodríguez

## Evolución de la política social dominicana

Dicha institución consta de cinco (programas):

Administración superior (es un programa que está referido a la coordinación intra y extra sectorial, al servicio nacional de salud, desarrollo de los recursos humanos, apoyo administrativo, manejo y control de medicinas y planificación sectorial).

Coordinación de normas y control de programas de salud (incluye servicio de apoyo para la realización de diagnósticos y tratamientos, servicio de salud a la madre y al niño, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, salud bucal, atención médica rural y atención al medio ambiente).

Servicios operativos (servicios intermedios de coordinación superior y control, servicios de salud primarios, servicios de salud secundarios y servicios terciarios).

Servicios sociales (asistencia social, bienestar social, servicios al menor y al anciano, protección al menor, protección a la vejez, entre otros).

Financiamiento a instituciones (Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados, Cruz Roja Dominicana, Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, Corporación de Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo, Consejo Nacional de Población y Familia, entre otras).<sup>31</sup>

El presupuesto ejecutado por la SESPAS fue aumentando en el decenio de los noventa, de manera notoria, hasta multiplicarse por 11.28.

**Cuadro 34**  
**Ejecución presupuestaria de la SESPAS**  
**(1990-2000) (En millones de RDS)**

<b>Año</b>	<b>Ejecución presupuestaria</b>
1990	526.3
1991	506.9
1992	828.4
1993	1,144.9
1994	1,400.5
1995	1,347.1
1996	1,614.8
1997	2,459.2
1998	3,543.9
1999	4,663.5

<sup>31</sup> ONAPRES (2001): "Informe de ejecución presupuestaria, año 2000". Santo Domingo, RD, 2001, p. 94.

2000	5,939.0
------	---------

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

**El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)**, por su parte, es una institución ubicada dentro de los organismos públicos descentralizados o autónomos. *“El IDSS presta servicios a través de una red de 18 hospitales, 25 policlínicas y 183 consultorios, donde trabajan alrededor de 12,000 funcionarios, entre médicos de familia y especialistas, enfermeras, auxiliares y personal administrativo. En el año 1999 el IDSS contaba con 1,267 camas. Los establecimientos del IDSS se concentran en las principales zonas urbanas y no están organizados en redes. El IDSS incluye algunos medicamentos en su plan de aseguramiento (gratuitos en cualquier nivel de atención)”*.<sup>32</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

*“El IDSS se financia con las cotizaciones de los patronos, empleados y el Estado. El patrono aporta el 7% de los salarios pagados, el afiliado el 2.5% de su salario y el Estado un 2.5% de la nómina salarial. Además, existe un aporte del 2.5% realizado por el empleador para el programa de accidentes de trabajo (...)”*<sup>33</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Los ingresos de capital del IDSS, dependen principalmente de préstamos internos. En cambio sus ingresos corrientes dependen de entradas propias corrientes (ventas de bienes y servicios en el renglón salud, intereses percibidos, alquileres y otros) y de aportes fiscales corrientes del gobierno central. Dentro de esta estructura de ingresos corrientes, ejerce una participación dominante la fuente de ingresos ventas de bienes y servicios, la cual en el año 2000 aportó el 96% de dichas rentas. Durante la serie histórica 1990-2000 se produjo una tendencia hacia el superávit corriente del IDSS, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

**Cuadro 35**  
**Ingresos y gastos del IDSS**  
**(1990-2000) (En millones de RD\$)**

Año	Ingresos corrientes (I)	Gastos corrientes (II)	Déficit/superávit* (III)=(I)-(II)
1990	350.8	345.0	5.8
1991	548.7	499.8	48.9
1992	674.4	632.8	41.6
1993	839.9	824.2	15.7

<sup>32</sup> Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, p. 14.

<sup>33</sup> *Ibíd.*, 15.

## Evolución de la política social dominicana

1994	900.5	910.6	-10.1
1995	986.9	1,070.8	-83.9
1996	1,149.0	1,111.6	37.4
1997	1,485.7	1,489.1	-3.4
1998	1,672.6	1,521.5	151.1
1999	1,906.1	1,741.0	165.1
2000	2,552.6	2,331.1	221.5

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

\*Estos valores no incluyen los saldos iniciales de cada año, por tanto difieren del resumen del movimiento fiscal por año que aparece en “Informe de ejecución presupuestaria”, de la ONAPRES.

Los gastos del IDSS desde la perspectiva de la clasificación económica, ponen al descubierto una pobre ejecución en el plano del gasto de capital respecto al gasto total, dicha relación no llegó en ningún año de la serie, ni siquiera a un 10%, por consiguiente la modernización tecnológica del Instituto se movió lentamente.

**Cuadro 36**  
Gastos corrientes y gastos de capital del IDSS  
(1996-2040) (En millones de RDS)

Año	Gastos de capital (I)	Gastos corrientes (II)	Gastos totales (III)	Relación % (IV)= (I)/(III)
1990	18.5	345.0	363.50	5.09
1991	34.4	499.8	534.20	6.44
1992	43.3	632.8	676.10	6.40
1993	17.2	824.2	841.40	2.04
1994	50.2	910.6	960.80	5.22
1995	33.9	1,070.8	1,104.70	3.07
1996	60.8	1,111.6	1,172.40	5.19
1997	127.6	1,489.1	1,616.70	7.89
1998	164.7	1,521.5	1,686.20	9.77
1999	90.3	1,741.0	1,831.30	4.93
2000	183.8	2,331.1	2,514.90	7.31

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

En la estructura del gasto de capital, al analizar la citada publicación de la ONAPRES, apreciamos que la amortización de la deuda interna del IDSS, ha ido ganando espacio velozmente en dicho gasto. En el 1989 participaba en 9%; 12 años después (en el 2000) se dispara a un 24%, lo que delata un sostenido proceso de endeudamiento interno, por parte de esta institución.

**El Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE)**, constituye “(...) una entidad gubernamental centralizada, dependiente de la Presidencia de la República cuya función

*consiste en comprar y distribuir medicamentos e insumos médicos y quirúrgicos para la SESPAS y la red de boticas populares de la Presidencia de la República”*<sup>34</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros). Se financia sobre la base del presupuesto de la Presidencia de la República.

El presupuesto ejecutado por el PROMESE en el período 1993-2000, fue como sigue:

**Cuadro 37**  
**Presupuesto ejecutado por el PROMESE**  
**(1993-2000) (En millones de RD\$)**

<b>Año</b>	<b>Presidencia de la República (I)</b>	<b>PROMESE (II)</b>	<b>Relación % (III)=(II)/(I)</b>	<b>Tasa de crecimiento (%) (IV)</b>
1993	10,523.9	12.9	0.12	-
1994	11,498.2	12.8	0.11	-0.78
1995	11,328.1	19.3	0.17	50.78
1996	12,470.2	25.0	0.20	29.53
1997	13,069.2	40.3	0.31	61.20
1998	8,401.1	227.6	2.71	464.76
1999	7,776.7	240.7	3.10	5.76
2000	7,860.3	262.5	3.34	9.06

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

La importancia relativa de los recursos presupuestarios asignados al PROMESE, provenientes del presupuesto de la Presidencia de la República, ha estado creciendo de modo significativo, como resultado de la comprensión de los gobernantes de la importancia del rol de dicho programa, de servir medicamentos a precios subsidiados, a favor de la población pobre.

En lo que concierne a la estructura del gasto, por objeto de bienes y servicios, correspondiente al PROMESE, pudimos comprobar un uso relativamente eficiente de los recursos financieros asignados, toda vez que el gasto en sueldos y salarios, ha ido disminuyendo, mientras que el renglón materiales y suministros va teniendo históricamente una participación cada vez más preponderante.

<sup>34</sup> Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, p. 16.

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 38**  
**Presupuesto ejecutado por PROMESE por objeto del gasto (1993-2000)**  
**(En millones de RDS)**

<b>Año</b>	<b>Total*</b>	<b>Servicios personales</b>	<b>Servicios no personales</b>	<b>Materiales y suministros</b>	<b>Maquinarias y equipos</b>
1993	12.9	10.9	0.334545	1.400000	0.023314
1994	12.8	11.0	0.462954	1.300000	0.830820
1995	19.3	18.0	0.519550	0.685515	0.010700
1996	25.0	21.3	0.664437	0.772406	0.151966
1997	40.3	38.8	144.000000	346.100000	0.005000
1998	227.6	50.6	0.025000	177.000000	-
1999	240.7	60.7	-	180.000000	-
2000	262.5	82.5	-	180.000000	-

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de ONAPRES.

\*En virtud de que en este cuadro solamente aparecen cuatro (4) partidas del gasto por objeto, la suma de dichas cuentas no coincide con el total.

**El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFAPOL)**, es una institución autónoma, pero bajo una administración centralizada, que depende del alto mando de las Fuerzas Armadas. Protege a guardias y policías, tanto activos como en retiro, a sus cónyuges e hijos.<sup>35</sup>

El presupuesto ejecutado por las Fuerzas Armadas Dominicanas de la República Dominicana, según se observa en el cuadro que más abajo se transcribe, viene experimentando cambios cuantitativos muy significativos; en 10 años se incrementó en 895%, con la finalidad de que esta importante institución tienda a fortalecerse y a modernizarse. Pero estos caros objetivos no se pueden lograr sin avanzar en el campo de la salud dentro de dicha institución. De ahí que el gasto militar en seguridad social, en la serie histórica 1990-2000, se ha beneficiado de alzas impresionantes, puesto que la relación gastos seguridad social/gastos de las Fuerzas Armadas de 11% en el 1990 saltó a 26% en el 2000, multiplicándose por 2.36.

<sup>35</sup> *Ibíd.*, p. 16.

Linares

**Cuadro 39**  
**Presupuesto ejecutado en el área de la seguridad militar**  
**(1990-2000)**

<b>Año</b>	<b>Fuerzas Armadas (Millones de RDS)</b>	<b>Seguridad social militar (Millones de RD\$) (II)</b>	<b>Relación % (III)=(II)/(I)</b>	<b>Tasa de crecimiento (%) (IV)</b>
1990	407.6	46.6	11.43	-
1991	430.2	46.5	10.81	-0.21
1992	806.4	88.9	11.02	91.18
1993	1,216.8	93.1	7.65	4.72
1994	1,328.6	98.9	7.44	6.23
1995	1,148.4	116.4	10.14	17.69
19%	1,473.9	281.1	19.07	141.49
1997	2,149.3 <sup>1</sup>	453.3	21.09	61.26
1998	2,428.4	533.7	21.98	17.74
1999	2,805.9	727.0	25.91	36.22
2000	4,051.5	1,042.0	25.72	43.33

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

El Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), es una institución que tiene por objeto ejecutar actividades que prevengan a la población dominicana, de la enfermedad infecto-contagiosa denominada paludismo. La misma forma parte de las instituciones descentralizadas del sector público; pero sus ingresos dependen casi exclusivamente de los aportes fiscales corrientes provenientes del gobierno central, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

**Cuadro 40**  
**Ingresos totales del SNEM y aportes fiscales corrientes del gobierno central (1990-2000)**

<b>Año</b>	<b>Ingresos totales (Millones de RD\$) (I)</b>	<b>Aportes fiscales corrientes (Millones de RD\$) (II)</b>	<b>Relación % (IV)</b>
1990	5.5	5.4	98.18
1991	6.8	6.3	92.65
1992	7.4	7.2	97.30
1993	8.6	8.6	100.00
1994	8.8	8.8	100.00
1995	9.7	9.6	98.97
19%	10.7	10.6	99.07
1997	13.8	13.7	99.28
1998	14.2	13.4	94.37
1999	16.9	13.5	79.88
2000	25.9	19.3	74.52

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.



## Evolución de la política social dominicana

Por otra parte, es muy preocupante que al obtener la relación gastos en productos químicos/gastos en servicios personales, en el SNEM, que la misma arroje un coeficiente de 20.62% en el año 1990, año a partir del cual se va produciendo un descenso en dicho coeficiente hasta situarse en 7.51% en el 2000; con lo que se pone de manifiesto una tendencia al aumento del gasto en elementos propios de la burocracia, en detrimento de un renglón que está directamente conectado con el objeto de la existencia del SNEM.

**Cuadro 41**  
**Servicios personales versus productos químicos (1990-2000)**

Año	Servicios personales* (Millones de RD\$) (I)	Productos químicos (Millones de RD\$) (II)	Relación % (III)= (II)/(I)
1990	3.1	0.639079	20.62
1991	4.4	0.781717	17.77
1992	4.9	0.815267	16.64
1993	5.8	0.883002	15.22
1994	6.4	0.676629	10.57
1995	6.9	0.685270	9.93
1996	8.0	0.670893	8.39
1997	10.3	0.863377	8.38
1998	10.6	0.745483	7.03
1999	10.8	0.938136	8.69
2000	17.3	1.300000	7.51

Fuente: Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

\*Gasto en sueldos para cargos fijos, sobresueldos, honorarios, gratificaciones y bonificaciones y otros servicios personales.

**El Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)**, tiene por objeto incidir sobre la planificación familiar, insistiendo en el elemento educación sobre métodos que evitan la natalidad en forma desorganizada e indeseada.

**Cuadro 42**  
**Ingresos totales del CONAPOFA y aportes fiscales corrientes del gobierno central (1999-2000)**

Año	Ingresos totales (Millones de RD\$) (I)	Aportes fiscales corrientes (Millones de RD\$) (II)	Relación % (IV)
1990	2.7	2.2	81.48
1991	4.3	2.7	62.79
1992	8.3	3.1	37.35
1993	8.1	3.1	38.27
1994	8.3	4.2	50.60
1995	9.8	7.5	76.53
1996	10.7	9.8	91.59

## Linares

1997	10.7	9.8	91.59
1998	11.3	10.2	90.27
1999	11.2	10.1	90.18
2000	14.8	11.9	80.41

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

Forma parte de los organismos descentralizados, pero prácticamente centralizado al aporte fiscal corriente del gobierno central, como en el caso del SNEM. Esta afirmación se puede comprobar observando las cifras contenidas en el cuadro que más arriba se presenta.

En el CONAPOFA el gasto en sueldos para cargos fijos tiene un peso dominante en la estructura del gasto, llegando en el 1999 a determinar el 67.62% de los gastos totales. Observe:

**Cuadro 43**  
**Relación gastos en sueldos para cargos fijos/gastos totales del CONAPOFA (1990-2000)**

Año	Gastos totales (Millones de RD\$) (I)	Sueldos para cargos fijos (Millones de RD\$) (II)	Relación % (III)=(II)/(I)
1990	2.5	1.4	56.00
1991	9.4	5.9	62.77
1992	7.1	2.2	30.99
1993	7.8	3.0	38.46
1994	8.1	3.9	48.15
1995	8.8	5.5	62.50
1996	4.2	2.4	57.14
1997	10.1	7.2	71.29
1998	10.6	7.1	66.98
1999	10.5	7.1	67.62
2000	15.6	9.1	58.33

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares, con informaciones de la ONAPRES.

### 3.7.2 Gasto público directamente en salud e indicadores de salud

El gasto en salud del sector público, en el período 1996-1999, representó en promedio el 2.0% del PIB y el 12.5% del gasto total del gobierno central. Además mostró una tendencia ascendente para los años citados, como se puede advertir en el siguiente cuadro:

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 44**  
**Gasto público en salud como porcentaje del PIB (1996-1999)**

Concepto	1996	1997	1998	1999
PIB (Millones de RD\$)	183,361.2	215,062.3	241,907.6	278,163.8
Gasto en salud del sector público (Millones de RDS)	3,190.8	4,160.8	5,023.5	5,969.3
Gasto/PIB (%)	1.7	1.9	2.1	2.2

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana, “Cuentas de salud del sector público 1996-1999”, junio 2001.**

El gasto en salud fue financiado en un 64.9% por el sector público. El sector privado, como fuente de financiamiento al sector público, aportó un 31.4%, mientras que el 3.7% restante provino de los recursos externos en forma de préstamos y donaciones.

**Cuadro 45**  
**Financiamiento del gasto en salud del sector público**  
**(1996-1999) (En millones de RD\$)**

Concepto	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
Total	3,190.8	100	4,160.8	100	5,023.5	100	5,969.3	100
Sector	1,917.8	60.1	2,701.7	64.9	3,340.9	66.5	4,060.0	68.0
Gobierno	1,843.2	57.8	2,601.1	62.5	3,235.6	64.4	3,951.9	66.2
Instituciones	74.5	2.3	99.9	2.4	104.5	2.1	107.5	1.8
Municipio	0.0	0.0	0.7	0.0	0.8	0.0	0.5	0.0
Sector	1,072.7	33.6	1,422.8	34.2	1,519.3	30.2	1,641.0	27.5
Empresas	588.8	18.5	750.5	18.0	726.1	14.5	732.0	12.3
Hogares	484.0	15.2	672.4	16.2	793.2	15.8	909.1	15.2
Recursos	200.3	6.3	36.3	0.9	163.3	3.3	268.3	4.5

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.**

**Nota: Inst.= instituciones.**

En el gasto en salud del sector público, por funciones, durante el período 1996-1999, se destacó la participación de la atención curativa y la compra de insumos médicos, los cuales en conjunto concentraron el 71.3% del total. La promoción y prevención de la salud, en cambio, representó una baja proporción de apenas 1.1% con respecto al total. Igualmente la investigación y formación de recursos humanos (función asignada a la SESPAS) solamente alcanzó el 0.3% del total del gasto público en salud durante el período, poniendo al descubierto una minimización de la capacitación técnica y los programas de investigación

médica. La producción y compra de insumos médicos, representó en promedio el 22.6% del total; la relación entre los recursos financieros utilizados en la adquisición de insumos médicos y los gastos en atención curativa fue de 1:2, esto es, que por cada peso dominicano destinado a la atención curativa, se requirieron aproximadamente 50 centavos para los insumos utilizados en ofrecer este servicio.

Es destacable que durante el período los gastos en administración y en regulación representaron el 25% del total de recursos destinados a la salud, expresando una tendencia alcista durante el período de referencia, a costa de la función preventiva. Esto es lamentable, pues esta última función contribuye a la optimización de los recursos destinados al sector.<sup>36</sup>

**Cuadro 46**  
**Gasto público en salud por funciones (1996-1999)**

Concepto	1996 (Millones de RD\$)	%	1997 (Millones de RD\$)	%	1998 (Millones de RD\$)	%	1999 (Millones de RD\$)	%
Total	3,190.8	10	4,160.8	100	5,023.5	100	5,969.3	100
Promoción- prevención	40.1	1.3	39.0	0.9	66.2	1.3	60.2	1.0
Atención curativa	1,547.2	48.5	2,211.3	53.1	2,499.0	49.7	2,608.4	44.0
Investigación y formación de R.H.	43.0	0.1	5.6	0.1	8.4	0.2	57.1	1.0
Regulación	386.6	12.1	555.8	13.4	876.4	17.4	926.4	15.0
Producción y compra de insumos médicos	891.1	27.9	898.3	21.6	990.6	19.7	1,252.9	21.0
Administración	305.9	9.6	429.6	10.3	541.2	10.8	841.4	14.0
Edificaciones	15.5	0.5	21.2	0.5	41.8	0.8	223.0	3.7

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.**

El gasto en salud del sector público, distribuido por objeto, en el período analizado, tuvo como característica una elevada participación del pago de sueldos y salarios al personal médico y administrativo, expresada en un 69.4% con relación al total. Por su parte, los

<sup>36</sup> Véase la publicación del Banco Central de la República Dominicana (2001): "Cuentas de salud del sector público 1996-1999". Santo Domingo, R.D.

## Evolución de la política social dominicana

egresos en el pago de agua, luz y teléfono, representaron en promedio un 3.2%. La compra de productos medicinales y farmacéuticos, representó en promedio el 12.1% del gasto en salud; una gran parte de este gasto se realizó a través del PROMESE de la Presidencia de la República, cuyos medicamentos fueron distribuidos a los hospitales y clínicas de la SESPAS y a las boticas populares. Los equipos médicos y sanitarios, representaron en promedio un 5.9%.

**Cuadro 47**  
**Gasto público en salud por objeto (1996-1999)**

Concepto	1996 (Millones de RD\$)	%	1997 (Millones de RD\$)	%	1998 (Millones de RD\$)	%	1999 (Millones De RD\$)	%
Total	3,190.8	10	4,160.8	100	5,023.5	100	5,969.3	100
Servicios personales	2,061.6	64.6	3,027.4	72.8	3,651.7	72.7	4,035.7	68
SCTV no personales	130.1	4.1	121.7	2.9	149.4	3.0	156.9	3
Productos medicinales	403.2	12.6	568.1	13.7	529.0	10.5	683.9	11
Materiales y suministros	226.0	7.1	270.4	6.3	343.7	6.8	324.5	5
Equipos médicos	290.4	9.1	1,193	2.9	237.8	4.7	4,173	7
Otros equipos	61.2	1.9	323	0.8	69.8	1.4	120.0	2
Construcciones obras	183	0.6	21.6	0.5	423	0.8	231.0	4

**Fuente: Banco Central, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.**

La incidencia del sector privado en el sector salud dominicano, se expresa a través de instituciones con fines de lucro e instituciones sin fines de lucro. Las primeras reciben recursos financieros principalmente a través de igualas médicas o primas de seguros.

*“Las igualas médicas privadas constituyen una modalidad de seguro desarrollado por centros médicos particulares para extender su clientela y asegurar ingresos fijos. Mediante las igualas muchos de esos centros han podido atraer sectores laborales cuyo nivel de ingreso no les permitiría el acceso directo. La gama de servicios cubiertos por las igualas varía de acuerdo con el plan específico, pero en general ofrecen servicios de atención médica y maternidad en servicios ambulatorios, así como de hospitalización en algunos casos. Solo se incluyen los medicamentos prescritos durante la hospitalización. En diagnósticos más complejos las igualas cubren entre el 50 y el 75% del costo. Casi todas las compañías de seguros de vida ofrecen a sus clientes un seguro complementario de salud. Estos seguros están orientados a funcionarios de nivel superior y estratos de ingresos elevados. Sus primas son más caras que las de las igualas, pero sus planes son*

*más flexibles, con más posibilidad de elección de médico y centro hospitalario. Otra modalidad es los seguros de salud auto administrados, de los cuales el más conocido es el Seguro Médico de Maestros (SEMMA), de carácter mutualista, subsidiado por el Gobierno”.*<sup>37</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Las instituciones privadas ligadas al sector salud, sin fines de lucro son principalmente las denominadas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Estas se financian principalmente con subsidios públicos consignados en la Ley de Ingresos y Gastos Públicos, de cada año, y con recursos provenientes de la cooperación internacional. Forma parte de su financiamiento también las denominadas cuotas de recuperación (copago)<sup>38</sup>, que aportan los pacientes que reciben los servicios de salud. Diagnosticando la distribución del gasto por funciones, en el subsector privado de la salud, en el año 1996, notamos una participación notable de la atención curativa y la administración, que en conjunto representaron el 81% del total, lo que contrasta con la participación de tan sólo en un 8.04% de la promoción y prevención de la salud, e igualmente en el caso de la investigación y formación de recursos humanos cuya participación no alcanzó el 1.0%. Los gastos privados en materia de coordinación de los subsistemas que lo integran son prácticamente nulos.

**Cuadro 48**  
**Gastos en salud por funciones en el subsector salud privado (Año 1996)**

Denominaciones	Subsector privado (Millones de RD\$)	% del total
Promoción y prevención	695.3	8.04
Atención curativa	4,009.6	46.39
Investigación formación de RR	5.4	0.06
Regulación	0.2	0.00
Producción y compra de insumos médicos	220.3	2.55
Administración	2,989.4	34.59
Edificaciones	723.3	8.37
Total	8,643.4	100.00

**Fuente: Banco Central, Cuentas de salud del sector público.**

Respecto al objeto del gasto, la mayor proporción del gasto privado se destina a servicios personales y no personales, en un porcentaje de 82.83%, siguiendo en orden decreciente el gasto en construcciones de obras con una participación de 5.64%. Paradójicamente, en este subsector, la menor proporción del gasto queda ubicada en la adquisición de equipos médicos y sanitarios, con apenas un 2.07%.

<sup>37</sup> Gámiz de Luna, Clara: Estudio citado, págs. 16-17.

<sup>38</sup> Las cuotas de recuperación son pagadas por los usuarios pobres, pero con visibles resistencias.

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 49**  
**Gastos del subsector salud privado por objeto**  
**(1996)**

Denominación	Subsector privado (Millones de RD\$)	% del total
Servicios personales	3,433.8	39.73
Servicios no personales	3,725.1	43.10
Productos medicinales y farmacéuticos	225.2	2.61
Materiales y suministros	344.3	3.98
Equipos médicos y sanitarios	179.1	2.07
Otros equipos y reparaciones	248.6	2.88
Construcciones de obras	487.3	5.64
Total	8,643.4	100.00

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.**

Así mismo, debemos indicar que el Producto Interno Bruto (PIB) para el año 1996 fue de un monto de RD\$183,532.2 millones. La participación del subsector privado en el PIB (financiamiento como porcentaje del PIB) fue de 4.8%, del cual 4.1% le corresponde a los hogares, mientras 0.7% proviene de otros entes privados, como las ONGs, empresas financieras y no financieras privadas, y el seguro médico o servicio prepago de salud.<sup>39</sup>

Si nos internamos a la estructura propia de financiamiento privado, notamos que el 84.5% (que resulta de  $(744.2/8807)(100)$ ), estuvo financiado directamente por el hogar, mientras el restante 15.5% (que resulta de  $(1365.8/8807)(100)$ ) lo financiaron las empresas a través de los sistemas prepagados de salud, tanto públicos (contribuciones del empleador IDSS) como privados (pagos del empleador a los sistemas de salud).<sup>40</sup>

**Cuadro 50**  
**Financiamiento como porcentaje del PIB**  
**(1996) (En millones de RD\$)**

Concepto	Monto RDS	% del PIB
PIB	183,532.2	100.0
Hogares	7,441.2	4.1
Otros privados	1,365.8	0.7
Total sector privado	8,807.0	4.8

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana, Cuentas de salud del sector público 1996-1999, junio 2001.**

<sup>39</sup> Véase el estudio del Banco Central de la República Dominicana (1996), denominado “Cuentas nacionales de salud”, Santo Domingo, R.D., p.49.

<sup>40</sup> *Ibíd.*, p. 50.

Resumiendo, podemos decir que si los indicadores básicos de salud, en el decenio de los noventa, son comparados con los que existían en décadas anteriores, veremos que la situación de la salud en la República Dominicana ha ido mejorando. Veamos este cuadro:

**Cuadro 51**  
**Indicadores de salud en la República Dominicana (1950-2005)**

<b>Indicador</b>	<b>1950-1955</b>	<b>1970-1975</b>	<b>1980-1985</b>	<b>1990-1995</b>	<b>2000-2005</b>
Tasa Bruta de Mortalidad	20.3	9.80	7.8	6.4	5.8
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos)	149.4	93.54	62.5	46.6	34.4
Esperanza de vida al	46.0	59.90	63.2	66.9	70.1
Defunciones anuales	52,000	47,000	47,119	46,892	50,473
Defunciones Infantiles	-	-	12,835	9,285	6,994
Nacidos Vivos	129,000	184,000	205,250	199,239	203,601
Tasa Global de	7.4	5.60	4.12	3.2	2.7
Tasa Bruta de Natalidad	50.5	38.30	33.8	27.0	23.3

**Fuente: ONAPLAN (1999). Gabinete Social (2002:41).**

Del quinquenio 1950-1955 al quinquenio 2000-2005, tenemos que la tasa de mortalidad infantil habrá disminuido en 77%; la esperanza de vida al nacer habrá ganado 24.1 años más; las defunciones anuales se habrán reducido en 2.9%; nacidos vivos habrán aumentado en 57.8%; la tasa global de fecundidad habrá disminuido en 63.5%; la tasa bruta de natalidad se habrá reducido en 53.9% y desde el quinquenio 1980-1985 al quinquenio 2000-2005, las defunciones infantiles anuales habrán disminuido en 45.5%.

Sin embargo, cuando recurrimos a los parámetros internacionales, encontramos que en el frente salud, la República Dominicana evidencia fuertes rezagos: el nivel actual de mortalidad infantil triplica al registrado en Costa Rica, Panamá y Uruguay; la tasa de mortalidad materna, la cual relaciona el número de muertes por causas asociadas a la maternidad con el número de niños nacidos vivos, en el período 1980-1999, dicha tasa se habría situado en un promedio de 100 madres muertas por cien mil nacimientos, cuando en Argentina apenas fue de 38, en Uruguay de 26, Costa Rica 29, Panamá 70 y así sucesivamente.<sup>41</sup>

### **3.8 Evolución del gasto público en viviendas**

Sin duda alguna en el decenio de los noventa, en el gasto del gobierno central en vivienda, se reiteraron dos estilos distintos. El neotrujillismo ratificó sus afectos por la construcción de

<sup>41</sup> Véase, Gabinete Social del Gobierno Constitucional (2000-2004): Obra citada, págs.42-44.



## Evolución de la política social dominicana

viviendas, llevando el gasto en dicho renglón en el 1995 a un pico de RD\$1,064.93 millones. El “Nuevo Camino”<sup>42</sup> hace declinar este gasto de un modo significativo: en términos reales el monto aplicado en el año 2000 apenas cubre un 44% del ostentado en el 1995. Mientras el gasto en viviendas, respecto al PIB, en el 1990 se acerca al 1%, en el 2000 cae a un 0.20%. Resultado: el déficit habitacional no cedió al finalizar el siglo XX.

**Cuadro 52**  
**Gasto del gobierno central en vivienda**  
**(1990-2000)**

<b>Año</b>	<b>Valor corriente (Millones RDS)</b>	<b>Valor real* (Millones de RDS)</b>	<b>Valor real per cápita (en RDS)</b>	<b>Porcentaje del PIB</b>
1990	563.10	82.02	12.04	0.93
1991	645.30	87.11	12.50	0.67
1992	733.65	94.18	13.21	0.65
1993	842.18	105.18	14.42	0.69
1994	1,015.45	110.94	14.91	0.75
1995	1,064.93	106.52	14.03	0.66
1996	947.23	91.61	11.82	0.52
1997	678.10	60.52	7.66	0.32
1998	791.29	65.50	8.12	0.33
1999	923.54	72.73	8.84	0.33
2000	653.24	47.19	5.62	0.20

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

\*Obtenido sobre la base del IPC (1984=100).

Lo realmente sorprendente fue el grado de concentración, por parte de la Presidencia de la República, del gasto en vivienda. El gasto de otras instituciones del gobierno central como el Congreso Nacional, las Fuerzas Armadas, Secretaría de Estado de Educación, fue prácticamente inexistente.

**Cuadro 53**  
**Gasto del gobierno central en vivienda por institución (1990-2000)**  
**(Millones RDS)**

<b>Institución</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Presidencia de la República	563.05	947.23	595.19
Otras	0.05	0.00	58.05
<b>TOTAL</b>	<b>563.10</b>	<b>947.23</b>	<b>653.24</b>

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES y el Banco Central.

<sup>42</sup> Eslogan que identificó al gobierno constitucional 1996-2000.

**Cuadro 54**  
**Indicadores de viviendas, servicios sociales básicos y posesión de bienes en el hogar (1950-1998)**

<b>Indicador</b>	<b>1950</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1981</b>	<b>1984</b>	<b>1991</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>
% viviendas en cuarterías y barracones	-	-	-	13.4	16.0	20.8	14.3	11.0
% viviendas en apartamentos	-	-	1.8	4.3	10	6.8	6.8	6.0
% hogares con piso de tierra	-	-	35.5	21.4	-	10.6	8.6	7.0
% con techo de cana y yagua	-	-	40.1	18.4	-	8.2	5.0	5.0
% hogares con agua potable	16.6	20.0	49.2	56.3	62.0	78.1	81.2	84.0
% hogares sin servicio sanitario	-	-	-	-	-	10.8	10.3	9.4
% sin servicio recogida basura	-	-	-	-	56.5	56.1	46.9	44.5
% hogares con energía eléctrica	13.2	-	36.2	59.1	-	74.8	84.6	88.0
% cocinan con carbón o leña	-	-	78.4	64.7	60.0	40.5	19.4	11.2
% hogares que poseen estufa	-	-	13.2	-	-	56.2	77.1	86.2
% hogares que tienen nevera	-	-	-	-	-	43.3	52.9	58.4

**Fuente: Informes de los censos de 1950,1960 y 1970 y procesamiento especial del censo de 1981 y de las bases de datos de las encuestas ENDESA-91, ENDESA-96 y ENGIH-98. Gabinete Social (2002:60).**

**Nota: (-) dato no disponible.**

Una vez se observa el cuadro arriba presentado, no queda alguna duda del progreso experimentado en materia de viviendas y servicios sociales. La tasa porcentual de las viviendas en cuarterías y barracones, se redujo en 17.9%; de las viviendas en apartamentos aumentó en 233.33%; de los hogares con piso de tierra disminuyó en 80.28%; de las viviendas con techo de cana y yagua se redujo en 87.53%; de las viviendas con agua potable aumentó en 320%; de los hogares con servicios de energía eléctrica aumentó en 566.67%; de los hogares con estufe aumentó en 553%, etc.

*A pesar de todo ello en la “(...) República Dominicana actualmente existe un elevado déficit habitacional, en lo referente a los aspectos cuantitativos y también en los cualitativos, a lo cual hay que sumar el déficit del entorno, compuesto básicamente por la inexistencia o la mala calidad de los servicios básicos. En el ámbito nacional existe actualmente una cifra cercana a los 2 millones de hogares y estimaciones disponibles revelan que existe un déficit total acumulado (cualitativo y cuantitativo) de alrededor de 800 mil viviendas. Este elevado déficit revela deficiencias al respecto, por lo cual la mayoría de la población no ha contado con condiciones apropiadas para la adquisición de*

## Evolución de la política social dominicana

*una vivienda adecuada*”.<sup>43</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

### 3.9 Evolución del gasto público en alcantarillado y aguas potables

A pesar de la enorme importancia que posee el gasto en alcantarillado y aguas potables, y a pesar del rezago que muestra la República Dominicana en proveer a los hogares dominicanos del vital líquido, al final del decenio de los noventa este gasto mostró una caída estrepitosa. Del 1990 al 1994 aumentó vigorosamente, para luego iniciar una caída que no se detiene hasta el 2000. ¿Explicación? Una mayor preocupación gubernamental por el gasto corriente, respecto al gasto de capital.

**Cuadro 55**  
Gasto del gobierno central en alcantarillado y agua potable  
(1990-2000)

Año	Valor corriente (Millones RD\$)	Valor real* (Millones de RD\$)	Valor real per cápita (en RD\$)	% del PIB
1990	367.76	53.57	7.87	0.61
1991	792.46	106.98	15.35	0.82
1992	1,583.71	203.30	28.52	1.41
1993	1,890.85	236.14	32.38	1.55
1994	2,188.05	239.04	32.12	1.61
1995	1,624.31	162.48	21.40	1.01
1996	1,320.31	127.69	16.48	0.72
1997	1,378.04	122.98	15.56	0.64
1998	1,183.79	97.98	12.15	0.49
1999	1,363.68	107.39	13.05	0.49
2000	1,086.93	78.52	9.35	0.34

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

\*Obtenido en base al IPC (1984=100).

### 3.10 Evolución y clasificación del gasto público en asistencia social

El gasto gubernamental en asistencia social, creció enormemente en el decenio estudiado, incrementándose en casi 500%; en términos per cápita se multiplicó por 4.5 y su participación porcentual en el PIB aumentó más del doble. Este ascenso tiene una doble explicación: primera, el número de personas menesterosas que clasifican para ser asistidas por el Estado se fue incrementando. En otras palabras el flagelo de la pobreza se mantuvo con mucha fuerza. Segunda, es un mecanismo políticamente rentable a través del cual los

<sup>43</sup> Véase, Gabinete Social del Gobierno Constitucional (2000-2004): Obra citada, p. 59.

gobiernos hacen -política clientelista. Por otra parte, el gasto en asistencia social, por institución, se advierte una gran concentración de las decisiones de gasto en dos instituciones: la Presidencia de la República y las Fuerzas Armadas Dominicanas, notándose que en la medida que el decenio avanzaba, la segunda institución fue imponiendo su primacía sobre la primera.

**Cuadro 56**  
**Gasto del gobierno central en asistencia social**  
**(1990-2000)**

<b>Año</b>	<b>Valor corriente (Millones RD\$)</b>	<b>Valor real* (Millones de RD\$)</b>	<b>Valor real per cápita (RD\$)</b>	<b>Porcentaje del PIB</b>
1990	273.53	39.84	6.03	0.42
1991	279.07	37.67	5.41	0.28
1992	339.80	43.62	6.12	0.30
1993	706.50	88.23	12.10	0.59
1994	601.71	65.74	8.83	0.44
1995	613.06	61.32	8.08	0.38
1996	979.88	94.77	12.23	0.53
1997	1,604.05	143.15	18.11	0.75
1998	1,477.17	122.27	15.16	0.61
1999	2,482.29	195.49	23.76	0.89
2000	3,222.18	232.76	27.72	1.00

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

\*Obtenido en base al IPC (1984=100).

**Cuadro 57**  
**Gasto en asistencia social por institución del gobierno central (1990-2000)**

<b>Institución</b>	<b>1990 (Millones de RD\$)</b>	<b>%</b>	<b>1996 (Millones de RD\$)</b>	<b>%</b>	<b>2000 (Millones de RD\$)</b>	<b>%</b>
Presidencia	82.38	30.12	266.91	27.24	621.21	19.28
FF.AA.	47.66	17.42	288.25	29.42	1,048.55	32.54
Finanzas	80.47	29.42	268.16	27.37	969.78	30.10
Salud	36.83	13.46	127.72	13.03	271.43	8.42
Otras	26.19	9.57	28.84	2.94	311.21	9.66
Totales	273.53	100.00	979.88	100.00	3,222.18	100.00

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 58**  
**Gasto real en asistencia social por institución del gobierno central**  
**(1990-2000) (Millones de RD\$)**

<b>Institución</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Presidencia de la República	12.00	25.81	44.87
Fuerzas Armadas Dominicanas	6.94	27.88	75.74
Secretaría de Finanzas	11.72	25.93	70.05
Secretaría de Salud Pública	5.36	12.35	19.61
Otras instituciones y organismos	3.82	2.79	22.48
<b>TOTALES</b>	<b>39.84</b>	<b>94.77</b>	<b>232.76</b>

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

**Nota:** el gasto real fue obtenido en base al IPC (1984=100).

### 3.11 Evolución y clasificación del gasto público en seguridad social

La seguridad social, restringida a las pensiones y jubilaciones, durante el decenio de los noventa, sus valores monetarios y reales aumentaron a pasos agigantados. De unos doscientos millones de pesos en el 1990 a casi tres mil millones de pesos en el 2000. Este ascenso espectacular tiene dos causas: la primera está asociada con el Decreto Presidencial que autorizó el aumento al nivel del salario mínimo público de todas aquellas pensiones que estuviesen por debajo del mismo. La segunda, se expresa en el hecho de que nuevos contingentes de personas que formaban parte de la población económicamente activa, han entrado en la etapa de la jubilación.

**Cuadro 59**  
**Gasto público nominal en seguridad social (1990-2000)**  
**(Millones de RD\$)**

<b>Descripción</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Pensiones y jubilaciones: Organismos del gobierno central	123.88	490.41	1,865.84
Pensiones y jubilaciones: Organismos descentralizados	82.00	525.74	1,093.33
<b>Total</b>	<b>205.88</b>	<b>1,016.15</b>	<b>2,959.17</b>

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

Linares

**Cuadro 60**  
**Gasto público real en seguridad social (1990-2000)**  
**(Millones de RD\$)**

<b>Descripción</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Pensiones y jubilaciones: Organismos del gobierno central	14.26	47.43	134.78
Pensiones y jubilaciones: Organismos descentralizados	9.44	50.85	78.98
<b>TOTAL</b>	<b>23.70</b>	<b>98.28</b>	<b>213.76</b>

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

**Nota:** el gasto real fue obtenido en base al IPC (1984-100).

**Cuadro 61**  
**Pensiones y jubilaciones por institución pública (1990-2000)**  
**(Valores monetarios o nominales, millones RD\$)**

<b>Institución</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Presidencia	3.63	4.47	10.21
Fuerzas Armadas Dominicanas	43.69	235.56	927.57
Secretaría de Finanzas	74.22	241.27	890.68
Secretaría de Trabajo	2.34	9.11	14.87
Poder Judicial	-	-	22.51
<b>Total</b>	<b>123.88</b>	<b>490.41</b>	<b>1,865.84</b>
<b>Organismos descentralizados:</b>			
IDSS	43.07	224.19	519.53
Autoridad P.	0.055	1.75	2.89
BAGRICOLA	5.57	22.5	25.49
BANCENTRAL	16.84	110.22	223.34
BANRESERVAS	1.05	36.46	92.88
BNV	0.84	5.6	9.29
Caja de Ahorros para Obreros y Monte Piedad	0.0021	45.84	0.026
CEDOPEX	0.189	0.17	0.61
Comisión Adm. Aeroportuaria	1.82	4.3	4.25
Corp. AyA de Santiago	0.25	-	3.48
FEDA	-	-	0.597
CDE	0.0079	-	39.42
CASAD	0.95	4.07	9.44
Cruz Roja	0.16	0.33	0.618
Inst. Auxilio y V.	2.16	6.94	10.95
IDECCOP	0.03	-	-
INESPRE	0.03	0.25	1.23
INAPA	0.61	6.82	20.02
Inst. Nac. Vivienda	0.2	0.69	2.04
INDRHI	1.39	9.14	16.33

## Evolución de la política social dominicana

Inst. Nac. Algodón	-	0.44	=
Liga Municipal	-	-	7.24
Lotería Nacional	0.56	0.93	4.82
RTVD	0.4	1.2	3.99
Superintendencia de Bancos	0.05	0.26	-
Superintendencia de Seguro	0.017	1.5	3.22
UASD	5.75	42.14	91.63
TOTAL	82.001	525.74	1,093.331
TOTAL GENERAL	205.881	1,016.15	2,959.171

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

**Cuadro 62**  
**Gasto real en pensiones y jubilaciones por institución pública**  
**(1990-2000)**

<b>Institución</b>	<b>1990</b>	<b>1996</b>	<b>2000</b>
Presidencia	0.42	0.43	0.74
Fuerzas Armadas Dominicanas	5.03	22.78	67.01
Secretaría de Finanzas	8.54	23.33	64.34
Secretaría de Trabajo	0.27	0.88	1.07
Poder Judicial	0.00	0.00	1.63
TOTAL	14.26	47.43	134.78
Organismos descentralizados:		0.00	0.00
IDSS	4.96	21.68	37.53
Autoridad P.	0.01	0.17	0.21
BAGRICOLA	0.64	2.18	1.84
BANCENTRAL	1.94	10.66	16.13
BANRESERVAS	0.12	3.53	6.71
BNV	0.10	0.54	0.67
Caja de Ahorros para Obreros y Monte Piedad	0.00	4.43	0.00
CEDOPEX	0.02	0.02	0.04
Comisión Adm. Aeroportuaria	0.21	0.42	0.31
Corp. AyA de Santiago	0.03	0.00	0.25
FEDA	0.00	0.00	0.04
CDE	0.00	0.00	2.85
CASAD	0.11	0.39	0.68
Cruz Roja	0.02	0.03	0.04
Inst. Auxilio y V.	0.25	0.67	0.79
IDECCOP	0.00	0.00	0.00
INESPRE	0.00	0.02	0.09
INAPA	0.07	0.66	1.45
Inst. Nac. Vivienda	0.02	0.07	0.15
INDRHI	0.16	0.88	1.18
Inst. Nac. Algodón	0.00	0.04	0.00

## Linares

Liga Municipal	0.00	0.00	0.52
Lotera Nacional	0.06	0.09	0.35
RTVD	0.05	0.12	0.29
Superintendencia de Bancos	0.01	0.03	0.00
Superintendencia de Seguro	0.00	0.15	0.23
UASD	0.66	4.08	6.62
TOTAL	9.44	50.85	78.98
TOTAL GENERAL	23.70	98.27	213.76

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con información de la ONAPRES, Banco Central y Martí (1997).

**Nota:** el gasto real se obtuvo en base al IPC (1984=100).

### 3.12 El nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social y su financiamiento<sup>44</sup>

**La Ley No. 87-01 de seguridad social**, promulgada el 9 de mayo del 2001, crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en el marco de la constitución de la República Dominicana, para desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

Tienen derecho a ser afiliados al SDSS todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional. De ahí que tengan derecho a beneficiarse del Seguro Familiar de Salud (SFS). En cambio son beneficiarios del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia, los trabajadores dependientes y los empleadores, los trabajadores dominicanos que residen en el exterior; los trabajadores independientes y los empleadores y los desempleados, discapacitados e indigentes.

Trabajadores dependientes y los empleadores y los trabajadores por cuenta propia, serán beneficiarios del seguro contra riesgos laborales.

El SDSS está integrado por los siguientes regímenes de financiamiento: un régimen contributivo, que será financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador; un régimen subsidiado, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes; dicho régimen será financiado por el Estado

<sup>44</sup> Secretaría de Estado de Trabajo (2001): *Ley No. 87-01* que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 9 de mayo del 2001. Editora Centenario, S.A., Santo Domingo, R.D.



## Evolución de la política social dominicana

dominicano; un régimen contributivo subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.

El régimen contributivo, se financiará del modo siguiente: cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y de los empleadores; los beneficios, intereses y rentas provenientes de las reservas del Fondo de Solidaridad; el importe de las multas impuestas como consecuencia del incumplimiento de la ley de seguridad social y sus normas complementarias; la realización de activos y utilidades que produzcan sus bienes; y las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan en su favor.

En dicho régimen el empleador contribuirá al financiamiento del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia y del seguro familiar de salud, con el 70% del costo total y al trabajador le corresponderá el 30% restante. Respecto al costo del seguro de riesgos laborales será cubierto en un 100% por el empleador. Igualmente el empleador aportará el 0.4% del salario cotizable para cubrir el Fondo de Solidaridad Social del sistema previsional.

El régimen subsidiado se financiará con las aportaciones del Estado dominicano. En cambio el contributivo subsidiado, dependerá de los beneficiarios y del Estado dominicano. Las aportaciones del Estado dominicano, provendrán de las siguientes fuentes: las partidas del presupuesto de la SESPAS destinadas al cuidado de la salud de las personas; las partidas gubernamentales para programas de asistencia social, las cuales serán integradas y especializadas para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva; las partidas gubernamentales destinadas a contratar los seguros de salud y planes de pensiones de los departamentos de la administración pública; los ingresos de los impuestos especializados para el pago complementario de los recursos humanos del sector salud; los impuestos a las ganancias de los premios mayores; los impuestos a los juegos de azar autorizados; los patrimonios sin herederos; los bienes confiscados a los juegos de azar autorizados; las utilidades obtenidas por las empresas públicas capitalizadas; recursos extraordinarios de fuentes nacionales e internacionales para apoyar la reforma del sector salud y la rehabilitación y desarrollo de la infraestructura pública; los impuestos correspondientes a los beneficios obtenidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las empresas Proveedoras de Servicios de Salud (PSS); otros recursos adicionales ordinarios que serán consignados en la ley de Gastos Públicos.

La Lotería Nacional será administrada en beneficio del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El seguro familiar de salud de los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado, cubrirá las siguientes prestaciones: plan básico de salud y servicios de estancias infantiles. El plan básico de salud estará compuesto, por los siguientes servicios: promoción de la salud y medicina preventiva; atención primaria de salud; atención especializada y tratamientos complejos; exámenes de diagnósticos; atención odontológica pediátrica y preventiva; fisioterapia y rehabilitación; y prestaciones complementarias.

El SDSS desarrollará servicios de estancias infantiles para atender a los hijos de los trabajadores, desde los 45 días de nacidos hasta cumplir los 5 años de edad. Garantizarán alimentación, servicios de salud materno-infantil, educación preescolar, actividades de desarrollo psico-social y recreación. La prestación de estos servicios estará a cargo del IDSS. Serán financiadas con fondos del seguro familiar de salud, con recursos aportados por el Estado dominicano, por recursos aportados por el sector privado y aportaciones de extranjeros. El seguro familiar de salud del régimen contributivo, se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total 10% del salario cotizable: un 3% a cargo del afiliado y un 7% del empleador.

El régimen subsidiado será financiado con un aporte del Estado dominicano, con cargo a la ley de gastos públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud. Durante el período de transición la SESPAS deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población comprendida por este régimen se determinará el monto actual de la asignación per cápita, debiendo el Estado dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del plan básico de salud correspondiente a este régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de la ley en cuestión.

En el financiamiento del régimen contributivo subsidiado, el CNSS determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del PBS entre el trabajador y el Estado dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado dominicano.

### **3.12.1 Implicaciones cuantitativas del Plan Básico de Salud (PBS)**

El cuadro que se expone más abajo, proviene de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), que contiene los costos per cápita del catálogo de prestaciones del

## Evolución de la política social dominicana

Plan Básico de Salud (PBS), a partir de la realidad económica que vivía el país a junio de 2002.

**Cuadro 63**  
**Costos per cápita del catálogo de prestaciones del PBS (Junio 2002)**

<b>Tipo de atención</b>	<b>Frec. por hab.</b>	<b>Demanda total</b>	<b>Costo per cápita</b>
PREVENCIÓN Y PROMOCION 1/	0.564701	5,020,386	301.37
Asist. prenatal 2/	0.028300	251,597	34.95
Prev. fiebre reumática	0.044900	399,176	17.27
Tratamiento int. niños y niñas	0.098279	873,734	42.34
Enf. de Trans. Sexual	0.002546	22,635	1.43
Planif. Familiar	0.077587	689,775	43.54
Malaria	0.0008106	72,065	4.69
Prog. amp. de inmun. (PAI)3/	0.028300	251,597	9.14
Salud escolar	0.097472	866,560	4.65
Trat. hipert. Arterial	0.054200	481,857	97.15
Prev. cáncer cerv.-uterino	0.001758	15,629	13.48
Prev. y trat. Tuberculosis	0.000437	3,885	2.32
Prev. y trat. diab. tipo I- insulino-dep.	0.018150	161,360	22.87
Prev. y trat. diab. tipo II-no dep.	0.104666	930,517	7.54
ATENCIÓN AMBULATORIA 4/	1.930000	17,158,362	209.90
Cons. medicina general	0.760000	6,756,661	102.40
Cons. médica nivel 2	0.740000	6,578,854	53.75
Cons. médica nivel 3	0.430000	3,822,847	53.75
ODONTOLOGÍA 5/	0.403500	3,587,253	120.90
Preventivo	0.190000	1,689,165	53.00
Tratamiento	0.213500	1,898,088	67.90
EMERGENCIA	0.309658	2,752,966	137.43
Emergencia	0.309658	2,752,966	137.43
HOSPITALIZACION	0.104985	933,353	226.20
Hosp. general y esp. básica 6/	0.104985	933,353	226.20
PARTOS	0.030371	270,009	168.75
Atención de parto normal	0.019741	175,504	75.66
Atención de parto por c.	0.010630	94,504	93.09
CIRUGÍA	0.008616	76,599	48.22
Cirugía general	0.008616	76,599	48.22

## Linares

APOYO Dx	2.467951	21,940,931	351.82
Laboratorio	1.904701	16,933,445	91.24
Radiología e imágenes	0.364371	3,239,383	167.86
Otros medios Dx	0.198879	1,768,103	92.72
ATENCIONES DE ALTO COSTO Y MÁXIMO NIVEL DE COMPLEJIDAD	0.005125	45,563	178.17
Cirugía de corazón abierto para by pass	0.000012	107	1.92
Angioplastia	0.000028	249	2.11
Válvulopatía mitral	0.000012	107	1.16
Trasplante de córnea	0.000018	160	0.70
Hemodiálisis renal	0.000067	596	22.50
Diálisis peritoneal	0.000012	107	3.21
Trasplante renal	0.000006	53	1.14
Reemplazo articular cad.	0.000028	249	1.18
Reemplazo articular rod.	0.000014	124	0.73
Reemplazo articular homb.	0.000001	9	0.05
Columna: cirugía escoli	0.000003	27	0.22
Columna: espondilolistesis total	0.000006	53	0.30
Atención prematuros	0.001811	16,100	111.33
Atención en unidad de cuidados intensivos	0.002871	25,524	21.53
Trat. del cáncer	0.000236	2,098	10.10
REHABILITACIÓN	0.185795	1,651,781	19.20
Consultas rehabilitación	0.015971	141,988	4.35
Terapias rehabilitación	0.049824	442,952	9.04
Apoyos y órtesis	0.120000	1,066,841	5.81
HEMOTERAPIA	0.020000	177,807	0.32
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	1.000000	8,890,343	216.00
SUBTOTALES			1,978.28
ADMINISTRACIÓN 10%)			197.83
TOTAL (RDS)			2,176.10
TOTAL (US\$)			120.89

Fuente: Extraído de “Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud” de la SISALRIL (junio 2002).

Notas: tasa de cambio 18 pesos dominicanos por un dólar; 1/ estimado sobre la base de las prestaciones calculadas en el estudio de P. Cowley; 2/ no incluye costos de partos y cesárea, los cuales se calculan en el punto 6; 3/ para los primeros tres (3) años de operación del sistema, se contempla la aplicación de las vacunas por parte del Seguro Familiar de Salud, quedando sobre la responsabilidad de la SESPAS el suministro de los biológicos a las PSS; 4/ las alternativas para las consultas son frecuencias de 1.28, para medicina general, y de 0.76, 0.74 y 0.43 para medicina especializada; 5/ tomando como referencia el estudio de C. Gámiz y datos de una iguala dental; 6/ incluye medicamentos hospitalarios, los cuales representan alrededor de un 6%.

## Evolución de la política social dominicana

En primer lugar, en dicho cuadro se identifican 12 servicios de salud, los cuales constituyen la base para el cálculo del costo del PBS. Estos son: prevención y promoción, atención ambulatoria, odontología, emergencia, hospitalización, partos, cirugía, apoyo Dx, atenciones complejas, rehabilitación, hemoterapia y medicamentos ambulatorios.

En total, los 12 servicios indicados, incluyen 44 ítems referidos al cuidado de la salud de las personas. Se advierten elementos que tocan directamente el objeto central del PBS. De hecho allí está presente el vínculo con la atención médica primaria, entendida como la *“(…) asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”*.<sup>45</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Notamos en el paquete propuesto la presencia del tratamiento integral materno-infantil, bajo la visión de establecer un equilibrio adecuado entre las actividades de tipo curativo y preventivo, privilegiando el campo de la prevención y de promoción (monitoreo de crecimiento, inmunización, educación para la salud, etc.). La misma orientación se está dando en el mundo de hoy a la asistencia de la madre, con énfasis en los servicios preventivos y curativos.

Aseveran Kroeger y Luna, que idealmente los servicios pre y post natales y de planificación familiar deben operar conjuntamente con el servicio infantil para ofrecer un servicio integrado.

El costo per cápita del tratamiento integral del niño, es de RD\$42.34.

El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es el ítem 1.7 del paquete, concebido como una acción conjunta de la colectividad local e internacional, dirigido a reducir las muertes y los casos de enfermedad, ocasionadas por sarampión, tosferina, poliomielitis parálítica,

---

<sup>45</sup> Kroeger y Luna: Obra citada, págs. 5-6.

tuberculosis, tétano y difteria. El costo per cápita de este programa es de RD\$9.14.

La asistencia prenatal y atención del parto, consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con el fin de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo. Naturalmente, esto va a depender de que la asistencia se inicie lo más temprano posible en el proceso de gestación de la criatura; de la frecuencia de las consultas, sobre todo en aquellas embarazadas de alto riesgo; que sea completa, en lo que concierne a contener acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; y que sea extensa, en el sentido de abarcar la mayor cantidad de personas para disminuir la tasa de mortalidad materna. Su costo per cápita es de RD\$34.95.

También en el paquete, aparece incluida la planificación familiar, la cual debe tener como orientación principal otorgar prioridad en la atención anticonceptiva al grupo de mujeres con mayor riesgo reproductivo. En este servicio hay que incluir actividades de educación en salud junto a actividades directamente asistenciales. Su costo per cápita es de RD\$43.54.

Las enfermedades de transmisión sexual, que aparecen en el ítem 1.4, se difunden principalmente a través del acto sexual, sobre todo en estado de promiscuidad. Las más frecuentes son: sífilis, gonorrea, chancro y el SIDA. El factor educación respecto a la salud es el mejor vehículo para prevenir estas enfermedades. Su costo per cápita es de RD\$1.43.

El ítem 1.11 está referido al tratamiento de la tuberculosis, con un costo per cápita de RD\$2.32. Pensamos que al incluir este servicio en el paquete básico se parte de la necesidad de cumplir con dos metas: aliviar los sufrimientos de una parte de la población dominicana, que aún es víctima de la tuberculosis y disminuir la transmisión del bacilo en la población, especialmente en la carenciada. En el ítem 1.6 aparece el combate a la malaria, con un costo per cápita de RD\$4.69. Es conveniente su incorporación al paquete básico, pues bien sabido que esta es una enfermedad propia del trópico y que se anida en ambientes donde están diseminadas condiciones de pobreza, como en las zonas rurales.

Por otra parte, el paquete básico incluye el servicio de la odontología, que es un servicio de salud muy importante. Actualmente se reconoce una buena salud oral como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. El tener dientes y encías saludables es esencial para eliminar fuentes de infecciones que luego pueden diseminarse hacia otras partes del cuerpo. Su costo per cápita, es de RD\$ 120.90. El servicio del laboratorio, ha sido incluido en el paquete básico, con un costo per cápita de RD\$351.82. El laboratorio cumple dos funciones en el contexto del primer nivel de atención: contribuye al diagnóstico y control de los pacientes atendidos en ese nivel y contribuye al conocimiento de la

## Evolución de la política social dominicana

presencia y distribución de las enfermedades en el ámbito geográfico en que opera.<sup>46</sup>

Del cuadro anterior inferimos el siguiente:

**Cuadro 64**  
**Servicios de salud y frecuencia**

Tipo de servicio	Frecuencia por 1000 habitantes
Prevención y promoción	564.70
Atención ambulatoria	1,930.00
Odontología	403.50
Emergencia	309.66
Hospitalización	104.99
Partos	303.71
Cirugía	8.62
Apovo Dx	2,467.95
Atenciones complejas	5.12
Rehabilitación	185.79
Hemoterapia	20.00
Medicamentos ambulatorios	1,000.00

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares, sobre la base del cuadro 1 de “Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud” de la SISALRIL.

Observamos una tasa de frecuencia en el servicio emergencia, equivalente a 309.66 casos por 1,000 habitantes, la cual es muy elevada, si es comparada con el promedio en esta tasa, en otros países, que es de alrededor de 250 por 1,000 habitantes.<sup>47</sup> En el estudio de Gámiz, dicha tasa arrojó una magnitud mucho más elevada: 587 emergencias por 1,000 habitantes. Respecto a las tasas de frecuencia de consultas médicas ambulatorias, el estudio que hemos asumido (correspondiente a la SISALRIL), no especifica magnitud alguna, pero en una nota de pie de cuadro (el número 1), calzada con el número 4, señala la tasa de frecuencia de 1.28 para medicina general y 0.76, 0.74 y 0.43, para consultas subsecuentes. Adoptamos, para los fines de este trabajo, de conformidad con el cuadro de salud, en proceso de reforma en la República Dominicana, las últimas tres tasas: 760 consultas, en el primer nivel, por cada 1,000 habitantes, en cambio 740 y 430, para los niveles subsiguientes. En el estudio de

<sup>46</sup> El conjunto de criterios expuestos, por el autor de este trabajo, sobre el significado de los servicios incluidos en la atención primaria fue extraído de la obra citada de la autoría de Kroeger y Luna.

<sup>47</sup> *Ibíd.*, págs. 34-42.

Gámiz, fue similar la tasa de frecuentación de consultas, al menos, del primer nivel, equivalente 500 consultas por 1,000 habitantes. Cualquiera de las dos tasas, denota un problema serio en el cuadro de salud dominicano, pues otros países alcanzan 5.000 consultas por mil habitantes y por año.

Ahora, sin hacer distinción alguna en el tipo de consulta, alcanza una tasa de 1.93 por habitante (1,930 por 1,000 habitantes), aún inferior a las alcanzadas en otros países latinoamericanos, que bordea 2.2 consultas por habitante (2,200 por 1,000 habitantes).

En lo que concierne a la tasa de frecuencia de consultas preventivas y curativas (en el campo odontológico) del estudio de la SISALRIL (trabajo que hemos asumido), éste concluye en una magnitud de 403.5 consultas por mil habitantes, relativamente elevada, la cual contrasta con dos informaciones: primera, en el estudio de Gámiz llega a 230; segunda: en Costa Rica es de 230.2 por mil habitantes<sup>48</sup>, es decir, la tasa propuesta en el estudio del equipo técnico de la SISALRIL, supera en un 75.28% a la prevaleciente en Costa Rica.

De la frecuencia de los servicios de salud, pasamos a la demanda total que resulta del producto de dos variables: tasa de frecuencia de los servicios de salud y número de habitantes.

En virtud de que esta variable, demanda total, tiene como uno de sus pilares las tasas de frecuentación de los servicios de salud implicados en el PBS, adolece de los mismos problemas arriba comentados; sin embargo debemos poner en relieve una 'evidencia cuantitativa relativamente importante: servicios claves para la salud de las personas, tales como prevención y promoción, odontología y rehabilitación, las demandas que generan, apenas superan en un 15.39% el número de habitantes del año 2002 (hipótesis intermedia de la CELADE): 8,890,343. Las informaciones del cuadro que se presenta más abajo, fueron extraídas del citado estudio del equipo técnico de la SISALRIL, arriba analizado, donde aparecen la frecuencia por habitante, la demanda total y el costo per cápita propiamente dicho.

Debemos aclarar que seleccionamos, del citado trabajo, la opción C del escenario 1, concebido como de costos bajos, para el que el costo per cápita asciende a 2,176.10 pesos, es decir, 120.89 dólares, que llevados a un plano de cuantificación

---

<sup>48</sup> Gámiz, Clara: Estudio citado, p. 35.



## Evolución de la política social dominicana

total arroja una cifra de RD\$19,346,275,402.3.

**Cuadro 65**  
**Costo per cápita del PBS por niveles de atención (año 2002)**

Servicio	Frec./hab.	Demanda Total	Costo per cápita (RD\$)
Prevención/promoción	0.564701	5,020,386	301.37
Atención ambulatoria	1.930000	17,158,362	209.90
Odontología	0.403500	3,587,253	120.90
Emergencia	0.309658	2,752,966	137.43
Hospitalización	0.104985	933,353	226.20
Partos	0.030371	270,009	48.22
Cirugía	0.008616	76,599	351.82
Apoyo Dx	2.467951	21,940,931	351.82
Atenciones complejas	0.005125	45,563	178.17
Rehabilitación	0.185795	1,651,781	19.19
Hemoterapia	0.020000	177,807	0.32
Medicamentos Ambulatorios	1.000000	8,890,334	216.00
Subtotales	-	-	1,978.27
Administración (10%)	-	-	197.83
Total (RD\$)	-	-	2,176.10
Total US\$1	-	-	120.89

**Fuente:** Elaborado sobre la base del cuadro 1 del estudio Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, de la SISALRIL.

En el costo del PBS, por niveles de atención, se advierte una participación mayoritaria de prevención y promoción, atención ambulatoria, apoyo Dx, hospitalización y medicamentos ambulatorios, prestaciones que absorben casi el 60% del costo total.

**Cuadro 66**  
**Porcentaje del costo per cápita por atención**

Servicio	Costo per cápita (RD\$)	% respecto al total
Prevención y promoción	301.37	13.80
Atención ambulatoria	209.90	9.60
Odontología	120.90	5.50

## Linares

Emergencia	137.43	6.30
Hospitalización	226.20	10.40
Partos	168.75	7.70
Cirugía	48.22	2.20
Apovo Dx	351.82	16.10
Atenciones complejas	178.17	8.20
Rehabilitación	19.19	0.88
Hemoterapia	0.32	0.01
Medicamentos ambulatorios	216.00	9.90
Subtotales	1,978.27	90.90
Administración (10%)	197.83	9.10
i Total (RD\$)	2,176.10	100.00
Total US\$1	120.89	-

**Fuente:** Elaborado sobre la base del cuadro 1 del estudio Propuesta del catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud.

**Primer escenario.** Este tiene como base los siguientes supuestos:

- a) Evolución de la población conforme a la alternativa intermedia de la proyección realizada por CELADE.
- b) Tasa de inflación 6.5%.
- c) Los medicamentos ambulatorios se incrementarán anualmente en 10%.

Estos supuestos están, en cierta medida, estructurados de conformidad con la realidad. El caso es prácticamente común en todos los estudios similares a éste que se han elaborado en la República Dominicana, pues existen evidencias empíricas que contrastan la presunción de que los precios de los medicamentos ambulatorios, crecen mucho más rápidamente que el promedio de precios de los bienes típicos de consumo que integran la canasta familiar, a partir de los cuales se estructura el índice de Precios al Consumidor (IPC).

Esa situación podría tener una explicación doble: primera, la rígida elasticidad precio-demanda de los medicamentos, la cual garantiza que si bien el permanente aumento de sus precios conduce a una merma relativa de la cantidad demandada, constante los otros factores determinantes de la demanda de los medicamentos (ingreso per cápita, verbigracia), los incrementos porcentuales que experimentan dichos precios suelen ser superiores; la segunda hipótesis explicativa puede ser que si hay un renglón productivo, en

## Evolución de la política social dominicana

el cual la inflación importada y el deterioro (devaluación) del peso dominicano, se manifiestan con mayor contundencia es el que estamos abordando, pues su componente importado es muy predominante.

Con relación al supuesto b, se fundamentó en la evolución de la inflación en la economía dominicana, en los últimos años. Veamos:

**Cuadro 67**  
**Evolución de la tasa de inflación en la República Dominicana (1990-2001) (1999=100)**

<b>Año</b>	<b>Tasa de inflación (%)</b>
1991	7.90
1992	5.17
1993	2.79
1994	14.31
1995	9.22
1996	3.95
1997	8.37
1998	7.82
1999	5.10
2000	9.02
2001	4.38

**Fuente: Banco Central de la República Dominicana.**

El promedio simple de la variación porcentual del IPC, arroja una tasa de 7.09%. De modo que la adopción de un 6.5%, como tasa de inflación para edificar los distintos escenarios en que se podría mover el costo del PBS, es realista.

Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro 68**  
**Proyección del costo total y del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2003-2010)**  
**(En RD\$)**

<b>Año</b>	<b>Costo total</b>	<b>Costo per cápita</b>
2003	20,984,832,286	2,325.86
2004	22,671,890,330	2,477.04
2005	24,576,026,532	2,647.79
2006	26,633,631,418	2,830.61
2007	28,856,694,767	3,026.39
2008	31,258,127,353	3,236.07

## Linares

2009	33,851,818,809	3,460.68
2010	36,652,730,155	3,701.32

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

De estos resultados podemos edificar el índice de costos per cápita, con base al año 2002, para observar su incremento porcentual para la serie histórica 2002-2010:

**Cuadro 69**  
**Índice del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2002-2010)**

Año	Costo per cápita	Índice (base: año 2000)	Variación (%)
2002	2,176.10	100	-
2003	2,325.86	107	7
2004	2,477.04	114	14
2005	2,647.79	122	22
2002	2,830.61	130	30
2007	3,026.39	139	39
2008	3,236.07	149	49
2009	3,460.68	159	59
2010	3,701.32	171	71

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Este índice habla muy claro: al cabo de ocho (8) años el costo per cápita del PBS, conforme a los supuestos del escenario que estamos discutiendo, sería superior en un 71%, en comparación al valor registrado en el 2002, poniendo de manifiesto el influjo notable de la inflación y el incremento en 10% del costo de los medicamentos ambulatorios y el aumento de la población.

Si deflactamos estos costos (pendiente del incremento señalado en los medicamentos), obtenemos estos resultados:

**Cuadro 70**  
**Deflactación parcial del costo per cápita del PBS en el primer escenario (2003-2010)**

Año	Costo per cápita nominal (RD\$)	IPC (%)	Costo relativamente deflactado
2003	2,325.86	136.379214	1,705.43
2004	2,477.04	145.243862	1,705.43
2005	2,647.79	154.684714	1,711.73
2006	2,830.61	164.739220	1,718.23

## Evolución de la política social dominicana

2007	3,026.39	175.447269	1,724.95
2008	3,236.07	186.851342	1,731.89
2009	3,460.68	198.996679	1,739.06
2010	3,701.32	211.931463	1,746.47

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

La estimación del IPC, se produjo del modo siguiente: utilizamos el IPC (base, 1999), elaborado por el Banco Central de la República Dominicana, correspondiente al año 2001, y los multiplicamos sucesivamente por la constante 1.065, que recoge el efecto inflación a partir del supuesto de que ésta sería de 6.5%. Sin embargo, estos son costos relativamente deflactados, debido a que en su seno subsiste, en parte, el aumento de 10% del costo de los medicamentos ambulatorios; aun así, es notable que lucen menos inflados:

**Cuadro 71**  
**Comparación de costos en el primer escenario (2003-2010)**

Año	Costo relativamente deflactado (I)	Costo per cápita nominal (II)	Diferencia absoluta (III)=I-II
2003	1,705.43	2,325.86	-620.43
2004	1,705.43	2,477.04	-771.61
2005	1,711.73	2,647.79	-936.06
2006	1,718.23	2,830.61	-1,112.38
2007	1,724.95	3,026.39	-1,301.44
2008	1,731.89	3,236.07	-1,504.18
2009	1,739.06	3,460.68	-1,721.62
2010	1,746.47	3,701.32	-1,954.85

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

¿Qué se infiere de esta situación simulada? Se infieren estas proposiciones: el incremento del costo unitario de los medicamentos y la previsible inflación, constituyen los factores más influyentes en el ascenso del costo per cápita del PBS; el crecimiento vegetativo de la población ha de influir también pero en una proporción menor. De ahí que el Estado dominicano, a través del Banco Central, deberá estar permanente comprometido a mantener una política económica sana, sobre todo prudente en el campo monetario, a fin de mantener la inflación en guarismos manejables.

**El segundo escenario** que vamos a construir, está relacionado con los siguientes supuestos:

- a) Un copago o cuota de recuperación de 15%, en las áreas de odontología, atenciones altamente complejas, y rehabilitación, que provoca un desestimulo en la demanda de esos servicios y un descenso de un 10% en los costos per cápita en dichos tratamientos.
- b) En las otras áreas se mantiene el supuesto de inflación de 6.5%.
- c) Un incremento de 10% en los medicamentos ambulatorios y el aumento vegetativo de la población.

Una reflexión breve sobre el copago, conduce a los siguientes criterios: el copago, conocido en la República Dominicana, como cuota de recuperación, entendida esta cuota como un aporte relativamente voluntario del paciente para costear parte de los servicios de salud que se les ofrecen. El mismo valoriza monetariamente el servicio, insertándolo en el contexto microeconómico de la relación inversa precio-cantidad, por lo que la cantidad demandada tiende a declinar, lo que finalmente se traduce en una disminución de los costos.

La hipótesis gira en torno a una cuota de 15% del costo de los servicios arriba citados. Este porcentaje concuerda con la estimación realizada por el Banco Central de la República Dominicana. Este dice: *“Las cuotas de recuperación se estimaron, a partir de información parcial suministrada por la SESPAS, dado que esa institución no dispone de información completa por establecimiento de salud, resultando ser un 14.7% del total de gasto en salud de SESPAS”*.<sup>49</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Ahora bien, la disminución que proponemos en el costo de los servicios afectados por el copago, de un 10%, empalma más que con una evidencia empírica en el caso dominicano, con el postulado teórico de la elasticidad precio-demanda de un producto o servicio y con el estudio de la OCDE que estima en -0.2 este tipo de elasticidad de la demanda.

Ese coeficiente (-0.2), refleja que la elasticidad precio-demanda del copago en salud, tiende a ubicarla en un tipo de demanda inelástica; de donde se supone que una variación porcentual del precio provoca una variación porcentual en la demanda del servicio de salud afectado, en una proporción menor. Es por esta razón que proponemos sólo una reducción de un 10% en costo, frente a un copago de 15%.

---

<sup>49</sup> Banco Central (1998): “Cuentas de salud del sector público”, Santo Domingo, RD, 1999, p. 28.

## Evolución de la política social dominicana

Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro 72**  
**Proyección del costo per cápita en el segundo escenario**  
**(2003-2010)**

<b>Año</b>	<b>Costo per cápita (RD\$)</b>
2003	2,288.57
2004	2,437.33
2005	2,605.50
2006	2,785.57
2007	2,978.42
2008	3,184.99
2009	3,406.28
2010	3,643.37

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Los resultados en este escenario, en virtud de las consideraciones precedentemente expuestas, en términos cuantitativos no arrojan una diferencia notable respecto al primer escenario. El costo per cápita, casi fue igual al del escenario 1, como se puede apreciar en el cuadro que a continuación presentamos:

**Cuadro 73**  
**Comparación de costos en el primer y segundo escenarios**  
**(2003-2010)**

<b>Año</b>	<b>Costo per cápita del primer escenario (I)</b>	<b>Costo per cápita del segundo escenario (II)</b>	<b>Diferencia III= I-II</b>
2003	2,325.86	2,288.57	37.29
2004	2,477.04	2,437.33	39.71
2005	2,647.79	2,605.50	42.29
2006	2,830.61	2,785.57	45.04
2007	3,026.39	2,978.42	47.97
2008	3,236.07	3,184.99	51.08
2009	3,460.68	3,406.28	54.40
2010	3,701.32	3,643.37	57.95

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

**El tercer escenario** construido, es una variante del anterior. Novedad: incorpora el servicio medicamentos ambulatorios dentro de aquellos que estarían sujetos también de copago de 15%, que provoca un descenso en la demanda y ésta un descenso en el costo per cápita de

10%; como es lógico, se asienta además en el supuesto de una inflación de 6.5% anual y obviamente el crecimiento vegetativo de la población.

Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro 74**  
**Proyección del costo per cápita del PBS en el tercer escenario (2003-2010)**

Año	Costo per cápita (RD\$)
2003	2,262.44
2004	2,409.50
2005	2,574.88
2006	2,751.89
2007	2,941.38
2008	3,144.23
2009	3,361.45
2010	3,594.06

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Comparemos esos resultados con los correspondientes al escenario 1:

**Cuadro 75**  
**Comparación de costos de los primeros y terceros escenarios (2003-2010)**  
**(En millones RDS)**

Año	Costo per cápita del primer escenario (I)	Costo per cápita del tercer escenario (II)	Diferencia III=I-II
2003	2,325.86	2,262.44	63.42
2004	2,477.04	2,409.50	67.54
2005	2,647.79	2,574.88	72.91
2006	2,830.61	2,751.89	78.72
2007	3,026.39	2,941.38	85.01
2008	3,236.07	3,144.23	91.84
2009	3,460.68	3,361.45	99.23
2010	3,701.32	3,594.06	107.26

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

En términos promedios el costo per cápita en el escenario 3, declina en un promedio anual de 2.8%, es decir, 1.2 puntos porcentuales más que en la situación donde se comparó el resultado del escenario 2 con el 1. Esta diferencia tenía que surgir obviamente, pues fue incorporado al copago un nuevo servicio: medicamentos ambulatorios, el cual ostenta el



## Evolución de la política social dominicana

costo per cápita más elevado dentro de los distintos servicios considerados.

A pesar de que el copago es una realidad en muchas partes del mundo, hay que tener cuidado con su aplicación indiscriminada, debido a que puede crear un sesgo contrario al interés de la seguridad social, que es precisamente proteger a los más desvalidos; por consiguiente en el supuesto de que el copago se institucionalice, debe ser restringido a aquellas atenciones donde el costo no sea muy elevado.

El cuarto escenario dibujado, procura el desglose del costo del PBS, en el marco de los tres regímenes de afiliación: contributivo, contributivo-subsidiado y el subsidiado.

Partimos de los resultados cosechados en el escenario 3, arriba discutido, el cual de hecho entraña los supuestos del escenario 1, pues el factor copago o cuota de recuperación se aplica en medio de una inflación de una tasa de 6.5% anual y un aumento del costo de los medicamentos ambulatorios de 10% anual.

Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro 76**  
**Proyección del costo del PBS por régimen de afiliación en el cuarto escenario (2063-2010)**  
**(En millones de RD\$)**

Contributivo	Contributivo-subsidiado	Subsidiado	Aporte del Estado	Aporte privado	Total
8,165.0	8,165.0	4,082.5	8,042.6	12,370.0	20,412.6
8,821.5	8,821.5	4,410.7	8,689.2	13,364.5	22,053.7
9,559.7	9,559.7	4,779.8	9,416.3	14,482.9	23,899.3
10,357.2	10,357.2	5,178.6	10,201.8	15,691.1	25,892.9
11,218.4	11,218.4	5,609.2	11,050.2	16,995.9	28,046.1
12,148.4	12,148.4	6,074.2	11,966.2	18,404.8	30,370.9
13,152.5	13,152.5	6,576.2	12,955.2	19,925.9	32,881.1
14,236.2	14,236.2	7,118.1	14,022.7	21,567.9	35,590.6

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.**

¿Cómo logramos estos resultados?

Lo primero es que el total del costo, que aparece en la última columna, fue calculado conforme a los supuestos del escenario 3, arriba discutido. Dichos valores surgen de la multiplicación del costo per cápita por el número de habitantes.

Para determinar las porciones del costo para cada uno de los regímenes, es imprescindible conocer la población beneficiaria que le correspondería a cada uno de ellos y luego relacionarla con el coste per cápita, y así calcular el costo total por régimen.

El régimen subsidiado beneficia a los desocupados, pensionados, discapacitados e indigentes. El contributivo beneficia empleados públicos y privados y sus patronos y el contributivo-subsidiado, incluye las categorías de trabajadores independientes y servicio doméstico.

En la encuesta de gasto e ingresos de los hogares (Banco Central, 1998), se obtienen valiosas informaciones sobre la población dominicana, según actividad y quintil de ingreso dando cuenta de la existencia, en el año 1998, de 325,239 empleados públicos; empleados privados 1,002,683; trabajadores independientes 1,314,965; patronos 92,978; empleados no remunerados 159,979; servicio doméstico 104,194; desocupados 518,156; inactivos 2,593.371 y menores de 10 años 2,044,729: gran total 8,155,294.

Luego si dividimos los potenciales afiliados de cada régimen, por el gran total, tendremos: para el contributivo 17%, para el contributivo-subsidiado 17% y el subsidiado 8%, es decir:

$$1,420,900/8,155,294= 17.4\%.$$

$$678,135/8,155,294= 8.3\%.$$

$$1,419,159/8,155,294= 17.4\%.$$

Luego si consideramos solamente la Población Económicamente Activa (total de la población menos inactivos y menores de 10 años, y relacionamos la cantidad de afiliados por régimen con dicha Población, entonces tendremos los siguientes resultados:

**Cuadro 77**  
**Afiliados por régimen y quintil de ingreso**  
**(1998)**

Quintil	Contributivo	Contributivo-subsidiado	Subsidiado	PEA
1	148,545	297,201	206,071	637,396
2	229,444	338,841	157,079	725,364
3	308,856	301,982	127,009	737,847
4	347,608	290,062	113,785	751,455
5	385,447	205,494	74,191	665,132
TOTAL	1,419,900	1,419,159	678,135	3,517,194

**Fuente:** Elaborado por el autor, en base a la tabla 8 del estudio de Bitrán: Escenarios

**macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en salud en la República Dominicana (2001).**

Contributivo 40%.

Contributivo-subsidiado 40%.

Subsidiado 20%.

¿De dónde surge el porcentaje de dependientes por régimen?

40-17= 23% de personas dependientes en el régimen contributivo.

40-17= 23% de personas dependientes en el régimen contributivo-subsidiado.

20-8= 12% de personas dependientes en el régimen subsidiado.

Determinados los beneficiarios por régimen, multiplicamos cantidad de personas por el costo per cápita, para obtener el costo total del PBS.

En cuanto a la participación del sector Estado en los costos, debemos decir que proviene de tres fuentes: cubrir el 100% del régimen subsidiado, un aporte de 28.5% para el contributivo-subsidiado y de un 20% en el contributivo; la diferencia, 60.6% corresponde al sector privado.

Para evitar discrepancias estadísticas, se puede recorrer un camino mucho más corto, que pasamos a detallar:

El costo per cápita obtenido en el escenario 3, es multiplicado por la población de cada año, para así obtener el costo total del PBS.

De ese costo total extraemos el costo por régimen de afiliación: 40% tanto para el contributivo, como para el contributivo-subsidiado y el 20% para el subsidiado. La participación privada del costo total equivale a un 60.6% y del sector estatal 39.4%

**3.12.2 Flujo de financiamiento del seguro familiar de salud y nuevos escenarios**

Ahora, es necesario poner al descubierto el proceso mediante el cual se generarán los recursos para financiar los costos arriba enunciados.

El primer paso que debemos dar es conocer el fundamento legal del financiamiento que se encuentra establecido en la ley de seguridad social. En efecto, la ley establece, en su artículo 13 que el régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se financia

mediante: a) Las cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y de los empleadores; b) los beneficios, intereses y rentas provenientes de las reservas del Fondo de Solidaridad; c) el importe de las multas impuestas como consecuencia del incumplimiento de la presente ley sus normas complementarias; d) la realización de activos y utilidades que produzcan sus bienes; e) las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan en su favor.

Sin embargo, es en el artículo 140, donde la ley establece con claridad el financiamiento del seguro familiar de salud del régimen contributivo. Allí se dice que “(...) *el Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total del diez por ciento (10%) del salario cotizante: un tres por ciento (3.0%) a cargo del afiliado y un siete por ciento (7.0%) del empleador, distribuido en las siguientes partidas como sigue:*

*“Un nueve punto cuarenta y tres por ciento (9.43%) para el cuidado de la salud de las personas;*

*“Un cero punto diez por ciento (0.10%) para cubrir las Estancias Infantiles;*

*“Un cero punto cuarenta por ciento (0.40%) destinado al pago de subsidios;*

*“Un cero punto siete por ciento (0.07%) para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales”.*<sup>50</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Respecto al régimen subsidiado, la ley establece en su artículo 142 lo siguiente: “*El Régimen Subsidiado será financiado con un aporte del Estado Dominicano, con cargo a la ley de Gastos Públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud. Durante el periodo de transición la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas. En función de la población comprendida por este régimen se determinará el monto actual de la asignación per cápita, debiendo el Estado Dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del plan básico de salud correspondiente a este Régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de la presente ley*”.<sup>51</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

---

<sup>50</sup> Secretaria de Estado de Trabajo. *Ley No. 87-01* citada, págs. 115 y 116.

<sup>51</sup> *Ibíd.*, p. US.

## Evolución de la política social dominicana

El financiamiento del régimen contributivo-subsidiado, dice la ley en su artículo 146, que se determinará del modo siguiente: *“El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del Plan Básico de Salud entre el trabajador y el Estado Dominicano, tomando en cuenta la capacidad contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado Dominicano. El Poder Ejecutivo, a propuesta del CNSS, dispondrá mediante decreto el porcentaje de los aportes y su distribución”*.<sup>52</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Precisadas las fuentes de financiamiento, lo que nos resta ahora es identificar el método que nos lleve a la cuantificación financiera.

Debemos estimar el ingreso promedio que estaría sujeto a cotización de los afiliados de los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado, multiplicarlo por el número de afiliados potenciales y luego aplicar los mandatos de la ley expresados en los artículos arriba citados, que versan sobre el financiamiento del sistema.

El cálculo de los afiliados potenciales es muy sencillo. En el caso del contributivo multiplicaríamos el 17% (arriba explicado) por la población y luego por el ingreso promedio anual cotizante. Como no disponemos anualmente de esta última información, estamos obligados a recurrir a datos de muestras del universo que nos permitan transitar el camino más expedito.

Bitrán aconseja extraer dicha información de la Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares de 1998. Así, *“(...) para el Régimen Contributivo Subsidiado se calculó el ingreso promedio cotizante como la suma de los ingresos monetarios producto del trabajo independiente, dividido por la suma de trabajadores independientes, dando como resultado RD\$51,366 anuales. Para el caso del Régimen Contributivo se hizo lo propio, considerando el ingreso monetario del trabajo dependiente y el número de trabajadores dependientes, lo cual entrega un valor de RD\$56,486 al año (...)”*<sup>53</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

Precisadas las fuentes principales de financiamiento de los tres regímenes y las estancias infantiles, y el método de cálculo, procedemos a edificar los escenarios que nos permitirán simular contextos distintos de la problemática bajo estudio.

---

<sup>52</sup> *Ibíd.*, p. 120.

<sup>53</sup> Bitrán y otros (2001): “Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la seguridad social en el área de la salud en la República Dominicana”. Santo Domingo, R.D., p. 26.

En un escenario optimista, partimos de que las tasas de evasión en la afiliación en los regímenes contributivo y contributivo-subsidiado, es de 0% y que el costo per cápita del PBS es el correspondiente al escenario tres, arriba estimado para el período 2003-2010. Igualmente suponemos que en el contributivo-subsidiado, la cotización es un 8% de los ingresos promedios.

Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro 78**  
**Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario optimista (2003-2010) (En millones de RD\$)**

<b>Afiliación</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Con-Tri-Butivo:								
1.Total	9,227.0	9,968.8	10,766.3	11,623.5	12,544.7	13,534.2	14,596.8	15,737.5
2.Cuidado salud*	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
Cont. subs.	7,132.1	7,705.5	8,321.9	8,984.5	9,696.5	10,461.3	11,282.7	12,164.4
Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9
Total	17,992.1	19,438.6	21,000.1	22,679.4	24,484.8	26,425.2	28,509.9	30,986.9

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

\*Véase el artículo 40 y su párrafo 1, de la ley de seguridad social. Lea, además: “Comparación costo/financiamiento”, en este estudio.

La cantidad de afiliados del régimen contributivo se obtuvo extrayendo el 17% de la población, lo que representa el número de integrantes de la PEA que iría a dicho régimen. En el caso del contributivo-subsidiado fue usado el mismo porcentaje; mientras que en el subsidiado utilizados el 8%.

Luego, la PEA del contributivo fue multiplicada por el promedio de ingreso anual asignado a este régimen, pero incrementado en un 6.5% (otro supuesto establecido, pues la foto tirada en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, probablemente no permanecería estática con el paso del tiempo y las mutaciones experimentadas por la economía nacional).

## Evolución de la política social dominicana

Finalmente le aplicamos el 10% estipulado en el artículo 140 de la ley de seguridad social. La cantidad de afiliados del régimen contributivo-subsidiado se obtuvo extrayendo el 17% de la población, lo que representa el número de integrantes de la PEA que iría a dicho régimen.

Luego, la PEA del contributivo-subsidiado fue multiplicada por el promedio de ingreso anual asignado a este régimen, pero incrementado en un 6.5%. Finalmente, a este último resultado le aplicamos un 8% (supuesto, en virtud de que la ley no especifica porcentaje alguno).

En el caso del subsidiado, la cantidad de afiliados se obtuvo extrayendo el 8% de la población, lo que representa el número de integrantes de la PEA que iría a dicho régimen, y luego multiplicando por el costo per cápita del PBS, obtenido en tercer escenario dibujado en la estimación y proyección de dicho costo.

Ahora procederemos a comparar los flujos de costos y financiamiento de los regímenes de afiliación, a fin de visualizar sus posibilidades de autofinanciamiento, en el escenario optimista. No todo el flujo financiero del régimen contributivo, proveniente del 10% del salario cotizante, se destinaría al financiamiento del PBS (ver artículo 40 de la ley de seguridad social).

Del total solamente se capturaría el 9.43%, que de conformidad con el párrafo I, del citado artículo, durante los primeros cinco años a partir de la fecha en que entre en vigencia el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, se desglosará así: 8.53% en el primer año, 9.03% en segundo año, 9.43% en el tercer año, 9.43% en el cuarto año y 9.43% en el quinto año. Por tanto los valores del régimen contributivo que aparecen en el cuadro “Proyección financiamiento del PBS por régimen de afiliación (2003-2010)”, se le deben deducir 1.47% en el primer año, 0.97% en el segundo año, 0.57% en tercer año y este mismo porcentaje en los años cuarto y quinto. Suponemos, para no mutilar la serie histórica, la deducción de 0.57% para los años subsiguientes, hasta el 2010.

En atención a lo arriba establecido se deduce el siguiente flujo costo/financiamiento de los regímenes de afiliación, orientado a cubrir el costo del PBS.

## Linares

**Cuadro 79**  
**Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación (2003-2010)**  
**(En millones de RD\$)**

Detalle	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
I. Costos	20,413	22,054	23,899	25,893	28,046	30,371	32,881	35,591
II. Fin.:								
1. Contrib.	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840
2. Contrib.-Subs.	7,132.1	7,705.5	8,321.9	8,984.5	9,696.5	10,461.3	11,282.7	12,164
3.Subs	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084
III. II/I	81.5%	83.7%	85.3%	85.0%	84.7%	84.5%	84.2%	84.5%

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.**

De estos resultados, se infiere claramente que en el marco del paquete de supuestos utilizados para arribar a las cifras presentadas en el cuadro que estamos comentando, el financiamiento procedente de los regímenes de afiliación no supe totalmente los costos del PBS, cubriendo en promedio, el 87.5% del costo global. Se supone que en el marco de un escenario pesimista para el financiamiento, estos resultados serían menos favorables.

**Cuadro 80**  
**Distribución de los recursos financieros del régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2007) (En millones de RD\$)**

Partidas	2003	2004	2005	2006	2007
Total	9% 8,304.3	9.5% 9,470.4	10% 10,766.3	10% 11,623.5	10% 12,544.7
Cuidado de salud	8.53% 7,870.6	9.03% 9,001.8	9.43% 10,152.6	9.43% 10,961.0	9.43% 11,829.6
Estancias	0.10% 92.3	0.10% 99.7	0.10% 107.7	0.10% 116.2	0.10% 125.4
Subsidios	0.30% 276.8	0.30% 299.0	0.40% 430.6	0.40% 464.9	0.40% 501.8
SISALRIL	0.07% 64.6	0.07% 69.9	0.07% 75.4	0.07% 81.4	0.07% 87.1
Aporte del afiliado	2.7% 2,491.3	2.85% 2,841.1	3.0% 3,229.9	3.0% 3,487.1	3.0% 3,763.4



## Evolución de la política social dominicana

Aporte del empleador	6.3%	6.65%	7.0%	7.0%	7.0%
	5,813.0	6,629.3	7,536.4	8,136.5	8,781.3

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.**

El 10% del salario cotizante, en el régimen contributivo, del cual nos habla el artículo 40 de la ley de seguridad social, es el que sirve de base para financiar otras instituciones y otorgar subsidios. Veamos.

El régimen contributivo, de acuerdo a la ley de seguridad social, debe ser autofinanciable, es decir, es el único régimen de afiliación que no recibiría subsidio del Estado; por consiguiente es conveniente observar su comportamiento al nivel de costos y flujo de financiamiento durante la serie de tiempo para la que hemos efectuado las estimaciones y proyecciones. Veamos:

**Cuadro 81**

**Costos y financiamiento en el régimen contributivo en el escenario optimista (2003-2010) (En millones de RD\$)**

Detalle	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cos-Tos	8,165.1	8,821.5	9,559.7	10,357.2	11,218.4	12,148.4	13,152.5	14,236.2
Fi-nanc.	7,870.6	9,001.8	10,152.6	10,961.0	11,829.6	12,762.7	13,764.8	14,840.5
Rela-ción	06.4%	102.0%	106.2%	105.8%	105.4%	105.1%	104.6%	104.2%

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.**

Los resultados cuantitativos son claros: en el escenario optimista el régimen contributivo es autofinanciable, excepto en el año de arranque del sistema.

El financiamiento estatal, tiene por objeto cubrir estos costos: del 10% del salario cotizante de los empleados públicos afiliados al régimen contributivo, el Estado deberá financiar el 7% y los empleados públicos el 3%, de dicho 10%; pero también está en el deber de financiar totalmente los costos derivados del régimen subsidiado, respecto al contributivo-subsidiado, hemos convenido un aporte de 28.5%.

Las fuentes de las cuales se podrá nutrir el Estado dominicano para cumplir con sus responsabilidades financieras, en el contexto de la ley de seguridad social, están enmarcadas principalmente en el artículo 20 de la ley No. 87-01.

En el escenario pesimista, partimos de que las tasas de evasión en la afiliación es de 45% en el régimen contributivo, pero irá reduciéndose paulatinamente hasta situarse en 20% en el año 2010 y de 75% en el contributivo-subsidiado y se irá reduciendo hasta quedar en 30% en el año 2010. El costo per cápita del PBS es el correspondiente al escenario tres, arriba estimado para el período 2003-2010. Igualmente suponemos que en el contributivo-subsidiado, la cotización es de un 8% de los ingresos promedios. Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro 82**  
**Proyección flujo financiamiento proveniente de los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010) (En millones de RDS)**

Afiliación	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Con- tri- buti- vo:								
1.Total	5,074.8	5,781.9	6,567.4	7,439.1	8,404.9	9,473.9	10,655.6	12,117.9
2.Cui- dado de salud	4,328.8	5,221.1	6,193.1	7,015.1	7,925.8	8,933.9	10,048.2	11,427.2
Cont. subs.	1,783.0	2,311.6	2,912.7	3,593.8	4,363.4	5,230.7	6,431.1	7,906.9
Sub- sida- do	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,084.9

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

Como era de esperarse, si en medio del escenario optimista, el financiamiento proveniente de los regímenes apenas cubrían el 87.5% del costo del PBS, en el marco del presente escenario pesimista, la situación es peor, pues el nivel más alto de financiamiento ocurre en el año 2010 con un 63%. Estos resultados eran previsibles, pues la evasión aunque va disminuyendo anualmente aún en el año 2010 subsiste: 20% para el contributivo y 30% para el contributivo-subsidiado. Estos fueron los resultados:

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 83**  
**Costo del PBS y su financiamiento desde los regímenes de afiliación en el escenario pesimista (2003-2010) (En millones de RD\$)**

<b>Detalle</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
I. Costo	20,413	22,054	23,899	25,893
II. Fin.				
1. Contributivo	4,328.8	5,221.1	6,193.1	7,015.1
2. Contributivo-	1,783.0	2,311.6	2,912.7	3,593.8
3. Subsidiado	1,633.0	1,764.3	1,911.9	2,071.4
III. IM)	40%	42%	46%	49%

**Conclusión...**

<b>Detalle</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
I. Costo	28,046	30,371	32,881	35,591
II. Fin.				
1. Contributivo	7,925.8	8,933.9	10,048	11,427
2. Contributivo-	4,363.4	5,230.7	6,431.1	7,907
3. Subsidiado	2,243.7	2,429.7	2,630.5	3,085
III. IM)	51.8%	54.6%	58.1	63%

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la SISALRIL.

### 3.12.3 Marco conceptual para la transformación de partidas presupuestarias

El Art. 20 de la ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), dice lo siguiente:

“Las aportaciones del Estado Dominicano al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), provendrán de las siguientes fuentes:

“a) Las partidas del presupuesto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) destinadas al cuidado de la salud de las personas.

“b) Las partidas gubernamentales para programas de asistencia social, las cuales serán integradas y especializadas para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva.

- “c) Las partidas gubernamentales destinadas a contratar los seguros de salud y planes de pensiones de los departamentos de la Administración Pública.
- “d) Los ingresos de los impuestos especializados para el pago complementario de los recursos humanos del sector salud.
- “e) Los impuestos a las ganancias de los premios mayores.
- “f) Los impuestos a los juegos de azar autorizados.
- “g) Los patrimonios sin herederos.
- “h) Los bienes confiscados por sentencia definitiva a los traficantes de drogas, de contrabando o de cualquier otro origen.
- “i) Las utilidades obtenidas por las empresas públicas capitalizadas.
- “j) Recursos extraordinarios de fuentes nacionales e internacionales para apoyar la reforma del sector salud y la rehabilitación y desarrollo de la infraestructura pública.
- “k) Los impuestos correspondientes a los beneficios obtenidos por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las empresas Proveedoras de Servicios de Salud (PSS).
- “l) Otros recursos adicionales ordinarios que serán consignados en la ley de Gastos Públicos”.<sup>54</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

**Acápite (a).** Para efectuar un trabajo correcto en lo atinente al desmonte o transformación de las partidas presupuestarias asignadas a la SESPAS, debemos partir de dos postulados fundamentales: primero, concepto de gasto en salud y segundo, conceptualización respecto a la clasificación del gasto, que nosotros preferimos sea por el objeto del gasto en salud.

En ambos casos nos vamos a adherir a la esencia del trabajo del Banco Central de la República Dominicana, denominado “Cuentas de salud del sector público”.

---

<sup>54</sup> Secretaría de Estado de Trabajo: Ley 87-01, citada, págs. 25-26.

## Evolución de la política social dominicana

En efecto, el Banco Central, dice: *“Se utilizó una definición estricta del gasto en salud incluyendo éste: todos los desembolsos realizados por los sectores público y privado, así como los hogares para la prevención, promoción, rehabilitación y cuidado que tengan por objetivo mejorar la salud. Incluye tanto gastos corrientes como de capital”*.<sup>55</sup> Y agrega: *“La definición comúnmente usada de gasto en salud es: todos aquellos gastos o desembolsos para la prevención, promoción rehabilitación y cuidado, nutrición y programas de emergencia que tengan por objetivo el mejorar la salud, tanto de individuos como de la población en su conjunto”*.<sup>56</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Esta conceptualización del gasto en salud, es absolutamente estricta, pues algunos desembolsos que pudiera ejecutar la SESPAS, verbigracia, para contribuir indirectamente con la salud, no se consideran como parte de dicho gasto. Al mismo tiempo se destaca el hecho de que el gasto de capital, por ejemplo, en las edificaciones y reparaciones de hospitales y clínicas rurales, es incluido en el gasto en salud, pues su materialización incide directamente en el cuidado de la salud de las personas y colectividades.

Pero su carácter estricto no sólo deviene por lo anteriormente apuntado, sino porque de hecho excluye algunos renglones del gasto que en una conceptualización amplia, se podrían considerar como parte del gasto en salud. Sobre este particular el Banco Central, dice: *“En el caso de República Dominicana decimos que la definición adoptada es estricta, ya que excluye los programas tanto, públicos como privados, que tienen efectos en la salud, pero cuya intención principal no es la salud”*.<sup>57</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). Y agrega: *“Son un ejemplo de estos gastos, los subsidios generales de alimentos, el abastecimiento y mejoramiento del agua potable, el mejoramiento de la vivienda, los gastos en servicios comunitarios y de asistencia social (...)”*.<sup>58</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Aclarado el concepto de gasto en salud, procedemos ahora a concretizar la clasificación por objeto del gasto en salud.<sup>59</sup>

---

<sup>55</sup> Banco Central: “Cuentas de salud del sector público”. Santo Domingo, R.D., 1999, p. 13.

<sup>56</sup> *Ibíd.*, p. 13.

<sup>57</sup> *Ibíd.*, p. 13.

<sup>58</sup> *Ibíd.*, p. 13.

<sup>59</sup> *Ibíd.*, págs. 24-27.

Debemos advertir que en la metodología propuesta por el Banco Central, es independizado el renglón “Productos químicos y conexos”, de “Materiales, suministros y productos diversos”; e igualmente de “Maquinarias y equipos”, extrae “Equipos médicos sanitarios”; sin embargo ello no quiere decir que los desembolsos en “Materiales, suministros y productos”, excepto “Productos químicos y conexos” y “Maquinarias y equipos” excepto “Equipos médicos sanitarios”, no se incorporen al gasto en salud. Todo lo contrario también son incluidos. Simplemente es una forma metodológica de presentación del gasto en salud, desde el punto de vista del objeto del gasto, postulada por el Banco Central.

Respecto al acápite (a) citado, es conveniente acudir al capítulo “Asignaciones clasificadas por capítulo, programas, subprogramas, actividades y objeto del gasto”, en la publicación “Informe de ejecución presupuestaria”, de la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRES). Publicación en la que se informa acerca del movimiento fiscal experimentado por el sector público, por año.

En dicho capítulo identificamos la sección “Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social”, donde se especifica la ejecución presupuestaria de esta secretaría en función de programas, actividades y objeto del gasto.

Dicha secretaría cuenta con cinco (5) programas, que son: administración superior, coordinación de normas y control de programas de salud, servicios operativos, servicios sociales y financiamiento de instituciones.

**Cuadro 84**  
**Conceptos incluidos en la clasificación por objeto del gasto del sector salud público**

Bien o servicio	Conceptos incluidos
Servicios personales	Servicios personales de los programas y subprogramas: a) Administración superior; b) Servicios operativos; c) Servicios de salud; d) Atención médica rural; e) Servicios operativos.
Servicios no personales	Servicios no personales de los programas y subprogramas: a) Administración superior; b) Servicios operativos; c) Servicios de salud; d) Atención médica rural; e) Servicios operativos.
Materiales y suministros	Total de materiales y suministros.
Maquinarias y equinos	Total de maquinarias y equipos
Construcciones de obras	Instalaciones, adiciones y reparaciones.

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares sobre la base de las Cuentas Nacionales del Banco Central de la República Dominicana.**

El gasto que se ejecuta en cada programa aparece clasificado por objeto, es decir,

## Evolución de la política social dominicana

servicios personales, servicios no personales, materiales y suministros, maquinarias y equipos, construcciones de obras y plantaciones agrícolas y aportes corrientes.

El criterio guía para determinar cuáles de los programas citados pudieran concebirse como posibles fuentes de financiamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es aquel en que el gasto, tenga incidencia en la salud de las personas. Este mismo punto de vista se puede aplicar en los subprogramas o actividades.

Por tanto, se deben seleccionar los siguientes programas y subprogramas: Administración superior (programa), servicios de salud (subprograma del programa coordinación de normas y control de programas de salud), Atención médica rural (subprograma del programa coordinación de normas y control de programas de salud) y servicios operativos (programa).

Mientras que se deben desechar: Servicios sociales (programa) y Financiamiento a instituciones (programa) y el subprograma “Atención al medio ambiente”.

Para completar el cuadro conceptual, analicemos cada uno de los elementos de la clasificación del gasto por objeto, arriba enumerados.

Los gastos de los programas y subprogramas seleccionados, que tienen por objeto cubrir servicios personales (sueldos a médicos, enfermeras y otros integrantes del personal de trabajo del sector salud), servicios no personales (principalmente reparaciones menores de centros hospitalarios), maquinarias y equipos (equipos médicos quirúrgicos, equipos hospitalarios, etc.), construcciones de obras y plantaciones agrícolas (vías de comunicaciones, acondicionamiento de suelos y plantaciones, etc.), y materiales y suministros (productos medicinales, productos textiles, útiles menores médico-quirúrgicos, etc.).

Las asunciones y las exclusiones citadas tienen su fundamento metodológico en las conceptualizaciones sobre gasto en salud, establecidas por el Banco Central de la República Dominicana, en el marco teórico del proceso de construcción de las cuentas nacionales para el sector salud de la nación dominicana y que fueron citadas textualmente más arriba.

**Acápite (b).** En la publicación de referencia, acudimos a la clasificación económico- funcional de los gastos, para los servicios sociales, en la que tenemos el gasto gubernamental clasificado en el plano económico: gastos corrientes y

gastos de capital; y clasificado desde el punto de vista funcional en el área de los servicios: educación, deportes y recreación, salud, asistencia social, trabajo, vivienda, alcantarillado y aguas potables, servicios municipales y servicios a la comunidad.

De todos esos renglones sociales el que nos interesa, para fines del acápite (b), es el de “Asistencia social”.

Todo lo que gasta el gobierno central y los organismos estatales descentralizados y autónomos en asistencia social, entendemos que debe ser asumido de manera íntegra, ya que esto es lo que se desprende taxativamente de la lectura del acápite b.

Allí no hay lugar a duda. Por otro lado, el mandato contenido en dicho acápite no es discriminatorio, por tanto, somos de opinión que la asistencia social que brindan las instituciones descentralizadas, debe ser incluida.

Hay que consignar que en las estadísticas sobre la asistencia social de los organismos descentralizados y autónomos, solamente se especifican los siguientes: Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), Lotería Nacional e Instituto de Auxilios y Viviendas.

**Acápite (c).** Las partidas presupuestarias destinadas a los seguros en el gobierno central, están claramente identificadas en las asignaciones clasificadas por programas, objeto y cuenta del gasto, específicamente en el objeto del gasto referido a “Servicios no personales”, en el que se incluyen servicios de comunicaciones, servicios básicos, publicidad, impresión y encuadernación, viáticos, transporte y almacenaje, alquileres, seguros, reparaciones menores y otros servicios no personales. Luego, de todos los renglones citados, asimilamos el referido a “seguros”.

Ahora bien, esta partida es muy agregada, ya que incluye diversos tipos de seguros. Para el objeto de esta investigación, nos interesa el seguro médico a las personas, subcuenta 0273. Esta información no aparece en el “Informe de ejecución presupuestaria” de la ONAPRES, por tanto es imprescindible obtenerla



en las oficinas de la institución citada.<sup>60</sup>

Estas partidas se deben computar tanto para el gobierno central como para los organismos públicos descentralizados o autónomos.

**Acápite (d).** Estos ingresos forman parte de los ingresos ordinarios gubernamentales y particularmente a los ingresos tributarios. Como tienen un origen histórico reciente, la serie de tiempo diseñada no es extensa.

**Acápite (e).** Los impuestos a las ganancias de los premios mayores de la Lotería Nacional, forman parte de los impuestos sobre bs ingresos, históricamente han arrojado valores monetarios significativos, aunque en el lapso 1996-2000 sus aportes no aparecen en las publicaciones de la Oficina Nacional de Presupuesto. Las investigaciones directas que hemos realizado en la ONAPRES, indican que hasta el momento de hoy dicha omisión continúa, ya que la Lotería Nacional no está cumpliendo con ese deber.

**Acápite (f).** Los impuestos a los juegos de azar autorizados, están desparrramados en distintas denominaciones en la clasificación de los ingresos fiscales por fuentes.

En informaciones suministradas por la ONAPRES, ésta solamente incluye, como juegos de azar, casinos, tragamonedas y bingo. Los impuestos sobre los beneficios de los casinos de juegos y los impuestos sobre los beneficios generados por las máquinas tragamonedas, están ubicados en los impuestos sobre los ingresos. En cambio, los aportes de las salas de juego de bingo, se encuentran ubicados en transferencias corrientes.

**Acápite (g).** Esta información no se encuentra registrada en los impuestos sobre la tenencia del patrimonio, ni en los impuestos sobre las transferencias patrimoniales, sin embargo podría encontrarse en el área de rentas internas de la Secretaría de Estado de Finanzas, específicamente en “Sucesiones y donaciones”. Su aporte como fuente de financiamiento del SDSS, podría ser muy limitado.

---

<sup>60</sup> Debemos aclarar que esta información fue obtenida finalmente en las oficinas de ONAPRES, por el autor de este estudio. Agradecemos al personal técnico y directivo de dicha oficina, por la ayuda prestada.

**Acápito (h).** La ley prevaleciente en la República Dominicana sobre lavado de activos provenientes del tráfico ilícito de drogas, de fecha 26 de abril del 2002, y luego la aprobada el 29 de mayo del 2002, como una corrección a la anterior, en lo que respecta a los vicios detectados en su contenido respecto a lo tocante a la distribución de los bienes confiscados, estipula en su artículo 33, acápite (a) y numerales 1,2 y 3, b siguiente:

a) Cuando se trate de bienes decomisados provenientes del tráfico ilícito de drogas, el Comité Nacional contra el Lavado de Activos los destinará de la manera siguiente:

- 1) 15%...para las instituciones dedicadas a la regeneración de los adictos a drogas.
- 2) 50% (...) para la Dirección Nacional de Control de Drogas (...).
- 3) 35% (...) para el Consejo Nacional de Drogas (...).

Nuestro acápite (h) no aplica para los bienes confiscados en las circunstancias descritas en el acápite (a) del artículo 33 de la ley de tráfico ilegal de drogas; pero si aplica en el siguiente acápite, el (b), de dicho artículo, en el numeral 2. Veamos: “En los casos en que en el proceso de investigación de la infracción hayan participado autoridades de otros países u organismos internacionales, el Estado Dominicano podrá compartir con los demás Estados u organismos internacionales el destino del producto de los bienes decomisados. En el presente caso el producto correspondiente al Estado Dominicano se distribuirá conforme a los numerales 1 y 2 del presente acápite:

b) En los casos de bs bienes, productos o instrumentos decomisados que provengan de las demás infracciones graves previstas en la presente ley, serán destinados de la manera siguiente:

- 1) El 50%...para las instituciones mencionadas en bs numerales 1, 2 y 3 del acápite a) del presente artículo, en la misma proporción; y
- 2) El 50%... restante se destinará al Fondo General de la Nación”.

Lo primero que se debe hacer, es investigar cuales casos de este último tipo ya poseen sentencia definitiva y cuál es el valor aproximado de mercado de los bienes decomisado. Las instituciones públicas que podrían tener algunas informaciones sobre este particular son: Procuraduría General de la República, Dirección Nacional de Drogas, Consejo Nacional de Drogas y Oficina Nacional de Presupuesto.

## Evolución de la política social dominicana

**Acápito (i).** Estas partidas o ingresos deben aparecer en "aportes corrientes", en la clasificación de los ingresos corrientes del gobierno central, por fuente.

Su aporte actual podría ser limitado, pero en el mediano y largo plazo, su contribución como fuente de financiamiento sin lugar a dudas se incrementará, en virtud de la administración privada que se ejerce allí.

Por el momento, la ONAPRES ya posee algunas informaciones sobre ese particular para el año 2001.

**Acápito (j).** Estos recursos se encuentran ubicados bajo la categoría de recursos internos y recursos externos. En los primeros encontramos ventas de activos, donaciones, aportes extraordinarios, etc. En los segundos tenemos préstamos, esencialmente.

En tal caso, obviamente se deben cuantificar aquellas partidas de ingresos explícitamente indicadas en el citado acápite.

Este renglón, en el mediano y largo plazo, tendrá un límite fuerte, debido a la aversión que existe en la opinión pública nacional, respecto tanto al endeudamiento interno, como al externo.

**Acápito (k).** Estas empresas, en el futuro se convertirán en una fuente importante y estable de ingresos para el financiamiento del SDSS. Las informaciones respecto a la cuantía que aportan estas empresas, vía el impuesto sobre los beneficios pueden ser obtenidas en la Dirección General de Impuestos Internos y ONAPRES, pero para los años venideros.

**Acápito (l).** Aquí debemos estimar los recursos adicionales ordinarios que tendrá que aportar el gobierno, en dicha ley, al verificar la diferencia entre el costo anual de la ejecución del Plan Básico de Salud, y los importes obtenidos vía el artículo 20 de la Ley de Seguridad Social, desde el acápite (a) hasta el acápite (k). En adición hay que consignar que el párrafo 1 del artículo 20 discutido, le reportará recursos financieros adicionales al SDSS, en virtud de que la Lotería Nacional es una empresa pública rentable.

### **3.12.4 Tratamiento empírico de las partidas gubernamentales pro-seguridad social**

**Gasto en salud de la SESPAS.** De todos los acápites que posee el mencionado artículo 20 de la ley 78-01, el más importante es el (a), puesto que da cuenta del vínculo del gasto de la SESPAS, con el gasto en salud. En efecto en el artículo 142 de la mencionada ley leemos: "*(...) Durante el período de transición la*

*Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas”.*<sup>61</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

**Cuadro 85**  
**Desmante de las partidas presupuestarias correspondientes a la SESPAS (1990-2000)**  
(En millones de RD\$)

Concepto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto salud	449.9	429.8	709.8	993.1	1,217	1,138	1,382	2,008	2,682	3,268	4,252
Gasto SESPAS	526.3	506.9	828.4	1,145	1,401	1,347	1,615	2,459	3,544	4,664	5,939
Salud SESPAS	85.5	84.5	85.7	86.7	86.9	84.5	85.6	81.7	75.7	70.1	71.6

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Tomando como base el Informe de ejecución presupuestaria" de la ONAPRES, para la serie histórica 1990-2000 y aplicando los criterios del Raneo Central, sobre las cuentas nacionales en salud, hemos desmenuzado las partidas que maneja la SESPAS, en materia de ejecución presupuestaria. En efecto, asumimos el gasto que ejecuta la SESPAS en el ámbito de las siguientes denominaciones: administración superior, servicio de salud, atención médica rural y servicios operativos; por consiguiente quedaron descartados, atención al medio ambiente, servicios sociales y financiamiento a instituciones.

Según se puede observar, en el cuadro más arriba presentado, durante la serie de tiempo 1990-2000, en promedio el 82% del gasto de la SESPAS estuvo dirigido al gasto en salud. Aunque a partir del 1997 se manifiesta una clara tendencia declinante en este tipo de gasto.

**Proyección del gasto en salud de la SESPAS.** Ahora procederemos a proyectar el gasto en salud de la SESPAS, que es la variable dependiente, en cambio el factor tiempo es la variable independiente.

Los mínimos cuadrados: método utilizado para efectuar la regresión lineal y hacer las proyecciones.

Para el gasto en salud de la SESPAS, se obtuvo la siguiente ecuación de regresión:

<sup>61</sup> Secretaría de Estado de Trabajo: *Ley 87-01*, p. 118.

## Evolución de la política social dominicana

$Y = -414,117,308 + 349,781.572.8X$  y su coeficiente de correlación fue de 0.94.

**Cuadro 86**  
**Proyección del gasto en salud de la SESPAS (2001-2010)**  
**(En millones de RDS)**

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gastos Salud SESPAS	3,783	4,133	4,483	4,833	5,182	5,532	5,882	6,232	6,582	6,931
Gastos SESPAS	5,162	5,659	6,156	6,653	7,150	7,647	8,145	8,642	9,139	9,636

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.**

**Asistencia social del gobierno central e instituciones descentralizadas.** Hemos computado principalmente el gasto del gobierno central y de los organismos descentralizados (Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), Lotería Nacional e Instituto de Auxilios y Viviendas) en asistencia social.

**Cuadro 87**  
**Asistencia social del gobierno central y organismos descentralizados (1995-2000)**  
**(En RD\$)**

Año	Gobierno central	Instituciones descentralizadas	Total
1995	613,058,191	1,130,415,566	1,743,473,757
1996	979,885,806	1,154,061,421	2,133,947,227
1997	1,604,046,038	1,752,038,660	3,356,084,698
1998	1,477,175,812	1,944,066,379	3,421,242,191
1999	2,482,294,990	1,897,557,639	4,379,852,629
2000	3,222,180,949	1,461,928,885	4,684,109,834

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.**

Los recursos financieros contenidos para la asistencia social de conformidad con el acápite (b) del artículo 20 de la ley, serán, especializados para financiar las prestaciones de la población indigente y de los grupos sociales con insuficiente capacidad contributiva. De ahí la necesidad de ver su comportamiento histórico, para proyectar cuantitativamente sus valores para el futuro (2001-2010).

**Proyección de los valores monetarios de la asistencia social.** Ahora procederemos a proyectar los valores monetarios de la asistencia social, tanto del

gobierno central, como de los organismos descentralizados.

Los mínimos cuadrados: método utilizado para efectuar la regresión lineal y proyectar los valores de la variable en cuestión. Fueron obtenidas las siguientes ecuaciones de regresión, para la asistencia social tanto del gobierno central, como de los organismos descentralizados, respectivamente:

$Y = -12.823,480.6 + 497.884.889. IX$  y su coeficiente de correlación fue de 0.96.

$Y = 1.148.669.795 + 116.573,799.1X$  y su coeficiente de correlación fue de 0.60.

**Cuadro 88**  
**Proyección de los valores monetarios de la asistencia social**  
**(2001-2010)**

<b>Año</b>	<b>Gobierno central</b>	<b>Instituciones descentralizadas</b>	<b>Total</b>
2001	3.472,370,742	1,964,686,388	5,437,057,130
2002	3,970,255,631	2,081,260,187	6,051,515,818
2003	4,468,140,520	2,197,833,986	6,665,974,506
2004	4,966,025,409	2,314,407,785	7,280,433,194
2005	5,463,610,298	2,430,981,584	7,894,591,882
2006	5,961,795,187	2,547,555,383	8,509,350,570
2007	6,459,680,076	2,664,129,182	9,123,809,258
2008	6,957,564,96\$	2,780,702,981	9,738,267,946
2009	7,455,449,854	2,897,276,780	10,352,726,630
2010	7,953,334,743	3,013,850,579	10,967,185,320

**Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.**

**Seguro de salud en el gobierno central.** Las partidas del gobierno central destinadas a contratar seguros de salud y planes de pensiones, arrojaron las siguientes cifras:

**Cuadro 89**  
**Erogaciones del gobierno central en seguros médicos<sup>62</sup> a empleados públicos (1995-2000)**

<b>Año</b>	<b>Monto (RDS)</b>
1995	132,321,174
1996	140,217,872
1997	147,795,906

<sup>62</sup> Corresponden a la subcuenta 0273.

## Evolución de la política social dominicana

1998	127,906,460
1999	207,066,555
2000	188,627,642

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Esta partida, aunque refleja correctamente las erogaciones del gobierno central con relación al seguro médico de sus empleados, es parcial. Esto así, debido a que no aparecen aquí las erogaciones de las instituciones descentralizadas y autónomas del sector público; de modo que la cuantía de esta partida, es mucho mayor a la presentada en el cuadro en cuestión.

**Proyección de las erogaciones gubernamentales en seguro de salud.** Ahora procederemos a proyectar los valores monetarios del seguro de salud en el gobierno central.

Los mínimos cuadrados fue el método utilizado para efectuar la regresión lineal y proyectar los valores de la variable en cuestión. Se obtuvo la siguiente ecuación de regresión:  $Y = 111,103,707.2 + 13,205,398.037X$  y el coeficiente de correlación fue 0.76.

Su proyección es como sigue:

**Cuadro 90**  
**Proyección erogaciones gobierno central seguros de salud empleados públicos (2001-2010)**

Año	Monto (RD\$)
2001	203,541,493
2002	216,746,891
2003	229,952,289
2004	243,157,687
2005	256,363,085
2006	269,568,483
2007	282,773,881
2008	295,979,279
2009	309,184,677
2010	322,390,075

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

**Juegos de azar.** Las contribuciones impositivas de los juegos de azar (casinos, tragamonedas y bingo), durante la serie histórica 1995-2000, fue como sigue:

Linares

**Cuadro 91**  
**Contribuciones impositivas de los juegos de azar (1995-2000)**

<b>Año</b>	<b>Monto (RD\$)</b>
1995	184,801,068
1996	197,603,991
1997	330,085,420
1998	69,231,217
1999	98,003,111
2000	117,918,451

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

**Proyección de las contribuciones al fisco de los juegos de azar.** En este caso, fue mucho más apropiado realizar la proyección, sobre la base de la tasa promedio de crecimiento de la variable estudiada, equivalente a un 5%. Esta proyección es como sigue:

**Cuadro 92**  
**Proyección de las contribuciones impositivas de los juegos de azar (2001-2010)**

<b>Año</b>	<b>Monto (RD\$)</b>
2001	123,814,374
2002	130,005,092
2003	136,505,347
2004	143,330,614
2005	150,497,145
2006	158,022,002
2007	165,923,102
2008	174,219,257
2009	182,930,220
2010	192,076,731

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

**Aportes corrientes de la Lotería Nacional.** Los aportes corrientes reportados por la Lotería Nacional, al gobierno central, que de conformidad con el párrafo I, del artículo 20, será administrada en beneficio del Sistema Dominicano de Seguridad Social, durante la serie histórica 1995-2000, fueron los siguientes:



## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 93**  
**Aportes corrientes de la Lotería Nacional al gobierno central (1995-2000)**

Año	Monto (RD\$)
1995	95,500,000
1996	105,000,000
1997	195,000,000
1998	162,350,000
1999	70,000,000
2000	10,000,000

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Su declinar es tan pronunciado que la proyección de sus valores monetarios, sería imperceptible.

Ahora podemos proceder a confeccionar el siguiente cuadro resumen:

**Cuadro 94**  
**Resumen proyectado (2001-2010) (En millones de RD\$)**

Acápite	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
A	3784	4133	4483	4833	5183	5182	5882	6232	6582	6931
B	5437	6052	6666	7280	7895	8509	9124	9738	10353	10967
C	204	217	230	243	256	270	283	2956	309	322
F	124	130	137	143	150	158	166	174	183	192
Total	9549	10532	11516	12499	13484	14119	15455	19100	17427	18412

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Esos resultados proyectados, dibujan un panorama muy favorable al SDSS, pues el Estado dominicano estaría generando con creces los recursos financieros que les van a permitir cubrir holgadamente sus aportes a dicho sistema para alcanzar y mantener el equilibrio.

### 3.13 Bondad del ajuste y coeficiente de elasticidad<sup>63</sup>

Ahora procederemos a analizar la bondad de la regresión lineal efectuada más arriba y al mismo tiempo calcularemos y analizaremos los coeficientes de

<sup>63</sup> Consulte la obra de Damodar Gujarati, *Econometría básica*, editada por la McGraw Hill, México, 1985, págs. 12-86.

elasticidad que se derivan de la relación entre las variables dependientes (gastos en salud de la SESPAS, asistencia social del gobierno central, asistencia social de los organismos descentralizados y gastos del gobierno central en seguro de salud) y la variable independiente, que es el tiempo.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones en el área del gasto en salud de la SESPAS.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = -414,117,308 + 349,781,572.8X$$

Donde:

$$a = -414,117,308$$

$$b = 349,781,572.8$$

El valor de  $m = 349.78$ , está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, el gasto en salud de la SESPAS aumenta RD\$349.78 millones. El valor de  $a = -414.12$  es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre el gasto en salud de la SESPAS de todas las variables que no se encuentran explícitamente especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

Coefficiente de determinación  $r^2 = 0.88$ ; este coeficiente significa que aproximadamente el 88% de la variación del gasto en salud de la SESPAS, está explicado por el factor tiempo.

Coefficiente de correlación:  $r = 0.94$ ; este coeficiente muestra que las dos variables, gastos en salud de la SESPAS y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Respecto al coeficiente de elasticidad, ¿qué podemos decir?

Sus resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

## Evolución de la política social dominicana

$Y^*$  = sumatoria de Y entre n

$X^*$  = sumatoria de X entre n

Luego,  $\eta = 349,781,572.8 / (6/1,684,572,123) = 1.24$ ; es decir, el gasto en salud de la SESPAS es elástico con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de mayor magnitud en dicha variable dependiente.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones en el área de la asistencia social del gobierno central.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = -12,823,480.6 + 497,884,889.1X$$

Donde:

$$a = -12,823,480.6$$

$$m = 497,884,889.1$$

El valor de  $m = 497.88$ , está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, las erogaciones en la asistencia social del gobierno central, aumentan RD\$497.88 millones. El valor de  $-12.8$  es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre las erogaciones del gobierno central en asistencia social, de todas las variables que no se encuentran especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

Como sabemos el coeficiente de determinación fue de  $r^2 = 0.92$ ; este coeficiente significa que aproximadamente el 92% de la variación de las erogaciones en asistencia social del gobierno central, está explicado por el factor tiempo.

Coeficiente de correlación:  $r = 0.96$ ; este coeficiente muestra que las dos variables, erogaciones en asistencia social del gobierno central y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Coeficiente de elasticidad: ¿Qué podemos decir respecto al coeficiente de elasticidad? Los resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

$Y^*$ = sumatoria de Y entre n

$X^*$ = sumatoria de X entre n

Luego,

$$r_x = (497,884,889.1)(3.5/1,729,773,630) = 1.0$$

Es decir, el gasto en asistencia social, por parte del gobierno central, es unitario con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de igual magnitud en dicha variable dependiente.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones realizadas, pero en el área de la asistencia social de los organismos descentralizados.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = 1,148,669,795 + 116,573,799.1X$$

Donde:

$$a = 1,148,669,795$$

$$m = 116,573,799.1$$

El valor de  $m = 116.57$ , está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada año que vaya pasando, las erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados, aumenta RD\$116.57 millones.

El valor de  $a = 1,148.67$  es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre las erogaciones de los organismos descentralizados en asistencia social, de todas las variables que no se encuentran especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

El coeficiente de determinación  $r^2 = 0.36$ , por su parte, es un coeficiente que significa aproximadamente que el 36% de la variación de las erogaciones en

## Evolución de la política social dominicana

asistencia social de los organismos descentralizados, está explicado por el factor tiempo.

Coefficiente de correlación:  $r = 0.60$ : este coeficiente muestra que las dos variables, erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Coefficiente de elasticidad. ¿Qué podemos decir respecto al coeficiente de elasticidad? Los resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

$Y^*$  = sumatoria de Y entre n

$X^*$  = sumatoria de X entre n

Luego,

$$\eta = (116,573,799.1)(3.5/1,557,678.092) = 0.26.$$

Es decir, el gasto en asistencia social por parte de los organismos descentralizados, es inelástico con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de menor magnitud en dicha variable dependiente.

Trabajemos los estadísticos que se derivan de las cuantificaciones en el área del gasto en seguro de salud del gobierno central.

Recta de regresión:

$$Y = a + mX$$

$$Y = 111,103,707.2 + 13,205.398.037X$$

Donde:

$$a = 111,103.707.2$$

$$m = 13,205.398.037$$

El valor de  $m = 13.2$ , está asociado a la pendiente de la recta e indica que por cada

año que vaya pasando, las erogaciones en seguro de salud del gobierno central, aumentan RD\$13.2 millones.

El valor de  $a = 111.1$  es el intercepto de la línea recta e indica el efecto promedio sobre las erogaciones del gobierno central en seguro de salud, de todas las variables que no se encuentran especificadas en el modelo de regresión, ya que en éste solamente fue explicitada la variable tiempo.

Coefficiente de determinación  $r = 0.58$ : este coeficiente significa aproximadamente que el 58% de la variación de las erogaciones en seguro de salud del gobierno central, está explicado por el factor tiempo.

Coefficiente de correlación:  $r = 0.76$ : este coeficiente muestra que las dos variables, erogaciones en asistencia social de los organismos descentralizados y el factor tiempo, están positivamente asociadas.

Coefficiente de elasticidad. ¿Qué podemos decir respecto al coeficiente de elasticidad? Los resultados fueron los siguientes:

$$\eta = (dY/dX)(X^*/Y^*)$$

Donde:

$Y^*$  - sumatoria de Y entre n

$X^*$  = sumatoria de X entre n

Luego,  $\eta = (13.205.398.037)(3.5/1 57,322,601.5) = 0.29$ . Es decir, el gasto en seguro de salud por parte del gobierno central, es inelástico con respecto a la variable tiempo; lo cual quiere decir que las variaciones porcentuales que se producen en la variable tiempo, originan cambios porcentuales de menor magnitud en dicha variable dependiente.

### **3.14 Otras iniciativas estatales para atender las necesidades sociales**

#### **3.14.1 Plan decenal de educación**

El Plan Decenal de Educación (PDE), fue la estrategia principal que se planteó el país frente al deterioro del sistema educativo dominicano y combatir la pobreza. Sus objetivos principales fueron: auspiciar la aprobación de una nueva ley general de educación, incrementos de cobertura y calidad del sistema, la mejora de las condiciones económicas de

## Evolución de la política social dominicana

los maestros, incremento de los recursos destinados al sector educativo, impulso a los procesos de descentralización, reducción de la inequidad del sistema educativo, entre otros.

*“Recientes balances de los éxitos y fracasos del PDE coinciden: hubo mejoras importantes de acceso, sin embargo no así de calidad, siendo éste un desafío pendiente. Se logró implementar un nuevo currículum más abierto y flexible (constructivista), así como nuevos textos, sin embargo no hay cambios significativos en las prácticas pedagógicas que lo acompañan (tradicionales), ni una difusión de sus alcances con los padres de familia. Las condiciones de vida de los maestros han mejorado (aunque no lo suficiente), no así su nivel de formación, destrezas pedagógicas y resultados; el volumen de recursos destinados a educación se ha incrementado de manera importante como porcentaje del producto interno bruto y como proporción del gasto público programable, sin embargo dichos incrementos, importantes, aun son insuficientes frente a los estándares considerados como necesarios para potenciar el desarrollo, y no han logrado una elasticidad importante respecto de la eficiencia, la calidad o la equidad del sistema educativo, probablemente por ineficiencia en su ejecución”.*<sup>64</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

No hay dudas de que el PDE contribuyó de modo notable a afianzar la Secretaría de Estado de Educación, como la institución rectora del sistema, hecho que queda confirmado al observar la evolución del gasto real del gobierno central, por institución, en la cual el ministerio citado alcanza un porcentaje de 71.8% en el año 1990, y concluye el decenio con un 86.7%. En otras palabras, ha habido un proceso de desconcentración.

Por tal motivo, los programas de la Secretaría, que tienen que ver directamente con la educación se vieron fortalecidos en la cuantía de los recursos financieros destinados a cada uno de ellos.

**Cuadro 95**  
**Financiamiento de la Secretaría de Educación a programas educativos**  
**(1990-2000)**

Denominación	1990 (Millones de RD\$)	%	1996 (Millones de RD\$)	%	2000 (Millones de RD\$)	%
Educación inicial	3.40	-	0.51		4.4	
Educación básica	239.27	44.69	1,525.20	50.62	3,543.0	46.98

<sup>64</sup> Medina Giopp, Alejandro (2000): ‘Escenarios para la educación en la República Dominicana 2000-2015. Ensayo que aparece en *Escenarios para una política de población y desarrollo*, publicación de CONAPOFA y UNFPA. Editora Dujarric Publicidad, Santo Domingo, R.D., págs. 28-29.

## Linares

Educación especial	0.75		4.04		14.78	
Educación media	83.84	15.66	282.29	9.37	575.93	7.64
Educación técnica	17.31		70.61		88.20	
Educación de adultos	20.75		100.19		214.60	
Currículo	5.66		3.96		7.61	
Medios educativos	3.09		2.29		31.09	
Financiamiento UASD	74.62	13.94	349.12	11.59	899.99	11.93
Financiamiento UP*	21.56	4.00	38.59	1.28	149.91	1.97
Gasto total de la Secretaría	535.35		3,012.70		7,541.51	

**Fuente:** Elaborado sobre la base de informaciones de la ONAPRES.

\*Universidades privadas.

En el cuadro que se presenta más arriba se pueden apreciar los saltos cuantitativos experimentados en las asignaciones y ejecuciones presupuestarias de los programas de educación básica, media y superior, en los cuales se produjeron incrementos de 1,382%, 3,578% y 1,106%, respectivamente, del año 1990 al año 2000. No obstante, su proporción con respecto a la ejecución presupuestaria total de la Secretaría de Educación, sufrió serios retrocesos en los tres programas citados, hechos que abonan la proposición de que la mejoría en la asignación presupuestaria a la citada secretaría se pudo haber diluido en programas que no atañen directamente al proceso de enseñanza. Si no hubiese ocurrido de este modo, es muy probable que el país hubiera progresado un poco más en la corrección de los indicadores de educación.

### 3.14.2 Reforma del sector salud

Dos leyes son fundamentales para explicar el proceso de reforma del sector salud de la República Dominicana: Ley General de Salud No. 42-01 y de Seguridad Social No. 87-01.

*“El objetivo principal de estas reformas es contribuir a mejorar el estado de salud de los dominicanos de ingresos bajos y medianos, con énfasis en las madres solteras y en período de lactancia, así como de los niños y niñas menores de 5 años de edad, un régimen nacional creado para incapacitados y los envejecientes de las áreas urbanas y rurales, y también, lograr una cobertura universal de salud. En ambos procesos se introducen mecanismos de desconcentración y descentralización”*.<sup>65</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). Sus efectos cuantitativos y cualitativos están por verse.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> Mejía-Ricart, Tirso (2003): *Objetivos y estrategias para la reforma del Estado en la República Dominicana*. Consejo Nacional de Reforma del Estado. Santo Domingo, R.D., p. 117.

<sup>66</sup> Para informaciones adicionales sobre el tema, es conveniente consultar las siguientes



## Evolución de la política social dominicana

Con el inicio de la reforma del sector salud, se ha afianzado la idea de la importancia de la salud para propiciar el desarrollo económico; por lo que se amerita destinar las partidas presupuestarias que ayuden a la consecución de tales fines. Veamos el comportamiento presupuestario durante el decenio estudiado.

**Cuadro 96**  
**Partidas presupuestarias correspondientes a la SESPAS (Millones de RD\$) (1990-2000)**

Concepto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gastos salud SESPAS	449.9	429.8	709.8	993.1	1,217	1,138	1,382	2,008	2,682	3,268	4,252
Gastos SESPAS	526.3	506.9	828.4	1,145	1,401	1,347	1,615	2,459	3,544	4,664	5,939
Gastos salud/ SESPAS	85.5%	84.8%	85.7%	86.7%	86.9%	84.5%	85.6%	81.7%	75.7%	70.1%	71.6%

**Fuente:** Elaborado por Manuel Linares con informaciones de la ONAPRES.

Es muy obvio que la ejecución presupuestaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), durante el decenio evolucionó muy positivamente, alcanzando un incremento de 1,028.44%. Sin embargo, cuando desglosamos los gastos del ministerio<sup>^</sup> propiamente en salud, del resto, la proporción de aquél respecto al gasto total de la SESPAS, va describiendo una trayectoria decreciente, hecho que pone al descubierto que parte de los recursos financieros destinados al sector no fueron ejecutados en favor directamente de la salud de los integrantes de los hogares de menores ingresos.

---

publicaciones: OPS (2001): *Perfil del sistema de servicios de salud de la República Dominicana*. 2da. Edición. Santo Domingo, R.D., págs. 19-24; Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado (1998): *La reforma del sistema de salud en la República Dominicana*. Santo Domingo, R.D.; SESPAS-OPS (1997): *La situación de salud de República Dominicana 1996*. Santo Domingo, R.D; Comisión Nacional de Salud-Oficina de Coordinación Técnica (1996): *Salud, visión de futuro. Elementos para un acuerdo nacional*. Santo Domingo, R.D.

### 3.14.3 Programas de INESPRES de ventas de alimentos subsidiados

A través del Instituto de Estabilización de Precios (INESPRE), el Estado dominicano hizo esfuerzos para conjurar las múltiples dificultades que enfrentan los hogares pobres para tener acceso a los alimentos, especialmente de origen agropecuario, que forman parte de la canasta familiar.

Los productos que allí adquirieron los pobres, a precios más bajos que los prevalecientes en el mercado, fueron: arroz, habichuelas, leche, azúcar, cebolla, ajo, espaguetis, harina de maíz, sal, sopitas de pollo, sardinas, aceite, vinagre y jabón de lavar, entre otros.

Los establecimientos donde el INESPRES vendía dichos productos se denominan bodegas, que para el año 1990 totalizaron 261, distribuidas del modo siguiente: *“(...) 73 en el Distrito Nacional, 110 en el Suroeste, 42 en el Norte, 20 en el Noreste y 16 en la región Este”*.<sup>67</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Del 1990 al 1994, el Instituto acumuló un superávit financiero de RD\$85.0 millones<sup>68</sup>, pero en el año 1995 incurre en un déficit de RD\$22.7, por lo que durante el año de referencia *“(...) el Programa de Bodegas de Protección al Consumidor, desarrolló sus actividades de distribución (...) en menor proporción que en años anteriores por la precaria situación económica del INESPRES”*.<sup>69</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

En resumen, durante la primera mitad del decenio de los noventa, los hogares pobres tuvieron la oportunidad de adquirir alimentos subsidiados en INESPRES por un monto global de RD\$258.5 millones.<sup>70</sup>

Dicho programa, al iniciarse la segunda mitad del decenio de los noventa, continuó deprimido, disminuyendo *“(...) sus operaciones a pequeños operativos realizados cada sábado en el Distrito Nacional y en el interior del país”*.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> INESPRES: “Memoria de 1990”. Santo Domingo, R.D., p. 11.

<sup>68</sup> INESPRES: “Memoria de 1990-1994”. Capítulo “Aspectos financieros” Santo Domingo, R.D.

<sup>69</sup> INESPRES: “Memoria de 1995”. Santo Domingo, R.D., p. 14.

<sup>70</sup> INESPRES: “Memoria 1990-1995”. Capítulo “Programa de Bodegas de Protección al Consumidor”. Santo Domingo, R.D.

<sup>71</sup> INESPRES: “Memoria de 1996”. Santo Domingo, R.D., p. 12.

## Evolución de la política social dominicana

(Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

En el año 1997, el INESPRES crea un nuevo programa de venta de alimentos a precios subsidiados, que se denominó “Alimentos para Todos” que tenía como objetivo principal “(...) acudir en auxilio de los sectores de más bajos ingresos, con el interés de mejorar los niveles nutricionales de la población más pobre”.<sup>72</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros). Desaparecen las bodegas, ahora las ventas se harían a través de las Gerencias Regionales del INESPRES. En los años 1998- 1999, este programa se intensifica, instalando 743 puestos fijos y 498 unidades móviles a escala nacional. Las ventas subsidiadas de dicho programa, a favor de los pobres, en el período 1997-2000<sup>73</sup> alcanzaron el monto de RD\$1,138.75 millones.

### 3.14.4 Proyectos de PROCOMUNIDAD en favor de comunidades pobres

En el 1992 surge el Fondo de Emergencia Social (FES), con el apoyo del BID a fin de mitigar los efectos adversos que irremediablemente ocasionaría en el cuerpo social pobre, la política de ajuste llevada a cabo por el superior gobierno a comienzo de la década.

Más tarde, en el 1993, mediante el decreto No. 279-93, se crea el Fondo de Promoción a las Iniciativas Comunitarias (PROCOMUNIDAD), para canalizar recursos destinados a la ejecución y promoción de proyectos menores con el propósito de contribuir a elevar las condiciones de vida de los grupos sociales más necesitados.

Desde su fundación hasta agosto del 2000, PROCOMUNIDAD había ejecutado 574 proyectos comunitarios, por un monto total de RD\$444.74 millones.

**Cuadro 97**  
**Proyectos realizados hasta el 1º de agosto del 2000**

Área	Cantidad	Inversión
Agua	27	44.16
Centro comunal	84	70.67
Educación	352	245.11
Electrificación	4	6.70
Infraestructura productiva	2	1.29

<sup>72</sup> INESPRES: “Memoria de 1997”. Santo Domingo, R.D., p. 21.

<sup>73</sup> Este programa desaparece en agosto del 2002, con la ascensión de un nuevo gobierno constitucional.

## Linares

Letrinización	31	19.84
Salud	47	37.69
Saneamiento	8	7.25
Vías de comunicación	1	0.18
Viviendas	11	9.00
Otros	7	2.83
Total	574	444.74

**Fuente: PROCOMUNIDAD.**

¿Cuál fue el impacto económico-social de dichos proyectos? Este se puede medir en las vertientes principales: empleos generados en las comunidades pobres, el total de beneficiarios y distribución del ingreso.

De acuerdo a los registros históricos de los proyectos ejecutados por la citada institución, en promedio se utiliza alrededor de 65% de mano de obra local y 35% de mano de obra externa a la comunidad beneficiaria directa; dentro del costo total de cada proyecto, el 19% corresponde a mano de obra calificada y 7% a mano de obra no calificada. *“Por otra parte, de acuerdo a datos históricos registrados en PROCOMUNIDAD, se puede apreciar que en el caso de las clínicas rurales y centros comunales se benefician de manera directa unas 3,000 personas por proyecto; para el caso de una escuela de 3 aulas en el nivel básico se pueden beneficiar hasta 350 niños en dos tandas; un sistema de abastecimiento de agua puede beneficiar una o varias comunidades de alrededor de 750 personas; (...)”*.<sup>74</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Tomando en cuenta los parámetros cuantitativos arriba citados y otros mucho más específicos existentes en PROCOMUNIDAD, podemos aseverar que en el período citado, los proyectos de aquella institución, lograron generar 8,038 empleos locales comunitarios, contribuyeron con la distribución del ingreso en un monto de RD\$84.5 millones y beneficiaron a más de 600,000 personas pobres.

**Cuadro 98**  
**Generación de empleos (1993-2000)**

Área	Empleo local	%	Mano de obra externa		Empleo total
				%	
Agua (acueductos, pozos y mini-sistemas de aguas)	298	58	215	42	513

<sup>74</sup> PROCOMUNIDAD: “Documento de la Gerencia de Planificación”.

## Evolución de la política social dominicana

Centro comunal	1,260	60	840	40	2,100
Escuelas	5,280	60	3,520	40	8,800
Electrificación	24	55	20	45	44
Letrinas	93	75	31	25	124
Salud (clínicas rurales)	799	68	376	32	1,175
Saneamiento (cañadas)	199	83	41	17	240
Vías de comunicación	30	83	6	17	36
Viviendas	55	83	11	17	66
Total	8,038	-	5,060	-	13,098

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de PROCOMUNIDAD.

**Cuadro 99**  
**Generación de ingresos**

(1993-2000) (Millones de RD\$)

Área	Inversión	Pago mano de obra
Agua	44.16	8.39
Centro comunal	70.67	13.43
Educación	245.11	46.57
Electrificación	6.70	1.27
Infraestructura productiva	1.29	0.24
Letrinización	19.84	3.77
Salud	37.69	7.16
Saneamiento	7.25	1.38
Vías de comunicación	0.18	0.03
Viviendas	9.00	1.71
Otros	2.83	0.54
Total	444.74	84.50

Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de PROCOMUNIDAD.

Nota: el pago de mano de obra constituye el 19% del costo de inversión.

**Cuadro 100**  
**Población comunitaria pobre beneficiada**  
**(1993-2000)**

Área	Beneficiarios
Agua	20,250
Centro comunal	252,000
Educación	123,200
Electrificación	3,000
Infraestructura productiva	5,000
Letrinización	155
Salud	141,000
Saneamiento	60,000
Vías de comunicación	2,000
Viviendas	1,100
Otros	14,000
Total	621,705

**Fuente:** Fuente: Elaborado por Manuel Linares con datos de PROCOMUNIDAD.

### **3.14.5 Ayudas a iniciativas microempresariales por el PROMIPYME**

Se debe destacar la creación del Programa para la Promoción y Apoyo a la Micro, Pequeña y Mediana Empresa (PROMIPYME), que tiene por objeto promover la eficiencia\* modernización y crecimiento de las micros, pequeñas y medianas empresas, para inducir la generación de empleos y mejorar el bienestar de las clases de bajos y medianos ingresos.

En el período 1996-2000, el PROMIPYME concedió préstamos microempresariales por un monto de RD\$1,405.25 millones; beneficiando aproximadamente a 17,635 personas.

### **3.14.6 Proyectos regionales orientados hacia la reducción de la pobreza**

En el ámbito de diferentes regiones, durante el decenio, se formularon y se están ejecutando algunos proyectos que tienen por fin reducir los niveles de pobreza, bajo la coordinación de la ONAPLAN, con la cooperación de algunos organismos internacionales, entre los cuales podemos citar: Proyecto para Pequeños Productores de la Región Suroeste (PROPESUR), con recursos del Fondo Internacional para el Desarrollo (FIDA); Programa de Fortalecimiento de las Provincias de la Región Nordeste, con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Proyecto de Desarrollo Humano Sostenible Local, implementado en algunas provincias de la Región Nordeste, con el apoyo del PNUD; y el Programa de Desarrollo Integral para el Mantenimiento de la Biodiversidad de la Subregión Enriquillo (ARAUCARIA), con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional.

El PROPESUR, es un proyecto que *“(...) cubre tres provincias: dos de las cuales son fronteras -Independencia y Elías Piña-, y Batoruco; el proyecto abarcaría entonces la parte central de la zona fronteriza con Haití incluyendo más de 150 km. de frontera. En el conjunto se trata de una superficie de 3,745 km<sup>2</sup> correspondiente al 7,7% de la superficie nacional (48,400 km<sup>2</sup>), que abarca tres provincias y 18 municipios”*.<sup>75</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

---

<sup>75</sup> FIDA (1998): Proyecto para Pequeños Productores en la Región Suroeste. “Informe de evaluación ex-ante. Volumen II”. Santo Domingo, R.D., p. 1.

## Evolución de la política social dominicana

En lo que respecta al PROPELUR se *“estima que a la finalización del proyecto: i) por lo menos 10,000 familias’ serán beneficiarias de obras de infraestructura social y de caminos vecinales; ii) 2,800 familias de pequeños productores serán beneficiadas con programas de asistencia técnica agropecuaria, obras de irrigación y drenaje, crédito y asistencia en la comercialización, incluyendo por lo menos 1,000 mujeres rurales jefas de hogar, y iii) 1, 350 trabajadores asalariados agrícolas y no agrícolas se beneficiarán de la asistencia técnica y crédito para la implementación o consolidación de microempresas, de los cuales por lo menos el 50% serán mujeres”*.<sup>76</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

El ARAUCARIA, es un programa que nace en el año 1999 como cumplimiento de los compromisos contraídos por España en los foros internacionales. Dentro de este programa se encuentra el Proyecto Batoruco que tiene por área de influencia la Provincia de Pedernales. Esta provincia, según el censo del 1993, tiene 17,000 habitantes.

*“Aproximadamente un 60% de los hogares viven con ingresos mensuales inferiores a US\$75.00. Entre el 40 y 50% de los hogares no disponen de acceso a agua potable, el 25% no dispone de servicio sanitario y la cantidad de escuelas que se encuentran en condiciones aceptables no alcanza el 30%”*<sup>77</sup> (comillas y cursiva son nuestras), es pobre en recursos hídricos y tiende hacia la deforestación y el uso inadecuado del suelo; por lo que el objetivo principal del proyecto es alcanzar el desarrollo local a través del manejo adecuado de los recursos naturales y que esto incida, por un lado en la conservación de la biodiversidad y por otro, en elevar la calidad de vida de las poblaciones locales mediante la generación de alternativas productivas sostenibles. Sus líneas esenciales son: la gestión territorial, el desarrollo de sistemas productivos, la gestión local y la educación. Se estima que el proyecto beneficiará unas 17,000 personas.

### **3.14.7 Programa de instalación de agua potable y saneamiento**

Este programa está dirigido a impactar sobre la geografía nacional, en el sector de agua potable y saneamiento. Su fecha de inicio: septiembre de 1999; fecha de término: diciembre de 2003.

---

<sup>76</sup> FIDA (1998): Proyecto para Pequeños Productores en la Región Suroeste. “Informe de la misión de evaluación ex-ante. Volumen I”. Santo Domingo, R.D., p. 51.

<sup>77</sup> ONAPLAN (2003): “Documento contentivo de las fichas técnicas de proyectos”. Santo Domingo, R.D., p. 3 de 26.

El objetivo principal del programa es prestar servicios de agua potable y saneamiento a escala nacional con niveles de cobertura y calidad establecida por la autoridad competente, con los menores costos posibles mediante esquemas sostenibles financiera y ambientalmente. Los objetivos específicos son transformar a las corporaciones de acueductos y alcantarillados, en compañías por acciones de propiedad estatal.

El costo de inversión del programa es de US\$89 millones. Se supone que al concluir el mismo, se habrá beneficiado a la totalidad de la población dominicana.

### 3.14.8 Programa de ayuda alimentaria española



Este programa se inicia en el año 1994, para incidir sobre la población pobre de las provincias del Seibo, Higuey, Monte Plata y San Cristóbal. Estas poblaciones se ven afectadas por la falta de producción de alimentos, agua potable y saneamiento ambiental, a causa de la ausencia de planes de desarrollo integral.

En atención a lo enunciado arriba, el programa se propone impulsar el establecimiento de pequeños acueductos; proyectos de riego y fomento de proyectos hortícola, porcino, caprino y bovino.



## CAPÍTULO IV BALANCE DE LA POLÍTICA SOCIAL DOMINICANA

### 4.1 En el campo educativo

En la República Dominicana, para el año 1960 la tasa de analfabetismo era de 35.5%, según el censo nacional de población levantado en el citado año; con el paso de las décadas dicho nivel ha ido descendiendo. A inicios de los años noventa, que es el período que cubre nuestra investigación, esta tasa se situó en casi 18% (ENDESA-91) y disminuye a 15.6% para el 1998 (ENGIH-98). Si avanzamos un poco más del período bajo estudio, encontramos que: *“Si se comparan las cifras de ENDESA 2002 (...) con (...) ENDESA-96 se pueden apreciar cambios positivos en los niveles generales de instrucción; por ejemplo, la proporción de personas sin educación se redujo a la mitad en el período entre las dos encuestas -de 20 a 10 por ciento- en tanto la de aquéllas con educación secundaria o universitaria subió de 25 a 30 por ciento”*.<sup>78</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

La CEPAL aporta evidencias empíricas, sobre la tasa de analfabetismo en la República Dominicana, que va de 16.7% a 16.0% para los años 1990 y 2000, respectivamente, evidenciando un claro estancamiento en la reducción de esta rémora. De todos modos, comparada con las prevalecientes en décadas anteriores, el avance es indiscutible. Empero, se notan algunos hechos adversos que ameritan su enfrentamiento.

Primer hecho: la República Dominicana, muestra un cierto rezago, en materia del combate al analfabetismo, con relación a otros países latinoamericanos y caribeños. En el 1990, Brasil y Bolivia, tenían tasas de analfabetismo de 18.3% y 20.6% respectivamente, superiores a la dominicana; sin embargo, diez años después (año 2000), sus tasas de analfabetismo descienden a 14.7% 13.4%

---

<sup>78</sup> ENDESA-2002: “Encuesta demográfica y de salud”. República Dominicana, p. 22.

respectivamente, mientras que la dominicana se mantuvo estancada en 16.0%. Por otra parte, la mayoría de países latinoamericanos y caribeños, exhiben tasas de analfabetismo inferiores a la dominicana, entre los podemos nombrar a Bahamas, Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. Solamente países centroamericanos como El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua y nuestros vecinos haitianos (con una tasa de 48.5%, la más alta del continente americano), presentan tasas de analfabetismo superiores a la dominicana.

Segundo hecho: en términos absolutos, miles de dominicanos aún se mantienen en la penumbra del analfabetismo. En el año 1993 la cifra ascendía a 609,661; para el año 1996 llega a 776,738. Esta situación limita sus posibilidades de progreso económico, ya que al no poder asimilar las nuevas tecnologías predominantes en la producción de bienes y servicios, no pueden acceder a los mercados formales de trabajo. Tienen que refugiarse en el mundo de la informalidad económica, de la cual obtienen ingresos de subsistencia.

Tercer hecho: un alto porcentaje de la población analfabeta está ubicado en la zona rural del país; mientras en la zona urbana sólo el 8.5% de sus habitantes de 15 años y más años) estaba constituido por analfabetos, en el 1996 en la zona rural montó el 26.9%. Esta realidad sume a sus habitantes en condiciones mucho más adversas, que el ciudadano de la zona urbana, para procurar las rentas anuales que ayuden a su bienestar. Por tanto, se infiere que la política social educativa, ha tenido un cierto sesgo a favor de la zona urbana y obviamente en perjuicio de la población rural.

Igualmente, en el ámbito regional se presentan problemas similares, pues mientras en el “(...) *Distrito Nacional únicamente el 7% de la población es analfabeta, en la Región VI (provincias de San Juan de la Maguana, Azua y Elías Pifia) una de cada tres personas (33%) no sabe leer y escribir. Estas cifras señalan la urgente necesidad de fortalecer e implementar programas de alfabetización de adultos focalizados*”.<sup>79</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Cuarto hecho: el analfabetismo dominicano se encuentra íntimamente ligado con la pobreza. Cerca del 60% de la población que vive en condiciones de pobreza

---

<sup>79</sup> Gabinete Social del Gobierno Dominicano (2002): *Política social del gobierno dominicano*. Volumen I. Santo Domingo, R.D., p. 52.

## Evolución de la política social dominicana

extrema es analfabeta, en cambio en los niveles poblacionales de condición socio-económica elevada, apenas un 0.4% .era analfabeta, para el año 1998; situación ésta que fue arrastrada durante todo el decenio, en tal virtud sustentamos el punto de vista de que la política social en el campo educativo, no tuvo el impacto que se ameritaba en la población pobre, en procura de ayudarle a salir de su estado de precariedad económica.

La cobertura da cuenta del ingreso de la población en edad adecuada al sistema educativo dominicano. En el año escolar 1996-1997 ingresaron 1, 862,969 personas, cifra que si es comparada con la correspondiente al 1999-2000 (que totalizó 2, 187,586) indica que se produjo un aumento de 17.4% en la matrícula estudiantil.

Al desmenuzar los tres niveles que presenta el sistema (inicial, básico y medio), encontramos que *“Las tasas, tanto la bruta como la neta<sup>80</sup>, varían según nivel. Para el nivel inicial, en el año escolar 2000-2001 y calculada sobre la población de 3 a 5 años, la tasa Imita es de 39.3%. El ritmo de crecimiento es considerable, pues en el curso de1998-1999, la tasa bruta era de 33.8%. La cobertura de la población de 3 a 4 años se incrementa con la apertura de unas 2,000 Casas Infantiles Comunitarias que atienden en términos aproximados a 100,000 niños y niñas en esa edad. Para los niños y niñas con edad de 5 años, la tasa bruta es de 79.2%”*.<sup>81</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). No obstante, la Secretaría de Estado de Educación, debe admitir que a pesar del progreso cuantitativo en el aumento de la tasa bruta de la cobertura en el nivel inicial, al final del decenio de los noventa (2000-2001), quedaron fuera del nivel citado 367,410 niños de 3 a 5 años de edad cuya tasa neta de cobertura fue de 34.3%.

Una situación parecida a la descrita arriba, se manifiesta en el nivel básico del sistema educativo. La Secretaría de Estado de Educación, lo admite: *“La tasa neta del nivel Básico es superior a la prevaleciente hace diez años. No obstante, aunque los datos evidencian mejoría en la cobertura, alrededor de 91,000 niños, con la edad adecuada, no están asistiendo a la escuela”*.<sup>82</sup> (Comillas y cursiva son

---

<sup>80</sup> La tasa bruta es igual a la matrícula total del nivel que se trate entre la población que según la edad le corresponde el nivel educativo estudiado. La neta es él cociente que resulta de dividir la matrícula legal entre la población correspondiente.

<sup>81</sup> Secretaría de Estado de Educación (2003): “Plan estratégico de desarrollo de la educación dominicana (2003-2012)”. Tomo I, Santo Domingo, R.D., p. 23.

<sup>82</sup> *Ibíd*, p. 23.

nuestras). Aquí se debe decir, en adición a la confesión de la cartera oficial de educación, que la tasa bruta de cobertura, en dicho nivel, fue de 110.0%. Esto indica que una porción de la población matriculada en este nivel presenta una cierta sobre edad de los alumnos; por otro lado la tasa neta de cobertura de 93.9%, alcanzada al finalizar la década de los 90, la misma SEE admite en la obra citada, página 33, la mayoría de naciones latinoamericanas y caribeñas la habían logrado para cinco años antes (1995), manifestándose pues otro rezago del sistema educativo en el nivel Básico.

En el nivel medio al concluir el decenio estudiado, es peor aún: la tasa bruta es de sólo 53.3% (contra 65.3% como promedio latinoamericano) y la neta de 27%. Ambas son bajas, asevera la SEE. De ahí que en el año escolar 2000-2001, este nivel fuera deficitario en 343,391 potenciales alumnos.

La eficiencia a nivel del ciclo básico es notable, cuando son analizadas las tasas de promoción, repitencia y deserción del alumnado, en el período 1990-91/2000-01. En efecto, la tasa de promoción avanzó de 62.4% a 85.1%, la de repitencia disminuyó de 13.8% a 6.3% y la de deserción bajó de 23.6% a 8.2%. En la educación medio el nivel de promoción se ven atenuados con relación al nivel básico, en virtud de que se ve afectado de fuertes deserciones y repitencias de alumnos, en los grados primero y segundo. A este respecto la SEE, afirma: *“La deserción es significativa y está relacionada con las escuelas incompletas y factores de pobreza. Estas tasas provocan que el promedio de años de escolaridad de la población no crezca a niveles adecuados”*.<sup>83</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

La calidad de la educación presenta muchas limitaciones. Una de las formas aplicadas por la SEE, para medirla son las denominadas Pruebas Nacionales de término en los niveles Básico y Medio. Los resultados de éstas son sistemáticos en revelar que los estudiantes presentan desempeños muy débiles en la mayoría de las asignaturas. En el caso de las Ciencias Naturales, en el ámbito de la educación media, por ejemplo, en las pruebas efectuadas en el 2001, sólo el 1.3% de los alumnos alcanzó un promedio igual o superior a 70 puntos.

Estos resultados magros, obedecen a la ocurrencia de diversos factores, entre los cuales podemos citar la deficiente preparación de una porción de nuestros

---

<sup>83</sup> *Ibíd.*, p. 33.

## Evolución de la política social dominicana

docentes, quienes según los diagnósticos regionales elaborados por la SEE, en junio de 2002, solamente poseen un 35.3% con nivel de licenciatura. No hay dudas de que las penurias económicas de los profesores no les permiten avanzar: bajos salarios, seguros médicos precarios, y carencia de viviendas.

Sobre el financiamiento a la educación, la ley de Educación establece escoger como referencia el valor que fuera mayor entre el gasto público en educación respecto al PIB (equivalente a un 4%) y el porcentaje que resulta de dividir el gasto en educación entre el gasto público (equivalente a un 16%); pero resulta que en el decenio bajo estudio nunca la primera relación ha llegado a un 3% y la segunda no es sino al final del decenio que logra equipararse con el 16%, en consecuencia el Estado dominicano, tiene una deuda acumulada cuantiosa con el sistema educativo dominicano.

Por otra parte, se advierte una violación sistemática del artículo 198 de dicha ley, la cual estipula que del total del gasto público en educación, el 80% se debe destinar a gasto corriente y el 20% a gasto de capital. Al comienzo de la década dicho gasto guardó dicha proporción, pero en la medida que fue pasando el tiempo el gasto corriente se encampanó en 90%, a contrapelo del déficit de cobertura que se observa por insuficiencia de aulas e infraestructura escolar.

En síntesis, el balance de la política social dominicana, en el campo educativo, la podemos parangonar con el que realizó Brunner, en el año 2000, a escala de América Latina y el Caribe: No obstante, a los esfuerzos de reformas educativas realizados por los distintos gobiernos dominicanos, en el decenio de los noventa, y el mayor gasto público en educación, la educación dominicana exhibe múltiples y graves deficiencias. Cobertura insuficiente^ altas tasas de repitencia y deserción, que se traducen en un elevado grado de despilfarro; bajo niveles de rendimiento de los estudiantes; recursos materiales y humanos limitados; escasa articulación entre los distintos niveles del sistema educativo dominicano y de éste con el mundo del trabajo; alta tasa de analfabetismo en comparación al prevaleciente en países latinoamericanos de similar desarrollo económico; elevada disparidad educativa por dominio y estrato de ingresos; y escasa producción de conocimientos para mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje y alimentar las políticas públicas destinadas a este sector.

## 4.2 En el campo de la salud

Es indudable que cuando se analiza la evolución de los índices de salud en el decenio de los noventa, el balance de la aplicación de la política social es positivo. Sin embargo, aún, subsisten limitaciones que estorban la cabal consecución de los objetivos principales de dicha política.

Se observa que la política social no pudo reducir a profundidad el indicador Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (AVADs), es decir, la pérdida de salud por muerte o la incapacidad que producen las distintas enfermedades. Así en el 1992 se estimó que se perdieron 1,927,411 años de vida saludables, el 46% por incapacidad generadas por enfermedades y el 54% restantes por muertes prematuras. Lo que es peor aún es que enfermedades infecciosas, maternas y nutricionales tuvieron durante el decenio un peso específico importante, poniendo en relieve un rezago epidemiológico con respecto al subcontinente latinoamericano.

La esperanza de vida ha ido en aumento en la República Dominicana. Para el año 2000 se situó en 67.1 años, inferior al existente en América Latina que es de 70 años. *“De acuerdo al análisis de regresión entre las variables esperanza de vida y PIB per cápita, el país presenta un rezago en la esperanza de vida para su nivel de ingreso. Estos es, la esperanza de vida esperada para el nivel de ingreso del país es 69.4 años, 103% por encima del nivel observado”*.<sup>84</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). Esto así, entre otros factores, por el hecho de que la República Dominicana presenta una carga de enfermedad por encima del promedio latinoamericano.

La política social ha sido efectiva en la reducción de la mortalidad infantil, pero todavía es muy alta en comparación con el promedio de la región. Algunas entidades, como el CELADE, la situaron en 33.6 por mil nacidos vivos. *“Según PNUD, para el año 1997, la mortalidad infantil de la R.D. era 1.5 mayor al promedio” de la región y 5.8 mayor a la de Cuba. El país ocupa la posición 27 de 33 respecto a este indicador en la región, posición que ha empeorado con respecto a la década de los setenta*”.<sup>85</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

---

<sup>84</sup> CONAPOFA (2000): “Escenarios para una política de población y desarrollo”. Santo Domingo, R.D., p. 119.

<sup>85</sup> *Ibíd.*, 121.

La política social ha fallado en el fortalecimiento del sistema público de salud, por tal motivo, los sectores pobres del país soportan una alta carga financiera por concepto de gastos de salud ya que los mismos tienen que asistir a los centros privados de salud, donde los honorarios pagados son muchos más elevados. Igualmente, los pobres (los ubicados en el primer quintil de ingresos) exhiben una gran precariedad al nivel de seguros de salud, lo que hace imperativo la aplicación cabal de la nueva ley de seguridad social, particularmente en lo que concierne al Plan Básico de Salud.

El gasto público en salud con respecto al PIB no solamente fue muy inferior al promedio latinoamericano durante el decenio estudiado, sino que además se caracterizó por su pobre efectividad: un alto porcentaje se destinó a curar enfermedades y un muy bajo porcentaje a prevenir enfermedades.

### 4.3 En el campo de la vivienda

Paradójicamente el país vivió en el decenio de los noventa un formidable proceso de crecimiento económico, lo que dio como resultado que por ejemplo en el campo habitacional, el porcentaje de viviendas con piso de tierra se redujera de 10,6% en el año 1991 a 5.8% en el 1999; las viviendas con acceso al servicio de electricidad aumentó de 78% en 1991 a 91% en el 1999. Mas, otras taras que atentan contra el bienestar de la población especialmente la menos pudiente, sobrevivieron: *“(...) no hay mejoría en el acceso de servicios tan fundamentales y con tan alto impacto en la calidad de vida de la población como el acceso al agua potable y eliminación de excretas (...), el porcentaje de hogares sin servicios de eliminación de excretas no varió en la última década manteniéndose en 10% de los hogares. Por su lado, con respecto a la fuente de agua para beber hay un cambio significativo hacia el agua embotellada que por su lado puede ser muy positivo, pero también refleja la falta de confianza de la población en el agua de la red pública y el escaso avance en este sentido para mejorar su distribución y la calidad de la misma. El agua embotellada representa una carga financiera adicional para los hogares, en particular, para los hogares más pobres”.*<sup>86</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

A pesar de que la República Dominicana vive un proceso de transición demográfica, que la empuja a una reducción de la tasa de fecundidad, la demanda

---

<sup>86</sup> *Ibíd.*, p. 251.

por viviendas lejos de atenuarse se intensifica, como resultado de la formación de nuevos hogares. Esta situación combinada con una endeble política social habitacional en la generación de viviendas nuevas y que además durante el decenio se desplegaron escasas iniciativas para mejorar el parque habitacional existente, desemboca en un abultado déficit cuantitativo y cualitativo habitacional.

#### 4.4 En el campo del empleo

¿Cómo evaluar la política de empleo aplicada? Para efectuar una evaluación adecuada tenemos que analizar los siguientes elementos: remuneraciones al factor trabajo, dispositivo legal del mercado laboral e intervención estatal ante la sucesión de las fases del ciclo económico.

En los últimos 20 años las remuneraciones reales del factor trabajo, en particular en los años ochenta, han ido en picada a causa de la década pérdida que afectó al subcontinente latinoamericano y especialmente a la República Dominicana.

Así, los asalariados dominicanos, durante los ochenta, vieron reducirse sus remuneraciones reales en una banda que iba desde 25% a 51%, “(...) *dependiendo del tamaño de la empresa en donde laboraban, de si pertenecían al sector público o al sector privado, o bien si se trataba de asalariados agrícolas. La contracción tocó fondo en 1991, año en que se sintió la fuerte recesión económica y el programa de ajuste que la siguió. A partir de entonces los salarios mínimos mostraron una recuperación sostenida (...)*”.<sup>87</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

**Cuadro 101**  
**Evolución del salario mínimo promedio real\***  
**(1980-1999) (índices 1980= 100)**

Año	Empresas**			Zonas Francas	Sector Público	Trab. Campo
	Grandes	Medianas	Pequeñas			
1980	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1981	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0	93.0
1982	82.4	82.4	82.4	82.4	82.4	82.4
1983	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0	78.0
1984	82.3	82.3	73.6	82.3	82.3	-

<sup>87</sup> CEPAL: Obra citada, p. VII-14.



## Evolución de la política social dominicana

1985	76.0	76.0	58.1	76.0	76.0	-
1986	83.0	83.0	58.1	83.0	83.0	-
1987	82.9	82.9	59.4	82.9	87.7	-
1988	86.4	86.4	61.0	86.4	76.2	-
1989	78.3	72.3	53.6	76.8	63.8	-
1990	77.3	52.8	49.7	73.7	48.4	-
1991	74.1	54.2	47.6	73.1	46.7	-
1992	91.2	65.1	58.6	75.2	48.9	-
1993	98.6	61.9	55.7	75.5	46.4	-
1994	101.5	65.2	58.7	75.2	51.5	-
1995	96.4	66.4	59.3	74.7	49.5	75.4
1996	93.2	66.7	60.1	77.9	47.0	71.5
1997	92.7	66.4	59.3	77.3	61.6	69.4
1998	98.5	70.5	63.5	78.9	61.2	75.8
1999	102.5	71.6	63.8	80.6	57.5	76.7

**Fuente:** CEPAL, sobre la base de cifras oficiales del Banco Central de la República Dominicana. \*Obtenido sobre la base de deflactar los salarios nominales por el IPC.

\*\*Grandes empresas: capital de 500,000 pesos en adelante; medianas: de 200,000 a 500,000 pesos y pequeñas de menos de 200,000 pesos.

Desde la visión neoclásica, estas pérdidas en las percepciones reales de los asalariados en los años ochenta y que se extiende casi al primer lustro de los noventa, resulta del necesario proceso de ajuste que tenía que sobrevenir en el mercado laboral, buscando el salario real de equilibrio que permitiese la absorción de una mayor cantidad de fuerza de trabajo. Pero lo que resulta extraño es que la reducción del paro si bien se ha manifestado desde el 1991, en verdad no se ha reflejado con toda la intensidad que las circunstancias demandan. Incluso recientemente (año 2002) la tasa de paro ha reanudado su ascenso.

Ello no hace sino poner de manifiesto que probablemente se esté manifestando todo un conjunto de causas, en la generación del paro, que trasciende al nivel de salario real como factor explicativo, casi exclusivo, desde la visión neoclásica, de la oferta y demanda de trabajo.

Respecto al dispositivo legal del mercado laboral dominicano, éste se venía rigiendo por el Código Trujillo de Trabajo de 1951, hasta los primeros años de la década de los noventa. Sin embargo, en mayo de 1992 se aprueba un nuevo código, que de acuerdo a algunos entendidos introduce rigideces en el mercado laboral dominicano, en los campos de contrataciones y despido, nacionalidad de empleados, terminación de los contratos de trabajo, huelga, negociación y contratación colectiva, legislación de salario mínimo y

Arbitraje de los ministerios oficiales en la solución de conflictos laborales.<sup>88</sup> En cada uno de esos campos se introdujeron términos y consideraciones bastantes favorables a los trabajadores, que se entienden conducen al alza del coste laboral y por tanto a un debilitamiento del esfuerzo empresarial en la generación de empleos.

Así el número de casos en que se puede aplicar el desahucio fue ampliado de dos a cinco, el radio de acción del auxilio de cesantía, también fue extendido, haciendo más pesado el costo del desahucio, aumento a un 80% el porcentaje de los trabajadores de la empresa que deben ser dominicanos, establecimiento del fuero sindical y facilidad para formar sindicatos aun en aquellas áreas en que estaban prohibidas (zonas francas industriales), prohibición a la empresa para contratar nuevos trabajadores en caso de huelga, legalización del salario mínimo que en la medida que aumenta por encima de la productividad del factor trabajo, ocasiona reducción de puestos de trabajos y presencia del elemento corruptivo en los organismos estatales y tribunales vinculados con el mundo del trabajo, lo que provoca acciones institucionales y legales en perjuicio de las empresas que ven aumentar sus costes laborales.

El Estado dominicano, sirvió de factor legitimizante de la praxis contencionista del salario real, a fin de garantizar la rentabilidad empresaria privada y estimular la creación de puestos de trabajo en el ámbito privado. El Estado trujillista en el 1930, mediante una política económica de emergencia, redujo el salario obrero público (igualmente a escala privada) y lo congeló; en el régimen de los 12 años (1966-1978), el salario mínimo se mantuvo estático en RD\$ 60 por mes, para la postrimería de la década alcanzar los RD\$90 y durante la década perdida (años 80) el aparato estatal fue clave en la contención algunos aumentos nominales de salarios en dicho decenio. En todos estos momentos históricos el ejercicio coactivo estatal siempre estuvo presente para mantener en niveles deprimidos el salario real.

Si esta problemática es analizada a partir de la visión keynesiana, observamos que efectivamente el paro dominicano tiene un fuerte componente cíclico. En momentos de expansión el paro desciende, más en recesión asciendo: he aquí presente la insuficiencia de la demanda efectiva keynesiana.

---

<sup>88</sup> Véase, *El programa (1996)*, de la Fundación Economía y Desarrollo, Inc., Santo Domingo, R.D., págs. 459-472.

## Evolución de la política social dominicana

En los años setenta, sobre todo en el subperíodo 1969-1973 la economía dominicana crece formidablemente, por consiguiente la tasa de paro pasa de 24.0% en el 1970. A 19.0 en el 1980. Durante la década perdida se produce una fuerte recesión en la economía (especialmente en el primer lustro), que impide el descenso de la tasa de paro; esta pasa de 22.5% en el 1980 a un pico de 28.7% en 1986 y reanuda su descenso en 1987-1989. En los noventa el PIB se expande y la tasa de paro cae de 23.3% en 1991 a 16% en 2002.

Ahora bien, independientemente del esfuerzo dominicano por aminorar el paro, este persiste, ¿Cuáles factores contribuyen a su endurecimiento?

En primer lugar, un segmento de la fuerza laboral dominicana, sobre todo la que recién ingresa en la PEA, tiende a presentar un tipo de formación que probablemente no se encuentra a tono con las exigencias de las unidades productivas de hoy que claman por trabajadores con una mayor preparación. Hay un desempleo tecnológico, hay un desempleo estructural.

En segundo lugar, la intromisión del Estado dominicano en el mercado laboral, a través de votar leyes o decretos de salarios mínimos, presiona hacia la contracción la demanda de trabajo en dicho mercado, en la medida que obliga a muchas empresas de baja productividad y poca inserción en los mercados competitivos a mantener niveles salariales que desbordan sus posibilidades de contratación y rentabilidad.

El control gubernamental de los salarios identificada como una teoría sencilla y hasta trivial de los salarios que no vacían el mercado, por parte del distinguido economista sueco Assar Lindbeck, no obstante él nos ilustra al respecto con estas palabras: “(...) *Pero dada la considerable heterogeneidad de los puestos de trabajo y de los trabajadores, la regulación pública de los salarios puede contribuir, ciertamente, a los desajustes de la demanda y la oferta en el mercado de trabajo y, por lo tanto, a acentuar el paro de los trabajadores no cualificados e incapacitados, así como el de los trabajadores de las regiones geográficas en declive (...)*”.<sup>89</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

En tercer lugar, otra explicación de la persistencia del paro es que en algunos trabajadores dominicanos podría subsistir la idea de que aceptar un trabajo, por un

---

<sup>89</sup> Lindbeck, Assar (1994): *Paro y macroeconomía*. Alianza Editorial, S.A. Madrid, p. 33.

salario inferior al vigente en el mercado, constituye un descrédito en el ámbito social en que se desenvuelve, es decir, las normas sociales son respetadas. Apoyándose en la teoría de las normas sociales de salarios que no vacían el mercado, algunos economistas “(...) han mostrado que puede surgir un equilibrio de Nash en el que los trabajadores parados se abstengan de ofrecerse a cambio de un salario inferior al vigente en la esperanza de que si tienen trabajo en el futuro no se vean amenazados por otros que se ofrezcan a un salario inferior al vigente (...)”<sup>90</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

Otro factor limitante para atacar el paro, es la presencia de sindicatos y gremios de profesionales, que sobre la base de la negociación y la fuerza, generalmente aspiran a imponer niveles salariales, de conformidad con la cuantía del costo de la vida y no en función de la productividad de la fuerza laboral. “Independientemente de que el sindicato fije el salario unilateralmente, como ocurre en el modelo del sindicato monopolístico, o negociando con la empresa (o con una organización de empresas), como en el modelo de negociación de los sindicatos, normalmente se supone que la empresa decide la cantidad de trabajo que quiere emplear a ese salario; (...) La combinación de salario y empleo resultante, que, por regla general, implica un cierto paro, es el punto de la curva de demanda de trabajo que maximiza el objetivo del sindicato. La llamada negociación eficiente, que implica la maximización del objetivo del sindicato sujeta a la obtención por parte de la empresa de un determinado nivel de beneficios, también generará en la mayoría de los casos algún paro”.<sup>91</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Los salarios de eficiencia se están verificando en algunas áreas de la economía dominicana, de alta tecnología, particularmente en el sector servicio (telecomunicaciones, turismo, banca y otros); sectores en los cuales las empresas en ocasiones se disputan el personal más calificado ofreciendo salarios mayores a los prevalecientes en el mercado, con la esperanza de conquistar o retener el personal más calificado, propiciando un contexto negativo ante el trabajador desempleado, que hipotéticamente hablando tendría que desarrollar las mismas horas de trabajo por un salario inferior al que obtiene el trabajador titular. El paro es pues estimulado. En efecto “(...) Algunos tipos de teorías de los salarios de eficiencia (...) se basan esencialmente en la idea de que las empresas están dispuestas a pagar un salario superior al hipotético que vacía el mercado con el

---

<sup>90</sup> *Ibíd.*, p. 35.

<sup>91</sup> *Ibíd.*, p. 36.

## Evolución de la política social dominicana

*fin de reclutar buenos trabajadores, con el fin de reducir los incentivos para marcharse o con el fin de inducir a los trabajadores a trabajar eficazmente. Si la empresa ofrece un salario inferior al vigente que cobrar sus trabajadores, los parados no pueden comprometerse a ofrecer la misma cantidad de trabajo (medida en unidades de eficiencia) que el trabajador titular existente. Los problemas de selección adversa o riesgo moral impiden que se comprometan. (...) de acuerdo con algunas versiones de la teoría de los salarios de eficiencia, con este salario hay necesariamente paro, ya que este constituye, en ese caso, un mecanismo disciplinario que impide al trabajador eludir sus obligaciones y marcharse (...)*<sup>92</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

Finalmente, la tara del coste de rotación laboral contribuye con el paro, por lo que los trabajadores que están ocupados tienen ventajas sobre los externos (desempleados). *“Se considera que los trabajadores internos son asalariados titulares con experiencia cuyo puesto está protegido por los costes de la rotación laboral: los trabajadores externos son parados o trabajadores que tienen un puesto de trabajo poco seguro en el sector informal (secundario) de la economía (...) tal vez el tipo más evidente del coste de la rotación laboral es el coste tradicional de contratar y despedir trabajadores. Por lo que se refiere a la contratación, comprende los costes de la búsqueda, la selección, las negociaciones y la formación de los trabajadores recién contratados. Por lo que se refiere al despido, comprende la indemnización por despido y los procedimientos de despido posiblemente costosos (...) El segundo tipo de coste de la rotación laboral se debe a que los trabajadores internos pueden negarse a cooperar con los trabajadores externos que tratan de conseguir trabajo ofreciéndose a cambio de unos salarios inferiores a los que perciben los primeros (...)*<sup>93</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

No hay duras, de que debido al crecimiento sostenido de la economía dominicana en el decenio de los noventa, el nivel de desocupación de la fuerza de trabajo fue disminuyendo desde 1991 hasta el 2000. ‘En cambio la tasa de ocupación de la economía (grado de aprovechamiento de la oferta de mano de obra en la economía) se mantuvo en un promedio de 46%, lo que pone al descubierto la baja elasticidad producto-empleo de la economía dominicana.

---

<sup>92</sup> *Ibíd.*, págs. 37 y 38.

<sup>93</sup> *Ibíd.*, p. 39

En la postrimería del decenio de los noventa la economía dominicana, estuvo generando alrededor de 125,000 empleos anuales, aportados principalmente por el sector terciario, lo que contrasta con las 152,000 personas que anualmente se estaban incorporando al mercado de trabajo. Esto explica la rigidez a la baja de la tasa de desocupación de la fuerza de trabajo. Por otro lado, en gran medida la demanda de trabajo descansa en la economía informal, más que en la formal, lo que deviene en una baja calidad el empleo generado, situación que se vio reforzada por el bajo nivel de escolaridad de la fuerza de trabajo dominicana. La política de empleo, si así le podemos llamar, poco hizo al respecto.

En adición a las reflexiones supra indicadas, es conveniente precisar otras. En la etapa postrujillista, el mercado de trabajo va a acusar las siguientes características: El dispositivo legal trujillista, que en gran medida no era sino una reafirmación local de las Conferencias Internacionales del Trabajo, auspiciadas por la OIT, fue reafirmado y modificado en lo posible; tratando el Estado y los estamentos propios del mercado de trabajo, de ponerle término a la disociación entre el dispositivo legal existente y el funcionamiento del mercado, tal como acontecía durante la vigencia plena del trujillismo.

El Código Trujillo de Trabajo fue reformado, después de 41 años de existencia, surgiendo un nuevo código con la promulgación de la ley No. 16-92 de fecha 29 de mayo de 1992; el cual es moderno y progresista en comparación al anterior. La tiranía es decapitada en el 1961, pero su código de trabajo sobrevivió 31 años más, lo que da cuenta de la lenta modernización del mercado laboral dominicano.

Del 1961 al 1965 el sector laboral organizado se va extendiendo por todo el tejido productivo nacional, tanto público como privado. Los trabajadores acumulan fuerzas para exigir sus derechos frente a los empleadores y tratan de captar una mayor porción de la renta nacional. Este proceso se ve interrumpido en el lapso 1966-1978, en el cual predomina una especie de despotismo ilustrado; el movimiento sindical y sus líderes son limitados drásticamente. Se desacelera el movimiento laboral organizado. En el decenio de los ochenta el ambiente democrático mejora sustancialmente, lo que alienta nuevamente el proceso organizativo obrero, pero limitado por la influencia del anarcosindicalismo, el aventurerismo, la corrupción y el auge de los movimientos populares organizados. El último decenio del siglo XX, marca el ocaso de dicho movimiento con la desarticulación del socialismo mundial real, la hegemonía del neoliberalismo y la internacionalización del capital a escala planetaria.

## Evolución de la política social dominicana

El sector patronal, en la etapa trujillista, maniatado totalmente a los caprichos e intereses del “jefe”, ahora va actuar con autonomía. Organiza diversas entidades que representan sus intereses económicos, subsume el Estado a sus particulares intereses, impone las reglas de juego en el mercado de trabajo, con una ausencia casi total de la resistencia natural del sector laboral. En este momento histórico globalizador, su hegemonía sobre el mercado de trabajo es casi absoluta.

El mercado de trabajo dominicano tiende hacia un estado de regresión en lo que concierne al derecho al trabajo y el respeto a la protección social. De inmediato demostraremos este aserto:

Según la Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, realizada en el año 2002, por parte del Banco Central de la República Dominicana, en el sector privado existen 1,221,490 ocupados dependientes, de los cuales 667,958, estaban laborando sin contrato alguno, dando cuenta de una alta tasa de informalidad interna en las empresas, equivalente a un 54.68% - El sector público, transita el mismo camino; de 398,929 ocupados, un total de 162,990 carecían de contrato, lo que arroja una tasa de informalidad interna de 40.85%.

Si el análisis traspasa el renglón de los ocupados dependientes y se interna en una perspectiva menos restringida, tal como lo hace el Banco Central en su Informe de la Economía Dominicana (enero-diciembre 2002), los resultados son análogos. La augusta institución bancaria afirma: *“Para el año 2002, los resultados de la segmentación del mercado laboral muestran que, de cada 100 ocupados que participan en la actividad económica, 55 se insertan en el sector informal, compuesto por trabajadores por cuenta propia no profesionales, empleados del servicio doméstico, trabajadores familiares no remunerados y empleados que trabajan en establecimientos de menos de cinco trabajadores, mientras que 45 de ellos se incorporan en el mercado formal, evidenciando la importancia de la informalidad en el mercado laboral dominicano”*.<sup>94</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

¿Qué es lo que explica esta informalidad? Varias hipótesis se pueden conjeturar: a) hegemonía del sector patronal sobre el sector laboral, lo que le permite generar puestos de trabajo al margen del dispositivo legal que rige dicho mercado; b) flexibilidad que le otorga el mercado al sector patronal para que reduzca su coste laboral, a costa del interés obrero. *“(…) la informalidad es una forma de*

---

<sup>94</sup> Banco Central (2002): “Informe de la economía dominicana (2002)”. Publicaciones del Banco Central de la República Dominicana, Santo Domingo, R.D., p. 34.

*flexibilización de hecho de las regulaciones laborales, que se explica por una alta volatilidad en el desempeño económico, que mueve a los empresarios a flexibilizar sus costos ante un escenario cambiante, y a los trabajadores, a aceptar la precariedad a cambio de no estar desempleados (...)*<sup>95</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

Del total de ocupados en el sector privado, sobre la base de contratos, 371,105 laboraban a partir de contratos indefinidos en el tiempo, alcanzando una elevadísima tasa de 81.75%. Sólo 55,460 ocupados disfrutaron de contratos por tiempo definido, alcanzando una tasa muy baja: 12.2%. Un total de 11,179 ocupados sabían cuál era su estatus (equivalente a un 2.47%) y 16,187 ocupados fueron contratados por un trabajo específico (para una tasa de 3.57%). Estas cifras delatan una vez más la fortaleza de la informalidad, pero ahora dentro de la formalidad (ocupados con contratos). Luego, lo que queda de formalidad auténtica en el mercado de trabajo dominicano es casi imperceptible.

*“Lo anterior revela que el mercado laboral dominicano es uno de tipo dual, como la mayoría de los Latinoamericanos; esto es, fragmentado en uno formal y estructurado y otro precario y rezagado. La literatura económica ha desarrollado una larga discusión para intentar explicar este fenómeno. Las explicaciones más usuales han estado vinculadas a la rigidez de las regulaciones laborales, por una parte, y a una forma de elevar las rentas empresariales, por la otra”*.<sup>96</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Los puestos de trabajo de larga data, en el mercado laboral dominicano, constituyen ya un mito; de 1,221,490 ocupados dependientes en el sector privado, en el año 2002, sólo 124,926, es decir, el 10.23%, tenía una antigüedad de 10 ó más años, en contraste, 804,984 ocupados dependientes, es decir, un 65.9% tenían una antigüedad en el empleo igual o inferior a 3 años, *“(...) de los cuales un 1/3 ha estado menos de 12 meses en su actual empleo”*.<sup>97</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros). Una inferencia es obligada: los puestos de trabajo actuales son tan volátiles como la misma economía dominicana.

---

<sup>95</sup> Castro, Germán, Capellán, Wendy y otros (2003): *Diagnóstico preliminar del mercado laboral y la cesantía dominicana*. Consejo Nacional de la Seguridad Social, Santo Domingo, RD, p. 12.

<sup>96</sup> *Ibíd.*, p. 12.

<sup>97</sup> *Ibíd.*, p. 13.



## Evolución de la política social dominicana

Según la población ocupada de 16 años y más, la economía dominicana, en el año 2002, generó 436,739 empleos, encontrándose que el 89.19% de los desocupados encontró trabajo en un período no mayor de 6 meses; siendo la rotación laboral promedio 26.3% (inverso de la antigüedad promedio que habíamos calculado en 3.8 años), lo que arroja el indicador de que cada año un 26.3% de la fuerza de trabajo cambia de empleo; dado que al momento de la encuesta 275,783 personas se encontraban en estado de cesantía, de este gran total 207,194 (equivalente a un 75.13% del total) su antigüedad en el puesto de trabajo no excedía los 6 meses, 35,425 personas (equivalente a un 12.85% del total) su antigüedad en el puesto de trabajo oscilaba entre 6-12 meses, lo que arroja una tasa acumulada de 87.97%. En cambio, los cesanteados que tenían una antigüedad 13 meses y más alcanzaron una cifra de 33,164 personas, equivalente a un 12.03% del total. De estos cálculos se infiere que el fenómeno de la cesantía afectó en una mayor proporción a los ocupados dependientes de menor antigüedad en el empleo, configurando un contexto de inseguridad laboral.

Es a partir de esas evidencias empíricas que es plausible aseverar: “(...) *no es consistente con un aumento sostenido de la productividad laboral una tasa de rotación elevada, donde un 75% de las personas que rotan duran menos de 6 meses en su empleo. Dicho lapso impide el desarrollo de habilidades laborales que sólo se pueden obtener con la práctica de una actividad y, además, no incentivan la inversión de las empresas en estos trabajadores. El segundo comentario tiene que ver con los datos que indican la creación de más de 430 mil empleos en un año y otro, que indica que al momento de la encuesta había 275,000 cesantes. A partir de ellos no se puede inferir que la economía está creando más empleos que los que destruye, ya que en un caso se trata del flujo de empleos creados y en el otro del consolidado de cesantes en un momento dado, dato que no incluye a los trabajadores que buscan empleo por primera vez. La conclusión provisional más consistente, al observar la antigüedad en el empleo de los cesantes, es que la economía está creando un alto número de empleos de corta duración, y que por tanto podría haber un número de trabajadores (as) sometidos a un constante tránsito entre el empleo y el desempleo (...)*”<sup>98</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

El precarismo laboral queda una vez más al descubierto, cuando se examinan los datos de la encuesta referidos a la población cesante dependiente según causa de

---

<sup>98</sup> *Ibíd.*, p. 16.

despido del trabajo. ¿Qué se observa allí? Siete (7) motivos de pérdida del empleo: venció el contrato, cenó la empresa, despidieron, obligaciones familiares, por motivo de salud, júbilo y otra. Resulta que los tres primeros motivos, que son de naturaleza compulsiva, que llevan al trabajador al desempleo de forma involuntaria, acaparan el 58.4% de las causas de despido del trabajo, representando 161,266 trabajadores de los 275,783 cesanteados. Otro indicador que arroja la encuesta en cuestión, es que del total de trabajadores cesanteados (275,783), alrededor de 134,666, es decir el 48.8%, cumplía con lo estipulado en el Código de Trabajo para disfrutar del derecho de auxilio de cesantía (segmentado así: 10.7% por motivo de cierre de la empresa y 38.1% por motivo de despido de su trabajo). Mas, sólo 62,847, es decir el 46.67%, lo pudieron percibir; 66,108 no lo lograron (el 49.09%) y 5,711 (es decir el 4.24%) trabajadores estaban en disputa en los tribunales. Casi el 50% de los trabajadores del total que habría tenido derecho a percibir el auxilio por cesantía, no pudo concretarlo, lo que muestra la precariedad de tan importante derecho laboral. Se reafirma la debilidad del poder de regateo del sector laboral y por consiguiente la hegemonía del sector patronal en el mercado de trabajo.

Los convenios colectivos de trabajo, en las unidades de producción registradas, van decreciendo anualmente." Si las cifras contenidas en el cuadro abajo presentado son relacionadas con el hecho de que en el año 2001, existían registrados legalmente 15,447 establecimientos de producción<sup>99</sup> con 595,095 trabajadores fijos<sup>100</sup>, y que sólo se formalizaran 10 pactos colectivos, es el mejor testimonio de que los convenios colectivos de trabajo forman parte de la mitología dominicana de trabajo, reforzando la hipótesis de la prevalencia del precarismo en el mercado de trabajo.

---

<sup>99</sup> "Art. 103.- *Convenio colectivo de condiciones de trabajo es el que, con la intervención de los organismos más representativos, tanto de empleadores como de trabajadores, puede celebrarse entre uno o varios sindicatos de trabajadores, y uno o varios empleadores o uno o varios sindicatos de empleadores, con el objeto de establecer las condiciones a que deben sujetarse los contratos de trabajo de una o varias empresas.*

Art. 104.- *En el convenio colectivo pueden reglamentarse el monto de los salarios, la duración de la jornada, los descansos y vacaciones y las demás condiciones de trabajo".* (Secretaría de Estado de Trabajo: Código de trabajo y normas complementarias. Impreso en GRAFICA COMERCIAL, Santo Domingo, R.D., 2001, p. 57). (Comillas y cursiva son nuestras).

<sup>100</sup> Véase "Estadísticas laborales", boletín No. 6 de la Secretaría de Estado de Trabajo de la República Dominicana (2002), Santo Domingo, p. 14.

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 102**  
**Convenios colectivos de trabajo registrado durante el período 1995-2001**

<b>Año</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Variación %</b>
1995	27	-
1996	13	-52%
1997	20	54%
1998	0	-100%
1999	13	Indeterminada
2000	18	38%
2001	10	-44%

**Fuente:** Secretaría de Estado de Trabajo de la República Dominicana. Estadísticas laborales, boletín No. 6, mayo 2002.

La formación de sindicatos va en picada, según las informaciones disponibles. Se advierte que durante el régimen trujinista y el régimen de despotismo ilustrado que van desde el 1950 al 1978, la formación de sindicatos estuvo limitada por el autoritarismo de ambos regímenes, acumulando un 29% del total. Sin embargo instaurada la democracia menos restringida a partir del 1978, se dinamiza la formación de sindicatos, acumulando en todo el interregno 1980-2001 el 71% del total de sindicatos constituido desde el 1950. Sin embargo, hay que resaltar el hecho de que en el decenio de los noventa la cantidad de sindicatos formados respecto al total, apenas representa el 21% en contraste con un 50% del decenio anterior. En la medida que la economía dominicana se globaliza y el mercado de trabajo se ve arropado por el precarismo laboral, el sindicalismo pierde razón de ser. Se reafirma la hegemonía del sector patronal sobre el sector laboral.

**Cuadro 103**  
**Sindicatos registrados según décadas**  
**(1950-2001)**

<b>Década</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Año de formación</b>
1950-1959	16	1%	1952, 1956 y 1957 a 1959
1960-1969	297	n%	1960 a 1969
1970-1979	465	17%	1970 a 1979
1980-1989	1,402	50%	1980 a 1989
1990-1999	584	21%	1990 a 1999
2000-2001	47	2%	2000 y 2001
<b>TOTAL</b>	<b>2,811</b>	<b>100%</b>	<b>1950-2001</b>

**Fuente:** Secretaría de Estado de Trabajo de la República Dominicana. Estadísticas laborales, boletín No. 6, mayo 2002.

El mercado de trabajo dominicano está completamente terciarizado, en la medida que los establecimientos registrados en la Secretaría de Estado de Trabajo, el 73.17% corresponde al sector terciario de la economía y el 55.78% de los trabajadores pertenecen a dicho sector.

Las capas de trabajadores terceristas, en la República Dominicana, históricamente han sido pasivas en la defensa de sus derechos y alérgica a la organización sindical; la combatividad obrera del decenio de los sesenta descansaba primordialmente en el proletariado azucarero y en el proletariado minero (decenio de los ochenta), hoy, ambos, en franco y agudo declive en el total de la masa laboral (apenas un 1.12%).

Dicha realidad refuerza aún más la hegemonía patronal para la toma de decisiones en el mercado de trabajo y se constituye en uno de los factores explicativos de que en seis (6) años, 1996-2001, solamente se registraran en la Secretaría de Estado de Trabajo, 12 huelgas obreras.<sup>101</sup>

Pero lo que es peor aún, es que en el 2001 solamente se registró una huelga, que relacionada con los 15,447 establecimientos industriales, comerciales y de servicios, registrados en el citado ministerio, el guarismo calculado sería imperceptible: 0.00006 huelgas por establecimiento.

**Cuadro 104**  
**Establecimientos registrados y trabajadores fijos según rama de actividad (2001)**

Rama de actividad	Establecimientos	Porcentaje	Trabajadores	Porcentaje
Sector	281	1.82%	6,652	1.12%
Sector	3,863	25.01%	256,486	43.10%
Sector	11,303	73.17%	331,957	55.78%
TOTAL	15,447	100.00%	595,095	100.00%

**Fuente: Secretaría de Estado de Trabajo de la República Dominicana. Estadísticas laborales, boletín No. 6, mayo 2002.**

Los nuevos puestos de trabajo que se están creando en la economía dominicana, proceden básicamente de la microempresa, que anualmente brotan a borbotones, pero cuya vida productiva es extremadamente efímera, yendo los trabajadores

<sup>101</sup> Secretaría de Estado de Trabajo (2002): "Estadísticas laborales", boletín No. 6. Editora Lozano, Santo Domingo, R.D., p. 51.

## Evolución de la política social dominicana

ocupados en éstas del empleo al desempleo, en lapsos relativamente cortos. Algo parecido ocurre con los puestos de trabajo de las pequeñas empresas, que aportan un 37% de aquéllos, van desapareciendo a efectos de la aguda competencia de la gran empresa que opera con capitales inmensos, venden a precios más bajo y exhiben una mayor productividad. A la pequeña empresa no le queda otro camino que languidecer y por tanto, igualmente, los puestos de trabajo que genera.

Cuadro 105

## Nuevos registros de establecimientos y empleos fijos durante el año 2001

Empresa	Cantidad de establecimientos	Establecimientos/total	Cantidad de trabajadores	Trabajadores/total
Micro	2,432	73%	9,152	24%
Pequeña	795	24%	13,994	37%
Mediana	82	2%	7,240	19%
Grande	21	1%	7,767	20%
TOTAL	3,330	100%	38,153	100%

Fuente: Secretaría de Estado de Trabajo de la República Dominicana. Estadísticas laborales, boletín No. 6, mayo 2002.

#### 4.5 Balance global

El balance global de la política social dominicana, durante el decenio de los noventa del siglo XX, pasa por la formulación de respuestas claras y precisas a las siguientes interrogantes: ¿Se ha desarrollado suficientemente la política social dominicana para atender a las necesidades planteadas?, ¿ha existido algún salto cualitativo en la evolución de dicha política a raíz de las nuevas iniciativas legislativas?, ¿es comparable el nivel de prestaciones del sistema dominicano de protección social con los existentes en entornos próximos? Pasemos a analizar la problemática aludida.

No es sino en el año 2002 cuando la República Dominicana, viene a contar con una política social explícita, contenida en los documentos de “POLITICA SOCIAL DEL GOBIERNO DOMINICANO”, (volúmenes I y II), de la autoría del Gabinete Social. Antes, la República disponía de elementos sueltos de política social, en los campos de los servicios sociales principalmente.

Asistencia social por parte de la Secretaría de Estado de Salud Pública, e igualmente por parte de la Presidencia de la República, intervención de la Secretaría de Estado de Trabajo en los mercados laborales arbitrando pactos colectivos, comedores económicos operando en varios puntos de la ciudad capital,

y otras acciones dispersas, sin rumbo. Esta era la vieja política social.

En nuestros países se pueden distinguir tres tipos de políticas sociales: 1) políticas de compensación social, orientadas a favorecer los grupos sociales impactados, digamos por la sucesión de crisis económicas; 2) políticas de inversión en capital humano, que buscan cualificar a la población y ayudarla a insertarse en una actividad productiva cada vez más moderna; y 3) políticas de integración social, que procuran superar la marginalidad social.<sup>102</sup>

Es muy evidente que en la República Dominicana ha predominado la primera. La presencia de la segunda y la tercera, ha sido mínima. La nueva política social dominicana tiene que constituirse en una síntesis de todas ellas.

La nueva política social dominicana tiene que partir del análisis crítico del desarrollo de la vieja política social dominicana, condicionado por múltiples factores que van desde un proteccionismo social atado a políticas despóticas al estilo trujillista (1930-1961), primera etapa, en condiciones económicas caracterizadas por la formación de una incipiente industrialización sustitutiva y el crecimiento de la clase social asalariada; hasta un proteccionismo social en conexión estrecha con políticas neo despóticas (1966-1978), segunda etapa, y democrático-liberales (1978-2000), tercera etapa, asociadas con la creciente participación del capital extranjero en la economía dominicana, la reestructuración sustantiva de la estructura productiva y el predominio de políticas económicas neoliberales.

En la primera etapa la política social asumió un carácter esencialmente instrumental y manipulador, que servía de agente de consolidación del dominio de la dictadura sobre las clases sociales hambreadas; en la segunda, se mantiene la característica esencial de la primera, y en la tercera, se advierte la necesidad de la integración política de la mayoría poblacional, en procura de la gobernabilidad.

En la tercera etapa, se ha vivido en permanente tensión entre las demandas sociales de los pobres y las políticas neoliberales de contención y reducción de los servicios sociales. El profesor Gregorio Rodríguez Cabrero, de la Universidad de Alcalá de Henares, dice: *“En los países industrializados de capitalismo avanzado, la política social es la consecuencia de varios factores: las necesidades de la*

---

<sup>102</sup> CEPAL (1997): *La brecha de la equidad*. Santiago de Chile, 1997, p. 186.

## Evolución de la política social dominicana

*reproducción social de la fuerza de trabajo para adecuarla al cambio técnico y a los nuevos requerimientos de un mercado de trabajo más flexible y móvil; también es una consecuencia de las presiones, hoy a la defensiva, de unas clases asalariadas con grados de concentración industrial inferiores a los de los años setenta y con sindicatos menos poderosos; y no menos importante, se trata de una respuesta a los problemas de orden social y político que genera la exclusión, precarización y cambios abruptos en el papel de la familia y de la comunidad en la integración social”*.<sup>103</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). Estas mismas razones se manifiestan hoy en los países de capitalismo tardío, como la República Dominicana, con caracteres aún más dramáticos. La nueva política social tiene que reflejar esas nuevas realidades económico-sociales.

Clarisa Hardy (Directora Ejecutiva de la Fundación Chile 21), en su enjundioso ensayo *Desafíos de la política social en el siglo veintiuno*, reflexiona sobre la vieja política social y el viaje tortuoso y accidentado que debemos emprender hacia una nueva política social, que haga congruente el esfuerzo que representa el aumento del gasto social con los resultados en términos de valor público creado. Se pregunta: “(...) ¿por qué tales resultados, si hicimos bien la tarea? Nuestra hipótesis es que si bien todavía hay que corregir los pendientes de eficiencia, de eficacia, de transparencia y de probidad, aún si todavía es necesario profesionalizar la función y la gerencia pública, en los noventa el mundo cambió mucho. Y América Latina es parte del mundo. Las dinámicas sociales que se tienen hoy, contemporáneas, son de otra envergadura. República Dominicana y cualquier otro país del continente inmerso en el proceso de globalización, ha experimentado cambios veloces en estos últimos años y, por lo tanto, se efectuaron innovaciones en las políticas públicas mirando el inicio de la década. No se innovó previendo los cambios, mirando el siglo XXI que ya estaba en gérmenes en el siglo que se despedía”.<sup>104</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La vieja política social dominante, obvia la aguda observación de Clarisa Hardy, en el sentido de que la República Dominicana posee un pie anclado en el siglo

---

<sup>103</sup> Rodríguez Cabrero, Gregorio (1997): “Conflicto, gobernabilidad y política social”. Cap. 7 del libro *Buen gobierno y política social* (Editor: Salvador .Giner). Editorial Ariel, Barcelona, p. 114.

<sup>104</sup> Hardy, Clarisa (2002): “Desafíos de la política social en el siglo veintiuno”. Libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores: Elssy Bonilla Castro, Isabel Licha y José Molinas). BID, INTEC, INDES, STP, SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, R.D., p. 72.

veinte y otro pie anclado en el siglo veintiuno. Convive la pobreza estructural -la pobreza que conocemos, la pobreza de falta de escolaridad, la pobreza de falta de salud, la pobreza que no tiene condiciones de vida digna, mínimas y elementales, la pobreza del analfabetismo- con una nueva forma de pobreza. Se tienen vulnerabilidades sociales presentes en las sociedades latinoamericanas, una nueva pobreza, la pobreza moderna, aquella pobreza escolarizada; la pobreza con mano de obra calificada, la pobreza que tiene que ver con los abruptos cambios en los mercados de trabajo, en la estructura productiva y ocupacional, fruto de economías abiertas en un mundo global.

La vieja política social que priorizaba la ayuda estatal para la subsistencia de los pobres; el reacondicionamiento de la vieja política social que luego va a persistir en la necesidad de generar contextos que viabilicen igualdad de oportunidades de los ciudadanos, mediante el fomento de capital humano, hoy ya no nos permite confrontar con éxito un mundo donde los mercados laborales muestran tendencias autonómicas, volátiles y cambiantes; donde las políticas nacionales se ven desbordadas por una interdependencia mundial cada vez más estrecha.

Independientemente de los criterios críticos arriba externados, hay que estar bien claro que la política social es un fenómeno superestructural que se desarrolla en estrecha conexión con los cambios y movimientos que se operan en el mundo exterior, específicamente en el mundo exterior económico. Éste, en la República Dominicana, experimentó en las últimas dos décadas profundas mutaciones. De una estructura productiva agroexportadora, asentada en los sectores productivos primarios (agricultura, pecuaria y minería), hemos pasado a otra, afincada firmemente en el sector terciario de la economía, asentada particularmente en turismo y zonas francas. Todo ello hace que ahora los referentes esenciales para la generación de empleos, divisas y crecimiento económico, hayan cambiado de manera sustantiva. En adición, la economía dominicana cada vez más se globaliza aperturando sus mercados, haciéndose más vulnerable a la competencia de naciones de capitalismo avanzado, donde imperan “economías del conocimiento”.

De allí proviene, entonces, el influjo que durante el decenio de los noventa, obligó al país a realizar cambios y movimientos en su política social que la modernizara un poco más en función de las transformaciones ocurridas en la economía a escala nacional. Por eso la reforma legal del sector salud, la nueva ley de educación superior, la reforma del código de trabajo, la promulgación de ley de seguridad social que crea el nuevo sistema dominicano de seguridad social.



Respuestas afines a la idea de que “no ha habido desarrollo alguno, no se han producido cambios cualitativos y estamos en la cola, en materia social, de países del entorno”, caen ineluctablemente en el terreno de la metafísica.

El proceso de aplicación de la política social dominicana, exhibe la acumulación de cambios cuantitativos que nadie puede negar: incremento del gasto público y consecuentemente del gasto social; incremento del gasto público específicamente en el ámbito educativo, en el sector salud, viviendas, aguas potables y alcantarillado, servicios comunitarios, deportes, modernización del marco jurídico-legal de la política, social, no hacen sino poner en relieve dichos cambios cuantitativos, de los cuales están brotando algunos cambios cualitativos aunque sea en ciernes, que van configurando una nueva política social, que aún reclama un mayor grado de purificación.

#### 4.5.1 Impacto reduccionista de la política de ajuste sobre la política social



El estado dominicano, ha hecho esfuerzos para conjurar el cuadro social adverso que tiene la República Dominicana. Ya hemos suministrado pruebas de ello. Pero la ejecución de políticas económicas de estabilización y de ajuste, en todo el decenio de los ochenta y en parte del decenio de los noventa, ha tenido un impacto reduccionista en la política social y por tanto en el bienestar del ciudadano dominicano.<sup>105</sup>

<sup>105</sup> Esta problemática aparece claramente dibujada en las siguientes obras: *El gasto público social de la República Dominicana en la década de los ochenta* (autores: Miguel Ceara Hatton y Edwin Croes Hernández); *Economía dominicana, retos presentes y prospectivas* (autor: Manuel Linares);

Impacto reduccionista, que no es exclusivo de la República Dominicana, fue la característica inalienable de la política de ajuste en América Latina, analizado en diversos escenarios por reconocidos autores, y en particular por la CEPAL.<sup>106</sup>

La política de ajuste desarrollada en el período que estamos estudiando, se implementó con las medidas adoptadas desde agosto de 1990 y las negociaciones con el Fondo Monetario (FMI) en 1991.<sup>107</sup>

En cualquier país, entre los objetivos económicos principales, de la política de ajuste económico “(...) *se cuenta el mantenimiento de un equilibrio interno y externo. El equilibrio interno se refiere al pleno empleo doméstico con estabilidad de precios. El equilibrio externo se refiere al equilibrio de la balanza de pagos del país*”.<sup>108</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

En la República Dominicana, la política de ajuste tuvo como objetivos básicos: primero, eliminar o controlar los factores internos y externos causantes del desequilibrio económico y, segundo, como consecuencia de lo anterior, pagar el servicio de la deuda externa.

En lo interno, los objetivos específicos estaban dirigidos a controlar la inflación, disminuir el nivel de desempleo y eliminar el déficit fiscal. En lo externo, los propósitos fueron: estabilizar la tasa de cambio, incrementar las reservas de divisas, equilibrar la balanza comercial y corregir el déficit de la cuenta corriente de la balanza de pagos, entre otros.

Algunos hechos motivaron el ajuste. En el año 1989 la tasa de inflación había alcanzado un guarismo elevado: 43.9%, y ya en el 1990 se había disparado a 79.92% y la tasa de cambio nominal de RD\$2.88/US\$, en el 1986, aumentó a RD\$8.65/US\$, en el 1990, devaluándose la moneda nacional en un 200%, en el mercado oficial.

---

¿*Hacia dónde va el país?* (autores: José Serrulle y Jacqueline Boin); y *Reforma Social* (autores: Isidoro Santana y Magdalena Rathe).

<sup>106</sup> A este respecto es conveniente estudiar el ensayo “Gasto social y ajuste en América Latina”, de la autoría de Rossella Cominetti (1994). Serie *Reformas de Política Pública*, No. 20, CEPAL, Santiago de Chile.

<sup>107</sup> Consulte a Liz, Roberto (1993): “Crecimiento económico, empleo y capacitación”. PNUD-PUCMM, mimeografiado. Santo Domingo, RD., págs. 5-10.

<sup>108</sup> Salvatore, Dominick (1977): *Economía internacional*. McGraw-Hill, Bogotá, Colombia, p. 151.



La deuda externa había aumentado de manera significativa, de US\$3,645 millones, en el 1986, aumentó a US\$4,484 millones, en el 1990, para un incremento de 23%; y la transferencia de recursos financieros al exterior iba en aumento al pasar de US\$42 millones en el 1986 a US\$105 millones en el 1989.

La política de ajuste implicó la adopción de medidas de políticas monetaria, crediticia, cambiaria y fiscal, destinadas a corregir los citados desequilibrios internos y externos; pero por la condicionalidad impuesta por el FMI derivó en un ajuste recesivo.<sup>109</sup> En efecto, la economía nacional fue deflacionada. Si bien en el 1990 la tasa de inflación alcanzó un nivel año, ya para los años 1992, 1993 y 1995, acusó magnitudes de un dígito (6%, 2.8%, y 9%, respectivamente). No obstante en el 1994, la tasa de inflación se disparó a 14.3% como resultado de algunos traspiés dados por las autoridades en el plano fiscal. *“La aceleración de la tasa de inflación -en el 1994- se explica por un excesivo impulso del gasto público acompañado por un financiamiento inflacionario proveniente del Banco Central. En los primeros ocho meses de 1994, la política fiscal generó un déficit en las finanzas públicas que fue financiado con el aumento del crédito doméstico neto del Banco Central y del Banco de Reserva. Ese financiamiento fue creando un exceso de oferta monetaria, que se tradujo en un aumento de la demanda de bienes y servicios y, dada la oferta disponible de éstos, en un aumento de precios”.*<sup>110</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Los últimos trece años, han sido testigos de la aplicación de la política de ajustes y desajuste económicos, sufrida por la economía dominicana. Ahora debemos subrayar el análisis en tomo a esa política de ajuste, juzgando el contenido y los resultados de dicha política conscientes de las agudas controversias que, en el marco académico y del ejercicio de la profesión, se suscitan al momento de

<sup>109</sup> Consulte a Ground, Richard (19S5): “El sesgo recesivo de las políticas de ajuste del Fondo Monetario Internacional”. Revista Trimestre Económico. México.

<sup>110</sup> Dauhaje, Andrés y Escuder, Jaime (1994): Revista Rumbo. No. 25. Santo Domingo, RD.

evaluarla.

Nunca bastará dilucidar esas controversias, sobre todo cuando ellas desbordan el lindero científico, para situarse en la defensa de los intereses de estamentos económicos-sociales contradictorios de la sociedad dominicana. En esta controversia no se debe ser neutral. La neutralidad en este caso no existe; por lo que intentaremos validar la hipótesis de que, dicha política, acusa un sesgo recesivo que se manifiesta en una pérdida de bienestar de la población pobre.

*“La década de los años ochenta -dice la ONAPLAN- se ha definido por el Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, doctor Enrique Iglesias, como la década perdida de América Latina. República Dominicana no es la excepción. La experiencia de ajustes y desajustes ha significado un proceso desolador para el pueblo dominicano. La irrupción de los factores económicos como disturbadores de la vida cotidiana ha producido que la comprensión de la realidad no sea posible”.*<sup>111</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

ONAPLAN, agrega: *“El concepto de Ajustes con Rostro Humano tiene muchas interpretaciones pero un solo propósito. Los diferentes economistas pueden interpretar el rostro humano de acuerdo a su conjunto de teorías, pero todos deben concordar con el objetivo de defender a los más pobres y a la capacidad de la economía de regenerarse luego de los ajustes. Esta capacidad sólo tiene como base el capital humano: la educación, la salud y la nutrición. En este sentido, el ajuste no debe significar la caída estrepitosa del gasto social. Por el contrario, debe sostenerse y fortalecerse, porque únicamente así se garantiza la regeneración de la economía”.*<sup>112</sup> (Comillas y cursiva son nuestras). El ajuste a que ha asistido la economía dominicana, es de corte ortodoxo absolutamente extraño al ajuste con rostro humano.<sup>113</sup>

La condicionalidad de los ajustes económicos del Fondo Monetario Internacional (FMI)<sup>114</sup>, se desglosan en las siguientes variables, sobre las cuales deben actuar las autoridades económicas: a) Reservas internacionales netas; b) Activos internos netos del Banco Central; c) Crédito bancario interno neto al sector público no financiero; d) Deuda externa del Estado.

---

<sup>111</sup> ONAPLAN (1991): “Ajuste con rostro humano”. Boletín Informe de Población, No. 4. Santo Domingo, RD., p. 1.

<sup>112</sup> ONAPLAN: Boletín citado, p. 1.

<sup>113</sup> ONAPLAN: Boletín citado, págs. 4-5.

<sup>114</sup> Véase, Ground, Richard: Artículo citado.

## Evolución de la política social dominicana

**Cuadro 106**  
**Políticas convenidas con el FMI**

País	AEN	PM	AIN	CIN	DGN	DE	TC	R	i%	D.S.P.	IC	G.C.O	AC	GC	GT	TEP
R.D.	BC	T	BC	SP		SP			R	-	+	“		+		+

Fuente: G round, op., cit., p. 4.

Notas: AEN: Activo externo neto; PM: Pago en mora; AIN: Activo interno neto; CIN: Crédito interno neto; DGN: Deuda global neta; DE: Deuda externa; TC: Tipo de cambio; R” Remuneraciones; 1%” Tasa de interés; DSP: Déficit del sector público; IC: Ingresos corrientes; GC: Gastos de capital; GT: Gastos totales TEP: Tarifas de empresas pública; RD: República Dominicana; BC: Banco Central; T: Eliminación Total; SP: Sector Público; R: Positiva en términos reales; -: Disminución en términos reales; + Aumento en términos reales.

La acción sobre las citadas variables, juzga el FMI, deberá impactar sobre: tipo de cambio, remuneraciones, tasas de interés, déficit del sector público, ingresos corrientes, gastos corrientes, ahorro corriente, gastos de capital, gastos totales, tarifas de empresas del sector público.

¿Qué ha pasado en la economía dominicana con los criterios de ejecución del FMI? Las autoridades económicas tienen múltiples años confrontando las dificultades siguientes:

- 1) Algunas de esas variables no son controlables internamente. Verbigracia, el acervo de activos externos netos, excepto en condiciones en “(...) *que el tipo de cambio fuera infinitamente flexible y la economía estuviera libre de rigideces y rezagos*”.<sup>115</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).
- 2) La generación interna de dinero es endógena, no exógena; no la determina por sí sola la política económica.
- 3) El acervo de reservas internacionales netas es en definitiva una meta, o un fin, no un medio.
- 4) El crédito interno al sector público no financiero, en términos nominales, creció en 67%, del año 1984 al 1994; pero en términos reales experimentó un verdadero derrumbe: decreció en 81%. El tratamiento de esta variable, reflejó

<sup>115</sup> Ground: Artículo citado, p. 58.

cabalmente el mandato constructorista de los acuerdos con el FMI. En el interregno 1990-1994, nominalmente aumentó en 37%, sin embargo, sufrió un crecimiento real inapreciable de 2.7%.

5) La deuda externa ha continuado su ritmo ascensional, a contrapelo de la política de ajuste económico y los sacrificios que para la población ha implicado ella.

¿Qué podemos argumentar respecto a los compromisos de política? Tienen a justificar una reducción de los sueldos y salarios reales de los trabajadores; en cambio otros precios claves, como los de servicios públicos y el tipo de cambio, suelen elevarse en términos nominales y reales. En efecto, el salario público real era de RD\$60, en el año 1977, a precios de 1977, cae a RD\$39, en el mes de septiembre de 1996, es decir disminuyó en 35%. La tasa de cambio ha ido en aumento, en el lapso 1983-1995 se ha devaluado en 720%. Situación está que eleva los costos de importación, los costos de producción y por consiguiente el costo de la vida. El costo de la canasta familiar en la ciudad de Santo Domingo, en el mes de septiembre de 1996 alcanzó los RD\$9,015.28. Por consiguiente, la economía, en el lapso comentado ha sufrido los embates de una inflación voraz, cuya tasa media para el periodo 1983-1995, ha sido de alrededor de 29%.

El valor del peso dominicano ha rodado por el suelo. La relación RD\$/IPC, es decir el poder adquisitivo del peso dominicano, a precios de 1977, en el 1983, era de RD\$0.59, sin embargo en el mes de septiembre de 1996 se derrumba a RD\$0.04; quiere decir que perdió un 93% de su valor.

La tasa de interés activa real que en el 1983 era de 10.53%, en el año 1995 aumenta a 20.78%, experimentando un incremento de 10.25 puntos porcentuales que equivale a una variación de 97%. Por consiguiente ha servido de freno a la inversión y a la reducción rápida de la tasa de desempleo.

**Cuadro 107**  
**Comportamiento de las variables "compromisos de políticas" (1983-1991)**

Tea	R	1%	DSP	ICo	Gco	AC	GC
1.57	125	17.3	409	906	,871	35	328
2.79	175	17.3	458	1,149	,997	152	287
3.11	250	17.3	524	2,628	1,415	213	479
2.88	250	17.3	685	2,133	1,624	509	646
3.51	250	17.3	910	2,851	1,462	1,389	1,831
5.81	400	21.8	1,296	4,392	2,311	2,081	2,566

## Evolución de la política social dominicana

6.35	500	26.5	2,093	5,712	2,811	2,901	3,249
8.65	650	43.0	3,028	7,564	3,592	3,972	3,580
12.70	780	37.4	1,920	13,138	4,834	8,304	5,352
12.70	780	29.2	835	17,281	7,361	9,920	9,454
12.50	780	20.2	-	19,416	8,125	11,291	12,256
12.60	-	32.9	-	20,583	10,479	10,104	11,711
12.90	1,014	25.4	-	23,990	12,876	11,114	10,512

**Fuente:** Elaborado por el autor con informaciones del Banco Central, FMI y Rodrigo Jáquez.

El gasto corriente real (1977=100) del gobierno central, en el 1983 era de RD\$519 millones, pero en el 1990 se desploma a RD\$319 millones, decreciendo en 39%. En el 1994 se recupera alcanzando RD\$499 millones, pero todavía inferior al valor ostentado en el 1983.

La pobreza si no se fue acentuado, por lo menos se congeló. *“La información disponible sobre distribución del ingreso se refiere a los años 1977, 1984 y 1989. En general, los datos muestran una desigual distribución: para 1977 el 38% del ingreso total estaba concentrado en el último decil (el de mayor ingreso); mientras que para 1989, el último decil concentra el 44.17% del ingreso total, mientras que el primer decil sólo recibía el 0.83% del ingreso.*

*“El coeficiente de Gini en 1976-1977 era 0.51, en el 1984 se logra una pequeña mejoría, 0.47 y en 1989 llega a 0.63”.*<sup>116</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

En el año 1993, el Centro de Investigaciones Sociales Materno Infantil (CENISMI), al realizar una encuesta encontró que *“(…) el 73% de las familias en República Dominicana reciben RD\$2,000.00 de ingreso monetario hacia abajo, y en consecuencia son familias relativamente pobres”.*<sup>117</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La crisis de la agropecuaria, la política de ajustes ortodoxa, la ha llevado a un estado de paroxismo extremo. El profesor Manuel Colón, economista agrícola, pronosticaba: *“Para el año 2000 las proyecciones indican que habrá una situación insostenible en lo que respecta a la producción de cereales tomándose cada vez más latente la dependencia del país con relación al exterior de estos*

<sup>116</sup> Gómez, Susana (1990): *Diagnóstico socio-económico y magnitud de la pobreza en República Dominicana*. 1 Proyecto RLA/1986/004, p.7.

<sup>117</sup> Bastidas, América (1994): *Indicadores de pobreza*. Banco Interamericano de Desarrollo. Santo Domingo, R.D., p. 11.

*alimentos. Prácticamente se tendrá que importar todo el maíz que consume el subsector avícola y pecuario (cerca de 10 millones de quintales) debido a que en la actualidad el consumo de 8.5 millones de quintales y sólo producimos de esa cantidad menos del 10 por ciento. La producción de sorgo de continuar la tendencia se reducirá sensiblemente provocando efectos de presión sobre las importaciones de maíz, el cual es un complemento para la alimentación animal. En el caso del arroz, se necesitarán para enfrentar la demanda alrededor de 9 millones de quintales y actualmente sólo se producen 6.5 millones de quintales, sin indicios de que mejoren sensiblemente los niveles de productividad y con escasas posibilidades de ampliar el área cultivada. Ello implica que tendríamos que importar una cuarta parte del consumo interno. La dependencia de la importación de grasas comestibles se agudizará a pesar de los proyectos existentes de producción de aceite derivado de palma africana (...)*”

**Cuadro 108**  
**Productos agrícolas y ajuste (1980-1995)**

Productos	1980	1983	1990	1994	1995	Variación
Caña de azúcar (1)	9	-	6.5	6.2	-	-31%
Café (2)	120,182	-	89,520	83,340	-	-31%
Arroz (3)	7.9	-	6.1	-	7.3	-8%
Frijoles (4)	986,840	-	695,353	-	744,932	-24%
Tomates (5)	3,050,160	-	122,403	-	449,034	-85%
Sorgo (6)	432,893	844,000	462,053	-	379,173	-12%
Maní (7)	428,000	428,000	91,890	-	46,562	-89%

**Fuente:** Elaborado por el autor sobre la base de datos del Banco Central y de la Secretaría de Estado de Agricultura (SEA).

**Notas:** (1) Millones de TM; (2) En quintales; (3) Millones de quintales; (4) En quintales; (5) En quintales; (6) En quintales; (7) En quintales.

El mismo Fondo Monetario Internacional (FMI) dice lo siguiente: “*Los avances Logrados por la República Dominicana en el campo del desarrollo social durante los últimos 20 años ¿salen de lo común?!. (Los signos de interrogación y admiración son de Manuel Linares). Pero a pesar de eso, casi todos los indicadores de salud, nutrición, educación e ingreso y empleo de la mujer aún están por debajo de los correspondientes a los demás países latinoamericanos y del Caribe del mismo grupo de ingresos. En el campo de la salud, los índices de mortalidad de lactantes y niños menores de cinco años y el número de habitantes por médico y enfermera también implican condiciones inferiores a las de esos países. El porcentaje de la población que cuenta con agua potable parece comparable en las zonas urbanas, pero es muy inferior en las rurales. En materia de nutrición, los índices de consumo de proteínas y calorías diarias de la*



## Evolución de la política social dominicana

*República Dominicana son bajos en comparación con los correspondientes a los demás países latinoamericanos y el Caribe con niveles de ingresos semejantes. En cuanto a la educación, los índices de la tasa de matrícula de alumnos que llegan a cuarto grado y de analfabetismo son casi iguales a los demás países. Con respecto a la situación de la mujer, la población de niñas matriculadas en la\* escuela primaria, la tasa de analfabetismo y la proporción de niñas matriculadas a la enseñanza secundaria y la participación en la población activa son equivalentes al 77% y 30% de las correspondientes a la población en general”<sup>118</sup> (Comillas y cursiva son nuestros). ¡Este testimonio del FMI pesa más que una montaña; pues se trata de la institución que lidera la política de ajustes a escala mundial!*

**Cuadro 109**  
**Indicadores sociales de la República Dominicana desde el FMI**

Concepto	EMR(1)	15-20 años atrás (2)	A.L. y el Caribe
Calorías (4)	2359		2726
Proteínas (5)	48	-	68
Malnutrición (6)	12.5%	-	~
Educación primaria (7)	95.0%	-	107.4
Educación secundaria (8)	74.0%	36.0%	48.0
Educación superior (9)	23.5%	-	-
Educación primaria razón A/M (10)	47	51	25
Educación secundaria (11) razón A/M	43	-	-
Alumno que llegan al 4to. bachillerato (12)	62.0%	34.0%	61.0%
Analfabetismo (13)	17.0	-	15.0%
Circulación de periódicos (14)	19.3	39.0%	81.9%
Educación primaria. Matrícula M. (15)	96.0%	-	-
Educación secundaria Matrícula M. (16)	57.0	-	53.0%
Analfabetismo en la M. (17)	18%	-	17.0%
E. De Vida (18)	69.2	-	70.7
Mortalidad I. (19)	54.2	77	47.4
Mortalidad menores de 5 años (20)	71.8%	-	57.0%
Esperanza de vida al nacer (21)	67	-	68
Hab/médico (22)	2299	-	936
Hab/enfermero (23)	1210	2240	877
Acceso agua potable (24)	67.0%	55.8%	73.4%
Producción de alimento/hab. (25)	76	104	104

**Fuente: Indicadores sociales del desarrollo del Banco Mundial.**

**Notas: 1, Estimaciones más recientes; 3, América Latina y el Caribe; 4, Calorías por persona; 5, Gramos por personas; 6, índice de malnutrición, como porcentaje del grupo de edad; 7, Tasa bruta de matrícula, como porcentaje del grupo de edad en la educación**

<sup>118</sup> FMI (1993): *Evolución económica reciente de la República Dominicana*. Santo Domingo, R.D.

primaria; 8, Igual al caso anterior, solo que ahora es en la educación secundaria; 9, Ciencias e ingeniería, como porcentaje de estudiantes en enseñanza superior; 10, Razón alumno / maestro, en la educación primaria; 11, Razón alumno / maestro, en la educación secundaria; 12, alumnos que llegan al cuarto grado del bachillerato (porcentaje de promoción); 13, Tasa de analfabetismo, como porcentaje de la población de más de 15 años; 14, Circulación de periódicos, por mil habitantes; 15, tasa de matrícula, como porcentaje del grupo de edad escolar, en el género femenino, en la educación primaria; 16, Tasa de matrícula, como porcentaje del grupo de edad escolar, en el género femenino, en la educación secundaria; 17, Tasa de analfabetismo, como porcentaje de la población del más de 15 años, a nivel de género femenino; 18, Esperanza de vida (años); 19, Mortalidad infantil, por cada mil nacidos vivos; 20, Tasa de mortalidad de menores de 5 años; 21, Esperanzó de vida al nacer (años); 22, Número de habitantes por medico; 23, Número de habitantes por enfermo; 24, Acceso a agua potable, como porcentaje de la población); 25, Producción de alimentos per cápita (1979- 1981=100).

En cuanto a la brecha de la producción, que mide la diferencia entre la producción efectiva y lo que podría producir la economía en el nivel de pleno empleo dados los recursos existentes, también ha hecho presencia real en el proceso estudiado. La brecha de producción es igual a la producción potencial menos la producción efectiva.

Como puede notar el lector, del año 1983, que marca el inicio de la política de ajuste ortodoxa, la brecha de la producción, con un carácter deficitario, se manifestó en la mayoría de los años de la serie histórica 1983^2002. En esos años el PIB real pudo ser más elevado y rio lo fue. ¿Por qué? Sin lugar a dudas que la base que sirvió de telón de fondo a los factores que generó el déficit de producción calculado fue la política de contracción aplicada, de conformidad con los preceptos del FMI, la cual indujo la recesión y el desempleo de los factores de producción y a la contracción del influjo positivo de la política social.

Es obvio que el PIB real tiene que crecer si se desea superar al PIB potencial. Su ritmo de crecimiento en la década actual es insuficiente desde la doble óptica de superar los rezagos en equidad y de reforzar la incorporación de progreso técnico. Es un ritmo que además de ser notoriamente inferior al conseguido en la década de los setenta, congela la situación de pobreza en la República Dominicana.

La CEPAL es bastante radical respecto a ese dilema dominicano, que es el dilema latinoamericano. Ella dice: “(...) *para alcanzar niveles aceptables de empleo y productividad se requiere una expansión del PIB cercana al 6% anual, con*

## Evolución de la política social dominicana

*incrementos en el PIB por habitante en tomo al 4% anual*".<sup>119</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Sin embargo, el PIB en nuestro país en el período 1990-1995, no ha excedido el 6% en su crecimiento, excepto en el año 1992. No obstante, en el subperíodo 1996-1999, la meta citada fije alcanzada plenamente.

**Cuadro 110**  
**Brecha de la producción (1966-2002)**

<b>Año</b>	<b>PIB efectivo (Millones de RDS)</b>	<b>PIB potencial (Millones de RDS)</b>	<b>Brecha</b>
1966	1177.9	1,007.6	-170.30
1967	1,216.0	1,148.7	-67.30
1968	1,203.2	1,289.8	86.60
1969	1,310.2	1,430.8	120.60
1970	1,485.5	1,571.9	86.40
1971	1,647.0	1,713.0	66.00
1972	1,818.2	1,854.0	35.80
1973	2,052.8	1,995.1	-57.70
1974	2,176.0	2,136.2	-39.80
1975	2,288.9	2,277.2	-11.70
1976	2,442.9	2,418.3	-24.60
1977	2,564.5	2,559.4	-5.10
1978	2,719.5	2,700.4	-19.10
1979	2,738.1	2,822.6	84.50
1980	2,956.4	2,920.2	-36.20
1981	3,082.9	3,017.8	-65.10
1982	3,135.3	3,115.4	-19.90
1983	3,280.5	3,213.0	-67.50
1984	3,321.5	3,310.6	-10.90
1985	3,251.0	3,408.2	157.20
1986	3,365.4	3,505.7	140.30
1987	3,706.0	3,603.3	-102.70
1988	3,785.9	3,700.9	-85.00
1989	3,952.5	3,798.5	-154.00
1990	3,736.9	3,896.1	159.20
1991	3,773.2	3,555.6	-217.60
1992	4,075.7	3,873.4	-202.30
1993	4,197.7	4,191.3	-6.40
1994	4,380.2	4,509.1	128.90
1995	4,588.2	4,826.9	238.70

<sup>119</sup> Rosales V. Osvaldo (1996): "Política económica, instituciones y desarrollo productivo en América latina". Revista de la CEPAL, No. 59, p. 31.

## Linares

19%	4,919.8	5,144.7	224.90
1997	5,307.6	5,462.6	155.00
1998	5,702.0	5,780.4	78.40
1999	6,160.6	6,098.2	-62.40
2000	6,611.4	6,416.0	-195.40
2001	6,822.9	6,733.9	-89.00
2002	7,104.7	7,051.7	-53.00

**Fuente:** Cálculos de Manuel Linares con datos del Banco Central y A. Martí (1997).

**Nota:** el PIB aparece valorado a precios constantes de 1970.

El nuevo gobierno del Dr. Leonel Fernández Reyna, también asumió una política de ajuste, durante la segunda mitad del decenio de los noventa, con el fin de preservar la estabilidad macroeconómica heredada, precaria de por sí.

Las medidas asumidas fueron las siguientes: unificación cambiaria a 14 pesos dominicanos por dólar estadounidense; los precios de los combustibles aumentaron así: la gasolina sin plomo pasó de un precio promedio de 26 pesos a 32 pesos el galón, la regular de 20 a 26 pesos el galón y el gasoil de 13.70 pesos a 17 pesos el galón.

Como resultado de esta política, unida obviamente a un proceso expansivo de la economía dominicana, se pudo mantener precariamente la denominada estabilidad macroeconómica. Uno de sus aciertos, sin duda alguna, fue garantizar el equilibrio interno. Sin embargo, el externo continuó siendo una quimera, puesto que los renglones principales de la balanza de pagos, continuaron arrojando saldos negativos, especialmente la cuenta corriente. Esto así, debido que la política de ajuste no pudo resolver el problema de la brecha de producción que afecta a la economía, estimuló las importaciones y sentó bases para arreciar la devaluación del peso dominicano.

¿Cómo alcanzar un pleno salto cualitativo en la política social? En el próximo capítulo damos respuesta a esta otra pregunta.<sup>120</sup>

---

<sup>120</sup> El capítulo IV del libro *ANÁLISIS BÁSICO DE LA ECONOMÍA DOMINICANA*, de nuestra autoría, documenta ampliamente este proceso.

## CAPÍTULO V PERFIL DE UNA NUEVA POLÍTICA SOCIAL

### 5.1 Introducción

No pretendemos en este epígrafe definir una nueva política social. Procuramos precisar las características básicas en que la misma debiera asentarse.

### 5.2 Estado de bienestar

Daniel Martínez y María Luz Vega Ruiz, en su obra *La globalización gobernada*<sup>121</sup>, logran, en el primer capítulo de dicho libro, sintetizar correctamente la evolución del Estado de Bienestar.

Este estado puede ser concebido en tres espacios distintos: Europa, Estados Unidos y América Latina.

En Europa el Estado de Bienestar se comienza a configurar a fines del siglo XIX y concluye su primera etapa a mediados del siglo XX. Se caracteriza en esta primera etapa por disparidades en término de fuentes de financiamiento y cobertura. Así, Suecia y Dinamarca, enfatizaron en la financiación fiscal, más que en la financiación contributiva individual. En cambio en la Alemania de Bismark, que establece en 1880 un sistema moderno de seguridad social, descansó esencialmente en las contribuciones obligatorias de los asalariados industriales y los empresarios.

*“En Francia, en 1946, se pretendió extender la seguridad social a todos los ciudadanos. El proyecto de reforma pronto chocó en el Parlamento con una fuerte oposición de los trabajadores de “cuello blanco” y, sobre todo, de los independientes de alto ingreso. El motivo de esta reacción fue que la propuesta*

---

<sup>121</sup> Martínez, Daniel y Vega Ruiz, María Luz (2001): *La globalización gobernada*. Tecnos, Madrid.

*del Gobierno consideraba incluir en la seguridad social a todos los autónomos, y, como la mayoría de éstos eran pobres y ancianos, resultaba difícil que pudiesen financiar con sus contribuciones la prestación de pensión que les correspondería. Por ello, el proyecto gubernamental incluía otorgar a estos autónomos un subsidio de vejez, una vez que se comprobase que eran personas de escasos recursos”.*<sup>122</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

La segunda etapa del Estado de Bienestar europeo, va desde el 1950 al 1973, que marca un interregno de crecimiento y estabilidad de las economías de mercado. En esta etapa tiene lugar una generalización de la seguridad social.

El Estado de Bienestar en Estados Unidos, adquiere concreción a partir del 1933 con la política de New Deal, del Presidente Roosevelt. Tiene por característica esencial el asistencialismo estatal a las capas pobres de la nación, concentradas principalmente en las comunidades negras e inmigrantes hispanos. Su ley de seguridad incluía ayuda a las familias con hijos dependientes, y un programa de jubilaciones y de ayuda frente a la incapacidad y también un seguro de desempleo. *“Este sistema de seguridad social fue reformado en 1962 por la Administración Kennedy, debido a que el número de familias pobres no disminuía, al contrario de lo que se había previsto durante la administración Roosevelt y las siguientes. Esta reforma consistió, básicamente, en crear el medicaid y el medicare, y en abrirles el paso a las organizaciones comunitarias que se estaban creando para ayudar a las familias pobres (...)”.*<sup>123</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

En el caso latinoamericano, de hecho el Estado de Bienestar no ha existido. Han existido aproximaciones en Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile y Uruguay. En la República Dominicana, concretamente nunca ha existido el Estado de Bienestar; la República, asume el seguro social, en el 1946, es decir, 102 años después de su fundación; igualmente transcurridos 50 años de aquel hecho histórico, el Dr. Rafael Alburquerque, jurista laboral, decía: *“A cincuenta años de su creación el sistema de seguros sociales en la República Dominicana se cae a pedazos y está al borde del colapso: en materia de salud, sólo se protege al asalariado del sector privado, y a su mujer, en caso de maternidad; en el área previsional, han desaparecido las reservas que permiten otorgar la pensión al trabajador jubilado; los subsidios por enfermedad, embarazo y maternidad se*

---

<sup>122</sup> *Ibíd.*, p. 25.

<sup>123</sup> *Ibíd.*, p. 28.

## Evolución de la política social dominicana

*dejaron de abonar por muchos años, y es apenas ahora, con grandes esfuerzos, cuando la nueva administración retoma el pago parcial de los mismos; el Estado dominicano, obligado a pagar el 2.5% del total de los salarios de los asegurados, nunca ha cumplido con esta obligación y su acción se circunscribe a una colaboración o ayuda que se manifiesta en forma esporádica, mediante la construcción o reparación de un centro de salud o el aporte de un subsidio para enfrentar el alza de los salarios; el abuhamiento de la nómina representa el 51% de los gastos de una institución supuesta a ofrecer un servicio; el rendimiento promedio del personal médico se traduce en la atención a dos pacientes mensuales y en un número mayor de especialistas que de pasantes y residentes; y, -por qué no, hay que decirlo-, aunque la situación ha mejorado sensiblemente desde el pasado 16 de agosto de 1996, por los privilegios y la corrupción de una burocracia que ha hecho uso de los recursos que debieron, ser canalizados para el servicio de los asegurados”.*<sup>124</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

### 5.3 Reiteración de una deprimente realidad social

En estudios realizados por la CEPAL y el CELADE, estipulan una transición demográfica en América Latina y el Caribe, es decir, evolucionan desde niveles de mortalidad y fecundidad altos a niveles bajos, como reacción ante las transformaciones de ídoles sociales y económicas que experimentan al filo del proceso globalizador.

*“El proceso de transición demográfica ha generado cambios significativos en la estructura por edad de la población, la cual experimenta un proceso de envejecimiento progresivo. Aunque en la actualidad se presenta una estructura poblacional relativamente joven, en la cual el 33% de la población corresponde a menores de 15 años de edad y 4% a mayores de 65 años. Estas cifras cambiaron significativamente en los últimos 50 años, debido a que en 1950 la mitad de la población era menor de 15 años”.*<sup>125</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Los recursos naturales de la República han sido duramente atacados por la lógica empresarial dominante, de rentabilizar sus negocios aun a costa del medio

---

<sup>124</sup> Alburquerque, Rafael (1999): *El proyecto de ley básica de seguridad social* (en Gaceta laboral, publicación de la Secretaría de Estado de Trabajo, año 1,1999). Editora Lozano, C. POR A., Santo Domingo, R.D., p. 78.

<sup>125</sup> Gabinete Social (2002): *Política Social del gobierno dominicano*. Volumen I, Santo Domingo, R.D., p. 40.

ambiente. Crecer, crecer económicamente. No importa que sea un crecimiento no sustentable, simplemente de corto plazo. Así, de 572 especies de vertebrados registrados para el país en el 1990, el 18% estaba bajo amenaza de extinción; de 5,600 especies de plantas existentes, aproximadamente 417 se consideran amenazadas; las superficies de las cuencas hidrográficas presentan degradación; diversos ríos languidecen o sus aguas están contaminadas, etc.

Existen síntomas de desintegración social. *“En general, la realidad de las familias dominicanas es muy crítica en los momentos actuales, donde la mujer, única o principal responsable, tiene que invertir, en la mayoría de los casos, muchas horas del día en el cumplimiento de la jornada de trabajo fuera de casa, hogares donde uno de los padres ha emigrado al extranjero; con uniones inestables, familias reconstruidas, abandonadas por el padre. Es una situación que requiere de la redefinición de las reglas, que incluya una participación activa del padre en la crianza de los hijos y en las tareas del hogar; revalorización del papel de la mujer en la familia y la sociedad; educación de niños, niñas y adolescentes; más independientes y responsables, servicios sociales que sirvan de soporte a la familia y que garantice la continuidad del sistema y el desempeño de sus funciones esenciales”*.<sup>126</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

*“En la República Dominicana las cifras existentes en el campo de la discapacidad presentan una tendencia creciente. La Encuesta Gallup-Hoy de diciembre de 1997 informa del hallazgo de que un 25% de los hogares encuestados tenían una o más personas con discapacidad permanente o temporal. Esto representaría de un 12% a un 13% de la población total, que para el año 2000 ascendía a 8,296,164 habitantes, lo cual permite estimar en alrededor de un millón las personas con discapacidades, las cuales están localizadas básicamente en las zonas marginales urbanas y en zonas rurales, con escasos acceso a los servicios de salud, empleo, transporte y comunicación”*.<sup>127</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

#### **5.4. Estrategia general**

La nueva política social dominicana, en cuanto a principios básicos se refiere, debe reconocer como tales, tres conceptos de lo social, hoy nuevamente en boga: exclusión, vulnerabilidad y heterogeneidad social, ampliamente analizados por

---

<sup>126</sup> Gabinete Social: Estudio citado, p. 79.

<sup>127</sup> Gabinete Social: Estudio citado, p. 84.



Isabel Licha (docente del INDES, Washington), en su estudio denominado *Las nuevas desigualdades sociales en América Latina*.<sup>128</sup>

El principio de la exclusión hace alusión de aquellas personas que se ven impedidas de participar en la vida societal (discapacitados, desempleados, madres solteras y jubilados). El de la vulnerabilidad explica la exposición a la pobreza en que se encuentran segmentos poblacionales a causa de la emergencia de mercados laborables flexibles, el retiro del Estado de determinadas áreas sociales y la quiebra de diversos mecanismos de acción social.

Finalmente, el principio de la heterogeneidad alude a la fragmentación y polarización social, a las disparidades y desigualdades de ingresos y riquezas.

En la República Dominicana están muy presentes la exclusión, la vulnerabilidad y la heterogeneidad social. Aumento de la brecha entre ricos y pobres, problemas de cobertura y calidad de servicios sociales básicos, el desempleo se congela en tasas visiblemente altas, la informalidad arropa los mercados laborales y la pobreza afecta a extensas capas de la sociedad dominicana. El ataque a esos flagelos es pues irrenunciable.

Igualmente, en el centro de la política social dominicana debe estar la lucha contra la pobreza. No es justo que a tantos años de la fundación de la República, la rémora citada se mantenga con tanta fuerza en suelo dominicano.

En la lucha contra la pobreza, debemos partir de la existencia de un Estado democrático y representativo, asentado en la separación de sus poderes esenciales: poder ejecutivo, poder legislativo y poder judicial; de un Estado que tiende a modernizarse y descentralizarse, a fin de promover contextos apropiados de crecimiento, bienestar, participación de la sociedad civil y pluralidad político-cultural.

Pero también tenemos que asimilar lecciones de experiencias pasadas y derrotar “mitos” y “leyendas” relacionadas con el combate a la pobreza.<sup>129</sup>

---

<sup>128</sup> Licha, Isabel (2002): “Las nuevas desigualdades sociales en América Latina”. Libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores: Elssy Bonilla Castro, Isabel Licha y José Molinas). BID, INTEC, INDES, STP, SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, R.D., págs. 82-98.

<sup>129</sup> Consulte a Medina Giopp, Alejandro (2002): “Mitos y lecciones para enfrentar la pobreza en

La lección más importante que debemos asimilar es que la estrategia de combate a la pobreza tiene que incluir de manera ineludible la formación y redistribución de activos productivos que se expresan en el capital natural (tierra, agua, etc.), el capital humano (educación y salud), el capital financiero (acceso al crédito) y el capital social (cuyo eje central es la cooperación comunitaria). De este modo se da impulso a la ruptura del círculo de la pobreza intergeneracional, al proceso acumulativo de capitales en las empresas micros, pequeñas y medianas y al uso eficiente de los activos productivos citados, obviando la visión clientelar que adocena al pobre.

En efecto, se “(...) considera que las políticas de combate a la pobreza deben partir de la sustitución paulatina de los programas asistencialistas por acciones que incluyan proyectos productivos, capacitación laboral y el acceso de los pobres a créditos. Por ello, es necesario crear una nueva base social para los pobres, con el propósito de mejorar su capacidad para ingresar en óptimas condiciones al mercado de trabajo. Sólo de esa manera saldrán de su rezago”.<sup>130</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Mito número 1: existe una relación inversa entre pobreza y volumen de recursos financieros destinados a combatirla. Mayor inversión social, menor pobreza. El aumento del gasto social es una condición necesaria para superar rémoras como la pobreza, pero nunca será una condición suficiente. “Asimismo, igual o más importante que el volumen de recursos que conforma el gasto social, es la eficiencia en su asignación, ejecución y evaluación. Desgraciadamente la experiencia regional en la gestión de las políticas sociales nos ha enseñado que se puede gastar mucho y mal. Contar con sistemas de inversión pública, con mecanismos de evaluación ex ante, tales como el costo-beneficio y costo-efectividad que identifiquen la tasa de rentabilidad social de la inversión, resulta indispensable para asignar recursos de manera correcta. Asignar bien es un paso fundamental para gastar bien, ya que un dólar mal asignado, por más eficientemente que se ejecute, estará mal gastado”.<sup>131</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

---

América Latina y el Caribe”. Libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores: Elssy Bonilla Castro, Isabel Licha y José Molinas). BID, INTEC, INDES, STP, SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, R.D., págs. 47-66.

<sup>130</sup> Medina Giopp, Alejandro: Estudio citado, p. 66.

<sup>131</sup> Medina Giopp, Alejandro: Estudio citado, p. 49.

Mito número 2: el crecimiento económico reduce la pobreza y la desigualdad. “Bajo la hipótesis de Kuznetz, se argumenta que el crecimiento económico sostenido, reducirá la pobreza y la desigualdad. En una primera etapa de crecimiento, éste será tremendamente concentrador, por lo que habrá que generar políticas sociales compensatorias, pero más adelante, los beneficios del crecimiento, se “derramarán” o “gotearán a la sociedad en su conjunto, mejorando la desigualdad y reduciendo la incidencia de la pobreza”.<sup>132</sup> El caso dominicano desmiente este mito, pues durante la década de los noventa, si bien el PIB creció fuertemente, su impacto en la reducción de la pobreza fue poco significativo.

Mito número 3: la creación de empleo reduce la pobreza. *“La creación de empleos remunerados y la consecuente disminución del desempleo no implica que inmediatamente se reduzca la pobreza. En primer lugar, habrá que apreciar el dinamismo y calidad del empleo en los diversos sectores que componen la economía. De nada sirve generar empleo en los sectores menos dinámicos y además empleo de baja calidad. La tasa de desempleo no mide la precariedad del empleo, razón por la que su reducción, automáticamente se considera como un dato positivo, y ello puede conducir a equívocos y falsas interpretaciones”*.<sup>133</sup> (Comillas y cursiva son nuestros).

Mito número 4: una baja inflación reduce la pobreza de manera automática. Este mito obvia tres situaciones que aun con baja inflación la pobreza se extiende. Primera: la inflación es baja, pero el salario monetario de los trabajadores permanece estacando. Resultado: reducción del salario real, lo que expone a capas de trabajadores a caer por debajo de la línea de pobreza. Segunda: el crecimiento de la inflación es lento, pero el crecimiento de los salarios monetarios es mucho más lento. Resultado: reducción del salario real y posibilidades de caer en las garras de la pobreza. Tercera: una baja inflación como resultado de una recesión económica (se reduce el consumo público y privado, se incrementa el desempleo y se agudizan las penurias de las clases desvalidas). Resultado: la pobreza podría aumentar.

Los objetivos de esta política social deben estar sustentados en la Declaración del Milenio, que es la resolución No.55/2 de la Asamblea General de la ONU, aprobada el 8 de septiembre del 2000, por los 189 gobiernos y estados miembros; incluidos entre ellos la República Dominicana.

---

<sup>132</sup> Medina Giopp, Alejandro: Estudio citado, p. 49.

<sup>133</sup> Medina Giopp, Alejandro: Estudio citado, p/50.

Los objetivos y metas son los siguientes:

Objetivo 1: combatir la pobreza extrema y el hambre. Meta 1: reducir a la mitad, tomando como límite el año 2015, el porcentaje de la población cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día. Meta 2: reducir a la mitad, tomando como límite el año 2015, el porcentaje de la población que padece hambre.

Objetivo 2: lograr la enseñanza primaria universal. Meta 3: velar para que en el año 2015, los niños y niñas de la República Dominicana, puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Objetivo 3: promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Meta 4: eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015.

Objetivo 4: reducir la mortalidad infantil. Meta 5: reducir en dos tercera partes, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Objetivo 5: mejorar la salud materna. Meta 6: reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, teniendo como límite el 2015.

Objetivo 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Meta 7: haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. Meta 8: haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.

Objetivo 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Meta 9: incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recurso del medio ambiente. Meta 10: reducir a la mita, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso al agua potable. Esta estrategia tiene que tomar en cuenta, en adición, cinco líneas claves estratégicas: el contexto macroeconómico, el gasto público social e incidencia de la pobreza, revalorización del capital social y evaluación de la política aplicada.

Para que la política social dominicana alcance éxitos, la economía tiene que exhibir un contexto macroeconómico estable, tanto interno como externo. Si la economía se ve acosada por agudos desequilibrios, el superior gobierno se vería compelido a utilizar ingentes recursos económicos para restablecer la estabilidad

macroeconómica, lo que dificulta todos los esfuerzos que se pudiesen realizar en el ámbito puramente social.

En circunstancias económicas matizadas por aumentos de la tasa de desempleo, crecimiento de los índices de precios al consumidor, devaluación de la moneda nacional y déficit crecientes en la cuenta corriente de la balanza de pagos, impulsar una política social que promueva la equidad y el desarrollo sustentable no es más que una quimera. De ahí entonces que sea necesario estructurar y preservar la estabilidad macroeconómica de la economía dominicana.

Si el objeto central de la nueva política social dominicana, es el combate efectivo a la pobreza, jamás puede entonces subestimar el gasto público social, pues este encarna la porción del gasto gubernamental central dirigida al ámbito social. En verdad, como asevera Nohra Rey de Marulanda (directora del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social - INDES-, Washington) la *“República Dominicana ha reportado significativos avances en términos de asignación de recursos públicos a la inversión social. El gasto público social per cápita creció de 66 dólares en el período 1990-1991 a 107 dólares en 1996-97, lo cual representa un crecimiento del 62%. Asimismo, como porcentaje del PBI, el gasto social se elevó de 4.5% a 6.0% en similar período. La mejoría en la asignación de recursos públicos en la inversión social permitió que, por ejemplo, el gasto social per cápita en educación se incrementara de 17 a 57 dólares entre los períodos 1990-91 y 1996-97.*

*Sin embargo, los retos de República Dominicana son enormes. A pesar del avance mencionado, el país aún registra tasas de gasto social por debajo de la media de América Latina, ubicándose entre los países de la región que menos recursos, destinan a la provisión de servicios sociales. El gasto social de República Dominicana a fines de 1997, de 107 dólares per cápita, es muy inferior a la media regional de 457 dólares. Similarmente, el 6.0% de inversión social como porcentaje del PBI del país se mantiene por debajo del promedio de 12.4% registrado en América Latina en el mismo año”.*<sup>134</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

De allí entonces la necesidad de que el gasto público social en la República

---

<sup>134</sup> Rey de Maruland, Nohra (2002): “Situación y problemática del gasto social en América Latina”. Libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores: Elsy Bonilla Castro, Isabel Licha y José Molinas). BIDJNTEC, INDES, STP, SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, R.D., págs. 20-21.

Dominicana, tienda a aproximarse al promedio latinoamericano citado. Mas tal aumento cuantitativo no basta, se requiere además cualificar la gerencia social del Estado dominicano, en palabras de Francisco Gaetani, se requiere transitar los accidentados caminos de la profesionalización de la gerencia social<sup>135</sup>, de modo que el gasto público social tenga como destino las áreas más deprimidas en el plano económico y el desvío de los recursos sea mínimo. Y es como aduce Nohra Rey de Marulanda, para producir mejores resultados, la inversión en áreas sociales debe ser eficiente y productiva. Se puede estar invirtiendo ineficientemente en términos de impacto, y ese problema no se corrige aumentando el volumen de recursos invertidos.

Por ello la idealización de la pobreza en la geografía nacional, es clave. Hay que identificar las demarcaciones geográficas que posean la mayor cantidad de pobres y dentro de éstas identificar los grupos que arrastran mayor pobreza, con vista a proporcionarles ayudas directas. No obstante como bien lo postula Alejandro Medina Giopp, en su ensayo *La gestión de programas y proyectos sociales en América Latina en la búsqueda de un nuevo paradigma*, la idealización “(...) como otros aspectos de la gerencia social, es sin duda un aspecto controversial. De una parte, el enfoque más liberal lo ha visto como una alternativa a los programas universales, los que han sido caracterizados como ineficientes e inoperantes en un contexto de recurrentes limitaciones fiscales. También bajo esta perspectiva se les asocia un carácter temporal como estrategia para enfrentar la pobreza en fases de ajuste para lograr el crecimiento, el que por “derrame” ayudará a resolver la pobreza.

*“En contraste, los críticos de la postura neoliberal, asumen que la idealización es un instrumento insuficiente (inútil) para enfrentar la pobreza, bajo el supuesto de que los programas de ajuste para alcanzar crecimiento y con ello mejorar la igualdad, no tienen evidencia empírica. Algunos detractores van más allá y se preguntan: ¿qué sentido tiene la idealización cuando hay países en la región en que los niveles de pobreza son el 60% u 80% de la población?”*

---

<sup>135</sup> Véase en la obra citada de Bonilla Castro, Licha y Molinas (2002), el ensayo de Francisco Gaetani (2002) (director de Formación de la Escuela Nacional de Administración Pública en Brasilia y profesor de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais), que lleva por título “Los accidentados caminos para la profesionalización de la gerencia social en América Latina”, p. 25.

*“Más allá del debate, un hecho cotidiano en la política social, es la necesidad de racionalizar el gasto social. La idealización, sin duda, puede contribuir en gran medida a lograr este objetivo. A través de la idealización puede lograrse que los programas lleguen a los sectores que han sido priorizados por sus necesidades y evitar que se desvíen a otros grupos de mayor nivel socio-económico o que no formen parte del grupo meta. Con ello se logra mejorar el diseño de los programas y proyectos y favorecer una mejor relación entre el costo y el impacto de los mismos”.*<sup>136</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La revalorización del capital social, constituye un elemento clave de los lineamientos estratégicos de la nueva política social.<sup>137</sup> El capital social se refiere a instituciones, relaciones, actitudes y valores que pautan las interacciones entre las personas y contribuyen con el desarrollo económico y social.

De hecho, como demuestra José R. Molina, *“El capital social cumple un papel fundamental en la implementación de estrategias efectivas de reducción de la pobreza. Una estrategia efectiva y sostenible de reducción de la pobreza, debe incluir a los pobres como parte activa del proceso de crecimiento económico. Para que los pobres puedan participar activamente del crecimiento, necesitan estar organizados. Es decir, requieren fortalecer su stock de capital social estructural (...)”*<sup>138</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Finalmente, el quinto *“(...) de los lineamientos básicos concebidos en la política social es el monitoreo y evaluación de la política social, la cual es una etapa muy importante para la medición del nivel de cumplimiento de los objetivos concebidos en los planes de acción. En efecto, la evaluación del resultado global de las intervenciones es un elemento central para valorar el cumplimiento de los objetivos de la política social y la eficiencia en la aplicación de los recursos, la corrección de problemas en el proceso y la formulación de recomendaciones.*

---

<sup>136</sup> Medina Giopp, Alejandro (2002): “La gestión de programas y proyectos sociales en América Latina en la búsqueda de un nuevo paradigma”. Libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores: Elssy Bonilla Castro, Isabel Licha y José Molinas). BID, INTEC, INDES, STP, SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, R.D., p. 136.

<sup>137</sup> Esta problemática es profundamente abordada por José R. Molina (2002) en su estudio “Innovaciones en la política social: el papel del capital social”, que aparece en el libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores: Elssy Bonilla Castro, Isabel Licha y José Molinas). BID, INTEC, INDES, STP, SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, RJD., págs. 99-114,

<sup>138</sup> Molina, José R.: Estudio citado, p. 119.

*“La evaluación de la estrategia social y del cumplimiento de acciones se toma necesaria para medir el alcance y mejorar los procesos en el corto y mediano plazo. Es importante para fortalecer y ampliar los mecanismos de evaluación que operen durante el proceso de ejecución de las políticas, así como también cuando las mismas hayan sido implementadas. Los mecanismos de evaluación deben ser tanto internos como externos y deben aplicarse en el ámbito nacional, regional, municipal y local. De esta manera se permite mejorar los procesos de diseño, coordinación, control y operación de las acciones, en cada una de estas instancias”.*<sup>139</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Esa nueva política social tiene que explicitar los sectores claves de la economía, hacia los cuales estarían dirigidos los programas y proyectos que se vayan definiendo, a fin de definir políticas sectoriales apropiadas. Estos sectores podrían ser: educación, salud, vivienda, y previsión social, entre otros.

### **5.5 Política educativa**

La política educativa dominicana debe tomar en cuenta no sólo la oferta educativa (insumos materiales tales como tiza, borrador, pizarras, laboratorios, etc.; textos escolares; edificaciones de planteles escolares y otros), sino también la demanda educativa (sujeto directo del proceso educativo y su entorno familiar y comunitario).

Nos dice la CEPAL que en investigaciones realizadas por el Banco Mundial, ha encontrado que el clima educacional del hogar, es decir, los años de estudio de los adultos del hogar, es el factor de mayor incidencia para el avance educacional de los niños; la capacidad económica, o sea, la distribución del ingreso per cápita de los hogares, incide también en dicho avance, puesto que en los hogares muy pobres los niños se encuentran insuficientemente alimentados, lo que obstruye su formación educativa o simplemente los padres tempranamente los insertan en los mercados laborales. Igualmente influye la infraestructura física de las viviendas (hogares hacinados y no hacinados), así como hogares bajo el mando de la mujer sin cónyuge y hogares integrados por ambos cónyuges casados.

*“Será necesario adoptar medidas coordinadas que conciernan a los hogares, la comunidad local y las escuelas, para que los grupos más vulnerables puedan*

---

<sup>139</sup> Gabinete Social: Estudio citado, p. 122.



## Evolución de la política social dominicana

*aprovechar adecuadamente la oferta educativa. Para elevar la calidad y la equidad es preciso entonces abarcar también la demanda de educación (hogares y comunidades), como complemento ineludible de las políticas educacionales que se dirigen hacia la oferta. Se requiere movilizar a centros de padres, dirigentes comunitarios, trabajadores sociales, organismos no gubernamentales de fuerte arraigo comunitario, planificadores y ejecutores de programas de apoyo social y en general a todos aquellos organismos que puedan ayudar a mejorar las condiciones de uso (demanda) de la oferta educativa”.*<sup>140</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Otro flanco importante a tomar en consideración es la necesidad de darle continuidad al proceso educativo tanto en el nivel básico como en el secundario. Se está verificando un gran despilfarro de recursos cuando nuestros niños y jóvenes inician el proceso y no concluyen. Para que la pretensión de la continuidad sea una realidad se “(...) *requiere una educación pertinente y de calidad para prevenir la deserción escolar. Si la educación es pertinente, tanto los alumnos como las familias de bajos ingresos evalúan de manera distinta los costos de oportunidad que implica mantenerse en el sistema escolar. Si es de calidad, promueve mayores logros y motivaciones en los propios educandos, fomentando la permanencia en el sistema con rendimientos positivos*”.<sup>141</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Los desafíos que tiene por delante, se pueden sintetizar así:

El gran desafío de la equidad: proteger al ciudadano cuando predominan períodos económicos depresivos; y garantizar justicia en la distribución de los frutos emanados del esfuerzo productivo en circunstancias de prosperidad.

Las reformas modernizadoras de lo social, han de enfatizar más que en el procedimiento administrativo, en la lógica del resultado, tras la finalidad de elevar el bienestar de los ciudadanos dominicanos.

Fomentar y garantizar la universalidad de derechos y de políticas sociales, en el marco de una heterogeneidad de programas, bajo los preceptos de la descentralización y la participación.

---

<sup>140</sup> CEPAL: Obra citada, p. 193.

<sup>141</sup> CEPAL: Obra citada, p. 196.

Propender hacia un estado que tenga como estandartes la transparencia, la eficiencia, que rinda cuentas y preconice por instituciones flexibles y adecuadas. Los programas y proyectos que van a impactar los sectores citados, podrían tener tres vertientes esenciales: asistencia social, bienestar social y reducción de la pobreza. En el primar renglón serían beneficiados aquellos grupos sociales más vulnerables; en la segunda vertiente, los beneficios que se generarán no tendrán un blanco específico, más bien tendrán un impacto global en favor de toda la población; y la última vertiente, beneficiarían a familias tipificadas como pobres.

## **5.6 Política de salud**

Esta política debe tener como línea general: 1) crear un contexto en el que la eficiencia y la equidad, den lugar a aumentos en la cobertura y en la calidad de los servicios y a reducciones en las desigualdades existentes, para acceder a los servicios de salud, entre ricos y pobres; 2) no sólo combatir las enfermedades, sino prevenirlas; 3) aumentar el gasto en salud en unión a una gerencia social efectiva, con vista a propiciar la equidad y una fuerza laboral sana que coadyuve con el desarrollo económico social, 4) dada las imperfecciones del mercado de salud y la heterogeneidad en cuanto a poder adquisitivo se refiere de los agentes que allí concurren, el Estado dominicano está en el deber de mantener su papel de proveedor y regulador de los servicios de salud; y 5) usar de modo óptimo los recursos humanos, aplicar una gerencia social eficiente y eficaz, que ayuden a minimizar costes y lograr los objetivos y metas previamente establecidos en el campo de la salud.

## **5.7 Política de viviendas**

El desarrollo económico y social de la República Dominicana, es inconcebible al margen de que la población posea viviendas dotadas de los servicios necesarios y confortables de, la vida moderna.

La política de vivienda que proponemos debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Aumentar las soluciones habitacionales, especialmente para los familias más necesitadas, en una cuantía por lo menos similar al número de hogares nuevos que se vayan estructurando, para evitar el aumento del déficit habitacional.

Intensificar los programas de saneamiento habitacional en las comunidades rurales y en los barrios marginados de las ciudades, de manera que su acceso a viviendas

menos precarias sea una realidad.

Diseñar y aplicar instrumentos que faciliten el acceso al crédito para fines habitacionales, de los sectores de ingresos inferiores.

Combinar la inversión tanto pública como privada en un esfuerzo conjunto dirigido hacia las zonas rurales, de modo que éstas puedan tener acceso a soluciones habitacionales dotadas de cierta modernidad similar a la prevaleciente en las ciudades.

### **5.8 Articulación institucional**

Otro factor que debe ser incluido en el trazamiento de la estrategia de una nueva política social, es la necesidad de la articulación institucional estatal de lo social.

Históricamente las instituciones estatales vinculadas con el accionar social han operado de manera dispersa, provocando una acción ineficaz del gasto público social, como una réplica de lo que ocurre por doquier en suelo latinoamericano, que en palabras de Alejandro Medina Giopp: *“La organización del sector social está caracterizada por una alta fragmentación de tareas, numerosas capas jerárquicas y funciones departamentales aisladas, que demandan complicados procesos administrativos para integrarlas y que genera duplicidades y baja eficiencia dada la asignación ineficiente de recursos, por falta de coordinación entre diversas instituciones, programas o proyectos que atienden una misma problemática (...)”*.<sup>142</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Afortunadamente, en el caso dominicano, en el decenio de los noventa se fue conformando el marco legal de las instituciones del sector social, empezando por los sectores de la educación y de la salud y recientemente fue creado el Gabinete Social del superior gobierno. Estos pasos son de avances para superar la aludida dispersión.

### **5.9 Puntos esenciales de una política de empleos**

La política empleos, es el conjunto de medidas e instrumento que aplica el Estado, con el objeto de fomentar la creación de empleos y de este modo contrarrestar el flagelo del desempleo.

---

<sup>142</sup> Medina Giopp, Alejandro: Estudio citado, p. 160.

Esta política puede ser pasiva y también activa. La primera, se orienta a mantener el nivel de vida de los desempleados. La segunda, tiene por objeto facilitar la integración de los desempleados al mercado laboral.

### 5.9.1 Diagnóstico laboral

En América Latina, el crecimiento del empleo en el decenio de los noventa, por rama de actividad se caracterizó por un decrecimiento en la agricultura, silvicultura y pesca un crecimiento débil en la industria y por un empuje vigoroso en el sector servicio, sobre todo en los servicios financieros; e igualmente se percibe una contribución notable, a la creación de nuevos puestos de trabajo, por el citado sector servicio. Estos comportamientos vienen explicados, en cierta medida, por el hecho de que nuestras economías han emprendido un acelerado proceso de tercerización, que a su vez ha tenido su repercusión en los mercados laborales.

Este proceso ha sido el resultado de la reestructuración del capital a escala mundial, propia de la época postfordista, donde el financierismo prevalece sobre el productivismo, relegando a funciones accesorias los sectores económicos primario y secundario en lo que a generación de empleo se refiere.

La época del posfordismo ha traído consigo, no sólo la tercerización de las economías y mercados laborales, sino también la precarización del empleo, la profundización de la segregación ocupacional según género y la flexibilización y desregularización de la fuerza de trabajo; al mismo tiempo advertimos un notable incremento de la oferta de mano obra, que tuvo como impulsos primeros la masiva incorporación de la mujer al activismo productivo y la temprana inserción de miembros muy jóvenes de los hogares, al mundo del trabajo latinoamericano, acicateados por los trabajos mal pagados que obligan a que más y más miembros de las familias trabajen para no caer en el círculo infernal de la pobreza. En efecto. *“Las estrategias de sobrevivencia de los hogares de menos recursos hicieron que los jóvenes se incorporaran a los mercados de trabajo, por lo que la inserción temprana continuó siendo un tema de importancia para las políticas de empleo en América Latina”*.<sup>143</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

---

<sup>143</sup> Lizardo, Jeffrey, Tejada, Ramón y Reyes, Rolando (2002): “Escenarios para el sector empleo en la República Dominicana 2000-2010”. Ensayo que aparece en *Escenarios para una política de población y desarrollo para la República Dominicana 2000-2015*. CONAPOFA-UNFPA. Editora Dujarric Publicidad, Santo Domingo, R.D., p. 179.

Nuestros mercados de trabajo son muy cerrados, por lo que la inequidad en el empleo es una característica explícita de los mismos. Los jóvenes tienen poco acceso al trabajo, las zonas rurales son más afectadas que las urbanas por el desempleo y los mismos se puede afirmar del menor acceso de la mujer, con respecto al hombre, al mundo del trabajo. “(...) *En efecto, los hombres trabajadores tienden a tener mejor remuneración que las mujeres trabajadoras, aunque realicen labores similares. Además, los sectores de mayores niveles educativos y provenientes de familias de mayores ingresos tienden a tener acceso a los trabajos de mayor nivel de calidad, es decir, aquellos que tienen mayor estabilidad, que poseen contratos de trabajo y con seguridad social*”.<sup>144</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

Los mercados de trabajo latinoamericanos ha ido evolucionando hacia la flexibilización en la contratación de la mano de obra, lo “(...) *que ha debilitado a las organizaciones sindicales y las negociaciones de pactos colectivos, trayendo como consecuencia que los derechos laborales se hayan “flexibilizados”, dando mayor precariedad e inestabilidad al empleo*”.<sup>145</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros).

La República Dominicana no escapa a aquellas grandes coordenadas del mercado laboral latinoamericano. Los males citados se reproducen con inusitada fuerza en su mercado laboral. Un movimiento sindical prácticamente en extinción; endurecimiento del paro de la fuerza de trabajo; trabajos mal pagados, jornadas parciales de trabajo; crecimiento' más rápido de la oferta de trabajo que la demanda de trabajo; estancamiento de la tasa de ocupación de la economía en un porcentaje inferior al 48%; deterioro de la elasticidad producto-empleo en el decenio de los noventa comparada con la prevaeciente en los ochenta; los sectores rezagados de la economía pierden espacio en la absorción de mano de obra, mientras que los dinámicos absorben relativamente mayor cantidad de fuerza trabajo; la población ocupada en la zona urbana se ha ido expandiendo, no así en la zona rural; la informalidad laboral se extiende: 7 de cada 10 empleos que generó la economía, en el decenio de los noventa, correspondieron a empleos en el sector informal; bajo nivel educativo de la población ocupada: 6 de cada 10 personas ocupadas o no tenía educación o su nivel educativo no pasaba de primaria; y discriminación contra la mujer: el desempleo es aproximadamente tres

---

<sup>144</sup> Lizardo, Jeffrey, Tejada, Ramón y Reyes, Rolando: Estudio citado, págs. 183-184.

<sup>145</sup> Lizardo, Jeffrey, Tejada, Ramón y Reyes, Rolando: Estudio citado, p. 184.

veces mayor en las mujeres que en los hombres.<sup>146</sup>

### **5.9.2 Actores esenciales de la política de empleos**

Para definir la política de empleos en la República Dominicana, se amerita identificar cuáles son los actores privados y públicos principales que participan en el proceso, a fin de incorporarlos a la creación de empleos productivos con calidad.

Actores públicos: Secretaría de Estado de Educación (institución que rige las políticas educativas del país, desde el nivel primario al superior), Secretaría de Estado de Trabajo (la más alta autoridad pública en materia laboral), Secretaría de Estado de Industria y Comercio (institución encargada de impulsar los planes para elevar la competitividad y productividad del sector productivo nacional), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (institución que rige la política pública de salud, con una incidencia directa sobre la fuerza de trabajo); Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), (encabeza el sistema de formación para el trabajo productivo a nivel nacional); Consejo Nacional de la Seguridad Social (institución rectora del sistema dominicano de seguridad social); Instituto Dominicano de Seguridad Social (hasta hace poco la principal institución de seguridad social en la República Dominicana); Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), (principal institución de educación superior para la formación de recursos humanos); otras instituciones del sector público (Secretaría de Estado de Agricultura, Secretaría de Estado de Obras Públicas y Comunicaciones, Presidencia de la República, etc.), las cuales frecuentemente impactan el nivel de empleo dominicano, ejecutando programas y proyectos de corto plazo.

Actores privados: entidades empresariales; universidades privadas; Organizaciones No Gubernamentales.

Actores internacionales: organismos multilaterales de la ONU (estos con aportes de recursos financieros ayudan a estudiar y definir políticas adecuadas de empleo).<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Véase el citado estudio de Lizardo, Tejada y Reyes, págs. 187-200.

<sup>147</sup> Véase el citado estudio de Lizardo, Tejada y Reyes, págs. 206-209.

### 5.9.3 Pasos concretos

Fortalecimiento institucional de los mecanismos públicos relacionados con el empleo, que están relacionados con la Secretaría de Estado de Trabajo, al Secretaría de Estado de Educación, el INFOTEP y la UASD; con su fortalecimiento las posibilidades de definir y aplicar políticas de empleo que aprovechen las oportunidades que en el futuro brinden el progreso de la economía nacional e internacional.

Incremento de la inversión tanto pública como privada en la creación de capital humano, extendiendo y fortificando la educación a todos los niveles pero principalmente en los niveles básico, secundario y técnico-vocacional; y reorientar el nivel superior de modo que se sintonice cabalmente con el mundo del trabajo, superando el desfase actual.

Identificar cuáles son los sectores claves de la economía para la generación de empleo productivo, en interés de definir políticas que los vigoricen como garantía de una política de empleo exitosa.

Política de apoyo financiero, formación gerencial y tecnológica a las empresas medianas y pequeñas, de modo que tiendan a sobrevivir y desarrollarse en medio del vendaval globalizador, como fuente principal de empleo productivo.

*“Una coherente política de desarrollo rural que contemple la explotación de oportunidades fuera del entorno agrícola, como el turismo ecológico, las microempresas rurales, la protección ambiental, etc. El ataque frontal de la pobreza rural debe darse a través del fortalecimiento del principal activo de los pobres: el trabajo. Con el mejoramiento del nivel educativo y la capacitación en el área técnico vocacional no basta, se necesita crear un entorno favorable para la absorción de la fuerza de trabajo rural y ello va a depender de las interdependencias que se generen con la economía local e internacional”*.<sup>148</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

En cualquier nación democrática, como en las europeas, los gobiernos gastan casi el 3.5% del PIB en políticas que tienen por destino combatir el desempleo. En cambio, en las subdesarrolladas, como la dominicana, dicho indicador es casi imperceptible. Estas políticas resultan racionales en circunstancias en las que el desempleo no es amplio

---

<sup>148</sup> Lizardo, Jeffrey, Tejada, Ramón y Reyes, Rolando: Estudio citado, p. 218.

(desempleo friccional), pero cuando extensas capas de trabajadores van a parar al ejército de desocupados, las mismas se toman muy costosas e inútiles; por lo que Lluís Fina Sanglas, subraya que: “*En épocas de desempleo masivo, como el actual, todo eso cambia radicalmente. El número de afectados por el problema del desempleo y la duración de esta situación aumentan considerablemente, lo que hace que los mecanismos tradicionales de financiación de tipo contributivo se vuelvan insuficientes. Habría que elevar las cotizaciones, lo que afectaría negativamente al empleo o bien el Estado debe incrementar sus ayudas al sistema, a través de los presupuestos generales. Lógicamente, se plantea la cuestión de si existen otras formas de utilización de estos recursos que sean socialmente más eficientes*”.<sup>149</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Nuestra política de empleos debe descansar en una política activa de generación de empleos, sobre la base del uso de dos tipos de instrumentos: incentivos a la empresa privada, en forma de subvenciones ligadas a la creación de puestos de trabajo; y la creación directa de empleo por el Estado dominicano.

El primer instrumento, podría tener el inconveniente de que resulte muy costoso (alta subvención por puesto de trabajo creado), en virtud de la predominante tecnología intensiva en capital y ahorradora de mano de obra. El segundo, dimanaría directamente del Estado, tomando como fuente de financiamiento el presupuesto gubernamental, lo que aseguraría que los puestos de trabajo que surjan de allí podrían llevar a la consecución de productos y servicios socialmente útiles.

Nuestra propuesta de política de empleos no debe ir dirigida a fortalecer la estrategia neoliberal de reestructuración del capital en función de “*(...) desplazar riqueza hacia arriba eliminando o reduciendo las prestaciones, las protecciones, las normas relativas a salarios y a empleo y las organizaciones de las clases trabajadoras características del período de posguerra*”.<sup>150</sup> (Comillas, cursiva y el punto suspensivo son nuestros). Todo lo contrario, que generen oportunidades de ascenso social, que desplacen riquezas hacia abajo en la escala social, que creen o fortifiquen estados de bienestar y respeten los gremios y entidades obreras. Que sean empleos duraderos e igualmente el nexo empleador-empleado; no olvidemos que un “*elemento fundamental de la “reestructuración neoliberal” es la movilidad de capitales: de una región geográfica a otra, de un sector de la economía a*

---

<sup>149</sup> Fina Sanglas, Lluís (2001): *El reto del empleo*. McGraw Hill, España.

<sup>150</sup> Petras, James y Vieux, Steve (1997): “Neoliberalismo y vida cotidiana”. Cap. 4 del libro *Buen gobierno y política social* (Editores: Salvador Giner y Sebastián Sarasa). Editorial Ariel, Barcelona, p. 50.



*otro, de actividades con gran densidad de mano de obra a actividades con gran densidad de capital. El resultado es una relación cada vez más transitoria entre empleadores y empleados. La experiencia de los trabajadores en el empleo está en constante cambio. Sólo hay conexiones y vínculos temporales con los compañeros trabajadores, con los empleadores, con el trabajo circundante y con el ambiente vital. Así •pues, hay muchas relaciones, pero son superficiales. La transitoriedad pasa a ser una forma de vida en la que no hay compromisos profundos y poco fundamento para la solidaridad social. El resultado es la decadencia de los sistemas de ayuda, la atomización y una sensación en aumento de vulnerabilidad individual. Cuando el desastre golpea (despedidos), los efectos son aplastantes”.*<sup>151</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

También se podría observar la posibilidad de incorporar como parte de la política de empleo en la República Dominicana, la limitación de la oferta de trabajo, como se está haciendo en Europa, tales como “(…) *el aumento de la escolaridad y el fomento de las jubilaciones anticipadas, totales o parciales, o a repartir el empleo, como los programas de excedencias incentivadas para el cuidado de los hijos o de permisos de formación y la contratación a tiempo parcial entre otras medidas de reparto de trabajo (…)*”.<sup>152</sup> (Comillas, cursiva y puntos suspensivos son nuestros).

La propuesta de empleos de jornada parcial se hace a sabiendas de que sus resultados, podrían ser cuestionables. En Estados Unidos de Norteamérica, los consideran algunos investigadores como parte de la estrategia de los empleadores para reducir los costes laborales. “Por lo general, los trabajadores con jornada parcial cobran salarios inferiores a los de los empleados con jornada completa”, generalmente “*los trabajadores con jornada parcial están particularmente insatisfechos con la falta de seguridad en el empleo, el trato impersonal que reciben de los empleadores y la subutilización de sus aptitudes y conocimientos especializados*”, probablemente “*la consecuencia más inquietante del trabajo de jornada parcial sea la alta tasa de esposas e hijos maltratados en las familias en las que el marido trabaja con jornada parcial*”.<sup>153</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

Estos empleos de jornada parcial tienen parentesco con los empleos mal pagados que en la República Dominicana se cobijan en las tarifas de salarios mínimos (salarios de hambre) o por debajo de ellas, como suelen ocurrir especialmente en las pequeñas empresas y en las microempresas. Son empleos que están en el límite de la línea de la pobreza. “*La extensión del trabajo mal pagado no significa automáticamente un aumento del número de familias*

---

<sup>151</sup> *Ibíd.*, p. 51.

<sup>152</sup> *Ibíd.*, p. 42.

<sup>153</sup> Petras, James y Vieux, Steve, ensayo citado, págs. 53-55.

*por debajo de la línea de la pobreza. Los ingresos familiares de una familia con dos trabajadores que reciban salarios bajos pueden bastar para situar a la familia por encima de la línea de la pobreza. Lo que sí significa es la extensión de la penuria y la inseguridad económicas. Una enfermedad —pues la mayoría de esos trabajadores no están asegurados-, la pérdida de un empleo o la reducción de las horas de trabajo por el empleador puede hundir fácilmente a la familia en la pobreza”.*<sup>154</sup> (Comillas y cursiva son nuestras).

#### **5.9.4 Previsiones futuras**

Estas previsiones deben descansar en la estructuración de distintos escenarios que involucrarían variables ubicadas tanto en el plano interno como en el plano internacional, principalmente en el ámbito económico.

En el citado estudio de Jeffrey Lizardo, Ramón Tejada y Rolando Reyes, encontramos una cuantificación pormenorizada de las proyecciones de dos variables básicas del mercado de trabajo: población ocupada y población desocupada, las cuales van a depender esencialmente del comportamiento del PIB y éste de un conjunto de variables macroeconómicas como la evolución de la economía norteamericana y la Unión Europea, el precio internacional del petróleo, avance de los acuerdos de libre comercio en América, nivel de competitividad de la economía dominicana, nivel de escolaridad de la población económicamente activa, entre otros.

En el primer escenario totalmente optimista (evolución favorable al crecimiento y a la competitividad), se contempla una tasa promedio de crecimiento del PIB en 6% que se traduciría en un aumento vigoroso de la población ocupada, llegando al pleno empleo de la fuerza de trabajo al final del período de proyección. En el segundo escenario relativamente optimista (evolución externa favorable al crecimiento y desfavorable a la competitividad), se concibe un crecimiento promedio de 4.5% del PIB. Escenario en el cual la población ocupada crece notablemente y el desempleo va en continuo descenso en el período bajo proyección. En el tercer escenario pesimista (evolución externa favorable a la competitividad y desfavorable al crecimiento), se considera que el impacto negativo de la evolución externa bajaría la tasa de crecimiento promedio del PIB a 3.5% anual. En este escenario, obviamente se ha de manifestar un crecimiento de

---

<sup>154</sup> *Ibíd.*, págs. 56-57.

## Evolución de la política social dominicana

la población desempleada a lo largo del período bajo proyección. En el cuarto escenario totalmente pesimista (evolución externa desfavorable al crecimiento y a la competitividad), con un crecimiento promedio anual del PIB del orden, de 2%, conduciría a casi una duplicación de la población desocupada para el año 2010.<sup>155</sup>

---

<sup>155</sup> Véase el citado estudio de Lizardo, Tejada y Reyes, págs. 201-218.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

La política social dominicana, en el decenio de los noventa tuvo una evolución caracterizada por el rutinarismo, la improvisación y el clientelismo político; males que impidieron un ataque a fondo de la exclusión, la vulnerabilidad, la heterogeneidad social y la pobreza que aún tienen una presencia notable en la sociedad dominicana.

El gasto público en la República Dominicana, con respecto al PIB, estuvo aumentando a lo largo del decenio bajo estudio; pero todavía dista mucho del nivel cuantitativo recomendado, 25%. Esto a causa de serias deficiencias en la recaudación impositiva y por tanto de una presión tributaria endeble, trayendo como consecuencia que el radio de acción del Estado dominicano en su incidencia sobre la economía, no alcance las dimensiones requeridas.

El gasto público social corrió una suerte análoga a la del gasto público del gobierno central, su nivel durante el período en cuestión se situó en un 6% respecto al PIB cuando el promedio latinoamericano fue de 12.4%. Una de las causas de esta deficiencia hay que buscarla en el predominio de los modelos económicos capitalistas que ha padecido la nación dominicana, que históricamente han despreciado tal gasto, mientras se entregan a otras vertientes del quehacer gubernamental, en interés exclusivo de expandir el proceso de acumulación de capital.

El gasto público en educación mejoró de un modo apreciable en este período, motivado principalmente por el Pfan Decenal de Educación. El gasto real se multiplicó por 6 y su relación con el PIB marcó un porcentaje de 2.64%, dos veces superior al que ostentó en el 1990. Su clasificación económica, continuó arrastrando el lastre histórico de una escasa inversión en maquinarias y equipos para el desarrollo tecnológico del sector. Sin embargo, en lo que concierne a su distribución por institución, se vieron algunas señales de desconcentración y descentralización, cuando la Presidencia de la República, por primera vez comienza a disminuir su participación en el gasto educativo, cobrando mayor preeminencia la Secretaría de Estado de Educación.

El gasto público en el sector salud, como proporción del PIB, evidenció un claro estancamiento, no llegando a lo largo del decenio a un 2%; por lo que si bien los

indicadores de salud expresados en la tasa bruta de natalidad, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, reflejan un cierto progreso en dicho sector, cuando son comparados con los ostentados por otros países de la región, con un desarrollo económico similar, el país revela un rezago notable. De ahí que después de Haití, la República Dominicana presente la mayor mortalidad infantil de todas las Islas del Caribe y triplica al registrado en Costa Rica, Panamá y Uruguay.

En el gasto del gobierno central en vivienda, se reiteraron dos estilos distintos. El neotrujillismo ratificó sus afectos por la construcción de viviendas, llevando el gasto en dicho renglón en el 1995 a un pico de RD\$1,064.93 millones. El “Nuevo Camino” hace declinar este gasto de un modo significativo: en términos reales el monto del año 2000 apenas cubre un 44% del ostentado en el 1995. Mientras el gasto en viviendas, respecto al PIB, en el 1990 se acerca al 1%, en el 2000 cae a un 0.20%. Resultado: el déficit habitacional no cedió al finalizar el siglo veinte.

A pesar de la enorme importancia que posee el gasto en alcantarillado y aguas potables, y a pesar del rezago que muestra la República Dominicana en proveer a los hogares dominicanos del vital líquido, este gasto mostró una caída estrepitosa al concluir la década. Del 1990 al 1994 aumentó vigorosamente, para luego iniciar una caída que no se detiene hasta el 2000. Este comportamiento estuvo pautado por la debilidad de coordinación de los organismos relacionados con el agua, falta de regulación, debilidad en la planificación, inapropiado marco legal y deficiente aprovechamiento del capital social que puede proporcionar la comunidad.

El gasto gubernamental en asistencia social, creció enormemente en el decenio estudiado, incrementándose en casi 500%; en términos per cápita se multiplicó por 4.5 y su participación porcentual en el PIB se más que duplicó. Este ascenso tiene una doble explicación: primera, el número de personas menesterosas que clasifican para ser asistidas por el Estado se fue incrementando. En otras palabras el flagelo de la pobreza se mantuvo con mucha fuerza. Segunda, es un mecanismo políticamente rentable a través del cual los gobiernos hacen política clientelista.

El desmonte y transformación de las partidas gubernamentales claramente identificadas en el artículo 20 de la ley 87-01 de seguridad social, al cuantificar y proyectar los recursos financieros, sobre la base de datos históricos, usando métodos estadísticos apropiados, se pudo obtener resultados que provocan cierta esperanza, en virtud de que aun cuando fueron subestimadas parte de las fuentes comentadas y cuantificadas, el Estado estará en capacidad financiera de acometer su rol a favor del Seguro Familiar de Salud (SFS) y del Plan Básico de Salud

## Evolución de la política social dominicana

(PBS), siempre y cuando se cumpla con el artículo 20 de la ley. Por tanto, es conveniente que el Estado haga conciencia del cumplimiento de la ley, y que haga cumplir los contenidos de los párrafos II, III y IV del artículo 20, en los cuales se estipula claramente el grado de sanción que recaerá sobre los funcionarios públicos que incumplan con el citado artículo.

La política social puede ser de tres tipos: 1) políticas de compensación social, orientadas a favorecer los grupos sociales impactados, digamos por la sucesión de crisis económicas; 2) políticas de inversión en capital humano, que buscan cualificar a la población y ayudarla a insertarse en una actividad productiva cada vez más moderna; y 3) políticas de integración social, que procuran superar la marginalidad social. Es muy evidente que en la República Dominicana ha predominado la primera. La presencia de las segunda y tercera, ha sido mínima. La nueva política social dominicana tiene que constituirse en una síntesis de todas ellas.

En el mercado laboral dominicano, el movimiento sindical prácticamente se encuentra en extinción; endurecimiento del paro de la fuerza de trabajo; trabajos mal pagados, jornadas parciales de trabajo; crecimiento más rápido de la oferta de trabajo que la demanda de trabajo; estancamiento de la tasa de ocupación de la economía en un porcentaje inferior al 48%; deterioro de la elasticidad producto-empleo en el decenio de los noventa comparada con la prevaleciente en los ochenta; los sectores rezagados de la economía pierden espacio en la absorción de mano de obra, mientras que los dinámicos absorben relativamente mayor cantidad de fuerza de trabajo; la población ocupada en la zona urbana se ha ido expandiendo, no así en la zona rural; la informalidad laboral se extiende: 7 de cada 10 empleos que generó la economía, en el decenio de los noventa, correspondieron a empleos en el sector informal; bajo nivel educativo de la población ocupada; 6 de cada 10 personas ocupadas o no tenían educación o su nivel educativo no pasaba de primaria; y discriminación contra la mujer.

Nuestras propuestas de política de empleos no deben ir dirigidas a fortalecer la estrategia neoliberal de reestructuración del capital en función de desplazar riqueza hacia arriba eliminando o reduciendo las prestaciones, las protecciones, las normas relativas a salarios y a empleo y las organizaciones de las clases trabajadoras características del período de posguerra. Todo lo contrario, que generen oportunidades de ascenso social, que desplacen riquezas hacia abajo en la escala social, que creen o fortifiquen estados de bienestar y respeten los gremios y entidades obreras. Que sean empleos duraderos e igualmente el nexo empleador-empleado.

**Recomendaciones:**

Es menester la definición, discusión y aplicación de planes, programas y proyectos, en el marco del Gabinete Social del Gobierno Dominicano, para evitar el rutinarismo, la improvisación y el clientelismo político, a fin de viabilizar la consecución de los objetivos fundamentales que persigue la política social, que se concretizan en el combate a la pobreza, la exclusión, la vulnerabilidad y heterogeneidad, en el plano social, que afectan a la población dominicana.

Llevar a cabo una profunda y eficaz reforma tributaria, tal que permita colocar al Estado dominicano, como una meta impostergable, el logro de un gasto social respecto al PIB, de no menos 12% (promedio latinoamericano).

Generar un proceso de debate, ilustración y concientización de los actores claves que coexisten en el sistema educativo dominicano (profesores, padres de familia, organismos de la sociedad civil, Asociación Dominicana de Profesores (ADP) y la Secretaría de Estado de Educación), a fin de que pueda aplicar de manera exitosa el Plan Estratégico de Desarrollo de la Educación Dominicana (2003-2012).

Procurar la definición y aplicación de una agenda consensuada, entre los actores principales del sector salud, con el objetivo de asegurar el cumplimiento de la ley de salud y la ley de la seguridad social.

Garantizar que los actores claves que inciden directamente en la política de empleo, tales como la Secretaria de Estado de Trabajo, Secretaría de Estado de Educación, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), entre otros, actúen de común acuerdo, con el interés de formular políticas apropiadas que modernicen y fortalezcan el proceso de generación de empleos de calidad en la República Dominicana.

Focalizar proyectos y programas de viviendas de costos módicos hacia las zonas rurales del país, donde la pobreza ataca con mayor fuerza a la población, de modo que en esos dominios desvalidos, la política social genere un contexto de mayor equidad.



**BIBLIOGRAFÍA**

Abugattas, Luis (1994): “Impacto de los acuerdos de la Ronda Uruguay sobre la economía dominicana”. Santo Domingo, R.D.

Albuquerque, Rafael (1999): *El proyecto de ley básica de seguridad social* (en Gaceta laboral, publicación de la Secretaría de Estado de Trabajo, año I, 1999). Editora Lozano, C. POR A., Santo Domingo, R.D.

Ander-Egg, Ezequiel (1982): *Técnicas de investigación social*. Editorial Hvmantas. XIX edición, España.

Arriola, Joaquín (2001): “Globalización y sindicalismo”. Vol. 2. Por un nuevo sindicalismo. Documentos para el debate, España.

Báez Evertsz, Frank (1994): *Las migraciones internacionales en la República Dominicana*. Santo Domingo. R.D.

Bakaikoa Azurmendi, Baleren y otros (2001): “Temas de economía social”. Revista. Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., Madrid.

Banco Central de la República Dominicana (1990-2001):

Banco Central de la República Dominicana (1996): Cuentas nacionales de salud: año 1996. Santo Domingo, R.D.

Banco Central de la República Dominicana (2001): Cuentas de salud del sector público. Período 1996-1999. Santo Domingo, R.D.

Banco Central de la República Dominicana, ONAPLAN y otros (1997): Desarrollo industrial en la República Dominicana: en ruta al tercer milenio. Santo Domingo, R.D.

Banco Mundial (1998): *Informe sobre el desarrollo mundial 1997*. Washington.

Bastidas, América (1994): *Indicadores de pobreza*. Banco Interamericano de Desarrollo. Santo Domingo, R.D.

Beck, Ulrich (2000): *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Editorial Paidós, Barcelona.

Benítez. Gisela Quiterio (1995): “Los hogares en República Dominicana: cambios de las condiciones sociodemográficas y económicas 1981-1991”. ONAPLAN, Santo Domingo, R.D.

Bilbao Ubillos, Javier y Aláez Aller, Ricardo (2000): “Protección social y competitividad en la Unión Europea”. Ensayo. Universidad del País Vasco, España.

Bitrán. Ricardo y otros (2001): Escenarios macroeconómicos y fiscales para la reforma de la de la seguridad social en salud en la República Dominicana. Santo Domingo, R.D.

a. Boletín trimestral. Santo Domingo, R.D.

Bonilla-Castro, Elssy, Licha, Isabel y Molinas, José R.(2002): *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI*. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo, R.D.

Castells, Manuel y Hall, Peter (1994): *Tecnópolis del mundo*. Alianza Editorial, Madrid.

Castro, Germán, Capellán, Wendy y otros (2003): “Diagnóstico preliminar del mercado laboral y la cesantía dominicana”. Consejo Nacional de la Seguridad Social, Santo Domingo, R.D.

Ceara Hatton, Miguel y Croes Hernández, Edwin (1993): *El gasto público social de la República Dominicana en la década de los ochenta*. CIECA-UNICEF. Editora Cumbre. Santo Domingo, R.D.

CEPAL (1992): *Equidad y transformación productiva, un enfoque integrado*. Santiago de Chile.

CEPAL (1992): *Equidad y transformación productiva*. Santiago de Chile.

CEPAL (1997): *La brecha de la equidad*. Chile.

CEPAL (2000): Desarrollo económico y social en la República Dominicana: los últimos 20 años y perspectivas para el siglo XXI. México.

CEPAL (2001): *Una década de luces y sombras*. Alfaomega, Colombia.

CEPAL (2002): *Globalización y desarrollo*. Santiago de Chile.

CEPAL y CELADE (1993): *Población, equidad y transformación productiva*. Santiago de Chile.

CIRIEC-ESPAÑA (1997): *Cambios estructurales e interés general*. Edita CIRIEC- ESPAÑA.

CIRIEC-ESPAÑA (1997): *Inserción y nueva economía social*. Edita CIRIEC-ESPAÑA.

CIRIEC-ESPAÑA (1999): *Grupos empresariales de la economía social en España*. Edita CIRIEC-ESPAÑA.

CIRIEC-ESPAÑA (2000): *Economía social y empleo en la UE*. Edita CIRIEC-ESPAÑA.

CIRIEC-ESPAÑA (2001): *Economía social e Iberoamérica: La construcción de un espacio común*. Edita CIRIEC-ESPAÑA.

CIRIEC-ESPAÑA (2002): *Informe de síntesis sobre la economía social en España en el año 2000*. Edita CIRIEC-ESPAÑA.

Cohén, Daniel (2001): *Nuestros tiempos modernos*. TusQuets, Editores, España.

Collado, Faustino (1997): *Ventajas de la descentralización para el desarrollo*. Editora Tavárez. Santo Domingo, R.D.

Colón, Manuel (1995): “La agricultura dominicana en la perspectiva del año 2000”. Boletín evaluativo de la economía dominicana, en el año 1995. Escuela de Economía de la UASD, Santo Domingo, R.D.

Cominetti, Rossella (1994): “Gasto social y ajuste fiscal en América Latina”. CEPAL, Serie Reformas de Política Pública, 20. Chile.

Comisión Nacional de Salud (1997): “República Dominicana. Canasta de servicios básicos de salud”. Santo Domingo, R.D.

CONAPOFA (2000): “Escenarios para una política de población y desarrollo”. Santo Domingo, R.D.

CONAPOFA, SESPAS Y FNUAP (2001): *Bases para una política de población y desarrollo en la República Dominicana*. Editora Nuevo Diario, Santo Domingo, R.D.

CONEP (2003): *Agenda empresarial para el desarrollo*. Editora Corripio, Santo Domingo, R.D.

Dauhajre, Andrés y otros (1996): *El programa*. FEyD. Santo Domingo, R.D.

De la Rosa, Jesús (2001): “Política estatal de financiamiento a la educación superior”. Colección premios nacionales. Santo Domingo, R.D.

Drucker, Peter (1994): *La sociedad post capitalista*. Editorial Norma, Bogotá.

b. Encuesta nacional de gastos e ingresos de los hogares. Santo Domingo, R.D.

Fina Sanglas, Lluís (2001): *El reto del empleo*. McGraw Hill, España.

García Delgado, José Luis; y Myro, Rafael y Martínez Serrano, J. A.: *Lecciones de Economía Española*. Editores Quinta edición, CIVITAS, España.

García Laguardia, Jorge Mario (1978): *Guía de técnicas de investigación*. Editorial Casagrande, México.

c. Informes del desempleo de la economía dominicana.

d. Memorias anuales.

e.

f. Mercado de trabajo 2000. Santo Domingo, R.D.

g.

Navarro, Vicenc (2000): *Globalización económica, poder político y estado de bienestar*. Editorial Ariel, Barcelona.

Navarro, Vicenc (2000): *Neoliberalismo y Estado del bienestar*. Tercera edición. Editorial Ariel, Barcelona.

Oficina Nacional de Estadística (1992): “La educación en la República Dominicana”. Santo Domingo, R.D.

Oficina Nacional de Estadística (1993): “Censo nacional de población y vivienda”. Santo Domingo, R.D.

## Evolución de la política social dominicana

Oficina Nacional de Planificación (2000): “Estructura económica, funcional y geográfica del gasto público social en la República Dominicana”. Santo Domingo, R.D.

Oficina Nacional de Planificación (2002): “Estrategia nacional de reducción de la pobreza en la República Dominicana”. Santo Domingo, R.D.

ONAPLAN (1991): “Ajuste con rostro humano”. Boletín Informe de Población, No. 4, Santo Domingo, R.D.

ONAPRES (1990-2000): “Ejecución presupuestaria. Volúmenes 1990-2000”. Santo Domingo, R.D.

Petras, James y Vieux, Steve (1997): “Neoliberalismo y vida cotidiana”. Libro *Buen gobierno y política social*. (Editores: Salvador Giner y Sebastián Sarasa). Editorial Ariel. Barcelona.

Pineda Suárez, Carlos Julio (1999): *Las empresas de la economía solidaria en Iberoamérica*. McGraw Hill, Colombia.

PNUD (1999): *Informe sobre desarrollo humano 1999*. Washington, EE.UU.

PNUD (1999): *La República Dominicana, 1998*. Santo Domingo, R.D.

PNUD (2000): *Desarrollo humano en la República Dominicana 2000*. Santo Domingo, R.D.

PNUD (2001): *Informe sobre el desarrollo humano 2001*. Washington.

PNUD (2002): *Informe sobre el desarrollo humano 2002*. Washington.

PROFAMILIA, ONAPLAN y otras (1991): “Encuesta demográfica y de salud 1991”. Santo Domingo, R.D.

Rey de Maruland, Nobra (2002): “Situación y problemática del gasto social en América Latina”. Libro: *Desafíos de la gerencia social en el siglo XXI* (Editores:

Elssy Bonilla Castro; Isabel Licha y José Molinas). BID.INTEC, INDES, STP,

SEE SESPAS y CERSS. Editora Amigo del Hogar, Santo Domingo. R.D.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (1997): “Conflicto, gobernabilidad y política social”. Ensayo que aparece en el libro: *Buen gobierno y política social*, cuyos editores son Salvador Giner y Sebastián Sarasa. Editorial Ariel, Barcelona.

Rosales V. Osvaldo (1996): “Política económica, instituciones y desarrollo productivo en América latina”. Revista de la GEPAL, No. 59.

Rossella Cominetti (1994): “Gasto social y ajuste en América Latina”. Serie Reformas de Política Pública. No. 20. CEPAL, Santiago de Chile.

Sampieri, Collado y Lucio (2000): *Metodología de la investigación*. McGraw Hill. México.

Sánchez Hernández, Antonio (1999): *Ensayo sobre modernidad y desarrollo en República Dominicana*. Editora de la UASD, Santo Domingo, R.D.

Sanglas, Lluís Fina (2001): *El reto del empleo*. McGraw Hill, España.

Santana, Isidoro y Rathe, Magdalena (1993): *Reforma social*. Ediciones de la Fundación Siglo 21. Editora Alfa & Omega, Santo Domingo, R.D.

Santos Hernández, Roberto (2001): *La educación desde el antiguo oriente al plan decenal en República Dominicana*. 2da. Edición. Imprenta Primo, Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Agricultura (1998): “Plan nacional de alimentación y nutrición 1998-2005”. Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Educación (2003): “Plan estratégico de desarrollo de la educación dominicana (2003-2012)”. Tomo I, Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (1999): “Estadísticas laborales. Boletín No. 1”. Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (2000): “Estadísticas laborales. Boletín No. 2”. Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (2000): *La República Dominicana ante la OIT*.

## Evolución de la política social dominicana

Editora Lozano, Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (2001): “Código de trabajo y normas complementarias”. Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (2001): *Sistema dominicano de seguridad social. Ley 87- 01*. Editora Centenario. Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (2002): “Estadísticas laborales. Boletín No. 6”. Santo Domingo, R.D.

Secretaría de Estado de Trabajo (2002): *Tarifas de salarios mínimos nacionales*. Editora Lozano, Santo Domingo, R.D.

Sen, Amartya (1998): *Bienestar, justicia y mercado*. Ediciones Paidós, España.

Sen, Amartya (2000): *Desarrollo y libertad*. Editorial Planeta, España.

SISALRIL (2002): “Propuesta del catálogo de prestaciones del PBS”. Santo Domingo, R.D.

Veltz, Pierre (1999): *Mundialización, ciudades y territorios*. Editorial Ariel, Barcelona.