

**Edición**

**2000**

SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

---

# República Dominicana

# Tabla de contenido

<b>MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y SUS TENDENCIAS .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO 1: .....</b>	<b>4</b>
CARACTERÍSTICAS GEOLÓGICAS Y POLÍTICO - ADMINISTRATIVAS .....	4
TENDENCIAS DEL MODELO ECONÓMICO .....	4
<i>Crecimiento con estabilidad macro económica</i> .....	5
<i>Gasto Publico Social</i> .....	6
<i>Reformas Económicas, Sociales e Institucionales</i> .....	6
REFORMAS ECONOMICAS .....	7
REFORMA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS .....	7
REFORMA ARANCELARIA .....	9
REFORMA TRIBUTARIA .....	9
REFORMAS SOCIALES .....	10
REFORMA AL CODIGO DE TRABAJO .....	10
REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL .....	10
REFORMA DEL SECTOR SALUD.....	11
REFORMA DE LA EDUCACION .....	11
REFORMAS INSTITUCIONALES .....	11
<b>CAPITULO 2: .....</b>	<b>12</b>
<b>CONDICIONES DE LA VIDA SOCIAL .....</b>	<b>12</b>
DINÁMICA DEMOGRÁFICA .....	12
<i>Fecundidad</i> .....	13
<i>Mortalidad</i> .....	13
<i>Migracion</i> .....	13
<i>Proceso de urbanizacion</i> .....	13
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES .....	14
<i>Distribución del Ingreso</i> .....	14
<i>Consumo del hogar</i> .....	14
<i>Tipo de Vivienda</i> .....	15
<i>Servicios Básicos</i> .....	15
servicios de agua potable .....	15
Suministro de electricidad.....	16
atención en salud.....	16
Tipo de cobertura.....	16
Forma de pago.....	16
educacion .....	17
MERCADO DE TRABAJO.....	17
LA POBREZA Y SUS TENDENCIAS .....	17
<i>Linea de pobreza</i> .....	17
<i>Necesidades basicas insatisfechas</i> .....	18
<b>CAPITULO 3: .....</b>	<b>19</b>

<b>APERTURAS PROGRAMATICAS .....</b>	<b>19</b>
<b>CAPITULO 4: .....</b>	<b>20</b>
<b>DETERIORO Y DAÑOS A LA SALUD.....</b>	<b>20</b>
MORTALIDAD REGISTRADA .....	20
<i>Mortalidad por causas .....</i>	<i>20</i>
<i>Mortalidad por causas y grupos de edad .....</i>	<i>20</i>
<i>Mortalidad por causas, sexo y grupo de edad, 1998.....</i>	<i>21</i>
<i>Mortalidad estimada .....</i>	<i>22</i>
MORBILIDAD.....	23
<i>Situacion de las enfermedades transmisibles objeto de vigilancia epidemiológica (notificacion individual obligatoria)</i> .....	<i>23</i>
<i>Enfermedades transmisibles que han mantenido tasas entre 10 y 100 casos por cada 100,000 habitantes: , La tuberculosis, la malaria y el dengue. ....</i>	<i>24</i>
<i>La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y El SIDA junto a la Enfermedad meningococica son consideradas enfermedades emergentes en los últimos 20 años, debutan con tasas que se han mantenido entre 1 y 10 casos por 100,000 habitantes en el periodo:.....</i>	<i>25</i>
<i>El impacto del programa ampliado de inmunizaciones ha producido los cambios seculares más importantes y sostenibles que se documenta en la salud publica dominicana. ....</i>	<i>26</i>
<i>La Polio, el tétanos neonatal, el sarampión y la rabia humana son enfermedades cuyos programas desarrollan estrategias de eliminación. Tasas actuales por debajo de 1/100,00 .....</i>	<i>27</i>
<i>reglamento sanitario internacional.....</i>	<i>27</i>
<i>Enfermedades objeto de monitoreo y notificacion semanal .....</i>	<i>27</i>
<i>La situación de las enfermedades no transmisibles .....</i>	<i>28</i>
<b>CAPITULO 5.....</b>	<b>30</b>
<b>PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS, ABORDAJES:.....</b>	<b>30</b>
CICLOS DE VIDA.....	30
MAPAS DE POBREZA .....	30

## Marco Conceptual para el Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias

*El perfil de los problemas de la salud de una sociedad expresa la interacción entre el modo de vida general y de las respuestas sociales organizadas en salud y bienestar. La determinación social de la situación de salud es la interacción del modo de vida, las condiciones de vida, y los estilos de vida con los perfiles de los problemas de salud. Esta interacción puede abordarse para el conjunto de la sociedad, para diferentes grupos de la población socialmente determinados y para las variaciones entre individuos, respectivamente. <sup>1</sup>El accionar de la salud pública (políticas, planes y programas), intentan modificar los perfiles de problemas de salud, modificando los procesos de reproducción social al intervenir en cualquiera de sus cuatro dimensiones:*

- 1- la reproducción de los procesos predominantemente biológicos (cuyo ámbito comprende la concepción, embriogenesis, gestación, crecimiento y desarrollo);*
- 2- la reproducción de los procesos predominantemente ecológicos (interacción de los humanos en sistemas ecológicos en un determinado territorio y en el medio laboral y residencial);*
- 3- la reproducción de las formas de conciencia y conducta (capacidad de los individuos de desarrollar concepciones, valores y hábitos, capacidad de organizarse y sentir que se reproducen en la familia, las organizaciones políticas y culturales, las instituciones educativas y el orden legal);*
- 4- la reproducción de los procesos predominantemente económicos (dada por el tipo de participación en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios).*

*El análisis de la situación de salud está íntimamente vinculado a la necesidad de toma de decisiones sobre las estrategias de intervención. Los efectos de las políticas y planes económicos, sociales y de salud del periodo, expresados como cambios o diferencias en el perfil de problemas y/o estados favorables a salud de la población dominicana, deben esperarse según el nivel de las intervenciones. Las intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida, la atención individual, tienen efectos en corto plazo. Las intervenciones dirigidas a modificar las condiciones de vida, mediante estrategias comunitarias tienen efecto a mediano plazo, pero prolongado y estable. Efectos más lentos, observables a largo plazo, y duraderos en cuanto a desarrollo humano, son los que se obtienen al introducir cambios en los procesos del nivel general representado por el modo de vida de la sociedad.*

*Este análisis destaca los procesos y la situación y tendencias de algunos indicadores intentando una primera aproximación a la construcción de perfiles epidemiológicos en los diferentes espacios situacionales, resultantes de la interacción entre los procesos de reproducción social y las respuestas organizadas en salud y bienestar.*

---

<sup>1</sup> Castellanos, Pedro Luis. Los Modelos Explicativos del Proceso Salud-Enfermedad: Los Determinantes Sociales. En: Salud Pública, F. Martínez Navarro, 1ed. Madrid, macgraw, 1998.

# CAPITULO 1:

## Características geológicas y político - administrativas

La República Dominicana ocupa dos tercios de la isla de La Hispaniola, la segunda en tamaño del archipiélago de Las Antillas (o de Santo Domingo), en el Mar Caribe, la cual comparte con la República de Haití. Su superficie territorial es de 48,442.23 Km<sup>2</sup> y una población estimada de 8.4 millones para el año 2000 <sup>2</sup>.

Está dividida en 30 provincias, cada una de las cuales cuenta con una Dirección Provincial de Salud, y un Distrito Nacional, el cual para fines de salud se divide en 8 Direcciones de Área.

[Indicadores geopolíticos nacional](#)

[Indicadores geopolíticos por provincias](#)

## Tendencias del modelo económico

A lo largo de la década de los noventa República Dominicana, se consolida como una sociedad productora y exportadora de servicios, dejando atrás el modelo agro-minero-exportador, mientras el Estado se transforma de uno protector, patriarcal y centralizador en un Estado moderno y descentralizado. Así también, deja de ser una sociedad rural para convertirse básicamente en urbana, la que exhibe todos los contrastes derivados de la desigual distribución del ingreso, la migración y la marginalidad.

Durante la transición se ha impulsado el debate, la aprobación y la puesta en ejecución de un conjunto de reformas económicas, sociales y políticas, en el marco de una visión en la que el funcionamiento del mercado es determinante en la asignación de los recursos y la distribución del ingreso. El Estado cumple un nuevo papel como regulador de los mercados, donde la redistribución del ingreso hacia la inversión y el gasto social se hace a través del presupuesto. Los determinantes del crecimiento han variado en la década, los mismos responden a distintas políticas económicas de los diferentes gobiernos (1990-1996) y (1996-2000). A partir de 1996, junto al nuevo papel del Estado se inicia el proceso de privatización de las empresas públicas. Asimismo, se produce un giro de la inversión en actividades productivas desde la inversión pública hacia la privada. Estos cambios amplían el radio de acción del funcionamiento del mercado hacia actividades de bienes y servicios, antes producidos y administrados por el Estado.

Simultáneamente, los cambios internos están vinculados al proceso de integración, cooperación y apertura de la economía dominicana a nivel regional, hemisférico y global, lo cual es parte de la política internacional impulsada por el gobierno desde 1996.

La ampliación del mercado está asociada a dos dimensiones de la globalización, la interna, incorporando los bienes y servicios públicos, y la externa, ampliando mercados, coincidiendo en el contexto de las nuevas relaciones internacionales de la década que marca la era de la postguerra fría.

El comportamiento de la economía en condiciones de mercado está asociado a desigualdades sociales, en la medida en que la asignación de recursos hacia las actividades económicas y la distribución de bienes y servicios a la población se generan de manera espontánea. Este

---

<sup>2</sup> CELADE/CEPAL.- Boletín Demográfico No. 62. Santiago de Chile Julio 1998.

comportamiento, vinculado a la ampliación del mercado por vía de la privatización y la apertura, impulsa un proceso de reformas económicas compatibles para su funcionamiento.

Este proceso, a la vez, requiere de reformas institucionales, jurídicas, sociales, dentro de un marco general de reforma y modernización del Estado que en conjunto impacta sobre la vida social en las múltiples manifestaciones de la cultura de la población.

Se espera que estas características sociales y políticas, relevantes del patrón de crecimiento económico en la República Dominicana, durante la década de los noventa, se consoliden en el mediano plazo.

### **Crecimiento con estabilidad macro económica**

[Resumen de indicadores macro económicos](#)

[Actividad económica predominante por provincias](#)

La economía dominicana, a lo largo de la década de los 1990, ha seguido un patrón de crecimiento con estabilidad, con un promedio anual de 5.6%, a diferencia de la década de los años ochenta que fue de 3.3% y menor que el 7.0% de la década del 70-79. ([Cuadro No.1](#)). En general, a lo largo de los años 70-99, la economía dominicana ha crecido un 5% en promedio anual.

El mayor dinamismo de la economía se ha observado principalmente en el sector comunicaciones con un 12.6%, el sector construcción con un 9%, finanzas con un 8.3% y electricidad con un 7.9% de crecimiento promedio anual en los últimos cuarenta años. Por el contrario, el sector de menor dinamismo a lo largo del período señalado, ha sido el sector agropecuario con un 2.7% dentro del cual la agricultura sólo creció un 2.1% en promedio anual en las últimas cuatro décadas. ([Cuadro No.1](#))

Cabe destacar que para el sector agrícola, la década de menor dinamismo fue la del 80-89 con un 0.7%, mientras la de mayor impulso fue la del 90-99 con un 3.6%, seguida del 2.4% en los años 70-79. En la década 90-99, el sector agropecuario se recuperó y sobrepasó el crecimiento promedio de la agricultura con relación a las décadas anteriores, aún cuando la tendencia es hacia un mayor dinamismo en los servicios. ([Cuadro No.1](#))

En el largo plazo se consolida la tendencia hacia una economía de servicios, lo cual se verifica en la estructura productiva del país. En efecto, en 1960 los servicios aportaban un 48% al PIB, en 1999 aportaban cerca del 56.4%, cambio que se ha realizado de manera sistemática y sostenida. Lo evidente es que desde 1970, cuando los servicios aportaron un 51.8%, se inició el cambio del aporte específico de ese sector a la economía. ([Cuadro No.2](#))

El aumento del sector servicios se explica por el mayor aporte de la generación de energía, las comunicaciones, el transporte y las finanzas cuya mayor participación se alcanzó en 1990 cuando creció sin regulación y, luego, disminuyó ligeramente, hasta su consolidación como sector. Sin embargo, el que ha aumentado su participación desde que surgió en 1980 es el sector turismo, que se refleja en el crecimiento de los hoteles, bares y restaurantes. A finales de los noventa por este concepto se aportó más del 6% al PIB. Por otro lado, un hecho relevante que se verifica en el análisis de la estructura del PIB a lo largo de estos años es que el aporte del Gobierno al PIB tiende a disminuir, fenómeno que se aceleró entre 1990 y 1998, y que responde a una política deliberada del Gobierno, especialmente desde 1996. ([Cuadro No.2](#))

En la década 1990-1999 la estabilidad macroeconómica se expresa principalmente en la tasa de inflación, la tasa de cambio y la tasa de interés, entre otras variables, como resultado de las políticas monetaria, cambiaria, crediticia y fiscal, introducidas en este periodo ([Cuadro No. 3](#))

[Tendencias de la Tasa de Inflación](#)

[Tendencias de la Tasa de Cambio](#)

De esta manera, se verifica estadísticamente que el modelo económico de República Dominicana ha cambiado de la agricultura a los servicios, es decir, se observa una nueva base que sustenta el crecimiento económico del país ([Cuadro No.4](#)). Dentro de los factores dinamizadores del crecimiento en la República Dominicana se pueden considerar como importantes el turismo, las zonas francas y las remesas de los dominicanos que residen en el exterior, ya que producen efectos de chorreo hacia el resto de los sectores de la economía.

## **Gasto Publico Social**

### Resumen de indicadores del gasto social

*En relacion a la participación del gasto social en el gasto público total* en la República Dominicana para el período 1990-1998, tenemos que en 1990, del total del gasto público se destinó el 39.6% al gasto social, notándose una disminución de la participación en los años 1991 a 1993, para luego retomar un crecimiento que en promedio (para los años 1994-1998) llega a 39.8%, prácticamente similar a 1990.

*El gasto social con respecto al producto interno bruto* es bajo, 4.3% para 1990-1991 y 6.1% para 1994-1995, según datos del Banco Central ([Cuadro No.5](#)). La participación del gasto social en el PIB se mantuvo ligeramente por encima de 5.6% en promedio entre 1990-1998. En 1994 alcanzó un pico de 6.6% y, desde entonces, parece haberse estabilizado en niveles ligeramente superiores a los existentes al final de la década de los 70.

Se puede observar en el [Cuadro No.6](#) la clasificación funcional del *gasto social como porcentaje del gasto total* en el período 1990-1998, de donde el gasto en salud fluctuó alrededor de 8.6% en promedio, como porcentaje del gasto total para el mismo período, mientras que el gasto en seguridad y asistencia social estuvo alrededor de 3.3% del gasto total en promedio.

En el [Cuadro No.7](#) vemos que el *gasto en salud como porcentaje del gasto social* no representa más del 22.1% del gasto social en promedio para el mismo período, mientras la seguridad y asistencia social se acerca a 8.5% del gasto social en promedio para los años 1990-1998. Es notorio que en el período 1996-1999 se ha hecho un esfuerzo por incrementar el gasto en salud y asistencia social, alcanzándose porcentajes por encima del promedio en estos últimos tres años, tales como 22.9% y 10.4% del gasto social, respectivamente.

## **Reformas Económicas, Sociales e Institucionales**

*A cada modelo de la economía le corresponde un marco jurídico e institucional que permita su funcionamiento. En la medida en que se transforma la estructura productiva del país concomitantemente, impulsa cambios al nivel de la organización social, política y jurídica.*

Durante más de treinta años la economía creció protegida y amparada en incentivos, a ese modelo le correspondió un conjunto de [reformas jurídicas](#). Sin embargo, este modelo se agotó a principios de la década del noventa y el rezago que aún quedaba de capitalismo de Estado se eliminó en 1997 con la Ley de Capitalización de la Empresa Pública. Se esperaba que para antes del 2000 se hubiese completado el proceso de privatización, a través de la capitalización de las empresas que aún están pendientes.

De manera similar que en la década del sesenta, obviamente en otro contexto histórico, a inicios de la década del noventa comenzó el debate acerca de la necesidad de implementar *otro* conjunto de reformas económicas, sociales e institucionales. Al respecto han participado tanto los empresarios<sup>3</sup>, quienes ponen el énfasis en la necesidad de reformar el Estado y de profundizar las reformas sociales, así como los diferentes sectores sociales organizados en asociaciones, sindicatos y ONG's<sup>4</sup>, como la academia<sup>5</sup>, e investigadores<sup>6</sup>.

## REFORMAS ECONOMICAS

El conjunto de las reformas económicas está vinculado a la creación de las condiciones al nivel institucional, político, jurídico y social para impulsar el desarrollo de la producción y el mercado competitivo de capitales, de bienes y servicios, y laboral. Las reformas económicas consolidan la tendencia de los cambios en la estructura productiva e inversión nacional, tanto como responden a los cambios en el mercado internacional que inciden a su vez sobre la estructura social y política. Estos vínculos explican los debates y conflictos que se generan alrededor de las mismas, porque en todos los casos hay intereses de los distintos sectores económicos, pero sobre todo, hay sectores que no quieren perder ventajas, privilegios, y ganancias extraordinarias, que habiéndose establecido con propósitos y en condiciones diferentes, se han convertido en obstáculos, trabas e impedimentos para el proceso de desarrollo en nuevas condiciones. "... en todo proceso de reforma siempre habrá sectores perjudicados y beneficiados, lo importante es tratar que los perjudicados sean los menos"<sup>7</sup>

### **REFORMA DE LAS EMPRESAS PUBLICAS**

Uno de los elementos esenciales de la Reforma del Estado consiste en romper los viejos esquemas y erradicar los riesgos a que han estado sometidas las empresas públicas, debido al clientelismo político. Como ejemplo, la reforma de la CDE ha sido uno de los aportes más grandes que ha hecho el Gobierno a la reestructuración del aparato productivo dominicano a la modernización del país<sup>8</sup>.

La reforma de las empresas públicas entre las reformas económicas, es una de las más importantes que se está llevando a cabo porque impacta directamente sobre el cambio de la estructura de la

---

<sup>3</sup> Consejo Nacional de la Empresa Privada, *Agenda Empresarial para el Desarrollo Integrado*, Santo Domingo, República Dominicana, 1995.

<sup>4</sup> Grupo de Acción por la Democracia, *Agenda Nacional de Desarrollo (Vol.II) Planes de Acción para las diez principales prioridades*, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, Santo Domingo, 1996.

<sup>5</sup> Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales, Constitución y Economía, *Planteamientos para la Reforma Constitucional en materia económica*, Santo Domingo, 1996.

<sup>6</sup> Isidoro Santana y Magdalena Rathe, *Reforma Social, Una Agenda para combatir la pobreza*, Fundación Siglo 21, República Dominicana, 1993.

<sup>7</sup> Nassim Alemany, presidente de la Asociación de Industrias de la República Dominicana, citado por Gladys A. Rodríguez, *El sueño eterno de las reformas*, Listín Diario, 1 de agosto de 1999, p. El Dinero 3D

<sup>8</sup> Antonio Isa Conde, Presidente de la Comisión de Reforma de la Empresa Pública (CREP): *Empresas energéticas tienen un gran reto con el país*, Santo Domingo, el Siglo, 7 de agosto de 1999, p.2D.



propiedad y, por ende, sobre la estructura de la inversión, el mercado de capitales, de bienes y servicios y de la fuerza de trabajo.

<b>PAPEL DEL ESTADO SOBRE LA ECONOMÍA CAPITALIZACION DE LAS EMPRESAS PUBLICAS</b>	<b>Año de la reforma</b>
Molinos Dominicanos	1998
Corporación Dominicana de Electricidad (CDE)	1999
Puertos y Aeropuertos	1999
Corporación de Empresas Estatales (CORDE)	1999
Consejo Estatal del Azúcar (CEA)	1999
Conversión del sistema de agua potable en compañías por acciones	1999
Pública Subasta de la Compañía Anónima Tabacalera (CAT)	1999

En 1997 se promulgó la Ley General 141 de Reforma de la Empresa Pública, a partir de lo cual se inició el proceso de privatización bajo la modalidad de capitalización y/o venta del patrimonio del Estado. Hasta el momento se han capitalizado, Molinos Dominicanos, la Corporación Dominicana de Electricidad (CDE), se ha iniciado el proceso de capitalización del CEA, los puertos y aeropuertos, el agua potable, etc. En la capitalización es necesario diferenciar diferentes procesos que están ocurriendo a lo largo de 1999.

#### **Corporación Dominicana de Electricidad**

En Agosto de 1999 como parte del proceso de capitalización se traspasó el 50% de las acciones, por ende, se entregó formalmente la administración de Distribuidora del Este a la empresa AES Distribución, que ganó la licitación internacional al ofertar US\$109.3 millones para convertirse en socia del Estado. Con este paso, en la reforma del sector eléctrico, el Estado no sólo buscó inversionistas para que aporten capitales, sino que se seleccionó a los administradores de las nuevas empresas tal y como lo establece la Ley de reforma a la Empresa Pública<sup>9</sup>. Las áreas Sur y Norte de la distribución del sistema energético nacional comenzaron a ser administradas y dirigidas por completo por el sector privado, tanto como se traspasó la generación a la administración de las compañías FENOSA. La distribución, comercialización, cobro, nuevas redes, solución de problemas, y reparación de averías será administrada por dichas compañías. “...este es un hecho sin precedentes en la historia de esta entidad que desde su creación hace 44 años estuvo administrado por el sector oficial”<sup>10</sup>. La Ley 141-97, que ordena la capitalización de la CDE y de otras empresas del Estado, establece taxativamente que tanto la transmisión de electricidad como la parte correspondiente a la generación hidroeléctrica están fuera del proceso.

**Ley de Electricidad.** La licitación para la capitalización de la Corporación Dominicana de Electricidad se inició en 1999, amparada en la ley marco de capitalización. Sin embargo, el proyecto de ley sigue pendiente de aprobación en el Congreso.

#### **Capitalización de la Corporación de Empresas Estatales (CORDE)**

---

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Radhamés Segura, *La CDE pasó al sector privado toda la distribución de energía a nivel nacional*, Listín Diario, 16 de agosto de 1999, pág. 18A .

Actualmente, están en proceso de evaluación las empresas de CORDE<sup>11</sup>, entre las que se encuentran la Fábrica de Clavos Enriquillo, C por A, Tecnometal, C por A, Sacos y Tejidos Dominicanos, C por A y/o Tejidos Antillanos, Fábrica de Aceites Vegetales Ambar, C por A, Tenería FA-2, C por A, Dominicana Industrial de Calzado, C por A (DOINCA), Consorcio Algodonera, C por A. Al respecto consta en la auditoría: Este grupo “Está en proceso de negociaciones con miras a vender o traspasar parte de sus activos y pasivos a otra institución, con el objetivo básico de capitalizar y así poder llevar a cabo un mejor programa de actividades económicas, que pueda dar un mejor servicio a la comunidad”.

## **REFORMA ARANCELARIA**

El 12 de septiembre de 1990, se dictó el Decreto 339/90 de la reforma arancelaria, la cual anuló las exenciones arancelarias dispuestas en las distintas leyes. En 1993 se promulgó la ley 14-93 del arancel de Aduanas, casi idéntica al Decreto de 1990. Aún queda pendiente la reducción de barreras no arancelarias y la modificación de la escala del desmonte arancelario, enviado por el Poder Ejecutivo en diciembre de 1996, para hacerlo compatible con los Tratados de Libre Comercio de Centroamérica y el CARICOM, pero se espera que luego de modificaciones el Congreso apruebe el Proyecto de la Reforma Arancelaria antes de que finalice 1999<sup>12</sup>.

## **REFORMA TRIBUTARIA**

El 16 de mayo de 1992 se promulgó el Código Tributario cuyo artículo 401 deroga en su totalidad las leyes 299, 153, 180, 409 y 14, a través del cual se elimina el incentivo y la protección de la industria, la del turismo, el desarrollo de la marina mercante nacional, la agroindustria, y el desarrollo eléctrico nacional, respectivamente<sup>13</sup>. “Con estas medidas, se desmanteló el esquema de incentivo y protección que rigió desde 1996”<sup>14</sup>.

**Código del ordenamiento del mercado.** Este código contiene los elementos básicos de la agenda de negociaciones de la OMC y el ALCA, y los TLC con Centroamérica y CARICOM, especialmente los referidos a los derechos de autor, la propiedad intelectual, la transferencia de tecnología, etc., que está pendiente de discusión y aprobación en el Congreso.

**CODIGO MONETARIO FINANCIERO. A PESAR DE LA NECESIDAD DE REGULAR EL SISTEMA FINANCIERO EN EL PAÍS, PARA LO CUAL FUE ENVIADO POR LA JUNTA MONETARIA EL 16 DE AGOSTO DE 1998, Y HA SIDO APROBADO POR EL SENADO, SIGUE DEPOSITADO PENDIENTE DE APROBACIÓN EN LA CÁMARA DE DIPUTADOS.**

**Ley del mercado de valores.** Tiene el objetivo de crear y estimular la inversión en el mercado de valores.

---

<sup>11</sup> Informes de las Auditorías Patrimoniales pertenecientes a la Corporación Dominicana de Empresas Estatales (CORDE), realizadas por la firma Turbides, Ramírez & Asociados, publicada en el Siglo, el 7 de agosto de 1999, p. 1G-21G. El análisis realizado es en base a esta auditoría.

<sup>12</sup> Ramón Alburquerque, *Los trabajos de los senadores durante la pasada legislatura*, Listín Diario, Santo Domingo, 6 de Agosto de 1999

<sup>13</sup> Para la información, hemos tomado de Manuel José Cabral, Op. Cit. p. 136-137.

<sup>14</sup> Ibid., p. 136.

**Ley de fomento de las exportaciones.** Esta Ley ha sido aprobada y sancionada en el Congreso de la República.

**Tratado de libre comercio.** La República Dominicana negoció y firmó con Centroamérica y el CARICOM, sendos Tratados de Libre Comercio durante 1998, y fueron enviados al Congreso para su ratificación. Sin embargo, aún no se han aprobado porque están vinculados a la aprobación de la reforma arancelaria porque los acuerdos internacionales tienen prelación ante las leyes internas de los países signatarios. Se espera que sea aprobada la reforma arancelaria para luego aprobar los TLC.

## REFORMAS SOCIALES

El proceso de las reformas sociales<sup>15</sup> se inicia con el debate a principios de los años noventa, como resultado de la crisis económica y social de la década del ochenta. Las reformas sociales están enmarcadas en el nuevo contexto de la lógica del mercado en la conducción de la economía que, a su vez, exige la adecuación del entorno social como el complemento necesario para su funcionamiento. En la medida en que se fortalece y amplía el mercado, se hace necesario contrarrestar su espontaneidad o lo que en la literatura económica aparece como las *“imperfecciones del mercado”* cuya misión se reserva al Estado como regulador y facilitador. De las mismas están interesados los distintos sectores sociales: empresarios, trabajadores y gobierno, que se enmarcan como las relaciones entre lo público y lo privado. En este sentido fue prioritaria la reforma del Código de Trabajo, que regula las relaciones obrero-patronales, la misma, a su vez, está vinculada a la ley de Seguridad Social, en sustitución del Seguro Social, y necesariamente a la reforma de salud y educación. Adicionalmente, se inició con la promulgación de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa al Proceso de Reforma de la Administración Pública.

Iniciado el proceso de reformas y con el objetivo de dar a las mismas impulso, coherencia y seguimiento, así como completar con las reformas de agua potable y saneamiento, en 1997 el gobierno designó la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado Dominicano, tanto como constituyó la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del sistema judicial.

### **REFORMA AL CODIGO DE TRABAJO.**

En 1992 se inició el Diálogo tripartito sobre la reforma del Código del Trabajo, en el que participaron el sector público a través de la Secretaría de Estado del Trabajo, el sector sindical y el empresarial, proceso que culminó en la aprobación del Código de Trabajo que está vigente.

### **REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

El proceso de concertación empezó en 1993 con relación a la transformación del régimen de seguros sociales en un sistema de seguridad social, auspiciado por el Consejo Nacional de Hombres de Empresa (CNHE), el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS), las centrales sindicales y la cooperación de la USAID, a través del Proyecto de Prácticas y Políticas Económicas. Este proceso de reforma se expresa en una Ley que plantea y está en discusión el sistema mixto, entre el de reparto y el de ahorro individual. La ley de la seguridad social también tiene importancia financiera en la medida en que la sostenibilidad del sistema vincula el ahorro al mercado de valores, que en la República Dominicana es de reciente formación, y carente aún de regulación por falta de una ley que está en discusión. La Ley de seguridad social está pendiente de concertación para la sanción en el Senado.

---

<sup>15</sup> Parte de las reformas sociales se ha tomado de Isidoro Santana & Magdalena Rathe, Reforma Social, Una Agenda para combatir la pobreza, Ediciones de la Fundación Siglo XXI, 1993.

## **REFORMA DEL SECTOR SALUD**

El proyecto de reforma y modernización del sector salud se inició con los auspicios de la Secretaría de Estado de Salud (SESPAS), el BID, el BM y el PNUD. Está pendiente de envío de la Cámara de Diputados a la Cámara del Senado.

[Analisis de las reformas del sector salud y su impacto](#)

## **REFORMA DE LA EDUCACION**

Una de las primeras reformas aprobadas es el Plan Decenal de Educación, la misma que se ejecuta al nivel nacional por la Secretaría de Educación. En 1992 la Secretaría de Estado de Educación, Bellas Artes y Cultura (SEEBAC) elaboró el Plan Decenal de Educación con el apoyo de múltiples acciones de la sociedad civil, tales como empresariales, profesionales, políticas, sindicales, académicas, religiosas y organismos internacionales, como la Acción para la Educación Básica (EDUCA), que es una organización privada y la cooperación de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los EE.UU. (USAID), entre otras<sup>16</sup>. El Plan Decenal de educación dio origen a la Ley 66-97, que es la Ley General de Educación, para la cual el Consejo Nacional de Educación sigue elaborando las normas complementarias. Lo esencial de la ley es la nueva estructura curricular, base para el futuro de la educación en el país.

## REFORMAS INSTITUCIONALES

**Ley del servicio civil y carrera administrativa.** Esta Ley fue aprobada a inicios de la década, pero sus reglamentos que quedaron pendientes se aprobaron después de 1996 y en la actualidad se está implementando, mediante un programa por instituciones.

**Código de ética del servidor público.** Sigue pendiente de conocimiento en la Cámara de Diputados.

**Procurador del pueblo.** El proceso de democratización del país, el respeto a los derechos humanos y la conciencia de participación de los ciudadanos con deberes y derechos, ha estimulado la creación del Procurador del Pueblo o *Ombusman*. Pero, aún está pendiente de conocimiento en la Cámara de Diputados para su aprobación.

---

<sup>16</sup> Isidoro Santana, Magdalena Rathe, Reforma Social, Op. Cit. Págs. 24-53.

## CAPITULO 2:

### Condiciones de la Vida Social

De acuerdo al informe de Desarrollo Humano correspondiente a 1999<sup>17</sup>, la R Dominicana ocupaba el lugar 88 entre los 174 países estudiados en el ámbito mundial y el lugar 26 dentro de los países de América Latina y el Caribe. Solo 7 de estos países tuvieron IDH menor que República Dominicana. Es decir, el nivel y tendencias del IDH no es coherente con el nivel y tendencias macroeconómicas del país, mostrando un rezago de -13 puntos en los beneficios sociales del crecimiento económico. Estos índices, sin embargo, utilizan información correspondiente a 1997. Cálculos preliminares utilizando cifras más recientes parecerían indicar una mejoría un poco mayor en los últimos años en este indicador y en la posición relativa del país en la Región<sup>18</sup>. Los principales rezagos relativos se ubican en los campos de la educación y en la esperanza de vida al nacer.

El gran desafío para el país parece estar planteado en la necesidad de traducir el crecimiento económico en un incremento acelerado del capital humano, a fin de que nuevas áreas económicas, con mayor valor agregado, puedan ser desarrolladas y aseguren una menor vulnerabilidad a largo plazo, al mismo tiempo que se creen condiciones para una paz social más estable y duradera.

### Dinámica Demográfica



Con una población estimada para 2000 de 8,396,200 habitantes, de los cuales el 60% vive en áreas urbanas, la población dominicana es bastante homogénea desde el punto de vista racial y cultural, predominantemente mulata. Para 1995-2000 la esperanza de vida al nacer ha sido estimada en 68.59 años (67.83 años para los hombres y 72.43 años para las mujeres), la tasa cruda de natalidad en 23.75 por mil habitantes, la tasa global de fecundidad en 2.78 hijos por mujer, la tasa bruta de mortalidad en 5.94 por mil habitantes y una tasa crecimiento natural anual en 17.81 por mil. El 33% de la población es menor de 15 años.<sup>19</sup> Las estimaciones de tendencias del saldo migratorio muestran una tasa negativa de -1.4 por mil para el periodo 1995-2000.

[Resumen nacional de indicadores demográficos](#)

[Indicadores demográficos por provincias](#)

[Piramide de poblacion \(clic aquí y escriba RD2000.pop\)](#)

El principal problema para las estimaciones demográficas es el importante subregistro de la mortalidad y nacimientos. Para el 1990 se estimó el subregistro de mortalidad general alrededor de 49%. En los últimos años se han realizado importantes esfuerzos para producir mejorías en los

---

<sup>17</sup> PNUD.- Informe sobre el Desarrollo Humano. New York. 1999.

<sup>18</sup> PNUD. Calculos preliminares para Informe de Desarrollo Humano en República Dominicana. Comunicación personal. Santo Domingo. 1999.

<sup>19</sup> ONAPLAN, CESDEM.REPUBLICA DOMINICANA. Proyecciones Nacionales de población por Sexo y Grupos de Edad, 1990-2025.

registros vitales. El porcentaje de subregistro de la mortalidad general se estima alrededor de 38% en 1998.<sup>20</sup>

### **Fecundidad**

La tasa global de fecundidad ajustada ha descendido desde 6.79 hijos/mujer en el periodo 1964-1966 hasta 2.88 para el periodo 1995-2000. La fecundidad expresada en la tasa bruta de natalidad se estima en 26.98 por mil en el periodo 1990-1995 y de 24.55 por mil en el 1995-2000.

### **Mortalidad**

Las variaciones de la mortalidad se expresan, por un lado, en la esperanza de vida. La misma ha aumentado de 61.42 años para los hombres en el periodo 1980-85 a 66.47 años en el quinquenio 1995-2000. Igualmente de 65.05 a 70.82 para las mujeres en los mismos periodos, respectivamente.

La tasa bruta de mortalidad estimada ha disminuido desde 7.76 por mil en el periodo 1980-1985 a 5.94 por mil en el 1995-2000 y llegará en el 2010-2015 a 5.80 por mil, de acuerdo a parametros de hipótesis media para el calculo de las proyecciones.

### **Migracion**

El flujo migratorio internacional, está constituido por la emigración de dominicanos al exterior, por el retorno al país de una parte de esa migración, y la inmigración de personas de otros países, especialmente de Haití. Los saldos netos migratorios de 1980-1985 a 1985-1990 aumentaron de -1.4 a -5.2 por mil, debido a diversas causas económicas y sociales. Se estima que en el periodo esta tasa disminuyo a -1.4 por mil.

### **Proceso de urbanizacion**

El proceso de urbanización se ha acompañado del aumento de la densidad que de 1981 a 1998 pasó de 113.9 personas/km<sup>2</sup> a 167.5 personas/km<sup>2</sup> a nivel nacional. Comparado con el Distrito Nacional, la densidad pasó en el mismo periodo de 1,099.9 a 1,792.4 personas/km<sup>2</sup>, que equivale a un crecimiento de 6.3%. Estas variaciones explican tanto el movimiento migratorio como las condiciones de vida urbana caracterizadas por déficit habitacional y carencia de servicios básicos como: agua potable, energía, trazado urbano, transporte, recogida de basura, etc., hacen que en conjunto difieran las condiciones de marginalidad urbana. A estos problemas se añade el aumento de la ocupación informal o de la microempresa.

A la estructura actual de la ocupación de la economía le corresponde el proceso de migración de la población de la zona rural a la urbana. La tendencia hacia la urbanización se caracteriza por un lado, por una gran concentración de la población en el Distrito Nacional y por otro, por una gran dispersión de la población en el área rural. *Estos movimientos de la población caracterizan hoy en día, a la sociedad dominicana como fundamentalmente urbana.* El proceso de urbanización de la población entre 1950 y 1993<sup>21</sup> se refleja en el cambio de estructura de la población rural/urbana. En 1959 la población rural era el 76%, en 1993 bajó al 40% y en 1998 disminuyó a 33%. Esto significa que el 67% de la población urbana seguirá esta tendencia de crecimiento. Naturalmente el proceso de urbanización no es homogéneo en el país, por el contrario, presenta diferencias, así en el censo de 1993 la proporción de la población urbana superaba el 70% en el Sureste y, en cambio, no alcanzaba al 50% en las otras regiones.

---

<sup>20</sup> SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Estadísticas de Mortalidad en República Dominicana 1986-1998. Proyecto de análisis bases de datos sobre defunciones del Departamento de Estadísticas. (En imprenta).

<sup>21</sup> Censo de Población, 1993.

## **Características de los Hogares**

El hogar que predomina en la sociedad dominicana es el nuclear con un 52.8% del total, resaltando el tipo nuclear biparental con un 34.3%, el cual se caracteriza por la presencia de una pareja unida o casada legalmente con hijos.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENGIH) de 1998 se registraron 1,919,064 hogares individuales. La jefatura femenina en los hogares alcanzó un 28.7% en 1998, mayor que el 24.1% en 1984.

## **Distribución del Ingreso**

El crecimiento económico de la República Dominicana de un 7.6% en el último cuatrienio, ha incidido en una modificación de la distribución del ingreso y es de esperarse que la familia dominicana haya mejorado su calidad de vida y, por ende, es lógico esperar que se haya iniciado un período de alivio a la pobreza.

Los datos de las ENGIH 1998 que muestran la distribución de los ingresos de la población resaltan que existe una notoria concentración de los ingresos. El primer decil de la población, el 10% más pobre, tiene una participación de un 2% del ingreso total de la población, lo cual contrasta con el 37.4 del 10% más rico.

[Distribución del ingreso por deciles de población](#)

[Distribución del ingreso por deciles de hogares](#)

En 1998, los hogares con jefatura femenina presentaron mayor proporción en el quintil de ingresos más bajos con un 33%, mientras que un 24.8% de éstos corresponden al quintil de ingresos más altos. Así, el ingreso está asociado al género del jefe de hogar. Por otro lado, las tres cuartas partes de los hogares con jefatura femenina residían en el Distrito Nacional en 1998.

## **Consumo del hogar**

El consumo final de los hogares se refiere al gasto total de aquellos bienes y servicios adquiridos en un período determinado, vía compra de contado o a crédito, y/o recibidos como transferencias, *exceptuando de éstas las sociales en especie que recibe del Gobierno, con la finalidad de satisfacer sus necesidades*, es decir que se utiliza el método de lo adquirido o lo devengado para estimar el consumo de los hogares<sup>22</sup>. El gasto de consumo final de estos hogares ascendió a unos RD\$143,718 millones, durante el año de la encuesta realizada, comprendida entre octubre de 1997 y septiembre de 1998. De este gasto de consumo nacional anual se obtuvo el promedio del consumo anual por hogar ascendente a RD\$74,889, equivalente al promedio del consumo mensual por hogar de RD\$6,240.

El valor promedio de la canasta familiar al nivel nacional cubre el consumo de 4.3 miembros por familia, de los cuales 2 se encuentran integrados a la fuerza de trabajo generando ingreso. Este valor promedio equivalente a RD\$6,240 es el resultado de la sumatoria del gasto total de todas las familias de altos, medios y bajos ingresos dividido para el número total de familias en todo el país,

---

<sup>22</sup> Banco Central de la República Dominicana, Departamento de Cuentas Nacionales y Estadísticas Económicas, Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, Octubre 1997 - Septiembre 1998, Tomo II, Metodología del cambio de base del Índice de Precios al Consumidor (Base Enero 1999), Santo Domingo, D.N., Julio de 1999, págs. 11 y 12.

y sucesivamente se estimó para el resto de regiones, según el resultado de la ENGIH, tal como se aprecia en el [cuadro No.8](#). De la comparación se desprende que el gasto mensual promedio del Distrito Nacional es más que el promedio nacional, luego está el nivel del valor de la canasta de consumo del resto urbano y finalmente el más bajo corresponde al resto rural.

Las variaciones del gasto en consumo familiar en función de su nivel socioeconómico se aprecia en el [cuadro No.9](#), donde el promedio nacional supera el consumo de los tres primeros quintiles, es decir el 60% de los hogares consume menos que el promedio y el 20% más rico consume más del doble del promedio con un gasto mensual de RD\$13,271.

### **Tipo de Vivienda**

El tipo de vivienda más común es la individual; de cada 100 viviendas, 83 eran de este tipo, porcentaje similar al registrado en la ENGIH de 1984. La diferencia más destacable entre los resultados de la encuesta de 1984 y de 1998, se refleja en la importancia de las viviendas tipo apartamento, las cuales pasaron de 2.2% a 6.2%, con el mayor porcentaje en el Distrito Nacional.

El hacinamiento nacional ha disminuido en promedio nacional desde 1984, cuando habitaban 5.7 personas por hogar, al pasar a 4.2 en 1998, lo que revela, por un lado, un aumento de las viviendas y, por otro, un descenso de la tasa de nacimientos.

En 1984 el 16% de los hogares vivía en cuarterías y barrancones, en 1998 era el 11%. Las viviendas con piso de tierra constituían el 21% en 1984 y en 1998 disminuyeron al 7%. Las casas con techo de cana y yagua disminuyeron del 15% al 5%, y las casas de tabla de palma disminuyeron del 32% al 16% en el mismo período.

### **Servicios Básicos**

[Indicadores de cobertura nacional de servicios comunitarios](#)  
[Indicadores de servicios comunitarios por provincias](#)

## SERVICIOS DE AGUA POTABLE

El saneamiento de los hogares ha mejorado considerando que los hogares con agua potable han aumentado del 62% en 1984 al 84% en 1998. Esto significa que hay que continuar con el esfuerzo de la dotación de agua potable hasta cubrir la totalidad de los hogares, ya que aún el 16% carece del acceso al agua de acueducto. Por otro lado, se ha aumentado la cobertura de la recogida de basura de un 44% a un 66% de los hogares, en el mismo período; sin embargo, la calidad del servicio de la recogida no ha sido mejorada.

Cerca del cincuenta por ciento de las viviendas del país se abastecían de agua potable dentro de la casa, según la última encuesta ENGIH, el 35.2% lo hacía en llaves fuera de la vivienda y el restante 15.2% utilizaba otra fuente independiente como agua de pozo, arroyos, camiones cisternas u otros medios.

En el Distrito Nacional, el 60.7% de las viviendas recibía agua dentro de la casa, en el resto de las zonas urbanas este porcentaje era ligeramente mayor (62.2%), mientras que en las zonas rurales alcanzaba el 24.8% de las viviendas. Las zonas rurales del país siguen padeciendo en términos de abastecimiento de agua.



Se ha registrado una significativa mejoría en el abastecimiento de agua de las viviendas vía acueducto, con relación a los resultados del año 1984, ya que en 13 años, el porcentaje de viviendas que tenía acceso a agua por acueducto se ha incrementado de 62.8% a 84.8% en 1998, incrementándose sobre todo la participación de viviendas con acceso a agua por acueducto dentro de la vivienda, lo que guarda relación con los esfuerzos que en materia de construcción de acueductos ha llevado a cabo de manera continua el Gobierno Central, al pasar el gasto público en este renglón de RD\$14.7 millones en 1984, a RD\$1,183.7 millones en 1998.

Al analizar las cifras sobre abastecimiento de agua por quintiles de ingresos, se puede observar que en los niveles más altos el 93.5% de las viviendas recibía agua por acueducto, mientras que en el quintil 1, las viviendas con esta característica alcanzaba el 76.2%. Sin embargo, la mayor diferencia entre ambos quintiles se refleja en el tipo de conexión de la vivienda al acueducto. Así, para el quintil 1, la mitad de las viviendas reciben el agua fuera de la vivienda, mientras que más de las tres cuartas partes de las viviendas del quintil 5, la reciben dentro de la misma. El 87.5% de las viviendas utiliza algún sistema de almacenamiento, aún cuando hay una mayor cobertura del servicio de agua por acueducto dentro de la vivienda. Esto refleja que el abastecimiento del agua se ve afectado no sólo por problemas en la distribución, sino también por las deficiencias en el suministro de energía eléctrica.

## SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD

La cobertura del servicio de electricidad ha mejorado al aumentar del 81% en 1984 al 88% de las viviendas en 1998; sin embargo, aún queda un 12% de las viviendas sin electricidad, con lo cual carecen de todo tipo de efectos electrodomésticos que permiten elevar la calidad de vida de los hogares. De hecho, no pueden disponer de un abanico, licuadora, plancha, nevera, radio o televisión, cuyo uso es generalizado en los hogares con electricidad.

## ATENCIÓN EN SALUD

### **Tipo de cobertura**

Según la ENGIH de 1998, el 16.3% de la población dominicana estaba afiliada a algún sistema de seguro de salud, lo que representa un fuerte crecimiento con relación a 1984 cuando sólo un 7.5% de la población hacía uso de estos sistemas (53 de cada 100 personas que se encuentran cubiertas por algún seguro médico, utilizan un seguro médico privado). En el Distrito Nacional el 28.2% de su población estaba afiliada a un seguro médico, en las áreas urbanas este porcentaje alcanzó el 14.3% y en las zonas rurales sólo el 7.4% de su población estaba afiliada algún sistema de seguro médico.

### **Forma de pago**

El 46.1% de la población que requirió asistencia médica en 1998, a nivel nacional, la recibió de forma gratuita, lo que va de acuerdo con la proporción de pacientes atendidos en dispensarios y hospitales públicos. El 32.0% tuvo que pagar por el servicio en clínicas privadas. El 14.4% fue cubierto por algún tipo de seguro de salud y el restante 7.5% lo hizo con subsidio. Lo anterior indica que de cada 100 pacientes que requirieron atención médica, 54 la recibió con subsidio o de manera gratuita, y el restante 46 fue cubierto con seguro o pagado por el hogar, incidiendo en una reducción del gasto que los hogares destinan a este tipo de servicios. En las zonas rurales, más de la mitad de los pacientes que requirieron atención médica la recibió de forma gratuita. Asimismo, en el resto urbano y en el Distrito Nacional, la atención gratuita supera el 40 por ciento.

[Indicadores de acceso nacional a recursos de salud](#)  
[Indicadores de acceso a recursos de salud por provincias](#)

## EDUCACION

Para 1997 se estimaba que el 17.4% de los adultos eran analfabetas. La tasa bruta de matriculación (a todos los niveles) era de 66% (69% en mujeres y 63% en hombres). Para 1996, la tasa de cobertura de la educación básica fue de 78.1% (en 1991 era 67.3%). Para la educación secundaria era de 29.3% (en 1991 era de 22.3%)<sup>23</sup>. Se ha estimado que para 1998 el 18.4% de la población adulta tenía educación universitaria.

### ACTUALIZAR CON DATOS TOMO III INDICADORES SOCIALES BANCO CENTRAL

Entre 1979 y 1989 hubo una caída progresiva del porcentaje de aprobados en el sistema educativo. Entre 1990 y 1995 esta tendencia se revirtió y dicho porcentaje aumentó progresivamente hasta alcanzar 86%. La deserción escolar se ha reducido drásticamente desde 26.5% en 1989 hasta 8.1% en 1995 y muy probablemente ha continuado descendiendo hasta el presente.

Hay una estrecha relación entre nivel educativo y pobreza. Mientras el 37.8% de los pobres no han tenido ninguna educación formal, solo el 2.8% ha tenido educación superior. Por esta razón las mejoras en el sistema educativo han contribuido a la reducción de la pobreza, en los últimos años, sin embargo sería necesario aumentar aun mucho mas estos esfuerzos, para alcanzar niveles satisfactorios de capital humano.

[Tasa analfabetismo por provincias](#)

### **Mercado de Trabajo**

### **La Pobreza y sus Tendencias**

#### **Línea de pobreza**

En general, el objetivo de la producción de bienes y servicios de toda sociedad es la satisfacción de las necesidades humanas, por ende, se espera que el crecimiento económico (PIB) de un país, tienda a mejorar la calidad de vida de sus habitantes. La calidad de vida se mide por el consumo familiar que se expresa en el costo de una canasta básica de alimentos y en el acceso a los bienes y servicios básicos no alimenticios. Se espera que en condiciones históricas determinadas, dado el nivel de desarrollo de la sociedad, toda persona, al menos tenga acceso a bienes y servicios que le permita un nivel mínimo de calidad de vida, en comparación con el nivel estándar alcanzado en dicha sociedad. El acceso al nivel mínimo de calidad de vida se define como línea de pobreza, medida en el nivel de consumo o de ingreso.

La línea de pobreza es una referencia arbitraria y depende de los criterios de los cuáles se parte, y los bienes y servicios que se consideren básicos o mínimos en cada momento.

El 25.8% de la población dominicanos tiene ingresos inferiores a la línea de pobreza (US\$ 60.0 mensuales por persona, es decir de RD\$894.0 de 1998).

La distribución espacial evidenció que la pobreza es mas grave en zonas rurales con respecto a medio urbano(32.6%/15.1%)

La “brecha de pobreza”<sup>24</sup> a nivel rural es de 10.4 mientras que la urbana es de 4.2.

El índice de severidad de la pobreza es de 4.6 en la población rural, versus 1.7 a nivel urbano. Sin embargo, dada la distribución de la población, el 63.4% de los hogares pobres están en zonas urbanas, con una fuerte concentración en grandes ciudades.

Se podría concluir que han cambiado, en general, las condiciones sociales de las personas y los hogares dominicanos, en las que se revela una mejoría. En ese sentido, mientras en 1992 el 20% de la población más rico tenía una participación en el ingreso total 12.1 veces superior al 20% más pobre, en la de 1998 esa relación se redujo a 10.4 veces. Ese comportamiento de las participaciones de los más ricos y los más pobres en el total de los ingresos se reflejó en el descenso del índice de Gini, el cual pasó de 0.482 en 1992 a 0.456 en 1998.

### **Necesidades basicas insatisfechas**

Estudios previos,<sup>25</sup> utilizando la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas modificado con variables complementarias, encontró que entre 1980 y 1989, el porcentaje de hogares en pobreza aumentó de 47.3% al 57.3%; es decir un aumento de mas del 20% en 5 años. Las estimaciones para 1993 encontraron que la pobreza había aumentado al 60%. Para 1996 se encontró alrededor de 53%.

Al considerar la distribución por provincias, los estudios de pobreza basados en el censo de 1993 muestran grandes inequidades. <sup>26</sup> Mientras en el Distrito Nacional menos del 40% de los hogares eran pobres, en Elias Piña lo eran mas del 90% de los hogares; y en 14 de las 30 divisiones territoriales mas del 80% de los hogares eran pobres.

Si bien estos estudios no son comparables, desde el punto de vista metodológico, el conjunto de ellos parece evidenciar una tendencia fuerte al descenso del porcentaje de hogares pobres en los últimos años. Sin embargo, el número de personas pobres continúa siendo superior a los dos millones de personas. La pobreza es mas severa en el medio rural, pero la gran mayoría de los pobres están cada vez mas concentrados a nivel urbano.

---

<sup>24</sup> Distancia entre el valor promedio del ingreso de los pobres y el valor de la línea de pobreza.

<sup>25</sup> Gamez Susana.- Características y tendencias de la pobreza. Banco Central de la República Dominicana

<sup>26</sup> ONAPLAN.- Focalización de la Pobreza en la República Dominicana. Informe de Población ONAPLAN No.11. Santo Domingo, diciembre 1997.

## **CAPITULO 3:**

### **Aperturas programaticas**

[Coberturas de servicios de salud seleccionados](#)

## CAPITULO 4:

### Deterioro y Daños a la Salud

#### Mortalidad Registrada



La composición por edad de la mortalidad ha cambiado considerablemente en las últimas décadas. A pesar de los sesgos que impone el subregistro de muertes, en el análisis de la composición por edad de la mortalidad registrada, para 1986 la mortalidad infantil representó el 18% de todas las muertes y la mortalidad de 1-4 años el 5.2; diez años después la mortalidad registrada proporcional para menores de 1 año y de 1-4 fue de 13% y 3% respectivamente para descender a 8% y 2% del total de las muertes registradas en 1998.<sup>27</sup> En solo dos años este descenso representa una reducción relativa de la proporción de muertes infantiles registradas de alrededor del 40% y en las muertes de 1 a 4 años de un 33%, sin considerar los progresos en reducir el subregistro de las muertes infantiles.

[Tabla de mortalidad proporcional por grupos de edad 1986 - 1998](#)

La mortalidad registrada por sexo entre 1986 y 1998 no ha cambiado. El 44% de las muertes registradas en 1986 corresponden al sexo femenino y 57% en el sexo masculino; para el año 1998 la mortalidad registrada por sexo fue de 42% y 58% para el sexo femenino y masculino respectivamente.

[Tabla de mortalidad proporcional por sexo 1986 - 1998](#)

#### Mortalidad por causas

Los cambios de la mortalidad considerando 6 grandes grupos de causas (lista 6 OPS) para el periodo 1986 – 1998 son notorios particularmente para el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio cuya tasa de mortalidad registrada aumento de 88.4 a 103.6 por cada 100,000 habitantes, entre 1986 y 1998. Las afecciones del periodo perinatal disminuyeron de 27.9 a 15.6 por cada 100,000 habitantes, lo cual es coherente con la disminución del porcentaje de muertes en menores de 5 años observado para el mismo periodo.

Los estados morbosos mal definidos representaron para este año el 9.3% de todas las muertes registradas frente a 15% en 1994 y 16% en 1990.

[Numero de muertes anuales según causas 1986-1998](#)

[Mortalidad proporcional por causas 1986-1998](#)

[Tasas de mortalidad por causas 1986-1998](#)

#### Mortalidad por causas y grupos de edad

En relación a la mortalidad proporcional al interior de cada grupo de edad, excluyendo los estados morbosos mal definidos, se destacan los cambios de la composición por causas de la mortalidad

---

<sup>27</sup> SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Estadísticas de Mortalidad en República Dominicana 1986-1998. Proyecto de análisis bases de datos defunciones registradas del Departamento de Estadísticas. (Inedito)

infantil y la mortalidad en la niñez. En el primer grupo, se destaca el aumento de las afecciones originadas en el periodo perinatal que aumentaron proporcionalmente de 46.4% en 1986 a 58.9% en 1998. En el grupo de 1-4 años las causas externas incrementaron un 100% entre 1986 y 1998 con un 12.0% y 24.6%, respectivamente.

[Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en < 1 año](#)

[Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en 1-4 años](#)

En el grupo de 5-14 años el grupo de causas correspondientes a las neoplasias aumento de 5.1% en 1986 a 9.2% en 1998. Las causas externas incrementaron un 16% en el periodo analizado. Para la población de 15 a 49 años, se resalta el aumento del grupo de las enfermedades transmisibles durante el periodo, de 13.4% a 20.7%, fundamentalmente a expensas del SIDA y la tuberculosis.

[Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en 5-14 años](#)

[Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en 15-49 años](#)

No se observan cambios importantes en la mortalidad proporcional por 6 grandes grupos de causas para los grupos de edades de 50-64 años y > de 65 años.

[Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en 50-64 años](#)

[Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en >65 años](#)

### **Mortalidad por causas, sexo y grupo de edad, 1998**

Análisis de la mortalidad registrada para 1998 muestra que la mortalidad proporcional considerando 6 grandes grupos de causas, excluyendo los estados morbosos mal definidos son, en general, mayores en el sexo masculino. En ambos sexos, las enfermedades del aparato circulatorio constituyeron el grupo más frecuentemente diagnosticado. Sin embargo, mientras en las mujeres las neoplasias estuvieron en el segundo lugar, en los hombres, este lugar correspondió a las causas externas, relegando a las enfermedades transmisibles al tercero y cuarto lugar, respectivamente. Las enfermedades del aparato respiratorio fueron el cuarto grupo de causas más importantes en mujeres y el quinto en hombres; seguido en ambos sexos por las enfermedades del periodo perinatal. Durante este año se registraron 63 muertes maternas.

Un análisis más desagregado de la mortalidad proporcional por grupo de edad y sexo en base a una lista de 91 causas de muertes registradas en 1998 (lista 1 de la CIE-10), muestra que las principales causas de muerte diagnosticada en los menores de un año son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 1218 muertes (54.4%), las malformaciones congénitas con 200 muertes (9.0%) y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 176 muertes (8.0%).

En preescolares la principal causa de muerte fue las causas externas no clasificadas en otra parte que cobraron 103 muertes de 645 (16.0%) ocurridas en este grupo de edad, desplazando a la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 85 muertes (13.2%).

En las mujeres de 15 a 49 años impacta las enfermedades por el VIH (SIDA) como principal causa diagnosticada de este grupo de enfermedades (271), representando el 12.3% de las 2210 muertes ocurridas; los accidentes de transporte con 137 muertes y otras enfermedades del corazón con 129. En los hombres en este mismo grupo de edad, tres causas del grupo de causas externas cobran el mayor número de muertes registradas: los accidentes de transporte, las demás causas externas no clasificadas en otra parte y las agresiones con 742, 526 y 471 muertes respectivamente de un total de 4228, las enfermedades por el VIH (SIDA) figuran en cuarto lugar con 425 muertes.

[Mortalidad registrada por provincias 1998](#)

### **Mortalidad estimada**

Las estimaciones de la mortalidad informan un progresivo descenso de la mortalidad a niveles que alcanzan las 5.3 muertes por cada 1000 habitantes para el periodo 1995-2000.

La tasa de mortalidad infantil registrada para 1998 fue de 10.6 por mil nacidos vivos estimados (2242 muertes) versus una tasa de mortalidad infantil estimada para el periodo 1995-2000 de 34.0 por mil nacidos vivos estimados, lo que refleja un subregistro de la mortalidad infantil aproximado de un 69 %.

Las estimaciones de la mortalidad infantil reportan un descenso de 42 por mil en el periodo 1990-1995 a 34 por mil en el periodo 1995-2000.<sup>28</sup> Un análisis del impacto potencial, con base a mortalidad reducible, mostró que las mayores brechas reducibles de la mortalidad se encontraban en los menores de 5 años, en particular los menores de 1 año. Para entonces, el 72% de las muertes infantiles eran reducibles (al comparar con países de similar nivel económico). Este análisis destaca que un esfuerzo concentrado e integral podría lograr reducir la tasa de mortalidad infantil hasta 25 por mil nacidos vivos para el año 2000.<sup>29</sup> Sobre la base de los datos reportados por investigaciones de la Dirección General de Epidemiología de la SESPAS,<sup>30</sup> estimaciones preliminares para el 1999 colocarían la tasa de mortalidad infantil entre 25 y 30 por mil.

Por otra parte, la tasa de mortalidad materna para 1990 se estimó en 110 muertes por 100,000 nacidos vivos, las estimaciones trabajadas por la SESPAS para 1999 la ubican preliminarmente alrededor de 80 por 100,000.

---

<sup>28</sup> CELADE, ídem.

<sup>29</sup> SESPAS. Movilización Nacional por la reducción de la mortalidad infantil y materna 1997-2000. Santo Domingo, abril 1997.

<sup>30</sup> SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Estudio retrospectivo de estimación de la mortalidad infantil y materna por provincias 1997. Línea de base para la evaluación de impacto del plan de reducción de la mortalidad infantil y materna. Informe preliminar, Noviembre 1999.

## Morbilidad

**Nota técnica:** Para superar el abordaje clásico que limita el análisis de la morbilidad a las enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica, motivado esto por la aparente ausencia de registros válidos de la morbilidad atendida y acceso a trabajos de investigación u otros proyectos de análisis, proponemos para una descripción más exhaustiva de la morbilidad un procedimiento relativamente sencillo. Primero realizar un inventario de fuentes secundarias de datos de morbilidad en base a la lista 6/67 OPS de tabulación de enfermedades o la lista de 101 grupos de causas de la CIE-10. Esta centrará el levantamiento y obtención de datos y construcción de indicadores a las enfermedades de la lista, previa validación de las fuentes disponibles (registros médicos, sistemas información y vigilancia epidemiológica, registros laboratorio, investigaciones, etc.). El análisis descriptivo, podrá servir de base para el desarrollo futuro de proyectos de análisis de Carga de Enfermedad e inclusive, permitirá identificar áreas de investigación epidemiológica prioritarias.

La siguiente matriz deberá completarse tomando como punto de partida la lista 6/67 OPS de tabulación de enfermedades propuesta por la OPS o la lista de 101 grupos de causas de la CIE-10. Para cada grupo de enfermedad se realizará una revisión de la literatura y se indagará la calidad de los registros disponibles para los últimos 4 años. Al análisis precedirá la validación de la calidad de los datos que produce cada fuente.

En una segunda fase se analizará la información disponible y se describirá la situación epidemiológica de la enfermedad en la población.

[Matriz para la captura y validación de fuentes de datos de morbilidad](#)

### **Situación de las enfermedades transmisibles objeto de vigilancia epidemiológica (notificación individual obligatoria)**

Un total de 17 enfermedades y 3 eventos vitales son actualmente objeto de la vigilancia especial. El análisis de las tendencias seculares de las tasas brutas, últimos 20 años, permite clasificar las enfermedades en cuatro grandes grupos sobre la base de su magnitud relativa:

Primer grupo: Enfermedades transmisibles que han mantenido tasas entre 10 y 100 casos por cada 100,000 habitantes: *La tuberculosis, la malaria y el dengue.*

[Tendencias de las tasas enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica especial](#)

A continuación se describe la situación de cada una de ellas y las estrategias programáticas más importantes en los últimos años:



**Enfermedades transmisibles que han mantenido tasas entre 10 y 100 casos por cada 100,000 habitantes: , La tuberculosis, la malaria y el dengue.**

[La Tuberculosis](#) es uno de los principales problemas de salud pública del país. Las tasas estimadas de incidencia se han mantenido en los últimos 20 años entre 70 y 100 casos por 100,000, entre las mas altas del continente. Entre los factores de riesgo que se ha identificado, que explican esta elevada tasa, están los críticos problemas sociales que el país vivió en los años 80, la concentración de población en zonas urbano marginales, la epidemia de HIV/SIDA (mas del 10% de los casos son HIV+) y, sobre todo, las deficiencias del programa de control. A la alta incidencia debe agregarse la preocupación por una tendencia ascendente de la resistencia bacteriana. Actualmente alrededor del 16% de los casos presentan bacilos resistentes a alguna de las drogas de primera línea. Afortunadamente la multiresistencia es aún baja, lo que permite utilizar los esquemas de tratamiento internacionalmente recomendados. En la actualidad el programa nacional está siendo reorganizado con base a la estrategia DOTS recomendada por la OMS y que ha resultado eficaz en otros países.

ACTUALIZAR CON DATOS ULTIMO BOLETIN Y ASIS OPS 2001

La tendencia las tasas de [Malaria](#) desde 1965 ha sido fluctuante. Como resultado de medidas de control que se aplicaron a finales de los sesenta y mediados de los setenta a través del Servicio de Erradicación de la Malaria (SNEM) se logro reducir la tasa a menos de 1 caso por 100,000. A partir de 1978, se registra un deterioro de la situación, mejorando sobre la base de una respuesta social efectiva hacia mitad de los ochenta. Sin embargo, nunca logró los niveles de control alcanzados en las décadas anteriores. En el período 1988-1995 la incidencia de malaria mostró una tendencia general al aumento, mostrando su menor ocurrencia durante 1990 y 1991. En 1991 la incidencia se redujo a 377 casos (entre 343,491 muestras sanguíneas examinadas), sin defunciones. Esto obedeció fundamentalmente a varios factores: intensificación de actividades focalizadas según riesgo (gracias al aporte de recursos financieros adicionales), fenómenos climáticos (severa sequía durante 6 meses), condicionantes económicos (reducción de la producción de caña de azúcar por la caída de precios y cuota de exportación del azúcar) y socio-políticos (cierre de la frontera por conflictos en las relaciones externas, reducción del flujo migratorio). En 1992 hubo un aumento de la morbilidad (698 casos en 299,549 muestras examinadas y 11 defunciones) que alcanza su pico en 1995 con una tasa de 23.6, debido a la reactivación de focos asociados a la participación de obreros inmigrantes en proyectos de construcción hotelera en el este, y otros en el noroeste del país. Mientras en 1997 se detectaron 816 casos, para una tasa de 10.2 por 100,000; en 1998 de detectaron 2,006 casos con una tasa de 24.5 por 100,000 cerrando el año 1999 con alrededor de 3700 casos, básicamente a expensas de un brote importante bien localizado en la provincia La Altagracia. El comportamiento de la malaria en el primer semestre del año 1998 proyectaba una incidencia mayor a la esperada, antes que el huracán Georges afectara el país. El aumento observado con posterioridad a este evento ha sido mucho mayor. Se considera que los grandes cambios ecológicos relacionados con estas grandes catástrofes afectan de muchas maneras los riesgos de transmisión de Malaria.

La proporción de extranjeros entre los casos de malaria es alrededor del 55% por lo tanto, el país se beneficiaría considerablemente si el control de malaria mejorara en los países vecinos, no obstante, el comportamiento de esta enfermedad guarda relación con procesos internos del país. Se han identificado dos situaciones diferentes. La primera corresponde a zonas donde la transmisión es endémica y tiene un comportamiento tradicional, con variación estacional vinculada a los ciclos agrícolas, y ciclos epidemiológicos cada 3 o 4 años. Estas zonas corresponden a menos de 10 municipios y produjeron, en 1998, mas del 70% de los casos. El otro patrón, corresponde a unos 150 municipios, se caracteriza por brotes epidémicos, bien localizados en el tiempo y espacio, que se corresponden con agrupaciones de trabajadores temporales, cada vez mas vinculados a la industria de la construcción. En ambos patrones los períodos de mayor frecuencia se corresponden con el empleo masivo de trabajadores migrantes internos y del exterior.

[El dengue](#) es una enfermedad endémica. Se ha confirmado la circulación de los serotipos I, II, y IV. Un caso de dengue fue confirmado en una comunidad rural montañosa, 3 semanas después del

huracán Georges, probablemente vinculado a su introducción por equipos de ayuda procedentes de Puerto Rico. Ningún otro caso de dengue tipo III se ha detectado a pesar de la estrecha vigilancia. El dengue es una enfermedad esencialmente urbana, cuya transmisión esta asociada a niveles de moderados a altos de densidad poblacional, urbanización mal planificada. La disponibilidad de servicios públicos de agua potables y desechos sólidos condiciona su riesgo de transmisión. La infestación del *Aedes aegypti*, es general en el territorio dominicano. Las temperaturas tropicales, bajas alturas y humedad relativa de moderada a alta, son condiciones geoclimáticas que facilitan la reproducción del mosquito vector. El sistema de vigilancia se consolida en 1997, cuando se incorpora la estrategia de búsqueda activa de casos. En 1998 se detectan 2923 casos probables para una tasa de 35.7 por 100,000; unos 1118 se confirmaron por laboratorio. En 1999 se ha tenido una incidencia muy baja, con solo unos 1000 casos probables en el año, a pesar de la intensa búsqueda de casos mediante toma de muestra a febriles. Debido a los altos índices de infestación del vector en las principales ciudades del país, existe el riesgo elevado de brotes, sobretodo si se reintroduce el dengue tipo III en el ámbito urbano. En la actualidad se están reformulando las estrategias tradicionales de eliminación de criaderos nira y peridomiciliarios a partir de investigaciones basadas en técnicas cualitativas que abordan el concepto de “conductas candidatas”.

**La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y El SIDA junto a la Enfermedad meningococica son consideradas enfermedades emergentes en los últimos 20 años, debutan con tasas que se han mantenido entre 1 y 10 casos por 100,000 habitantes en el periodo:**

Se han notificado cerca de 5000 casos de SIDA entre 1987 y 1999. Se considera que los datos de la notificación sola representan alrededor de un 15% de los casos. Los casos de SIDA están concentrados en el grupo de edad de 25 a 39 años, representando el 61% de los casos de SIDA acumulados por el sistema de vigilancia en el periodo 1991-1998.<sup>31</sup> Este grupo de edad solo representa el 37% de la población general. Aunque los individuos homosexuales y las trabajadoras sexuales los primeros grupos mas afectados entre los casos al inicio de la epidemia, en 1998 el 80% de los casos ocurren en individuos heterosexuales tendiendo a concentrarse en poblaciones mas empobrecidas.

Un componente importante de la vigilancia de la infección VIH es el sistema de vigilancia basado en encuestas centinela, con periodicidad anual, anonimas. Se han priorizado los puestos centinelas que captan embarazadas, trabajadoras sexuales y pacientes que demandan atención a las ITS.

[Encuesta centinela de seroprevalencia de la Infección VIH en embarazadas](#)

[Encuesta centinela de seroprevalencia de la Infección VIH en trabajadoras sexuales y pacientes ITS](#)

[Monitoreo de la Infección VIH en donantes de sangre](#)

Sobre la base de los datos de la vigilancia centinela en embarazadas se estima que para el año 2000 la prevalencia de adultos infectados por el VIH alcanza el 2.2%. Esta cifra se traduce en alrededor de 112,000 adultos viviendo con el virus, de estos el 40% son mujeres y cerca de 5,000 son menores de 5 años. Aparentemente la prevalencia de la infección VIH esta alcanzando su meseta abarcando aproximadamente el 2.4% de la población adulta. Si este nivel se mantiene significa que ocurrirán mas de 29,000 nuevas infecciones entre 1999 y el 2005, y más de 78,000 muertes por SIDA. Estas proyecciones no son inevitables, una plan ampliado que prevenga la transmisión del VIH puede tener un efecto en la prevalencia reduciendo significativamente el numero de nuevas infecciones en el futuro inmediato.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> SESPAS, Dirección General de Epidemiología, PROCETS, Sistema vigilancia casos SIDA.

<sup>32</sup> Gómez, Elizabeth. Situación epidemiológica de la infección VIH y el SIDA en RD, implicaciones para una política global de salud pública. Conferencia central de la Décima Jornada del Foro Nacional de Salud, el Gobierno y la sociedad civil contra el SIDA. 10-12 Noviembre 1999.

La [enfermedad meningococica](#) bien documentada a partir de 1996, ha mantenido tasas entre 1.2 y 2.4 casos por 100,000 habitantes. Ambas formas clínicas (la meningitis y la meningococemia) aparecen de forma aislada, con pocos casos secundarios y coprimarios. En este periodo se ha detectado 1 brote institucional y 7 comunitarios en áreas semirurales con poblaciones en situación de pobreza crítica. El año 1999 registro una baja incidencia con relación al 1998, aunque algunas provincias experimentaron tasas 2 veces por encima de la tasa nacional.<sup>33</sup> La transmisión del meningococo se vincula a procesos que tienen lugar en el grupo familiar y grupos poblacionales cerrados (hacinamiento, susceptibilidad individual). Las actividades laborales y culturales que promueven movimientos migratorios internos dinámicos inestables, movilizan portadores sanos hacia poblaciones susceptibles. El sistema ha desarrollado la capacidad de aplicar quimioprofilaxis a los contactos íntimos, antes de 72 horas, en mas del 90% de los casos sospechosos reportados.

En el Distrito Nacional se ha desarrollado un sistema especializado de vigilancia epidemiológica de las meningitis bacterianas con un fuerte desarrollo del laboratorio que ha registrado mas de 600 casos probables por año, confirmándose cerca del 50%. La etiología mas frecuente en menores de 5 años el *Haemophilus influenzae*, representando el 40% de las meningitis bacterianas en este grupo y el 80% de las que ocurren en menores de 1 año, seguidas en importancia por el *Streptococcus pneumoniae* y la *Neisseria meningitidis*.<sup>34</sup>

[La lepra](#), enfermedad bien conocida en el país y con una larga documentación de su incidencia anual que abarca mas de 30 años, se ha mantenido por debajo de los 10 casos por 100,000 alcanzando para 1999 la incidencia menor para todo el periodo, menos de 2.0 casos por 100,000.<sup>35</sup> El programa de control ha sido exitoso y la tendencia de la enfermedad es a la erradicación

**El impacto del programa ampliado de inmunizaciones ha producido los cambios seculares más importantes y sostenibles que se documenta en la salud pública dominicana.**

La *difteria* y la *tosferina* se han reducido considerablemente en las ultimas dos décadas, de tasas alrededor de 10 casos por 100,000 a por debajo de 0.1, observándose un ligero aumento de estas en los últimos tres años. [La difteria](#) en 1999 duplica los casos de 1998 y 1997. Las [tosferina](#) aumenta el numero de casos ligeramente en 1999, con relación al 1998. Durante 1995 y 1997 hubo de 0 a 1 caso por año. A pesar de estos ligeros aumentos estas enfermedades no representan problemas de salud pública en la actualidad. Los casos en estas dos enfermedades se relacionan con las iniquidades de acceso de población a servicios preventivos, particularmente vacunas, que permiten la acumulación de susceptibles en un numero importante cada dos o tres años. Esta situación puede resolverse con estrategias combinadas de vacunación que alcancen poblaciones postergadas por la distancia de los servicios, cambios en actitudes, creencias y practicas de las madres frente a la vacunación.

---

<sup>33</sup> SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Boletines epidemiológicos, vols. 12:1998 y vols. 13:1999.

<sup>34</sup> Gómez, Elizabeth; Sánchez, Jacqueline; Castellanos Pedro Luis, et al. Sistema de Vigilancia de las Meningitis Bacterianas con base poblacional en menores de 5 años en santo domingo. Informe progreso primer año, 1998.

<sup>35</sup> Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel, Programa Control de Lepra.

**La Polio, el tétanos neonatal, el sarampión y la rabia humana son enfermedades cuyos programas desarrollan estrategias de eliminación. Tasas actuales por debajo de 1/100,00**

[La poliomielitis paralítica](#) inicio la década de los ochenta con tasas por encima de 1.0 por cada 100,000 habitantes considerando que la población mas afectada fueron los menores de 1 año para descender dramáticamente a 0.03 casos por 100,000 en 1986. Entre 1987 y 1999 no ocurrió ningún caso en el país.

INCOORPORAR TEXTO ARTICULO OPS

[El tétanos neonatal](#) con tasas variables entre 0.1 y 1.0 por 100,000 para la década de los ochenta, se ha mantenido con tasas iguales a 0 a partir de 1993, con excepción de los años 1994 y 1999 que documentan 1 caso importado cada año. El acceso a la vacunación en la población embarazada y más aun, la cobertura de los partos institucionales ha tenido un impacto importante en la ocurrencia de esta enfermedad.

Una de las enfermedades transmisibles de mayor importancia para la salud publica en la década de los setenta y ochenta por su alta morbilidad asociada a complicaciones y muertes al combinarse con la desnutrición era [el sarampión](#). Con tasas que alcanzaron mas de 100 casos por 100,000 en los setenta y manteniéndose entre 10 y 100 casos por 100,000 en la década de los ochenta y principios de los noventa, fue dramáticamente impactada con el plan de eliminación puesto en marcha a partir del 1991, llegando a niveles de no casos en 1995 y 1996.

En 1997 se detecto un caso en un empleado de un hotel turístico, sin identificarse la fuente de infección. La situación del sarampión fue afectada por un brote que inicio en la provincia La Altagracia a finales de 1998 documentando 14 casos y se expandió, concentrándose en tres provincias del país en 1999 a pesar de la campaña nacional realizada en noviembre de 1998. Se confirmaron en 1999 cerca de 220 casos de sarampión. En 1999, el país realizo un gran esfuerzo de vacunación en menores de 15 años, focalizando municipios en los cuales la cobertura de vacunación era menor de 95% y se reforzó la vigilancia de casos febriles eruptivos en todo el país. Este brote ha sido atribuido a la introducción del virus, por turistas procedentes del cono sur (se identifico el mismo genotipo viral) y la acumulación de susceptibles en los grupos de menores de 5 años y mayores de 15.

ACTUALIZAR SARAMPION

Este brote coincidió con un brote de [Rubéola](#) que afecto provincias del norte y centro del país, con mayor intensidad entre febrero y julio del 1999, pero que se expreso durante todo este año.

[La rabia](#) ha tenido en los últimos decenios una evolución fluctuante con tasas entre 0.1 y 0.01 por 100,000 habitantes. Esta variación esta vinculada a la eficacia de las medidas de prevención y la sostenibilidad de la vigilancia. En los periodos en la que se ha mantenido una alta cobertura de vacunación canina a ciclos anuales y de alcance nacional, los casos en animales y humanos se han reducido considerablemente. Entre 1990 y 1997 en el país se registraron 12 casos en humanos, durante 1998 y 1999 no se han registrados casos.

**reglamento sanitario internacional.**

[El cólera, la peste y la fiebre amarilla](#) son enfermedades de notificación obligatoria sujetas al reglamento sanitario internacional. En el país no se han detectado casos de desde el siglo pasado, a pesar de que en los últimos tres años se han investigado por lo menos 5 notificaciones de casos de cólera sospechosas que han sido finalmente descartadas.

### **Enfermedades objeto de monitoreo y notificacion semanal**

[Monitoreo grafico semanal basado en el EPI-1](#)

*Las infecciones respiratorias agudas* constituyen la principal causa de consulta ambulatoria y están entre las primeras 5 causas de muertes registradas en 1997 y 1998. Cada año se notifican entre 6000 y 10000 casos por semana.

*La enfermedad diarreica aguda* continúan siendo un importante problema de salud pública, sobre todo en menores de cinco años. Cada año se notifican entre 2000 y 5000 casos por semana. Aunque continúan en la lista de 5 primeras causas de mortalidad registrada en menores de 5 años. Las muertes por esta causa continúan disminuyendo y para 1998 representan el 9.4% y el 11.8% en menores de 1 año y 5 años respectivamente de una lista de 103 causas.<sup>36</sup>

*Las Infecciones de Transmisión Sexual.* Los síndromes asociados a sífilis y gonorrea tienen una tendencia francamente descendente. Muy probablemente han sido impactadas por las acciones de prevención de HIV/SIDA, en particular por la promoción del uso de preservativos. Estudios de casos documentan un aumento de la resistencia a los antimicrobianos de las uretritis gonocócica y al aumento de los casos de enfermedad pélvica inflamatoria relacionadas con infecciones asintomáticas en mujeres. La Hepatitis B, sin embargo, tiene un carácter endémico en el país, con una prevalencia alrededor del 3 al 5% entre donantes de sangre. Aún cuando no se conoce la frecuencia de infección por papiloma virus, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública nacional, representando esta sola causa el 1% de la mortalidad femenina registrada en 1998.

*La brucelosis y la leptospirosis* están mal documentadas en el país. Han sido recientemente introducidas como enfermedades objeto de vigilancia (en 1998). Esporádicamente se reportan casos aislados pero son pobremente investigados desde el punto de vista epidemiológico.

### **La situación de las enfermedades no transmisibles**

Entre las enfermedades no transmisibles, *la Desnutrición* es un problema relevante. Se considera que la desnutrición severa es de muy baja frecuencia, pero la desnutrición moderada continúa siendo importante. Entre 1991 y 1996 se encontró una disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años (talla por edad), del 19% al 11%. La lactancia materna ha mejorado considerablemente. Entre 1991 y 1996 se encontró que más del 90% de los niños iniciaban lactancia al nacer y la duración promedio se aumentó desde 1.7 meses a 10.5 meses y los que recibieron lactancia en los primeros 6 meses aumentaron del 50% al 71.5%.<sup>37</sup> Encuestas de micronutrientes en menores de 15 años realizadas en 1993 mostraron que el 30.0% tenía déficit de hierro, 74% deficiencia de Iodo y 19% de vitamina A. Desde entonces, se estableció la obligatoriedad de utilizar sal Yodada y se han realizado algunas jornadas de megadosis con vitamina A. Se estableció el programa de desayuno escolar a nivel nacional alcanzando a finales del año 1999, un millón de raciones. Ha aumentado la disponibilidad y consumo de alimentos, al mejorar la situación económica del país. Actualmente se está desarrollando un sistema de vigilancia nutricional que contribuirá a fortalecer las intervenciones en grupos de alto riesgo.

*Las enfermedades cardiovasculares* son un problema importante de salud. Constituyen más del 10% de las consultas y más del 6% de las emergencias en los establecimientos del país. Alrededor del 80% de los ingresos no obstétricos en adultos corresponden a problemas cardiovasculares.<sup>38</sup> La prevalencia de hipertensión arterial es considerada superior al 15% de la población adulta. Sin embargo, no existen estudios adecuados sobre la epidemiología que sustenten programas de prevención y control.

---

<sup>36</sup> SESPAS, Dirección General de Epidemiología, Departamento de Estadísticas. Análisis preliminar base de datos de defunciones registradas 1998.

<sup>37</sup> ENDESA 96

<sup>38</sup> SESPAS, memorias 1999.

*La diabetes* es considerada un importante problema de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, no se dispone de estudios epidemiológicos adecuados. La mortalidad registrada proporcional por diabetes 4.2%.

Entre *las neoplasias*, el cáncer ginecológico constituye la primera prioridad. En 1998 se registraron 505 muertes por estas causas, y se estima que el número real es probablemente superior. No hay un programa bien estructurado de detección y tratamiento precoz. La cobertura de Papanicolao en mujeres de edad fértil no alcanza al 10% y está concentrada en menores de 25 años de edad; y la pérdida de casos detectados antes de ser adecuadamente tratados es muy alta.

*Los accidentes y violencias* van en aumento. El número de accidentes de tránsito registrado cada año es superior a 25,000 en el último quinquenio,<sup>39</sup> entre los cuales solo en 1998 se certificaron 3418 muertes. En los últimos años ha aumentado el esfuerzo nacional para disminuir los riesgos de accidentes. El mejoramiento de las principales vías carreteras y la realización de intensas campañas educativas sobre el uso de cinturón de seguridad, de casco protector por los motociclistas, y de control de la velocidad, parecen estar teniendo un impacto favorable en 1998 y 1999, pero aun no se dispone de cifras objetivas.

---

<sup>39</sup> Policía Nacional, memorias 1998.

## CAPITULO 5

### Perfiles epidemiológicos, abordajes:

#### Ciclos de Vida

Se describirá el perfil de daños a la salud (enfermedad y muerte) para cada ciclo de vida resaltando las desigualdades de genero, cuando apliquen.

#### Mapas de Pobreza

*Nota tecnica: en este acápite se incluirán mapas que destacaran inequidades en los perfiles de morbilidad (indicadores de frecuencia de enfermedad) en la relación con indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), según provincias o municipios.*

*En la medida de lo posible se apoyara la información gráfica con información sobre pruebas de hipótesis estadísticas y gráficos de correlación simple*