



Plan Decenal de Salud 2006-2015



Un Acuerdo Nacional por la excelencia de la Salud

**Documento para Consulta Nacional
Noviembre 2006**

Presentación

El Plan Decenal de Salud constituye un instrumento fundamental para el desarrollo del sistema nacional de salud, en el marco de los principios y orientaciones establecidos por el marco legal y reglamentario vigente. Está llamado a articular la gestión nacional de la salud, y la diversidad de instituciones y organizaciones que lo integran, con la finalidad de asegurar una clara direccionalidad hacia el logro de los objetivos estratégicos del sector, tanto en lo referente al desarrollo de sus subsistemas y diversos componentes del sistema como en lo relativo a la producción social de la salud con base en la participación social, y a la transformación de la situación de salud de las poblaciones con enfoque de equidad y justicia social.

Con fecha 13 de agosto 2004 la SESPAS publicó una primera versión preliminar del Plan Decenal de Salud 2004-2014, elaborada en los años previos con los aportes de un numeroso equipo. Sin embargo, dicha versión no pudo someterse a un amplio proceso de consultas nacionales ni fue considerada por el Consejo Nacional de Salud. Por otra parte, el país introdujo modificaciones y asumió compromisos (nuevas reglamentaciones de las leyes 42-01 y 87-01, la reiteración al mas alto nivel político de los compromisos nacionales con los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio, la definición de la Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud, la Movilización Tolerancia cero), entre otras razones, hacía necesario que esa versión preliminar del Plan fuera revisada para que el proceso de aprobación del mismo pudiera ser completado y perfeccionado.

Es así como la SESPAS decidió actualizar, enriquecer y finalizar el Plan Decenal de Salud 2006-2015, con base en un proceso de amplias consultas y participación de la sociedad. Para ordenar y regir este proceso, fue dictada la Disposición Administrativa 02-2006, como marco para asegurar lograr los objetivos planteados, en un tiempo razonable; y se creó la Comisión de Actualización, Consulta y Finalización del Plan, presidida por el Secretario de Estado de Salud e integrada además por representantes de la Subsecretaría Técnica, de la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional (UMDI), de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), de la Comisión Ejecutiva para el Reforma del Sector Salud (CERSS) y del CEGES/INTEC/IDESARROLLO.

Por otra parte, y con objetivo de organizar el Plan y orientar el proceso de revisión y consulta, se establecieron también algunas premisas básicas:

- El PLANDES debe asumir y ser consistente con el marco jurídico de la reforma sanitaria y de seguridad social (42-01 y 87-01), reglamentos y disposiciones vigentes y borradores planes desarrollo SESPAS y sector.
- El proceso de actualización tendrá como punto de partida la versión preliminar del Plan Decenal de Salud, presentada 13 de agosto 2004, con sentido de continuidad de estado.
- El documento debe ser formulado y aprobado de forma Participativa y consensuada (por sector social, por regiones, por nivel, por tipo de institución).
- Debe estar sustentado en el Análisis de Situación de Salud, (ASIS) e incluir el Análisis Sectorial y el Perfil de servicios salud disponibles.

- El documento resultante debe garantizar perspectiva de género, y contribuir a combatir las inequidades en general y la exclusión social.
- Debe garantizar la participación en la elaboración y en ejecución de las Organizaciones Sociales, considerando la participación como eje transversal del Plan.
- En su estructura, debe ser un Plan estratégico, más que normativo.
- El proceso será de dos etapas: una primera de revisión y actualización técnica con consultas a informantes clave, que permitiera obtener un nuevo borrador. Y una segunda, consistente en una Gran Movilización Nacional, que permitiese culminar el proceso con la firma de un gran acuerdo nacional por la excelencia de la salud.

Con éstos acuerdos, se llevó a cabo a lo largo de 4 meses, un proceso de consulta de carácter técnico para en la cual participaron 640 representantes de la SESPAS y otras instituciones públicas, el Consejo Nacional de Salud, organizaciones de la sociedad civil, gremios, técnicos de salud de partidos políticos que tienen omisión de Salud, cooperación internacional y especialistas en género de toda la geografía nacional. El resultado de éste proceso, es el documento que hoy entregamos a ustedes, para someter a la consulta nacional. Este documento consta de dos partes:

Una Primera parte o capítulo de actualización del contexto y de la situación de salud y la respuesta social. Esta primera parte, está estructurada de forma tal, que analiza a lo largo del texto las brechas que tenemos en salud, e identifica al mismo tiempo, al finalizar cada tema, los retos que estas brechas representan para el PLANDES.

Una segunda parte en la cual, las brechas y retos identificados se traducen en desafíos y prioridades, y éstas se convierten en un Plan, con propósito, objetivos, resultados y proyectos estratégicos, todos con sus respectivos indicadores.

El documento contiene además propuestas novedosas, una de las cuales nos interesa destacar de manera particular: la institucionalización de la **Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida**, como órgano máximo nacional de participación y corresponsabilidad de la ciudadanía en la formulación de políticas y planes de salud, así como en el monitoreo, fiscalización social y evaluación de los mismos.

Esta Conferencia Nacional que proponemos, está concebida como parte de las acciones transversales del PLANDES que garanticen la participación social, la veeduría y la rendición de cuentas. Debe cumplir la función de espacio de encuentro y de diálogo entre las autoridades nacionales de salud y seguridad social y las comunidades organizadas, sobre las políticas, planes, servicios y programas de salud y calidad de vida del país, así como de compromisos de los diferentes órganos del Estado y de la ciudadanía para lograr mejor salud y calidad de vida.

Queremos proponer que ésta Conferencia Nacional de Salud, sea realizada al menos cada dos años, con participación de delegados electos en forma democrática, y asegurando la representatividad de las diferentes Regiones, Provincias y territorios, así como de grupos

sociales, étnicos, de género, y de organizaciones de poblaciones minoritarias y con problemas específicos de salud.

Revisemos y discutamos este PLANDES 2006-2015, en el contexto de una gran Movilización Nacional y firmemos un gran acuerdo por la Excelencia de la Salud. Luego cada 2 años, vamos a reunirnos en la “Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida”, para rendir cuentas, revisar el proceso, exigir el cumplimiento de los acuerdos, y celebrar los éxitos. ¡Juntos Podemos!

PLAN DECENAL DE SALUD 2006 – 2015.

PRIMERA PARTE

**ANALISIS DE SIUACIÓN, COMPROMISOS NACIONALES E
INTERNACIONALES, NECESIDADES Y BRECHAS EN EL
SECTOR SALUD DOMINICANO**

I.- INTRODUCCION Y MARCO REFERENCIAL.

El presente documento constituye una versión aun en borrador del Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES), elaborada por la comisión designada por la Secretaría de Estado de Salud Pública mediante la Disposición N° 0002-2006, con base en la versión preliminar elaborada y publicada en agosto 2004, y considerando los aportes de mas de 640 informantes clave consultados a nivel nacional durante los meses de julio a septiembre del 2006, aplicando la metodología elaborada al efecto y sometida en consulta al Consejo Nacional de Salud el pasado 6 de junio 2006 y los Lineamientos Estratégicos del Plan elaborados por dicha Comisión y debidamente presentados ante el Consejo Nacional de Salud el pasado 8 de agosto 2006. Esta versión se somete a amplia consulta nacional, cuyos resultados serán considerados en la producción de la versión final del Plan Decenal de Salud 2006-2015.

1.1.- Antecedentes.

El 28 de marzo del 2001 fue promulgada la Ley General de Salud (N° 42-01)¹. En agosto 2002, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social dictó la Disposición Administrativa 00012-2002, con la cual se dio inicio a los esfuerzos para producir un Análisis de Situación de Salud, con miras a elaborar el Plan Decenal de Salud. En septiembre del 2003, mediante la Resolución 0007 se estableció el proceso para la elaboración del Plan Decenal de Salud. En agosto del 2004, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) produjo una versión preliminar de dicho Plan², expresión de un intenso trabajo de grupos técnicos. En ese mismo mes tomó posesión un nuevo Presidente de la República y se producen cambios en los equipos conductores de las principales instituciones de salud.. La versión preliminar no llegó a ser sometida a consulta ante el Consejo Nacional de Salud ni ante la sociedad civil. La elaboración de esta versión preliminar fue auspiciada por la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y por el proyecto CONECTA financiado por Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID).

Con posterioridad a la elaboración de la versión preliminar 2004, el país ha fortalecido y definido sus compromisos con los Objetivos y Metas del Milenio, estableciendo las estrategias, intervenciones prioritarias y costos de las mismas³. Así mismo, se ha establecido diversas reglamentaciones del marco legal vigente^{4,5}, y definió una Agenda

¹ CERSS:- Ley General de Salud (42-01). Primera Edición. Santo Domingo. Abril 2001.

² SESPAS (UMDI).- Plan Nacional Decenal de Salud 2004-2014. Santo Domingo 2004.

³ ONAPLAN, COPDES y Naciones Unidas.- “Invirtiendo en el Desarrollo Sostenible de la República Dominicana”. Informe sobre los Objetivos y metas del Milenio 2005. Santo Domingo 2005.

⁴ SESPAS, CERSS.- Reglamentos de la Ley General de Salud (42-01). Volumen 1. Santo Domingo 2004.

⁵ SESPAS, CERSS.- Reglamentos de la Ley General de Salud (42-01). Volumen 2. Santo Domingo 2005.

Estratégica para la Reforma del Sector Salud⁶, cuyos contenidos contribuyen a favorecer y hacer más aplicables las disposiciones legales y a lograr una mayor coordinación entre el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y el del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Por otra parte, han ocurrido procesos que han incidido fuertemente en la economía nacional y se ha firmado el tratado de libre comercio con los Estados Unidos. Al mismo tiempo, se ha definido y comenzado a aplicar políticas y estrategias como la Movilización Tolerancia Cero y han ocurrido avances en la definición del Modelo de Atención y sobre la organización de las redes de servicios. Todos estos hechos, sumados a la necesidad de fortalecer el carácter estratégico y consensuado del Plan Decenal de Salud, hicieron necesaria su actualización y enriquecimiento antes de su promulgación definitiva.

El 13 de abril del 2005 fue dictada la Disposición Administrativa 00013, con base en la cual se establecieron orientaciones para los procesos que permitieran completar el proceso de elaboración del Plan.

En enero 2006, las autoridades declararon de alta prioridad concluir el proceso, decidieron asumir la versión preliminar como su principal insumo y mediante la Disposición Administrativa N° 0002-2006 se estableció una Comisión de Actualización, Consulta y Finalización del Plan Decenal, con la finalidad de completar el proceso, asegurar la más amplia participación de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y sectores sociales, y fortalecer el carácter estratégico, más que normativo, del Plan. Esta Disposición, además, estableció que el Despacho del Secretario asumiría directamente la responsabilidad de coordinar todo el proceso.

La SESPAS estableció un Acuerdo con el Centro de Gobernabilidad y Gerencia Social de la Universidad INTEC (CEGES/INTEC) para formar parte de la mencionada Comisión, a fin de coordinar técnicamente estos procesos y aprovechar su amplia experiencia previa en procesos de consulta nacional, entre otros en la elaboración del Plan Decenal de Educación. Por su parte, CEGES/INTEC estableció acuerdos con el Centro de Estudios del Género y el Programa INTEC de Seguridad Social (PROISS), ambos de la Universidad INTEC, así como con el Instituto Dominicano para el Desarrollo Social (IDESARROLLO), para fortalecer los aspectos técnicos y logísticos del proceso.

Instalada el 19 de mayo del 2006, la Comisión comenzó por realizar una exhaustiva revisión de la versión preliminar, en un taller celebrado el 14 de junio 2006, posteriormente elaboró una metodología de trabajo, la cual fue presentada en consulta al Consejo Nacional de Salud el 6 de junio. Posteriormente, el 27 de junio, se elaboró un documento de Lineamientos Estratégicos para el Plan Decenal de Salud, como marco para el proceso de actualización y enriquecimiento de la versión preliminar, y un calendario de consultas de informantes clave, correspondientes a la primera etapa del proceso. Ambos fueron presentados en consulta al Consejo Nacional de Salud el 8 de agosto.

⁶ SESPAS, CERSS.- Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud 2004. Santo Domingo 2005.

La presente es aun una versión en borrador del Plan Decenal de Salud 2006-2015 que será sometida en consulta ante el Consejo Nacional de Salud y ante los mas diversos sectores de la sociedad. Ha sido redactada, a partir de la versión preliminar 2004, considerando los Lineamientos Estratégicos elaborados en el 2006 y los productos obtenidos en los 13 talleres de consulta en las diferentes regiones del país, en los que participaron 640 informantes clave seleccionados, en las diferentes regiones del país y a nivel nacional, que incluyeron funcionarios y técnicos de la SESPAS de nivel central, y de las Direcciones Regionales y provinciales de Salud, así como representantes de organizaciones de la sociedad civil, de la cooperación internacional y de partidos políticos⁷.

1.2.- Marco de referencia conceptual.

1.2.1.- El Plan Nacional Decenal de Salud como agenda estratégica nacional en salud.

El sector salud en la República Dominicana se caracteriza por una alta complejidad de instituciones, organizaciones, actores e intereses no siempre convergentes. Esta diversidad no ha logrado constituirse en un verdadero sistema en le cual los diversos componentes, como subsistemas, interactúen armónicamente en forma sinérgica, para lograr el uso mas eficiente de los recursos y para alcanzar mejores resultados de impacto sobre la situación de salud de las poblaciones.

El Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al artículo 6 de la Ley 42-01, “ es el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamientos, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realizan acciones de salud...”

En el año 2004 fue definida por las autoridades nacionales una Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud⁸, para el período 2004-2008. Esta priorizó 4 grandes líneas estratégicas y dos ejes transversales. Para cada línea estratégica se establecieron resultados esperados y acciones relevantes a desarrollar.

**AGENDA ESTRATEGICA PARA
LA REFORMA DEL SECTOR
SALUD
2004-2008**

Líneas estratégicas:

- 1.- Fortalecimiento del rol Rector de la SESPAS..
2. Organización de las Redes Públicas de Servicios a nivel regional.
- 3.- Acceso equitativo a medicamentos.
- 4.- Garantía de aseguramiento con énfasis en menores ingresos.

Ejes transversales:

- a) Sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica.
- b) Gestión de recursos humanos

SESPAS/CERSS. 2004.

⁷ Informe CEGES/INTEC. Santo Domingo octubre 2006.

⁸ SESPAS, CERSS.- Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud 2004. Santo Domingo 2005.

Esta agenda fue reforzada en mayo 2006, mediante la firma de un compromiso interinstitucional para acelerar la reforma sanitaria y de la seguridad social⁹, sobre todo en cuanto a los compromisos para el desarrollo de las redes de servicios públicos y el fortalecimiento de la afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015), constituye la expresión de la agenda estratégica del conjunto del sector salud del país y la base para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años. Expresa un compromiso nacional con las prioridades, los objetivos y los proyectos estratégicos consensuados que lo componen, a partir de una visión de largo plazo sobre la situación de salud y del sistema de salud que, con el mas amplio consenso nacional, ha sido considerada deseable y posible de ser producida en el período 2006 al 2015. El Plan Decenal de Salud es un instrumento de carácter predominantemente estratégico, mas que normativo, que partiendo de un análisis de la situación actual, define las grandes orientaciones y prioridades estratégicas de los procesos a desarrollar, y que ha de servir de marco de referencia para la elaboración de los planes operativos anuales y específicos de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud, a fin de fortalecer la coherencia y direccionalidad en el desarrollo y en la gestión de cada uno de los subsistemas y componentes del mismo, favoreciendo una mayor efectividad e impacto sobre la salud de las poblaciones..

OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO	
OBJETIVOS	METAS
1.- ERRADICAR EL HAMBRE Y LA POBREZA EXTREMA	1.- Reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos menores de 1 US\$ diario (PPP) entre 1990 y 2015. 2.- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufre de hambre, entre 1990 y 2015.
2.- ALCANZAR COBERTURA UNIVERSAL DE LA ESCOLARIDAD PRIMARIA.	3.- Asegurar que para el 2015 los niños y niñas en el mundo pueden completar el ciclo completo de educación primaria.
3.- PROMOVER LA EQUITAD DE GENERO Y LA AUTONOMIA DE LAS MUJERES.	4.- Eliminar las inequidades de genero en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y a todos los niveles educativos antes del terminar el 2015.
4.- REDUCIR LA MORTALIDAD DE LA INFANCIA.	5.- Reducir la tasa de mortalidad de menores de cinco años en dos tercios entre 1990 y 2015.
5.- MEJORAR LA SALUD MATERNA.	6.- Reducir la mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015.
6.- COMBATIR EL VIH/SIDA, MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES.	7.- Haber detenido y comenzado a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el 2015. 8.- Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de malaria y otras enfermedades severas para el 2015.
7.- ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL.	9.- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales y revertir la pérdida de recursos ambientales. 10.- Reducir el porcentaje de persona sin acceso al agua de consumo, a la mitad para el 2015. 11.- Haber mejorado considerablemente las condiciones de vida de por lo menos 100 millones de habitantes de viviendas miserables para el año 2020..
8.- CONSTRUCCION DE ALIANZAS INTERNACIONALES Y COMPROMISOS DE LOS PAISES DESARROLLADOS.	

1.2.2.- Compromiso con el Desarrollo Humano y Sostenible y los Objetivos y Metas del Milenio.

La situación de salud es expresión y al mismo tiempo un componente esencial de la calidad de vida de los diferentes sectores de la población. Es un medio y un fin del desarrollo. El Plan Decenal 2006-2015 constituye la expresión de un claro compromiso nacional y del Sistema Nacional de Salud para alcanzar los Objetivos y Metas de desarrollo del Milenio y fortalecer el desarrollo humano y sostenible y la gobernabilidad

⁹ SESPAS, SENASA, PROMESE/CAL, CERSS.- Compromiso Institucional para Acelerar la Reforma del Sector Salud. Santo Domingo 20 de mayo 2006.

democrática. Por lo tanto, expresa un compromiso de coherencia con las estrategias nacionales de desarrollo y con los planes nacionales para lograr las Metas del Milenio y reducir la pobreza..

1.2.3.- Compromiso con la Producción Social de la Salud.

El Plan Nacional Decenal de Salud “es el principal instrumento para la conducción y regulación continua e integral de la producción social de la salud y del Sistema nacional de Salud”¹⁰; y expresa el mandato legal, según el cual “la producción social de la salud está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad ... producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brinda a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones ...para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. Por lo tanto, la salud no es atribución exclusiva del sector salud y, en consecuencia, ya no se prestará exclusivamente dentro de sus instituciones”¹¹.

El PLANDES 2006-2015 expresa el compromiso del Estado y de la sociedad dominicana de coordinar sus esfuerzos para alcanzar sus objetivos estratégicos que harán posible alcanzar una mejor situación de salud, en el entendido que la salud es expresión de la calidad de vida de las personas y las poblaciones, de la cual la atención de las personas enfermas es solo un componente.

El compromiso del Sistema nacional de Salud con la producción social de la salud, se traduce en una priorización del nivel primario de atención, con el desarrollo de un modelo integral de atención y sobre todo con un fortalecimiento de las estrategias intersectoriales de promoción de la salud y el desarrollo de espacios saludables (Municipios, escuelas, empresas, barrios, etc). En consecuencia, se asume que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud implica una reformulación de las relaciones entre el Estado y la sociedad y sus organizaciones que favorezca la participación ciudadana en la planificación y gestión de los establecimientos y programas de salud, y en la contraloría social de la administración. Además, expresa una voluntad de descentralización y desconcentración de los recursos, servicios y programas, un esfuerzo sostenido de desarrollo de la planificación local participativa de la salud, vinculada a los planes de desarrollo económico y social, a nivel local, municipal y provincial, y un fortalecimiento del involucramiento del poder municipal en la salud.

Por lo tanto, el compromiso del Sistema Nacional de Salud con la producción social de la salud, supone una superación de los conceptos y prácticas de la promoción de la salud que la limitan a experiencias de comunicación social o de educación sanitaria, para ampliarla y centrarla en los procesos de participación social e institucional intersectorial en el fomento de una mejor calidad de vida para las poblaciones. La promoción de la salud se constituye así en la estrategia del Sistema Nacional de Salud mediante la cual interactúa con las organizaciones de la sociedad y otras instituciones públicas, privadas y

¹⁰ Decreto Presidencial N° 635-03. Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema nacional de Salud. Artículo 38.

¹¹ Ley general de Salud (42-01). Artículo2.

no gubernamentales, en el marco de la planificación local participativa, para coordinar los esfuerzos de todo el Estado y la sociedad para mejorar la calidad de vida y producir socialmente mejor salud.

1.2.4.- Enfoque de derechos y de equidad.

De acuerdo al marco legal vigente, toda la población dominicana y residentes en el territorio nacional, somos titulares del derecho a la salud, entendida esta como la promoción, prevención y control de las enfermedades y problemas prioritarios de salud, y como a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. La salud es entendida como un medio y un fin para el bienestar y el desarrollo humano y se asume la *producción social de la salud* como ligada al desarrollo global de la sociedad. Para hacer realidad este derecho, se establece el mandato legal de desarrollar el Sistema Nacional de Salud.

El PLANDES 2006-2015 expresa por lo tanto el compromiso nacional para satisfacer el derecho a la protección social de la salud de toda la población mediante el pleno desarrollo del Sistema Nacional de Salud en forma coherente con el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social y las políticas y estrategias nacionales de desarrollo. Este enfoque de derechos, supera los enfoques predominantemente asistencialistas que históricamente han prevalecido en el desarrollo del sistema público de salud del país y se relaciona con un concepto de ciudadanía, como sujetos de derechos y deberes.

La satisfacción del derecho a la protección social de la salud implica priorizar y lograr reducir progresivamente las brechas en la situación de salud y en el acceso al aseguramiento y a servicios de calidad en forma oportuna, en su dimensión social, territorial y cultural. Implica, así mismo, un fuerte compromiso nacional por superar la exclusión social en salud, por ingreso familiar, por razones culturales o geográficas, en el entendido que el acceso universal de todos y todas los ciudadanos(as) a los medios necesarios para obtener y preservar una situación de salud compatible con la dignidad y con las posibilidades de aportar al desarrollo personal, familiar, comunitario y nacional, constituye un requisito y a su vez un componente esencial de la ciudadanía. En este sentido, el Plan Decenal expresa un compromiso nacional para que el desarrollo del Sistema Nacional de Salud responda a un enfoque ético de derechos con un enfoque de equidad social, que se exprese transversalmente en sus prioridades, objetivos estratégicos, estrategias de intervención, organización y funcionamiento.

1.2.5.- Enfoque de equidad de género.

El Sistema Nacional de Salud debe incorporar y desarrollar progresivamente un enfoque de equidad de género como eje transversal. Este enfoque ha de expresarse, en lo posible, en el análisis de la situación de salud y en los proyectos y programas, considerando las necesidades específicas según ciclo de vida.

El propósito de la transversalización de género en el proceso de construcción del Plan Nacional Decenal de Salud, así como durante su ejecución, es acercar a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, (SNS) al reconocimiento de las desigualdades sociales que separan a hombres y a mujeres, para que las mismas sean consideradas en la definición de objetivos estratégicos, acciones y resultados del PLANDES 2006-2015.

Se entiende que transversalización del enfoque de género, en el Plan y las intervenciones que de él se derivan, significa considerar las consecuencias políticas, económicas y sociales que tiene el reconocimiento socialmente diferenciado de hombres y mujeres. Es un análisis que no refiere a mujeres o a hombres de manera aislada, sino a las relaciones que se construyen entre ambos, y que se traducen en factores de riesgo y se expresan en la situación de salud. Las brechas de género en salud son las consecuencias de los patrones desiguales de acceso, participación y control de los recursos, los servicios, las oportunidades y los beneficios de la salud, como componente del desarrollo. y la transversalización de género en políticas de salud procura incidir en la interacción de hombres y mujeres, niños y niñas, y entre ellos en sus diferentes ciclos de vida y ámbitos, como son familia, vida política y laboral, o relaciones comunitarias.

La comprensión de que esas desigualdades forman parte de una histórica realidad nacional en que hombres y mujeres se perciben y son percibidos de manera diferenciada, es una consideración básica que determina el acceso, uso y beneficios de los servicios de salud, por lo que la misma se debe reflejar en la concepción del plan, en la estructura y en la definición de funciones.

Mediante la incorporación de esta perspectiva, en la formulación y ejecución del PLANDES 2006-2015 se busca identificar y superar los principales obstáculos que estas desigualdades representan para el logro de objetivos sanitarios, y el reconocimiento de que sólo pueden ser atendidos con eficiencia si la visión de género es asumida desde cada uno de los niveles y programas del sistema, y que lo contrario arriesga la sostenibilidad del plan y de sus procesos, con casi seguras consecuencias negativas sobre los indicadores.

1.2.6.- Compromiso con la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

DECLARACION DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

“La atención primaria de salud es 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, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el 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 de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (Extracto)

El PLANDES 2006-2015, asume y expresa un claro compromiso nacional para desarrollar el Sistema Nacional de Salud con base en la estrategia de Atención Primaria de la Salud,

con base en las formulaciones de la Conferencia de Alma Ata en 1978¹² y en La Renovación de la APS en las Américas acordada en 2003¹³.

En consecuencia, en el contexto del PLANDES 2006-2015, el Estado y la sociedad dominicanos asumimos el compromiso de lograr acceso universal, de toda la población al nivel primario de atención del Sistema Nacional de Salud y al mismo tiempo reformular el conjunto del Sistema y de sus Redes de Servicios, en función de fortalecer el nivel primario de atención hasta lograr que tenga capacidad para resolver alrededor del 80% de la demanda y los motivos de consulta en los diferentes sectores de la población.

**RENOVACION DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LAS
AMERICAS.**

“Un sistema de salud basado en la APS...hace del derecho al logro del nivel de salud mas alto posible su principal objetivo...maximiza la equidad y la solidaridad...responde a las necesidades de la población ...orientada a la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.”

OPS/OMS. Washington 2005

Este compromiso con la estrategia de Atención Primaria en Salud, implica además asumir un modelo integral de atención de la salud, con una adecuada articulación entre la salud colectiva y la atención a las personas, y un fortalecimiento de las estrategias de promoción de la salud, de la intersectorialidad y la participación ciudadana.

1.3.- Marco jurídico.

El Plan Nacional Decenal de Salud 2006-2015 da respuesta al mandato establecido en la Ley 42-01, en su artículo 8, Párrafo II, el cual establece que: “la SESPAS, en su calidad de institución rectora del Sistema Nacional de Salud, formulará cada diez años una política y un Plan Nacional de Salud, constituyendo estos los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud”.

Así mismo, responde al contenido del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud (Decreto 635-03), en sus artículos 35, 36, 37 y 38, cuyos contenidos especifican que el Plan Nacional de Salud ha de tener un carácter de plan estratégico y principal instrumento de conducción y regulación del Sistema Nacional de Salud y de la producción social de la salud, y se establece que la elaboración del Plan debe contar con amplia participación activa de todos los sectores y actores que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, da cumplimiento al contenido de la Disposición Administrativa N° 0002-2006, tanto en las orientaciones estratégicas del Plan como en el contenido del mismo y en cuanto fue elaborado a partir de la versión preliminar 2004, y en cuanto al carácter ampliamente participativo y consensuado del proceso de elaboración.

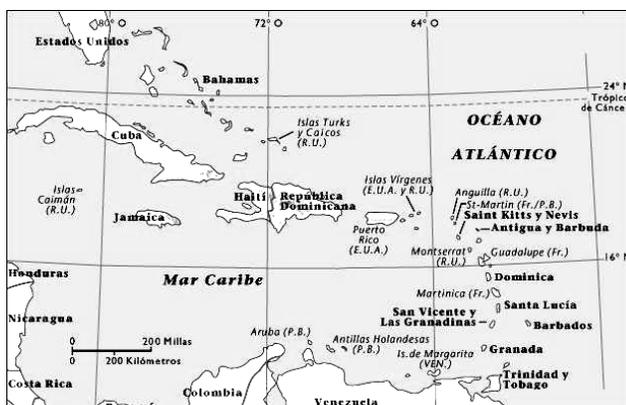
¹² Organización Mundial de la Salud.- Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata. URSS. 1978.

¹³ Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.- Renovación de la Atención primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición. Washington 2005.

II.- ANALISIS DE LA SITUACIÓN.

3.1.- Generalidades.

La República Dominicana, con 48,442 Km² de extensión, ocupa los dos tercios orientales de la isla La Española, en el Mar Caribe, del continente Americano, la cual comparte con la República de Haití. De acuerdo al último VII Censo Nacional de Población y Vivienda¹⁴, realizado en 2002, la población del país era de 8,562,541 habitantes Para el año 2005, la población estimada



DATOS DEMOGRÁFICOS BÁSICOS. República Dominicana circa 2005.		
Indicador	República Dominicana	América Latina y Caribe
Población Total (miles) 2005	9,100	480,416
Población masculina (%)	49.81	49.68
Población femenina (%)	50.19	50.32
Población menor de 15 años (%)	36.4	33.9
Población de 15 a 64 años (%)	59.7	61.1
Población de 65 y mas años. (%)	3.9	5.0
Relación de dependencia (%)	67.6	63.6
Nacimientos anuales (miles) *	206	11,359
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)*	21.8	20.1
Tasa global de fecundidad (por 100 mujeres edad fértil)*	2.6	2.4
Mujeres en edad fértil (%)	51.4	52.3
Muertes anuales (miles)*	54	3,489
Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes)*	5.8	6.2
Esperanza de Vida al nacer (años)	-	-
Total	71.4	72.3
Masculina	69.0	69.2
Femenina	73.9	75.6
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)*	29.4	28.3
Tasa de crecimiento anual (por mil habitantes)*	14..6	13.2

Fuente: CEPAL/CELADE. Bol. Demográfico N° 69. Santiago de Chile 2002.
* Corresponde al período 2005-2010

por la CEPAL/CELADE era de 9,100,000 habitantes¹⁵. El 66% se concentra a nivel urbano (73% para el 2015) y la densidad poblacional es de 169 habitantes por Km cuadrado, y un saldo migratorio negativo, para el periodo 1990-95 de -3.3 por mil habitantes.

De acuerdo a la Constitución de la República¹⁶, las máximas autoridades son electas mediante

sufragio universal y se consagra la división de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. La ley General de Salud (42-01) rige la conformación y desarrollo del Sistema

¹⁴ Oficina Nacional de Estadística.- VII Censo Nacional de Población y Vivienda. 2002. República Dominicana en Cifras 2005. Santo Domingo 2006.

¹⁵ CEPAL/CELADE.- Boletín Demográfico N° 69. Santiago de Chile 2002.

¹⁶ Constitución de la República Dominicana. WWW/presidencia.gov.do Consultada 30 de septiembre 2006

Nacional de Salud y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social rige el desarrollo de la protección social de la población.

La situación de salud del país, para los fines del PLANDES 2006-2015, ha sido analizada en tres componentes: a) El entorno nacional e internacional, b) Los problemas de salud de la población y c) La situación del sistema de salud.

El análisis de situación se presenta en tres bloques: a) El entorno como condicionante de la calidad de vida y la situación de salud. b) Los problemas de salud de las poblaciones. c) La situación del sistema de salud.

No se trata por lo tanto de un esfuerzo predominantemente descriptivo e informativo, los cuales han sido realizados y pueden ser encontrados en los documentos Análisis de Situación de Salud (ASIS)¹⁷ y el Análisis Sectorial de Salud¹⁸, los cuales deben ser considerados como complementarios y como precedentes a la elaboración de esta versión del PLANDES 2006-2015. Se trata de una revisión intencionada para sustentar la Carta de Prioridades, los objetivos y los Proyectos Estratégicos prioritarios que forman parte del Plan..

3.2.- Sobre el entorno nacional e internacional como condicionantes de la salud y la calidad de vida.

3.2.1.- Crecimiento económico con pobreza y exclusión social. Necesidad de fortalecer las políticas sociales y de salud hacia la equidad y solidaridad.

La República Dominicana es el país de AL y Caribe cuya economía más creció en los últimos 50 años (hasta 2002), y en los años 90 estuvo entre los de más alto crecimiento en el mundo. Sin embargo, es el segundo país que peor aprovechó esta oportunidad para mejorar el IDH. Por

	1961-70	1971-80	1981-90	1991-99	2000-03
RD	2.47	4.17	0.31	3.75	1.97
América Central *	2.70	1.50	-0.81	1.81	0.53
ALC**	2.71	3.44	-0.74	2.05	0.26
Mundo***	4.15	2.68	2.29	1.72	2.70

Nota: *Promedio simple; **promedio ponderado, n=26; ***promedio ponderado, n=109. PIB calculado a paridad del poder adquisitivo del año 1995.
Fuente: Basado en Loayza, Fajnzylber y Calderón (2002) y WDI (2004).
 Tomado de: Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Informe N° 32422-DO. 2006

eso su posición relativa en el mundo y en el continente se ha deteriorado. Nuestra economía no redistribuye suficiente protección social. El 20% más rico de la población se apropia del 56% de los ingresos nacionales, mientras que el 20% mas pobre apenas alcanza al 4% del mismo, para un coeficiente de Gini de 0.52¹⁹, similar al promedio de

¹⁷ SESPAS; Dir. General de Epidemiología.- Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana 2003. Santo Domingo julio 2004.

¹⁸ SESPAS. Subsecretaría de Planificación. Análisis Sectorial de Salud de la República Dominicana (versión preliminar en proceso) 2006. Santo Domingo agosto 2006

¹⁹ Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Informe sobre la pobreza en República Dominicana. Santo Domingo junio 2006.

América latina, el continente mas inequitativo del mundo. De acuerdo a la CEPAL, este coeficiente, para el año 2002, a nivel rural fue de 0.473 y el urbano de 0.548, y el nacional aumentó entre 1997 y 2002 de 0.517 a 0.544, mostrando la tendencia al incremento de las inequidades en el país²⁰ que es necesario revertir.

Mientras que este elevado crecimiento económico hasta el 2002 apenas logró reducir la población en condiciones de pobreza entre 1% y 2%, manteniéndose para entonces alrededor del 26% al 27% (8% al 9% de extrema pobreza), en apenas dos años de crisis (2003 y 2004), la pobreza se incrementó en un 50 % y la pobreza extrema se duplicó. Para fines del 2004, el 42% de la población era pobre y el 16% vivía en extrema pobreza. Esto significó que, en tal solo dos años, 1.5 millones de personas pasaron a ser pobres²¹. Por lo tanto, no solamente el crecimiento económico no se ha traducido en una mejoría equivalente de la calidad de vida, sino que ha sido acompañado por una muy elevada vulnerabilidad social a las crisis económicas.

Este rezago en el desarrollo social tiene además un fuerte impacto negativo sobre la competitividad sistémica del país y en la calidad de vida de la población en general. Para el año 2006, el 56% de la Población Económicamente Activa ocupada está en el sector informal y el 16% del total de la Población Económicamente Activa se encuentra desempleada. El 65.9 % de los empleados son hombres²².

Nuestro país ha hecho un significativo esfuerzo en los últimos decenios para aumentar la cobertura del sistema escolar y del sistema de salud. Sólo entre 1996 y 2002, la proporción de personas sin educación se redujo a la mitad (del 20% al 10%, y la proporción de población con educación secundaria y universitaria ascendió de 25% al 30%. La población entre 20 a 29 años ya tiene un promedio de 8 años de escolaridad²³. Así mismo, la cobertura del sistema de salud ha aumentado considerablemente, por ejemplo, el 99.2% de las embarazadas recibe atención prenatal por médicos (65% por especialistas), el 93.5% con 4 o mas visitas, y el 82.3% comenzó en el primer trimestre de embarazo. El 95.3 % de los partos ocurren en establecimientos de atención médica (70.8% públicos y 24.5% privados) y solo el 4.6% ocurre en otros lugares. Pocos países de nuestro continente pueden exhibir estos niveles de cobertura de los servicios de salud.

Estos esfuerzos de ampliar la accesibilidad a educación y servicios de salud, sin embargo, no han dado los resultados que era de esperarse, en la reducción de la pobreza y la exclusión social. La repitencia escolar se mantiene entre el 5% y el 10% según el grado, y la deserción escolar entre el 6% y el 13%. La tasa de mortalidad materna se ha mantenido como una de las más altas del continente, entre 124 y 178 por cien mil nacidos vivos, según el método de estimación²⁴.

²⁰ CEPAL.- Anuario Estadístico de América latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile. 2006

²¹ Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Informe sobre la pobreza en República Dominicana. Santo Domingo junio 2006.

²² Banco Central de la República Dominicana.- Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo. Abril 2006. Santo Domingo junio 2006.

²³ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

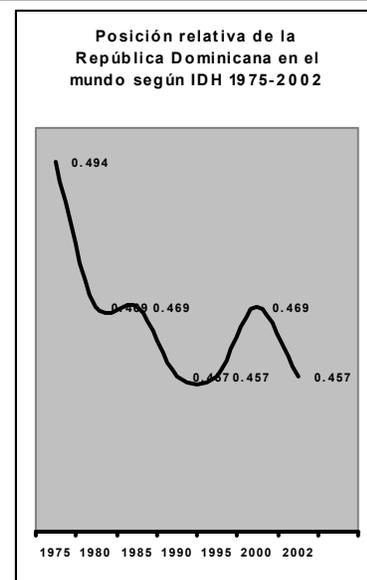
²⁴ Idem.

Entre las principales explicaciones de este rezago en el desarrollo social se ha señalado las debilidades en el desarrollo institucional de las redes de protección social de la población, entre ellas los sistemas de salud y de educación, lo que se traduce en deficiencias en la calidad de los servicios y en la capacidad de concentrar las intervenciones en los problemas y poblaciones más prioritarias, lo que expresa en la existencia de crecientes inequidades y exclusión social en términos de calidad e impacto sobre la calidad de vida. Es necesario reorientar el desarrollo del sistema de salud hacia la calidad, la solidaridad y la construcción de capital humano y capital social.

La experiencia internacional muestra que los países subdesarrollados con mayor éxito en construir capital humano y capital social, y en los cuales las poblaciones son menos vulnerables a los periodos de crisis, han sido aquellos que aplicaron políticas sociales de largo plazo y de carácter universal²⁵. La protección social de la población es un componente indispensable de las políticas de desarrollo humano y sostenible²⁶. Hay una marcada necesidad de servicios estables, accesibles y de calidad que protejan a los pobres y a los sectores medios. Sobre todo de educación y salud; necesidad de cambios de fondo en el sistema de salud, de seguridad social y de educación.

Necesitamos por lo tanto, fortalecer y desarrollar las redes institucionales de protección social que nos permitan alcanzar los Objetivos y Metas del Milenio, pero no se trata solo de un asunto cuantitativo sino sobre todo de calidad y de reestructuración del sistema a fin de incrementar la calidad del gasto y su mayor traducción en impacto sobre la calidad de vida. Se requiere un esfuerzo conjunto del Estado y la sociedad para lograr reorientar el desarrollo del sistema de salud. Como ha señalado A. Sen, la pobreza y la exclusión social son dos de las más importantes barreras para el desarrollo²⁷. Por su parte, B. Klisberg, ha destacado que "...son indispensables amplias concertaciones nacionales en áreas clave como la lucha contra la pobreza, la educación, la salud, el micro crédito, la creación de empleos, el apoyo a la pequeña y mediana empresa, y otras que implican una democratización real de las oportunidades productivas"²⁸.

PNUD. Informe de Desarrollo Humano de la República Dominicana 2005.



Se hace necesario, por lo tanto, que las políticas sociales fortalezcan enfoques basados en criterios poblacionales y territoriales y en criterios de

²⁵ Zaltzman Ariel. Banco Mundial.- "Experiencing with Institutionalizing Monitoring and Evaluation Systems in Five Latin-American Countries". The World Bank. Evaluation, Capacity and Development Group. Working papers No. 16. Washington DC. 2006.

²⁶ CEPAL.- "La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento, solidaridad". Trigésimo primer periodo de sesiones de la CEPAL. Montevideo. 23 de marzo 2006.

²⁷ Sen Amartya.- Social Exclusion, concept, application and scrutiny. Social Development Papers No. 1. Asian Development Bank. June 2000.

²⁸ Kilisberg Bernardo.- "Hacia una nueva generación de políticas sociales en Latinoamérica: Un análisis comparativo". Rev. CLAD Reforma y Democracia. No. 35. Junio 2006

universalidad que atienden a los derechos de la ciudadanía y que se prioricen y fortalezcan los desarrollos institucionales, permanentes. Se hace necesario un enfoque de *Desarrollo Humano y Sostenible y de Derechos y Desarrollo de Capacidades*²⁹ (Amartya Sen). El fortalecimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, constituye en este contexto, junto con el sistema educativo, uno de los pilares principales para superar las inequidades sociales, para la construcción de ciudadanía y para el desarrollo de la competitividad sistémica de nuestra sociedad.

3.2.2.- *Rezagos en el Desarrollo Humano y Sostenible.*

a) Brechas con respecto a otros países.

Aun cuando el Índice de Desarrollo Humano de la República Dominicana ha mantenido una tendencia histórica a mejorar, esta mejoría no se corresponde con los incrementos en el PIB per cápita. Mientras este último, medido en US\$ ajustado según el poder adquisitivo real (PPA) ha pasado de US\$ 3,460 a US\$ 6,640 entre 1975 y 2002, el IDH apenas se ha elevado de 0.167 a 0.738 en el mismo período. En consecuencia, como se aprecia en el gráfico tomado del Informe de Desarrollo Humano 2005, la posición relativa del país con respecto a los 89 otros países en los cuales se calcula este indicador se ha deteriorado en el tiempo. El nivel de desarrollo humano del país está por debajo del promedio latinoamericano en cada uno de sus componentes y en el total. Para el año 2003, el IDH del país fue de 0.749. Ese mismo año el promedio de los países de América latina y el caribe fue de 0.777, Chile tenía 0.854 y Barbados 0.878. Más aun, ocupamos uno de los últimos lugares en el continente, en cuanto al aprovechamiento de nuestras posibilidades económicas para mejorar la calidad de vida de la población³⁰.

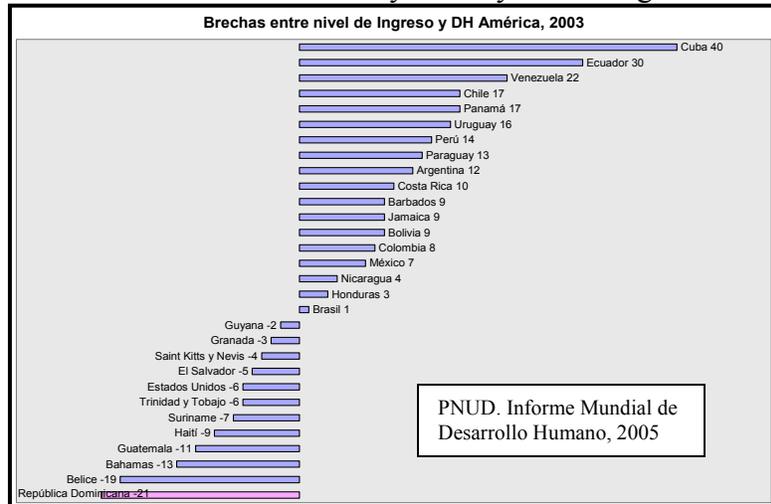
Este rezago, con respecto a otros países, expresa la limitada capacidad redistributiva que ha tenido nuestra economía y la existencia de crecientes inequidades sociales entre diferentes sectores sociales, entre territorios y entre géneros y la exclusión de sectores de la población del acceso al aseguramiento, a servicios integrales de salud de calidad y a intervenciones de prevención y control de problemas prioritarios efectivos y basados en estrategias de promoción de la calidad de vida y salud.

Entre los indicadores que forman parte del Índice de Desarrollo Humano, la Esperanza de Vida al Nacer (EV0) es el más directamente relacionado con el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La EV0 expresa un resumen de las probabilidades de morir en las diferentes edades de la población, en un momento dado, pero sobre todo es fuertemente influenciada por las tasas de mortalidad específica en la infancia, adolescencia y juventud.

²⁹ Sen Amartya.- Social Exclusion, concept, application and scrutiny. Social Development Papers No. 1. Asian Development Bank. June 2000.

³⁰ ONUD.- Informe de Desarrollo Humano de la República Dominicana 2005. Santo Domingo 2005.

El compromiso del Sistema Nacional de Salud, en el contexto del PLANDES 2006-2015, es contribuir al desarrollo humano nacional, reduciendo las tasas de mortalidad, y en un esfuerzo por reducir las marcadas diferencias socioeconómicas, territoriales y de género existentes. El limitado impacto de la inversión social en salud es la expresión de fuertes tradiciones sobre la articulación entre inversión económica y social y sobre la gestión del gasto en salud, que se traducen un baja calidad y efectividad de la misma. Para superar las brechas de desarrollo humano entre nuestro país y la mayoría del continente, y las que separan poblaciones y territorios a nivel nacional es necesario desarrollar nuevas formas de distribución del ingreso nacional, mayor redistribución social y cambios de fondo en la gestión de salud, a fin de asegurar el mayor impacto sobre los problemas prioritarios de salud y en las poblaciones y territorios tradicionalmente mas postergados. Nuestro país ocupa uno de los últimos lugares en cuanto al aprovechamiento de sus recursos disponibles para elevar la calidad de vida. Se requiere por tanto un esfuerzo conjunto del Estado y de la sociedad para revertir esta



b) Rezagos y brechas territoriales.

El desarrollo humano varía considerablemente entre las diferentes regiones del país, mostrando fuertes inequidades. Los 15 municipios menos pobres del país (22.5% de pobreza en promedio) se encuentran en espacios mas densamente poblados y con mayor desarrollo, mientras los 15 municipios y distritos municipales (88% de pobreza en

Índice de Desarrollo Humano República Dominicana y América latina y Caribe						
País y Región	Esperanza De Vida al Nacer	Tasa de alfabetización adultos (% de 15 años y mas)	Tasa de combinada de matriculación (%)	Tasa bruta de matriculación (%)	PIB per cápita de (PPA en US\$)	Índice de Desarrollo Humano (IDH)
América Latina y Caribe	70.5	88.6	81		7,223	0.777
Rep. Dominicana	66.7	84.4	77		6,640	0.738

Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano República Dominicana. Santo Domingo 2005

promedio), se ubican en su gran mayoría en el suroeste del país. La brecha de IDH entre la región mas favorecida y de menor desarrollo fue de 95%. Es decir, el nivel de desarrollo humano de la región menos favorecida apenas alcanza al 5% del nivel correspondiente a la más favorecida. En general las regiones con menor ingreso per cápita suelen tener menores IDH ($r = 0.94$), este es el caso de las regiones de El Valle y Enriquillo en contraste con el Distrito Nacional y otras regiones. Sin embargo, destacamos que el Índice de Esperanza de Vida al nacer está mas correlacionado con el Índice de Educación ($r = 0.834$) que con el de Ingreso ($r = 0.746$), lo cual es coincidente

con la tradicionalmente conocida asociación entre nivel educativo y situación de salud, y parecería sugerir que si bien elevar los ingresos familiares aporta significativamente a mejorar la situación de salud, sobre todo en las poblaciones más empobrecidas, no es suficiente y logra mayor impacto si se asocia a elevación del nivel educativo.

Indice de Desarrollo Humano regional. Rep. Dominicana 2002									
Rango IDH	Región	Esp. Vida al Nacer (años) 2002	Tasa Alfabetización Adultos %	Tasa Combinada de matriculación %	Ingreso per cápita (RD\$ mes)	Indice Esp. De Vida	Indice educación	Indice ingreso	IDH
1	DNacional	68.6	68.6	93	3,225	1.000	1.000	1.000	1.000
2	Nordeste	68.1	68.1	85	1,862	0.918	0.642	0.430	0.663
3	Norcentral	67.5	67.5	87	2,134	0.817	0.499	0.572	0.629
4	Valdesia	67.5	67.5	84	1,630	0.813	0.600	0.293	0.568
5	Este	65.8	65.8	87	1,842	0.520	0.511	0.420	0.484
6	Noroeste	67.0	67.0	81	1,534	0.719	0.470	0.230	0.473
7	CibaoCent	64.7	64.7	85	1,845	0.337	0.574	0.421	0.444
8	Erniquillo	63.9	63.9	77	1,229	0.194	0.132	0.000	0.109
9	El Valle I	62.8	62.8	73	1,244	0.000	0.135	0.013	0.049

Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano Rep. Dominicana 2005.

Es importante destacar que aun cuando la prevalencia de pobreza es mayor en el medio rural (55.5%) que en el urbano (42.2%), en los principales centros urbanos y polos de desarrollo del país, que presentan las más bajas prevalencia de pobreza, muestran grandes contrastes a su interior y concentran un elevado número de población en condiciones de pobreza³¹. En algunos casos, las brechas por municipios y pequeñas unidades territoriales, al interior de las regiones con mayor desarrollo pueden ser más grandes que las existentes entre provincias a nivel nacional.

c) Rezagos y brechas por género.

El Índice de Desarrollo Humano relativo a Género (IDG), mide las brechas en salud, educación e ingreso entre hombres y mujeres. Según datos del 2002, nuestro país tenía un IDG de 0.728, mientras que el promedio latinoamericano era de 0.766. Para el 2003, este índice, la RD ocupaba la posición 74 de 140 países, indicando falta de correspondencia entre ingresos y nivel de vida.

La información disponible muestra que se han reducido las distancias de género en el acceso en el sistema educativo. El analfabetismo femenino es de 10 % frente al 11% masculino. La tasa bruta combinada de matriculación en todos los niveles educativos es de 81.0 % en mujeres y 73.0 en masculino³², pero persisten grandes retrasos en el mercado laboral, en los ingresos y en el acceso a posiciones de conducción política (6% en el Senado y 20% en la Cámara de Diputados para el período 2006-2010)³³.

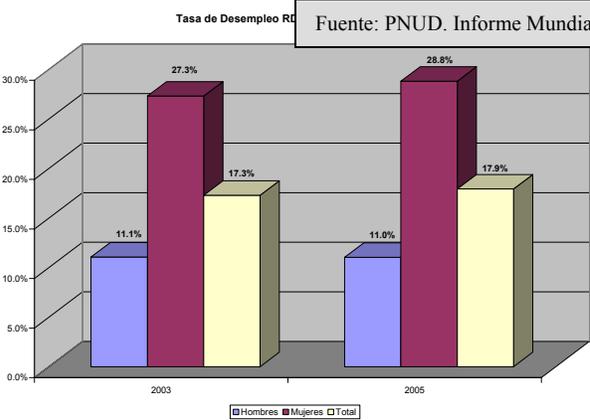
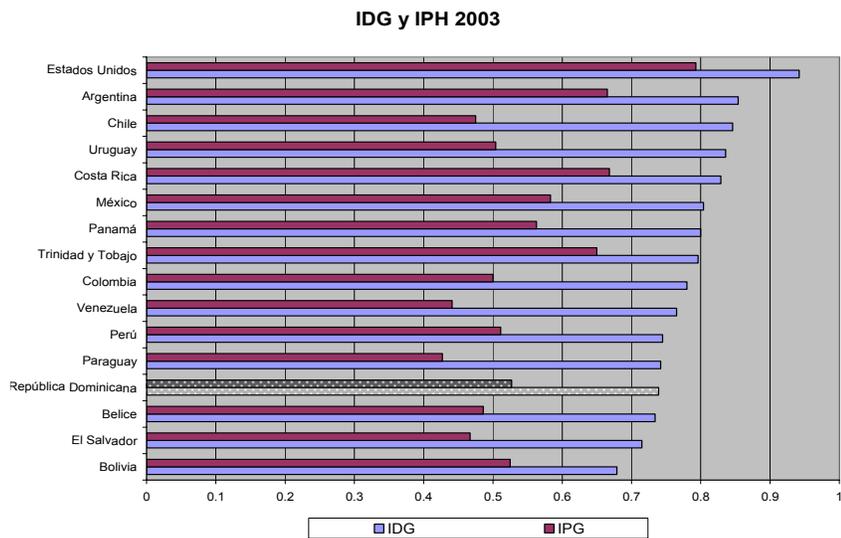
³¹ Secretariado Técnico de la Presidencia. ONAPLAN.- Focalización de la Pobreza en la República Dominicana. Santo Domingo 2005.

³² PNUD. Informe de Desarrollo Humano de República Dominicana 2005. Santo Domingo 2005.

³³ Congreso Nacional. Elecciones 2006. Resultados.

El desempleo femenino es de 26% frente al 11% masculino, con una tasa de desocupación 2.5 veces mayor que la masculina. El 62% del empleo femenino se concentra en el sector de servicios, de los más vulnerables en situaciones de inestabilidad. En el sector turismo la tasa de participación femenina alcanza 45% (limpieza, ama de llaves, etc.) es decir empleos con muy escasa movilidad social, (21.2% en comercio, 14.3% en industria manufacturera, 8.7% en hoteles, bares y restaurantes, y junto a 6.6% y 4.4% en intermediación financiera y administración pública, respectivamente). Bajo la categoría global de “otros servicios” aparece el 40.5% de la fuerza laboral femenina, -que incluye el servicio doméstico pagado-, (hace unos años se calculaba que tres de cada diez mujeres ocupadas, lo estaba en este tipo de actividad)³⁴.

Se entiende que la principal barrera está en la desigualdad de oportunidades para hombres y mujeres, expresada en mantenimiento de segmentación del mercado de trabajo y la discriminación salarial frente a trabajos de igual valor. El salario masculino es 27 por ciento más alto que el



femenino, aún cuando se controla el efecto del campo de actividad, las regiones, niveles de educación y experiencia laboral³⁵. El 14% de las mujeres frente al 1% de los hombres reportó “obligaciones familiares” como razón de “desaliento” en su situación de cesantía³⁶.

El aumento de la pobreza en el país se ha basado en años recientes, no solo en el desempleo y en la variación en los beneficios salariales, sino principalmente en la pérdida del poder adquisitivo, reducción del ingreso real, expresado en la carga económica que representan los servicios, (energía eléctrica, vivienda, agua potable, escolaridad y

³⁴ Banco Central de la República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo 2003.

³⁵ BM, BID.- Informe sobre Pobreza en RD, 2005. Santo Domingo 2006.

³⁶ Banco Central de la República Dominicana.- Encuesta Nacional de Fuerza Laboral 2003

atención a la salud -medicamentos-), junto al incremento de los precios de los alimentos, -duplicados en el período abril 2002-octubre 2004, y la depreciación de la moneda nacional que en ese mismo período alcanzó hasta 86 por ciento). Esto afecta de manera particular a las mujeres en la condición asignada de administradora del hogar.

Según datos del Censo Nacional de Población 2002, el 35% de las mujeres se declararon jefas de hogar, estudios posteriores podrían estar indicando elevación extraordinaria de ese porcentaje-, siendo estos hogares los que reportan mayor nivel de pobreza, índices más bajos de escolaridad, de participación en el mercado de trabajo, de salarios, consumo, acceso a servicios de salud y de seguridad social, y a cobertura de necesidades básicas, como agua potable, electricidad y transporte.

Tomado de: BM y BID. Informe sobre la Pobreza en la Rep. Dominicana 2005.

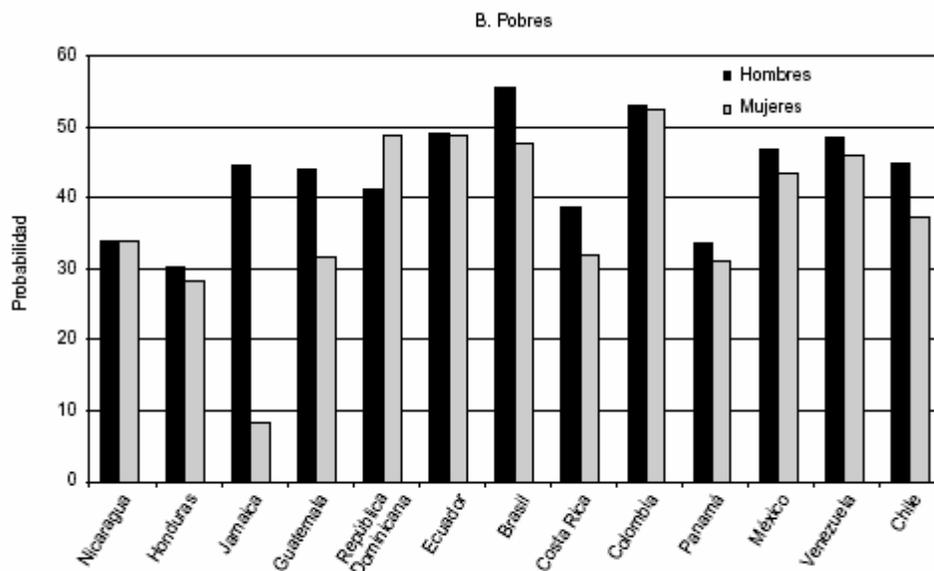
Estudios comparativos de la CEPAL, sobre la incidencia de pobreza en los hogares de América Latina y Caribe según jefatura y sexo revelaron que para 2003 en RD el 51% de los hogares pobres estaban dirigidos por mujeres, frente a 38% en El Salvador, 40% en Bolivia, y 61% en Nicaragua o 48% en Venezuela³⁷.

Estas brechas por género en el mercado laboral se expresan en la situación de salud. La probabilidad de morir entre las edades de 15 y 59 años en la región, según situaciones de pobreza por sexo, ubicando a las dominicanas pobres en condición del más alto riesgo frente a los dominicanos pobres.

En general, el riesgo de muerte prematura de los hombres es más alto que el de las mujeres en los grupos de mayores ingresos. Sin embargo, de acuerdo a cifras 2002, se pudo constatar que en nuestro continente, “dentro de los pobres, esa diferencia por sexo se reduce considerablemente y llega incluso a desaparecer. Las razones de las tasas de mortalidad de la población pobre a las de la población no pobre, según sexo, revela que la pobreza conlleva un riesgo de muerte prematura que es 2 a 5 veces mayor entre los varones y de 4 a 12 veces mayor entre las mujeres³⁸. Esta situación es particularmente relevante en la República Dominicana, el único país de los estudiados, en el cual la probabilidad de morir, en este grupo de edad es superior en la mujeres.

³⁷ CEPAL.- Estadísticas de género. Perfiles de países. Santiago de Chile Septiembre 2003.

³⁸ ”.Gómez, Elsa, Equidad, género y salud: retos para la acción, OPS, Washington. 2003



Fuente: Cifras contenidas en la referencia.

^a Los países están en orden ascendente de izquierda a derecha según su producto nacional bruto, ajustado por la capacidad adquisitiva de la moneda nacional.

Fuente: Sistema de Información Técnica sobre mortalidad, OPS/SHA, 2002

Superar estas brechas de género supone un esfuerzo del conjunto del Estado y la Sociedad. El Sistema Nacional de Salud, en su desarrollo, debe aportar a la superación de la inequidades de género en la situación de salud y en la participación femenina en los procesos de decisión y gestión.

3.2.3.- Cambios en el entorno internacional con impacto sobre salud.

La economía dominicana es muy vulnerable a cambios internacionales. En los últimos años, el aumento de los precios internacionales del petróleo ha impactado considerablemente la disponibilidad de recursos financieros, introduciendo un factor adicional de incertidumbre sobre las necesidades de inversión social. Por otro lado, el país ha firmado un tratado de libre comercio (DR-CAFTA) con los Estados Unidos de América, en conjunto con los países de Centroamérica. Se espera que este tratado entre en vigencia en 2006 o en 2007. Este tratado incluye cláusulas que constituyen desafíos y amenazas para la salud y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud del país.

Entre los desafíos más inmediatos, se espera habrá cambios significativos en la producción y comercialización de los medicamentos genéricos en el país. Como los medicamentos constituyen un insumo esencial para la salud, y el gasto en medicamentos representa alrededor del 60% del gasto de bolsillo de las familias dominicanas en salud, será necesario asegurar, en el marco de las nuevas regulaciones acordadas, la disponibilidad y accesibilidad de toda la población. Se trata de un esfuerzo en el que deberán involucrarse, además del sistema de salud y varios sectores de la administración pública, los sectores empresariales relacionados con este campo. Algo similar habrá que considerar con respecto a otros insumos básicos del sistema de salud que sean actualmente producidos en el país.

Como desafíos a mediano y largo plazo habrá que considerar el posible impacto de las modificaciones a las regulaciones sanitarias que inciden en la importación y comercialización de productos alimenticios e insumos sanitarios. Estas regulaciones sanitarias nacionales, en muchos casos, han protegido la población, así como la flora y fauna de los frágiles sistemas ecológicos del país, ante los riesgos de penetración de agentes de enfermedades y de productos genéticamente modificados cuya seguridad sanitaria y ecológica no haya sido comprobada. De mantenerse la necesidad de revisar y derogar muchas de estas disposiciones regulatorias, consideradas desde esta perspectiva como “barreras no arancelarias al comercio internacional”, será necesario desarrollar nuevos procedimientos regulatorios y capacidades operativas que permitan mantener la protección de la población, la fauna y la flora, que requerirán probablemente un mayor desarrollo tecnológico y de la capacidad operativa de estos componentes del sistema de salud.

A la luz de la experiencia de otros países con tratados de comercio relativamente similares, es posible que a mediano plazo sean afectados negativamente los micro y pequeños productores de granos y otros alimentos para el mercado nacional, como consecuencia de la competencia de productores internacionales. El impacto de estos cambios sobre la calidad de vida de las poblaciones empobrecidas del campo dominicano, requerirá especial atención. Cualquier cambio que se traduzca en mayor empobrecimiento tendrá repercusiones en la situación de salud.

A largo plazo, habrá que considerar el posible desafío que, para el sistema de salud del país, represente la competencia de empresas internacionales prestadoras de servicios de salud. Entre ellas, las especializadas en prestar servicios al sector turístico, así como la oferta de servicios de atención a las personas a nivel internacional para la población asegurada.

Entre las oportunidades, debe considerarse el posible impacto positivo de las nuevas regulaciones sobre las condiciones de trabajo en algunos sectores que tradicionalmente no ha logrado desarrollos importantes en la salud laboral o han operado con incumplimiento de regulaciones laborales nacionales relacionadas con la salud. Igualmente es posible que las regulaciones sobre la calidad en la producción de alimentos y sobre el impacto ambiental de la producción agrícola e industrial para exportación sean fortalecidas. Esto podría redundar en beneficio de la salud de los trabajadores y de las poblaciones relacionadas.

Por todo lo anterior, las relaciones internacionales del Sistema nacional de salud deberán ser redefinidas y fortalecidas a fin de tratar de asegurar el aprovechamiento de las oportunidades y la superación de los desafíos que para la salud derivan de los cambios que se están produciendo en el entorno internacional en el que tendrá que ser ejecutado el PLANDES 2006-2015.

3.3.- Sobre los principales problemas de salud y calidad de vida.

3.3.1.- Los problemas relacionados con los cambios demográficos.

- Elevado crecimiento de la población.

El alto crecimiento económico logrado en los últimos decenios se ha acompañado de importantes cambios demográficos. En 30 años, la población total se duplicó, pasando de 3,231, 000 en 1960 a 7,066,000 habitantes en 1990. En 15 años mas, para el año 2005, había llegado a 9,100,000 y para el año 2015 se estima que tendremos 10,436,000 habitantes³⁹. Aunque se ha mantenido una tendencia descendente en la Tasa de Crecimiento Anual en los últimos decenios, entre 2005 y el 2015 se mantendrá entre 14.6 y 12.9 por mil. Esto significa que entre 2005 y 2015 será necesario asegurar atención integral de salud y cobertura de seguridad social para 1,336,000 nuevos habitantes, (alrededor de 150 mil cada año) además de superar la exclusión acumulada históricamente.

Este elevado crecimiento expresa la alta Tasa Global de Fecundidad. Aunque la fecundidad global también ha mantenido una tendencia decreciente, para el período del plan estará alrededor de 2.4 y 2.6 por cada 100 mujeres en edad reproductiva. Esta Tasa es ligeramente superior al promedio latinoamericano⁴⁰. Esta alta fecundidad se acompaña de un intervalo ínter genésico breve de 33.9 meses en promedio, de un inicio temprano de la procreación, con una edad mediana de 20.5 años al primer embarazo, y con una elevada proporción de embarazos en adolescentes. El 23% de las adolescentes a los 19 años de edad han tenido por lo menos un embarazo.. El factor mas asociado es el nivel educativo. Mientras en mujeres con el menor nivel educativo la edad promedio del primer embarazo es de 18 a 19 años y el 64% se embaraza cuando adolescentes, en las que tienen educación universitaria es de 26 años, es decir 7 años de diferencia, y sólo el 11% de las adolescentes se embarazan⁴¹.

Aunque el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es elevado en el país (alrededor del 71% de las mujeres en edad fértil los ha utilizado, 89% entre las parejas estables, y los métodos modernos mas efectivos son los mas utilizados), el 11% de las mujeres dice tener necesidades insatisfechas de planificación familiar (26.3% entre 15 y 19 años)⁴². De allí que los esfuerzos para continuar elevando el uso de planificación familiar necesitan reforzar el acceso de la población adolescente.

- Población cada vez más urbana.

La población se ha hecho más urbana y sobre todo más concentrada en las grandes ciudades. Entre 1960 y 1993, la población urbana pasó de ser el 30.5% al 56.1% del total, predominando desde entonces la proporción de población urbana. El Distrito Nacional,

³⁹ CEPAL/CELADE.- Boletín Demográfico N° 69. Santiago de Chile 2002.

⁴⁰ Idem.

⁴¹ CESDEM,SESPAS,CERSS,COPRESIDA,USAID,MACRO.- Encuesta Demográfica y de Salud ENDESA 2002. Santo Domingo 2003.

⁴² Idem.

pasó en ese mismo período del 15.2% al 30.0% de la población⁴³. Para el año 2005 se estima que alrededor del 34.4% y la urbana 65.6% y para el 2015 se estima que el 71.2% será urbana⁴⁴. Esta concentración urbana progresiva, de la cual entre el 30% y el 47% de hogares pertenecen al primer nivel de prioridad según el Indicador de Calidad de Vida de ONAPLAN⁴⁵. Representa un gran desafío para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, por las especificidades del perfil de problemas de salud de la población urbana marginal.

Evolución de la población por edad. República Dominicana 1950.2015								
Edad	1950		1970		2003		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 15	1.047.613	44.5	2.093.134	47.3	2.733.637	31.1	2.919.687	28.0
15 – 64	1, 229,594	52.3	2, 197,639	49.7	5, 645,288	64.1	6, 872,082	65.9
65 y +	75,761	3.2	131,982	3.0	425,394	4.8	644,465	6.1
Total	2, 352,968	100.0	4, 422,755	100.0	8, 804,318	100.0	10, 436,236	100.0

Tomado de: DIGEPI SESPAS.- ASIS 2003. Santo Domingo 2004.

Aunque el porcentaje de población menor de 15 años se ha reducido progresivamente y el de quienes tienen 65 años y más se ha elevado progresivamente, estos grupos de edad para el año 2015 serán 28% y 6.1% del total de población respectivamente, el más importante crecimiento de habitantes ocurrirá en el grupo de 15 a 64 años, es decir en la población económicamente activa, particularmente entre la población joven.

Estos cambios se reflejan en el perfil de problemas y daños a la salud, e implican que mientras será necesario asegurar la atención de casi tres millones de menores de 15 años, habrá que desarrollar servicios para casi 7 millones de adultos, predominantemente jóvenes y alrededor de 640,000 personas de más edad.

- *Altas tasas migratorias.*

A partir de 1960-65, nuestro país tiene un saldo migratorio negativo. Aunque los flujos de emigrantes fueron mayores hasta 1990-95, para el período del PLANDES 2006-2015 se mantendrá alrededor de - 1.4 por mil habitantes. Además, el país recibe corrientes inmigratorias, que si bien no alcanzan los niveles de la emigración, inciden en el perfil de necesidades y demandas de servicios e salud, debido a su condición predominantemente pobre. Los movimientos migratorios laborales, internos y desde el exterior tienen mayor impacto en zonas predominantemente agrícola que use extensivamente fuerza de trabajo, sobre todo en el sur y este del país, y en las que hay intensa actividad de la industria de la construcción, como en el este y en las grandes ciudades.

⁴³ Oficina Nacional de Estadística.- República Dominicana en Cifras 2005. Santo Domingo. www.one.gob.do (consultada el 25 de septiembre 2006)

⁴⁴ CEPAL.- Anuario Estadístico de América latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile 2006.

⁴⁵ ONAPLAN. Secretariado Técnico de la Presidencia. Focalización de la Pobreza Informe General 2005. Santo Domingo julio 2005.

3.3.2.- Brechas nacionales sobre las Metas de Desarrollo del Milenio.

El principal propósito de los Objetivos y metas de Desarrollo del Milenio es reducir a la mitad la pobreza para el año 2015, con respecto a los niveles de 1990. Los países miembros del Sistema de Naciones Unidas acordaron en el año 2000 realizar esfuerzos redoblados para lograr este propósito y lo operacionalizaron en 8 Objetivos, 11 Metas y 31 Indicadores. La República Dominicana ha asumido, y reiterado en varias oportunidades y al más alto nivel de las autoridades nacionales, el compromiso de alcanzar los Objetivos y metas acordados. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud, en el marco del PLANDES 2006-2015, constituye y sintetiza los aportes del sector salud a los esfuerzos nacionales para lograrlos. Desde esta perspectiva, lograr las Metas del Milenio en salud es el primer desafío para el desarrollo del SNS y la ejecución del PLANDES.

OBJETIVOS Y METAS	VALOR DE REFERENCIA	AÑO BASE	ACTUALIZACION	AÑO	PROYECCION al 2015	META al 2015	CUMPLIMIENTO	FUENTE
Objetivo I: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.								
Meta 1: Reducir a la mitad la proporción de personas cuyas entradas sean inferiores a US\$1 diario.	28%	2002	-	-	-	14%	POSIBLE	ODH/PNUD basado en datos del Banco Central
Meta 2: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.	27%	1990 - 1992	25%	2000 - 2002	21.7%	13.5%	NO	FAO
Objetivo II: Lograr la enseñanza primaria universal.								
Meta 3: Asegurarse que todos los niños y niñas de todas partes puedan terminar la enseñanza primaria completa.	22%	1990	53%	2002	87%	100%	NO	ENDESA
Objetivo III: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.								
Meta 4: Eliminar la desigualdad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria.	0.97	1996-1997	0.96	2001-2002	1	1	SI	SEE
Y en todos los niveles de la enseñanza.	1.25		1.24		1.2	1	SI	SEE
Objetivo IV: Reducir la mortalidad infantil.								
Meta 5: Reducir en 2/3 partes la mortalidad de los menores de 5 años.	58 x 1000 nacidos vivos.	1992	38 x 1000 nacidos vivos.	2002	12 x 1000 nacidos vivos.	19 x 100 nacidos vivos.	SI	ENDESA

OBJETIVOS Y METAS	VALOR DE REFERENCIA	AÑO BASE	ACTUALIZACION	AÑO	PROYECCION a 2015	META 2015	CUMPLIMIENTO	FUENTE
Objetivo V: Mejorar la salud materna. <i>Meta 6:</i> Reducir la mortalidad materna en 3/4 partes.	229 x 100,00 nacidos vivos.	1996	178 x 100,000 nacidos vivos.	2002	67.5 x 100,000 nacidos vivos.	57 x 100,000 nacidos vivos.	NO	ENDESA
Objetivo VI: Combate el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. <i>Meta 7:</i> Detener y reducir la propagación del VIH /SIDA.	1.0	2002	-	-	-	-1.0	PROBABLE	ENDESA
<i>Meta 8:</i> Detener y reducir para 2015 la incidencia de la tuberculosis.	43 x 100,000 habitantes.	1992	44 x 100,000 habitantes.	2002	35 x 100,000 habitantes.	-43 x 100,000 habitantes.	SI	OPS/OMS
Dengue	1938 casos.	1997	6136 casos.	2003	-	-1938 casos.	IMPROBABLE	SESPAS
Malaria		1996	1296 casos.	2002	648 casos.	-1414 casos.	SI	OPS/OMS
Objetivo VII: Garantizar sostenibilidad ambiental. <i>Meta 9:</i> Integrar los principios de la sostenibilidad ambiental en las políticas y programas del país y revertir la pérdida de recursos ambientales.								
Cobertura vegetal	14.1%	1980	27.5%	1996	-	-14.1%	IMPROBABLE	USDA/MSU
Áreas protegidas	16.2% /ter.nac.	1998	19%	2000	-	+16.2%	SI	LEY 64-00
Emisión Co ₂ /per cápita	1.356 ton.	1990	2.813 ton.	1998	-	- 1356 ton.	IMPROBABLE	PNUD/MARN
<i>Meta 10:</i> Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable y a servicios básicos sanitarios.	17.0% 60%	1990 1990	14.0% 90%	2002 2000	9.5% -	8.5% 30%	NO SI	UNICEF OPS/UNICEF
<i>Meta 11:</i> Haber logrado para el año 2020 una considerable mejora en la vida de al menos 100 millones de habitantes de los tugurios.	800 mil unidades.	2003	-	-	-	700 mil unidades.	IMPROBABLE	ERP

COPDES, ONAPLAN, UN.- Invirtiendo en el Desarrollo Sostenible. Necesidades para las ODM. Santo Domingo 2005.

Según el informe de evaluación de necesidades, elaborado por la Comisión Presidencial para el Desarrollo Sostenible (COPDES) 2005, la mayoría de las Metas establecidas son alcanzables, pero se necesita un redoblado esfuerzo para mantener y superar los logros alcanzados hasta ahora. Dicha Comisión ha establecido las principales estrategias y desarrollos que deben ser logrados, así como los costos estimados de los mismos. De acuerdo a las estimaciones de la COPDES⁴⁶, las Metas directamente vinculadas con el desarrollo del Sistema Nacional de Salud que, de acuerdo al mencionado informe, no podrán ser alcanzadas, a menos que cambien considerablemente las tendencias actuales se encuentran:

- *Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufre de hambre (meta 2).*
Para el año base se consideró que el 27% de la población estaba afectada y por

⁴⁶ COPDES, ONAPLAN, UN.- Invirtiendo en el Desarrollo Sostenible. Necesidades para las ODM. Santo Domingo 2005.

lo tanto la Meta para el 2015 sería reducir esta prevalencia hasta el 13.5 %. Las tendencias actuales indican que se llegaría alrededor del 21.7%.

- *Reducir la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes (meta 6)*. El valor de base asumido es de 220 por 100,000 nacidos vivos (1996). La meta por tanto es llevarla a 57 por 100,000. De acuerdo a las tendencias de los últimos años, se llegaría a 67.5 por 100,000.
- *Detener y comenzar a reducir la incidencia de Malaria, Tuberculosis y otras enfermedades transmisibles severas (meta8)*. De mantenerse las tendencias de los últimos años se logre reducir la incidencia anual de malaria hasta alrededor de 650 casos, muy por debajo de los 1,296 registrados en 2002 y de los 1,414 casos que corresponderían si se mantuviera la tasa de incidencia de este año base. Así mismo, es muy probable que de mantenerse los esfuerzos de mejoramiento del programa de tuberculosis realizados en los últimos años, la incidencia registrada de esta enfermedad, que para el 2002 fue de 43 por 100,000 habitantes (estimada en 80 por 100,000), se haya reducido hasta alrededor de 35 por 100,000 (estimada un poco mayor). Sin embargo, parece improbable que pueda lograrse una reducción considerable de la incidencia de Dengue, cercana a los 2000 casos anuales, consideradas como base, a menos que se introduzca cambios significativos en las estrategias de prevención y control.
- *Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable y servicios básicos sanitarios (meta 10)*. Los valores base alrededor de 1990 se establecieron en 17% y 60% respectivamente. Por tanto la meta para el 2015 es de 8.5% y 30%. Se considera que de mantenerse las tendencias demográficas y de la inversión en ampliación de la cobertura, muy difícilmente se elevaría la proporción de la población con acceso a agua potable, aunque parece menos improbable alcanzar la meta de servicios sanitarios básicos.
- *Mejorar las condiciones de vivienda de 100 millones de habitantes para el 2020 (meta 11)*. Se considera que para el año base de 2002, por lo menos 800,00 viviendas eran inadecuadas en el país. De mantenerse las tendencias demográficas y de la inversión, difícilmente se reducirá el número absoluto de viviendas inadecuadas en la población pobre del país.

Según el mismo informe, las metas mas directamente relacionadas con el Sistema Nacional de Salud, que probablemente serán logradas si se mantiene la tendencia de los últimos años son las siguientes:

- *Reducir la mortalidad en menores de 5 años en dos tercios entre 1990 y 2015 (meta 5)*. Para 1990 se consideró que esta tasa estaba en 50 por mil nacidos vivos, por lo que la meta para 2015 sería de 19 por 1000. Las tendencias de los últimos años indican que podría llegar a 12 por mil.

- *Haber detenido y comenzado a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el 2015 (meta 7).* Se adoptó como línea de base de prevalencia de VIH en embarazadas el valor de 1.0 % reportado por la ENDESA 2002, y se consideró probable que esta prevalencia disminuya. Igualmente, se consideró probable que de continuarse desarrollando el programa de prevención de la transmisión materno infantil, se reduzca el número de huérfanos por SIDA, aunque su número de base no fue establecido.

De acuerdo con las consideraciones de la COPDES, el Sistema Nacional de Salud necesitará mantener y fortalecer la mayoría de las intervenciones de promoción de salud, así como las de prevención y control de problemas prioritarios de salud, en particular las correspondientes a la reducción de la mortalidad materna, la desnutrición, enfermedades

Resumen de los requerimientos para el 2006-2015

Conceptos	Valores promedio del periodo		
	Total (millones US\$)	Percapita US\$	En % del PIB
Hambre y desnutrición	1,716.7	17.17	0.67
Educación	12,693.3	106.38	4.40
Igualdad de Género	199.8	1.84	0.38
Salud	8,623.8	79.33	3.23
Sostenibilidad Ambiental	4,752.0	48.34	1.99
Infraestructura (electrificación, viabilidad, género)	1,511.9	15.39	0.58
Total	29,497.4	261.53	10.75

COPDES, ONAPLAN, UN.- Invertiendo en el Desarrollo Sostenible. Necesidades para las ODM. Santo Domingo 2005.

transmisibles, acceso a agua potable y mejoramiento de viviendas.

Las estrategias propuestas por la COPDES y la ONU para alcanzar las Metas del Milenio asumen que el desarrollo de intervenciones aisladas y puntuales tendrá un impacto menor, a menos que se superen las barreras estructurales del sistema de salud, en

consecuencia plantean la necesidad de avanzar en los procesos de reforma del sector y de desarrollar el Sistema Nacional de Salud en forma integral, para asegurar el acceso universal de la población a servicios básicos de salud de calidad, incluyendo el acceso universal a medicamentos esenciales.

La COPDES ha estimado que el financiamiento per cápita/año necesario para el desarrollo del sistema de salud, con énfasis en las intervenciones para lograr las Metas del Milenio, debería ser elevado desde alrededor de US\$ 47.14 que ha calculado en 2005, hasta alrededor de US\$ 106.99 para 2015, para un promedio anual de US\$ 79.33, lo que representa alrededor del 3.23% del PIB estimado. A esto habría que sumar las necesidades en Intervenciones sobre Nutrición, las que por su carácter intersectorial fueron calculadas por separado y se les calculó un costo per cápita anual, promedio de US\$ 17.17 (0.67% del PIB). Así mismo, debe considerarse que muchas de las intervenciones incorporadas en el capítulo sobre igualdad de género tendrán un impacto positivo sobre la salud de la población y han sido estimadas en (0.38% del PIB). Igualmente alguna de las intervenciones previstas en el medio ambiente, estimadas en

1.99% del PIB)⁴⁷. Puede considerarse por lo tanto, que el conjunto de las acciones que corresponden directamente al Sistema Nacional de Salud, para lograr las Metas de Desarrollo del Milenio, estarán alrededor del 5% del PIB promedio anual. Meta hacia la cual deberá elevarse progresivamente la Inversión Pública en Salud, en los primeros 5 años de ejecución del PLANDES 2006,20015 y que deberá ser superada en los últimos 5 años para lograr este nivel promedio para el decenio.

3.3.3.- Brechas nacionales con respecto a otros países de similar nivel económico.

Si tomamos la probabilidad de sobrevivencia a los 5 años de edad como indicador resumen de la situación de salud de los países y el Ingreso per cápita, ajustado por el valor adquisitivo real (PPA), como indicador resumen del nivel de desarrollo económico, nuestro país ocupa un lugar intermedio en América latina según el nivel de su economía. Sin embargo, tiene un importante rezago en la situación de salud. Países con similar nivel de ingreso per cápita ajustado (PPA), para el año 2003, como Colombia y Panamá tienen niveles de salud superiores. Países con ingresos per cápita (PPA) inferiores, como Cuba, Perú, Paraguay, Venezuela, Ecuador y Jamaica, tienen niveles superiores de salud⁴⁸.

Ingreso per cápita (PPA) y sobrevivencia infantil. Países seleccionados América Latina y el Caribe. 2003			
País	Ingreso US\$ per cápita (PPA)	Sobrevivencia 5 años %	Esperanza de Vida al Nacer (2000-2005)
Chile	10,274	99.1	76.0
Costa Rica	9,606	99.0	77.3
México	9,168	97.2	73.4
Brasil	7,790	96.5	69.3
Panamá	6,854	97.6	74.9
R. Dominicana	6,823	96.5	70.1
Colombia	6,702	97.9	72.2
Cuba	5,400	99.2	76.7
Perú	5,260	96.6	69.8
Venezuela	4,919	97.9	73.7
El Salvador	4,781	96.4	70.6
Paraguay	4,684	97.1	70.8
Jamaica	3,880	98.0	75.7
Ecuador	3,440	97.3	70.8
Nicaragua	3,080	96.2	69.5
Honduras	2,520	95.9	71.0
Bolivia	2,440	93.4	63.6
Haití	1,650	88.2	59.2

Fuentes: UNDP.- Human Development Report 2005. New York. 2005
CEPAL/CELADE. Bol. Demográfico 69. Santiago Chile 2002.

Si utilizamos la Esperanza de Vida al Nacer, las conclusiones son similares. Prácticamente todos los países que tienen un nivel económico similar o cercano al nuestro tienen valores más años de esperanza de vida y muchos países con menores ingresos nos superan. Nuestra población tiene una Esperanza de Vida al Nacer inferior al conjunto de América Latina y el Caribe (AL: 71.2 años en 2003) de 1.1 años menos⁴⁹. Para ponerlo en perspectiva histórica, nuestro país tenía en el período 2000-2005 la Esperanza de Vida al Nacer inferior a la de Puerto Rico en 1965-70, similar a la que Cuba y Curazao tenían en 1970-75, a la de Costa

Rica, Jamaica en 1975-80 y a la de Panamá en 1980-85. Nuestro rezago en la situación de salud con respecto a estos países es de 35, 30, 25 y 20 años respectivamente.

Estas brechas constituyen expresión de la deuda social acumulada históricamente por el modelo de desarrollo que ha predominado. Estas son las brechas que un esfuerzo conjunto del Estado y la sociedad dominicana deben eliminar con el desarrollo del

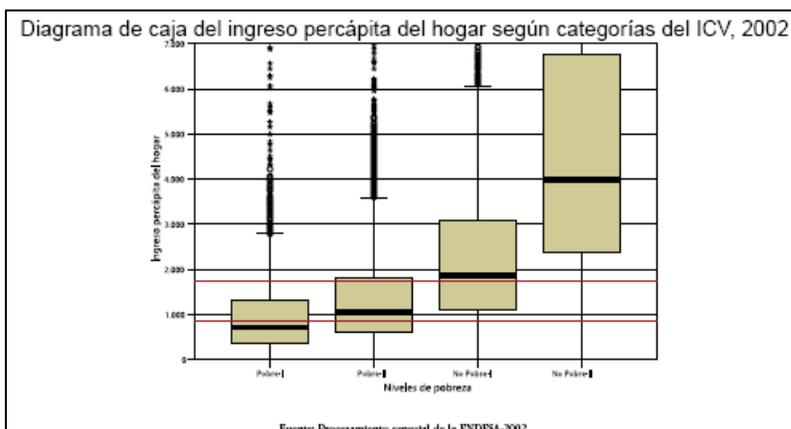
⁴⁷ COPDES, ONAPLAN, UN.- Invirtiendo en el Desarrollo Sostenible. Necesidades para las ODM. Santo Domingo 2005.

⁴⁸ PNUD.- Human Development Report 2006. New York. USA. 2006.

⁴⁹ CEPAL/CELADE. Boletín Demográfico N° 69. Santiago de Chile 2002.

Sistema Nacional de Salud y el Sistema Dominicano de Seguridad Social en el contexto del PLANDES 2006-2015.

3.3.4.- Brechas de indicadores generales de salud y calidad de vida por grupos socioeconómicos y territorios.



Tomado de: ONAPLAN.- Focalización de la Pobreza. 2005.

Como hemos señalado, el país se caracteriza por una distribución muy inequitativa del ingreso nacional, la cual impacta fuertemente en la calidad de vida de los diferentes grupos socioeconómicos. En el gráfico puede apreciarse las diferencias en el ingreso mediano. De acuerdo a los

informaciones oficiales para el año 2002, en el Índice de Calidad de Vida entre los pobres y los no pobres⁵⁰.

Brechas de ingreso y sobrevivencia Infantil. Rep. Dominicana 2003.

Estrato poblacional (20%) según ingreso	Ingreso per cápita anual US\$ (PPA)	% de sobrevivencia a los 5 años
1	17,200	98.5
2	6,460	97.9
3	4,190	96.6
4	2,770	95.8
5	1,640	94.8

Fuente: PNUD/GAPMINDER.- www.gapminder.org (29 sept 2006)

Para el año 2003, el 20% de la población tenía un ingreso per cápita anual de US\$ 17,200 (ajustado US\$ PPA), mientras que el 20% de menores ingresos percibió US\$ 1,640; esto es 10.5 veces. Para ponerlo en perspectiva, los ingresos ajustados del primer grupo fueron superiores al ingreso per cápita promedio de Arabia Saudita y de Bahamas, y similares a los de Portugal, Corea del Sur, Kuwait y Bahrein, en el mismo año y ajustados por el mismo método. Los del quintil de menor ingreso fueron similares a los valores promedio de Haití, Senegal, Uganda, Gambia, Togo, Mongolia, Laos, e inferiores a los de Bolivia, Honduras, Nicaragua, Guyana, entre otros⁵¹. Es decir, mientras el 20% de la población percibe ingresos similares o superiores a la población promedio de algunos países árabes petroleros o de

algunos países del tercer mundo de más alto nivel de vida, el 20% de menos ingresos se compara con algunos de los países más pobres del mundo y de nuestro continente⁵².

⁵⁰ ONAPLAN, Secretariado Técnico de la Presidencia.- Focalización de la Pobreza en la República Dominicana 2005. Informe General. Santo Domingo julio 2005.

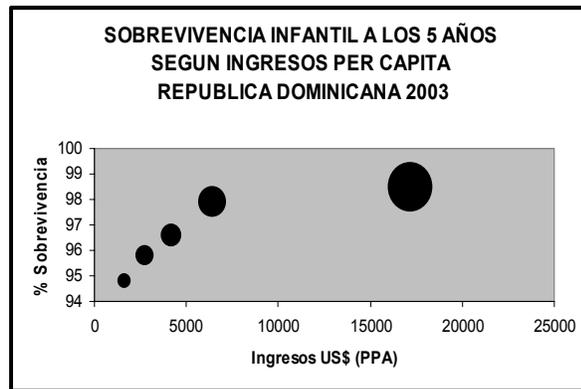
⁵¹ PNUD/GAPMINDER.. www.gapminder.org . Consultado el 29 de septiembre 2006.

⁵² Idem.

Esta distribución tan desigual del ingreso nacional se asocia en diferentes formas con la situación de salud de las poblaciones. Los más afectados son los más vulnerables, entre ellos los infantes, las mujeres, discapacitados y personas envejecientes. Sin embargo, toda la población resulta afectada.

El hijo(a) de una persona perteneciente al grupo de mas altos ingresos tiene un

98.5% probabilidad de sobrevivir hasta los 5 años. Esto es, similar a la probabilidad promedio de la población de Uruguay, Barbados o Bahamas, el hijo(a) de alguien perteneciente al grupo de menores ingresos tiene un 94.8% de probabilidad de sobrevivir hasta esa edad, es decir cercana a la de Bolivia y Guyana e inferior a la de Guatemala, Honduras y El Salvador, entre otros.



Construido a partir de PNUD/GAPMINDER.. www.gapminder.org .Consultado el 29 de septiembre 2006.

3.3.5- Problemas prioritarios específicos de salud y calidad de vida en las poblaciones.

El perfil de problemas de salud del país se caracteriza por la existencia simultánea de importantes problemas de salud pública que expresan el pasado, la deuda social acumulada; y problemas de alta importancia que se corresponden más con los cambios más recientes ocurridos y las tendencias demográficas, económicas y sociales que prevalecen en la actualidad. Esta forma de agrupar los problemas prioritarios trata de facilitar los procesos de decisión y de gestión en el sistema Nacional de Salud.

El primer grupo de problemas no representa grandes desafíos científico técnicos. El sector salud del país ha incorporado, desde hace largos años, las tecnologías necesarias, y ha desarrollado experiencia suficiente en la aplicación de estrategias de prevención y control que han sido probadamente efectivas en otros países y en nuestro país. Representan más un desafío de tipo administrativo y gerencial.

El segundo grupo, en cambio, engloba problemas de salud que constituyen importantes desafíos científico técnicos y operativos, ante los cuales el sector salud del país no ha desarrollado capacidades ni experiencia suficiente en la aplicación de estrategias de prevención y control. Por lo tanto, además de los desafíos administrativos y gerenciales, representan la necesidad de definir y desarrollar estrategias creativas y novedosas.

3.3.5.1.- Problemas prioritarios de salud que expresan la deuda sanitaria históricamente acumulada.

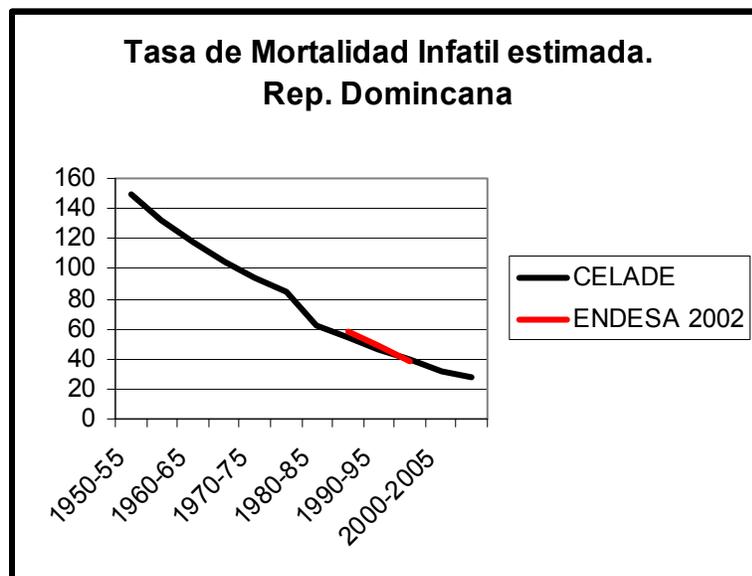
Este conjunto de problemas prioritarios de salud constituyen una importante prioridad, pero el sistema de salud ha desarrollado y conoce las estrategias y habilidades técnicas para superarlas. Su persistencia representa, más que un desafío científico-técnico,

desafíos de carácter administrativo y operativo para asegurar que las estrategias ya definidas y conocidas puedan ser efectivas a toda la población. Por eso, son las principales brechas de morbilidad y mortalidad que expresan la deuda social acumulada por nuestro sistema de salud con la población.

- *Brechas reducibles en la mortalidad infantil de la niñez.*

En las últimas décadas, la mayoría de los indicadores tradicionales de salud ha mostrado una tendencia histórica hacia la mejoría. En efecto, las tasas de mortalidad infantil estimadas por CELADE han descendido progresivamente desde 117.5 por mil nacidos vivos para el período 1960-65 hasta 34.4 para el período 2000-2005, proyectándose en 29.4 para 2005-2010⁵³. Las encuestas ENDESA, por su parte, han calculado esta tasa a partir de métodos indirectos, a partir de los cálculos de la probabilidad de morir en diferentes edades y apelando al interrogatorio de las madres informantes en una muestra de la población. La estimación más antigua corresponde a 100 por mil para el período 1960-65 (ENF 1975). La más reciente ha sido de 38 por mil para el período 1997-2002 (ENDESA 2002)⁵⁴. Por su parte, la SESPAS estimó mediante técnicas de “captura y recaptura” que para el 1999 la TMI nacional era de 35.7 por mil⁵⁵. No obstante la diversidad metodológica en todas estas cifras, los resultados son bastante similares. Es inobjetable la evidencia sobre una tendencia histórica al descenso.

Por su parte, la mortalidad en menores de 5 años ha descendido en la medida que se ha reducido la mortalidad infantil. Para el período 1997-2002, fue estimada por le ENDESA 2002 en 38 por mil nacidos vivos.



Los descensos han sido básicamente a expensas de la mortalidad postneonatal, es decir de 29 días a 11 meses de nacido, sobre todo por el descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles, particularmente las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y las prevenibles por vacunas. Mientras la mortalidad neonatal se mantiene en 22 por mil, de acuerdo a la ENDESA 2002. Esto significa que el 71% de las muertes infantiles y el 58% de las muertes en menores de 5 años, ocurren en menores de

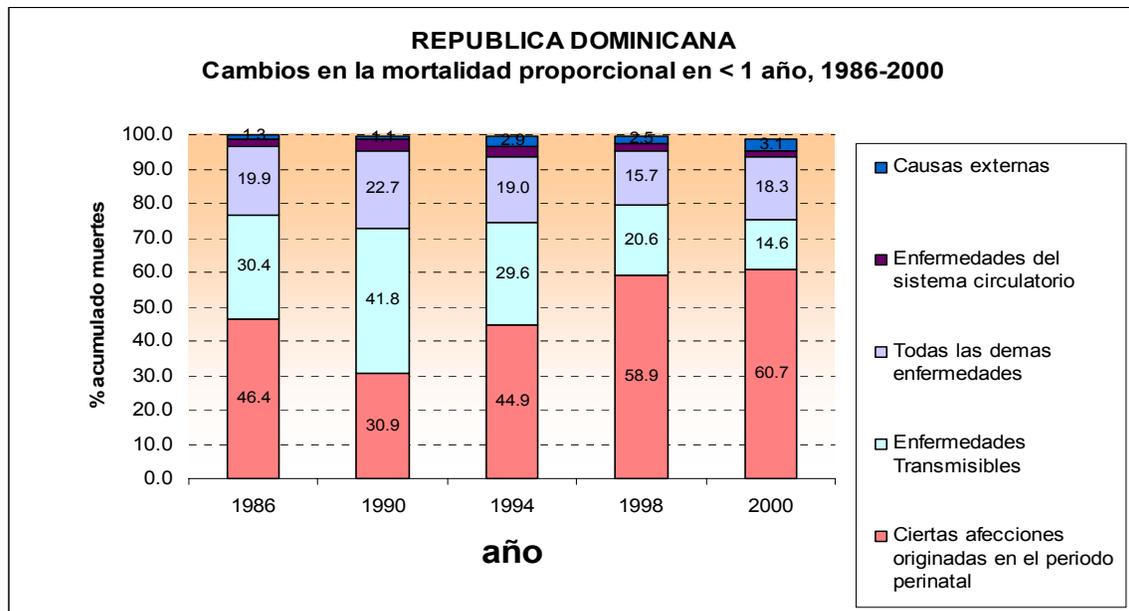
⁵³ CEPAL/CELADE.- Boletín Demográfico N° 69. Santiago de Chile 2002.

⁵⁴ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

⁵⁵ DIGEPI, SESPAS.- ASIS 2003. Santo Domingo 2005.

28 días, es decir corresponden a la mortalidad neonatal. Este grupo es el mayor desafío para reducir la mortalidad en menores de un año y de cinco años. De acuerdo a las estadísticas de la SESPAS, el 82% de las muertes menores de cinco años (niñez) corresponden a menores de un año,

De acuerdo a CELADE, la TMI estimada para el conjunto de América Latina y el Caribe, para el período 2000-2005 fue de 26.0 por 1000 nacidos vivos. La más baja en esta región del mundo fueron las de Cuba y Chile, 7.3 y 8 por 1000 respectivamente⁵⁶. Comparando con estos valores de referencia, nuestro país tuvo brechas reducibles de mortalidad infantil de 24.4%, 78.7% y 76.7% respectivamente, en ese período. Esto significa que no obstante que la TMI ha mostrado una tendencia francamente descendente, el promedio de la región ha descendido a un ritmo mayor y que para acercarnos a los mejores valores de la región, será necesario redoblar los esfuerzos realizados hasta ahora.



La Tasa de Mortalidad Infantil y la de la niñez (menores de 5 años) muestran importantes diferenciales entre las diferentes regiones del país. La ENDESA 2002 calculó que en la región cero (ciudad capital) la TMI fue de 31 y la de la niñez 40, en la región IV fue de 44 y 66, y en la VI fueron de 50 y 68 respectivamente. La probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años, en un niño(a) de las regiones IV y VI es 1.6 y 1.7 veces mayor que en la región 0.

De acuerdo a la ENDESA 2002, el nivel educativo de la madre, la edad de la madre, el número de embarazos y el intervalo inter genésico son factores asociados a las brechas de mortalidad infantil de la niñez. El hijo de una madre analfabeta tiene una probabilidad de morir antes de los 5 años 2.6 veces mayor que si su madre tiene educación secundaria o universitaria. La probabilidad de morir antes de los 5 años es el doble cuando se trata del cuarto al sexto embarazo con respecto al primero (2.6 veces después del séptimo embarazo), y es 2.3 veces mayor cuando el intervalo con el

⁵⁶ CEPAL.- Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile. 2006.

embarazo anterior ha sido menor de dos años, si se compara con quienes ha tenido 4 o mas años de intervalo. Así mismo, esta probabilidad de morir es 1.3 veces mayor cuando la madre es adolescente, respecto de mujeres entre 20 a 29 años⁵⁷.

Por lo tanto, los esfuerzos para aumentar el ritmo de reducción de la mortalidad en menores de cinco años, además de mantener las intervenciones que han permitido reducir la mortalidad postneonatal (inmunizaciones, atención integral de los problemas prevalentes en la infancia AIEPI, promoción de lactancia materna), deberá concentrarse en mejorar la atención prenatal y perinatal, y en particular en prevenir el embarazo de adolescente y aumentar el espaciamiento entre los embarazos. Estos esfuerzos deberán orientarse con especial prioridad hacia los sectores sociales con menor nivel educativo y pobre calidad de vida, tanto en medios urbanos como rurales. Al mismo tiempo se requiere fortalecer la atención integral de los menores de 5 años, aplicando las normas nacionales sobre AIEPI en toda la red de servicios.

A partir de octubre 2005, la SESPAS inició un esfuerzo intensificado para reducir la mortalidad en menores de cinco años, en el marco de la llamada “Movilización Tolerancia Cero”. Los esfuerzos de monitoreo vinculados a dicha iniciativa muestran en los primeros 8 meses del 2006 lo que podría ser una reducción importante de la mortalidad infantil notificada, en comparación con el mismo período del 2005, no obstante haber razones válidas para asumir una disminución de la subnotificación. De confirmarse esta reducción al concluir las evaluaciones al finalizar el año, la tasa estimada de mortalidad infantil podría estar alrededor de 21 a 25 por mil nacidos vivos. Esto mostraría la importancia de mantener las intervenciones delineadas en esta Movilización y de reforzarlas en sus componentes que aun muestren debilidad.

Para alcanzar la meta de 19.7 por mil de mortalidad en menores de 5 años, será necesario reducir la mortalidad infantil hasta alrededor de 18 por mil y la neonatal hasta alrededor de 17 por mil nacidos vivos. Los principales desafíos están en lograr alcanzar una mortalidad de menor de 5 años inferior a 19.7 por mil en todas la regiones y provincias del país, reducir considerablemente las diferenciales entre grupos sociales para la sobrevivencia infantil a los 5 años.

- *Brechas reducibles en las enfermedades prevenibles por inmunizaciones.*

El país ha hecho un importante esfuerzo en los últimos quinquenios para lograr cobertura universal de la población de acuerdo al esquema nacional de inmunizaciones. Este esfuerzo se ha traducido en reducciones considerables de estas enfermedades. La difteria, la tos ferina y el tétano neonatal se han reducido a tasas de incidencia menores de 0.1 por 100,000 habitantes en los últimos años, no ha habido casos de poliomielitis por virus salvajes a partir de 1987 ni de sarampión confirmado en los últimos años. Para el 2005 fueron notificados 39 casos probables de difteria, 57 de tos ferina 2 de tétanos neonatal, ni se ha reportado sarampión confirmado desde el 2002, no obstante las mejorías en el sistema de vigilancia, y las meningitis por tuberculosis se han reducido

⁵⁷ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

considerablemente desde que se ha logrado elevadas coberturas de BCG en recién nacidos^{58, 59}. Así mismo, la introducción de la inmunización con el *Haemophilus influenzae b* se ha traducido en una brusca reducción de los casos de meningitis y de neumonías severas por este agente, y a partir de 2006 se ha dado inicio a una estrategia de eliminación de la rubeola, lo que seguramente se traducirá, en los próximos años, en una considerable reducción de las malformaciones congénitas relacionadas con infecciones por este virus durante los embarazos.

Las coberturas reportadas para el año 2005, para BCG fueron de 97.7%, para la vacuna pentavalente (DPT/HB/Hib) del 83.3% con tercera dosis, para SRP (sarampión, rubéola, parotiditis) alrededor del 100% y para terceras dosis de antipolio del 82.3%. la vacunación con toxoide tetánico en embarazadas apenas alcanzó al 34% de las embarazadas estimadas⁶⁰.

Sin embargo, aun persisten lagunas de cobertura de inmunizaciones, sobre todo en las poblaciones mas pobres urbanas y rurales, y es necesario asegurar mejor cobertura de las embarazadas. En el contexto del PLANDES 2006-2015 será necesario asegurar que se mantienen estos avances y se consolidan hasta lograr que toda la población meta de cada vacuna sea efectivamente protegida cada año, a fin de dar cumplimiento a la meta establecida por la Movilización Tolerancia Cero, de lograr la cobertura universal con el esquema nacional de inmunizaciones.

- *Brechas reducibles en la mortalidad materna.*

La población femenina en edad reproductiva representa el 25% de la población total de ambos sexos del país. Como ya se ha sido señalado, el 99.2% de las embarazadas recibe atención prenatal por médicos (65% por especialistas), el 93.5% con 4 o mas visitas, y el 82.3% comenzó en el primer trimestre de embarazo; y que el 95.3 % de los partos ocurren en establecimientos de atención médica (70.8% públicos y 24.5% privados). Las informaciones disponibles indican que no hay grandes brechas entre la población rural y la urbana en cuanto a su acceso a atención prenatal y del parto.

Según la ENDESA 2002 la mujeres informaron que durante la atención prenatal, el 98% fueron pesadas periódicamente, e igualmente fue chequeada su presión arterial, un 97% recordó que habían sido chequeados los latidos fetales, un 99% que le realizaron exámenes complementarios de orina y u 97% exámenes de sangre. El 86% indicó haber recibido 2 o mas dosis de Toxoide Tetánico. El 89% recibieron complementos de hierro.

Sin embargo, la Razón de Mortalidad Materna se ha mantenido muy alta, entre 124 y 178 según diferentes estimaciones alrededor del 2002. Las estimaciones realizadas por la SESPAS, aplicando metodologías comparables, indican que entre 1999 y 2003 esta Razón de Mortalidad Materna (RMM) se mantuvo casi invariable⁶¹. Parece evidenciarse

⁵⁸ SESPAS.- Informe mensual Tolerancia Cero. Santo Domingo enero 2006.

⁵⁹ DIGEPI SESPAS.- Análisis de la Situación de Salud 2003. Santo Domingo 2005.

⁶⁰ SESPAS.- Informe Tolerancia Cero. Santo Domingo enero 2006.

⁶¹ DIGEPI SESPAS.- ASIS 2003. Santo Domingo 2004.

que en nuestro país la mortalidad materna está asociada a problemas de calidad en la atención prenatal, perinatal y en el puerperio, y a los problemas relacionados con abortos..

Si comparamos las cifras estimadas por la SESPAS para 2002 (124 por 100,000 NV) con la mas baja de América Latina (Uruguay 20 por 100,000 en 2000), encontramos una Brecha Reducible del 83.8% de nuestra mortalidad materna. Esto coincide con las apreciaciones del sistema de vigilancia y los comités de mortalidad materna de los hospitales, según las cuales más del 80% de las muertes maternas han sido clasificadas como evitables⁶².

Cuadro No. 18					
República Dominicana, Porcentaje de Muertes Maternas según causas, 1998-2002					
CAUSAS	AÑOS				
	1998	1999	2000	2001	2002
Toxemia (O10-O16)	30	27	19	25	21
Hemorragias (O44, O45, O67 y O72)	15	10	18	13	20
Abortos (O00-O07)	10	7	8	7	10
Complicaciones del Puerperio (O85-O92)	6	10	23	10	13
Otras obstetricas directas (O20-O29, O30-O43, O46-O48, O60-O66, O68-O71, O73-O75)	11	13	3	9	5
Obstetricas indirectas (O95-O99) y SIDA (B20-B24)	28	33	28	36	31

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la mortalidad materna

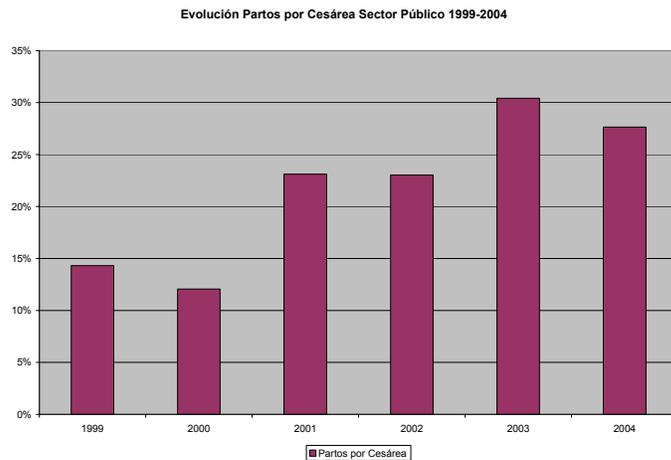
Tradicionalmente los diagnósticos mas frecuentes en las muertes maternas han sido las Toxemias (CIE 010-016), las Hemorragias (CIE 044, 045, 067 y 072), los Abortos (CIE 000-007) y las Complicaciones del Puerperio (CIE 085-092). En el último decenio el SIDA (CIE B20 - B24).se ha convertido en una importante causa indirecta de mortalidad materna.

La ENDESA 2002 arrojó algunos posibles indicios de las debilidades en la atención prenatal y la atención del parto, que podrían incidir en la mortalidad materna. Entre ellas se destaca que solo el 61% de las embarazadas reporto haber recibido información y orientaciones sobre los signos de alarma durante el embarazo, y esta proporción descendió a medida que aumentó el número del embarazo, y a medida que el nivel educativo era menor, así como en la medida que la atención fue brindada en las regiones mas pobres del país. La obligatoriedad de estas orientaciones está establecida en la Normas Nacionales⁶³. La aplicación de Toxoide también fue menor en las regiones más pobres, así como la proporción de la atención por médicos especialistas durante el control prenatal. La mitad de los embarazos fueron declarados como no deseados y el 38.3% de las mujeres declararon no haber discutido nunca con sus compañeros sobre métodos anticonceptivos.

⁶² SESPAS.- Informe mensual de Tolerancia Cero. Sanmto Domingo agosto 2006.

⁶³ SESPAS.- Serie Normas Nacionales N° 5. Santo Domingo 1999.

Otro indicio llamativo fue que el 31 % de los embarazos terminaron en cesárea (36% en las primigestas) y con mayor frecuencia en medio urbano (25% en población rural, las provincias Duarte, Salcedo y La Vega por encima de 40%). Así mismo, solo la mitad de las parturientas recibió atención postnatal en todo el país y fue menor en la medida que disminuye el nivel educativo de la madre. Es llamativo que, de acuerdo a estos hallazgos, entre 1996 y 2002 este porcentaje se incrementó desde 25.9. Informaciones de la SESPAS indican que en establecimientos públicos, entre 2000 y 2003 se incrementó las cesáreas del 12% al 30% del total de partos atendidos. Persiste como un desafío el abordaje integral del aborto como problema de salud pública y social. Su abordaje unilateral, desde perspectivas exclusivamente médicas y punitivas afecta la morbilidad y mortalidad materna.

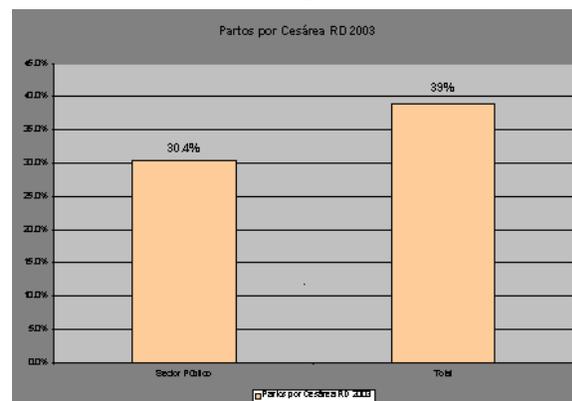


Fuente: Anuario Estadístico, SESPAS, 2003-2004

Por lo menos el 10% de los nacimientos provienen de madres adolescentes y alrededor del 14% de las muertes maternas fueron adolescentes. El embarazo en adolescentes (23%, ENDESA, 2002) ha pasado a ser un serio problema social en el país, considerando que la media en América Latina es 16.5, en África subsahariana es de 18.1, y de 18.5 en Asia centromeridional. El embarazo en este grupo de edad constituye sin duda un importante riesgo de

mortalidad materna que debe ser asumido con energía por el sistema de salud.

Desde 1996 la notificación de las muertes maternas e infantiles, mediante Resolución de la Cámara de Diputados, se establecieron los Comités de Mortalidad Infantil y Materna, y se dio inicio al sistema de vigilancia epidemiológica de estos eventos. En el año 2001 estas estrategias fueron revisadas mediante el Decreto Presidencial 578-01 y con la creación de un Comité de Coordinación Interagencial para apoyar estos esfuerzos.



Fuente: Anuario Estadístico, SESPAS, 2003-2004

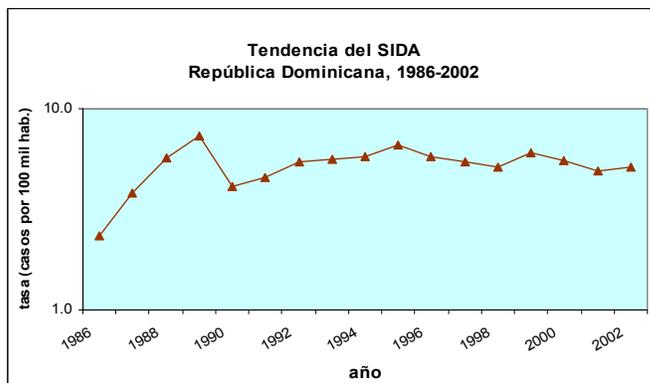
A partir de octubre 2005, la SESPAS inició un esfuerzo intensificado para reducir la mortalidad en menores de cinco años, en el marco de la llamada “Movilización Tolerancia Cero. Los esfuerzos de monitoreo vinculados a dicha iniciativa muestran lo que podría un moderado descenso en las muertes registradas en el año 2006, con

respecto al 2005 en los primeros 8 meses (103 versus 202), se trata de cifras provisionales que deberán ser confirmadas al concluir el año. De confirmarse, mostrarían la importancia de mantener y fortalecer estos esfuerzos y estrategias contenidas en la Movilización.

Los principales desafíos para lograr reducir la Razón de Mortalidad Materna hasta 44.5 por 100,000, en todas las regiones y provincias del país, están relacionados con mejorar considerablemente la calidad de la atención obstétrica esencial (prenatal, del parto y del puerperio), en reducir los embarazos en adolescentes, aumentar el espaciamiento inter genésico. Sobre todo en las mujeres más jóvenes y más pobres y de menor nivel educativo. Esto supone un compromiso de la sociedad y del Estado con las intervenciones necesarias y un esfuerzo sostenido de empoderamiento de las mujeres y de las organizaciones de la sociedad. La veeduría social aparece como una estrategia con gran potencial para mejorar la calidad de la atención obstétrica esencial.

- *VIH/SIDA e ITS.*

Desde 1993 se dispone de una ley que regula la prevención y control de VIH/SIDA, el país ha conformado una Comisión Presidencial para coordinar los esfuerzos para una respuesta ampliada e intersectorial. La SESPAS dispone de una Dirección General que impulsa el Programa Nacional (DIGECITS).



En los países del Caribe, que representan el 0.6% de la población del continente americano, vive el 1.2% de los casos de VIH/SIDA y han reportado desde 1982 el 3.2% de los casos y el 15.0% de las muertes totales de casos del continente⁶⁴. Para el año 2003 se estimó que en la República Dominicana vivían entre 48,000 y 160,000 personas VIH+⁶⁵. De acuerdo a la ENDESA

2002, el 1% de la población general sería VIH+, y el sistema de vigilancia centinela reporta prevalencia en embarazadas alrededor del 1%, aunque algunos grupos de más alto riesgo tienen hasta 4% de prevalencia. Se ha estimado que alrededor de 17,000 personas VIH+ necesitan tratamiento antiretroviral.

De acuerdo a las informaciones de la SESPAS; la tendencia de la incidencia parecería mantenerse estable en los últimos años, lo que algunos han interpretado como indicio de

⁶⁴ ONUSIDA Dominican Republic.- Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infections. New York 2004.

⁶⁵ SESPAS SESPAS Digepi.- Análisis de Situación de Salud. 2003. Santo Domingo 2005.

que la epidemia habría alcanzado su máximo nivel de intensidad⁶⁶. Sin embargo, aun cuando esto se confirmara, por varios años el número de muertes por esta enfermedad seguirá aumentando. Para el año 2003 estas muertes fueron estimadas en 7,900 y se considera que podrían llegar a 13,000 anuales en los próximos años. De acuerdo a estas mismas informaciones oficiales, SIDA es la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 49 años de edad y una de las primeras en hombres de la misma edad.

La transmisión predominante en el país es por vía sexual, 65% de los casos por relaciones heterosexuales, 12% homosexual y 9% bisexual. Un factor de riesgo es la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual (Según ENDESA 2002, el 9% de las mujeres sexualmente activas entrevistadas habían sufrido alguna ITS en el último año. La prevalencia fue mayor entre las adolescentes y jóvenes). La transmisión por vía sanguínea, sea por transfusiones o por uso de drogas inoculadas, se considera muy baja. La relación hombre/mujer se ha ido igualando y para el 2003 se calculó en 1.16. Aunque la incidencia es mayor en hombres, el ritmo de incremento en mujeres es mayor. Las edades más afectadas por casos de SIDA son de 30 a 34 años, seguida de 20 a 24 años. Es decir, la transmisión se produce a muy joven edad. El 5.5% de los pacientes de tuberculosis son VIH+ y el 12.2% de las personas VIH+ tienen al mismo tiempo tuberculosis⁶⁷.

Basados en las informaciones disponibles, se considera que la epidemia de VIH/SIDA en el país se encuentra en los primeros estadios de una epidemia generalizada, por lo que mantiene algunas características de epidemia concentrada⁶⁸.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), sobre todo los síndromes asociados a la sífilis y la gonorrea muestran una tendencia francamente descendente, probablemente impactadas por las acciones de prevención del HIV/SIDA. Estudios de caso documentan un aumento de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos en la uretritis gonocócica y un incremento del número de mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria relacionada con infecciones sintomáticas. Según la ENDESA 2002, el nueve por ciento de las mujeres entrevistadas sexualmente activas padecieron alguna ITS en el último año. La prevalencia fue mayor entre las adolescentes y jóvenes (15 a 29 años), entre la población residente en la zona rural y entre las mujeres con educación primaria de quinto a octavo grados

Dos desafíos particularmente relevantes son la transmisión del virus VIH de madre a hijo(a) y el manejo de la coinfección VIH/Tuberculosis. Es necesario garantizar que toda embarazada VIH+ sea incorporada al protocolo nacional de prevención de la transmisión a sus descendientes, incluyendo el uso de ARV en la madre y el hijo, la práctica de cesárea electiva y la sustitución de la lactancia materna. Así mismo, es

⁶⁶ Salomón J, Hogan D, Stover J et al.- Integrating HIV Prevention and Treatment. From slogan to impact. PLOS Medicine (2005) V2, N° 1. (<http://medicine.plosjournal.org>). Citado por Lizardo J.- Evaluación económica de la inclusión del VIH/SIDA en la Seguridad Social. Coalición ONG SIDA. Santo Domingo 2005.

⁶⁷ SESPAS SESPAS Digepe.- Análisis de Situación de Salud. 2003. Santo Domingo 2005.

⁶⁸ PAHO/WHO.- The Next Generation of HIV Surveillance Systems. Pan American Journal of Public Health. 2000. V 8 N° 4: 293-297 (%)

necesario asegurar que todas las personas coinfectadas con VIH y Tb son incorporadas al protocolo nacional de manejo de esta coinfección en forma efectiva.

Otros principales desafíos en el país, en el período de ejecución del PLANDES 2006-2015, son la reducción de la transmisión, sobre todo en adolescentes y jóvenes, y sobre todo por vía sexual, reducir a su mínima expresión la transmisión madre hijo(a), asegurar el manejo integral de las personas VIH+ y la coinfección VIH/Tb, incluyendo el uso de ARV cuando corresponda, de acuerdo a los protocolos nacionales, y superar la estigmatización y exclusión social de las personas VIH+. Además, será necesario lograr un mayor empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad.

- *Tuberculosis.*

La República Dominicana está incluida en el grupo de los países con más alta incidencia de esta enfermedad en el continente. Se estima que cada año se producen entre 80 y 90 casos nuevos por cada 100,000 habitantes. Esto significa unos 7,000 casos nuevos por año, de los cuales 3,500 serían infectantes (Bk+) y alrededor del % están coinfectados con VIH.

Aunque tradicionalmente el país ha tenido importantes limitaciones para detectar y curar los pacientes de tuberculosis, en los últimos años la SESPAS; con apoyo internacional de la OPS/OMS, USAID, UICTER, el Fondo Global y otros, ha logrado avances significativos que le han permitido captar mas del 60% de los casos Bk+ estimados y alcanzar tasas de curación alrededor del 84% de los casos diagnosticados, mediante la estrategia DOTS/TAES. De mantenerse la tendencia a la mejoría en los últimos años, podría lograrse las metas establecidas de diagnosticar al menos el 70% de los casos contagiosos estimados y curar al menos el 85% de ellos⁶⁹.

El país ha reportado el mas alto porcentajes de casos con resistencia y multiresistencia a los medicamentos antituberculosos en el continente (6.6%). Los avances en los últimos años han permitido unificar los protocolos de tratamiento y reducir considerablemente los abandonos, por lo que sería de esperarse que este nivel de resistencia se reduzca progresivamente en los próximos diez años. Por otra parte, en 2006 se inició un servicio de manejo de pacientes multiresistentes, con protocolos internacionales.

Los principales desafíos serán mantener y fortalecer los avances logrados en la captación t tratamiento de los casos, con base en la estrategia DOTS/TAES a nivel de todo el país y en todas las poblaciones, asegurando que se diagnostica mas del 70% de los casos Bk+. Cada año y que se cura mas del 85% de ellos, al mismo tiempo que se desarrollo el servicio para el tratamiento de pacientes con multiresistencia.

⁶⁹ SESPAS Tuberculosis. Informe anual nacional del programa nacional de tuberculosis. Santo Domingo 2004 y 2005.

- *Las enfermedades transmitidas por vectores.*

La ubicación geográfica y características climáticas hacen al país vulnerable a infecciones transmitidas por vectores. Las más importantes de ellas en la República Dominicana son la malaria y el dengue.

Aunque la incidencia de malaria es muy inferior a la de los países centroamericanos y amazónicos, cada año se registra alrededor de 1000 a 1300 casos, todos por *P. falciparum* (con pocas excepciones por casos importados) y algunas decenas de fallecimientos. Periódicamente ocurren años epidémicos, en los cuales la incidencia llega a duplicarse y triplicarse. Las epidemias más intensas suelen suceder al impacto de huracanes y año de muy alta pluviosidad. La industria turística del país es particularmente vulnerable cuando a nivel internacional trasciende la aparición de focos de transmisión en municipios que asientan estas instalaciones...

Aun cuando hay unos muy pocos lugares (10 municipios) en los cuales hay un comportamiento endémico y por tanto hay transmisión local de manera permanente y con ciclos determinados por las variaciones climáticas estacionales, la malaria en el país está predominantemente vinculada a los ciclos productivos agrícolas que utilizan mano de obra estacional en forma extensiva, entre ellos la caña de azúcar y más recientemente los vegetales, y con los polos de desarrollo intensivo de la industria de construcción. En ambos casos, la atracción y concentración de trabajadores de diferentes partes del país y del país vecino, en condiciones de transitoriedad y con precarias condiciones de vida, se convierte en detonante para el establecimiento de focos de transmisión local y la aparición de brotes. Los primeros predominantemente en zonas rurales y los segundos en zonas suburbanas y periurbanas. En ambos casos, las corrientes migratorias laborales nacionales e internacionales constituyen el más importante factor asociado.

La meta establecida en el contexto de las Metas de desarrollo del Milenio implica reducir en un 75% la incidencia registrada en el año 2005. Esto significa que la incidencia promedio anual para alrededor del 2015 será menor de 500 casos. La Movilización Tolerancia Cero ha establecido como metas que no haya muertes por malaria, que no haya transmisión local en zonas turísticas y que no haya brotes significativos de malaria en el resto del país.

Para lograrlo será necesario un esfuerzo sostenido de redefinición de las estrategias de prevención y control, para fortalecer la vigilancia epidemiológica que permita identificar prontamente los casos importados en las zonas turísticas, y detectar prontamente los brotes en el resto del país, antes que la transmisión local produzca un elevado número de casos autóctonos, establecer una clara estratificación de las estrategias para los diferentes tipos de comportamiento epidemiológico, desconcentrar las capacidades de intervención preventivas y de control, y fortalecer la participación ciudadana.

El Dengue es un problema de carácter endémico en la subregión del Caribe y en nuestro país. Cada año registramos entre 10 y 100 casos por cada 100,000 habitantes. Los últimos períodos epidémicos fueron los años 2002-2003 y el año 2006. En ambos se registraron

más de 2000 nuevos casos probables. La gran mayoría de los casos ocurre en menores de 5 años de edad, ya que debido a la condición endémica, la mayoría de la población adquiere prontamente inmunidad contra los tipos de virus circulantes.

Los principales centros urbanos del país tienen altos niveles de infestación por el *A. aegyptii*. En algunos casos se ha encontrado entre 20% y 40% de las viviendas infestadas. Esta alta infestación está asociada a deficiencias en la recolección y disposición final de residuos sólidos, pero sobre todo y primordialmente a la tradición de conservar agua a nivel domiciliario, como consecuencia del suministro irregular y deficitario. Se ha comprobado que estos reservorios domésticos de agua constituyen los principales criaderos del vector en nuestras ciudades. Entre los sectores populares, que tienen además la mayor densidad de población, predominan los tanques metálicos o plásticos, en los sectores medios y altos predominan las cisternas y los tinacos.

La Movilización Tolerancia Cero estableció como metas el lograr mantener la morbo letalidad por debajo del 2% y reducir la incidencia promedio anual, alrededor del 2015, hasta el 50% de la que ha sido en el período 2000-2005, es decir mantenerla alrededor de 500 a 700 casos probables promedio anual.

Al mismo tiempo, la simultaneidad o cercanía temporal en la circulación de dos o más tipos del virus se ha asociado con la aparición de casos de Fiebre hemorrágica por Dengue (DHF) y las deficiencias en el manejo de los casos severos se traducen en la aparición de muertes durante los períodos de mayor incidencia. Frecuentemente estos hechos se traducen en alarma y hasta pánico en la población.

Los principales desafíos para el Sistema Nacional de Salud se vinculan al desarrollo de las estrategias de promoción de salud para mejorar la calidad de vida, mediante el empoderamiento de las comunidades para mejorar la calidad de vida y sobre todo el suministro de agua y el manejo adecuado de los tanques, tinacos y cisternas domiciliarias, de acuerdo a las normas nacionales establecidas, a fin de reducir los niveles de infestación. Al mismo tiempo es necesario mantener cada año los esfuerzos de capacitación y actualización periódica del personal de salud para asegurar el mejor manejo de los casos severos.

El desafío es lograr reducir el riesgo de aparición de brotes de gran envergadura y de reducir las muertes a su mínima expresión, así como empoderar a la población de los procedimientos de prevención y control para evitar situaciones de pánico

- *Rabia y otras Zoonosis.*

La más importante zoonosis en el país es la rabia. La existencia de focos enzoóticos de transmisión de Rabia entre animales silvestres, sobre todo entre mangostas (hurones según la denominación popular) significa que, no obstante ser una isla con limitada diversidad de especies de mamíferos, con los recursos científico-técnicos disponibles hasta ahora, resulta prácticamente imposible erradicar esta enfermedad, como ha sido logrado en algunos países del Caribe.

Sin embargo, la experiencia nacional e internacional muestra que con efectivos esfuerzos de vacunación de animales domésticos, particularmente caninos y felinos, y con adecuada atención de las personas agredidas, los casos animales pueden ser reducidos considerablemente y evitar la aparición de casos humanos. Los caninos representan el 83% de las agresiones a humanos y los felinos el 7.4%, mientras las mangostas apenas representan el 0.2% de ellas. Por el contrario, la experiencia muestra que cuando se deterioran estas intervenciones se incrementan los casos animales y la probabilidad de aparición de casos humanos, todos mortales. De allí que la incidencia de casos humanos está claramente asociada a la calidad de las acciones de prevención y tratamiento.

La cobertura de vacunaciones caninas, en los últimos años se ha mantenido alrededor del 25 % al 30% del total de caninos estimados a nivel nacional. Sin embargo, se ha mantenido una secuencia de cobertura de territorios, sobre todo priorizando los de más alto riesgo, y se ha logrado mantener un excelente impacto en la protección de la población humana. Esta es una evidencia de que la vacunación animal protege por lo menos por dos años. Después de varios años sin casos humanos, a partir del 2002 reaparecieron casos, como consecuencia de fallas en las intervenciones. En el año 2005 y los primeros 10 meses del 2006 no ha habido casos humanos.

El país produce toda la vacuna para uso animal y para uso humano que consume, y ambos son productos que han demostrado a lo largo de muchos años su calidad en cuanto a eficacia y en cuanto a bajos riesgos de efectos secundarios. Hasta hace pocos años, se exportaba ambas vacunas a otros países. Es necesario asegurar que se mantiene esta capacidad de producción y estos estándares de calidad. Para uso animal se utiliza líneas celulares y para uso humano se utiliza ratones lactantes.

Sin embargo, la tendencia y las recomendaciones internacionales indican descartar progresivamente el uso en humanos(as) de las vacunas producidas en animales, por el riesgo potencial de efectos secundarios severos y por el riesgo de que fallas en la cadena de frío afecten su eficacia protectora. Esta es la principal razón por la cual se ha reducido considerablemente las oportunidades de exportación. En el período del PLANDES 2006-2015 se asume el compromiso de desarrollar la producción nacional de una nueva generación de vacunas antirrábicas para uso humano, para lo cual será necesario trazar claras políticas coordinadas entre la SESPAS y la SEA, así como los órganos reguladores de la industria y el comercio.

Los principales desafíos para el Sistema Nacional de Salud en el período del PLANDES 2006-2015 son mantener una alta cobertura de vacunación animal, por lo menos del 80% de la población canina estimada cada dos años en cada Provincia y municipio del país, asegurar que se brinda adecuada atención médica, de acuerdo a normas nacionales e internacionales a las personas agredidas, y asegurar que por lo menos el 80% de los animales agresores son observados por personal capacitado. Además, es necesario asegurar las acciones de vigilancia y de control de brotes, mantener la producción nacional y suministro de vacunas en forma oportuna y con calidad, y desarrollar la producción de una nueva generación de vacunas para uso en personas.

- *Desnutrición infantil y carencias de micro nutrientes.*

De acuerdo a las informaciones disponibles, alrededor del 21% de los nacimientos en establecimientos públicos tienen bajo peso⁷⁰. La ENDESA 202 reportó una prevalencia de desnutrición aguda (peso/talla) entre 1.4% y 2.8% en menores de 2 años. No es una frecuencia alta pero significa alrededor de 5000 niños con desnutrición aguda que tienen un elevado riesgo de morir. Como la pobreza se incrementó considerablemente en 2002 y 2003, es muy probable que esta situación se haya empeorado. Identificar y atender adecuadamente a estos niños(as) constituye una muy alta prioridad para el sistema de salud.

La ENDESA encontró también que el 9% de los menores de 5 años tenían desnutrición crónica (tala/edad) y el 5% desnutrición global peso/edad). También son cifras bajas en el contexto latinoamericano, pero hay suficiente evidencia de que la desnutrición crónica y global en los menores de dos años compromete seriamente, para el resto de la vida, el desarrollo de la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de habilidades. De allí que la detección de los niños y niñas con mayor riesgo de caer en desnutrición constituye un enfoque necesario. Esto requiere un enfoque poblacional y con participación social que conduzca al empoderamiento de las poblaciones y familias sobre los signos de alarma y establezca asociaciones efectivas entre los servicios y las organizaciones de la sociedad que conlleven al desarrollo de sistemas de vigilancia más efectivos. La principal medida preventiva de la desnutrición proteico calórica infantil es la promoción de la lactancia materna hasta por lo menos los 6 meses de edad del lactante.

Más frecuentes en nuestro país son las carencias de oligoelementos. Entre ellos las carencias de vitamina A, de Yodo, de hierro y de folatos. Se ha estimado que entre el 10 y el 26% de los niños y niñas tienen carencia de vitamina A, que entre el 21% y el 39% tienen anemia, y que entre un 8 y un 16% tienen carencia de Yodo, todos con variaciones territoriales importantes⁷¹.

En los últimos años, la SESPAS ha hecho un importante esfuerzo en dos direcciones: a) Ofertar complementos de hierro y de vitaminas A a las poblaciones más vulnerables y b) Promover la fortificación industrial de alimentos (sal, azúcar y harinas) de consumo común con Yodo, hierro, vitamina A y otros. Lograr que la totalidad de estos alimentos comercializados y consumidos en el país sean fortificados de acuerdo a las normativas nacionales constituye un importante desafío, sobre todo en el marco de la liberalización de los mercados y los tratados de libre comercio. El Sistema Nacional de Salud asume, en el contexto del PLANDES el compromiso de promover estas políticas.

⁷⁰ COPDES. Grupo de trabajo sobre reducción del hambre. Subcomisión de nutrición e higiene de los alimentos. Santo Domingo 2005.

⁷¹ Idem.

3.3.5.2.- *Problemas prioritarios de salud que representan desafíos crecientes para el Sistema Nacional de Salud.*

El perfil de morbimortalidad del país incluye un conjunto de problemas prioritarios de salud que representan importantes desafíos científico-técnicos, además de administrativos y operativos. En la mayoría de los casos no se trata de problemas nuevos, pero son problemas ante los cuales no se ha definido políticas ni estrategias de demostrada efectividad, o bien los servicios de salud no han desarrollado experiencia suficiente ni capacidades. En el contexto del PLANDES 2006-2015, el Sistema Nacional de Salud deberá desarrollar las capacidades nacionales para la prevención y control de estos problemas, que ya son importantes para la población y que lo serán mucho más en la medida que los problemas del grupo anterior vayan siendo superados.

- Las enfermedades del “síndrome metabólico”.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, la diabetes (sobre todo tipo II), la osteoporosis, la obesidad, y varias otras enfermedades, constituyen un grupo de problemas de alta incidencia y prevalencia en la población, que se refuerzan mutuamente en su efecto negativo sobre la salud y cuya etiopatogenia, y por tanto su prevención y control, está relacionada con algunas pocas medidas de alto impacto y relativo bajo costo, sobre todo cuando se aplican desde edades tempranas. Entre estas medidas se encuentran: Promoción de la actividad física, y la recreación saludable promoción de hábitos saludables de alimentación y promoción de la reducción del consumo de tabaco y alcohol. Estas medidas además contribuirán a reducir una cierta proporción de las cirrosis hepáticas de origen no infeccioso.

Las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares constituyen la primera causa de mortalidad general en el país, más del 25% del total de muertes registradas. Cada año se registra la muerte de alrededor de 100 personas por cada 100,000 habitantes, por esta causa y la tendencia es ascendente. Constituyen el 10% de las consultas, el 6% de las emergencias y el 80% de los ingresos hospitalarios no obstétricos de adultos, en servicios públicos del país⁷².

La diabetes es considerada un importante problema de morbilidad y mortalidad. Representa del 2 al 4% de las muertes registradas, para una tasa de mortalidad de 13 por 100,000 habitantes y con tendencia ascendente⁷³. Aunque no se dispone de estudios epidemiológicos adecuados, a nivel internacional se estima que en países similares al nuestro, por lo menos el 10% de la población adulta tiene diabetes tipo II.

En 1999 se encontró que el 16.4% de la población adulta es obesa (IMC 30 o más) y que por lo menos el 29% tiene sobrepeso (IMC 26-29). La frecuencia de hipercolesterolemia (200 mg o más) estaría alrededor del 24% de los adultos y el 25% de ellos tendría algún

⁷² DIGEPI-SESPAS.- Análisis de Situación de Salud 2003. Santo Domingo 2005.

⁷³ Idem.

grado de hipertensión arterial ⁷⁴. Es razonable asumir que estos valores sean por lo menos similares o probablemente superiores en la actualidad.

La prevalencia de tabaquismo es de 20.2% en la población general. La prevalencia entre los hombres estudiados fue de 25% y, entre la mujeres, de 17.6%⁷⁵.

No se dispone de información sobre la prevalencia de osteoporosis pero se sume que la frecuencia en mujeres por encima de los 40 años es elevada en el país.

En el período de ejecución del PLANDES 2006-2015 el Sistema Nacional de Salud asume el desafío de definir políticas y estrategias, y desarrollar capacidades, que permitan prevenir y controlar estos problemas de salud a nivel individual y poblacional.

- *Cáncer.*

El conjunto de lesiones malignas en diferentes localizaciones ocupa el tercer lugar de causa de mortalidad general, alrededor del 15% del total de muertes registradas, para una tasa de 41 por 100,000 habitantes y con tendencia claramente ascendente⁷⁶. Las localizaciones más frecuentemente diagnosticadas como causa de mortalidad registrada en el país para 1999 fueron: Estómago y vías digestivas (8.3/100,000), Próstata (7.1/100,000), Mama (2.3/100,000) y cérvico uterino (1.9/100,000)⁷⁷.

Las localizaciones más frecuentes en hombres, durante 1999, fueron: próstata (13.9 por 100,000); otros órganos digestivos y peritoneo (7.1 por 100,000) y tráquea, bronquios y pulmones (6.3 por 100,000). Las localizaciones más frecuentes en el sexo femenino fueron mama (4.4 por 100,000); órganos digestivos y peritoneo (4.3 por 100,000); cuello del útero (3.9 por 100,000) y tráquea, bronquios y pulmones (3.4 por 100,000)⁷⁸.

La cobertura del Papanicolau, en mujeres de edad fértil no alcanza al 10% y estuvo concentrada en menores de 25 años, es decir en los grupos de menor prioridad epidemiológica, sin contar que una elevada proporción de las mujeres cubiertas se repiten cada año. La pérdida de casos detectados antes de ser adecuadamente tratados es muy alta. La resistencia cultural a los exámenes físicos para la detección temprana del cáncer de próstata, relacionada con la forma de asumir la masculinidad, y la limitada oferta de este tipo de servicios para hombres adultos, se refleja en estas cifras.

El Sistema Nacional de Salud, en el período del PLANDES 2006-2015, deberá asumir el desafío de desarrollar políticas, estrategias y capacidades para la prevención y detección temprana y tratamiento efectivo de las principales localizaciones de cáncer en el país, al menos para el Cáncer de próstata, el de cuello uterino, el de mama y los de vías digestivas y vías respiratorias, con efectividad para revertir la tendencia ascendente de sus tasas de mortalidad.

⁷⁴ Sociedad Dominicana de cardiología. Estudio EFRICARD. Santo Domingo 1998.

⁷⁵ DIGEPI SESPAS.- Análisis de Situación de Salud 2003. Santo Domingo 2005.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Idem.

⁷⁸ Idem.

Un desafío mayor será asegurar el financiamiento de estas intervenciones, muchas de las cuales no han sido contempladas en el catálogo de prestaciones del Plan básico de Salud del Seguro Familiar de Salud.

- *Violencia.*

En nuestro país la violencia de motivación política no es frecuente, hay un claro predominio de la violencia social y de la violencia intrafamiliar.

La violencia basada en género constituye un problema de salud pública. Es la cuarta causa de muerte en mujeres (entre 110 y 150 muertes cada año entre 2001 y 2004). El 24% de las mujeres en edad entre 15-49 años han sufrido violencia y 22% la han sufrido por parte de su pareja en los últimos 12 meses. 25% sufrieron violencia física, emocional o sexual⁷⁹. Informaciones recientes del sistema de justicia revelan que cada dos horas en el Distrito Nacional se reciben casos de mujeres víctimas de violencia. Según la encuesta ORC Macro 2004, las mujeres víctimas de violencia no buscan ayuda, el 48% de ellas porque resulta inútil, 16% por vergüenza, 9% porque no sabe cómo proceder, 8% por no causarle problemas al agresor, y 8% por miedo a nuevos episodios de agresión.

Los problemas relacionados con la violencia son el resultado de actitudes y prácticas derivadas de la asunción de la condición sexual, en general de dominación para hombres y de sumisión para mujeres. De la misma manera sucede con las funciones derivadas de los roles de maternidad o de paternidad, cuyos comportamientos estén asociados con funciones socialmente asignadas.

Cuadro No.26
DISTRIBUCIÓN DE MUERTES VIOLENTAS,
REPUBLICA DOMINICANA, PERIODO 1996- 2002

Años	Total	Homicidio		Transito		Suicidio		Electro- cutados		Rayos		Ahogados		Quemaduras	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1996	3456	1032	29.9	1459	42.2	347	10.0	248	7.2	15	0.43	355	10.3		
1997	3525	1038	29.4	1588	45.0	337	9.6	206	5.8	19	0.54	337	9.7		
1998	3806	1121	29.5	1662	43.7	507	13.3	242	6.4	5	0.13	269	7.1		
1999	4048	1212	29.9	1842	45.5	416	10.3	153	3.8	9	0.22	416	10.3		
2000	3558	1090	30.6	1714	48.2	361	10.1	41	1.1	4	0.11	348	9.8	10	0.28
2001	3232	1086	33.6	1455	45.0	319	9.7	59	1.8	4	0.12	309	9.6	8	0.24
2002	3684	1230	33.4	1637	44.4	394	10.7	110	3.0	1	0.03	301	8.2	11	0.30
TOTAL	25309	7809	30.8	11357	44.8	2681	10.6	1059	4.2	57	0.22	2335	9.2	29	0.11

Fuente: Estadística Policía Nacional. Tomado de : DIGEPI SESPAS.- ASIS 2003. Santo Domingo 2005.

⁷⁹ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

No hay información confiable sobre la incidencia e la violencia intrafamiliar contra la niñez, pero se presume que podría ser aun más alta que la violencia contra las mujeres, aunque probablemente en la mayoría de los casos con menos consecuencias de daño físico severo, pero con alto daño psicológico.

En el periodo 1996 al 2002 se registraron en las estadísticas de los reportes de la Policía Nacional un total de 25309 muertes violentas, siendo el 30.8% homicidios y el 10.6% suicidios. El resto correspondió a accidentes.

La violencia social se ha convertido en un importante problema en nuestra sociedad. Durante el año 2006, el Gobierno Nacional dio inicio a la estrategia denominada “Barrio Seguro”, como un abordaje intersectorial, que intenta combinar intervenciones de carácter preventivo y represivo. Con esta estrategia se ha intervenido en las principales barriadas populares de la ciudad capital y de Santiago. Al mismo tiempo, se ha iniciado un proceso de reforma de la Policía Nacional que de acuerdo a las informaciones públicas busca lograr mayor efectividad y mejores vinculaciones con las comunidades.

El Sistema Nacional de Salud, en el marco del PLANDES 2006-2015, asume el desafío de desarrollar dos tipos de capacidades. Por una parte, fortalecer la atención de las personas lesionadas en los diferentes niveles de atención de las redes de servicios de salud, tanto lesiones físicas como daños psicológicos. Por otra parte, definir políticas y estrategias, y desarrollar capacidades e intervenciones de promoción de salud, con base comunitaria, que contribuyan a prevenir las lesiones por violencia intrafamiliar mediante la promoción de una cultura de no violencia en las relaciones comunitarias y familiares, en el marco de los esfuerzos por fortalecer la salud mental con un enfoque de salud pública.

- *Accidentes de tránsito.*

Las muertes por las llamadas “causas externas”, donde se incluye los accidentes, suicidios y homicidios, representan una proporción similar a las muertes por Cáncer, dentro del total de muertes registradas, es decir alrededor del 15%, y una tasa alrededor de 40 por 100,000 habitantes⁸⁰. De acuerdo al registro policial, alrededor del 45% del total de muertes violentas (76.5 % del total de accidentes) corresponde a accidentes de tránsito. Cada año, entre 1995 y 2000, se registraron en promedio cada año más de 25,000 accidentes de tránsito⁸¹

Desde el año 2000 se dio inicio a esfuerzos intersectoriales para prevenir accidentes, sobre todo en temporadas de alta movilización de la población en el territorio nacional.

En el contexto del PLANDES 2006-2015, el Sistema Nacional de Salud asume el desafío de fortalecer la atención de los lesionados, y de contribuir con los esfuerzos de prevención de los accidentes. La atención de los lesionados requiere el fortalecimiento de las capacidades en los diferentes niveles de las redes de servicios y el desarrollo de un

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Policía Nacional, memorias 2002.

subsistema de traslado y atención de emergencias traumáticas en forma de red. El aporte a la prevención implica fortalecer la educación de la población sobre los riesgos de accidentes de tránsito y como reducirlos. Particularmente importante es la influencia del alcohol y el consumo de tabaco y otras sustancias adictivas.

- Adicciones.

Según los resultados obtenidos por los sistemas de vigilancia centinela del Consejo Nacional de Drogas (CND), durante el período 1992-1996⁸² y el 1998 – 2000 Sistema Interamericano de Datos Uniformes Sobre Consumo de Drogas (SIDUC)⁸³, las drogas legales más consumidas en la República Dominicana, son el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes. En definitiva, las sustancias adictivas más consumidas en la República Dominicana son las legales. Entre las drogas ilegales más consumidas están en primer lugar la marihuana y en segundo la cocaína; según reportes de salas de urgencia, centros de tratamientos y centros de detenciones para 1992-1996. En menor proporción se reportan los inhalantes y alucinógenos. La cocaína fue el principal causante de ingresos hospitalarios por estas sustancias.⁸⁴

Tabla de Prevalencia de Consumo de Vida de Sustancias Psicoactivas en Salas de Urgencias. Ventana Epidemiológica

SUSTANCIAS	ENC. ESCOLARES (n=2,023)	1992 (n=1,368)	1993 (n=1,387)	1994 (n=1,772)	1995 (n=2,030)	1996 (n=1,865)	SIDUC 1998 (n=1,650)	SIDUC 2000 (n=1,554)
TRANQUILIZANTES	7.1%	22.4%	17.2%	19.2%	16.7%	20.2%	12.2%	20.0%
TABACO	23.4%	38.0%	37.4%	34.8%	35.6%	41.7%	42.4%	41.1%
ALCOHOL	80.7%	71.7%	74.3%	59.5%	62.0%	79.3%	75.6%	71.2%
ESTIMULANTES	2.0%	7.0%	3.6%	5.7%	5.1%	7.7%	1.4%	12.1%
MARIHUANA	2.0%	1.7%	1.0%	2.1%	3.5%	6.9%	3.3%	5.3%
COCAÍNA CLORO	1.2%	-	0.6%	0.9%	1.3%	2.5%	1.0%	1.8%
CRACK	1.6%	-	0.5%	0.2%	1.4%	1.6%	1.2%	1.0%
INHALANTES	12.4%	1.1%	0.6%	0.3%	1.6%	1.7%	1.8%	5.7%
ALUCINÓGENOS	-	0.7%	0.6%	-	0.4%	0.2%	0.3%	0.3%

FUENTE : OEA/CICAD - OPS - SESPAS - CND

DATOS DE : Salas de Urgencias de los Hospitales Moscoso Puello, Luis E. Aybar y Salvador B. Gautier (El Hospital Gautier no está incluido en las rondas del 1995, 1996 y 1998 y 2000 de Santo Domingo y Encuesta Nacional PACARDO 2000).

⁸² Herrera, M. y Hasbún, J. *Vigilancia Epidemiológica de Drogas en Centroamérica, Panamá y República Dominicana*. Santo Domingo: OEA/CICAD; OPS; SESPAS; CND, 1992-1996.

⁸³ Hasbún, J. y Herrera, M. *Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC). Resultados del Sistema de Datos de Centros de Tratamiento y Salas de Urgencias en la República Dominicana*. OEA/CICAD – CND, 1998.

⁸⁴ Herrera, M., Hasbún, J., Estévez, G. *Estudio Nacional de Conductas de Riesgo y Factores Protectores en Escolares (PACARDO 2000)*.

Según las estadísticas reportadas por la DNCD un 37% de la droga total decomisada le corresponde al Distrito Nacional, un 28% a La Altagracia, un 14% a Azua, un 10% a La Romana, un 3% a Puerto Plata y Santiago respectivamente.

La percepción de riesgo ante el consumo de sustancias legales de los estudiantes es más baja en el caso de alcohol (35% lo considera alto) en comparación al consumo de tabaco (82% lo considera alto). Ante las drogas ilegales, la mayor percepción de riesgo reportada se encuentra en el consumo de marihuana (63% de los estudiantes reporta gran riesgo), muy seguida del crack (61%), cocaína (56%) e inhalantes (50%).

Desde 1974 hay comunidades terapéuticas y centros de tratamiento ambulatorio, establecidas por ONG. En la actualidad todas reportan recibir una mayor demanda de la que pueden atender.

El Sistema Nacional de Salud, en el marco del PLANDES 2006-2015, asume el desafío de contribuir a los esfuerzos de la sociedad y el Estado para fortalecer la aplicación de una estrategia integral y de un Plan Nacional sobre drogas, de carácter intersectorial. Que incluya los siguientes componentes: Legislación, coordinación interinstitucional, servicios de tratamiento y rehabilitación, atención en ambientes laborales y poblaciones vulnerables, capacitación y monitoreo y evaluación.

Para el mejor éxito será necesario un esfuerzo articulado entre la sociedad y el Estado que permita superar la estigmatización y haga posible la rehabilitación de los afectados. Desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, el tratamiento y rehabilitación de las personas adictas constituye una importante prioridad.

- Salud laboral.

La problemática de la salud laboral es un desafío creciente para el sistema de salud en el país. La Ley 87-01 establece el Seguro de Riesgos Laborales y asigna al IDSS la responsabilidad de organizar y gestionar una Administradora de Riesgos Laborales. Este seguro incluye un componente de financiamiento para la atención en servicios de salud de las personas con enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, de las personas beneficiarias del régimen contributivo del Seguro familiar de Salud, y un componente de promoción de la seguridad en los ambientes de trabajo.

Sin embargo, los accidentes y enfermedades laborales, así como el impacto de las condiciones de trabajo sobre la salud de las mujeres y hombres trabajadores constituyen una preocupación de las sociedad y el Estado Dominicanos que no se limita a los trabajadores (as) del sector formal de la economía. Es necesario considerar que el 56% de la Población Económicamente Activa ocupada está en el sector informal, y considerando que alrededor del 12% de la PEA está en actividades agropecuarias y ganaderas, que hay un 16% de desempleo y que hay una cantidad no precisada de trabajadores migrantes no legales. En consecuencia, debe asumirse que la mayoría de los y las trabajadoras no estarán cubiertos por el Seguro de Riesgos Laborales, pero sus problemas de salud vinculados al trabajo necesariamente tendrán que ser atendidos por el

Sistema Nacional de Salud tanto en la referente a la prevención y control de accidentes y enfermedades profesionales como en lo referente a la atención de su lesiones y enfermedades.

La experiencia internacional muestra que las condiciones de trabajo suelen ser peores en el sector informal de la economía y en las actividades agrícola y pecuarias, así como en los servicios no calificados(as) .

Particular interés para las consideraciones de salud desde la perspectiva de las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres, tiene que ver con la salud laboral, entendiendo que la principal limitante se halla en el alto porcentaje de mujeres que trabajan en el sector servicios, -trabajo formal o informal-, e incluso en el servicio doméstico pagado, -aún sin cobertura de aseguramiento-, o en las actividades de comercio por cuenta propia.

El Sistema Nacional de Salud, en el marco del PLANDES 2006-2015 considerará las especificidades de género en el ámbito laboral, y las débiles coberturas de aseguramiento para mujeres que trabajan en multiplicidad de actividades informales, y remite a consideraciones no tradicionales como lo son, la asunción de aquellos riesgos que están íntimamente vinculados a la cotidianidad de las mujeres en los oficios domésticos, como quemaduras, los riesgos de alergias por uso de productos químicos, o los riegos por abuso en determinado tipo de posiciones o de tensiones, para las cuales no han sido formadas (atención a niños-as con síndrome de Down, o de lesiones cerebrales en ancianos-as, enfermedad de Alzheimer, u otros.

3.4.- Situación del sector salud.

3.4.1.- Cobertura geográfica y poblacional.

El sector público de salud tiene una importante capacidad instalada de 1075 establecimientos, que ofertan 12,057 camas, para una tasa global de 1 cama por cada 750 habitantes (1.2 camas por cada mil habitantes). La SESPAS dispone de 1037 establecimiento, el IDSS de 33, de los cuales 7 cuentan con camas y las Fuerzas Armadas 5 establecimientos, 2 de ellos con camas. No se dispone de información sobre la oferta de establecimientos y camas privadas. La disponibilidad de camas por mil habitantes, es inferior a 23 de los 34 países de América Latina y el Caribe de los cuales se dispone información⁸⁵. Sin embargo, es posible que si se incluyeran las camas privadas disponibles, el país se colocaría en una posición intermedia.

En términos de recursos humanos en salud, para el año 2004 había 1 médico(a) por cada 743 personas⁸⁶, y se reportó 1.1 Bioanalista, 0.4 Farmacéuticos(as), 1.3 Enfermeros(as), 11.5 Auxiliares en enfermería, 0.06 Veterinarios, 0.3 Administradores, 1.1 Supervisores y promotores(as), 15.4 personal administrativo y 2.7 Técnicos(as), por cada 10,000

⁸⁵ CEPAL.- Anuario estadístico para América latina y el caribe. Santiago de Chile 2005.

⁸⁶ Idem.

habitantes, incorporados al sector salud⁸⁷. Prácticamente en todos los municipios del país hay establecimientos de salud con recursos humanos. Sin embargo su distribución no guarda relación con los perfiles de salud y de demanda de las poblaciones. La relación de habitantes por médico(a) nos ubica, para ese mismo año, por debajo de 13 de los 34 países informantes, es decir en un nivel intermedio.

De acuerdo a la ENDESA 2002, el 93.1% de las personas que buscaron atención obtuvieron consulta por médicos(as) y aun cuando hay variaciones según la región del país, con excepción de la región IV (87.6%), en todas el porcentaje fue superior al 90%. De los consultantes, el 53% lo hizo a establecimientos de la SESPAS y el 32% en privados, proporciones pequeñas consultaron en el IDSS, las Fuerzas Armadas y otros centros. Estos porcentajes son semejantes cuando se necesitó internamiento. Así mismo, el 99.2% de las embarazadas recibió atención prenatal por médicos (65% por especialistas) y el 95.3 % de los partos ocurren en establecimientos de atención médica (70.8% públicos y 24.5% privados). Las informaciones disponibles indican que no hay grandes brechas de acceso entre la población rural y la urbana en cuanto a su acceso a atención prenatal y del parto⁸⁸. Todos estos datos confirman que el sistema de salud del país tiene una alta cobertura geográfica y poblacional y que la SESPAS cubre entre el 53% y el 71% de la demanda de la población, dependiendo del tipo de problema de salud. Con respecto a intervenciones de prevención y control de problemas de salud, prácticamente el 100% son realizados por la SESPAS.

Parecería haber suficiente evidencia para mostrar que, aun cuando persisten barreras de acceso territorial para sectores minoritarios socialmente excluidos, los principales problemas del sector salud no están en la cobertura, ni siquiera en la cobertura por los servicios públicos, sino sobre todo en la calidad y en la efectividad de las intervenciones tanto curativas como de prevención y control.

Estas limitaciones se relacionan básicamente con las limitaciones de financiamiento y aseguramiento, con el modelo de atención y el de gestión del sistema, con la muy limitada participación ciudadana y enfoque de equidad social, y con las limitaciones en la aplicación de enfoque de equidad de género.

3.4.2.-- Financiamiento, aseguramiento y gasto familiar.

Pero la población siente mucha insatisfacción por los servicios recibidos y los indicadores de salud (mortalidad materna, por ejemplo) muestran que hay serias deficiencias en la calidad. Los ingresos hospitalarios por la vía de emergencia duplican los correspondientes a la vía de consultas.

Esta situación guarda relación con el hecho de que los servicios públicos están subfinanciados. La inversión pública en salud para el 2004 fue alrededor del 1.1% del PIB. Para ponerlo en perspectiva, sólo un país de América latina y el caribe tiene una

⁸⁷ SEPAS, PROSISA, UE.- Sistema de Información Geográfica. Santo Domingo 2003.

⁸⁸ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

inversión menor, y este gasto es aproximadamente la mitad del que se aplicó en el año 2000⁸⁹. Pero además, es muy vulnerable a las variaciones en la economía. Para el año 2002 la inversión pública en salud había alcanzado el 1.9% del PIB (según estimaciones de CEPAL el 2.4%), pero con la crisis económica de los años siguientes cayó hasta alrededor de 1.1% del PIB en 2004. El bajo financiamiento y su inestabilidad se traducen en deterioro de las capacidades del sector para establecer planes de desarrollo de mediano y largo plazo, y para asegurar el mantenimiento de la oferta de los servicios y programas en forma continua y con calidad.

La consecuencia de la baja inversión pública es un elevado gasto familiar. Por cada RD\$ gastado por el sector empresarial en salud, el Gobierno gasta cerca de 2 y las familias entre 5 y 9. Mientras mas pobre es la familia, mayor es la proporción de su ingreso que debe invertir en salud⁹⁰.

Esto se relaciona con el hecho de que solo el 21.1% de la población está cubierta por un seguro de salud y apenas el 5.2% está cubierta por el seguro social, el resto son básicamente seguros privados, cuyo costo de mercado los hace menos accesibles a la mayoría de la población empobrecida. En consecuencia, el 50% de quienes obtienen atención debe pagar total o parcialmente por el servicio. El 32.4% de ellos pagaron por servicios de la SESPAS: Por otra parte, si se considera el gasto total de las familias por las atenciones en salud que demanda, el 54% corresponde a medicamentos y el 11% a exámenes de laboratorio⁹¹. Otras estimaciones han encontrado que el gasto en medicamentos puede llegar hasta el 60% del gasto total familiar en salud. Este elevado gasto familiar, mayor en las familias mas pobres, representa una pesada carga para los(as) jefes(as) de hogar que incide diferencialmente mas en las mujeres, por su rol en el seno familiar que se suma al hecho de que el 35% de las mujeres se declaran jefas de hogar y que el 51% de los hogares pobres en el país son comandados por mujeres, y considerando que el desempleo femenino es 2.5 veces mayor que en los hombres y los salarios son 27% menores⁹².

En consecuencia, para desarrollar el Sistema Nacional de salud y el Seguro Familiar de Salud, será necesario un mayor esfuerzo de financiamiento público y una reestructuración del gasto privado socialmente más justa y equitativa.

3.4.3.- Limitaciones del modelo de atención.

El modelo de atención predominante en el sector salud se caracteriza por: a) Débil capacidad resolutoria, sobre todo en el nivel primario, b) Enfoque predominantemente curativo e individual de la salud. c) Limitada regulación y normatización de las atenciones.

⁸⁹ CEPAL.- Anuario estadístico para América latina y el caribe. Santiago de Chile 2005.

⁹⁰ USAID/OPS.- Cuentas Nacionales en Salud. Santo Domingo 2004.

⁹¹ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

⁹² Idem.

Estas limitaciones se expresan en un perfil de asignación de los recursos que reproduce cada año las mismas características deformadas que afectan su efectividad. La capacidad de resolución se concentra en los centros hospitalarios y se sustenta en un enfoque predominantemente curativo. En consecuencia, la capacidad de resolución de los servicios de nivel primario es muy limitada y los programas de promoción, prevención y control operan en condiciones de precariedad y con alta dependencia de la cooperación internacional.

Algunos estudios recientes consideran que por lo menos el 80% del gasto público en salud se invierte en atenciones curativas y más del 80% del mismo en centros hospitalarios. La inversión en salud colectiva estaría siendo alrededor del 14% al 18% del presupuesto de la SESPAS, y menos del 10% del gasto público total en salud⁹³.

El sistema se ha desarrollado sobre la base de concentrar en los niveles hospitalarios la mayor capacidad y calidad de atención, en consecuencia la demanda tiende a concentrarse en los centros de mayor desarrollo, a pesar de que el país cuenta con una extensa red de Unidades de Atención Primaria y de hospitales municipales, estos últimos con muy baja ocupación, sin vinculación funcional efectiva.

Mientras mas se aleja las personas que demandan atención del medio familiar y comunitario, mas se debilita la posibilidad de que los servicios establezcan las necesarias relaciones entre los problemas de salud y las condiciones de vida y trabajo, y mas se despersonaliza la atención. Fortalecer el nivel primario de atención requiere aumentar su capacidad de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y una adecuada articulación de las redes de servicios por niveles de atención que priorice el primer nivel; pero sobre todo es necesario asumir una relación mas productiva entre la sociedad y sus organizaciones con los establecimientos, servicios y programas de salud, que contribuya tanto a fortalecer la efectividad de los mismos, como a empoderar a las comunidades sobre los procesos de salud.

El abordaje predominantemente curativo de la salud se traduce por una concentración en la atención de enfermedades, y en la atención de la demanda espontánea, con un debilitamiento de las intervenciones de promoción de la salud, de prevención y de control de problemas prioritarios y de iniciativas preactivas para reducir los procesos condicionantes y determinantes del perfil de salud y de demanda. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud requiere asumir el concepto de “producción social de la salud” que ha establecido la ley General de Salud (42-01). Es decir, asumir que la situación de salud de las poblaciones guarda relación con sus condiciones de vida y de trabajo y, por lo tanto, son necesarias intervenciones de carácter intersectorial y con participación social, que contribuyan a elevar la calidad de vida, para transformar esta situación de salud.

Los servicios y programas de salud, en este contexto, son parte de los esfuerzos de la sociedad y del Estado para mejorar la calidad de vida y de salud, aplicando la estrategia

⁹³ Castellanos Pedro L.- Cálculos preliminares para el informe “Consultoría para apoyar la separación de funciones de la salud colectiva y su costeo”. CERSS. Santo Domingo julio 2005.

de atención primaria de la salud, pero tienen una responsabilidad de liderazgo que le deviene de las necesidades de salud de las personas y comunidades y del alto nivel educativo de los trabajadores de la salud. Este reenfoque de las atenciones de salud hacia el concepto de producción social de la salud es mucho más importante en las Unidades de Atención Primaria, pero debe permear al conjunto de los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Los diferentes niveles de atención no han desarrollado en forma suficiente la normatización y protocolización de las atenciones. En consecuencia, con mucha frecuencia, estas quedan libradas a los conocimientos y decisiones del profesional que presta la atención, bajo su responsabilidad individual, en desmedro de la calidad. Desarrollar el Sistema Nacional de Salud supone un esfuerzo sostenido de protocolización de la atención de los principales problemas de salud, así como de aplicación de las Normas en los diferentes niveles de atención. Elaborar estos protocolos básicos de atención en los diferentes niveles y asegurar su permanente actualización y la capacitación del personal de salud para su aplicación, es parte de las funciones de rectoría de la SESPAS sobre la Redes de Servicios Públicos y privados de salud.

3.4.4.- Limitaciones en la organización del sistema y el modelo de gestión.

Las deficiencias gerenciales del sistema se observan en la baja eficiencia, productividad y calidad de los servicios, en las dificultades encontradas para el desarrollo de la carrera sanitaria y en una limitada disponibilidad de información, así como en la poca utilización de las existentes para la toma de decisiones y para hacer más transparente la gestión. Esta poca importancia que se confiere a la información para la gestión y la transparencia, limita la participación de los usuarios y la ciudadanía en general.

El modelo de salud en desarrollo aun sigue siendo centralizado y desarticulado, con un limitado desarrollo de la desconcentración y la descentralización establecidas en la Ley 42-01 y en los Reglamentos vigentes.

Persiste una débil intersectorialidad en las estrategias e intervenciones. Pobre articulación con Consejos de Desarrollo Local, Municipal y Provincial. Pobre articulación con Poder Municipal. En el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, el cual ha de ser democrático, mixto y plural, es necesario fortalecer la articulación intersectorial y la construcción de agendas comunes de desarrollo regional, provincial y municipal.

Para superar la dispersión organizativa en el sector es necesario profundizar los procesos de reforma y conformar una estructura sistémica, compuesta por diferentes subsistemas articulados entre sí en forma sinérgica y complementaria, con clara separación de las funciones y responsabilidades entre los subsistemas de Atención a las Personas, la Salud Colectiva y la Rectoría pública y con una fuerte rectoría que asegure la conducción y direccionalidad del conjunto.

Aun persisten limitaciones en las capacidades gerenciales y de gestión estratégica. Desarrollar el Sistema Nacional de Salud requiere un sostenido esfuerzo de desarrollo de

estas capacidades en los diferentes subsistemas y niveles. Se necesita una administración más profesionalizada, desarrollar una carrera sanitaria que haga posible la mejor gestión de los recursos humanos.

La organización del nivel central de la SESPAS expresa una larga historia de desarrollo e incorporación de estructuras y dependencias en respuesta a necesidades de cada momento. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud, sobre la base del marco legal y reglamentario vigente, supone una profunda reestructuración de la SESPAS para fortalecer sus funciones como Rectora del sistema, eliminar o transformar las estructuras y dependencias que ya no se corresponden con sus funciones y fortalecer o desarrollar aquellas que son indispensables para su nuevo rol. La débil rectoría se traduce en limitaciones tanto técnicas como de autoridad para la conducción del conjunto de instituciones que conforman el sistema y en limitaciones para avanzar en el proceso de reestructuración de las mismas.

Las Direcciones Provinciales de Salud, como unidades desconcentradas aun han tenido un desarrollo limitado que dificulta el ejercicio pleno de sus funciones de salud colectiva y de rectoría. Igualmente, las Direcciones Regionales de Salud, como unidades responsables del desarrollo de las Redes Regionales de Servicios, aun requieren el fortalecimiento de sus capacidades de gestión y avanzar hacia la descentralización.

Todos estos desarrollos suponen una revisión de los procesos de presupuestación y de asignación y gestión financiera, más vinculados a objetivos y resultados, más eficiente y más transparente.

Se hace necesario, además, rediseñar el sistema de salud sobre la base de una redefinición más democrática de las relaciones Estado/Sociedad. La participación social orgánica en el modelo de organización y de gestión del Sistema Nacional de Salud. Superar el asistencialismo y beneficencia por ciudadanía y derechos.

La redefinición de los servicios y programas remite a la viabilidad social de la reforma incentivando desde la propia rectoría del sistema hacia la diversificación de los roles de cuidado, involucrando padres, comunidad y toda la sociedad desde las distintas funciones, en la prevención, la promoción de la salud, y la provisión de servicios. Implica redefinición de los servicios y programas desde nuevas perspectivas, y la capacitación y sensibilización de servidores para la humanización de servicios

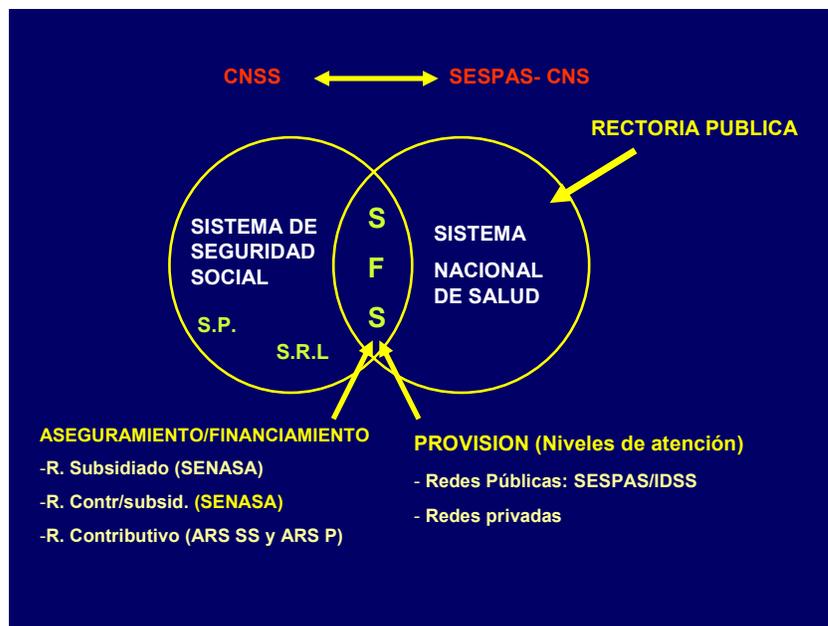
El nuevo modelo de gestión implica superar las debilidades en cuanto a enfoque de equidad de género, en lo referente a las prioridades, en las estrategias de intervención, en la organización y funcionamiento de los servicios, pero también en el empoderamiento sobre la gestión de los servicios.

La transversalización de género en el plan de salud remite a la democratización de la salud no sólo en la dimensión de las acciones del SNS, sino también en la proyección de una visión del rol del Estado hacia los procesos políticos y sociales, incluida la capacidad de decisión sobre las características y tipos de servicios que se ofertan o se demandan, a

hombres y a mujeres, así como a la valoración de la calidad de la atención. Ambos aspectos tienen su base en la percepción de derechos de la población dominicana, su capacidad de constitución de sujeto y las personas en interlocutoras frente a las funciones públicas. En ese orden la función de Rectoría del SNS se hace efectiva en las instituciones del sistema, en la capacidad de respuesta percibida desde los propios actores en SESPAS, en el SNSS, y en el sector privado, y en la capacidad para construir formas de participación sustentadas en la apropiación de ciudadanía sobre las políticas, sobre las acciones del SNS.

3.4.5.- *La reforma sanitaria y de la seguridad social.*

Desde que en el año 2001 fueran promulgadas la Ley General de Salud (42-01) y la Ley del Sistema dominicano de Seguridad Social (87-01), se dio inicio a procesos de profunda reestructuración de las principales instituciones del sector salud, con la orientación de conformar un Sistema Nacional de Salud y un Sistema de Seguridad Social complementarios y sinérgicos, dirigidos a fortalecer la protección social de la población, asegurar el adecuado financiamiento y la calidad de los servicios y el aseguramiento de toda la población.



Los procesos de reforma implican que el Sistema Dominicano de Seguridad Social debe alcanzar el aseguramiento de toda la población, con sus tres regímenes de afiliación al Seguro Familiar de Salud, y de esa forma garantizar que el Sistema Nacional de Salud en sus diferentes componentes, disponen del adecuado financiamiento para desarrollar la atención. La Ley 87-01 estableció un período de transición, que terminará el año 2011, para completar estos procesos de cobertura universal de aseguramiento y desarrollo del SDSS.

El Sistema Nacional de Salud en el contexto de la reforma sanitaria se visualiza como un a red de redes. Redes de Servicios Públicos de Atención a las Personas, Redes Privadas de Atención, y las Redes programáticas de Salud Colectiva, todo bajo una fuerte rectoría pública que para los fines del aseguramiento y financiamiento se ejerce a través del Consejo nacional de la Seguridad Social y, para los fines de provisión de los servicios de salud y la producción social de la salud, se ejerce a través de la SESPAS.

Este proceso de reforma implica cambios importantes en la SESPAS y en el IDSS para conformar las Redes de Servicios Públicos de Salud y para que el IDSS desarrolle sus capacidades como ARS pública para el régimen contributivo de trabajadores del sector privado, como Administradora de Riesgos Laborales y como Administradora del sistema de estancias infantiles que forma parte del Seguro Familiar de Salud. Por su parte la SESPAS tiene que avanzar en la descentralización de sus servicios de atención a las personas, conformando primero redes regionales y luego Servicios Regionales, de carácter públicas, pero con autonomía administrativa y personería jurídica y patrimonio propios. Además, la SESPAS debe transformar y desarrollar sus programas de salud colectiva para desarrollar las Redes programáticas, con carácter desconcentrado a nivel de las Direcciones Provinciales de Salud. Igualmente, la SESPAS tiene que desarrollar sus capacidades de rectoría del Sistema Nacional de Salud.

Han transcurrido 5 años de haberse iniciado estos procesos de reforma y los avances han sido limitados. La Sociedad y el Estado Dominicano, en el contexto del PLANDES 2006-2015, asumen el compromiso de completar las reformas sanitarias y de la seguridad social, y de asegurar la complementaridad y sinergismo en el desarrollo de ambos sistemas, en beneficio de la salud y la protección social de todos y todas los ciudadanos.

3.4.6.- Los desafíos de género en el Sistema de Salud.

La equidad de género en la implementación del PLANDES remite a que hombres y mujeres reciban atención acorde con sus necesidades diferenciadas, estimando que la naturaleza y la cultura han impuesto distintas características y condiciones desiguales en unos y otras, según ciclos de vida y contexto socioeconómico.

El PLANDES reconoce que una de las consecuencias de los roles de género, es la persistencia en sobrecarga de responsabilidades familiares para las mujeres, -cuido de niños-as, envejecientes, personas enfermas o con discapacidades, aún no reconocida en las cuentas nacionales, lo cual es preciso considerar en los programas de promoción, las redes programáticas de servicios en sus responsabilidades de orientación y educación, y en todo el sistema de atención a las personas.

El concepto de necesidades diferenciadas por género conlleva a considerar de manera conjunta las distintas restricciones que para hombres y mujeres se derivan de pobreza o del estado civil. Los elevados costos de atención y la limitada capacidad de pago de planes de aseguramiento, en cualquiera de los regímenes de nuestro sistema de seguridad social, son restricciones para las mujeres de cualquier edad, considerando el predominio de las mujeres en los trabajos no remunerados y la

inserción desventajada de las mujeres en el mercado laboral. En este orden el PLANDES tendrá en cuenta el acceso como contribuyente o como dependiente de hombres-mujeres, hijos e hijas en la perspectiva de cobertura de riesgos - desprotección por viudez, separación conyugal, cambios en la situación del empleo del cónyuge, u otros cambios relacionados con los dependientes.

Igualmente el sistema de atención considerará que los costos de reproducción, preñez-parto no deben recaer exclusivamente sobre las mujeres, independientemente de su estado civil y del tipo de aseguramiento de que disponga, sino distribuido solidariamente en la sociedad.

La participación en la producción social de la salud tiene dimensión de la distribución de la carga de trabajo. Por un lado, las mujeres constituyen el mayor porcentaje del personal de salud y también en los servicios comunitarios de apoyo, en los cuales son también las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de las familias: función preventiva, de cuidado en el proceso curativo, y de suplencia de necesidades por impedimentos permanentes o temporales. Por otro lado, la participación en la producción social de la salud presenta un papel diferenciado de hombres y mujeres en la distribución de los beneficios y el reconocimiento

Este PLANDES reconoce la tradicional vulneración del principio de equidad en detrimento de las mujeres en el sistema de financiamiento, ya que aunque en términos absolutos las mujeres tienden a pagar más que los hombres por su mayor demanda de servicios, pero también en términos proporcionales dada su menor capacidad económica.