

# REPÚBLICA DOMINICANA



1 Puerto Plata

2 Monte Cristi

3 Espaillat

4 Valverde

5 María Trinidad  
Sánchez

6 Dajabón

7 Salcedo

8 Santiago

Rodríguez

9 Santiago

10 Samaná

11 Duarte

12 Sánchez Ramírez

13 La Vega

14 Monseñor Nouel

15 San Juan

16 Monte Plata

17 El Seibo

18 Hato Mayor

19 Elías Piña



Haití

**Santo  
Domingo**

20 San José de Ocoa

21 Azua

22 Santo Domingo

23 La Altagracia

24 La Romana

25 Baoruco

26 San Cristóbal

27 San Pedro  
de Macorís

28 Distrito Nacional

29 Peravia

30 Independencia

31 Barahona

32 Pedernales

0 50 100 km

**L**a República Dominicana ocupa dos tercios de la isla de La Española y está situada entre el mar Caribe y el Océano Atlántico. Tiene una superficie territorial de 48.442 km<sup>2</sup>, una población estimada de 8,9 millones de habitantes (1) y una densidad poblacional de 176,8 habitantes por km<sup>2</sup>. El país está compuesto de 31 provincias y el Distrito Nacional.

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes sociales, políticos y económicos

El crecimiento económico de los años noventa, por el incremento de las zonas francas y el turismo, tuvo poco impacto en términos de inversión social y desarrollo humano (2), ya que la pobreza en el área urbana se incrementó de 47,9% en 1992 a 66,5% en 1999 (3) y la inversión pública en educación, salud y asistencia social se mantuvo en 5% del producto interno bruto (PIB) (2).

El país tiene niveles altos de inequidad en la distribución del ingreso. En 2002, el 20% más rico recibía 53% del ingreso bruto y el 40% más pobre recibía solo 14% (4). El fraude bancario de 2003 produjo pérdidas de 20% del PIB, un déficit fiscal y una inflación de 42,7%. Como consecuencia, el país enfrentó una crisis económica y social que afectó las zonas francas, el turismo y la construcción, y se registró un PIB de -0,4%. Entre 2002 y 2005, el PIB aumentó de US\$ 21.714,6 millones a US\$ 29.333,2 millones. En 2003, el gasto público social fue de 6,8% del PIB y en 2002-2004, el gasto público en salud fue de 1,9%, 1,7% y 1,2%, respectivamente. Se estimó que en 2006 sería de 1,9% (2, 5). En el año 2000, 54% de la población vivía en la pobreza y 28% en pobreza extrema. En 2003, estos porcentajes aumentaron a 62% y 33%, respectivamente (6).

En mayo de 2004 se celebraron elecciones presidenciales y en enero de 2005 se firmó un nuevo acuerdo con el Fondo Monetario Internacional que, junto con otras medidas de política monetaria, contribuyó a superar la crisis económica y al crecimiento del PIB. La economía se vio afectada por los altos costos, la deficiencia en la provisión de energía eléctrica y los altos precios del petróleo.

La República Dominicana es uno de los siete países piloto del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. La Comisión Presidencial sobre los Objetivos del Milenio y el Desarrollo Sostenible identificó las intervenciones necesarias y el costo estimado para alcanzar las metas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El ejercicio constituye la base para los planes nacionales y provinciales, la movilización, la reorientación y la racionalización de recursos.

Entre 2003 y 2004, el desempleo se incrementó de 17% de la población económicamente activa (PEA) a 18,4% de la PEA, y en 2005 disminuyó a 17,9% (7). En este último año, el salario promedio de la mujer era 30% inferior al del hombre y en algunos casos hasta 41% inferior, especialmente en los sectores de zonas francas y turismo (7), aunque el nivel de educación de la mujer fuera superior (8). El PIB aumentó 9,3%, aunque la generación de empleo fue baja, de calidad deficiente, sin protección social y con salarios reducidos (5).

Entre 1996 y 2002, la proporción de personas sin educación básica se redujo de 20% a 10% y la de personas con educación secundaria o universitaria aumentó de 25% a 30%. El analfabetismo en la población de 10 años o más se redujo de 15% a 13%, siendo menor en las mujeres (12%) que en los hombres (13%) y mayor en el área rural (19%) que en la urbana (9,5%). El 50% de los niños que ingresan al primer grado completan solo cuatro años de educación primaria, 22% completan ocho años y 10% terminan la enseñanza secundaria (2); el embarazo en las adolescentes es un factor que contribuye a la deserción escolar. El 19% de las adolescentes ha tenido hijos y 23% ha estado embarazada alguna vez (8).

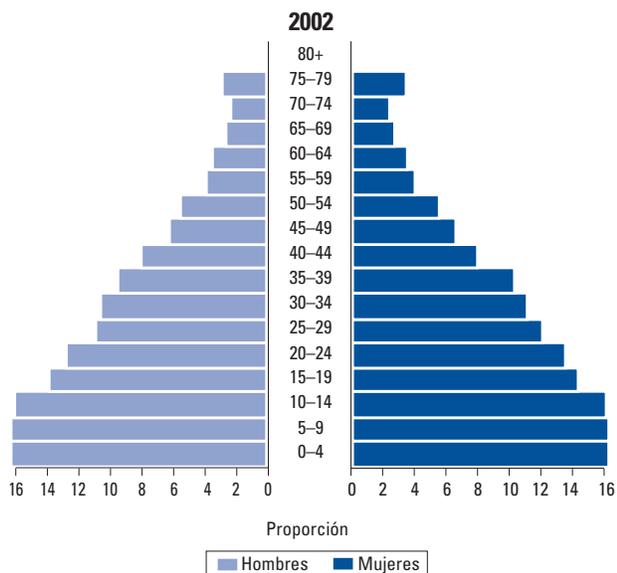
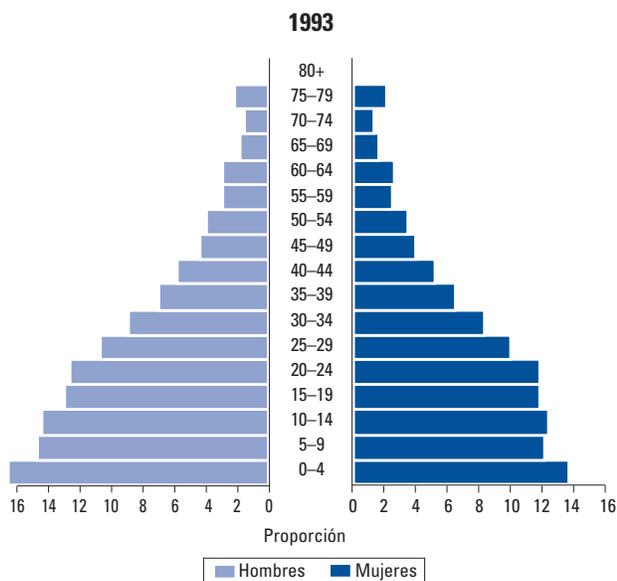
La proporción de la población con un consumo alimentario diario de  $\leq 1.900$  kcal (subalimentación) disminuyó de 27% entre 1990 y 1992 a 25% entre 1999 y 2001. De mantenerse esta tendencia, se podrá cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que se refiere a reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

Entre 2002 y 2005, el número de turistas aumentó de 2.308.869 a 3.088.247. En 2005 se creó la Comisión Nacional de Salud y Turismo, que elaboró el plan nacional para que el país se mantenga como un destino turístico saludable.

### Demografía, mortalidad y morbilidad

El país está en una etapa de transición demográfica. Entre 1993 y 2002, la disminución de la mortalidad, la natalidad y la fecundidad produjo cambios en la estructura por edad de la población, a lo que contribuyó el crecimiento de la población urbana (de 35% a 63,6%) (Figura 1).

**FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, República Dominicana, 1993 y 2002.**



La tasa de crecimiento anual en 2005 fue de 1,8%. Entre los años 2000 y 2005, la tasa global de fecundidad se redujo de 2,8 hijos por mujer a 2,7; la tasa bruta de natalidad pasó de 24,5 por 1.000 habitantes a 23,3 por 1.000; la tasa bruta de mortalidad varió de 5,9 por 1.000 habitantes a 5,7, y la esperanza de vida al nacer se incrementó de 68,6 años (70,8 en las mujeres y 66,5 en los hombres) a 70 años (72,4 en las mujeres y 67,8 en los hombres) (9).

**CUADRO 1. Tasas estimadas de mortalidad materna y general y por grupos de edad seleccionados, República Dominicana, 1992–2005.**

	Año o período	Tasa
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	1992–2002	178 <sup>a,b</sup>
	2005	120 <sup>c</sup>
Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	2002	31 <sup>b</sup>
	2005	32 <sup>c</sup>
Mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	1997–2002	22 <sup>a,b</sup>
Mortalidad postnatal (por 1.000 nacidos vivos)	1997–2002	10 <sup>a,b</sup>
Mortalidad de niños menores de 5 años	1997–2002	38 <sup>a,b</sup>
Mortalidad general (por 1.000 habitantes)	1995–2000	5,9 <sup>a,d</sup>
	2000–2005	5,7 <sup>a,d</sup>

<sup>a</sup>Promedio para el período.

<sup>b</sup>Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud (ENDESA), 2002.

<sup>c</sup>Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), 2005.

<sup>d</sup>Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), 1999.

La emigración mantuvo un ritmo creciente durante 1992–2002. Se estima que entre 1 y 1,5 millones de dominicanos residen en el exterior y que en el país hay 1,2 millones de extranjeros. Existe una tendencia a la feminización de las emigraciones, predominantemente urbana (2).

En el cuadro 1 se muestran los indicadores seleccionados sobre mortalidad. Se estimó un subregistro de 52,5% en el año 2000 y de 50,0% en 2005. El subregistro y las deficiencias en el llenado del certificado de defunción afectan la calidad de los datos.

Las enfermedades del sistema circulatorio se mantienen como primera causa de muerte en ambos sexos. Las causas externas se mantienen como segunda causa de muerte en los hombres, con un incremento proporcional. La mortalidad por neoplasias malignas tuvo un incremento proporcional en ambos sexos. En 2002, las causas externas y las enfermedades transmisibles tuvieron la mayor incidencia en la mortalidad prematura (Cuadro 2). La proporción más alta de años potenciales de vida perdidos en la población de menos de 70 años correspondió a las causas externas (24%).

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

### Salud de los niños menores de 5 años

La mortalidad infantil muestra una tendencia a la reducción, debido a un menor número de muertes postneonatales. La tendencia de la mortalidad neonatal se mantuvo estable, lo cual se relaciona con la deficiente calidad de la atención en el parto y el período perinatal. La tendencia de la mortalidad en niños menores de 5 años es a la reducción.

**CUADRO 2. Mortalidad por grandes grupos de causas y porcentaje del total de defunciones por causa según sexo, República Dominicana, 1990 y 2002.**

Hombres		Mujeres	
1990	2002	1990	2002
Enfermedades del sistema circulatorio (27%)	Enfermedades del sistema circulatorio (29%)	Enfermedades del sistema circulatorio (33%)	Enfermedades del sistema circulatorio (35%)
Causas externas (17%)	Causas externas (21%)	Enfermedades transmisibles (17%)	Neoplasias malignas (16%)
Enfermedades transmisibles (16%)	Neoplasias malignas (14%)	Neoplasias malignas (11%)	Enfermedades transmisibles (12%)
Neoplasias malignas (9%)	Enfermedades transmisibles (11%)	Causas externas (6%)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8%)
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (5%)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (7%)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (5,5%)	Causas externas (7%)
Otras enfermedades (25%)	Otras enfermedades (18%)	Otras enfermedades (28%)	Otras enfermedades (23%)

En 2002, la mortalidad infantil registrada representó 9,9% de todas las muertes. En los menores de 1 año, el riesgo de morir se redujo de 45 por 1.000 nacidos vivos en el período 1987–1992 a 38 por 1.000 en 1992–1997 y a 31 por 1.000 en 1997–2002. En 2002, la tasa de mortalidad neonatal se estimó en 22 por 1.000 nacidos vivos. En 2005, las principales causas de muerte neonatal fueron la sepsis del recién nacido, el síndrome de dificultad respiratoria y la prematuridad, y las principales causas de muerte postneonatal fueron la septicemia, la diarrea y gastroenteritis y la neumonía.

La mortalidad en los niños de 1 a 4 años de edad fue de 1,6% en 2002 y el riesgo a morir se redujo de 14 por 1.000 en 1987–1992 a 11 por 1.000 en 1992–1997 y a 7 por 1.000 en 1997–2002.

La lactancia materna es cada vez menos común. Cerca de 3,8% de los niños de 4 a 5 meses reciben lactancia materna exclusiva (8) y 46% de los recién nacidos reciben otro alimento antes de ser amamantados.

### Salud de los niños (5–14 años)

En el período 1990–2002, la mortalidad en el grupo de 5 a 14 años mantuvo una tendencia descendente y entre 1986 y 2002 la mortalidad proporcional bajó de 2,8 a 1,6.

Entre 1993 y 2002, el retardo del crecimiento lineal en escolares de 6 a 9 años se redujo de 19% a 8%, y fue mayor en el área rural (11%) que en la urbana (8%). No hay datos actualizados sobre deficiencias de micronutrientes. La prevalencia de bocio en escolares fue de 5,3%, y de acuerdo con la excreción urinaria

de yodo, 74% de la población en edad escolar (6 a 9 años) estaba en riesgo. En 2002, la excreción urinaria de yodo descendió a 34,3%. En su última evaluación (1997), el Programa de Salud Bucal notificó un índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) de 5,0 (10).

En 2002, 18% de los niños y adolescentes de entre 5 y 17 años de edad trabajaban (27% hombres y 9% mujeres) y la proporción era más alta en las áreas rurales (20%) que en las urbanas (17%). El 90% inició su vida laboral antes de los 15 años y la principal rama de actividad económica fue la de servicios (11).

### Salud de los adolescentes (15–19 años)

En 2002, la proporción de embarazos en adolescentes (15–19 años) era de 23% (28% en la zona rural y 21% en la urbana). El 64% de las adolescentes embarazadas no tenían ningún nivel de educación. Una de cada cinco mujeres que fallecieron por causas relacionadas con el embarazo o la maternidad era adolescente, y el riesgo obstétrico entre las adolescentes de 15 a 19 años era mucho mayor que en las mujeres de 20 a 34 años. En 2002, la tasa de fecundidad en adolescentes en la zona urbana era de 104 por 1.000 mujeres y de 145 por 1.000 en la zona rural. El 43% de los embarazos no eran deseados (8).

En 2004, aproximadamente 25% de los alumnos de las escuelas del país entre las edades de 13 y 15 años habían consumido tabaco alguna vez (24,4 %). La prevalencia de uso (consumo en los últimos 30 días) era de 18%, y mayor en los hombres (21,5%) que en

las mujeres (14,2%). Menos de 10% de los jóvenes consumen tabaco en forma de cigarrillos y 12,3% utilizan otras formas de consumo (tabaco para masticar, aspirar, puros, cigarros y pipa) (12).

### Salud de los adultos (15–49 años)

La mortalidad absoluta y proporcional en este grupo disminuyó. En 2002, las causas externas ocuparon el primer lugar (44,2%), seguidas de las enfermedades transmisibles (21,6%), debido principalmente al sida y la tuberculosis.

En las mujeres de 15 a 49 años, el sida fue la primera causa diagnosticada y representó 18,3% de las defunciones; los accidentes de tránsito ocuparon el segundo lugar y los eventos de intención no determinada, el tercero. En los hombres de 15 a 49 años de edad, el mayor número de muertes registradas fue por accidentes de tránsito y por eventos de intención no determinada. El sida ocupó el tercer lugar.

En 2002, la tasa global de fecundidad fue de 3,0 hijos por mujer (2,8 en la zona urbana y 3,3 en la zona rural). Entre 22% y 25% de las mujeres de los distintos grupos de edad tuvieron su primer hijo antes de los 18 años y entre 40% y 45% antes de los 20 años; el 75% había tenido al menos un parto a los 25 años (8). En 2002, 70% de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo.

La mortalidad materna no registró cambios, lo que se relaciona con la calidad de la atención médica. Entre las principales causas de mortalidad materna registrada están la toxemia, las hemorragias y los abortos.

### Salud de los adultos mayores (60 años y más)

La población mayor de 60 años está en aumento y representa 6,1% de la población total del país (13). Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte, seguidas por las neoplasias malignas, las enfermedades transmisibles y las causas externas. Entre 70% y 80% de los adultos mayores viven en el área urbana y menos de 10% viven solos.

### Salud de los trabajadores

Los accidentes de trabajo se incrementaron de 3.313 en 2004 a 3.717 en 2005 (54% en el Distrito Nacional, 23% en Santo Domingo Oeste y 3% en La Romana). El 6,3% de los accidentes ocurrió en actividades de servicios, 21,7% en actividades de manufactura, 17,5% en la industria, 13,1% en el comercio y 11,2% en la construcción. El 79,4% de los accidentes ocurrieron en el centro de trabajo y 20,6% en el trayecto, por accidentes de tránsito.

### Salud de las personas con discapacidad

En 2002, 4,2% de la población tenía alguna discapacidad, 51% de los discapacitados eran hombres y 60,5% se concentra-

ban en la zona urbana. Las discapacidades más frecuentes fueron las limitaciones motoras (24%), la ceguera (14%) y el retardo mental (12%) (14).

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** afecta principalmente a las poblaciones rurales y suburbanas de las provincias clasificadas de alto riesgo de transmisión. La especie parasitaria autóctona es *Plasmodium falciparum* sensible a la cloroquina. Los brotes se asocian con migración interna y externa de trabajadores temporales vinculados con la agricultura y la construcción, con los fenómenos naturales que provocan altas precipitaciones, principalmente huracanes, y con la limitada capacidad de respuesta en el nivel local. Entre 2000 y 2004, el promedio anual de casos era de 1.490 y en 2004 aumentó a 2.354 (tasa de incidencia de 27,5 por 100.000 habitantes). En 2005 se registraron 3.837 casos (64% en los hombres) y el grupo de edad más afectado fue el de 10 a 49 años (73,8% de los casos); el 75% de los casos se registró en la zona rural.

El **dengue** es endémico. Entre 1997 y 2004 hubo circulación de los cuatro serotipos. En 2003 se registraron 6.268 casos probables (casi el doble que en 2002), 2.478 en 2004 y 2.949 en 2005. Esta última cifra representó una incidencia de 29 por 100.000 habitantes. En los casos probables, la seropositividad al virus del dengue fue de 45%. El 82% fue registrado como dengue hemorrágico, el cual ocasionó 18 defunciones y una letalidad de 21,9%. No hubo aislamiento viral en 2005.

#### Enfermedades inmunoprevenibles

En el período 1998–2001 hubo un brote de **sarampión** que obligó a desarrollar una serie de actividades de control; desde 2002 no se notifican casos de sarampión.

En octubre de 2000 se detectó un brote de **poliomielitis** causado por virus 1 derivado de la vacuna antipoliomielítica oral (14 casos) que afectó predominantemente la parte central del país. La posible causa de esta derivación vacunal fue la circulación del virus vacunal en poblaciones con bajas coberturas o a partir de algún paciente inmunodeprimido.

Desde 2002 no se presentan casos de poliomielitis. En 2001 se introdujo la vacuna pentavalente y en 2004 la triple viral (SRP), con lo que se da cobertura a las 10 enfermedades prevenibles por vacunación más importantes.

Las jornadas de vacunación realizadas en 2005 contra la **tuberculosis**, la **hepatitis b** y la **poliomielitis** alcanzaron coberturas de 100%, 92,5% y 85,8%, respectivamente.

La incidencia de infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* (Hib) se redujo después de la introducción de la vacuna pentavalente. Se han registrado casos de **tuberculosis menín-**

gea, **tétanos neonatal**, **tos ferina** y **difteria** en la población infantil, y de **tétanos** en adultos. Durante 2004–2005 se presentó un importante brote de **difteria** en menores de 15 años. En 2004 se registraron 7 casos de **rubéola** en el país.

### Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades diarreicas son un importante problema de salud pública, principalmente en los menores de 5 años; cada año se registran entre 2.000 y 5.000 casos por semana. En 2002, según las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud (ENDESA), la proporción de menores de 5 años que habían tenido diarreas dos semanas antes de la encuesta era de 14% y la mayor afectación se observó en los niños de entre seis y 23 meses de edad (24%) y en los menores de seis meses (12,7%). En el período 1997–2002, la mortalidad registrada por esta causa en menores de 5 años disminuyó (de 58 por 1.000 nacidos vivos a 38).

### Enfermedades crónicas transmisibles

La **tuberculosis** es un problema prioritario de salud pública. La tasa estimada de incidencia está entre las más altas de la Región, con cerca de 85 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (7.000 casos nuevos cada año), de los cuales 3.500 son casos pulmonares confirmados con baciloscopia positiva (BK+) (15). Algunos casos presentaron resistencia a las drogas antituberculosas de primera línea. La tasa de incidencia varió de 57 por 100.000 habitantes a 54 por 100.000 entre 2003 y 2004, y aumentó a 58,4 por 100.000 en 2005. La tasa de curación aumentó de 46% en 2000 a 85% en 2005 por el incremento del tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS). La tuberculosis es la primera enfermedad oportunista en personas con VIH (cerca de 12,2%) y en 2005, 8,6% de los casos de tuberculosis eran positivos al VIH.

La **lepra** se mantiene por debajo de un caso por 10.000 habitantes. En el período 2002–2004, la incidencia anual fue de 0,2 por 10.000 habitantes y en 2005, de 0,17 por 10.000, pero aún existen 13 municipios con tasas por encima de 1 por 10.000. Entre los municipios que presentaron las mayores tasas están Yuma, Bayaguana, Barahona y Oviedo. Entre 2002 y 2004 se registraron 30 casos en Santo Domingo, 13 en el Distrito Nacional, 15 en San Pedro de Macorís, 12 en Barahona y 10 en Monte Plata (13).

### Infecciones respiratorias agudas

En 2005, las infecciones respiratorias agudas fueron el motivo principal de consulta externa en la población general y en 2001–2002 estaban entre las primeras cinco causas de muerte. Cada año se notifican entre 6.000 y 10.000 casos por semana. En 2002, las infecciones respiratorias agudas representaron 80% de la morbilidad de la población. En los niños de 1 a 4 años, las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de morbilidad y de atención médica en los establecimientos de salud. Según la ENDESA 2002, 19,6% de los menores de 5 años tuvo tos acompañada de respiración agitada en las dos semanas anteriores a la encuesta. La proporción de niños que recibieron asistencia mé-

dica fue de 61% y este número fue menor a medida que aumentaba la edad del niño y el nivel de educación de la madre.

El promedio anual de casos probables registrados por **enfermedades meningocócicas** en 1995–2002 fue de 132 y la tasa de incidencia varió de 0,5 a 2,9 casos por 100.000 habitantes. Durante 2002–2004 se mantuvo una disminución en el número de casos notificados (55% de los esperados). Durante 2005 se notificaron 39 casos probables.

### VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

El **VIH/sida** es una de las primeras causas de muerte en la población de entre 15 y 49 años. Se estima que hay 88.000 personas con VIH, incluidos adultos y niños. La transmisión de la infección está relacionada con el turismo, las zonas francas, el alto flujo migratorio, los establecimientos portuarios y las condiciones de pobreza. La principal forma de transmisión es la heterosexual. En el grupo de 15 a 29 años de edad, la seroprevalencia es más alta en las mujeres que en los hombres. Según datos de la ENDESA 2002, más de 50% de las mujeres no perciben el riesgo de contraer la infección y 9% de las mujeres sexualmente activas padecieron alguna infección de transmisión sexual en 2001. En 2002, la prevalencia de VIH fue de 1% (1,1% para los hombres y 0,9% para las mujeres) y en los bateyes (las zonas más pobres del país), fue de 5% (4,7% para los hombres y 5,2% para las mujeres). En 2003 se estimó que 23.000 mujeres de entre 15 y 49 años de edad eran VIH-positivas (16). En las embarazadas, la prevalencia fue de 1,4% en 2004 y 2,3% en 2005.

En 2004, la **hepatitis B** tuvo una seroprevalencia de 1,5% y la **sífilis** de 1%. La prevalencia fue mayor en el grupo de 15 a 29 años de edad, en la población de la zona rural y en las mujeres con educación de quinto a octavo grado.

### Zoonosis

En 2005 se registraron 707 casos de **leptospirosis**; de ellos, se les tomó la muestra a 588 y 50 fueron confirmados por laboratorio. Las provincias que notificaron mayor número de casos probables fueron Santiago (42%), Distrito Nacional (14%), Espaillat (13,3%), Puerto Plata (6,8%) y Santo Domingo (4,4%). El serotipo *L. pomona* fue el más frecuente y afectó principalmente a los hombres entre los 20 y 39 años de edad que trabajaban en la agricultura. Hubo 21 defunciones en las provincias de Puerto Plata y Santiago Rodríguez.

Entre 2002 y 2004 se registraron cuatro casos de **rabia humana** y se estima que uno de ellos se produjo por el murciélago insectívoro (no existe el hematófago). El país se ha mantenido sin rabia humana desde 2005. Los casos en animales ocurrieron en las zonas de Dajabón, frontera con Haití, y en la zona del este del país, principalmente San Pedro de Macorís, donde abundan las poblaciones silvestres de mangostas, que constituyen la segunda población animal en importancia después del perro. El país está libre de **influenza aviar**, **fiebre aftosa**, **encefalopatía espongi-forme bovina**, **ántrax (carbunco)** y **fiebre porcina africana**.

En noviembre de 2002, 152 muestras de sangre de aves vivas migratorias y residentes de los parques nacionales Los Haitises (61) y de Bahoruco (91) fueron estudiadas en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. De estas, nueve fueron positivas a **flavivirus** y en dos de ellas, provenientes de Los Haitises, se identificaron anticuerpos al **virus del Nilo Occidental**. No se aisló el virus en cultivos de los tejidos de las aves, lo que indica que la transmisión ocurrió en algún momento durante la vida de esas aves.

## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Entre 1996 y 2002, el porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años disminuyó de 11% a 9%; el más elevado se registró en las edades de 12 a 23 meses y fue mayor en los niños (10%) que en las niñas (8%) (8). La proporción de desnutrición aguda fue de 2% y la de desnutrición global, de 5%.

El 15% de los niños con madres sin ningún nivel educativo y 13% de los niños con madres que no habían completado la educación primaria presentaban desnutrición crónica.

En las zonas urbanas, 8% de los niños presentaban desnutrición crónica y 4% desnutrición global. En la zona rural, estos indicadores fueron de 11% y 7%, respectivamente. Según el censo nacional de 2002, el déficit de talla para la edad o desnutrición crónica en escolares de 6 a 9 años a nivel nacional era de 8%, menor que el notificado en 1993 (19%) y los índices más altos se registraron en las provincias de Elías Piña (15,7%), La Vega (12,7%) y Bahoruco (11,2%). Las provincias con niveles de desnutrición crónica más bajos fueron La Altagracia (2,8%) y Santiago, La Romana y San Pedro de Macorís (4%) (17). La prevalencia de obesidad en las personas mayores de 50 años fue de 30%.

### Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron más de 10% de las consultas y más de 6% de las urgencias atendidas en los establecimientos del país. Cerca de 80% de los ingresos no obstétricos en adultos corresponden a problemas cardiovasculares (18). El estudio de factores de riesgo cardiovasculares (EFRICARD) realizado en una muestra de 6.400 personas en los años 1996 a 1998, y ajustado a las clasificaciones de 2004, indicó una prevalencia de obesidad de 16,4%, de hipertensión diastólica de 21,8% (33% en las mujeres y 36,7% en los hombres) y de 30% en personas mayores de 50 años. Según el estudio, 65% de los hipertensos no seguía ningún tratamiento, 55% tenía antecedentes familiares de hipertensión, 9,1% tenía hipercolesterolemia y 24% tenía colesterol por encima de 200 mg/dl. El 20% fumaba al momento del estudio y 22% había dejado de fumar.

### Neoplasias malignas

En 2004, la mortalidad registrada por esta causa tuvo una tendencia al aumento (15). El cáncer de mama ocupó el primer lugar en frecuencia (25,9%), seguido del **cáncer cervicouterino** (21,2%) y del **cáncer de próstata** (7,0%).

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Desastres

Por su ubicación geográfica, el país está expuesto a tormentas tropicales y ciclones. Las inundaciones son el desastre natural más frecuente y ocurren todo el año. Las regiones más vulnerables son las alledañas a las cuencas de los ríos Yaque del Norte, Yaque del Sur, Yuna y Soco, al igual que las zonas marginales a orillas de los ríos en las ciudades de Santo Domingo y Santiago. El país sufrió los efectos de los huracanes David (1979), George (1998) y Jeanne (2004). Se han producido sismos de gran magnitud en algunas regiones del país, así como sequías, debido al mal manejo de cuencas, a la deforestación de los suelos y a la dinámica del cambio climático global. Cerca de 70% de la población vive en zonas de riesgo, con alta vulnerabilidad a situaciones de emergencias y desastres.

Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas están entre las enfermedades asociadas con los desastres naturales. Las lesiones son también una causa importante de morbilidad en períodos de desastres, así como la malaria y el dengue.

### Violencia

Según la ENDESA 2002, 9,5% de las mujeres de 15 a 49 años declaró haber sufrido violencia física. Esta proporción fue mayor en las mujeres de 20 a 29 años (11,7%).

### Contaminación ambiental

La contaminación de aguas por los afluentes no tratados, las dificultades crecientes para el manejo y tratamiento adecuados de la cantidad creciente de desechos sólidos y la degradación de la calidad del aire por las emisiones de material particulado son los principales problemas para la calidad ambiental y están vinculados con el crecimiento urbano e industrial. La contaminación por agroquímicos es un problema grave en áreas de producción intensiva. Entre 1994 y 2005, las emisiones de dióxido de carbono aumentaron de 15.000 toneladas a 16.649.

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

En 2001 se aprobaron dos importantes leyes que marcaron la nueva dirección del Sistema Nacional de Salud (SNS): la Ley General de Salud 42-01 y la Ley sobre Seguridad Social 87-01. Me-

dante la Ley General de Salud se separaron las funciones de provisión de servicios, rectoría y financiamiento del sistema y se creó el Consejo Nacional de Salud (CNS) como órgano de concertación nacional en salud. La ley sentó las bases para reglamentar los aspectos de la salud pública y de los riesgos para la salud y asignó a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) la responsabilidad de formular las políticas y los planes decenales nacionales de salud y de desempeñar las funciones esenciales de la salud pública. La Ley 87-01 creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y estableció las fuentes y los mecanismos de financiamiento para la atención dentro del Sistema Nacional de Salud. El SDSS se basa en la contribución prepagada y obligatoria, según la capacidad de pago y la condición laboral, y garantiza el aseguramiento de la población pobre e indigente por parte del Estado. La Ley 87-01 implementó el Seguro Familiar de Salud (SFS), de carácter obligatorio y universal, que contiene un plan básico de salud para los tres regímenes establecidos: el contributivo, el contributivo-subsidiado y el subsidiado. En 2003 se creó la Administradora de Riesgos Laborales para prevenir y cubrir los daños ocasionados por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En diciembre de 2005, la Administradora de Riesgos Laborales tenía registrados 30.531 empresas y 1.218.737 trabajadores afiliados (19).

### Estrategias y programas de salud

El SNS está formado por dos subsistemas: el subsistema de Atención a las Personas y el subsistema de Salud Colectiva, ambos bajo la rectoría de la SESPAS. El subsistema de Atención a las Personas está formado por el conjunto de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) públicos y privados, cada uno estructurado en redes de servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención. Los servicios públicos se organizan en Servicios Regionales de Salud (SRS), de carácter autónomo y con personería jurídica, debidamente acreditados como PSS ante el SDSS con financiamiento a cargo del Seguro Nacional de Salud (SENASA) y con la entrega de atenciones del Plan Básico de Salud. El subsistema de Salud Colectiva está conformado por el conjunto de Programas y Redes Programáticas de Salud Pública, orientados a la promoción de la salud, la prevención y el control de los problemas prioritarios de salud, cuya gestión ha de ser desconcentrada hacia las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y con financiamiento a cargo del Estado. Los programas de prevención y control de problemas prioritarios deben ser reformados y financiados, pues muchos operan con donaciones y préstamos internacionales y con recursos asignados por el Estado ante situaciones de emergencia nacional lo que limita su sostenibilidad y efectividad. La mayoría de los programas de la SESPAS han operado con una estructura vertical y centralizada. Se están desarrollando procesos de descentralización y fortaleciendo la capacidad de respuesta de las DPS, para que asuman una mejor gestión de los programas en su área geográfica.

### Organización del sistema de salud

En noviembre de 2002 se instituyó en la Región IV, al sureste del país, el SFS para el régimen subsidiado, con lo cual se concretó una de las más importantes acciones de transferencia de fondos y responsabilidades a nivel local. El proceso del régimen subsidiado se ha extendido a otras Regiones, con un aproximado de 400.000 afiliados (4,3% de la población total). El inicio del SFS para el régimen contributivo (incluye a los empleados públicos y privados junto con sus dependientes), en los últimos cinco años ha sido pospuesto en nueve ocasiones por el CNSS, impidiendo el acceso al Plan Básico de Salud a 30% de la población estimada para este régimen; la implementación del SFS está siendo analizada al más alto nivel político.

Al reorganizarse la SESPAS, esta debe velar por la entrega de los servicios de salud colectiva a través de los programas preventivos de carácter general dispuestos por el nuevo marco legal. Deberá desprenderse gradualmente de la función de provisión, pero no sin antes haber organizado y habilitado los Servicios Regionales de Salud (SRS), de manera que articulen en red los establecimientos y niveles de atención y garanticen la atención integral y continuada de las personas. Su fuente de financiamiento corresponderá a los ingresos del per cápita pagado por la Seguridad Social a través de contratos de gestión suscritos entre los proveedores públicos y el Seguro Nacional de Salud (SENASA).

La SESPAS preside el Consejo Nacional de Salud (CNS), el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), el Consejo del Seguro Nacional de Salud (COSENASA), la Comisión Presidencial para la atención del VIH/Sida (COPRESIDA), así como la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), espacios de valor estratégico para consolidar la Rectoría en sus diferentes dimensiones (conducción y regulación, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión), y conducir los esfuerzos en congruencia con las prioridades y objetivos nacionales en salud.

El CNS, presidido por la SESPAS (máxima autoridad sanitaria nacional), está integrado por la Secretaría Técnica de la Presidencia, la Secretaría de Estado de Trabajo, la Secretaría de Estado de Educación, el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) o la instancia encargada de la Seguridad Social (CNSS), el Cuerpo Médico y Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, el Colegio Médico Dominicano, la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Liga Municipal Dominicana, el sector agua potable y alcantarillado, las organizaciones no gubernamentales del área de la salud debidamente acreditadas, la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Consejo Nacional de Educación Superior, y cualquier otra institución que la SESPAS o el CNS determinen de manera temporal.

El SDSS se organiza con base en la separación de las funciones, correspondiéndole al Estado la dirección, regulación, financiamiento y supervisión, mientras que las funciones de asegura-

miento, administración del riesgo y prestación de servicios están a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas.

El CNSS lo integra el Secretario de Estado de Trabajo, quien lo preside, el Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, vicepresidente, el Director General del Seguro Social, el Director del Instituto Nacional de Auxilios y Viviendas, el Gobernador del Banco Central, un representante del Colegio Médico Dominicano, representantes de los demás profesionales y técnicos de salud, de empleadores y de trabajadores.

El sector salud es de naturaleza mixta, con participación de instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales. La SESPAS es aún la principal proveedora de los servicios públicos y está organizada en los niveles central, regional y provincial. A nivel central cuenta con el Despacho del Secretario, quien se apoya en cinco Subsecretarías de Estado: Administrativa, Salud Colectiva, Atención a las Personas, Técnica, (asume la planificación institucional, las cuentas en salud, los sistemas de información, entre otros) y Asistencia Social. A nivel provincial, la SESPAS cuenta con 30 Direcciones Provinciales de Salud (una para cada provincia); la provincia Santo Domingo y el Distrito Nacional están organizados en ocho Direcciones de Áreas de Salud (DAS) que asumen la función de rectoría en forma descentralizada.

Las DPS, aunque tienen funciones mixtas, operan como dependencias del nivel central responsables de las acciones de rectoría, pero participan en la administración de los servicios de salud y se transforman en instancias desconcentradas llamadas a conducir localmente el sector salud. Las DPS son responsables de la habilitación de establecimientos, la evaluación de la calidad, el acceso y el desempeño de los proveedores de servicios de salud públicos y privados, la vigilancia de las coberturas de aseguramiento local y la armonización de la provisión, y deben velar por que estos procesos cumplan con los principios de equidad, integridad de la atención y de acceso universal.

La organización de la red para la provisión de servicios a nivel local es competencia de cada una de las nueve Direcciones Regionales de Salud, que son responsables de la gestión y articulación de los establecimientos de diferente nivel de atención conformados en redes en cada Región, en los denominados SRS. La SESPAS tiene una red de 1.037 establecimientos que incluyen seis hospitales especializados, ocho hospitales regionales, 107 hospitales municipales, 22 hospitales provinciales, 615 clínicas rurales, 90 dispensarios médicos, 30 centros sanitarios y 159 consultorios (20). La IDSS tiene una red de provisión que incluye 210 establecimientos, 20 hospitales (tres nacionales y especializados; dos regionales y 15 generales), 30 policlínicos y 160 consultorios.

El Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), adscrito a la Presidencia de la República, también forma parte del conjunto de instituciones de salud del sector público.

## Servicios de salud pública

Los programas de prevención y control de las enfermedades transmisibles con posibilidades de eliminación o de control son los más estructurados. Los programas para la eliminación de enfermedades (de inmunizaciones y lepra) están gerenciados por la SESPAS y el Instituto Dermatológico y de la Cirugía de la Piel Dr. Humberto Bogaert Díaz (institución semiprivada). Los programas de control están administrados por la SESPAS e incluyen los de tuberculosis, VIH/sida, rabia, malaria y dengue. Todos los programas están en proceso de fortalecimiento para una mayor capacidad de respuesta en los niveles locales.

Los programas de inmunizaciones y de prevención y control de la tuberculosis, de VIH y de dengue están en proceso de avance y fortalecimiento, y están incorporando la comunicación y la movilización social. En el marco de los ODM, de fortalecer los programas y de mejorar los indicadores de salud de la población, la SESPAS lanzó, en 2005, la estrategia de “Movilización Tolerancia Cero” dirigida a lograr la participación conjunta de SESPAS y de la sociedad civil para reducir la mortalidad materna y de niños menores de 5 años evitable, los casos de tuberculosis sin tratamiento mediante la estrategia DOTS, los casos de rabia humana, las muertes por malaria y los brotes de malaria en poblaciones y territorios priorizados, las muertes por dengue y la transmisión vertical del VIH evitable.

En 2005, el gobierno invirtió en siete programas de asistencia alimenticia 2% del presupuesto nacional (7% del gasto social). Se han implementado programas de suplementación con vitamina A, ácido fólico, hierro y calcio, para embarazadas, puérperas, menores de 2 años y escolares. También se han creado programas para la fortificación de la sal con yodo, el azúcar con vitamina A y la harina de trigo con hierro y ácido fólico.

La Dirección General de Epidemiología es responsable de la vigilancia epidemiológica y de la salud y cuenta con el apoyo del Laboratorio Nacional Dr. Defilló para el diagnóstico serológico de dengue, VIH, cultivos y pruebas de sensibilidad para tuberculosis; el Laboratorio Veterinario Central para aislamiento viral y diagnóstico de las zoonosis, el laboratorio del Hospital Robert Reid para cultivos bacterianos y antibiogramas y el laboratorio del Centro de Control de Enfermedades Tropicales para malaria.

En el año 2000, 48,3% de la población tenía servicio de abastecimiento de agua. Hay deficiencias en el tratamiento y desinfección del agua abastecida, así como en la operación y el mantenimiento de los sistemas, particularmente en el área rural. El 52% de las aguas residuales no reciben tratamiento antes de ser dispuestas en cuerpos de agua receptores, lo que es necesario mejorar para cumplir la meta 10 del objetivo 7 de los ODM (21).

Durante 2003–2005 se fortaleció el rol del país en la creación y consolidación del Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS) en el marco de la RESSCAD, que constituye el mecanismo de coordinación de las instituciones de atención primaria de los países que

## La participación comunitaria garantiza la salud

La estrategia “Movilización Tolerancia Cero” tiene por objeto movilizar la conciencia pública nacional para mejorar la salud de la población con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el control de los problemas prioritarios de salud. El nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones. El Consejo Nacional de Seguridad Social y el Consejo Nacional de la Salud tienen representación de los usuarios y los diferentes sectores de la sociedad civil. Se hace hincapié en la participación intersectorial para la prevención de las enfermedades y el control de problemas de salud prioritarios.

lo integran. Se presentó un proyecto de reforma a la Comisión Permanente de Medio Ambiente y Recursos Naturales del Congreso Nacional para mejorar el ordenamiento institucional del sector de agua y saneamiento.

En 2002, el manejo de los desechos sólidos municipales era deficiente y no se contaba con los recursos técnicos y financieros necesarios. En 57% de los municipios, la disposición final de los residuos sólidos se hace en ríos y a través de vertederos a cielo abierto. La gestión de los recursos peligrosos, entre ellos los bio-médicos (22), no es especializada y se realiza junto a los residuos municipales.

En 2003 se realizó una evaluación nacional en el marco de la iniciativa regional para América Latina y el Caribe para el manejo de los desechos sólidos, que generó propuestas de políticas y estrategias para el fortalecimiento del sector, algunas de las cuales se han puesto en marcha en las ciudades de Santo Domingo y Santiago.

La SESPAS, en coordinación con la Dirección General de Normas y Sistemas de Calidad, elaboró las normas para la protección y el control de los alimentos y creó la Comisión Nacional del Codex Alimentarius. Se han constituido 37 comités técnicos sobre alimentos, plaguicidas, fertilizantes y de residuos veterinarios, y se cuenta con 79 normas publicadas relacionadas con los alimentos que han sido homologadas o adaptadas a las normas CODEX. En 2003 se creó un comité nacional para la aplicación de los acuerdos sobre las Medidas Sanitarias y Fitosanitarias y obstáculos al comercio, de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Se elaboraron propuestas de actualización de las leyes de sanidad agropecuaria que benefician el cumplimiento de dichos acuerdos.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública, el Laboratorio Veterinario Central (LAVECEN) y el Laboratorio del Instituto de Innovación en Biotecnología e Industria, son los laboratorios estatales encargados de brindar apoyo en la vigilancia y el control de los alimentos. Se está creando la Red Nacional de Laboratorios de Alimentos y un sistema de garantía de calidad, para lograr la acreditación por un organismo nacional o internacional competente.

El país se rige por las normas nacionales de inspección cuarentenaria e internacionales de la Organización Mundial de Sani-

dad Animal (OIE) y de la Convención Internacional de Protección Fitosanitaria, y por las normativas EUREGAP en casos específicos de exportación de banano y otros productos (23).

La Comisión Nacional de Emergencias y el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) ejecutan, con algunas limitaciones, el plan de prevención y mitigación de desastres naturales y se han identificado las zonas de riesgo.

En cooperación con la Dirección Nacional de Emergencias y Desastres de la SESPAS se desarrolló un proyecto de planes hospitalarios en 11 municipios de las regiones del Cibao Central, Norcentral y Nordeste, que definen los planes de emergencia para cada uno de ellos. El COE desarrolló un proceso de formación y capacitación de instructores en el Sistema de Suministros y de personal de hospitales, para la elaboración de los planes hospitalarios de emergencia. Se formuló el Plan Interagencial de Emergencias y Desastres, coordinado por la Comisión Nacional de Emergencias y el PNUD; uno de sus componentes es el de salud, agua y saneamiento. El país participó en la propuesta del Plan Estratégico Centroamericano de Atención y Prevención de Desastres para el sector agua potable y saneamiento. Esta iniciativa permitió conformar la mesa sectorial de agua y saneamiento como una unidad especializada en el Centro de Operaciones de Emergencias. Se formuló un plan nacional de reducción de la vulnerabilidad a los desastres.

Se ha iniciado la coordinación de la vigilancia y el control de la influenza aviar, en particular en el área de la frontera. Se creó la Comisión Nacional de Influenza Aviar y está en preparación el plan nacional para combatir la enfermedad.

### Servicios de atención a las personas

En 2005, 86% de los 1.294 establecimientos de SESPAS y los 153 de IDSS correspondían al primer nivel de atención. En los servicios de urgencia de los hospitales públicos, la atención se proporciona conforme a diferentes esquemas, siendo el más común la “guardia médica”, que por lo regular es de 24 horas y no representa pago adicional para el profesional médico. Hay un hospital psiquiátrico público que concentra 62% de las 245

camas psiquiátricas disponibles (28% en los hospitales generales y 10% en centros privados de salud). Hay 117 psiquiatras (1,4 por 100.000 habitantes) y 240 psicólogos (2,9 por 100.000 habitantes), la mayoría en el sector privado.

El modelo asistencial en el país es más de tipo curativo que de prevención de enfermedades y promoción de la salud y está basado en la libre demanda. En 2005, la red de establecimientos públicos de salud contaba con 19.078 camas (1 por 469 habitantes). La SESPAS cuenta con 9.204 plazas para profesionales médicos (20 por 100.000 habitantes). La atención del primer nivel es responsabilidad de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) y los equipos interdisciplinarios están compuestos por un médico general, una auxiliar de enfermería, un agente de salud comunitaria y varios promotores de salud, quienes son responsables de vigilar y atender la salud de aproximadamente 500 familias que residen en un mismo sector de la población. Las UNAP utilizan métodos e instrumentos que permiten la identificación y captación temprana de personas con riesgos. La comunidad representada en las Juntas de Vecinos y Comités de Salud coordina las acciones y participa de la gestión local de la salud.

En 2002, 41,3% de la población asistió a un hospital de la SESPAS para una primera consulta, mientras que 11,5% lo hizo a un centro ambulatorio (dispensario o clínica rural); 5,8% utilizó los servicios del Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) y 1,1% utilizó un hospital militar (8, 24). El 68,3% del primer quintil de la población (la más pobre) utilizó los servicios de la SESPAS para la primera consulta y 31,7% utilizó servicios de otras instituciones. El 53% utilizó los establecimientos de la SESPAS para servicios de internamiento. El uso de la SESPAS se elevó a 72% en el quintil más pobre. Las clínicas privadas recibieron 35% de la población total y 19% de la perteneciente al primer quintil. En el sector privado, la provisión de servicios de salud se concentró en las zonas urbanas y se basó en el pago directo y medicina prepagada a través de las “iguales médicas”, algunas de las cuales combinan la provisión junto con la función de aseguramiento. En 2002, la cobertura de seguros fue de 21,1% de la población (6,5% en la población del primer quintil). En la población del quintil superior, la cobertura de seguros fue de 44,1%.

La donación, procesamiento, almacenamiento y uso de sangre están regulados por la ley. Existe una política nacional y una comisión nacional conformada por los diferentes sectores participantes y representantes de los usuarios. Se ha hecho una propuesta para la centralización del procesamiento de sangre y la práctica de donación. Se cuenta con normas para la evaluación y selección de donantes de sangre; normas para la higiene y la seguridad en los bancos de sangre y servicios de transfusión, y un manual de procedimientos. La organización de los bancos de sangre, los centros de almacenamiento y dispensación de hemoderivados y la calidad en el tamizaje de la sangre presentan limitaciones que obligan a priorizar el tema en la agenda política, conforme al catálogo de establecimientos inventariado en el 2005 en el sistema de información geográfica para el sector salud.

El 50% de los pacientes con esquizofrenia permanece en la comunidad, con poca oportunidad de recibir atención especializada. Los servicios de salud mental comunitarios son escasos y los centros que existen se encuentran en las áreas urbanas. Se actualizaron las normas nacionales del Programa Nacional de Salud Mental, y se promulgó una ley de salud mental, cuya reglamentación está en proceso.

### Promoción de la salud

En el período 2003–2005, el país avanzó en la elaboración de políticas de promoción de la salud sustentadas en diferentes leyes, entre ellas las que se refieren al sida, al control de drogas y sustancias controladas, al medio ambiente y los recursos naturales, y la que prohíbe fumar en lugares cerrados bajo techo. Se han implementado las estrategias de Municipios y Comunidades Saludables y Escuelas Promotoras de Salud en cinco municipios del país y mediante este tipo de escuelas se promueve la prevención de embarazos y del VIH/sida en adolescentes.

La estrategia “Movilización Tolerancia Cero” tiene por objeto movilizar la conciencia pública nacional para transformar la situación de salud de la población con énfasis en la promoción de la salud, la prevención y el control de los problemas prioritarios de salud mediante la participación social e intersectorial en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. El nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social permite que los usuarios y la sociedad participen en la toma de decisiones. El CNSS y el CNS tienen representación de los usuarios y de diferentes sectores de la sociedad civil. Los comités de selección y certificación a nivel municipal deben validar las informaciones para afiliarse al Seguro Familiar de Salud en el régimen subsidiado.

Se mantienen los Comités de Salud y las Juntas de vecinos, pero su participación en la gestión local aún es limitada. Se promueve la participación intersectorial para la prevención de las enfermedades y el control de problemas de salud prioritarios.

### Recursos humanos

En 2005, el país contaba con 18.450 médicos (20,0 por 10.000 habitantes), 3.603 enfermeros profesionales (3,9 por 10.000), 15.511 auxiliares o técnicos de enfermería (15,7), 2.946 bioanalistas (3,2), 8.320 odontólogos (9,0) y 3.940 farmacéuticos (4,3). Entre 1994 y 2004, el número de médicos en la SESPAS aumentó de 5.626 a 9.204, el de enfermeros y auxiliares, de 8.600 a 11.333, el de odontólogos, de 376 a 1.431 y el de farmacéuticos, de 372 a 527. Solo el subsector público cuenta con información sobre la distribución geográfica de los recursos humanos. En 2002 se observó una variación de 5,6 médicos por 10.000 habitantes en la provincia de Azua a 38,5 en el Distrito Nacional (27).

Los requerimientos para la aprobación de universidades, institutos de educación superior, escuelas, departamentos académicos

micos y programas de grado y posgrado los establece el Sistema de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. La Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (SEESCYT) es la institución rectora de la educación superior, que se ocupa de aprobar la creación de una escuela, carrera o extensión de la misma en otra ciudad. Un total de 18 universidades imparten carreras en el área de la salud. Se cuenta con 9 escuelas de medicina, 11 de enfermería, 6 de bioanálisis, 11 de odontología y 4 de farmacia. La matrícula en el área de salud aumentó de 30.360 en 2003 a 40.479 en 2005. En 2003 y 2005, 78% y 76%, respectivamente, eran mujeres. La carrera de medicina concentró el mayor número de estudiantes (24.186 en 2005) y creció a un ritmo superior al de las demás carreras. Se cuenta con más de 40 programas de especialidades y subespecialidades a nivel de posgrado. Existen programas de residencia en 15 hospitales docentes, así como también de maestría en salud pública, bioética y gerencia en salud, de especialidad en reforma y seguridad social y en salud materno-infantil y del adolescente. Las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud constituyen un grupo activo conformado por colegios y asociaciones profesionales y organizaciones sindicales.

### Suministros de salud

En junio de 2005, el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales para uso nacional incluyó 468 fármacos y 871 fórmulas terapéuticas. Existen aproximadamente 23.000 especialidades farmacéuticas legalmente registradas y 4.812 establecimientos farmacéuticos dedicados a la fabricación o comercialización de medicamentos, de los cuales 105 son laboratorios de producción de medicamentos, 1.305 distribuidoras, 3.300 farmacias ambulatorias privadas, 51 farmacias hospitalarias públicas y 417 boticas populares (25). La exportación de productos farmacéuticos de producción nacional se incrementó 50%. Aproximadamente 99% de la materia prima que se utiliza en la producción de medicamentos es importada.

Existen cuatro almacenes públicos destinados al depósito y distribución de medicamentos, incluido el de PROMESE/CAL. No se tiene un inventario de los depósitos del sector privado y de organizaciones no gubernamentales. El sistema de compras de medicamentos del sector público es centralizado y se realiza mediante PROMESE/CAL. Según el análisis de costos para el sistema actual de compra y suministro realizado en 2000, PROMESE/CAL suministró entre 45% y 65% del importe económico de los medicamentos y material sanitario consumido por los hospitales y subcentros; los precios de compra para PROMESE/CAL fueron, en promedio, 250% más bajos que los obtenidos por compra directa para los mismos productos. A fines de 2000 se promulgó el decreto que transformó a PROMESE/CAL en una central de apoyo logístico con funciones específicas en la compra de medicamentos para el sistema de salud y que asumió la red de boticas populares. El gobierno firmó un convenio con la OPS, mediante el

cual formalizó su adhesión al Fondo Estratégico para la Adquisición de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos, como mecanismo para participar en procesos de compras conjuntas de medicamentos esenciales en la región y para mejorar el acceso a medicamentos esenciales e insumos estratégicos para la salud.

La Autoridad Reguladora de Medicamentos vigila la aplicación de la Política Farmacéutica Nacional, aprobada en 2005. Hay un sistema de libre fijación de precios para los productos farmacéuticos con vigilancia estatal. Existen diferencias importantes entre los precios de las farmacias privadas y los de referencia internacional (26).

### Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La SEESCYT es la rectora de la investigación y tecnología en salud y cuenta con un programa para asignar recursos de manera competitiva y por concurso, y con carácter no reembolsable para financiar proyectos de investigación e innovación científico-tecnológica en las universidades y los centros de investigación legalmente reconocidos y calificados. La ley establece que el presupuesto de esta Secretaría contará con el Fondo Nacional de Innovación y Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDOCYT), el cual se destina a promover la investigación científica y tecnológica.

Las principales unidades de información bibliográfica en salud y en salud ambiental están en las universidades, las organizaciones no gubernamentales del sector salud, los institutos de investigación, las instituciones oficiales, los organismos internacionales y en la red de bibliotecas hospitalarias. Esta última está integrada por ocho hospitales docentes y fue desarrollada mediante un convenio entre la SESPAS, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, el Instituto Tecnológico de Santo Domingo, la OPS y la Unión Europea.

En 2002 se firmó un convenio para el desarrollo de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) del país. Por el avance logrado de esta iniciativa, su comité consultivo considera que posee las condiciones para salvaguardar el patrimonio intelectual del sector salud y propiciar el acceso equitativo a dicha información, así como divulgar y diseminar información en salud generada por las diferentes instituciones que la integran. Hay 15 instituciones que tienen suscripción al programa HINARI, establecido por la OMS y las principales casas editoriales del mundo para ofrecer acceso electrónico al mayor número de revistas de biomedicina y otros temas en el campo de las ciencias sociales, de forma gratuita o prácticamente gratuita a instituciones en países en desarrollo. Se gestionan nuevas suscripciones colectivas que beneficiarán a instituciones estatales dependientes de la SESPAS.

El Centro de Gestión de Información y Conocimiento (Centro GIC) de la Oficina de la OPS/OMS constituye la memoria técnica de la salud pública en el país y el centro de referencia sobre este tema. Existe una red constituida por 12 puestos PALTEX, ubicados en las diferentes regiones, que garantizan a los estudiantes y docentes el acceso a materiales de alta calidad y bajo costo. Es im-

portante el trabajo de la Comisión Nacional para la Sociedad de la Información y el Conocimiento (CNSIC), para implementar la estrategia correspondiente. La CNSIC seleccionó a la BVS como un ejemplo de portal con contenido que cumple con los objetivos propuestos.

Las investigaciones que se realizan en sujetos humanos deben ser revisadas y aprobadas por un comité de bioética de la investigación, acreditado nacional e internacionalmente. El Consejo Nacional de Bioética (CONABIOS) creado por la SESPAS actúa como el organismo regulador de las investigaciones biomédicas que se desarrollan en el país.

### Gasto y financiamiento sectorial

En 2003, la participación del gasto social en el PIB alcanzó 8,1%, y el gasto social per cápita fue de aproximadamente US\$ 213. En 2000, el sector público destinó a la compra de medicamentos menos de US\$ 3,00 per cápita (menos de 9,4% del gasto total en salud registrado ese año). Se estimó que 21% del gasto en salud era financiado por el sector público y 79% por el sector privado; de esta última cifra, 27% proviene directamente de las familias (28).

En 2002, un informe sobre las cuentas nacionales en salud destacó la baja proporción de recursos que el sector público asignó a la salud y el elevado porcentaje que aportaron los hogares. El gasto nacional en salud per cápita ascendió a US \$191, el de la SESPAS a US\$ 40 y el de los hogares a US \$93. Es necesario revertir la composición del gasto y aumentar la contribución del Estado para garantizar el desarrollo del SDSS, como alternativa para la extensión de la protección social en salud con equidad.

El gasto en medicamentos es el principal renglón del gasto en salud. El esquema de financiamiento de medicamentos es mixto. El Estado asigna presupuesto a la SESPAS y PROMESE/CAL para subvencionar los medicamentos dispensados en la red de establecimientos públicos, pero no se dispone de mecanismos que aseguren una entrega a la población más pobre. El Sistema Dominicano de Seguridad Social incluye la asistencia farmacéutica dentro de las prestaciones farmacéuticas a los afiliados en los diferentes regímenes: en el subsidiado, los pacientes reciben gratis los medicamentos, ya que el Estado los subsidia en 100%; en el contributivo subsidiado, los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y el estado 70%, y en el contributivo, los pacientes pagan 30% del precio del medicamento y 70% el proveedor.

Los proveedores privados, incluidos farmacias y proveedores de insumos médicos, son los principales beneficiados en el mercado de bienes y servicios de salud, pues capturan alrededor de 61% del gasto nacional en salud (29). En el sector público, el principal agente financiero es la SESPAS, que administra 21% del gasto total en salud; le siguen el IDSS, con 6,4% del gasto total; los seguros privados, con 14%, y las organizaciones no gubernamentales, con 6,4%. La participación del gasto en programas de salud pública es de 5%, asignación que está siendo incrementada para

sostener la Movilización Tolerancia Cero. Se ha estimado que para financiar el Plan Básico de Salud Familiar deberá aumentarse el gasto público en salud en 2% del PIB, lo que significa alcanzar entre 3,7% y 4% del PIB para asegurar la cobertura universal del Plan Básico de Salud Familiar y el financiamiento de las intervenciones de prevención y control (30).

### Cooperación técnica y financiera en salud

Entre las agencias de cooperación internacional están la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el Programa Mundial de Alimentos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH y Sida, el Instituto de Investigaciones y Capacitación de Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer y la Organización Internacional para las Migraciones.

En 2005, las Naciones Unidas elaboró un análisis común de país (31), tomando como ejes transversales los derechos humanos, la equidad, el género, el ciclo de vida y la institucionalidad. Este trabajo fue resultado de un proceso participativo de evaluación y análisis con el fin de definir la situación, las prioridades y las estrategias para la cooperación técnica con el país durante 2007–2011. La asignación presupuestaria se distribuyó entre cuatro ejes temáticos: gobernabilidad democrática; crecimiento y desarrollo con equidad; servicios sociales de calidad y gestión ambiental sostenible, y riesgos frente a situaciones de emergencia y desastre.

El Banco Mundial continuará dando apoyo hasta 2009 con programas que mejoren las condiciones de vida de los grupos vulnerables, centrados en la juventud y en las mujeres y estrechamente vinculados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (32), y que ayuden al país en su crecimiento y en el logro de la equidad social.

El Banco Interamericano de Desarrollo dio apoyo con el Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud, para ser ejecutado en 1998–2006, con un financiamiento de US\$ 75 millones. El proyecto tiene estrecha relación con las estrategias del gobierno vinculadas con el sector salud, incluida la descentralización, la reorganización de la prestación de servicios, la reestructuración de la SESPAS y del IDSS, la reforma de la administración hospitalaria, el establecimiento de sistemas integrados de información y la elaboración de políticas, leyes y reglamentos que respalden la reforma y modernización institucional.

En junio de 2000 se firmó un acuerdo (COTONOU) con la Unión Europea, con el objeto de reducir y erradicar la pobreza propiciando el desarrollo sostenible. Se creó la Oficina Nacional para los Fondos Europeos de Desarrollo, que es responsable de la definición, administración, evaluación y seguimiento de los pro-

gramas de cooperación multilateral para ejecutar los recursos que se ofrecen al país a través del acuerdo de COTONOU.

Se creó el Comité Tripartito de Cooperación Internacional, compuesto por la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Secretario Técnico de la Presidencia y la Oficina del Ordenador Nacional para los Fondos Europeos de Desarrollo (ONFED), con la finalidad de coordinar las diferentes fuentes de cooperación. La Unión Europea apoyó la reforma en salud a través del Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA) que comenzó en 2000 y terminó su primera etapa en 2005, con una donación de 12 millones de euros, más US\$ 1,5 millones de dólares gestionados por el Ordenador Nacional. PROSISA tuvo tres componentes: Refuerzo Institucional; Gestión de Recursos Humanos; y Medicamentos. La segunda etapa está en proceso.

En 2002, la USAID presentó su plan estratégico de desarrollo por cinco años para avanzar en las prioridades de las áreas de crecimiento económico, democracia y gobernabilidad y salud. La agencia se propone invertir US\$ 100 millones durante ese período. Su contribución para la salud se dirigirá a la prevención y atención de VIH/sida, la supervivencia infantil, la salud reproductiva/ planificación familiar, y la reforma del sector salud. El proyecto de reforma y descentralización en salud se inició en 2000 y su primera fase concluyó en 2005, recibiendo una donación de US\$ 13,3 millones para dar apoyo a la gestión local de servicios de salud en la Región Este y al nivel central de SESPAS. En 2005 se aprobó una extensión del proyecto por dos años (29).

La Agencia Española de Cooperación tiene un Plan Director de la Cooperación 2005–2008 con el objetivo de apoyar el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (33). En junio de 2005 se firmaron los acuerdos de cooperación científico-técnica. La agencia ha apoyado iniciativas de reformas desde 1996, en las áreas de justicia, desarrollo y fortalecimiento municipal.

En 2005, la Agencia Alemana de Cooperación (GTZ) finalizó el apoyo al área de la salud y dio cooperación al desarrollo local, con un aporte hasta el 2012, por un total de US\$ 3 millones (34).

## Referencias

1. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía; Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Población total de la región por países y año calendario. Disponible en: [http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm).
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional de desarrollo humano 2005: hacia una inserción mundial incluyente y renovada. Santo Domingo: PNUD; 2005.
3. República Dominicana, Oficina Nacional de Planificación. Focalización de la pobreza en la República Dominicana 2005. Disponible en: [http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Focalizacion%20de%20la%20Pobreza%20\(Resumen%20Ejecutivo\).pdf](http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Focalizacion%20de%20la%20Pobreza%20(Resumen%20Ejecutivo).pdf).
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2005: la infancia amenazada. Nueva York: UNICEF; 2005.
5. República Dominicana, Banco Central. Estadísticas económicas, 1980 a 2005. Disponible en: <http://www.bancentral.gov.do>.
6. República Dominicana, Oficina Nacional de Planificación. Porcentaje de hogares pobres por provincias, 2002. Disponible en: [http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Atlas%20De%20La%20Pobreza%20\(Resumen%20Ejecutivo\).pdf](http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Atlas%20De%20La%20Pobreza%20(Resumen%20Ejecutivo).pdf).
7. República Dominicana, Banco Central. Encuesta nacional de fuerza de trabajo. Disponible en: [http://www.bancentral.gov.do/estadisticas\\_economicas/Mercado\\_de\\_Trabajo/tasa\\_desocupacion\\_anual.xls](http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/Mercado_de_Trabajo/tasa_desocupacion_anual.xls).
8. República Dominicana, Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta de demografía y de salud: ENDESA 2002. Santo Domingo: CESDEM; 2003.
9. Organización Panamericana de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación global de los servicios de agua potable y saneamiento 2000: informe analítico República Dominicana. Santo Domingo: OPS; 1999.
10. República Dominicana, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil. Encuesta nacional de micronutrientes 1993: Excreción urinaria de yodo y consumo de sal yodada en escolares dominicanos, 2002.
11. Oficina Internacional del Trabajo. Encuesta nacional de trabajo infantil en República Dominicana. San José: OIT; 2004.
12. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes: República Dominicana, 2004. Santo Domingo: OPS; 2005. [Informe no oficial].
13. República Dominicana, Oficina Nacional de Estadística. Encuesta nacional de hogares de propósitos múltiples, ENHOGAR 2005: informe final. Santo Domingo: ONE; 2005.
14. República Dominicana, Oficina Nacional de Estadística. VIII Censo de población y vivienda 2002. Resultados definitivos. Santo Domingo: ONE; 2004. Disponible en: <http://www.one.gov.do>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la tuberculosis en las Américas 2004. Washington, DC: OPS; 2005.
16. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: cuarto informe mundial. Ginebra: ONUSIDA; 2004.
17. República Dominicana, Secretaría de Estado de Educación; Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil. Censo de talla y peso en escolares 2002. Santo Domingo: SEE; CENISMI; 2002.
18. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias 2004. Santo Domingo: SESPAS; 2005.

19. Instituto Dominicano de Seguros Sociales. ARL Salud Segura. Anuario 2005; marzo 2006.
20. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memorias 2002. Santo Domingo: SESPAS; 2003.
21. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales: República Dominicana 2003. Santo Domingo: OPS; 2003.
22. República Dominicana, Oficina Nacional de Planificación. Las proyecciones de población en la República Dominicana, 1990–2025. Santo Domingo: ONAPLAN.
23. Análisis de situación del sistema nacional de inocuidad de los alimentos: informe de la República Dominicana. Presentado en: Conferencia Regional FAO/OMS sobre Inocuidad de los Alimentos para las Américas y el Caribe; 6–9 dic de 2005; San José, Costa Rica. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/meeting/010/af310s.pdf>.
24. Rathe M. Salud y equidad: una mirada al financiamiento de la salud en la República Dominicana. Calverton: Macro International; 2000.
25. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Universidad Autónoma de Santo Domingo; Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sector farmacéutico de la República Dominicana 2005. Santo Domingo: SESPAS; 2005.
26. República Dominicana, Ministerio de Salud y Ambiente. Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA). Estudio de precios de medicamentos esenciales: informe preliminar junio 2005. Santo Domingo: PROSISA; agosto 2005.
27. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos de salud, 2003. Santo Domingo: SESPAS; 2005.
28. República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2003: documento preliminar. Santo Domingo: SESPAS; 2003.
29. Rathe M. Análisis de cuentas nacionales de salud en República Dominicana: informe final. Santo Domingo: Fundación Plenitud; 2005.
30. Lizardo J. Dime de cuánto dispones y te diré para cuánto te alcanza: la reforma de salud y seguridad social en la República Dominicana. En: Conferencia en el Instituto Dominicano para el Desarrollo Social; 2004.
31. Naciones Unidas. Análisis Común de País. Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación de República Dominicana, 2005. Santo Domingo: NNUU; 2005.
32. Banco Mundial. Asistencia del Banco Mundial a República Dominicana. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/DOMINICAREPUBLICINSPANISHEXT/0,,menuPK:509093~pagePK:141159~piPK:51067387~theSitePK:500740,00.html>.
33. Agencia Española de Cooperación Internacional. Documento de estrategia país 2005–2008 cooperación española: República Dominicana. Disponible en: [http://www.aeci.es/03coop/2coop\\_paises/6coop\\_mex\\_acentral\\_caribe/ftp/DEP\\_rep\\_domin\\_2005\\_2008.pdf](http://www.aeci.es/03coop/2coop_paises/6coop_mex_acentral_caribe/ftp/DEP_rep_domin_2005_2008.pdf).
34. Castillo Levisón A. El rol de la cooperación en el proceso de reforma y modernización del Estado: caso dominicano. Presentado en: VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 28–31 oct de 2003; Panamá. Disponible en: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0047118.pdf>.

