



República Dominicana
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)

INFORME DE SITUACION DE SALUD DE LA REPUBLICA DOMINICANA-2003

Santo Domingo, R. D.
Marzo, 2006

Una publicación de la
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
(SESPAS)
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
(CERSS)

Título:

Informe de Situación de Salud de la República Dominicana
2003

Primera edición:

2006

Equipo Técnico:

Dra. Emiliana Peña, SESPAS
Lic. Rafael Ortiz, SESPAS
Dr. José Selig, SESPAS
Dr. Samuel Félix, SESPAS
Lic. Bernardo Matías, CERSS
Dr. Antonio Mena, REDSALUD
Dra. Celia Riera, OPS-OMS
Dra. Francini Placencia, SESPAS

Corrección de estilo:

Luchy Placencia
Rosa Marina De la Rosa Altieri

Edición al cuidado de:

Subsecretaría Técnica de SESPAS
Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud CERSS

Diagramación e impresión:

Ave. Gustavo Mejía Ricart No. 141
Ensanche Julieta
Teléfono: (809) 547-2509

INDICE

PRESENTACION

INTRODUCCIÓN

MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL

RESUMEN EJECUTIVO

CAPÍTULO 1: LAS TENDENCIAS SOCIOECONOMICAS EN REPUBLICA DOMINICANA-2003

- 1.1 Reforma y gobernabilidad
- 1.2 Inequidades, reforma del sector salud y de la seguridad social
- 1.3 Gasto Público Social y en Salud
- 1.4 Dinámica demográfica

CAPITULO 2: CONDICIONES Y TENDENCIAS DEL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

- 2.1 Modelo de atención en salud en República Dominicana
- 2.2 Redes regionales de provisión de servicios
- 2.3 Participación Social y de los Usuarios/Usuarías
- 2.4 Desarrollo del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social
- 2.5 Servicios de Salud de la SESPAS
- 2.6 Distribución del gasto en salud

CAPITULO 3: DETERIORO Y DAÑOS A LA SALUD

- 3.1 Mortalidad
- 3.2 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
- 3.3 Morbilidad

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

PRESENTACION

Mejorar el conocimiento de la situación de salud del país y fomentar su aplicación en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas que el Estado y sus instituciones deben poner en práctica para garantizar la salud y la calidad de vida de la población, constituyen dos de los objetivos más importantes de la Reforma Sanitaria que lleva a cabo la República Dominicana.

Es por esto que para la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) es motivo de satisfacción poner en circulación el **Informe de Situación de Salud de la República Dominicana, 2003**, por su especial relevancia en la sustentación del proceso de toma de decisiones en salud, particularmente en la priorización de intervenciones sanitarias y la identificación de brechas que permitan reducir las inequidades en salud.

La gestión gubernamental que preside el Dr. Leonel Fernández está comprometida con la lucha contra la pobreza, la desigualdad, la exclusión social, la inseguridad y, en sentido general, con la mejoría de las condiciones de vida y de salud de la población; es precisamente a la consecución de estos fines que debe emplearse la información sobre el estado de salud de la población.

En la medida en que las instituciones del Sector Salud convirtamos en acción la información que este documento provee y alineemos nuestros planes y esfuerzos a la disminución de los principales problemas aquí señalados, actuando en las causas determinantes y en sus consecuencias, según el ámbito particular de competencias y posibilidades de intervención de cada una, veremos hacerse efectivo un derecho humano fundamental, el de la salud.

Agradecemos a los técnicos de la SESPAS, CERSS, OPS Y REDSALUD que con su capacidad, tiempo y dedicación hicieron posible que el Informe de Situación de Salud de la República Dominicana, 2003 esté hoy en manos de la Sociedad Dominicana, a la cual, estamos seguros, será de gran utilidad en el campo de la investigación, la docencia y la gestión de programas y servicios de salud.

Dr. Gustavo Rojas Lara
Coordinador Ejecutivo, CERSS

Dr. Bautista Rojas Gómez
Secretario de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social, SESPAS

INTRODUCCIÓN

La conducción del sector salud es responsabilidad de la máxima autoridad sanitaria, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), y se expresa fundamentalmente en la definición de las políticas y del Plan Nacional de Salud, que se han de sustentar en un análisis de la situación de salud del país.

En este contexto, la Ley General de Salud en el capítulo II, artículo 8, párrafo 2, establece que la SESPAS formulará cada diez años una política y un Plan Nacional de Salud, constituyendo éstos los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistemática de la producción social de la salud.

El presente documento de Informe de Situación de Salud de la República Dominicana-2003, ha de servir de guía para los trabajos relativos a la formulación del Plan Nacional de Salud, en correspondencia con el mandato de la Ley General de Salud y, específicamente, del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones.

Este Informe-2003 es una revisión descriptiva y actualizada de la situación y tendencias de los perfiles de salud y enfermedades de la población. Asimismo, de sus determinantes, de las necesidades de salud de la población, los riesgos y amenazas a la salud pública; así como de las condiciones y demanda de los servicios de salud.

Uno de los propósitos del presente Informe-2003 es detallar los problemas sanitarios e identificar las necesidades de salud de los diversos segmentos de la población, con especial interés en riesgos y daños, así como en lo relativo a la calidad y acceso a los servicios, de manera que oriente hacia la definición de políticas, ámbitos de acción y estrategias de intervención.

Por su trascendencia, otro aspecto que pauta la direccionalidad de los esfuerzos de elaboración de este Informe, son los objetivos definidos en las Estrategias de Reducción de la Pobreza (ERP), que tiene como prioridad la disminución de la cantidad absoluta de pobres. Esto ha de significar una reducción del Índice de Pobreza Humana (IPH-1), de 15.4 % para el año 1998, a menos de un 5.0%, para 2015.

Los elementos que componen estos índices y que están relacionados de forma directa con la salud (esperanza de vida al nacer, longevidad, cobertura de servicios de salud y desnutrición, entre otros) son temas importantes desarrollados en este Informe.

Además, en el 2003, el país había definido un conjunto de objetivos y metas asumidos en distintos momentos, fruto de las Cumbres de Ministros, de los encuentros de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESCAD), de los acuerdos sobre reforma y modernización del sector salud y de los compromisos suscritos en el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social. A su vez, como parte de las acciones incluidas en las ERP, la nación ha acordado un conjunto de metas a alcanzar dentro de los próximos diez años. Estos objetivos, en adición a los contemplados en los Programas de Salud Pública, sirven de marco general de referencia y punto de partida para el desarrollo del presente Informe de Situación de Salud de la República Dominicana 2003.

MARCO METODOLÓGICO Y CONCEPTUAL

Dentro de los aspectos conceptuales, ejes del desarrollo del Informe, se encuentran:

- La salud, entendida como producto social y determinada por la biología, el nivel educativo, el nivel económico, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema de salud.
- Los problemas de salud, entendidos como los estados de salud de la población considerados deficientes.
- La necesidad de salud, que se plantea como la desviación o diferencia entre el estado óptimo de salud definido de forma normativa y el estado actual o real.

Los procedimientos fundamentales para el desarrollo de este Informe consistieron en levantar y analizar la información estructurada en tres espacios situacionales:

- a) El Espacio General en el que se describen los procesos relacionados con el “entorno macroeconómico” y social incluyendo, lo relacionado con la magnitud y características de la pobreza en el país.
- b) El Espacio Particular que corresponde, básicamente, a la condición y tendencias del desarrollo de los servicios de salud y, en especial, del Seguro Familiar de Salud (SFS) que ha de ejecutar el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).
- c) El Espacio de lo Singular en que se sitúan los eventos relacionados con los efectos y daños a la salud y las acciones de prevención a la enfermedad para las poblaciones y grupos de edad señalados como prioritarios.

En cada uno de los casos, en correspondencia con las políticas para la reducción de las desigualdades, se intentó identificar la magnitud de las mismas para los eventos de salud abordados, siempre que la información y recursos disponibles así lo permitiera.

Las fuentes de información son muy diversas, principalmente documentos oficiales sobre los temas que se han incluido en el desarrollo del Informe de Situación de Salud, los reportes de investigaciones nacionales y subnacionales con reconocimiento oficial, los reportes y consolidados de información que poseen las instituciones, incluyendo sus bases de datos y otros documentos e informaciones que se consideraron pertinentes.

Para la estructuración de los espacios situacionales se contó con tres equipos de trabajo, conformados por los miembros un grupo *ad hoc* para el Informe de Situación de Salud, teniendo la responsabilidad de compilar y analizar la información sobre las variables que le correspondían, así como su presentación en plenaria ante los demás miembros del grupo de trabajo de este Informe-2003. La Dirección General de Epidemiología, a través de la Unidad de ASIS coordinó el trabajo de los tres equipos e integró la producción de los mismos, en un primer documento borrador, en agosto de 2003. Posteriormente, este proceso siguió siendo coordinado desde la Subsecretaría Técnica de la SESPAS.

Concluida esta primera etapa, se llevó a cabo la fase de revisión del primer documento borrador e identificación de problemas de salud, mediante un taller para la identificación y análisis de problemas y necesidades en salud, celebrado en noviembre de 2003; así como varias reuniones de trabajo de los grupos conformados en el taller para abordar unas 13 áreas temáticas objeto de intervención en el Plan Decenal. En este taller y en las reuniones subsiguientes participaron gerentes y directores de

programas del nivel central de la SESPAS, gerentes de salud regionales, provinciales, de hospitales y clínicas privadas, otros actores destacados del sector salud, universidades, investigadores, representantes de organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales, agencias de cooperación y otras instituciones públicas.

Los aportes y percepciones de los problemas de salud obtenidos, una vez concluidos los trabajos de los grupos conformados, han sido incorporados a este informe final.

RESUMEN EJECUTIVO

A lo largo de la década de 1990, la economía dominicana siguió un patrón de crecimiento constante, con un promedio anual del 5.6% del Producto Bruto Interno (PIB). Sin embargo, a partir de 2002 presenta un cuadro negativo en aquellos indicadores vinculados con la dinámica macroeconómica (tasa de inflación, tasa de interés bancario, tasa de devaluación de la moneda, entre otros) reflejándose en una disminución del PIB. El Banco Central de la República Dominicana proyecta para 2004 un decrecimiento acumulado en el PIB de -3%.

Pese a esta reducción, el modelo económico implantado en las últimas tres décadas, el cual se sustenta en una economía de servicios, tiende a consolidarse sin que se proyecten cambios o transformaciones profundas. La solidez de este modelo se expresa en la propia estructura económica del país, a la que los servicios aportan más del 56% al PIB.

Junto a esta dinámica económica, el país ha puesto en marcha en las últimas décadas un proceso de reforma y modernización del Estado aparentemente irreversible. Estas reformas apuntan, en su mayoría, a cambios estructurales del Estado, con énfasis en su descentralización y en el fortalecimiento de su papel de ente rector y regulador del mercado.

Aunque República Dominicana reflejó un crecimiento económico en los últimos años y una consolidación del modelo, en el contexto latinoamericano se encuentra dentro de los países que destina una de las más bajas proporciones de recursos de su presupuesto y del PIB al gasto social y al gasto en salud. Según datos del Banco Central, **la participación del gasto social en el gasto público total** en República Dominicana, para el período 1994-1998, fue de un 39.8%.

El gasto social con respecto PIB fue de 4.3% en el período 1990-1991 y de 6.1% para 1994-1995. La participación del gasto social en el PIB para el año 2002 alcanzó el 8.1% del PIB. Durante ese lapso, el gasto social *per capita* fue de unos US\$213 dólares, superando el promedio de US\$96 de la década de 1990. Sin embargo, conforme a los parámetros establecidos por organismos internacionales, el gasto social per cápita promedio para América Latina es de unos US\$540, lo que coloca a República Dominicana en uno de los niveles más bajos de la región.

Por otra parte, en 1998 el país destinó a la salud sólo un 4.5% del PIB y un 22% del total del gasto social. Hasta 2001, el promedio del gasto público en salud se mantuvo estacionario, reduciéndose a un 1.5% del PIB en 2001.

Sobre las condiciones de pobreza, República Dominicana ocupaba, en 1999, el lugar número 88 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), de acuerdo al informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Sin embargo, para el año 2002, República Dominicana se encontraba en el puesto número 94 entre los 174 países estudiados en el ámbito mundial y en el 26 dentro de las naciones de América Latina y el Caribe. En términos de tendencias del IDH, el incremento alcanzado por el país es de 0.11 entre el valor de 1975 y el de 2000 (0.62 y 0.73, respectivamente).

Conforme a las estimaciones de la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), a inicios de la década de 1990, la pobreza en general en República Dominicana creció de un 54.8%, en 1991, a un 59.6%, en 1993. Sin embargo, hubo una reducción a 51.8%, en 1998. En valores absolutos, la población pobre en 1991 era de 4.2 millones,

de 4.7 millones en 1996 y de 4.4 millones en 1998, observándose una dinámica oscilante en esta década.

República Dominicana es cada vez más una sociedad urbana: por encima del 60% de la población se concentra en las principales ciudades. Para 2002, el número de habitantes se estimaba en 8,663,731. Los datos preliminares del Censo de Población de 2002 reportan un total de 8,230,722 ciudadanos empadronados, el 50.15% de sexo femenino y el 40.22%, menor de 18 años.

Algunos de los cambios demográficos más impactantes en la estructura poblacional de República Dominicana son el incremento significativo del número de mujeres en edad reproductiva, de la población económicamente activa y de los habitantes mayores de 65 años, observándose una tendencia hacia el envejecimiento progresivo en los próximos años. La tasa cruda de natalidad se calcula en 23.27 por cada mil habitantes.

Para el período 2000-2005, la esperanza de vida al nacer ha sido estimada en 70.07 años. En los últimos años, se ha incrementado la diferencia por sexo en este índice demográfico, de 3.63 en el quinquenio 1980-1985, a 4.60 en el 2000-2005.

La expectativa de vida para los hombres aumentó de 61.42 años, en el quinquenio 1980-1985, a 67.83 años, en el lapso 2000-2005; y, para las mujeres, pasó de 65.05 a 72.43 años, en los mismos períodos. Se proyecta que, para el 2010-2015, la esperanza de vida para uno y otro sexo será de 72.56 años.

El principal problema de las estimaciones demográficas es el importante subregistro de la mortalidad y de los nacimientos. Se estima que el porcentaje de subregistro de la mortalidad general en 2000 fue de alrededor de 53.5%.

La tasa bruta de mortalidad estimada ha disminuido de 7.76 por mil en el período 1980-1985, a 5.77 por mil en el quinquenio 2000-2005 y llegará en el 2010-2015 a 5.80 por mil, de acuerdo con parámetros de hipótesis media para el cálculo de las proyecciones.

Condiciones y tendencias del desarrollo de los servicios de salud

En el capítulo dos de este Informe de Situación de Salud se presenta información descriptiva y analítica sobre los servicios de salud, establecimientos, recursos humanos, rendimiento de los mismos, productividad, situación de los servicios intradomiciliarios, condiciones de las viviendas y aspectos inherentes a la educación. Incorpora como aspectos fundamentales lo relativo al Plan Básico de Salud (PBS) y al Seguro de Riesgos Laborales, sus beneficiarios y los servicios ofrecidos.

Se dispone de información sobre los establecimientos y recursos humanos de los servicios de la SESPAS, más no así acerca de los pertenecientes al subsector privado. Sin embargo, se aprecia que en cada provincia y municipio del país la distribución de los establecimientos sanitarios no guarda relación alguna con los perfiles de salud y enfermedad de las comunidades ni con su densidad.

Es importante destacar que la población acude a la consulta de salud cuando la situación o problema que le aqueja requiere de atención inmediata. Por otro lado, los accidentes de tránsito, los hechos de violencia y el criterio —en la mayoría de los centros de salud— de que la hospitalización se gestiona desde las salas de emergencia hacen que los ingresos por emergencias dupliquen a los internamientos por consultas.

El enfoque de los servicios es eminentemente curativo, aunque los planteamientos de la SESPAS enfatizan la necesidad de prevención y promoción de la salud.

La relación de consultas por médico/a es muy variable según región y provincia, encontrándose que los índices más elevados son verificados en aquellas regiones con población más pequeñas, menores recursos e inferior capacidad de desarrollo. Es importante resaltar que el tiempo de ocupación de las camas hospitalarias oscila entre un 21% y un 56% del total disponible, lo que indica una subutilización de estos recursos.

Resulta fundamental analizar la visión que tienen los usuarios de los servicios de salud y, en ese sentido, destaca que entre un 35% y un 40% de la población acude alguna vez a la consulta por problemas de salud y que la mayoría, el 93%, recurre a profesionales de la medicina. La mayoría de las consultas son demandadas por la población menor de 10 y mayor de 65 años.

Datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2002 muestran que el 76% de la población dispone de establecimientos de salud a menos de dos kilómetros de distancia de su hogar y que las dos razones más importantes para su utilización son la cercanía y el bajo costo. La atención rápida, humana y efectiva constituyen no más de un 5% de los motivos mencionados para acudir a estas facilidades.

La población ubicada en los quintiles de ingresos más elevados utiliza los servicios privados con mayor frecuencia que los públicos (SESPAS/Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)/Fuerzas Armadas (FFAA). En relación al costo de los servicios según la población usuaria, el gasto mayor se debe a la compra de medicamentos (54%, valor promedio nacional) seguido por el pago de exámenes de laboratorio.

La SESPAS dispone de programas nacionales de salud pública, normados y orientados desde el nivel central, y gerenciados desde los niveles regionales y provinciales. Algunos de estos programas superan a otros en fortalezas y prioridades, debido a la necesidad de control de las enfermedades identificadas como problemas fundamentales: prevenibles por vacunas, infecto-contagiosas, transmitidas por vectores y de transmisión sexual, entre otras. Se aprecia un mayor impacto en programas como el de inmunizaciones.

Se requiere de mayores esfuerzos hacia la institucionalización y la adecuación de dichos programas frente a la necesidad de ejercer la vigilancia y el control de los problemas esenciales de salud colectiva, que tales planes pretenden controlar y vigilar en los escenarios de transición presentes y futuros.

Sobre las condiciones de las viviendas y los servicios inherentes, se observa un aumento del porcentaje de unidades habitacionales construidas con mayor solidez de paredes, techo y pisos (18% en la zona rural y 40% en la zona urbana), aunque todavía predominan las edificadas con paredes de cemento, pero con techos con de planchas de zinc (78% y 60%, respectivamente).

Las instalaciones intradomiciliarias de agua para uso doméstico, energía eléctrica y servicios sanitarios requieren de importantes mejoras. El 67% de la población en la zona urbana y el 33 % en la rural bebe agua embotellada. Apenas un 10% ingiere agua tomada de las llaves ubicadas dentro de las casas. El resto utiliza fuentes alternativas para tales fines.

A nivel nacional, la mitad de la población dispone de sanitarios privados intradomiciliarios; un 44% utiliza letrinas particulares y compartidas, mientras un 6% de la población no dispone facilidad alguna para satisfacer sus necesidades fisiológicas.

El analfabetismo es mayor en la zona rural (18%) que en la urbana (9.5%), con tasas de asistencia a los planteles escolares de nivel primario superiores al 80% en áreas urbanas y rurales; mas no así para el nivel secundario, con promedios inferiores al 48% en todo el país.

La falta de instrucción y el ausentismo escolar podrían estar determinados por la inserción al mercado laboral a edades tempranas, la búsqueda de otros mecanismos de producción y la inadecuada distribución de escuelas secundarias en el territorio nacional.

En sentido general, el país cuenta con una importante infraestructura de servicios sociales y sanitarios, pero no existe una distribución acorde con las necesidades de atención de la ciudadanía. Ante esta situación, urge realizar transformaciones esenciales en la dirección, organización y gestión de tales servicios, conforme al marco legal y a las prioridades de cada segmento poblacional.

Daños a la salud

La composición por edad de la mortalidad ha cambiado considerablemente en las entre las décadas de los 80 y 90, principalmente en los grupos de los primeros años de vida. Para 1986, la mortalidad infantil representaba el 18% de todas las muertes y la mortalidad de 1-4 años, el 5.2%; para descender, en 2000, a 10.5% y a 1.7%, respectivamente. La mortalidad registrada por sexo entre 1986 y 2000 no ha cambiado, con excepción de 1999. En ese año, se registró un mayor número de muertes de personas de sexo masculino.

En el período 1986-2000, de los seis grandes grupos de causas de muerte establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobresale la alta proporción de decesos provocados por enfermedades cardiovasculares. La tasa de mortalidad registrada por padecimientos del sistema circulatorio aumentó de 88.4 a 101.3 por cada 100,000 habitantes entre 1986 y 1999, aunque hubo una disminución por subregistro en 2000, estimada en 80.5 por 100,000 habitantes.

Las afecciones perinatales disminuyeron de 27.9 a 17.3 por cada 100,000 habitantes, en consonancia con la reducción del porcentaje de decesos en menores de un año observada durante el mismo período.

Si se obvia el año 2000 por el subregistro alcanzado, se observa una tendencia al aumento de muertes debidas a enfermedades del sistema circulatorio y a neoplasias o tumores. Estas últimas aumentaron de 28 a 41 por cada 100,000 habitantes, de 1986 a 1999.

La mortalidad ocasionada por enfermedades transmisibles disminuyó de 45.6 a 30.8 por cada 100,000 habitantes durante el período 1986-2000, debido a la reducción de los fallecimientos por diarrea y por enfermedades prevenibles mediante vacunación.

La distribución por provincias de los decesos ocurridos en 1999 muestra que el mayor índice de mortalidad se verifica en Salcedo, con 209 fallecimientos por cien mil

habitantes debidos a padecimientos cardiovasculares; y con 102 muertes por cada mil habitantes a causa de neoplasias.

Pedernales tiene la mayor frecuencia de muertes por enfermedades transmisibles, con 62 por 100,000 habitantes; en tanto que la menor proporción por esta causa es registrada en Peravia, con 13 por cada 100,000.

En Santiago se verifica la mayor cantidad de muertes en el período perinatal, 38 por 100,000 habitantes. En tanto, Monseñor Nouel, La Altagracia y Samaná tuvieron en 1999 la mayor incidencia de muertes debidas a causas externas.

La mortalidad infantil en República Dominicana ha sido reducida significativamente en los últimos 12 años. La tasa de mortalidad estimada descendió de 47 por 1000 nacidos vivos en el período 1990-1995, a 40 por 1000 en el quinquenio 1995-2000.

La última encuesta demográfica, ENDESA 2002, estima la tasa de mortalidad infantil en 31 por 1000 nacidos vivos, para el período 1997-2002. Este escrutinio indica que en el grupo de 1-4 años se produjo un descenso en el número de muertes, que fue de siete por 1000, de 1997 a 2002.

Cabe destacar que, en este grupo de edad, los fallecimientos debidos a factores externos se incrementaron en un 100% entre 1986 y 1999, con un 12.0% y 24.6%, respectivamente, siendo de un 19% en 2000. Las enfermedades transmisibles son la mayor causa de muerte en este grupo, situación que no ha variado a través del tiempo.

Asimismo, en el grupo de 5-14 años los fallecimientos por neoplasias aumentaron de 5.1% en 1986, a 11.4% en 2000. Las causas externas se incrementaron en un 16% en el período analizado.

En la población de 15 a 49 años resalta el aumento de las enfermedades transmisibles durante el período 1986-2000, de 13.4% a 22.1%, fundamentalmente del SIDA y la tuberculosis. Las afecciones del sistema circulatorio ocupan el primer lugar como causa de muerte en **los grupos de 50-64 años y de más de 65 años**, seguidas por las neoplasias y las enfermedades transmisibles.

Al analizar la **mortalidad por sexo**, las enfermedades del aparato circulatorio constituyeron el grupo mas frecuentemente diagnosticado. Sin embargo, mientras en las mujeres las neoplasias se han mantenido en la segunda posición, en los hombres este lugar correspondió a las causas externas, relegando las enfermedades transmisibles al tercero y al cuarto lugares, respectivamente. Las causas externas fueron el cuarto grupo de factores más importantes en mujeres durante 1999, mientras el quinto lugar para uno y otro sexo fue ocupado por las afecciones perinatales.

República Dominicana presenta un elevado número de **muertes maternas**, las cuales son subregistradas en el 73% de los casos, al momento de consignar los motivos de deceso. En 1999, el estudio de evaluación del sistema de vigilancia de la mortalidad infantil y materna captó 260 muertes ocurridas ese año, para una tasa de 122 muertes por 100,000 nacidos vivos.

En el supuesto de que los fallecimientos notificados en 2002 tuvieran el mismo nivel de subregistro encontrado en 1999, el número de muertes maternas estimadas para ese año sería de 283 (124 muertes por 100,000 nacidos vivos). La cantidad de decesos registrados en 2002 fue de 163, para una tasa de muertes maternas notificadas de

71.4 por 100,000 nacidos vivos. La toxemia es la principal causa de muerte materna asentada en el sistema.

Según la ENDESA 2002, casi la totalidad de los embarazos en el país (99%) fueron atendidos por profesionales de la salud. El 97% de los partos tienen lugar en establecimientos de salud, siendo el 75.5% de los mismos realizados en hospitales públicos. La existencia de elevados índices de mortalidad materna con una amplia cobertura de atención revela deficiencias en la organización y en la calidad de los servicios de salud.

El informe sobre las principales causas de muerte en la población de República Dominicana evidencia que los factores externos (accidentes de tránsito, sumersión, sofocación, caídas, suicidio, homicidio y otros) y las enfermedades transmisibles son los eventos de mayor incidencia en la mortalidad prematura. Al calcular los **años de vida potencialmente perdidos** (AVPP) por fallecimientos de menores de 70 años, se encontró que la más alta proporción corresponde a las causas externas (24%), debido al impacto de éstas en la población de 15 a 49 años.

La tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública en territorio dominicano. Las tasas estimadas de incidencia se han mantenido entre las más altas del continente en las últimas dos décadas, de 70 a 100 casos por 100,000 habitantes. El país es uno de los nueve de Las Américas con mayor número de nuevas infecciones por año. Para 2000, 2001 y 2002, se observa una reducción de las tasas de incidencia; sin embargo, este descenso no debe ser atribuido a una disminución real ya que, hasta 2002, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) reportaba muy bajos indicadores de cobertura, detección y curación.

La lepra ha mantenido un descenso progresivo a nivel nacional desde 1990. La menor incidencia fue registrada en 2002: 0.24 casos por cada 10,000 habitantes. En tanto, la morbilidad notificada se ha mantenido inferior a un caso por 10,000 habitantes.

La enfermedad meningocócica, bien documentada a partir de 1996, ha mantenido tasas entre 1.2 y 2.4 casos por 100,000 habitantes. Entre los años 2000-2002, se observa una disminución progresiva en el número de casos notificados, registrándose sólo el 55% de los esperados con relación al promedio del período 1995-2000 (154 casos). En 2002, fueron asentados 47 casos para una tasa de incidencia de 0.5 casos por 100,000 habitantes, la más baja registrada en el país para esta afección.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen el principal motivo de consulta ambulatoria y figuran entre las cinco primeras causas de muerte registradas en 1999 y 2000. Cada año son notificados entre 6,000 y 10,000 casos por semana. La ENDESA 2002 reporta que las enfermedades respiratorias (gripe o influenza, bronquitis, neumonía, laringitis, faringitis y sinusitis) representaban el 80% de la morbilidad en el último mes. En la ENDESA-96 éstas constituían el 65%.

Desde 1965, la tendencia en las tasas de **malaria** ha sido fluctuante. Mientras en 1997 se detectaron 816 casos, para una tasa de 10.2 por 100,000 habitantes, en 1998 fueron registrados 2,006 casos con una tasa de 24.5 por 100,000, cerrando el año 1999 con 3,589 casos (43.5 por 100,000 hab.). Durante 2000, 2001 y 2002, el promedio anual de casos fue de 1189, con una tasa de incidencia de 14.7, 12 y 15 casos por 100,000 habitantes, respectivamente.

La fiebre del dengue y el dengue hemorrágico se han constituido progresivamente en un grave problema de salud pública en Las Américas. En 2002, cuarenta y cinco países de la región reportaron casos de dengue. En República Dominicana, el número

de casos de ambas formas, clásico y hemorrágico, se ha reducido durante los años 1998, con 4,008 casos (49.5 por 100,000 hab.); 2000, con 3,558 casos (42.4 por 100,000 hab.); y 2002, con 2,608 casos (37.6 por 100,000). El 74% de las personas reportadas como casos probables de dengue tienen menos de 20 años y el 53.5% son menores de 10 años.

Con respecto a la **filariasis linfática**, en 1999 se inició un programa de control que incluye la identificación de focos mediante encuestas a escolares a nivel municipal y el tratamiento anual masivo.

La difteria, la tos ferina y el tétanos no neonatal han sido reducidos considerablemente desde la década del 1980, de tasas alrededor de 10 casos por 100,000 habitantes a por debajo de 0.1 por 100,000. En 2002, fueron notificados 35 casos de difteria y apenas 10 de tos ferina.

Según datos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), a nivel nacional la proporción de población menor de un año vacunada contra difteria, pertusis y tétanos en 2002 fue de 72.8%. Al analizar la tendencia dada por las estimaciones de las últimas Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA-1996 y ENDESA-2002), las coberturas a nivel nacional de vacunación completa de DPT a menores de un año se han mantenido bajas en los últimos años. En 1996 era de 57.6% y, en 2002, de 56.6%.

Tétanos no neonatal. Se observa con un ligero incremento durante el período 2000-2002, de 26 casos en 2000 a 57 en 2002. Los hombres son los más afectados. Entre las provincias con mayor número de reportes en 2002 están Santo Domingo, con 10 casos; y Santiago, con ocho. Este incremento se vincula a un mal manejo profiláctico de las heridas.

El tétanos neonatal, con tasas variables entre 0.1 y 1.0 por 100,000 para la década de 1980, se ha mantenido con tasas iguales a cero y por debajo de 0.1 a partir de 1993. Desde 1999, con excepción de 2000, se documenta un caso por año.

La aplicación de la vacuna antitetánica durante la preñez se constituye en una de las principales medidas de prevención del tétanos neonatal. La ENDESA reporta que de las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la encuesta el 95 por ciento recibió al menos una dosis de Toxoide Tetánico durante el último embarazo llevado a término. Entre las mujeres sin educación, la cobertura es de 85 por ciento; en tanto, entre las que alcanzaron educación superior es de 96 por ciento.

La poliomielitis paralítica inició la década de 1980 con tasas por encima de 1.0 por cada 100,000 habitantes, para descender dramáticamente a 0.03 casos por 100,000 en 1986. Entre 1987 y 1999, no ocurrió ningún caso en el país. En octubre de 2000 se detectó una epidemia de poliomielitis paralítica debida al poliovirus tipo 1, con focalización en un municipio con muy baja cobertura vacunal y casos distribuidos en las principales rutas de conexión entre los mayores centros urbanos del país. Durante 2000 y hasta la novena semana de 2001, fueron identificados un total de 94 casos de este tipo de polio, de los cuales 14, el 15%, fueron confirmados por aislamiento. Desde esa semana no han sido confirmados otros casos. La proporción de población menor de un año vacunada contra la polio a nivel nacional en 2002 fue de 76.3%, de acuerdo con datos del PAI.

De acuerdo con las últimas encuestas demográficas y de salud (ENDESA 1996 y ENDESA 2002) las coberturas nacionales de vacunación completa antipolio a menores

de 12 meses se ha mantenido bajas en los últimos años. En 1996 fue de 48.1% y, en 2002, de 44%.

Desde el año 2000, se observa una disminución significativa de infecciones confirmadas de **sarampión**, de 2.9 casos por 100,000 habitantes en 2000, a ninguno en 2002. En ese año, el PAI investigó y notificó 739 casos febriles eruptivos a nivel nacional, aunque no confirmó ningún caso de sarampión. La disminución se debió fundamentalmente a tres actividades realizadas durante este período: la ejecución de campañas masivas de vacunación en todo el país, la vigilancia activa de febriles eruptivos y brotes, y la mejora de los puestos fijos de vacunación.

La proporción de menores de un año vacunados contra sarampión reportada por el PAI en todo el país fue de 81.7%, en 2002. A partir de los datos consignados en las ENDESA, se observa un incremento de 78.2%, en 1996 a 88.3%, en 2002, en la cobertura nacional de vacunación completa antisarampión en menores de un año.

En 1999, **la rubéola** afectó las provincias del Norte y el centro de República Dominicana, con mayor intensidad entre febrero y julio de 1999, reportándose un total de 347 casos (4.14 por 100,000 hab.). En 2000, la enfermedad alcanzó a un total de 826 personas, el mayor número de casos confirmados, para una tasa de 9.7 por 100,000 habitantes; pero en 2001 y 2002, su incidencia disminuyó a 42 y dos casos, respectivamente.

La meningitis por *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)* representaba el 40% de las meningitis bacterianas en menores de cinco años y el 80% en menores de un año, seguidas en importancia por el *Streptococcus neumoniae* y la *Neisseria meningitidis*. Desde el año 2000 a la fecha, la vigilancia de la meningitis bacteriana es realizada a través de un hospital pediátrico de referencia nacional, ubicado en el Distrito Nacional. El número de casos de meningitis bacteriana en menores de 5 años ha descendido significativamente, según lo observado en este puesto, desde la vacunación masiva a menores de tres años que se realizara en agosto de 2001 y la posterior introducción de la vacuna PENTA (DPT/HB/Hib) al programa regular. Según reportes del PAI, la cobertura nacional de vacunación completa a menores de un año con PENTA fue de 38.5%, en 2002.

Respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), han sido notificados cerca de 6,563 casos entre 1987 y 2002, cifra que, según se estima, representa sólo alrededor del 15% del total de individuos que viven con la enfermedad. La epidemia está concentrada en los grupos de personas de 15-44 años, quienes constituyen el 79.6% de los casos de SIDA detectados por el sistema de vigilancia en el período 1991-2001.

Los jóvenes de 15 a 24 años constituyen un 18% de los casos. Los hombres continúan siendo los más afectados, con un 64%; en tanto, las mujeres representan un 35%. La relación hombre-mujer es actualmente de 3:1, lo cual puede variar dado el número de mujeres infectadas en los últimos cinco años. Actualmente, el 74.8% de los casos ocurren en individuos heterosexuales, tendiendo a concentrarse en las poblaciones más empobrecidas. La transmisión perinatal se mantiene en un 2% del total de casos notificados. Datos obtenidos por la ENDESA 2002 reportan una prevalencia de VIH/SIDA de un 1% en la población general.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) muestran una tendencia en franco descenso. Según la ENDESA 2002, el nueve por ciento de las mujeres entrevistadas sexualmente activas padecieron alguna ITS en el último año. La prevalencia es mayor entre las adolescentes y jóvenes (de 15 a 29 años), entre la población residente de la

zona rural y entre las mujeres con educación primaria de quinto a octavo grados. La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del nivel de riesgo de contraer ITS. Según la ENDESA 2002, el uso del condón se halla poco extendido entre las mujeres y los hombres. Tan sólo el dos por ciento de las mujeres y el uno por ciento de los hombres usaron condón en su última relación sexual con su esposo(a) o compañero(a). Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 20-24 años (3%), en las mujeres divorciadas o separadas (5%) y entre aquellas con mayor educación (3%).

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) continúa siendo un importante problema de salud pública, sobre todo en menores de cinco años. En 2002, los episodios diarreicos, con una incidencia de 11.76% en este segmento de la población, figuran como la segunda causa de consulta en los establecimientos públicos de salud. La prevalencia, según ENDESA 2002, es de 14% en menores de cinco años.

Intoxicaciones alimentarias: De 1995 a 2002, han sido notificados 267 brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Se han iniciado investigaciones en el 55% de los casos, determinándose que el alimento más involucrado en las intoxicaciones es el pescado, con presencia en el 61% del total de casos. Según la Encuesta de Morbilidad en Turistas, de 2002, la prevalencia percibida en esta población, cuyo promedio de permanencia en el país fue de siete días (en un rango de 1-29 días), es de 20%. De los turistas que enfermaron, el 69% padeció de enfermedad diarreica aguda. Es necesario fortalecer la capacidad de los laboratorios de Salud Pública para mejorar la vigilancia y el control de calidad del agua y los alimentos.

La rabia presenta una evolución fluctuante con tasas de entre 0.1 y 0.01 por 100,000 habitantes. Esta variación está vinculada a la eficacia de las medidas de prevención y a la sostenibilidad de la vigilancia. En los períodos en que se ha mantenido una alta cobertura de vacunación canina en ciclos anuales y alcance nacional, los casos en animales y humanos se han reducido considerablemente.

Durante 1998 y 2001 no se registraron casos de rabia en humanos y en 2002 se verificaron dos casos, uno en la provincia de La Romana y otro en Monte Cristi. En ambos, la especie agresora fue el perro. La tasa de mordeduras a personas se incrementó en 2002, a 265 por cada 100,000 habitantes.

Durante el año 2002 hubo una población canina por vacunar estimada en 896,000 ejemplares en todo el país, de los cuales fueron inmunizados un total de 227,793, obteniéndose apenas un 25.42% de la cobertura profiláctica proyectada.

La brucelosis y la leptospirosis están mal documentadas en el país. Desde 1988, estas enfermedades figuran como objeto de vigilancia epidemiológica; pero son escasamente investigados los casos aislados reportados esporádicamente.

Entre las enfermedades no transmisibles, la desnutrición es uno de los mayores problemas. De 1996 a 2002, se produjo una disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años (talla por edad <2DS), de una prevalencia del 11% al 9%, siendo la de un 2% considerada como severa. El porcentaje más elevado de niños con desnutrición crónica (12%) y aguda (2%) se concentra en las edades de 12 a 23 meses. Hay más niños (10%) que niñas (8%) afectados por esta condición.

El 13% de los niños de madres sin ningún nivel educativo padecía de desnutrición crónica. En tanto, se diagnosticó esa deficiencia nutricional en el 8% de los niños de la zona urbana, en contraste con el 11% de la rural.

La práctica de la lactancia materna ha mejorado considerablemente. Se encontró que, entre 1991 y 1996, más del 90% de los niños iniciaban la lactancia al nacer y que la duración promedio de este tipo de alimentación aumentó de 1.7 a 10.5 meses.

Las enfermedades cardiovasculares son un problema importante de salud. Constituyen más del 10% de las consultas y por encima del 6% de las emergencias en los establecimientos sanitarios del país. Alrededor del 80% de los ingresos no obstétricos en adultos corresponden a problemas cardiovasculares. La Sociedad Dominicana de Cardiología realizó el Estudio de Factores de Riesgo Cardiovascular (EFRICARD) 1996-1998, en una muestra de 6,184 personas. El mismo reporta que el 29.2% de la población podría ser considerada en **sobrepeso** (Índice de Masa Corporal IMC 26-29), mientras que el 16.4% es obesa (IMC \geq 30). La prevalencia de **hipercolesterolemia** (niveles de colesterol \geq 200mg/dl) es de aproximadamente 23.6%. Este estudio refiere una **prevalencia de hipertensión** sistólica \geq 140 mmHg en el 24.5% de la población.

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%.

La diabetes es considerada un importante problema de morbilidad y mortalidad; sin embargo, no se dispone de estudios epidemiológicos adecuados. La mortalidad proporcional registrada por diabetes presenta una tendencia ascendente. En 1986, representó el 2% de las muertes diagnosticadas (siete por 100,000 hab.) y, en 1999, 4% (11 por 100,000 habitantes).

Entre **las neoplasias o tumores**, el cáncer ginecológico, conjuntamente con el cáncer de mama, constituyen la principal causa de morbilidad. El Registro Hospitalario de Tumores del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter indica que, en 2001, el cáncer de mama ocupó el primer lugar en frecuencia, 26.5% del total de casos analíticos (6.5 casos por 100,000 habitantes). En segundo lugar se encontraba el cáncer de cuello de útero, con 19.8% (4.9 casos por 100,000 hab.) y, en tercero, las neoplasias de la glándula prostática, con un 6.3% (1.5 casos por 100,000 hab).

La cobertura de Papanicolaou en mujeres de edad fértil no alcanza el 10% y está concentrada en menores de 25 años. La pérdida de casos identificados antes de ser adecuadamente tratados es muy alta, porque el sistema de salud no logra mantener el contacto con muchas de las pacientes con anomalías cervicales detectadas mediante esta prueba.

Los accidentes y la violencia van en aumento. El número de accidentes de tránsito registrado cada año entre 1995-2000 fue superior a 25,000. Sólo en 1998, fueron certificadas por tal causa 3,418 muertes, lo que ha motivado importantes iniciativas de los sectores público y privado para disminuir los riesgos que propician este tipo de fatalidades.

CAPÍTULO 1: LAS TENDENCIAS SOCIOECONOMICAS EN REPUBLICA DOMINICANA-2003

En República Dominicana se ha consolidado, en el largo plazo, la tendencia hacia una economía de servicios; esto es verificable en la propia estructura productiva del país. En efecto, en 1960 los servicios aportaban un 48% al PIB; mientras que, en 1999, constituían cerca del 56.4%.

El cambio, sistemático y sostenido, de un modelo económico sustentado en una economía agro exportadora hacia una de servicios se inició en 1970, cuando este último sector representaba el 51.8 por ciento del PIB.

La explicación a la expansión del área de servicios se halla en el incremento en la generación de energía y en el desarrollo de las comunicaciones, el transporte y las finanzas. En 1990, el sector servicios alcanzó su máxima participación en el PIB, cuando creció sin regulación y luego disminuyó ligeramente, hasta consolidarse.

El turismo es la actividad que más rápidamente ha aumentado su participación en la economía dominicana desde principios de la década de 1980, lo cual se refleja en el crecimiento del número de hoteles, bares y restaurantes. A finales de la década de 1990, dicho renglón tributó más del 6% al PIB.

Un hecho relevante que se verifica en el análisis de la estructura del PIB a lo largo de estos años, es que el aporte que recibe del Gobierno tiende a disminuir, fenómeno que se aceleró entre 1990 y 1998, y que respondía a una política gubernamental explícita, especialmente desde 1996.

Desde el punto de vista macroeconómico, hay que destacar el lugar que ocupan las remesas de los dominicanos en el exterior. Estas constituyen la segunda fuente de divisas para la economía nacional. En la última década, el monto de las remesas ha representado, en promedio, el 8% del ingreso nacional disponible y el 9% del PIB.

En la década de 1990, República Dominicana experimentó un alto crecimiento económico, debido en gran parte a un aumento en la inversión pública y privada. Un factor que influyó indirectamente en el fenómeno fue el crecimiento de la economía de Estados Unidos en el quinquenio 1995-2000, el mayor en toda su historia.

Los ingresos por inversión en zonas francas, turismo, telecomunicaciones, remesas de dominicanos en el exterior y otros rubros relacionados directamente con la inversión extranjera guardaron estrecha relación con el auge económico estadounidense.

Cuadro No.1

Producto Interno Bruto de República Dominicana a Precios Corrientes					
Millones en RD\$					
1990	1994	1998	2000	2002	2003
60,305.2	137,566.4	241,977.1	323,430.3	401,483.2	509,965.4

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.

Al final de la década de 1990, el país inició un proceso de privatización de las empresas públicas, lo cual produjo un giro de la inversión en actividades productivas del ámbito público al privado. Estos cambios ampliaron el radio de acción del funcionamiento del mercado en lo referente a bienes y servicios que antes eran

producidos y administrados por el Estado. Por dicha razón, el crecimiento económico dominicano de los últimos años ha tenido al sector privado como el principal protagonista y al Estado como un ente facilitador y generador de confianza en los inversionistas.

Simultáneamente, los cambios internos están vinculados al proceso de integración, cooperación y apertura de la economía dominicana en los niveles regional, hemisférico y global.

A lo largo de la década de 1990, la economía nacional siguió un patrón de desarrollo constante, con un promedio del 5.6% anual. Este desempeño positivo fue favorecido por factores externos, como el incremento de la economía estadounidense, el precio del petróleo y la dinamización de la Unión Europea. Durante ese decenio, la economía norteamericana arrojó un crecimiento positivo superior al 5%. Igualmente, los precios del petróleo se mantuvieron relativamente bajos y estables. “La inversión extranjera representó en promedio el 5% del PIB y las remesas internacionales se ubicaron por encima de los mil millones de dólares, contribuyendo ambas a cerrar los déficit en la cuenta corriente de la balanza de pagos”¹.

Cuadro No.2
Inversión extranjera en República Dominicana
Millones de US\$ Dólares

1999	2000	2001	2002	2003
1,420	1,688.5	1,825.7	1,895	2,070.1

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.

La estabilidad económica fue el resultado de las políticas monetaria, cambiaria, crediticia y fiscal, además de la existencia de un escenario internacional favorable. Se expresaba en indicadores asociados a las tasas de inflación, cambio e interés, entre otras variables.

Sin embargo, en los últimos años la estabilidad macroeconómica se ha visto amenazada por el aumento sostenido de la inflación, las tasas de interés bancario y la prima del dólar. Adicionalmente, la repatriación de divisas y los altos precios del petróleo influyen en la tendencia a la desestabilización macroeconómica.

Cuadro No.3
Tasa Promedio Anual de Inflación en República Dominicana

1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2003
79.9	5.2	14.3	4.6	7.8	9.2	10.5	42.7

Fuente: Banco Central de la República Dominicana.

En efecto, en los dos últimos años, el promedio anual de crecimiento del PIB real ha disminuido, arrojando un 4.0% en 2001 y un 4.3% en 2002, con una caída dramática a un -0.4% en 2003 (Banco Central, Junio 2004).

Este decrecimiento ha estado condicionado, fundamentalmente, por un proceso internacional en el que la economía mundial, especialmente la de Estados Unidos, ha entrado en una fase de recesión, afectando las economías de nuestros países. Adicionalmente, los precios del petróleo han sido incrementados y surgen amenazas

¹ Lizardo J. Escenarios para el sector salud en la República Dominicana 2000-2015. En: Escenarios para una política de población y desarrollo, República Dominicana (2000-2015). — Santo Domingo: CONAPOFA-UNFPA, 2003. Págs. 103-165.

como el terrorismo y el narcotráfico, las cuales crean un panorama de incertidumbre en las economías mundiales.

La incertidumbre se profundiza con la crisis bancaria del país, colocando nuestra economía en una encrucijada y abriendo grandes interrogantes sobre su sostenibilidad y estabilidad para los próximos cinco años. De ahí que, en la agenda de sectores económicos, políticos y financieros, el tema de la dolarización del sistema monetario cobra importancia.

La realidad de la macroeconomía dominicana sugiere un consecuente deterioro de las condiciones de vida de la población en el período 2002-2004. La caída del PIB trae consigo un incremento del desempleo y una disminución del ingreso en las familias de los grupos medios y empobrecidos.

Un dato revelador del deterioro de las condiciones de vida de la población dominicana es que el salario mínimo legal, entre septiembre de 2002 y enero de 2004, cayó en -12% (Banco Central, 2004). Asimismo, el costo de la canasta familiar para una familia de 4.3 personas, se elevó en un 63%, colocándose en RD\$12,924 en enero de 2003, según estadísticas del Banco Central.

Como respuesta a esta realidad, el Gobierno Dominicano comenzó un proceso de reajustes estructurales con el Fondo Monetario Internacional (FMI), cuyos resultados podrán ser evaluados a mediano plazo.

Este acuerdo con el FMI fue iniciado en agosto de 2003, con una duración de 12 meses. Las medidas contempladas en el ajuste estructural del FMI implican acciones dirigidas al fortalecimiento de la confianza en el sistema bancario y las finanzas públicas. Esto implica un reforzamiento de la supervisión y control prudencial, una mayor disciplina del régimen cambiario y el cumplimiento del pago de la deuda.

Para apoyar dichos esfuerzos, el FMI desembolsará al Gobierno US\$600 millones en dos años, en partidas condicionadas al avance de los ajustes. De éstos, US\$120 millones han sido erogados a la fecha. Al mismo tiempo, el Gobierno recibirá por vía de fuentes multilaterales otros US\$400 millones.

Es innegable que las medidas del FMI afectarán de manera directa el gasto público y, por consiguiente, el impacto y el alcance de las políticas sociales, dado que las posibilidades de aumentar el gasto público social se ven reducidas.

En el contexto de la reforma de salud y de la seguridad social, la crisis económica afecta directamente las proyecciones, planes y estrategias contempladas en el período de transición del nuevo modelo. Entre los efectos destacables se encuentran:

- ◆ Un aumento de los costos del Plan Básico de Salud (PBS) y de la cobertura de las prestaciones incluidas en el mismo. Ello también afecta el principio de universalidad concebido en la Ley de Seguridad Social, No. 87-01.
- ◆ Se limita el destino de los recursos reservados a la salud, dado que la prioridad en los próximos años es recuperar la sostenibilidad fiscal.
- ◆ El deterioro del mercado de trabajo y el consecuente incremento del desempleo presiona financieramente al gobierno para responder a las demandas que devienen de los regímenes subsidiado y contributivo-subsidiado.
- ◆ La presión por nuevos recursos para establecer el equilibrio macroeconómico disminuye las posibilidades del Gobierno para destinar parte del gasto social a los sectores sociales más deprimidos.

1.1 Reforma y gobernabilidad

Simultáneamente, el modelo económico desarrollado en el país ha venido acompañado de algunas reformas sustanciales en el Estado y de cambios en la estructura social que demandan de un aparato estatal más moderno y descentralizado. El proceso de reforma es irreversible, con una marcada tendencia a mantenerse como elemento principal de discusión política en la próxima década.

La irreversibilidad de la reforma estatal responde a una corriente continental, en la que se manifiesta la irrupción de sectores sociales, políticos y económicos, nacionales e internacionales, que reclaman y demandan cambios estructurales en el Estado.

Estas reformas han tenido como eje fundamental la idea de que el mercado es determinante en la asignación de los recursos y la distribución del ingreso, mientras 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 Nacional.

Asimismo, el proceso de reformas ha colocado el tema de la participación ciudadana como uno de los ejes fundamentales para la existencia de sociedades cohabitables y con un clima favorable de gobernabilidad.

El país inició un proceso de reforma del Estado hace 30 años. En un primer momento, las reformas estuvieron orientadas hacia la base jurídica de la economía, procurando que las mismas se adapten al nuevo modelo económico y a las tendencias internacionales profundizadas con los acuerdos del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, General Agreement on Tariffs and Trade). Estas reformas jurídicas apuntan a la creación de las condiciones institucionales, políticas, jurídicas y sociales para impulsar el desarrollo de la producción y el mercado competitivo de capitales, de bienes y servicios y del mercado laboral. Desde entonces, el país vive un ambiente de reforma.

Una de las transformaciones más importantes llevada a cabo en ese contexto ha sido la reforma de las empresas públicas, en 1997 (Ley General de Reforma de la Empresa Pública, No. 141), por su impacto directo sobre el cambio en la estructura de la propiedad y, por ende, sobre la estructura de la inversión, del mercado de capitales, de los bienes y servicios y de la fuerza de trabajo.

La reforma de las empresas públicas ha estado acompañada de un profundo proceso de reforma arancelaria, financiera y tributaria. Las reformas arancelarias están dirigidas a anular las exenciones arancelarias, la reducción de las barreras no arancelarias y la modificación de la escala del desmonte arancelario, procurando hacerlo compatible con los tratados de Libre Comercio de Centroamérica y la Comunidad del Caribe (CARICOM).

La reforma tributaria procura eliminar el esquema de incentivo y protección que rigió desde 1966 e implantar un nuevo modelo, inspirado en la lógica establecida por los acuerdos internacionales de libre mercado.

El nuevo Código Monetario y Financiero es un puntal importante del proceso de reforma en República Dominicana, ya que no solo permite manejar con transparencia y mayor eficiencia las finanzas públicas y privadas, sino que confiere a las autoridades del sector mayor poder en la aplicación de la ley.

Dentro de este contexto, es importante resaltar la introducción de la figura jurídica del “lavado de activos”, el cual otorga mayor autoridad al gobierno para confiscar bienes en situaciones de violación flagrante a la ley que regula la banca nacional. La nueva reforma convierte a la Superintendencia de Bancos en un poderoso y eficiente instrumento de control y vigilancia de las ejecutorias de los bancos e instituciones financieras para prevenir la quiebra y garantizar los ahorros e inversiones de la ciudadanía.

Las reformas económicas han venido acompañadas por un conjunto de reformas sociales y políticas dirigidas a combatir la pobreza, a disminuir las inequidades y a modernizar el Estado. De ellas, es preciso destacar la Reforma del Código Tributario, el Código Monetario y Financiero, las leyes de Salud, Seguridad Social y Medio ambiente; la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, la Ley de Reforma de la Justicia, que establece la Escuela Nacional de la Magistratura; el Código de Ética del Servidor Público y la Ley que establece la figura del Defensor del Pueblo.

Las leyes que procuran otorgar autonomía política y presupuestaria al Ministerio Público y a la Contraloría General de la República se encuentran actualmente en proceso de discusión y de búsqueda de consenso. Estas dos nuevas leyes, ya propuestas en el Congreso Nacional, tienden a convertirse en el eje transversal del proceso de reforma, por su relevancia en la transparencia de las acciones del gobierno.

Tanto en el país como en el resto de las naciones latinoamericanas, el contenido de las reformas económicas, políticas y sociales ha sido muy variado, abarcando medidas de corto, mediano y largo plazos.

Su aplicación ha tenido diferente ritmo e intensidad. En algunos casos se ha logrado un mayor avance, como en la puesta en funcionamiento del SDSS; pero todos estos procesos de cambio se encuentran en la primera etapa de ejecución, siendo República Dominicana uno de los países que más tarde ha empezado la reforma del Estado en América Latina.

Hay lentitud en la puesta en marcha de las reformas, la escasa cultura de consenso de sus principales actores sociales, políticos y económicos, así como por las debilidades históricas de las instituciones dominicanas. Por ello, el impacto de las reformas en el Estado dominicano y en los indicadores sociales aún no es muy perceptible.

1.2 Inequidades, reforma del sector salud y de la seguridad social

La estructura del gasto en salud revela las desigualdades del sistema sanitario de República Dominicana, dado que los pobres tienen que destinar un elevado porcentaje de sus ingresos para cubrir sus necesidades en este renglón.

En 1995, las principales fuentes de financiamiento de la salud en el país eran las finanzas de los propios hogares, en un 75.1%; mientras, el Estado y el sector privado tenían el nivel más bajo de participación, 14.4% y 8.7% respectivamente². Ocho años después, esta realidad no ha cambiado sustancialmente. En la actualidad, se estima que el 21% del gasto en salud es financiado por el sector público y el restante 79% por el sector privado. De este 79%, cerca del 30% sale directamente de los bolsillos de las familias ubicadas en los quintiles más bajos.

² Ver Estudios Cuentas Nacionales, OPS-USAID/ Partnerships por Health Reform (1995).

La desigualdad en el acceso se expresa también en el lugar requerido por la ciudadanía para recibir algún tipo de atención médica. En efecto, de la población que demanda servicios de salud en el país, más del 60% lo hace a través de instituciones públicas. Asimismo, aproximadamente el 35% de las personas en los niveles de ingreso más bajos acude a los establecimientos privados.

Igualmente, la población más pobre es la más afectada por los efectos de la inequidad en la cobertura de los seguros de salud: sólo un 4.2% de los individuos de bajos ingresos cuenta con pólizas médicas, en contraste con el 41% de la ciudadanía con niveles de ingresos medios o altos. Del 4.2% con seguro de salud, un 2.1% pertenece al IDSS, mientras el 1.7% tiene pólizas contratadas por sus empleadores³.

En los últimos 20 años, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe han emprendido un intenso proceso de transformación en sus modelos de salud, caracterizados históricamente por el subsidio de la oferta y por la incompatibilidad con las demandas de cobertura, calidad y eficiencia.

Los modelos de reforma de salud implantados en Latinoamérica y el Caribe son diferentes. Algunos están orientados directamente a darle un rol decisivo al mercado privado de la salud, otros procuran fortalecer la participación del Estado y otros tratan de articular ambos esquemas (modelo mixto).

Con la promulgación de la Ley General de Salud, No. 42-01, y la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01, se inicia en el país la concreción de la reforma del sector salud con el propósito de reducir las inequidades y aumentar la cobertura.

Estas dos leyes instauran un modelo sanitario caracterizado por la descentralización y el establecimiento de un nuevo marco político-institucional y financiero para la prestación de los servicios de salud y para garantizar seguridad social a la población. Es un modelo mixto en el cual los servicios de salud tienen al usuario como centro. El financiamiento se sustenta esencialmente en la cotización de los tres regímenes (contributivo, subsidiado y contributivo-subsidiado).

El nuevo modelo de salud y seguridad social procura ofrecer un conjunto integral de servicios a través de un PBS único, con la participación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las redes de Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) públicas, privadas y mixtas.

Hasta finales de 2003, el proceso de ejecución de la Ley General de Salud y de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social había avanzado en los siguientes aspectos:

- Creación de las nuevas instituciones responsables de conducir el SDSS.
- Elaboración y aprobación de un conjunto de reglamentaciones y normativas claves para la organización del Sistema.
- Elaboración, costeo y aprobación del PBS.
- Inicio del proceso de afiliación de la población de la Región V de Salud a la Seguridad Social.
- Constitución del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), como entidad responsable de afiliar a los empleados públicos y a la población perteneciente al Régimen Subsidiado.
- Avances en el diseño y establecimiento de la base de datos.

³ Banco Central de la República Dominicana, 1998.

- Definición del modelo para la separación de funciones de la SESPAS.

Entre las dificultades encontradas destacan:

- Los conflictos generados en la interpretación de la Ley 87-01, especialmente en aquellos temas relacionados con la doble cotización y la desafiliación.
- El alto índice de población que no cuenta con las documentaciones legales necesarias para su afiliación y carnetización.
- La puesta en funcionamiento del Sistema Único de Información y Recaudo (SUIR).
- La escasa disponibilidad financiera en el Presupuesto Nacional para garantizar la mayor cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud y la entrega del PBS.
- La falta de aprobación de algunos reglamentos importantes para el funcionamiento del SDSS.
- La débil armonización y coordinación entre el proceso de reforma de salud y el de seguridad social.

1.3 Gasto Público Social y en Salud

En relación con la participación del gasto social en el gasto público total de República Dominicana para el período 1990-1998, en 1990 del total del gasto público se destinó el 39.6% al gasto social, notándose una disminución de la participación de 1991 a 1993; para retomar luego un crecimiento que en promedio, durante el período 1994-1998, llegó al 39.8%, similar a 1990. Para 2002, la participación del gasto social en el gasto público total oscilaba en un 43.6%.⁴

El gasto social con respecto al producto interno bruto es bajo. En efecto, para el período 1990-1991, era de 4.3%; y, para 1994-1995, de un 6.1%, según datos del Banco Central. 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 1990.

En 2002, el gasto social alcanzó el 8.1% del PIB. Durante ese mismo período, el gasto social per cápita fue de unos US\$213, superando el promedio de US\$96 de la década de 1990.

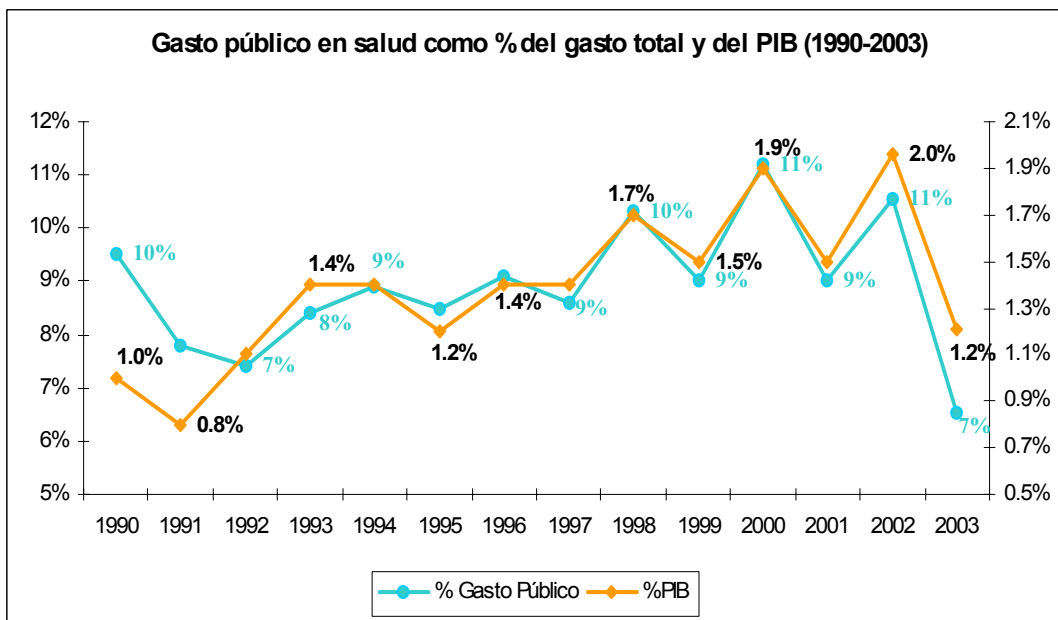
Sin embargo, conforme a los parámetros establecidos por organismos internacionales, el gasto social per cápita promedio para América Latina es de unos US\$540, por lo que República Dominicana se encuentra en uno de los niveles más bajos de la región.

Por otro lado, el gasto total en salud en el país para 1998 se estimaba en un 7.9% del PIB y en un 22% del total del gasto social. Según cifras del Banco Central, para 2000, el Estado dominicano aportó un 1.9% del gasto en salud como porcentaje del PIB. En 2002, este gasto se incrementó a un 2%, pero se redujo dramáticamente a un 1.2% en el 2003, manteniéndose muy por debajo del promedio de la región, de un 3.2%.⁵

⁴ ONAPLAN, Estrategia de Combate a la Pobreza, 2003.

⁵ Banco Central de la República Dominicana, 2003.

GRÁFICO NO. 1



Fuente: Banco Central de la República Dominicana, 2003. Gráfico de Jeffrey Lizardo.

1.4 Dinámica demográfica

Conforme a las proyecciones de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), la población en 2002 era de 8,716,540, con un 63.5% en la zona urbana y un 36.4% en la rural. El 50.15% de la población estaba constituido por personas de sexo femenino y el 40.2% era menor de 18 años.⁶

Población Urbana	
5,543,719	63.6%
Población Rural	
3,172,821	36.4%
Total	100%
8,716,540	
Población Masculina	
4,265,215	49.8%
Población Femenina	
4,375,703	50.2%
Total	100%
8,716,540	

⁶ República Dominicana. Oficina Nacional de Estadísticas. VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002. Resultados preliminares. Disponibles en <http://www.one.gov.do/datos2002.htm>.

En 1959, el 76% de la población vivía en la zona rural; pero, en 2002, esa cantidad había disminuido al 40%. Esto indica que más del 60% vivía en áreas urbanas, con una densidad poblacional de 169 habitantes por km².

República Dominicana es, cada vez más, una sociedad urbanizada, donde por encima del 60% de la población se concentra en las principales ciudades. Esto ha generado un impacto directo en la composición social del país y en la profundización de los contrastes derivados de la desigual distribución del ingreso, la migración y la marginalidad. Esta inequidad se expande cuando la capacidad de consumo se desarrolla contradictoriamente con los niveles de producción del país, generando con ello un limitado grupo social con poder para adquirir gran parte de lo que se produce y otra gran capa poblacional con escaso acceso a los bienes y servicios.

El proceso de urbanización no es homogéneo en el país: el censo de 1993 indica que la proporción de la población urbana superaba el 70% en el Sureste y, en cambio, no alcanzaba el 50% en las demás regiones.

La población dominicana es bastante homogénea desde el punto de vista étnico-racial, siendo predominantemente negra y mulata, con tendencias a la disminución en su crecimiento, a concentrarse en zonas urbanas y a aumentar su densidad.

Actualmente, la población es relativamente joven: el 33% corresponde a menores de 15 años y, el 4%, a mayores de 65%; sin embargo, estas cifras cambiaron significativamente en el último medio siglo, ya que en 1950 la mitad de la población era menor de 15 años⁷. La población experimenta un proceso de envejecimiento progresivo.

Algunos de los cambios demográficos más impactantes en la estructura poblacional de República Dominicana son el incremento significativo del número de mujeres en edad reproductiva y de la población económicamente activa, así como de la cantidad de habitantes mayores de 65 años.

Se ha reducido el ritmo de los nacimientos, tendiendo a mediano plazo a una disminución en términos absolutos, similar a lo ocurrido con la población menor de cinco años. La tasa bruta de natalidad se estima en 23.27 por mil habitantes.

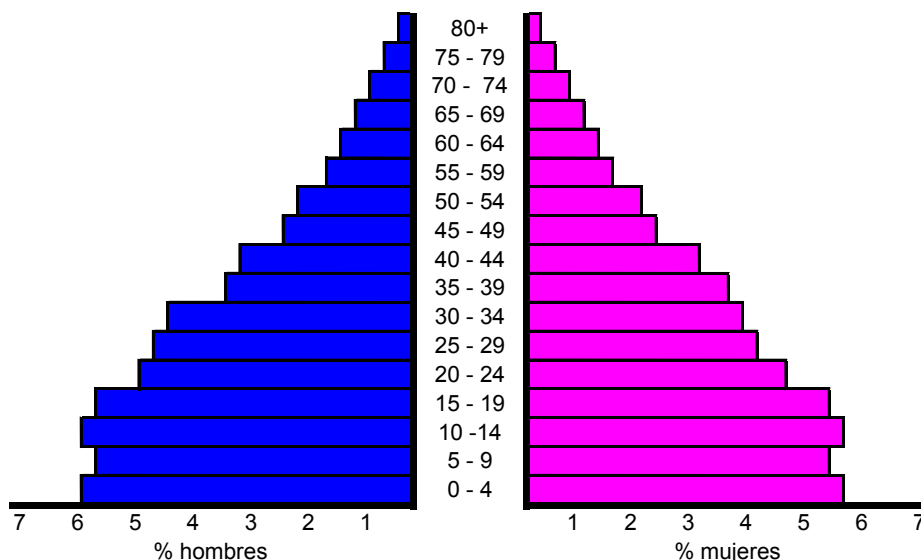
Cuadro No. 4

Evolución y Proyección de la Población Dominicana por Grupos de Edad					
Categoría	1950	1970	2003	2010	2015
Población	2, 352,968	4, 422,755	8, 804,318	9, 791,319	10, 436,236
0-4 años	437,885	801,843	945,387	994,193	979,872
5-14 años	609,728	1, 291,291	1, 788,250	1, 885,987	1, 939,815
15-64 años	1, 229,594	2, 197,639	5, 645,288	6, 384,357	6, 872,082
65- y mas	75,761	131,982	425,394	526,782	644,465

Fuente: ONAPLAN.

⁷ República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). Estrategia para la reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015. Santo Domingo, 2003.

Gráfico No.2
República Dominicana
Pirámide de Población, Año 2000



Fuente: ONAPLAN.

1.4.1 Esperanza de Vida al Nacer

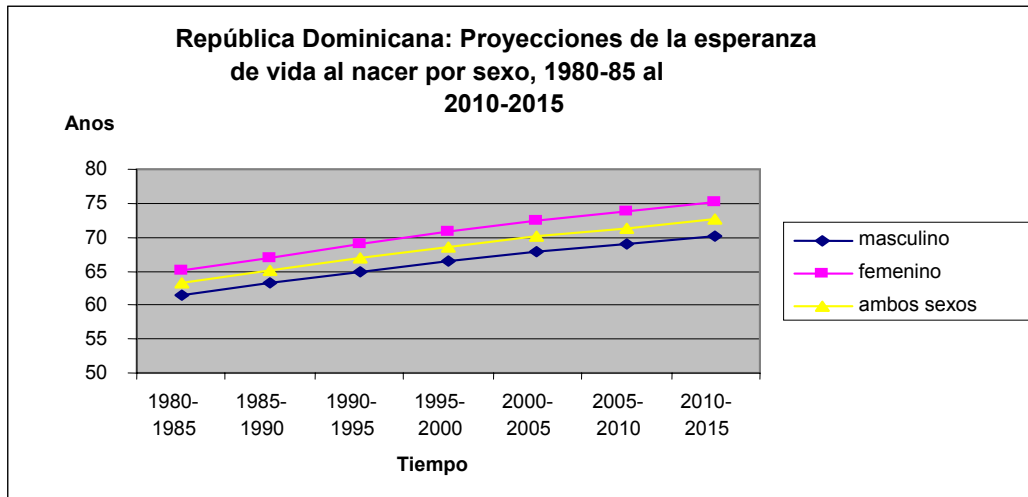
Para el período 2000-2005, la esperanza de vida al nacer ha sido estimada en 70.07 años⁸. En los últimos años se ha incrementado la diferencia por sexo en la esperanza de vida, de 3.63 en el quinquenio 1980-1985, a 4.60 en el 2000-2005.⁹

La esperanza de vida para los hombres aumentó de 61.42 años en el período 1980-85, a 67.83 años en el lapso 2000-2005. Igualmente, para las mujeres aumentó de 65.05 a 72.43 años en los mismos periodos. Se proyecta que, para el quinquenio 2010-2015, la esperanza de vida para ambos sexos será de 72.56 años.

⁸ ONAPLAN, CESDEM. REPÚBLICA DOMINICANA. Proyecciones Nacionales de Población por Sexo y Grupos de Edad, 1990-2025. (Hipótesis media) Santo Domingo, 1999. Op. Cit.

⁹ Ídem.

Gráfico No. 3



Fuente: ONAPLAN.

1.4.2 Fecundidad

La tasa global de fecundidad ajustada ha descendido de 6.79 hijos/mujer en el período 1964-1966, a 2.71 durante el quinquenio 2000-2005. La estimación más reciente del nivel de fecundidad aparece en la ENDESA 2002, y refiere a los tres años previos a ese escrutinio.

Los valores de la Tasa Global de Fecundidad indican que los niveles de procreación en el país descendieron ligeramente, de 3.2 a 3.0 hijos por mujer, entre los períodos considerados en las ENDESA de 1996 y 2002. Sin embargo, mientras el valor de dicha tasa permaneció invariable en las áreas urbanas, al nivel de 2.8 hijos en ambas encuestas (de hecho, desde la ENDESA-91 se mantiene en este valor), en la zona rural se produjo una reducción en los últimos seis años, de 4.0 a 3.3 hijos.¹⁰

1.4.3 Mortalidad

El principal problema para las estimaciones demográficas es el importante subregistro de la mortalidad y los nacimientos. Para 1990, el subregistro de mortalidad general fue calculado en alrededor del 49%. En los últimos años, han sido realizados importantes esfuerzos para producir mejorías en los registros vitales. Sin embargo, el porcentaje de subregistro de la mortalidad general se estimó alrededor de 53.5% en 2000.¹¹

La tasa bruta de mortalidad estimada ha disminuido de 7.76 por mil durante el período 1980-1985, a 5.77 por mil en el 2000-2005, y llegará a 5.80 por mil en el lapso 2010-2015, de acuerdo con parámetros de hipótesis media para el cálculo de las proyecciones.

¹⁰ CESDEM/SESPAS/CERSS. Encuesta Demográfica y de Salud 2002. ENDESA 2002. Informe Preliminar. Santo Domingo, enero 2003.

¹¹ SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Estadísticas de Mortalidad en República Dominicana 1986-2000. Proyecto de análisis bases de datos sobre defunciones del Departamento de Estadísticas. (En imprenta).

1.4.4 Migración

El flujo migratorio externo en República Dominicana está constituido por la emigración de dominicanos al exterior, especialmente a Europa y Estados Unidos; por el retorno al país de una parte de esa migración; y por la inmigración de personas de otros países, especialmente de Haití. Los saldos migratorios netos de 1980-1985 a 1985-1990 aumentaron de -1.4 a -5.2 por mil, debido a diversas causas económicas y sociales. Se estimó que en el período 2000-2005 disminuiría a -1.4 por mil.

1.4.5 Proceso de urbanización

En las últimas dos décadas, el proceso de urbanización se ha caracterizado por un aumento de la densidad poblacional, pasando de 113.9 personas/km² en 1981, a 167.5 personas/km² en 1998. Para el caso específico del Distrito Nacional, la densidad pasó en el mismo período de 1,099.9 a 1,792.4 personas/km², lo que equivale a un crecimiento de 6.3%.

Estas variaciones encuentran explicación tanto en el movimiento migratorio interno como en las condiciones de vida en las ciudades, caracterizadas por el déficit habitacional y de servicios básicos como agua potable, energía, transporte y recogida de basura. A esta compleja realidad se añaden el aumento de la ocupación informal y del número de microempresas.

La tendencia hacia la urbanización se caracteriza, por un lado, por una gran concentración de la población en el Distrito Nacional y la actual Provincia Santo Domingo y, por otro, por una gran dispersión de la población en el área rural. Estos movimientos poblacionales identifican hoy en día a la sociedad dominicana como fundamentalmente urbana. El proceso de urbanización ocurrido entre 1950 y 1993¹² se refleja en el cambio de estructura de la población rural/urbana.

1.5 Condiciones de vida: índice de desarrollo humano y pobreza

Para 1999, República Dominicana ocupaba el lugar No. 88 en el IDH, de acuerdo al informe del PNUD. Sin embargo, para 2002¹³, el país se encontraba en el lugar No. 98 entre las 177 naciones estudiadas en el ámbito mundial y en el 26 dentro de los países de América Latina y el Caribe. Sólo siete de estos países tuvieron un IDH menor que República Dominicana: Guyana, El Salvador, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Guatemala y Haití.

En términos de tendencias del IDH, el incremento alcanzado por el país es de 0.11 entre el valor de 1975 y el de 2000 (0.62 y 0.73, respectivamente). Estos índices utilizan información correspondiente al 2000. Los principales rezagos se ubican en los campos de la educación y la esperanza de vida al nacer.

Conforme a las estimaciones de ONAPLAN, a inicios de la década de 1990 la pobreza en general en República Dominicana creció de un 54.8% en 1991, a un 59.6% en 1993. Sin embargo, en 1998 hubo una reducción a 51.8%. En términos de valores absolutos, la

¹² República Dominicana. Oficina Nacional de Estadística. VII Censo Nacional de Población y Vivienda 1993. Resultados preliminares. Santo Domingo, 1997.

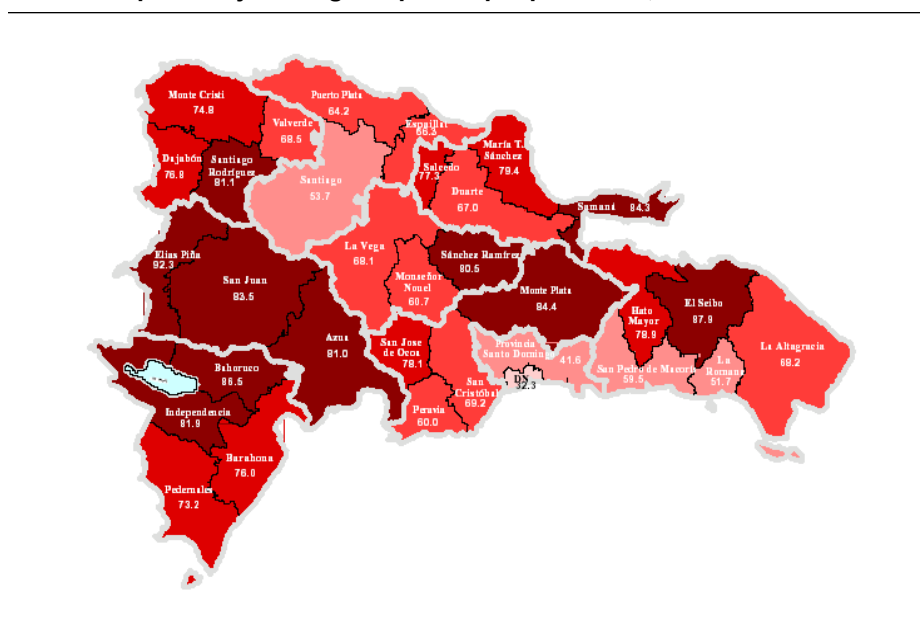
¹³ PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano. New York. 2004.

población pobre en 1991 era de 4.2 millones, 4.7 millones en el 1996 y 4.4 en 1998, observándose una dinámica oscilante en esta década¹⁴.

Las estadísticas de ONAPLAN revelan desigualdades territoriales muy marcadas. De las 31 provincias dominicanas, las cinco con mayor porcentaje de hogares pobres son Elías Piña, El Seibo, Bahoruco, Monte Plata y Samaná, mientras que el Distrito Nacional, la Provincia de Santo Domingo, Santiago y San Pedro de Macorís son las de menor índice de pobreza (ver figura No. 1).

Debe destacarse que, aunque estas provincias arrojan el menor índice de hogares pobres en el país, en términos demográficos se encuentran entre las 10 de mayor concentración poblacional, la más alta cantidad de población pobre, en términos absolutos.

Gráfico No. 4
República Dominicana:
porcentaje de hogares pobres por provincias, 1993.



Fuente: ONAPLAN. Estrategia de Reducción de la Pobreza 2003.

1.5.1 Educación y pobreza

La pobreza en América Latina se ha incrementado en los últimos años, a pesar de un creciente aumento del PIB. La principal causa de este fenómeno se atribuye a la falta de equidad en la política social de distribución de la riqueza.

En Latinoamérica hay más de **220 millones de pobres**. Según cifras del Banco Mundial, ésta es la única región del mundo que aumentó su brecha de desigualdad en la década de 1990, pese a haber superado los indicadores económicos negativos de la llamada “década perdida” de los ochenta.

¹⁴ República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN). Estrategia para la Reducción de la Pobreza en República Dominicana 2004-2015. Santo Domingo, 2003. Op. Cit.

Uno de los factores que más ha incidido en el crecimiento de la pobreza en el continente ha sido la falta de un sistema de educación adecuado y equitativo. En efecto, “existe una muy alta correlación entre los niveles de ingreso y los niveles educativos, incluyendo dominio urbano y rural, género, edad y actividad económica”.¹⁵

Para el caso de República Dominicana, se observa que la relación entre pobreza y educación sigue siendo marcadamente inequitativa. Para 1996, el Coeficiente de Gini de ingresos en el país era de **0.47**, mientras que el Coeficiente de Gini de educación era de **0.374**¹⁶. Este dato indica que la educación está concentrada en aquellos niveles de la sociedad con mayores ingresos.

El país ha puesto en marcha estrategias dirigidas a romper el círculo vicioso de pobreza y falta de instrucción: la década de 1990 expresa una tendencia permanente de incremento en el gasto público en educación. En el período 1990-1998, la asignación promedio del Presupuesto Nacional para la educación fue de un 12.5%, y de un 1.9% del PIB; sin embargo, el país sigue aún lejos de las metas deseadas: un 40% del gasto público y un 5% del PIB destinados a la educación¹⁷.

La más importante de las iniciativas del Estado Dominicano al respecto, ha sido el Plan Decenal de Educación, entre cuyas ventajas se cita el incremento en el volumen económico del PIB destinado a educación, el inicio de programas dirigidos a mejorar la calidad y cobertura educativa, la inversión en la formación profesoral, la ampliación de programas de mejoramiento y construcción de infraestructuras educativas, y el aumento de la inversión en material didáctico y textos escolares.

Sin embargo, estas medidas continúan siendo insuficientes para satisfacer las necesidades y alcanzar las metas educativas del país. Asimismo, el Plan Decenal aún demanda de mayores esfuerzos para mejorar la calidad y la eficiencia de la educación, como lo demuestra el hecho de que el 30% de los estudiantes reprobó en las Pruebas Nacionales de 2001.

1.5.2 Dinámica del Mercado Laboral

El Banco Central estima en más del 10% la tasa de desempleo en el país y en menos del 50%, la de ocupación. En 2001, la tasa de ocupación era de un 45.8% y la de desocupación ascendía al 15.6%.

Respecto a las diferencias por sexo, han predominado las dificultades para que las mujeres accedan al mercado laboral, aunque durante 2001 y 2002 hubo un aumento de la participación de éstas en las actividades productivas económicamente remuneradas.

Para 2002, la ocupación femenina era de un 31.4%, mientras que la masculina fue de un 62.1%. La tasa de desocupación ampliada era de un 26.7% en las mujeres y de un 9.2% en los hombres. Estos datos reflejan la amplia brecha de género existente en el mercado laboral.¹⁸

¹⁵ Medina Giopp, A. Escenarios para la educación en República Dominicana. En: Escenarios para una Política de Población y Desarrollo, 2000-2015. Santo Domingo: CONAPOFA/UNFPA, 2002, página 24.

¹⁶ Ibidem. Página 25

¹⁷ Ibidem. Página 57.

¹⁸ República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación –ONAPLAN-. Estrategia para la reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015. Santo Domingo, 2003. Op. Cit.

CAPITULO 2: CONDICIONES Y TENDENCIAS DEL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

2.1 Modelo de atención en salud en República Dominicana

La puesta en marcha del proceso de Reforma del Sector Salud ha establecido las bases del cambio del modelo de atención, que tiene como propósito pasar de un sistema altamente centralizado, curativo y hospitalario, a un modelo que combina la descentralización y la desconcentración de las funciones básicas de salud. Esto implica un nuevo esquema institucional para la SESPAS y las demás instancias creadas para el desarrollo de los nuevos Sistemas de Salud y Seguridad Social.

Sin embargo, para la implementación del nuevo modelo de atención para República Dominicana, ha sido necesario prever un período de transición y de desarrollo progresivo, durante el cual ha surgido una serie de obstáculos y limitantes para su operacionalización, entre los que se destacan:

- **La insuficiente asignación presupuestaria para el nuevo modelo.** Esto significa que aún el financiamiento de la atención en salud sigue sustentado en una baja asignación del presupuesto público y en una carga excesiva sobre la familia.
- **El escaso desarrollo de la función de rectoría de la SESPAS.** En términos político-institucionales, ha habido una débil voluntad política de los principales sectores del Sistema Nacional de Salud (SNS) para asumir un modelo concertado, así como un escaso desarrollo de la función de rectoría de SESPAS sobre las instituciones del SNS, lo cual se expresa en muy limitadas definiciones y aplicación de políticas y regulaciones nacionales de salud coherentes y eficaces.
- **La fragmentación del Sistema de Salud y Seguridad Social.** Existe una débil y frágil articulación intra e intersectorial que dificulta el desarrollo del nuevo modelo en sus diferentes niveles. Esta circunstancia ha producido un déficit de propuestas técnicas y un limitado aprovechamiento de las existentes.
- **Las limitaciones gerenciales** se expresan en ineficiencia, escasa productividad y baja calidad de los servicios.
- **La deficiencia en el sistema de información** limita su disponibilidad, oportunidad y utilización en la toma de decisiones.
- **El escaso nivel de desarrollo e implementación de la carrera sanitaria** para los servidores públicos constituye un obstáculo para la formación de recursos humanos calificados y para el desarrollo de profesionales de la salud con las habilidades técnicas indispensables.
- **Gestión centralizada y dispersa.** El modelo de atención en transición continúa centralizado y plagado de duplicidades, dispersión e insuficiente coordinación entre los niveles centrales y las instancias territoriales desconcentradas del ente rector y las otras entidades del Sistema. Esto profundiza las debilidades de conducción, organización y coordinación para el funcionamiento de las redes de provisión de servicios y el ejercicio de las funciones esenciales de salud¹⁹.

¹⁹ Versión Preliminar del Plan Nacional de Salud 2004-2014, SESPAS.

Otro aspecto que ha influido en las debilidades del modelo de atención del país ha sido el financiamiento a través del subsidio histórico a la oferta y no a la demanda. Esto limita el acceso a los servicios de salud y hace que el sistema sea costoso, ineficiente y económicamente insostenible.

Sin embargo, tras la aprobación de las Leyes de Salud y Seguridad Social, la SESPAS ha iniciado su adecuación, en este proceso de transición, procediendo a la elaboración y la aprobación de los reglamentos correspondientes para la habilitación, la rectoría y la separación de funciones, la dotación de servicios y la contratación para la provisión de servicios de salud pública, así como de recursos humanos.

2.2 Redes regionales de provisión de servicios

El suministro de servicios de salud, acorde con lo previsto por la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, estará a cargo de las PSS autónomas y descentralizadas, sean éstas de naturaleza pública, mixta o privada.

Los servicios públicos organizados en servicios regionales de salud funcionarán bajo el concepto de redes conformadas por instituciones de diversos niveles de complejidad que, bajo una sola personería jurídica, deberán actuar de manera integral y coordinada a fin de poder ofrecer el PBS a todos los afiliados al SDSS. En adición, estas redes regionales deberán apoyar las intervenciones relativas a las acciones de salud colectiva.

Estos servicios regionales conformados en red podrán ofrecer sus servicios no sólo al SeNaSa, la ARS pública, sino a otras ARS que deseen contratarlos.²⁰

En ese sentido, y acorde con el reglamento aprobado, las redes públicas regionales de provisión de servicios estarán conformadas por un hospital regional, con una amplia cartera de servicios; los hospitales generales que garanticen atención del nivel especializado básico; y la atención ambulatoria prestada por las Unidades de Atención Primaria (UNAP), que suministre los servicios de atención primaria del PBS.

Las redes públicas regionales deberán proveer todos los servicios incluidos en el PBS, acorde con su capacidad instalada y su nivel de desarrollo, y tendrán la obligación de apoyar las intervenciones propias de los programas de salud colectiva y para el ejercicio de la función de rectoría propia de la SESPAS.

Las redes públicas regionales estarán dirigidas por un consejo de administración conformado por un director, un representante de SESPAS, un representante de la Dirección de Defensa de los Afiliados (DIDA), del Colegio Médico Dominicano, uno de otro gremio de trabajadores de la salud, dos representantes de los usuarios y uno de la Asociación Regional de Municipios.

No obstante estas definiciones, para el período correspondiente al presente Informe-2003, la SESPAS no había logrado estructurar ni poner en funcionamiento las redes de servicios. Por lo cual, éstos seguían organizados según el viejo modelo hospitalario y curativo en el cual históricamente se ha sustentado el sistema de salud de República Dominicana.

²⁰ Consejo Nacional de Salud. "Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de las redes públicas de provisión de servicios de atención a las personas." Santo Domingo, marzo 2003

2.3 Participación Social y de los Usuarios/Usuarias

La Ley General de Salud concibe la participación como uno de los principios fundamentales que deben orientar la conducción y la dirección del proceso de reforma de salud en el país; por lo tanto, considera a las organizaciones sociales y comunitarias como parte del SNS.

No obstante, las organizaciones y los usuarios han estado ajenos a los cambios relativos impulsados en los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Esto se debe en gran medida a que tanto las organizaciones como los usuarios concentran sus demandas en aspectos relativos a la construcción y la readecuación de las infraestructuras hospitalarias, así como al equipamiento de las mismas, no siendo parte explícita de sus demandas el mejoramiento de la calidad, el acceso, la eficiencia, eficacia y transparencia en la gestión.

Sin embargo, existen algunas iniciativas locales orientadas a crear espacios de participación social y comunitaria. Entre estas iniciativas se destacan los comités de salud comunitaria, organizados en torno a los centros para tratar de mejorar la oferta y la calidad de los servicios.

Además, se han desarrollado iniciativas innovadoras sobre la gestión de la calidad a nivel regional, incorporando la participación de los usuarios alrededor de los servicios y de las acciones de participación social para motorizar e incrementar la cobertura de las vacunaciones del PAI y la información y educación sobre los derechos de los usuarios.

2.4 Desarrollo del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social

El artículo 11 de la Ley No. 87-01 establece un sistema único de afiliación e información. En ese sentido, los afiliados al Instituto Dominicano de Seguros Sociales y a las instituciones de igualas médicas, quedaron incorporados a dichas instituciones cuando, acorde con la ley, fueron acreditadas como ARS según las disposiciones y requisitos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborables (SISALRIL).

Se prevé que el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), a través de sus instancias correspondientes, otorgue a todos los ciudadanos y ciudadanas un número de afiliación, independientemente de la edad y del régimen al que estén afiliados.

Acorde con lo previsto por la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y los reglamentos correspondientes al SFS y al PBS, así como para las ARS, se dio inicio al proceso de afiliación de beneficiarios del SFS.

La Ley No. 87-01 prevé, en su artículo seis párrafo uno, que el SFS comience con el Régimen Contributivo. Sin embargo, el CNSS inició este proceso con el Régimen Subsidiado, el 1º de noviembre de 2002 en la Región IV de Salud.

El resultado de esta decisión ha sido que el SFS no ha podido iniciar en esta Región. Esto se expresa en un limitado proceso de afiliación y carnetización de la población, en la falta de prestación de los servicios de salud bajo el nuevo modelo de seguridad social y en una limitada capacidad de la Región para generar los recursos financieros necesarios.

Por otro lado, la crisis económica del país a partir de 2002 ha agregado una serie de desafíos para la implementación del SFS, los cuales demandan de previsiones estratégicas en su gestión.

Para octubre del 2002, el PBS aprobado por el CNSS contemplaba un conjunto de actividades y acciones en salud cuyo costo per cápita era de RD\$ 2,176.11. En marzo de 2004, la propuesta de la SISALRIL planteaba un costo per cápita de RD\$3,556.74, lo que significa un incremento de RD\$1,380.63 y una variación porcentual de 63.44% en 17 meses. Esto demanda de un análisis y de la redefinición de los escenarios viables y posibles para la ejecución del PBS.

El Plan Básico de Salud contempla un conjunto de actividades y acciones en salud cuyo costo inicial era de RD\$2,176.00 por afiliado. Es obvio que, al incrementarse la inflación y el costo operacional, aumente también el costo per cápita.

Adicionalmente, uno de estos desafíos es adecuar el financiamiento del nuevo modelo al incremento del sector informal de la economía y el desempleo generado por un decrecimiento en el PIB como hemos analizado en el Capítulo I de este documento. “En efecto, el nuevo modelo descansa en el poder contributivo de la población. Esto significa que a mayor crecimiento del sector informal y del desempleo, menores serán las posibilidades recaudatorias para financiar el SFS de la población asalariada, empleadores y dependientes.

En la década de 1990, alrededor de siete de cada 10 nuevos puestos de trabajos creados correspondieron a empleos por cuenta propia. Los ingresos de la población ocupada en el sector informal son mucho más bajos que la empleada en el sector formal. Desde el inicio se estimó una brecha sustancial al final del período de transición del proceso de implementación del SFS bajo escenarios favorables de financiamiento. En el escenario favorable el Estado destinaría al final del período 3.2% del PIB a salud. En el menos desfavorable destinaría el 2.5%”²¹

Otro desafío lo constituye la indexación del costo del PBS a los cambios generados por la devaluación y la inflación, particularmente, en los renglones de medicamentos y apoyo diagnóstico. En la medida en que aumenta el costo del PBS, tener asegurado a un mayor número de personas se hace más difícil y se limita gradualmente la cobertura de la prestación de servicios.

La SISALRIL ha registrado bajo normas establecidas, presentadas al 09 de Enero del 2003, un total de 71 ARS habilitadas, SeNaSa, la ARS pública; y a la ARS “Salud Segura”, del IDSS.

De éstas, las ARS privadas tenían para esa fecha un total de 1,693,243 afiliados, acreditados por la SISALRIL ²². En adición, el IDSS contaba con un total de 696,653 afiliados no cotizantes.

El SeNaSa tenía, en julio de 2003, más de 37,000 afiliados en la Región IV de Salud, de un total aproximado de 320,000 habitantes. En la región V había 95,607 afiliados confirmados, de un total de 181,199 registrados²³ y una población general de cerca de 890,000 habitantes.

²¹ Lizardo, Jeffrey. Ponencia en Reunión Equipo de Salud PROISS IDESARROLLO, 2004

²² Lista de ARS habilitadas, actualizada al 09 de Enero del 2003, disponible en: www.sisalril.gov

²³ REDSALUD. Informe actualizado del proceso de afiliación en la Región V, Julio 2003.

Atendiendo al mandato de la ley, de realizar el proceso de manera gradual y progresiva, en otras regiones y provincias del país no se ha iniciado la afiliación al SeNaSa. Cabe destacar que, en las Regiones IV y V, uno de los problemas fundamentales lo ha constituido la falta de documentación probatoria del nacimiento (acta de nacimiento) y en menor proporción, la documentación de identidad (cédula de identificación y electoral).

2.5 Servicios de Salud de la SESPAS

2.5.1 Capacidad instalada

Conforme a las Memorias SESPAS-2002,²⁴ el total de establecimientos de salud pertenecientes o adscritos a la SESPAS era de 1,037, distribuido como se observa en el cuadro No. 5. La mayor red de centros sanitarios se ubica en el primer nivel de atención, abarcando el 86% del total de establecimientos. Sólo un 4% abarca los hospitales especializados, regionales y provinciales. El segundo mayor porcentaje corresponde a los hospitales municipales (10%).

En su conjunto, estos establecimientos disponían de un total de 12,057 camas para una tasa global aproximada de una cama por cada 720 habitantes.

Cuadro No. 5
Establecimientos de salud
adscritos a la SESPAS, 2002

Tipo de establecimiento	Cantidad	%
Hospitales especializados	6	1%
Hospitales regionales	8	1%
Hospitales municipales	107	10%
Hospitales provinciales	22	2%
Clínicas rurales	615	59%
Dispensarios médicos	90	9%
Centros sanitarios	30	3%
Consultorios	159	15%
<i>Total</i>	<i>1037</i>	<i>100%</i>

Fuente: Memorias SESPAS-2002

La capacidad instalada no puede ser abordada desde una perspectiva exclusivamente cuantitativa, sino que también implica un análisis de la calidad de la infraestructura y de la tecnología de que disponen los centros de salud. Sin embargo, estas informaciones demandan de más exhaustivos estudios y búsquedas de información, lo que obliga a una postergación para el próximo Informe de Situación de Salud.

2.5.2 Recursos Humanos

Un total de 40,413 personas estaban vinculadas laboralmente a la SESPAS en el 2002, de las cuales el 34% correspondía a personal administrativo. La relación de médicos por cada 10,000 habitantes era de 8.1; de personal de enfermería, de 12.8; y

²⁴República Dominicana. Subsecretaría Técnica, Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud/SESPAS. Memoria Anual 2002. Santo Domingo, 2003.

de personal administrativo, de 45.4, siendo superior a los índices de las demás categorías (ver cuadro No. 6). El segundo mayor índice fue el de los auxiliares de enfermería, equivalente a 11.5.

Cuadro No. 6
Recursos Humanos en Salud de SESPAS
República Dominicana, 2001-2002

Recursos Humanos	Índice por cada 10,000 habitantes
Médicos/as	8.1
Odontólogos/as	1.0
Bioanalistas	1.1
Farmaucéticos/as	0.4
Enfermeras/os	1.3
Aux. en enfermería	11.5
Veterinarios/as	0.06
Administradores/as	0.3
Supervisores/as promotores/as	1.1
Personal Administrativo	15.4
Otros/as técnicos/as	2.7
Total personal	45.4

Fuente: Sistema de Información Geográfica de Salud de la RD (SIGpas2), PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

Del total de recursos humanos en salud, dos regiones absorbieron el 53%. Fueron éstas la Región 0 (39%) y la II (14%). Pero, a la vez, estas dos regiones concentraron el 59% del total de la población de República Dominicana. Asimismo, un total de cinco regiones tienen el 29% de estos recursos, para prestar servicios a una población equivalente al 31% del total nacional. Se observa una relación proporcional entre el porcentaje de recursos humanos en salud con la población de las diferentes regiones. Aunque las informaciones obtenidas, al no estar desglosadas por áreas de especialidad, no permiten evaluar la correspondencia entre los recursos humanos disponibles, los perfiles epidemiológicos y las necesidades de salud en las diferentes regiones.

Cuadro No. 7
Recursos Humanos y Camas Hospitalarias de SESPAS
Según Regiones de Salud y Población

Regiones de Salud	Total población	% población por región	Total Recursos Humanos en salud	% recursos humanos por región	Médicos/as por 10,000 habitantes	Enfermeras y auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes	Camas por 1000/hab.	Personal administrativo del total de Recursos Humanos %
Región 0	2,939,770	33%	15,656	39%	12	13	1	31
Región I	1,089,542	12%	3499	9%	6	10	1.6	34
Región II	1,432,150	16%	5531	14%	8	10	1.3	34
Región III	663,551	8%	3514	9%	9	19	1.9	30
Región IV	382,898	4%	2441	6%	8	20	2.6	39
Región V	844,850	10%	3056	8%	10	7	1.2	31
Región VI	337,374	4%	1808	4%	7	17	2.5	36
Región VII	408,421	5%	2084	5%	6	12	1.7	45
Región VIII	744,774	8%	2824	7%	7	9	1.3	26
TOTALES	8,843,330	100%	40,413	100%	8.1	12.8	2.1	34%

Fuente: Sistema de Información Geográfica de Salud de la RD (SIGpas2), PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

Por otro lado, los principales problemas fueron observados en la distribución de médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes y su relación proporcional respecto al personal administrativo. En efecto, las regiones IV y VI presentaron la mayor concentración de camas por habitantes, así como de personal de enfermería, pero también mostraron, junto a la Región VII de salud, el mayor porcentaje de personal administrativo en relación al número total de empleados de salud de la división sanitaria.

Se entiende como necesaria la existencia de recursos humanos encargados del apoyo administrativo, a fin de garantizar la efectividad y la eficiencia de los servicios, pero la magnitud de este personal estuvo desproporcionada frente a la necesidad de otros empleados o de su redistribución.

Este hecho puede estar relacionado con la realidad de que la distribución de que los recursos humanos no sigue una norma o patrón en función del número de habitantes por región, los perfiles epidemiológicos, la cartera de servicios y la demanda de la población.

En la relación del número de camas disponibles por cada 1,000 habitantes, se observó que, en términos generales, había 2.1 camas por cada 1,000 habitantes. La menor proporción fue verificada en la Región 0 de Salud, con una cama por 1,000 habitantes; y en la Región V, 1.2 camas por 1,000 habitantes.

2.5.3 Producción y productividad de los servicios de salud

Durante el 2001, los establecimientos públicos de salud a nivel nacional suministraron un total de 10, 589,351 servicios de consulta por problemas de salud, el 67.59% (7,158,093) correspondiente a las consultas externas²⁵; y, el 32.41% (3,432,258), a la atención de casos de emergencia.

En las regiones 0, III, V, VI y VIII, las emergencias representaron entre un 28% y un 33% del total de acciones conjuntas producidas. Las regiones I y IV tenían entre un 34% y un 38% de emergencias, respectivamente, y en la región II las emergencias representaron un 46% del total de consultas y emergencias en 2001²⁶ (Ver cuadro No. 8).

Otro aspecto a destacar son los referimientos efectuados durante 2001, encontrándose la tendencia de que a mayor proporción de camas por habitantes, más elevado el número de referimientos, dado que ello implica una mayor cantidad de especialidades y capacidades instaladas y, por lo tanto, de un aumento de las oportunidades para el referimiento de los casos a niveles más complejos o de superior capacidad resolutive.

Al tratar de establecer algunas relaciones sobre el comportamiento de los servicios de salud de la SESPAS a nivel nacional, se observa, en el cuadro No.10, que si bien las consultas superan a las emergencias en todas las regiones, los “ingresos por emergencias” duplican prácticamente a los “ingresos por consultas”. Esta situación

²⁵ Es preciso recordar que la población de referencia de la SESPAS y que acude a los servicios es menor a la población total del país sobre la cual se ha estimado esta tasa.

²⁶ Sistema de Información Geográfica para los Servicios de Salud (SIGpaS2). PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

induce a pensar que la población acude a los servicios cuando sus problemas de salud son evidentes, limitantes de sus acciones cotidianas e incluso severas. Además, las frecuencias de los accidentes de tránsito y de los hechos de violencia son considerablemente elevadas en el país.

Cuadro No. 8
Servicios de salud de SESPAS a nivel nacional
según regiones y provincias para el 2001

Regiones/ Provincias	Emergencias	Consultas	Total Emergencias y consultas	Referimientos	Egresos	% egresos en relación al total de emergencias y consultas
Santo Domingo	905,234	1,869,968	2,775,202	13,144	119,266	4%
Monte Plata	72,452	156,978	229,430	1,707	5,771	3%
Región 0	977,686	2,026,946	3,004,632	13,321	125,037	4%
Azua	67,128	89,079	156,207		16,824	11%
San Cristóbal	254,047	391,215	645,262	2,802	24,059	4%
Peravia	109,335	204,388	313,723	2,065	20,759	7%
San José Ocoa	38,468	86,188	124,656	1,344	5,326	4%
Región I	401,850	681,791	1,083,641	6,211	50,144	5%
Santiago	301,563	808,767	1,110,330	4,224	37,300	3%
Puerto Plata	109,300	273,543	382,843	1,308	19,420	5%
Españat	90,723	155,583	246,306	1,165	15,795	6%
Región II	501,586	1,237,893	1,739,479	6,697	72,515	4%
Duarte	135,177	306,971	442,148	4,444	22,101	5%
Salcedo	63,449	102,103	165,552	600	8,866	5%
María Trinidad Sánchez	72,044	179,187	251,231	1,134	17,001	7%
Samaná	44,956	93,466	138,422	640	8,120	6%
Región III	315,626	681,727	997,353	6,818	56,088	6%
Barahona	144,480	197,319	341,799	2,589	19,470	6%
Baoruco	51,060	80,580	131,640	270	5,238	4%
Independencia	28,345	83,889	112,234	1,942	4,185	4%
Pedernales	13,289	29,188	42,477	343	2,082	5%
Región IV	237,174	390,986	628,150	5,144	30,975	5%
La Altagracia	68,240	78,510	146,750	1,093	9,088	6%
La Romana	111,890	190,672	302,562	469	19,862	7%
El Seibo	5,438	55,021	60,459	549	1,780	3%
S. Pedro Macorís	125,590	298,974	424,564	2,608	16,749	4%
Hato Mayor	43,057	81,107	124,164	1,050	4,297	3%
Región V	354,215	704,284	1,058,499	5,220	51,776	5%
S. Juan Maguana	125,511	265,506	391,017	3,258	29,585	8%
Elías Piña	27,047	46,250	73,297	475	5,841	8%
Región VI	152,558	311,756	464,314	3,733	35,426	8%
Valverde	47,719	144,403	192,122	2,246	11,558	6%
Stgo. Rodríguez	33,704	66,754	100,458	616	9,502	9%
Dajabón	27,827	57,243	85,070	5,332	752	1%
Monte Cristi	62,646	166,160	228,806	1,354	27,990	12%
Región VII	171,896	434,560	606,456	9,548	49,802	8%
La Vega	136,843	346,948	483,791	4,096	24,472	5%
Monseñor Nouel	120,947	218,584	339,531	2,504	15,846	5%
Sánchez Ramírez	60,877	122,618	183,495	1,350	11,187	6%
Región VIII	318,667	688,150	1,006,817	7,950	51,505	5%
Totales	6,929,644	14,405,255	21,334,889	131,363	1,063,360	5%

Fuente: Sistema de Información Geográfica para los Servicios de Salud de la RD (SIGpas2). PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

Como se observa en el cuadro No. 8, la proporción general de egresos en relación al número de consultas y emergencias en todo el territorio nacional fue de un 5%. Las proporciones mayores de egresos se produjeron en las provincias de Azua (11%), Montecristi (11%) y Santiago Rodríguez (9%), mientras que la proporción más baja se observa en las provincias de Dajabón (1%), Santiago de Los Caballeros (3%) y Monte Plata (3%). Asimismo, los datos indican que existe una baja relación entre el número de emergencias y consultas y los casos referidos. Sólo la Región VII de Salud en el período que nos ocupa había referido el mayor porcentaje (1.57%) de los casos de consultas y emergencias atendidos en los centros. Todas las demás regiones están por debajo del 1%.

Cuadro No. 9
SESPAS-2001
Índice de ocupación de camas, según regiones

Regiones/ Provincias	Total de Egresos	Total de camas	Índice de ocupación
Región 0	125,037	3,049	41
Región I	50,144	1,774	28
Región II	72,515	1,920	38
Región III	56,088	1,265	44
Región IV	30,975	1,014	31
Región V	51,776	1,001	52
Región VI	35,426	836	42
Región VII	49,802	704	71
Región VIII	51,505	986	52
Totales	523,268	12,549	42

Fuente: Sistema de Información Geográfica para los Servicios de Salud de la RD (SIGpas2). PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

A nivel nacional, el índice general de ocupación de camas en los hospitales de la SESPAS es de 42. Los niveles más altos de ocupación se dan en la Región VII, con 71; y en las regiones V y VIII, cuyos índices son de 52, respectivamente. Las ocupaciones más bajas se registran en las regiones I, II y IV (ver cuadro No. 9).

Cuadro No. 10
SESPAS
Relación emergencias/consultas de salud
según regiones de salud y tipo de consulta, 2001

Región de Salud	Emergencias	Consultas	Total emergencias /consultas	Total Ingresos	Ingresos/ 1000 emergencias	Ingresos /1000 consultas
0	977,686	2,026,946	3,004,632	138,040	141	68
I	401,850	681,791	1,083,641	50,988	144	79
II	501,586	1,237,893	1,739,479	75,355	150	61
III	315,626	681,727	997,353	59,822	190	88
IV	237,174	390,986	628,160	31,403	132	80
V	354,215	704,284	1,058,499	52,868	149	75
VI	152,558	311,756	464,314	40,026	262	128
VII	171,896	434,560	606,456	55,632	325	129
VIII	318,667	688,150	1,006,817	57,802	181	84
Total	3,431,258	7,158,093	10,589,351	561,936	164	79

Fuente: Sistema de Información Geográfica para los Servicios de Salud de la RD (SIGpas2). PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

Si se comparan algunos aspectos de la productividad en los servicios, como la relación entre las consultas, emergencias y capacidades instaladas en las regiones de salud, se observa lo siguiente:

- Por cada 1,000 emergencias se realizan 164 ingresos y por cada 1,000 consultas externas, 79.
- Existe una relación de 479 emergencias por cada 1,000 consultas, lo que representa prácticamente una relación de una emergencia por consulta.
- El mayor número de emergencias en relación con las consultas externas prestadas es verificado en las regiones I y IV, mientras que el menor se observa en las regiones VII y II.

Cuadro No. 11
Relación consultas/emergencias
Por médicos/año, según regiones de salud

Región de Salud	Emergencias	Consultas	Total emergencias /consultas	Total de Médicos/as	Consultas / médicos/as/año	Emergencias /médicos/año
0	977,686	2,026,946	3,004,632	3,640	557	269
I	401,850	681,791	1,083,641	681	1001	590
II	501,586	1,237,893	1,739,479	1,094	1132	458
III	315,626	681,727	997,353	572	1192	552
IV	237,174	390,986	628,160	289	1353	821
V	354,215	704,284	1,058,499	841	837	421
VI	152,558	311,756	464,314	231	1350	660
VII	171,896	434,560	606,456	425	1022	404
VIII	318,667	688,150	1,006,817	423	1627	753
Totales	3,431,258	7,158,093	10,589,351	8,196	873	419

Fuente: Sistema de Información Geográfica para los Servicios de Salud de la RD (SIGpas2). PROSISA-UE-SESPAS, 2003.

La productividad de las consultas en función del total de profesionales de la medicina contratados por la SESPAS presenta muchas variaciones según las regiones de salud. En la región 0, se produjeron 825 consultas por médico/a por año, mientras que en las regiones IV, VI y VIII esta relación excede las 2,000 consultas por profesional por año, lo que obliga a considerar el tiempo real dedicado a las consultas en relación al tiempo contratado por profesional de la medicina. Otro aspecto a considerar es la cantidad de horas / profesional contratadas a especialistas.

En el caso de los ingresos hospitalarios por cama ofertada en los establecimientos de salud, en las regiones V, VII y VIII se produjeron 53, 79 y 58 ingresos por año por cama existente respectivamente. Esto implica que bajo los promedios actuales de estancia por cama hospitalaria de 2.6 días (1-4 días a nivel nacional, de acuerdo con la SIGpas2) en estas regiones, las camas hospitalarias son ocupadas un 37%, 56% y 41% del tiempo total disponible, respectivamente.

En el caso de las regiones con menor relación entre ingresos y camas, como las I y IV con 29 y 31 ingresos por cama por año, los porcentajes de ocupación anuales son del orden de 21% y 22%, respectivamente, del tiempo total disponible. Es preciso, por tanto, considerar estos niveles de ocupación por establecimiento de salud para los fines gerenciales, técnicos y financieros correspondientes.

2.5.4 Acceso y demanda de servicios de salud

Al analizar la demanda y utilización de servicios de sanitarios a nivel nacional y considerando los resultados de la ENDESA,²⁷ se aprecia que, en 2002, un 37.8% de la población consultó a un profesional de la salud o a otras personas (naturista, promotor, curandero, familiar) por enfermedad en los 30 días previos a realización de la encuesta.

El porcentaje de consultas fue mayores en las mujeres (39.7%) que en los hombres, (35.6%) y en la zona urbana (38.6%) que en la rural (36.5%). Según los estratos de ingreso, se destaca un 41% para las personas del cuarto quintil, un 37.6 % para las del primer quintil y un 37.2% para las del quinto quintil.

En el caso de las regiones de salud, se observa que las VI y IV (Sur del país) tuvieron un mayor número de consultas por parte de la población, con 48.6% y 48.2%, respectivamente. (Ver cuadro No.12).

Cuadro No. 12
Personas que acudieron a la consulta por problemas de salud
según regiones de salud

Regiones de Salud	% de la población consultada	Persona consultada (%)		
		Médicos/as	Enfermeras	Otras
Región 0	34.8	93.2	0.0	6.8
Región I	38.0	93.6	0.1	6.3
Región II	38.8	92.8	0.1	7.1
Región III	38.1	94.3	0.3	5.4
Región IV	48.2	87.6	0.5	11.9
Región V	34.6	95.2	0.0	4.8
Región VI	48.6	92.4	0.7	6.9
Región VII	37.3	95.0	0.0	5.0
Región VIII	40.9	92.0	0.2	7.8
Total País	37.8	93.1	0.1	6.8

Fuente: ENDESA 2002, República Dominicana.

* Se refiere a psicólogos, naturistas, farmacéuticos, promotores, curanderos, familiares.

Se destaca que en la Región IV de Salud se produjo la mayor demanda de consultas, pero también la población acudió a otras personas con mayor frecuencia que en las demás divisiones sanitarias.

El grupo poblacional que más demandó atención a sus problemas de salud fue el de 0-4 años, con un 53%; seguido por el grupo de mayores de 65 años, con un 40.2%; y por el de 5-9 años, con un 37.7%. Estas cifras reflejan que los grupos infantiles y envejecientes demandan mayor atención para sus problemas de salud, precisamente en las regiones sanitarias con más altos índices de pobreza.

El acceso a los servicios de salud en el país, según las percepciones de los usuarios, está dado esencialmente en función de la cercanía del establecimiento y del costo.

Del total de 13,393 hogares entrevistados²⁸, un 75.6 % de la población dice disponer de centros de salud de SESPAS, privados y de otras instituciones ubicados a menos

²⁷ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), CERSS, SESPAS. Macro International/DHS Program, CESDEM. Encuesta Demográfica y de Salud 2002

²⁸ Idem

de dos kilómetros de sus viviendas, seguido por un 12% que afirma contar con establecimientos sanitarios localizados a distancias de entre tres y cuatro kilómetros de sus domicilios.

Al examinar las razones por las cuales los habitantes de los hogares encuestados utilizan los servicios de salud más cercanos, las principales causas planteadas fueron:

- Por quedar más cerca de sus viviendas (55.4%).
- Porque pagan muy poco o nada (54.8%).
- Porque son los únicos servicios existentes (11.8%).
- Porque proporcionan buena atención (11%).

Otras motivaciones, como recibir atención rápida, humana y efectiva, constituyen apenas entre un 2.3 y un 5.5% de las respuestas.

Al indagar sobre la población que estuvo internada en los seis meses anteriores a la encuesta se aprecia que, a nivel general, los hospitales de SESPAS fueron los más frecuentados, con un 52.9%; seguidos por las clínicas privadas, con 35.3%; los hospitales del IDSS, con 3.3%; los hospitales militares, con 2.5%; y las clínicas de patronatos e iglesias, con 1.8%.

Según las diferentes regiones de salud, esta situación prácticamente no varía, con excepción de la Región 0, en la que el internamiento es ligeramente mayor en los hospitales de SESPAS, seguido por los hospitales militares y las clínicas de patronatos e iglesias, los cuales superan a los de los hospitales del IDSS, debido a que la oferta en dicha región es mayor tanto de los hospitales militares como de las clínicas de patronatos.

Es interesante notar que la situación descrita anteriormente es diferente cuando se analiza acorde los quintiles de ingreso (Ver cuadro No. 13)

Cuadro No.13
Población internada en establecimientos de salud
según lugar del internamiento y quintiles de ingreso per cápita en el 2002

Quintiles de ingreso per cápita (RD\$)	Hospital SESPAS	Hospital IDSS	Hospital FFAA	Clínicas privadas
1 (666.67)	72.4	2.4	0.9	19.0
2 (1200.00)	67.5	5.0	0.6	22.5
3 (1963.33)	53.4	3.8	4.8	32.7
4 (3361.35)	38.3	2.8	2.8	47.2
5 (> 3361.35)	23.2	2.3	4.9	64.6

Fuente: ENDESA 2002

Se aprecia que a medida que se pertenece a un quintil de ingreso per cápita más elevado, los internamientos son más frecuentes en las clínicas privadas y menos en los centros de SESPAS y del IDSS (por ejemplo, los quintiles cuatro y cinco).

2.6 Distribución del gasto en salud

Tomando como referencia las formas de pago de las personas que tuvieron internamiento en los últimos seis meses, a nivel general se aprecia que un 51.9% recibió atención gratis, un 28.2% pagó todos los gastos, a un 9.5% el seguro le cubrió todo, y a un 8.7% el seguro le cubrió una parte²⁹.

En la medida que se pertenece a un quintil de ingreso per cápita superior, la proporción de personas que recibieron gratis el servicio se reduce, incrementándose el pago individual y la utilización de seguros, aunque no con las diferencias tan marcadas como en el caso de los lugares de internamiento (ver cuadro No. 14).

Cuadro No. 14
Población internada en establecimientos de salud
según forma de pago del internamiento y quintiles de ingreso percápita
en el 2002

Quintiles de ingreso	Gratis	Pagó todo	Seguro cubrió una parte	Seguro cubrió todo
1 (666.67)	67.7	22.3	4.5	4.5
2 (1200.00)	64.2	24.5	2.7	6.6
3 (1963.33)	53.1	25.3	8.1	11.9
4 (3361.35)	41.4	36.2	11.6	9.4
5 (> 3361.35)	27.2	32.6	20.1	19.3

Fuente: ENDESA 2002

En relación con los gastos totales de las personas que consultaron y su distribución según el tipo de servicios recibidos, se distingue en el cuadro No. 15 que en todas las regiones el mayor gasto fue en medicamentos (53.7%), seguido de exámenes de laboratorio (11.3%), pago de las consultas (9.7%) y exámenes de imagenología (8.7%).

Cuadro No.15
Población que acudió a la consulta
según gastos por tipo de actividad y región sanitaria en el 2002.

Regiones	Pago de la consulta	Medicamentos	Exámenes de laboratorio	Exámenes imagenológicos
0	12.5	52.2	11.9	6.0
I	9.0	55.8	14.6	11.1
II	8.5	56.5	10.0	6.5
III	8.1	59.6	10.8	7.4
IV	9.5	43.7	14.8	12.4
V	8.4	52.7	9.3	17.2
VI	6.6	56.8	14.1	9.0
VII	8.6	49.7	11.2	7.9
VIII	10.3	50.6	10.2	8.7
Promedio total	9.7	53.7	11.3	8.7

Fuente: ENDESA 2002

En este aspecto, se observan marcadas diferencias porque, en el caso de los medicamentos, la Región IV muestra el valor más bajo, apartándose del promedio nacional y de los valores de las demás divisiones sanitarias.

²⁹ Idem

CAPITULO 3: DETERIORO Y DAÑOS A LA SALUD

3.1 Mortalidad

La información sobre la mortalidad registrada en República Dominicana adolece de importantes deficiencias, a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años. La misma es procesada con un retraso de dos años, lo cual dificulta su corrección. El nivel de subregistro estimado, que en 1990 fue alrededor de un 48%, descendió a 45% en 1999, para alcanzar el 53.5% en 2000.

Las muertes registradas clasificadas como síntomas y estados morbosos mal definidos se redujeron de un 16%, en 1990, a un 11%, durante 1999 y 2000, pero esta proporción evidencia que la calidad de la información es deficiente. Sin embargo, su análisis es pertinente para medir el perfil epidemiológico de la población.

Para la descripción y análisis de la mortalidad registrada fueron utilizadas las bases de datos correspondientes al período 1986-2000, capturadas por la Dirección de Estadísticas de SESPAS y depuradas por la unidad de Análisis de Situación de Salud de la Dirección General de Epidemiología. Por el subregistro de la mortalidad correspondiente al año 2000, en el análisis de la mortalidad por causas —desglosado por grupos de edad y sexo— se seleccionó la mortalidad asentada en 1999.

Para el cálculo de tasas nacionales en población general, por grupos de edad y sexo, fueron utilizadas las estimaciones de población publicadas por ONAPLAN³⁰ y, en el cálculo de tasas por provincias, las proyecciones para 1998-1999 de la Dirección General de Estadísticas de la SESPAS. Para 2000-2002, se acudió a las estimaciones de población efectuadas por la ONE.

La tasa bruta de mortalidad registrada en 1999 fue de 3.3 por 1,000 habitantes y en 2000, de 2.8 por 1,000. Las defunciones registradas certificadas por un médico correspondieron al 82%, en 1999, y al 84%, en 2000.

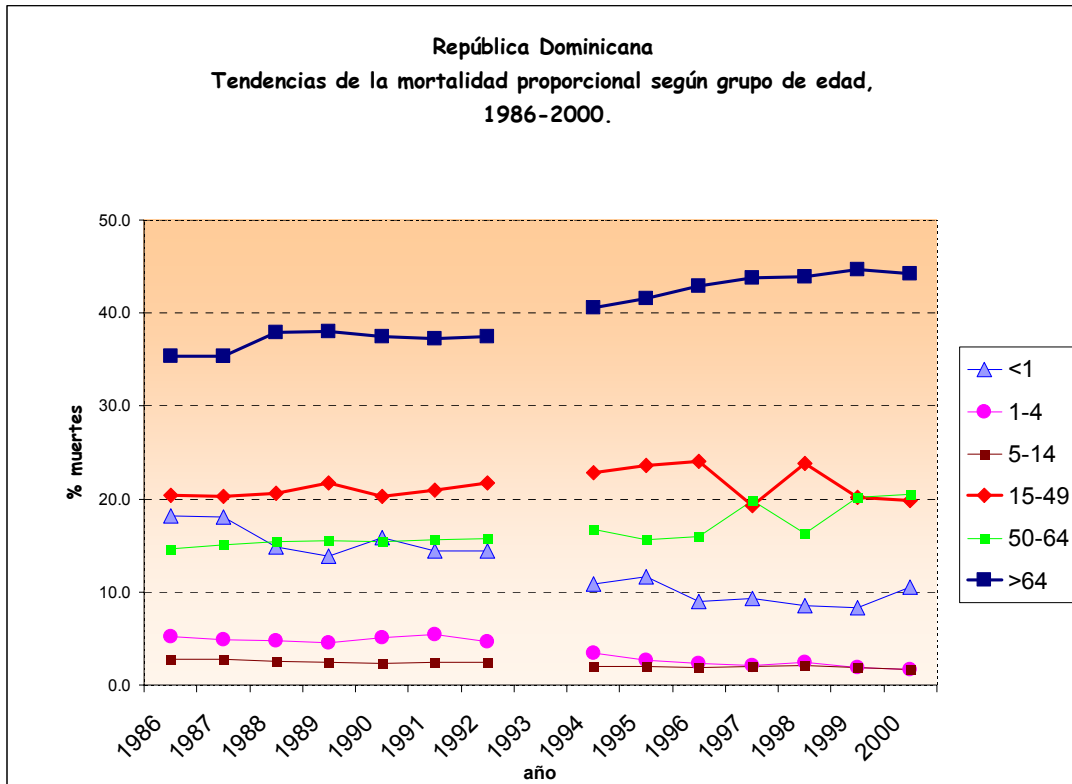
La composición por edad de la mortalidad ha cambiado considerablemente en las últimas décadas, principalmente en los primeros años de vida (ver gráfico No. 5). A pesar de los sesgos que impone el subregistro de muertes en el análisis de la composición por edad de la mortalidad registrada, para 1986 la mortalidad infantil representaba el 18% de todos los fallecimientos y la mortalidad de 1-4 años, el 5.2%.

Diez años después, la mortalidad registrada proporcional para menores de un año y de 1-4 años fue del 13% y 3%, respectivamente, para descender al 8% y al 2% del total de las muertes asentadas del 1999. En 2000, la mortalidad infantil registrada constituyó el 10.5% de todos los decesos y la mortalidad de 1-4 años, el 1.7%.³¹ En cuatro años, del 1998 al 2000, este descenso representó una reducción relativa de alrededor del 20% en la proporción de muertes infantiles registradas y de un 33% en los fallecimientos de menores de uno a cuatro años.

³⁰ ONAPLAN, CESDEM. REPUBLICA DOMINICANA. Proyecciones Nacionales de población por Sexo y Grupos de Edad, 1990-2025. (Hipótesis media) Santo Domingo, 1999.

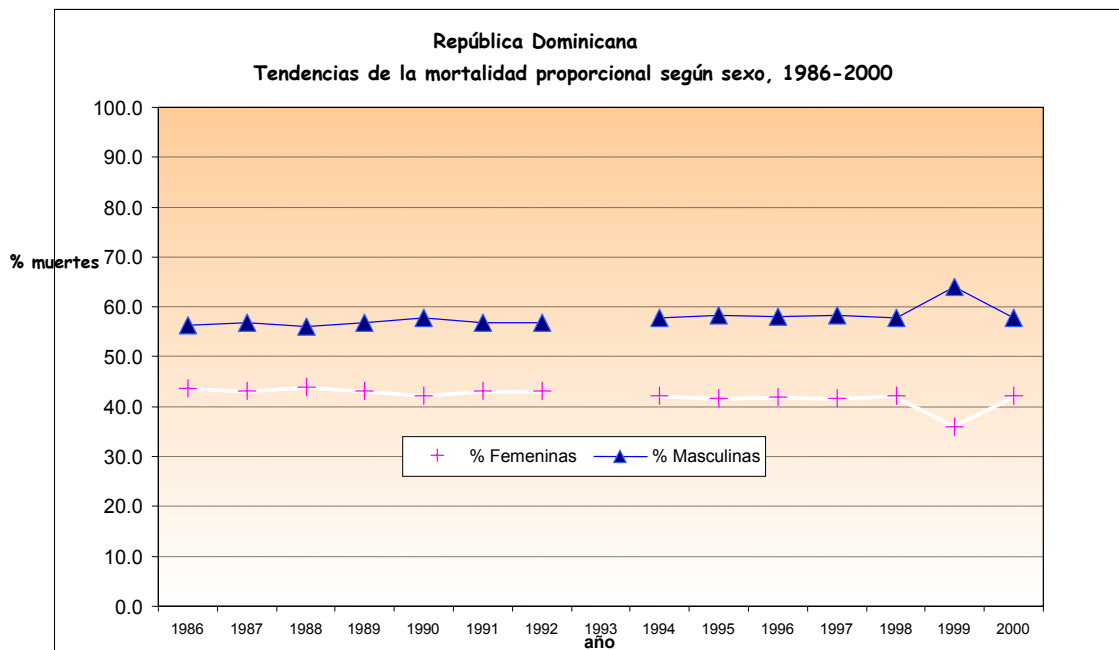
³¹ SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Estadísticas de Mortalidad en República Dominicana 1986-2000. Proyecto de análisis bases de datos de defunciones registradas del Departamento de Estadísticas. (Inédito).

Gráfico No. 5



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

Gráfico No. 6



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

Los indicadores de la mortalidad registrada por sexo entre 1986 y 2000 no han cambiado, con excepción de 1999. El 44% de las muertes registradas en 1986 corresponden al sexo femenino y, el 57%, al masculino. Para el año 2000, la mortalidad asentada por sexo fue de 42% y 58%, para el femenino y el masculino, respectivamente. En 1999 fue documentado un mayor número de fallecimientos de personas de sexo masculino. (Ver gráfico No. 6).

3.1.1 Mortalidad por causas

El gráfico No. 6 presenta la mortalidad proporcional de acuerdo con los seis grandes grupos de causas listadas por la OPS para el período 1986–2000, en el cual sobresale la alta proporción de fallecimientos debidos a enfermedades del sistema circulatorio. Para la codificación de las causas de muerte fue utilizada la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), desde la Novena Revisión (CIE-9) a la Décima Revisión (CIE-10).

Los seis grupos clasificados por la OPS incluyen las causas de muerte que se especifican a continuación:

Grupo 1. Enfermedades transmisibles: intestinales infecciosas, tuberculosis, ciertas enfermedades ocasionadas por vectores, rabia, determinadas enfermedades inmunoprevenibles, meningitis, septicemia no neonatal, VIH/SIDA, infecciones respiratorias agudas y el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Grupo 2. Neoplasias: comprende todos los tumores, malignos y benignos.

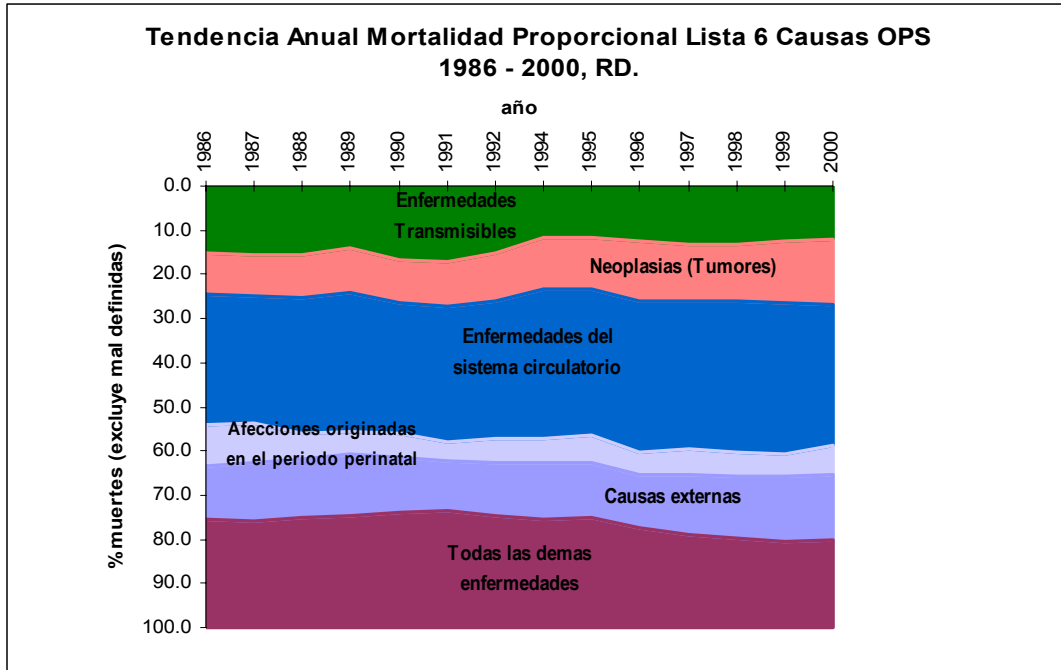
Grupo 3. Enfermedades del sistema circulatorio: todas las categorías incluidas en la letra I de la CIE-10: enfermedades reumáticas del corazón, enfermedad isquémica, hipertensiva, enfermedades de la circulación pulmonar, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares y otros males del sistema circulatorio.

Grupo 4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal: se incluyen las condiciones maternas y las complicaciones obstétricas que afectan al feto y al recién nacido, crecimiento fetal retardado, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, trauma en el momento del parto, hipoxia, asfixia y otras condiciones respiratorias del feto y el recién nacido e infecciones específicas del periodo perinatal.

Grupo 5. Causas externas: comprende los accidentes de transporte, el suicidio, el homicidio, los daños clasificados como accidentales y las lesiones de guerra.

Grupo 6: Todas las demás causas.

Gráfico No. 7



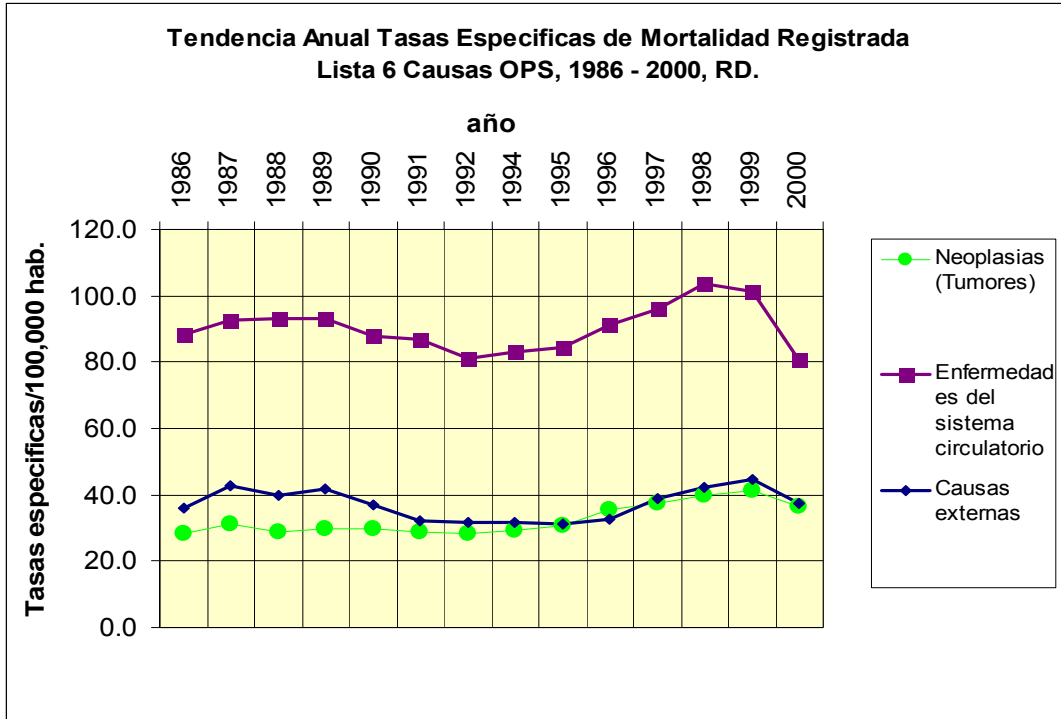
Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

Al analizar la tendencia de las tasas de mortalidad especificadas en estos grupos se evidencian cambios, particularmente para las enfermedades del sistema circulatorio, cuya tasa de mortalidad registrada aumentó de 88.4 a 101.3 casos por cada 100,000 habitantes, entre 1986 y 1999, disminuyendo a causa del subregistro en 2000 a 80.5 por 100,000. Las afecciones del período perinatal disminuyeron de 27.9 a 17.3 por cada 100,000, lo cual se corresponde con la reducción del porcentaje de fallecimientos en menores de un año observado para el mismo período.

La mortalidad debida a enfermedades transmisibles durante el cuatrienio 1986–2000 disminuyó de 45.6 a 30.8 casos por cada 100,000 habitantes. Esta reducción obedeció al descenso en el número de fallecimientos por diarrea y por enfermedades prevenibles mediante vacunación. (Ver gráfico No. 6).

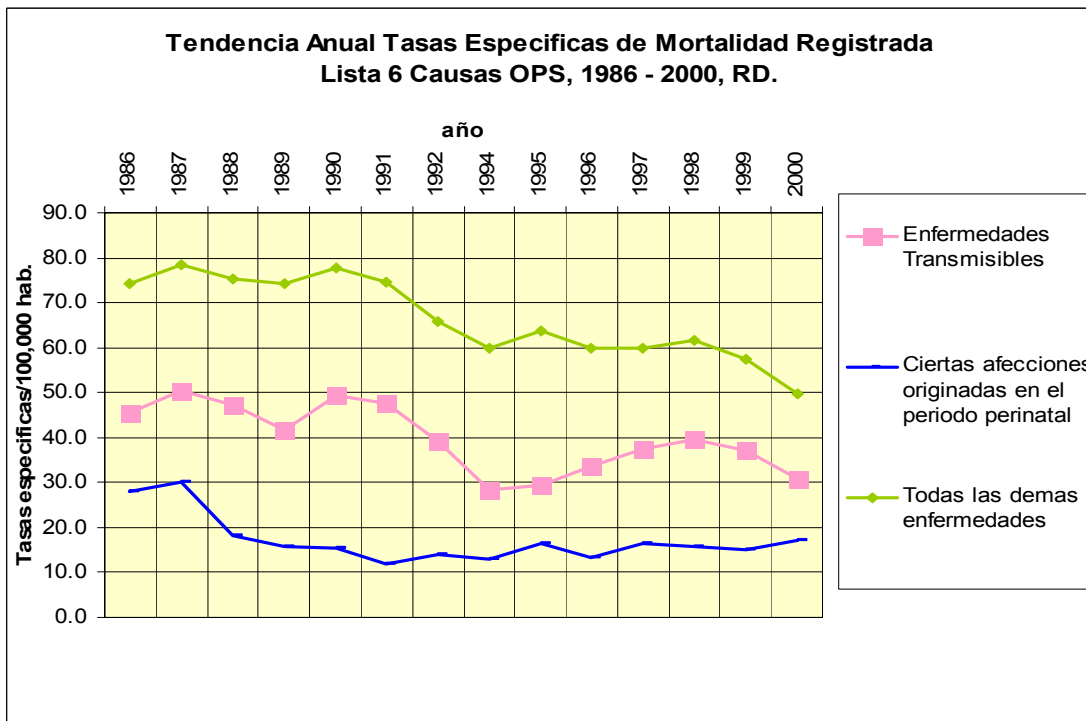
Si se obvia el año 2000 por el subregistro alcanzado, se observa una tendencia al aumento de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio y por neoplasias o tumores. Estas últimas aumentaron de 28 a 41 casos por cada 100,000 habitantes, entre 1986 y 1999. (Ver gráfico No. 7).

Gráfico No. 8



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

Gráfico No. 9



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

La distribución por provincias de las muertes ocurridas en 1999 por estos grupos de causas se observa en el cuadro no. 16. Destacó, con la mayor proporción de decesos clasificados como mal definidos, la provincia de Santiago, con 141 defunciones por 100,000 habitantes.

La provincia con menor frecuencia de muertes mal definidas fue La Vega, con cuatro fallecimientos por 100,000 habitantes.

La provincia con mayor cantidad de muertes por enfermedades cardiovasculares fue Salcedo, con 209 decesos por 100,000 habitantes. Igualmente, esta provincia tuvo la mortalidad más elevada debida a neoplasias: 102 defunciones por 100,000 habitantes.

Con la mayor frecuencia de decesos por enfermedades transmisibles se encontraba Pedernales, con 62 por 100,000 habitantes; y, con la menor proporción, Peravia, con 13 por 100,000. Santiago registró la mayor cantidad de muertes por causas originadas en el período perinatal, 38 por 100,000. En tanto, la mayor incidencia de muertes por causas externas, en 1999, fue documentada en las provincias Monseñor Nouel, La Altagracia y Samaná.

3.1.2 Mortalidad por causas y grupos de edad

a) Mortalidad infantil y en la niñez

La mortalidad infantil en República Dominicana se ha reducido significativamente en los últimos 10 años. La tasa de fallecimientos estimada descendió de 47 por 1,000 nacidos vivos, en el período 1990-1995, a 40 por 1,000, en el quinquenio 1995-2000. En la encuesta demográfica ENDESA 2002 se estima en 31 muertes por 1000 nacidos vivos, para el período 1997-2002. Esta disminución se debe a la reducción de la mortalidad posneonatal (muertes en menores de un año comprendidas entre los 29 y los 364 días de vida).

La mortalidad neonatal (muertes durante los primeros 28 días de vida) se estima alrededor de 22 por 1,000 nacidos vivos. Especial atención debe prestarse a la mortalidad neonatal pues, al descender la mortalidad infantil, se espera que tiendan a concentrarse en el primer mes de vida los riesgos vinculados a la calidad de la atención materna y perinatal, así como a razones congénitas. Las causas de las defunciones posneonatales son atribuidas a condicionantes socioeconómicas y de acceso a los servicios básicos.

El subregistro de muertes en menores de un año fue de 66% en 1999, según el Estudio de Evaluación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Infantil realizado en 2000, cuya metodología se basó en la búsqueda activa en diferentes fuentes a nivel provincial y en el cotejo de las mismas.

Esta investigación reveló que la tasa de muerte infantil para ese año era de 35.7 por 1000 nacidos vivos. En el cuadro No. 17 se presenta la mortalidad infantil por provincia encontrada en el estudio, donde se muestra que Barahona, San Juan de la Maguana, Santiago y el Distrito Nacional superan la tasa nacional de mortalidad infantil. Las provincias con mayor subregistro de muertes infantiles son San Pedro de Macorís, La Altagracia, Barahona, La Romana, Elías Piña, Hato Mayor, Pedernales y Peravia. Puerto Plata tiene el menor subregistro, un 26%.

Cuadro No. 16																	
Republica Dominicana																	
Mortalidad registrada por grupo de causa según provincia 1999, Tasas por 100,000 hab.*																	
Provincia de residencia	Poblacion	Causas Mal Definidas (R00-R99)		Cardiovasculares (I00-I99)		Enfermedades Transmisibles (A00-B99, G00-G03, J00-J22)		Neoplasias (C00-D48)		Originadas en el Periodo Perinatal (P00-P96)		Causas Externas (V01-Y89)		Todas las demás causas		TOTAL excluye mal definidas	
		No.	tasa*	No.	tasa*	No.	tasa*	No.	tasa*	No.	tasa*	No.	tasa*	No.	tasa*	No.	tasa por mil
Distrito Nacional	2,599,191	1016	39.1	2484	95.6	1026	39.5	1205	46.4	607	23.4	1441	55.4	1654	63.6	8417	3.2
Azua	236,170	26	11.0	129	54.6	43	18.2	45	19.1	19	8.0	45	19.1	74	31.3	355	1.5
Bahoruco	121,511	15	12.3	58	47.7	17	14.0	17	14.0	3	2.5	17	14.0	27	22.2	139	1.1
Barahona	177,624	56	31.5	184	103.6	49	27.6	76	42.8	22	12.4	74	41.7	117	65.9	522	2.9
Dajabón	76,570	8	10.4	41	53.5	12	15.7	22	28.7	0	0.0	30	39.2	24	31.3	129	1.7
Duarte	312,501	30	9.6	464	148.5	119	38.1	188	60.2	28	9.0	173	55.4	228	73.0	1200	3.8
Elias Piña	66,024	23	34.8	46	69.7	13	19.7	14	21.2	6	9.1	12	18.2	25	37.9	116	1.8
El Seybo	104,116	8	7.7	70	67.2	24	23.1	32	30.7	6	5.8	43	41.3	50	48.0	225	2.2
Espailat	224,157	19	8.5	296	132.1	46	20.5	93	41.5	0	0.0	73	32.6	138	61.6	646	2.9
Independencia	41,439	15	36.2	55	132.7	10	24.1	16	38.6	6	14.5	14	33.8	24	57.9	125	3.0
La Altagracia	126,625	38	30.0	215	169.8	77	60.8	70	55.3	5	3.9	85	67.1	65	51.3	517	4.1
La Romana	205,900	61	29.6	149	72.4	85	41.3	58	28.2	13	6.3	70	34.0	87	42.3	462	2.2
La Vega	383,205	16	4.2	411	107.3	63	16.4	107	27.9	11	2.9	132	34.4	192	50.1	916	2.4
Maria Trinidad Sánchez	139,363	44	31.6	173	124.1	53	38.0	69	49.5	22	15.8	69	49.5	104	74.6	490	3.5
Monte Cristi	102,484	9	8.8	135	131.7	18	17.6	55	53.7	8	7.8	53	51.7	41	40.0	310	3.0
Pedernales	19,446	2	10.3	15	77.1	12	61.7	7	36.0	1	5.1	3	15.4	8	41.1	46	2.4
Peravia	219,964	40	18.2	160	72.7	29	13.2	64	29.1	6	2.7	56	25.5	88	40.0	403	1.8
Puerto Plata	296,295	68	23.0	308	104.0	124	41.9	148	50.0	14	4.7	133	44.9	176	59.4	903	3.0
Salcedo	105,750	25	23.6	221	209.0	36	34.0	108	102.1	7	6.6	66	62.4	120	113.5	558	5.3
Samaná	81,078	10	12.3	143	176.4	36	44.4	52	64.1	8	9.9	53	65.4	66	81.4	358	4.4
San Cristobal	503,887	65	12.9	291	57.8	119	23.6	120	23.8	24	4.8	109	21.6	154	30.6	817	1.6
San Juan de la Magua	263,607	129	48.9	252	95.6	94	35.7	59	22.4	66	25.0	104	39.5	154	58.4	729	2.8
San Pedro de Macoris	252,848	19	7.5	290	114.7	49	19.4	110	43.5	3	1.2	69	27.3	125	49.4	646	2.6
Sánchez Ramirez	189,328	54	28.5	161	85.0	55	29.1	55	29.1	5	2.6	61	32.2	72	38.0	409	2.2
Santiago	816,675	1155	141.4	743	91.0	193	23.6	298	36.5	309	37.8	385	47.1	485	59.4	2413	3.0
Santiago Rodriguez	65,290	16	24.5	84	128.7	13	19.9	47	72.0	3	4.6	29	44.4	55	84.2	231	3.5
Valverde	191,251	16	8.4	128	66.9	40	20.9	42	22.0	1	0.5	36	18.8	75	39.2	322	1.7
Monseñor Noel	170,873	27	15.8	273	159.8	56	32.8	81	47.4	8	4.7	122	71.4	155	90.7	695	4.1
Monte Plata	173,074	83	48.0	186	107.5	55	31.8	70	40.4	20	11.6	46	26.6	89	51.4	466	2.7
Hato Mayor	86,439	19	22.0	155	179.3	12	13.9	52	60.2	4	4.6	47	54.4	68	78.7	338	3.9
No se reporta provincia		8		34				11		1		18		6		70	
Nacional	8,352,685	3120	37.4	8354	100.0	2578	30.9	3391	40.6	1236	14.8	3668	43.9	4746	56.8	23973	2.9

Fuente: SESPAS, base de datos Dirección de Estadísticas; validación y análisis Dirección General de Epidemiología.

Cuadro No. 17				
Republica Dominicana				
<i>Mortalidad Infantil y porcentaje de subregistro según provincia 1999, Tasa por 1000 Nacidos vivos.</i>				
Provincia de residencia	Nacidos Vivos estimados	% Subregistro	Muertes infantiles	
			No.	Tasa
Distrito Nacional	66,718	67.4	3044	45.6
Azua	6,061	50.0	110	18.1
Bahoruco	2,529	63.6	33	13.0
Barahona	3,845	78.3	217	56.4
Dajabón	1,737	29.2	24	13.8
Duarte	7,619	48.6	144	18.9
Elías Piña	1,533	77.8	27	17.6
El Seybo	2,703	61.5	26	9.6
Espailat	5,645	47.5	61	10.8
Independencia	826	26.9	26	31.5
La Altagracia	2,743	85.1	74	27.0
La Romana	5,090	78.0	127	25.0
La Vega	9,960	36.0	150	15.1
Maria Trinidad Sánchez	4,950	37.0	92	18.6
Monte Cristi	2,639	32.1	53	20.1
Pedernales	388	70.0	10	25.8
Peravia	5,756	71.0	169	29.4
Puerto Plata	7,440	26.0	150	20.2
Salcedo	2,149	48.9	47	21.9
Samaná	2,056	26.5	34	16.5
San Cristobal	14,058	43.2	278	19.8
San Juan de la Magua	6,644	78.7	348	52.4
San Pedro de Macorís	6,925	91.2	137	19.8
Sánchez Ramirez	4,950	60.0	70	14.1
Santiago	20,191	56.6	931	46.1
Santiago Rodriguez	1,147	48.6	35	30.5
Valverde	5,892	51.9	81	13.7
Monseñor Noel	4,619	49.1	108	23.4
Monte Plata	4,747	61.3	137	28.9
Hato Mayor	2,487	73.5	34	13.7
No se reporta provincia			828	
Nacional	213,282	66.2	7605	35.7

Fuente: SESPAS, Dirección General de Epidemiología. Informe de Evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Infantil y Materna. Santo Domingo: Abril 2001.

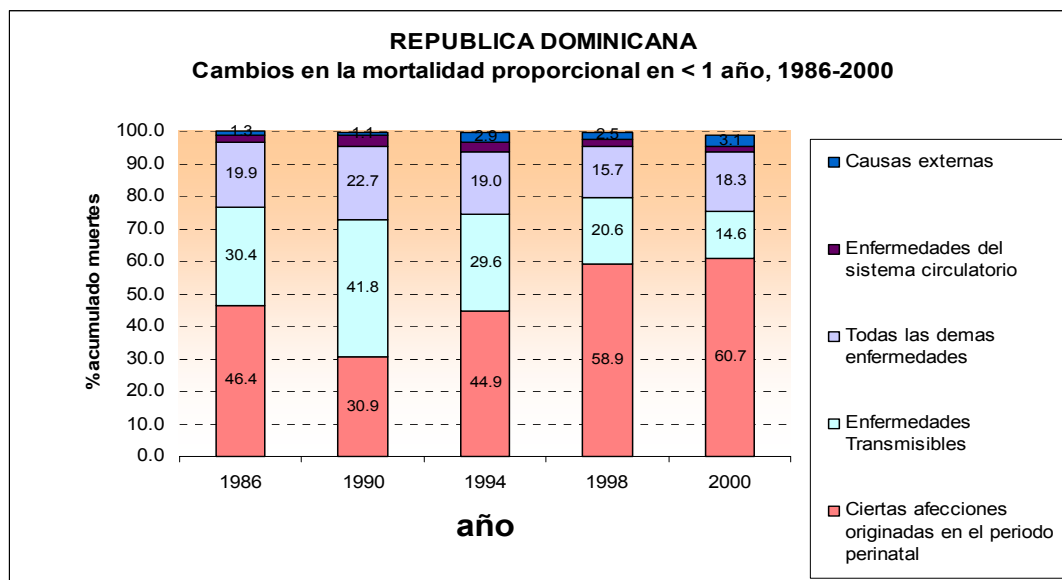
En relación con la mortalidad proporcional por causas, excluyendo los estados morbosos mal definidos, las afecciones originadas en el período perinatal ocuparon el primer lugar como causa de muerte en menores de un año y las mismas aumentaron proporcionalmente, de 46.4%, en 1986, a 60.7%, en 2000, según se observa en el gráfico No. 8. Las malformaciones congénitas alcanzaron el segundo lugar, con un 9.6% de las muertes infantiles; seguidas por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, con el 7.8%; en cuarto lugar, las enfermedades del sistema respiratorio, con 5.5%; y, en quinto lugar, las causas externas, con 3.1%.

La mortalidad en el grupo de 1-4 años ha descendido en los últimos cinco años. La ENDESA 2002 la estima en siete por 1,000, para el período 1997-2002. En el quinquenio 1992-1997 fue calculada en 11 por 1,000.³² En este grupo de edad, las causas externas se incrementaron en un 100% entre 1986 y 1999, con un 12.0% y 24.6%, respectivamente; siendo de un 19% en 2000. Las enfermedades transmisibles fueron las mayores causas de muerte en este grupo, situación que no ha variado a través del tiempo. (Ver gráfico No. 10).

La probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años se ha reducido de 49 casos por 1,000 nacidos vivos, en el quinquenio 1992-1997, a 38 por 1,000, en el período 1997-2002, según datos de la ENDESA 2002.

Al analizar la mortalidad registrada por causas específicas en menores de cinco años, como diarreas de presunto origen infeccioso, se observa una tendencia a la disminución. En este segmento poblacional, las defunciones debidas a diarreas pasaron de 31.4 por 100,000, en 1996, a 16.1 por 100,000, en 1999. Sin embargo, las ocasionadas por infecciones respiratorias agudas se incrementaron de 13.6 por 100,000, en 1996, a 16.1 por 100,000, en 1999.

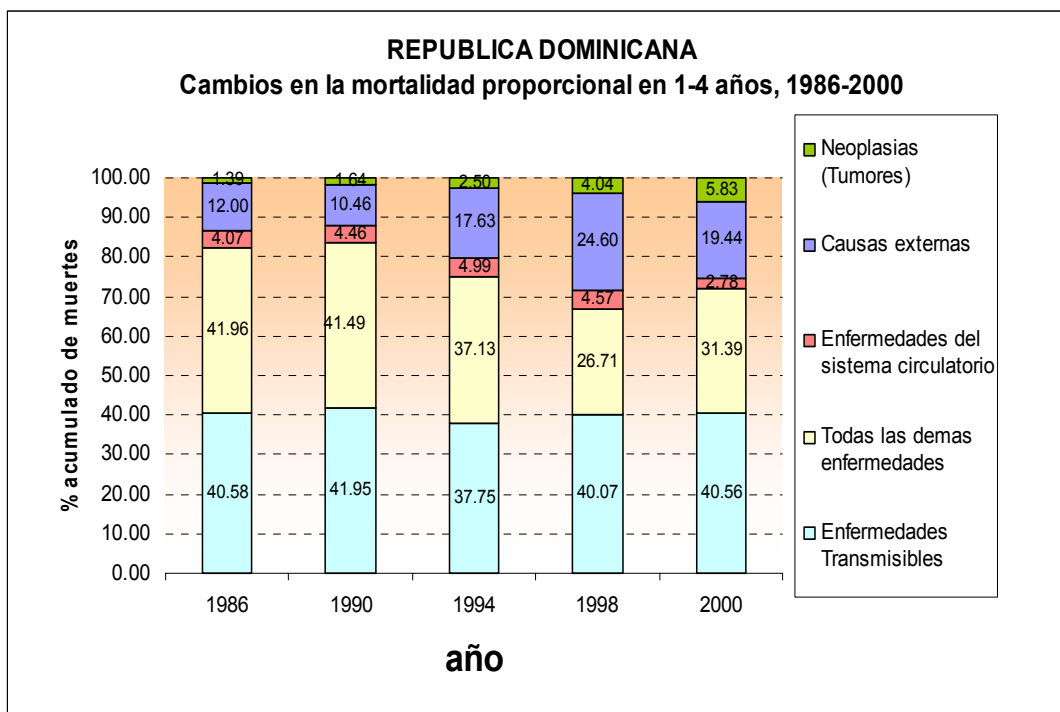
Gráfico No.10



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

³² USAID, CESDEM, MACRO INTERNATIONAL. Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Resultados Preliminares. Santo Domingo. Abril 2003.

Gráfico No.11



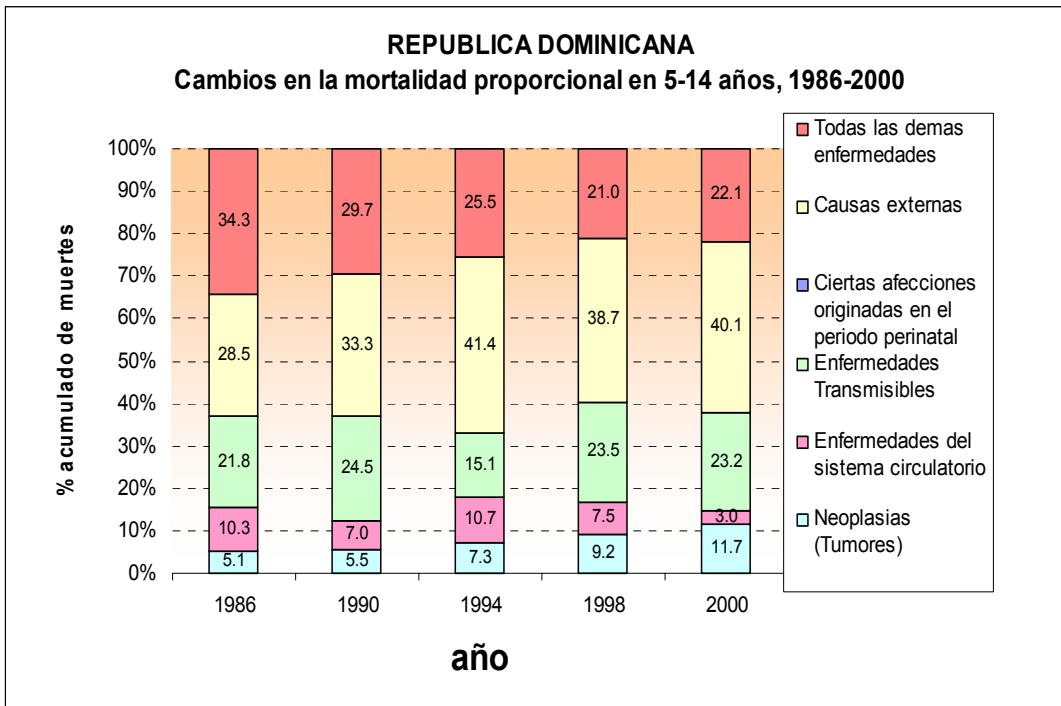
Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

b) Tendencias de la mortalidad proporcional según causas en los grupo de edades de 5-14 años, 15-49 años, 50-64 años y mayores de 65 años

En el segmento de 5-14 años, el grupo de causas correspondientes a las neoplasias aumentó de 5.1%, en 1986, a 11.4% en 2000. Las causas externas se incrementaron en un 16% en el período analizado. Para la población de 15 a 49 años, resalta el aumento del grupo de las enfermedades transmisibles durante el período, de 13.4% a 22.1%, fundamentalmente del SIDA y de la tuberculosis. (Ver gráficos 12 y 13).

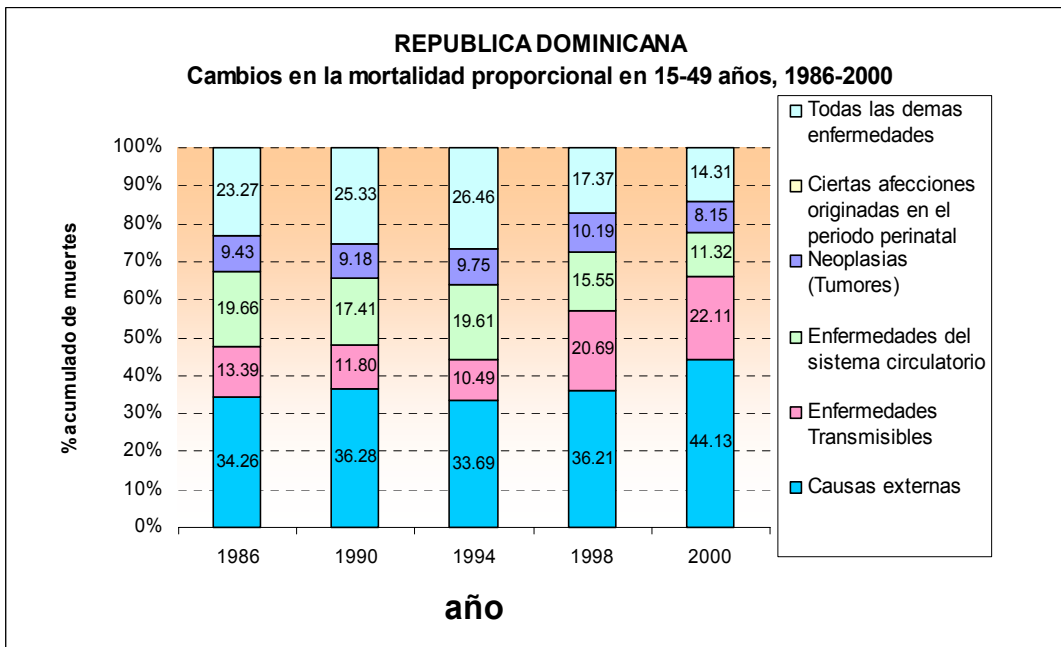
No se observan cambios importantes en la mortalidad proporcional debida a alguno de los seis grandes grupos de causas, para los segmentos de edades de 50-64 años y > de 65 años. Las afecciones del sistema circulatorio ocupan el primer lugar como causa de muerte en ambos grupos, seguidas por las neoplasias y las enfermedades transmisibles.

Gráfico No. 12



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

Gráfico No. 13



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

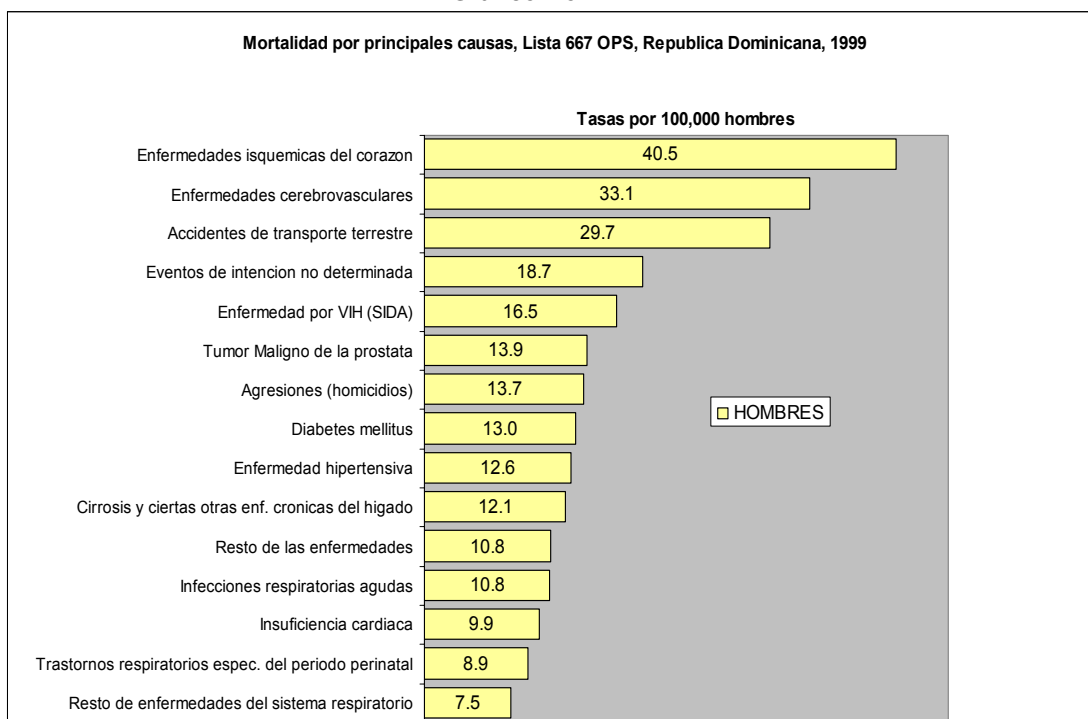
c) Mortalidad por causas, sexo y grupo de edad en 1999

La mortalidad proporcional por los seis grandes grupos de causas, excepto los estados morbosos mal definidos, es mayor en el sexo masculino, de acuerdo con el análisis de la mortalidad registrada para 1999.

En uno y otro sexo, las enfermedades del aparato circulatorio constituyeron el grupo más frecuentemente diagnosticado. Sin embargo, mientras en las mujeres las neoplasias se han mantenido en segundo lugar, en los hombres tal posición correspondió a las causas externas, relegando las enfermedades transmisibles al tercer y cuarto lugares, respectivamente. Las externas fueron el cuarto grupo de causas más importantes en mujeres durante 1999; en tanto, las afecciones del período perinatal ocuparon el quinto lugar en bebés masculinos y femeninos.

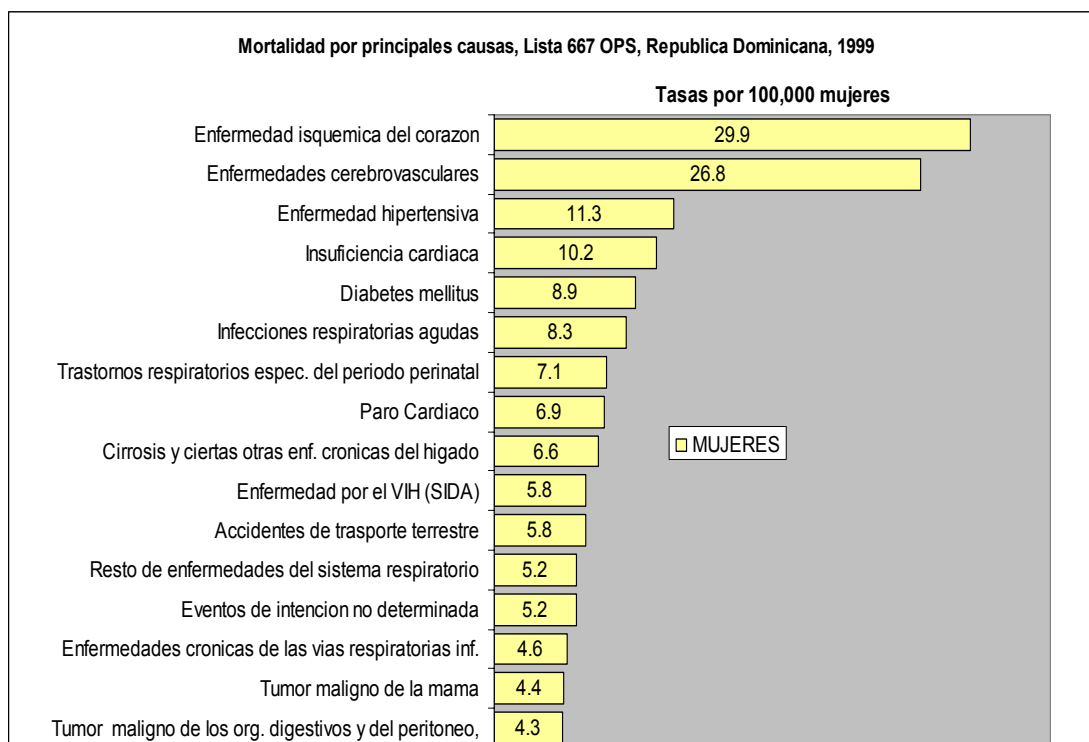
Un análisis más desagregado de la mortalidad por sexo según el listado de 67 causas de muerte registradas en 1999 (lista 667 de OPS), muestra que el VIH/SIDA ocupó el quinto lugar entre las principales causas de muerte en hombres, en los que representó el 4.4% de la mortalidad general (2.7% en las mujeres). Los accidentes de transporte terrestre en hombres, con una mortalidad proporcional de 7.9%, alcanzaron el tercer lugar; y, en las mujeres, constituyeron un 2.7% del total de la mortalidad registrada. (Ver gráficos 14 y 15).

Gráfico No. 14



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

Gráfico No. 15



Fuente: SESPAS, base de datos de la Dirección de Estadísticas, Validación y Análisis, de la Dirección General de Epidemiología.

En preescolares de uno y otro sexo, la principal causa de muerte fueron los eventos de intención no determinada (Y10-Y34), con tasas de 10.3 fallecimientos por cada 100,000 habitantes para este grupo de edad, desplazando al segundo lugar a la diarrea y a la gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A00-A09), con 6.8 muertes por 100,000; así como a las infecciones respiratorias agudas (J00-J22), con 6.4 por 100,000.

En las mujeres de cinco a 19 años y en los hombres de 10 a 49 años, los accidentes de transporte terrestre (V01-V89) ocuparon el primer lugar como causa diagnosticada. Las enfermedades ocasionadas por el VIH/SIDA constituyeron el principal factor de mortalidad en las mujeres de 20 a 39 años y en los hombres de 30 a 39.

Las enfermedades del aparato circulatorio, principal causa de muerte en general, comenzaron a ocupar un segundo lugar para las mujeres de 30 a 39 años — específicamente las enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25) y las enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)— y se colocaron en el primer lugar a partir de los 40 años.

En los hombres de 40 a 49 años, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el tercer lugar como causa de muerte, convirtiéndose en el principal motivo de deceso a partir de los 50 años.

3.1.4 Mortalidad Materna

La mortalidad materna es un indicador utilizado para medir no solo la situación de salud, sino también el nivel de acceso y la calidad de servicios sanitarios tales como consulta prenatal, parto hospitalario y control en el puerperio. La meta mundial es de 45 muertes por cada cien mil nacidos vivos.

República Dominicana presenta un número elevado de muertes maternas, las cuales son subregistradas en el 73% de los casos al momento de consignar la causa de fallecimiento. En 1999, la mortalidad registrada fue de 69 decesos; sin embargo, el Estudio de Evaluación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Infantil y Materna detectó 260 defunciones ocurridas ese año, para una tasa de 122 muertes por 100,000 nacidos vivos.

Dada la importancia de este indicador, desde 1997 funciona en el país un Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se creó un Comité Nacional para el Análisis de la Mortalidad Materna.

Según el Informe de Evaluación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, el nivel de subregistro del sistema en 1999 era del 46%. En el supuesto de que las defunciones notificadas en 2002 tuvieran el mismo índice de subregistro encontrado en 1999, el número de muertes maternas estimadas para ese año sería de 283 (124 muertes por 100,000 nacidos vivos). El número de fallecimientos asentados en 2002 fue de 163, para una tasa de muertes maternas registradas en 71.4 por 100,000 nacidos vivos.

De acuerdo con datos del Sistema de Vigilancia, el 85 por ciento de las muertes analizadas eran evitables. Más del 80 por ciento ocurrieron en hospitales públicos.

Las principales causas de muerte materna, de entre las notificadas al Sistema, fueron las toxemias: edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto o puerperio (O10-O16 de la CIE-10). (Ver cuadro No. 18).

La ENDESA 2002 refiere que casi la totalidad de los embarazos en el país (99%) fueron atendidos por profesionales de la salud y que el 97% de los partos recibieron la asistencia de este personal. Indica, igualmente, que el 97% de los partos ocurrieron en establecimientos de salud y que, de esta cantidad, el 75% tuvo lugar en hospitales públicos. La existencia de elevados índices de mortalidad materna, a pesar de la extensa cobertura sanitaria, es un indicador de deficiencias en la organización y en la calidad de la atención.

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 obstétricas directas (O20-O29, O30-O43, O46-O48, O60-O66, O68-O71, O73-O75)	11	13	3	9	5
Obstétricas indirectas (O95-O99) y SIDA (B20-B24)	28	33	28	36	31

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la mortalidad materna

3.1.5 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades del sistema circulatorio ocuparon el primer lugar como causa de muerte general y fueron motivo importante de mortalidad a partir de los 40 años en uno y en otro sexo. El 35% de las defunciones se debió a enfermedad isquémica del corazón y, de éstas, el 32% a infarto agudo del miocardio, primer factor individual de fallecimiento en el país, en hombres y mujeres.

El segundo lugar en este grupo lo constituyeron las enfermedades cerebrovasculares, mientras el tercer lugar fue ocupado por la enfermedad hipertensiva (ver cuadro No. 19). Es importante señalar que los países que han disminuido la mortalidad por afecciones del sistema circulatorio, lo deben en gran parte al control de la hipertensión arterial.

Cuadro No. 19

República Dominicana, Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (100-199) según causa específica, 1996-1999 (Tasas por 100,000 habitantes)

GRUPO DE CAUSAS	AÑOS							
	1996		1997		1998		1999	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	37	0.5	36	0.5	37	0.5	26	0.3
Enfermedades hipertensivas	861	11.0	947	11.9	1072	13.2	985	11.9
Enfermedades isquémicas del corazón	2252	28.7	2506	31.5	2735	33.7	2914	35.3
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	267	3.4	262	3.3	311	3.8	301	3.6
Paro cardíaco	1029	13.1	992	12.5	885	10.9	562	6.8
Insuficiencia cardíaca	724	9.2	756	9.5	856	10.6	829	10.1
Enfermedades cerebrovasculares	1785	22.8	1898	23.8	2281	28.1	2476	30.0
Aterosclerosis	33	0.4	79	1.0	49	0.6	69	0.8
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	140	1.8	146	1.8	167	2.1	192	2.3
TOTAL	7128	91.2	7622	95.7	8393	103.6	8354	101.3

Fuente: SESPAS, base de datos Dirección de Estadísticas, validación y análisis Dirección General de Epidemiología.

3.1.6 Mortalidad por causas externas

Constituyen la segunda causa de muerte en el país. Abarcan un gran número de motivos y la conforman cuatro grandes grupos: accidentes en general, homicidios, suicidios y otros. En 1999, el 51% correspondió a accidentes, un 17% a homicidios, un 4.8% a suicidios y un 27% a las demás causas, principalmente a eventos de intención no determinada. Dentro de los accidentes, el primer lugar lo ocuparon los de transporte terrestre, siendo el más frecuente el de "ocupante de automóvil lesionado"; en tanto que los "demás accidentes de transporte" y los "no especificados" (V49) fueron la segunda causa de muerte individual en el país y la segunda en el sexo masculino.

En el periodo 1996 al 1999 ha habido una tendencia hacia el aumento de estos sucesos, principalmente de los accidentes de tránsito terrestre (Ver cuadro No. 20). El peso de la distribución por sexo recayó en el género masculino, con una razón de 5 a 1.

Cuadro No. 20
República Dominicana, Mortalidad por causas externas (V01-Y89) según causa específica, 1996-1999 (Tasas por 100,000 habitantes)

GRUPO DE CAUSAS	AÑOS							
	1996		1997		1998		1999	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Accidentes de transporte terrestre (V01-V89)	947	12.1	1209	15.2	1298	16.0	1479	17.9
Los demas accidentes de transporte y los no especificados (V90-V99)	20	0.3	0	0.0	0	0.0	5	0.1
Caidas (W00-W19)	18	0.2	22	0.3	11	0.1	30	0.4
Accidentes por disparo de arma de fuego (W32-W34)	3	0.0	5	0.1	4	0.0	0	0.0
Ahogamiento y sumersion accidentales (W65-W74)	10	0.1	30	0.4	21	0.3	13	0.2
Accidentes que obstruyen la respiracion (W75-W84)	25	0.3	35	0.4	46	0.6	19	0.2
Exposicion a la corriente electrica (W85-W87)	140	1.8	145	1.8	190	2.3	181	2.2
Exposicion al humo, fuego y llamas (X00-X09)	54	0.7	72	0.9	42	0.5	23	0.3
Envenenamiento accidental por y exposicion a sustancias nocivas (X40-X49)	12	0.2	8	0.1	13	0.2	8	0.1
Los demas accidentes (W20-W31, W35-W64, W88-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y84)	369	4.7	422	5.3	310	3.8	112	1.4
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidios) (X60-X84)	122	1.6	165	2.1	154	1.9	178	2.2
Agresiones (homicidios) (X85-Y09)	392	5.0	529	6.6	634	7.8	625	7.6
Eventos de intencion no determinada (Y10-Y34)	447	5.7	472	5.9	695	8.6	995	12.1
Las demas causas externas (Y35-Y36, Y85-Y89)	0	0.0	0	0.0	6	0.1	0	0.0
TOTAL	2559	32.5	3114	39.1	3424	42.2	3668	44.5

Fuente: SESPAS, base de datos Dirección de Estadísticas, validación y análisis Dirección General de Epidemiología.

3.1.7 Mortalidad por Neoplasias (Tumores)

Los tumores ocupan el tercer lugar como grupo de causas de fallecimiento en la población dominicana, aunque el número de decesos por esta razón va en aumento. Las localizaciones más frecuentes en las personas que fallecieron en 1999 fueron próstata, en el 17% de todas las muertes por neoplasias (7.1 por 100,000 habitantes); órganos digestivos y peritoneo, 13.9% (5.7 por 100,000 habitantes); tráquea, bronquios y pulmones, 11.9% (4.9 por 100,000 habitantes); estómago, 6.4% (2.6 por 100,000 habitantes); mama, 5.7% (2.3 por 100,000 habitantes) y cuello del útero, 4.7% (1.9 por 100,000 habitantes). (Ver cuadro No. 21).

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).

Cuadro No. 21

República Dominicana, Mortalidad por neoplasias (C00-D48) según causa específica, 1996-1999
(Tasas por 100,000 habitantes)

GRUPO DE CAUSAS	AÑOS							
	1996		1997		1998		1999	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Tumor maligno del estomago (C16)	164	2.1	216	2.7	225	2.8	218	2.6
Tumor maligno del colon (C18-C19)	129	1.6	145	1.8	149	1.8	159	1.9
Tumor maligno otros organos digestivos y peritoneo, excepto estómago y colon (C15, C17, C20-C26, C48)	354	4.5	413	5.2	475	5.9	473	5.7
Tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmón (C33-C34)	277	3.5	326	4.1	354	4.4	403	4.9
Tumor maligno de otros organos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón (C30-C32, C37-C39)	41	0.5	47	0.6	51	0.6	33	0.4
Tumor maligno de la mama femenina (C50)	144	1.8	136	1.7	201	2.5	193	2.3
Tumor maligno del cuello del útero (C53)	131	1.7	131	1.6	127	1.6	159	1.9
Tumor maligno del cuerpo del utero (C54)	10	0.1	9	0.1	35	0.4	5	0.1
Tumor maligno del utero, parte no especificada (C55)	100	1.3	123	1.5	120	1.5	111	1.3
Tumor maligno de la prostata (C61)	368	4.7	468	5.9	477	5.9	584	7.1
Tumor maligno de otros organos genitourinarios (C51-C52, C56-C57, C60, C62-C68)	110	1.4	126	1.6	134	1.7	138	1.7
Leucemia (C91-C95)	116	1.5	151	1.9	112	1.4	129	1.6
Tumor maligno del tejido linfatico, de otros organos hematopoyeticos y de tejidos afines (C81-C90, C96)	80	1.0	69	0.9	109	1.3	86	1.0
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (residuo de C00-C97)	476	6.1	508	6.4	539	6.7	570	6.9
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto y desconocido (D00-D48)	264	3.4	111	1.4	107	1.3	130	1.6
TOTAL	2764	35.3	2979	37.4	3215	39.7	3391	41.1

Fuente: SESPAS, base de datos Dirección de Estadísticas, validación y análisis Dirección General de Epidemiología.

3.1.8 Mortalidad por enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas son la cuarta causa de muerte en el país. Constituyeron el 12.5% de la mortalidad general en 1999 (37.2 muertes por 100,000 habitantes). La diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso pasaron del 22% de todas las muertes por enfermedades infecciosas en 1986, al 13% en 1999. Ocuparon el tercer lugar como motivo de deceso en este renglón. Ese mismo año, la tuberculosis ocupó el segundo lugar, con 373 muertes, de las cuales un 66% correspondieron a hombres.

El primer lugar entre los fallecimientos debido a enfermedades infecciosas lo ocupó el SIDA, con el 42%. Para 1999, fueron reportadas 924 defunciones (11.3 muertes por 100,000 habitantes), 693 de ellas en hombres. En las mujeres de 15-49 años representó la primera causa de muerte, con un 12%.

3.1.9 Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio

Este grupo de males ocupa el quinto lugar en la mortalidad del país. Sus dos componentes principales son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la

neumonía (ver cuadro No. 22). Un 70% de los fallecimientos por la primera causa, y un 58.8% por la segunda, ocurrieron en mayores de 65 años. El 18% de las muertes por neumonía fueron registradas en menores de cinco años.

Cuadro No. 22

República Dominicana, Mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98) según causa específica, 1996-1999 (Tasas por 100,000 habitantes)

GRUPO DE CAUSAS	ANOS							
	1996		1997		1998		1999	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Influenza (gripe) (J10-J11)	5	0.1	7	0.1	1	0.0	48	0.6
Neumonía (J12-J18)	426	5.4	596	7.5	580	7.2	709	8.6
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias (J20-J22)	12	0.2	21	0.3	20	0.2	29	0.4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	288	3.7	407	5.1	478	5.9	470	5.7
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J00-J06-J30-J39-J60-J98)	384	4.9	464	5.8	474	5.8	531	6.4
TOTAL	1115	14.2	1495	18.8	1553	19.2	1787	21.7

Fuente: SESPAS, base de datos Dirección de Estadísticas, validación y análisis Dirección General de Epidemiología.

3.2 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

El análisis de las principales causas de muerte en la población de República Dominicana evidencia que los motivos externos (accidentes de tráfico, sumersión, sofocación, caídas, suicidio, homicidio y otros) y las enfermedades transmisibles son los factores que más contribuyeron a la mortalidad prematura. Al calcular los AVPP por muertes ocurridas en menores de 70 años, se encontró que la más alta proporción se debió a las causas externas (24%), por su impacto en la población de 15 a 49 años. (Ver cuadro No. 23).

El 41% de los AVPP correspondieron a las edades de entre 15 y 49 años, y el 30% a menores de un año. La más importante causa específica son los accidentes de transporte terrestre (9%), seguidos por los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (8.7%). En los hombres, se destaca la mortalidad prematura por causas externas, acompañadas de las enfermedades transmisibles. En las mujeres, en tanto, el peso mayor en AVPP esta dado por las afecciones en el período perinatal, seguidas de las enfermedades transmisibles. (Ver gráfico No. 16).

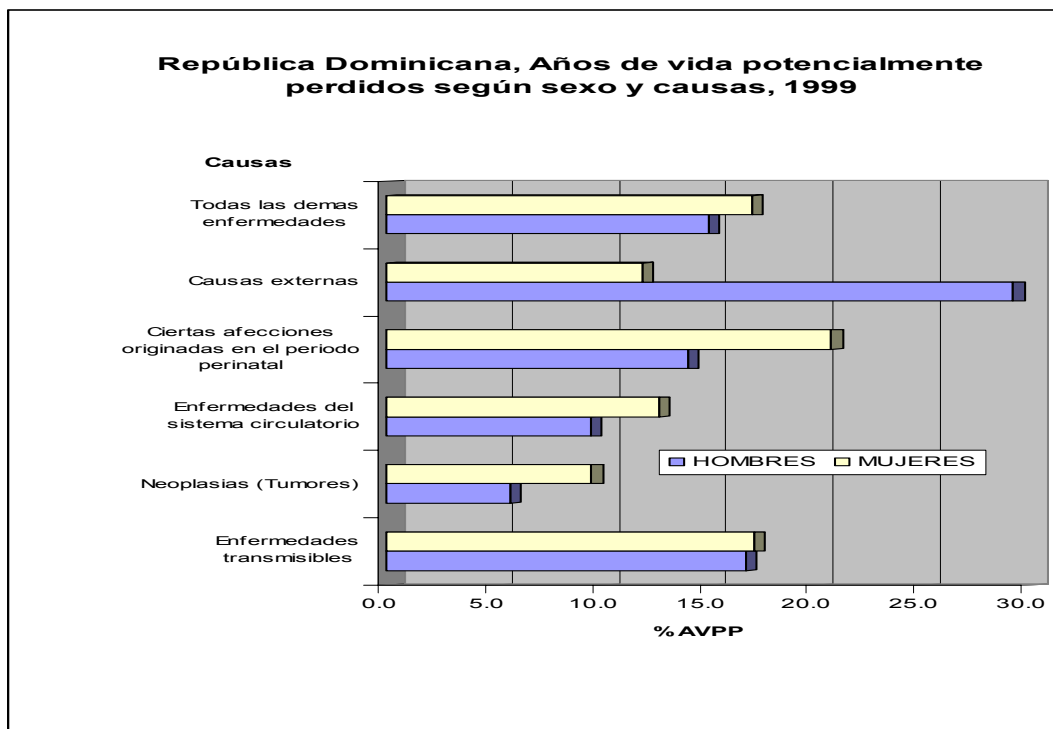
Cuadro No. 23

República Dominicana, Años de vida potencialmente perdidos por causas y grupos de edad, ambos sexos, 1999

GRUPO DE CAUSAS	GRUPOS DE EDAD							Total	%
	<1	1-4	5-14	15-49	50-64	65-70			
Estados morbosos mal definidos	20300	3068	3111	17419	7371	583	51852	9.8	
Enfermedades transmisibles	23380	11738	6033	39960	8522	327	89960	16.9	
Neoplasias (Tumores)	840	1146	2887	17393	13814	1041	37121	7.0	
Enfermedades del sistema circulatorio	1750	1016	1646	23380	25713	2739	56244	10.6	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	86520	0	0	0	0	0	86520	16.3	
Causas externas	4340	8465	11399	91745	9993	300	126242	23.8	
Todas las demas enfermedades	23310	8995	6050	28460	15371	1247	83433	15.7	
TOTAL	160440	34428	31126	218357	80784	6237	531372	100.0	

Fuente: SESPAS, Dirección General de Epidemiología.

Gráfico No. 16



Fuente: SESPAS, base de datos Dirección de Estadísticas, validación y análisis Dirección General de Epidemiología.

3.3 Morbilidad

La información que permite caracterizar la morbilidad general en el país presenta deficiencias, como la ausencia de registros válidos de la morbilidad atendida y el escaso desarrollo de trabajos de investigación u otros proyectos de análisis, por lo que tradicionalmente se limita su descripción y estudio a las enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica. Es necesario el establecimiento de un sistema de información que permita

superar estas trabas, en aras de conocer la realidad en este aspecto de la situación sanitaria en el país.

3.3.1 Situación de las enfermedades transmisibles

Un total de 19 enfermedades transmisibles son actualmente objeto de vigilancia especial y 13 síndromes se encuentran bajo vigilancia colectiva semanal. Para el análisis de la situación y las tendencias de estas enfermedades, se decidió agruparlas por mecanismos de transmisión o de intervención en salud pública:

- Primer grupo: enfermedades transmisibles con intervenciones de tratamiento directo e individual: *tuberculosis, lepra, enfermedad meningocócica e infecciones respiratorias agudas.*
- Segundo grupo: enfermedades transmitidas por vectores: *malaria, dengue, filariasis y fiebre amarilla.*
- Tercer grupo: enfermedades inmunoprevenibles: *difteria, tosferina, poliomielitis, sarampión, rubéola, tétanos y meningitis por hemophilus.*
- Cuarto grupo: enfermedades de transmisión sexual: *SIDA, infección por VIH, infecciones de transmisión sexual y hepatitis B.*
- Quinto grupo: enfermedades transmitidas por alimentos y agua: *enfermedades diarreicas agudas e intoxicación alimentaria.*
- Sexto grupo: zoonosis: *rabia, brucelosis y leptospirosis.*

A continuación se describe la situación de cada una de ellas y las estrategias programáticas más importantes desde el 1997. Para el cálculo de las tasas nacionales en población general, por grupos de edad y sexo, se utilizaron las estimaciones de población publicadas por ONAPLAN y, en el cálculo de tasas por provincias, las proyecciones de la Dirección General de Estadísticas de la SESPAS 1998-1999. Para 2000-2002, se recurrió a las estimaciones de población de la ONE.

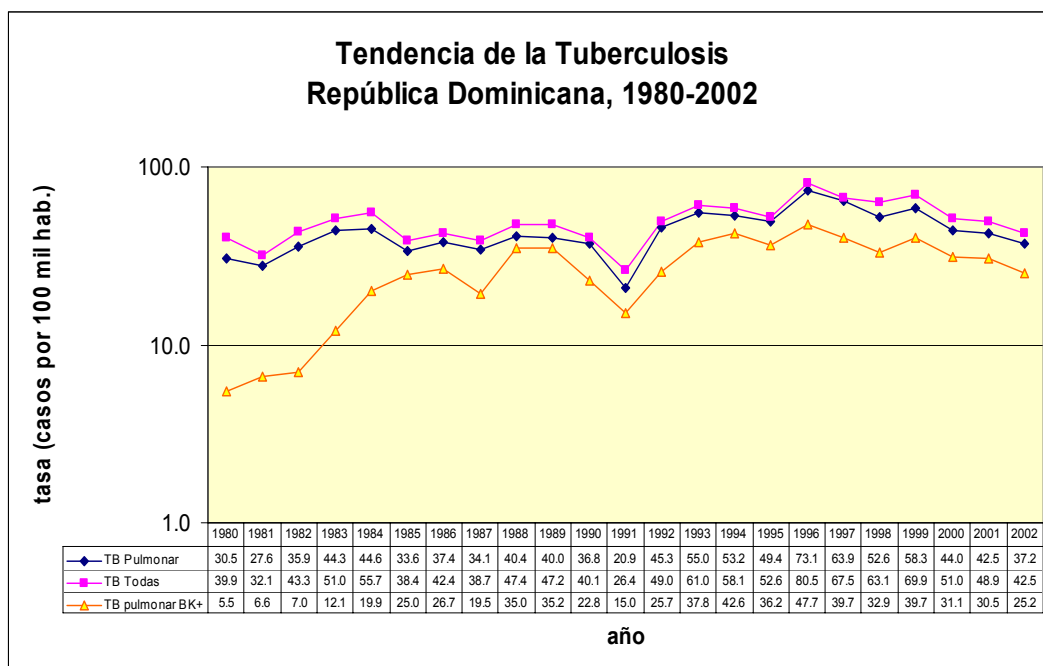
a) Enfermedades transmisibles con intervenciones de tratamiento directo e individual

La tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública del país. Las tasas de incidencia estimadas se han mantenido entre el periodo 1980-2000 los últimos 20 años entre 70 y 100 casos por 100,000 habitantes, entre las más altas del continente, siendo el país uno de los nueve de Las Américas que aportan la mayor carga de casos nuevos por año³³.

Desde 1990, la morbilidad reportada por tuberculosis (TB) ha sido elevada, con una tendencia ondulante relacionada con el subregistro dado por las variaciones en la cobertura e intensidad de la localización de casos y por la mala calidad del registro. Para los años 2000, 2001 y 2002 se observa una disminución de las tasas de incidencia (ver gráfico No. 17); sin embargo, este descenso no debe ser atribuido a una disminución real, ya que hasta 2002 el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) presentaba indicadores muy bajos de cobertura, detección y curación.

³³ OPS. Situación de la tuberculosis en Las Américas. Programa Regional de Tuberculosis. Informe 2003.

Gráfico No.17



Fuente: Registros del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT).

Entre las provincias con mayores tasas de incidencia de tuberculosis pulmonar BK + en 2002, se encontraban: San Juan de Maguana, con 46 casos por 100,000 habitantes; Barahona, con 43.7 casos por 100,000; Bahoruco con 42.3 casos por 100,000 y María Trinidad Sánchez, con 41 casos por 100,000. (Ver cuadro No. 24).

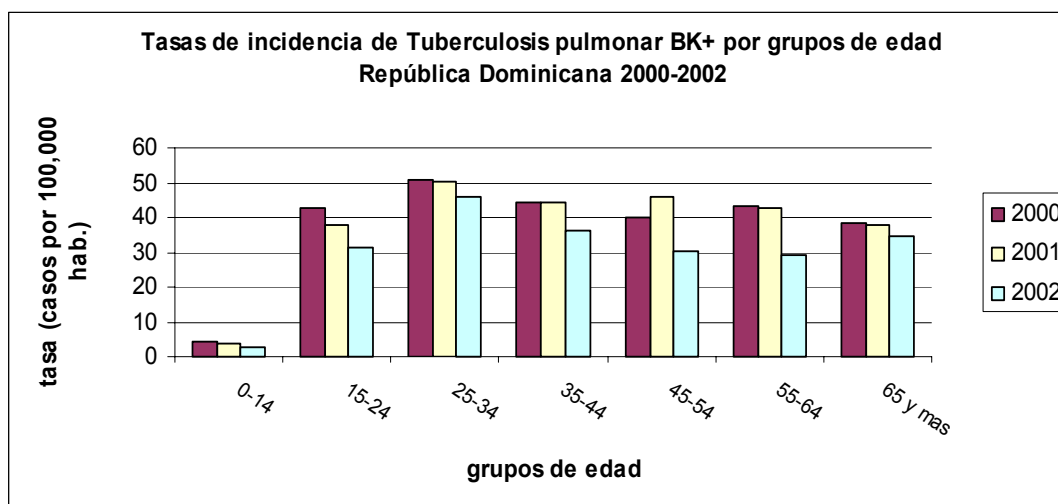
La distribución por grupos de edad de la TBP BK +, según la notificación correspondiente al período 2000-2002, indica que la mayoría de los casos fueron verificados en la población económicamente activa, constituida por el grupo de personas de 15 a 54 años, lo que se traduce en un importante costo económico y social para el país. Igualmente, destaca la alta tasa de incidencia encontrada en la población de 65 y más años. (Ver gráfico No. 18).

Cuadro No. 24
República Dominicana
Incidencia de Tuberculosis Pulmonar BK+ según provincias, 2000-2002

PROVINCIA	2000*		2001*		2002*	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
01 Distrito Nacional	1191	41.4	1,250	44.3	915	31.3
02 Azua	69	34.2	46	22.7	26	12.8
03 Bahoruco	12	13.1	37	40.2	39	42.3
04 Barahona	74	43.0	56	32.4	76	43.7
05 Dajabón	7	12.5	10	17.5	13	22.4
06 Duarte	78	28.9	96	35.0	103	37.5
07 Elías Piña	0	0.0	0	0.0	0	0.0
08 El Seybo	4	4.7	12	14.5	23	28.3
09 Espaillat	48	22.9	33	15.7	17	8.1
10 Independencia	2	4.4	11	23.9	11	23.5
11 La Altagracia	4	2.5	2	1.2	18	10.1
12 La Romana	106	54.7	63	31.8	73	36.1
13 La Vega	55	14.8	38	10.1	35	9.2
14 María Trinidad Sánchez	50	39.5	77	60.8	52	41
15 Montecristi	44	42.8	21	20.2	12	11.5
16 Pedernales	0	0.0	11	56.2	1	5.1
17 Peravia	40	25.7	40	25.3	48	29.9
18 Puerto Plata	94	33.3	74	25.9	62	21.5
19 Salcedo	10	11.3	15	16.7	16	17.6
20 Samaná	10	11.4	11	12.2	17	18.5
21 San Cristóbal	135	28.1	118	24.1	101	20.2
22 San Juan de la Maguana	134	56.7	102	43.5	107	46.0
23 San Pedro de Macorís	88	33.0	120	43.5	73	25.6
24 Sánchez Ramírez	17	10.8	10	6.4	26	16.8
25 Santiago	146	18.5	174	21.8	153	18.9
26 Santiago. Rodríguez	9	17.0	2	3.7	12	22.0
27 Valverde	40	28.1	27	18.8	15	10.4
28 Monseñor Nouel	60	39.4	39	25.5	35	22.8
29 Monte Plata	47	28.5	62	36.7	55	31.7
30 Hato mayor	30	37.1	34	42.0	31	38.2
31 San José de Ocoa	5	8.5	9	15.1	14	23.6
TOTAL PAÍS	2609	31.7	2600	31.5	2179	25.9

Fuente: * Evaluación del Programa Nacional de Control de la tuberculosis en la República Dominicana, año 2002. Tasas por 100,000 habitantes.

Gráfico No. 18



Fuente: Registros del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT).

Entre los factores de riesgo identificados, los cuales explican la elevada tasa en la morbilidad por TBP, se encuentran los críticos problemas sociales que el país vivió en la década de 1980, la concentración de población en zonas urbano-marginales, la epidemia de HIV/SIDA (más del 10% de los casos son HIV+) y, sobre todo, las deficiencias del PNCT. Al elevado número de casos de TBP debe agregarse la tendencia ascendente de la resistencia bacteriana a los tratamientos.

Desde el año 2000, el PNCT está siendo reorganizado en torno a la diseminación de la estrategia DOTS/TAES³⁴, recomendada por la OMS debido a su eficacia en otros países.

En tanto, **la lepra** es una enfermedad endémica bien conocida en el país. El registro de su incidencia anual abarca más de 30 años. La morbilidad reportada se ha mantenido inferior a un caso por 10,000 habitantes, mientras el Instituto Dermatológico Dominicano y de Cirugía de la Piel documenta entre 200 y 300 nuevos casos por año.

La tendencia de la lepra a nivel nacional muestra un descenso progresivo a partir de 1990, registrándose la menor incidencia en 2002, con 0.24 casos por 10,000.³⁵ (Ver gráfico no. 19).

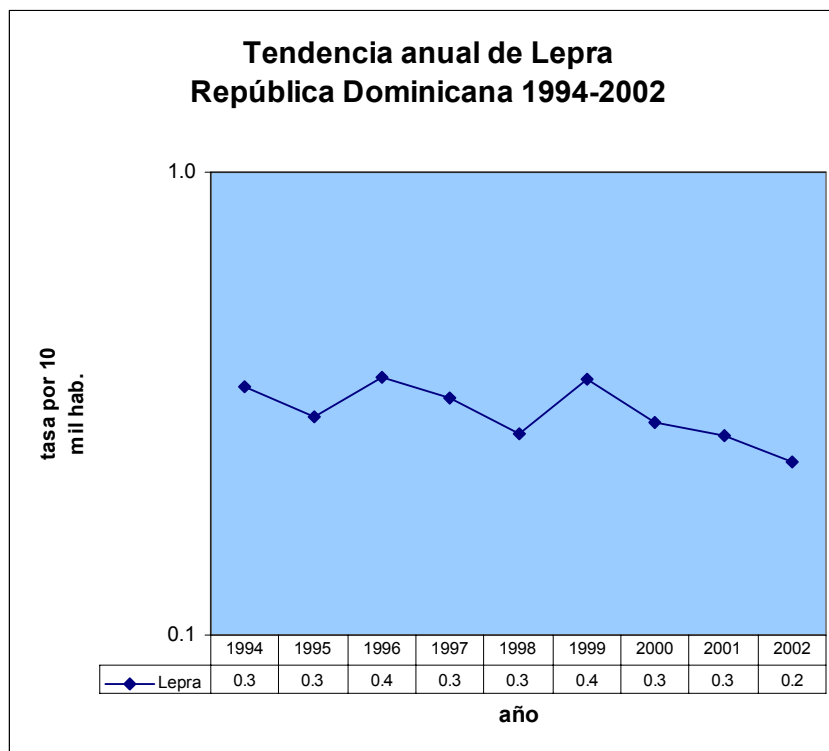
Esta enfermedad afecta por igual a hombres y mujeres, presentándose con mayor frecuencia en personas de más de 15 años. Las manifestaciones clínicas de la afección son variables, aunque aproximadamente en el 40% de los casos se evidencia como lepra tuberculoide. Barahona y Pedernales son las provincias que mantienen tasas por encima de un caso por cada 10,000 habitantes.

³⁴ Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

³⁵ Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel, Programa Control de Lepra.

En el año 2000, la OMS adoptó como meta la *eliminación* de esta enfermedad (<1 caso/ 10,000 habitantes), proponiéndose colocar la terapia multimedicamentosa al alcance de todas las comunidades y áreas; así como garantizar el diagnóstico y tratamiento apropiados y de buena calidad, con evaluaciones basadas en la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de los programas. Por los resultados obtenidos a la fecha, el Programa Nacional de Control de Lepra ha sido exitoso y la tendencia es a la erradicación de la enfermedad.

Gráfico No.19

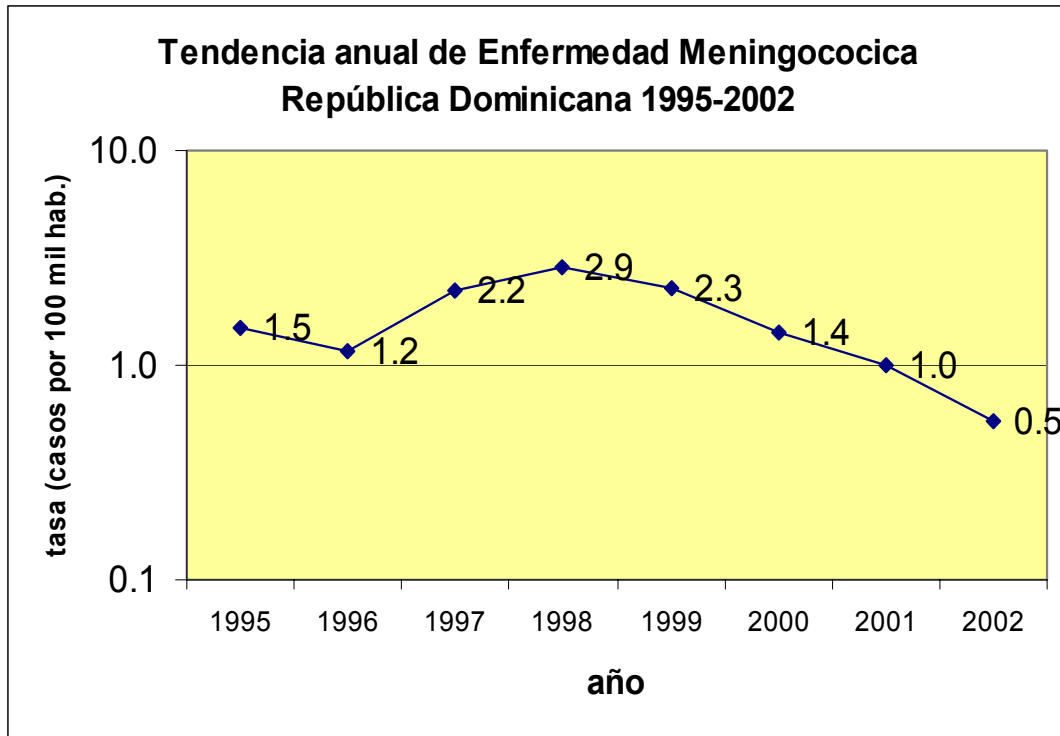


Fuente: Registros del Programa Nacional de Control de Lepra.

La enfermedad meningocócica, bien documentada a partir de 1996, ha mantenido tasas de entre 1.2 y 2.4 casos por 100,000 habitantes. Durante los años 1995-2002, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica captó un promedio anual de 132 casos probables; en tanto, las tasas de incidencia documentadas durante este período oscilaron de 0.5 a 2.9 por 100,000, registrándose la mayor en 1998.

Entre los años 2000-2002, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados, asentándose sólo el 55% de los esperados con relación al promedio del período 1995-2000 (154 casos). En 2002 fueron notificados 47 casos, para una tasa de incidencia de 0.5 por 100,000 hab., la más baja registrada en la historia del Sistema Nacional de Vigilancia. (Ver gráfico No. 20).

Gráfico No. 20



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SESPAS.

El riesgo de padecer la enfermedad decrece con la edad. Los menores de un año siguen siendo los de mayor riesgo. En los ocho años de vigilancia, la tasa promedio específica para este grupo fue de 8.7 casos por 100,000 hab.

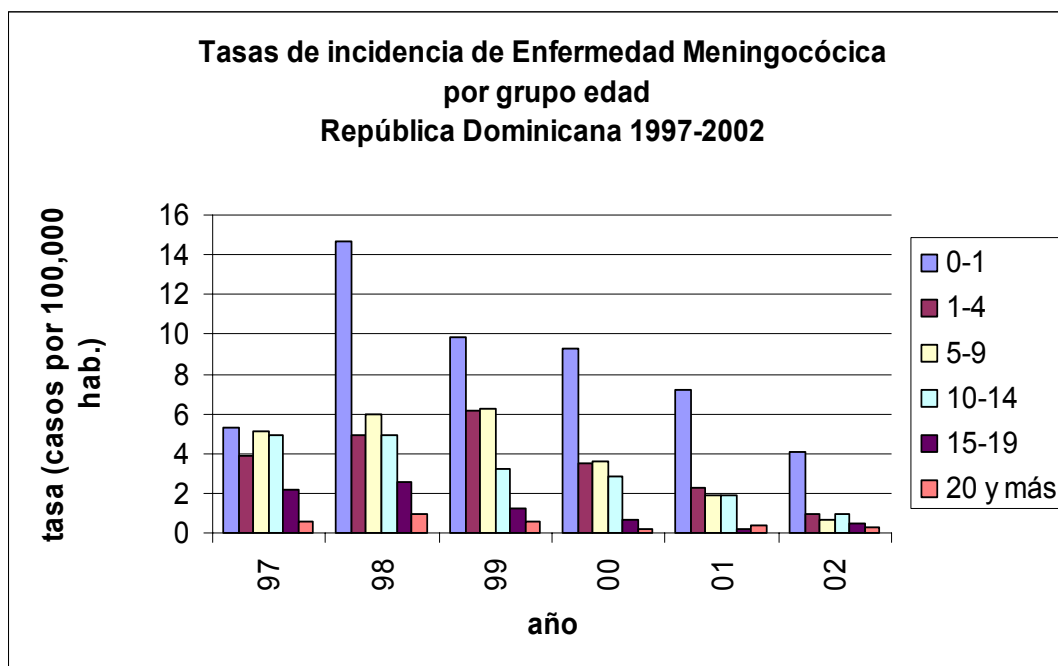
Ocupan el segundo lugar los menores de 1-4 y 5-9 años, con tasas promedio de 3.6 casos por 100,000 hab., respectivamente. La disminución observada en la incidencia de la afección en la población general se expresa de igual modo al interior de todos los grupos de edades (Ver gráfico No. 21).

El 59% de los casos probables son del sexo masculino, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres; excepto en 2002, cuando enfermaron tres hombres por cada mujer. Durante todo el período, la tasa específica por sexo fue de 1.9 casos por 100,000 hombres y 1.4 casos por 100,000 mujeres.

La meningitis meningocócica fue la forma clínica presentada en el 70% de los casos durante el período 2001-2002. Hasta 2000, la forma clínica predominante era la meningococemia, con excepción del año 1998, donde ambas variantes se presentaron en igual proporción.

De los serogrupos identificados, los "A", "B", "C" e "Y" han sido detectados en el país, siendo los "B" y "C" los hallados con mayor frecuencia. Durante los años 1995, 1996 y 2002, en la mayoría de casos confirmados se identificó al serogrupo "B"; de 1997 a 2000, el serogrupo presente en el mayor número de casos fue el "C"; mientras que, en enero de 2001, fue documentado un caso correspondiente al serogrupo "Y", en el Distrito Nacional.

Gráfico No.21



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SESPAS.

De 1995 a 2002, todas las provincias presentaron casos de la enfermedad meningocócica, con excepción de San José de Ocoa, creada en 2001. Las provincias con mayor número de casos en términos absolutos fueron el Distrito Nacional, Santiago, San Pedro de Macorís, San Cristobal, Espaillat, La Vega, Monseñor Nouel, Azua, La Romana, La Altagracia, Barahona, Dajabón y Monte Plata.

En 2002, no hubo registro de casos en 12 de las 31 provincias. Las mayores tasas fueron notificadas en Pedernales, con cinco casos por 100,000 habitantes; Hato Mayor, con 3.4 por 100.000; y Salcedo, con 1.9 por 100.000. El mayor porcentaje de casos (35%), fue reportado en el Distrito Nacional; sin embargo, la tasa de incidencia era de 0.6 por 100,000. La provincia en la que se registró la menor tasa fue La Altagracia, con 0.8 casos por 100,000 habitantes.

Durante este período fueron detectados un brote institucional y 23 comunitarios, en áreas semirurales con poblaciones en situación de pobreza crítica. La transmisión del meningococo se vincula a procesos, como el hacinamiento, que tienen lugar en el núcleo familiar y en grupos poblacionales cerrados. Las actividades laborales y culturales que promueven movimientos migratorios internos dinámicos e inestables movilizan a portadores sanos hacia poblaciones susceptibles. El sistema ha desarrollado la capacidad de aplicar quimioprofilaxis, antes de 72 horas, en más del 90% de los casos de contactos íntimos reportados como sospechosos.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen el principal motivo de consulta ambulatoria y están entre las primeras cinco causas de muerte registradas en 1999 y 2000. Cada año son notificados entre 6,000 y 10,000 casos por semana. La ENDESA 2002 reporta que las enfermedades respiratorias (gripe o influenza, bronquitis, neumonía, laringitis, faringitis y sinusitis) representaban el 80% de la

morbilidad padecida por la población en el último mes. En ENDESA 96, éstas constituían el 65%.

Para la población menor de cinco años, las IRA son el principal motivo de demanda de atención en los establecimientos de salud.³⁶ Los datos recolectados en ENDESA 2002 indican que el 19.6% de los menores de cinco años tuvo al menos una acompañada de respiración agitada, durante las dos semanas que precedieron a la encuesta, cifra menor a la observada en ENDESA 96, de 24.7%.

Del total de niños reportados con IRA en las dos semanas precedentes a la encuesta (20 por ciento del total), el 61% recibió tratamiento médico. En general, el porcentaje de menores para quienes se buscó asistencia terapéutica disminuyó a medida que aumentó su edad y el nivel educativo de la madre.

El personal de los servicios de salud y representantes de más de 30 organizaciones no gubernamentales del país han sido capacitados en la aplicación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

b) Enfermedades transmitidas por vectores

Desde 1965, la tendencia en las tasas de **malaria** ha sido fluctuante. Como resultado de medidas de control aplicadas a finales de la década de 1960 y mediados de la de 1970, se logró reducir la tasa a menos de un caso por 100,000 habitantes. Este período (1965-1977) se considera de baja endemicidad, con un promedio anual de 312 casos (± 231).

En el lapso de 1978 a 1984 se presentó un promedio anual de casos de 3,401 ($\pm 1,178$). Los años de mayor incidencia fueron 1980, 1981 y 1982, en los cuales se registraron 4,780, 3,596 y 4,654 casos, respectivamente. Este incremento fue relacionado con el paso del huracán David y la tormenta Federico.

En el período 1988-1995, la incidencia de malaria evidenció una tendencia general al aumento, con la menor ocurrencia durante 1990 y 1991 (ver gráfico No. 22). En 1991, el número de casos se redujo a 377 (de 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 seis meses), condicionantes económicos (reducción de la producción de caña de azúcar por la caída de los precios y de la cuota de exportación del azúcar) y socio-políticos (cierre de la frontera por conflictos en las relaciones externas y reducción del flujo migratorio).

En 1992 hubo un aumento de la morbilidad (698 casos en 299,549 muestras examinadas y 11 defunciones) que alcanzó su pico en 1995, con una tasa de 23.6 por 100,000 habitantes, debido a la reactivación de focos asociados a la participación de obreros inmigrantes en proyectos de construcción hotelera en el Este y el Noroeste del país.

Mientras en 1997 fueron registrados 816 casos, para una tasa de 10.2 por 100,000 habitantes; en 1998 fueron detectados 2,006 casos, con una tasa de 24.5 por 100,000.

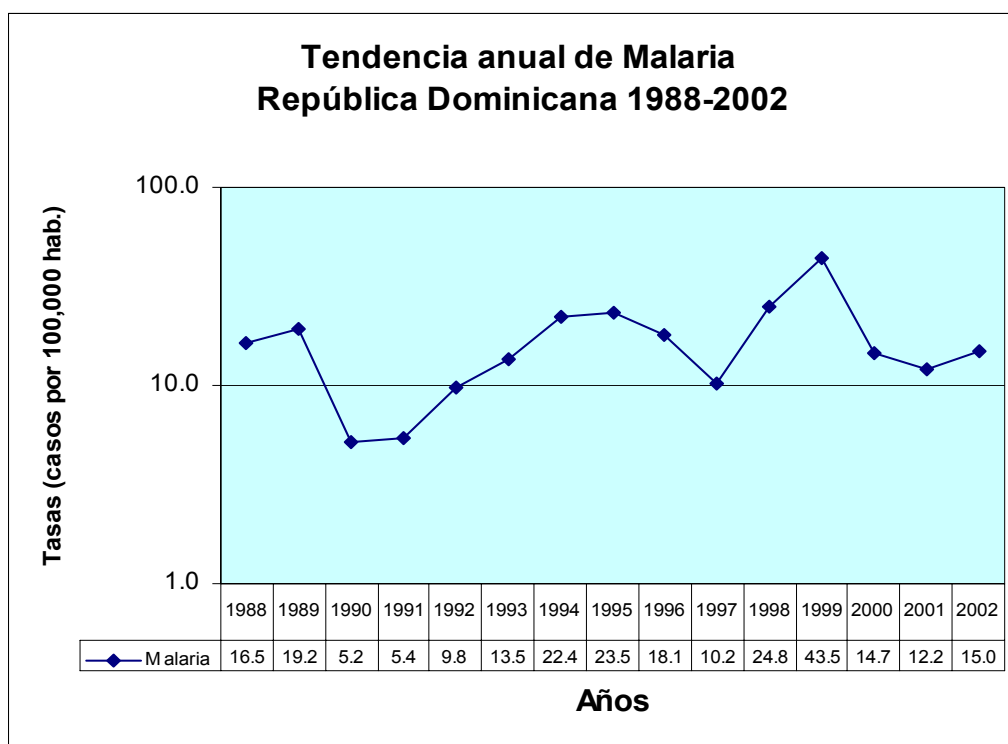
³⁶ República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria anual 2002. Santo Domingo, 2003.

En 1999 hubo 3,589 casos (43.5 por 100,000 hab.), provocados en su mayoría por un brote importante bien localizado en la provincia La Altagracia.

Los efectos del huracán Georges, en 1998, repercutieron en el aumento de casos de malaria diagnosticados en 1999. Se considera que los grandes cambios ecológicos relacionados con estas grandes catástrofes inciden de diversas formas en los niveles de riesgo de transmisión de la malaria.

Durante los años 2000, 2001 y 2002, el promedio anual de casos fue de 1,189, con una tasa de incidencia de 14.7, 12 y 15 casos por 100,000 habitantes, respectivamente.

Gráfico No. 22



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria, CENCET, SESPAS.

Durante el período 1996-2001, según la distribución de los casos de malaria por provincias, el mayor aporte porcentual fue verificado en las provincias de Montecristi, con 3,145 (31.2%) casos; La Altagracia, con 1,222 (12.1%); Valverde, con 809 (8.0%); El Seibo, con 661 (6.5%); y Elías Piña, con 646 (6.4%). Cinco (16.6%) de las 30 provincias contribuyeron con el 64.2 % del total de casos del país en estos años, lo que indica una focalización del problema.

La provincia de Bahoruco notificó 709 casos en 2002, el 55% del total registrado, y una tasa de 553 casos por 100,000 habitantes. Este incremento se relaciona con los flujos migratorios de trabajadores agrícolas ocasionales por el restablecimiento del cultivo de caña de azúcar destinada al ingenio Barahona, el cual fue adquirido recientemente por el sector privado en el proceso de privatización de empresas estatales; así como con la inmigración haitiana debida a otras causas.

El grupo de edad más afectado por esta enfermedad fue el de 15-49 años (68,6%), con un 66.4% de casos de sexo masculino. El 83.0% de los casos tuvieron lugar en el área rural.

La malaria está ligada a las actividades agrícolas y de construcción, por lo que se concentra en la población económicamente activa.

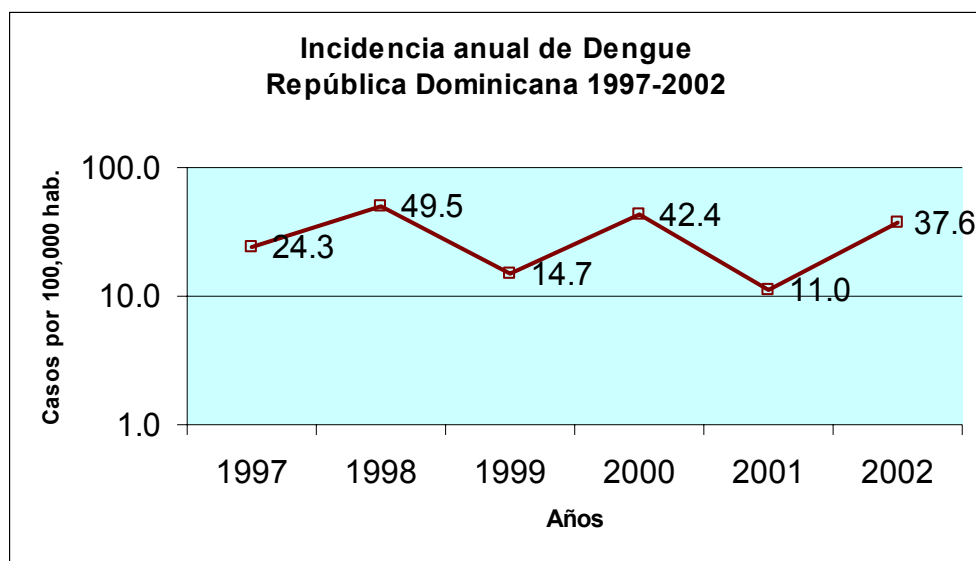
La especie parasitaria en el país es el *Plasmodium falciparum*, hasta la fecha sensible a las cuatro amino-quinoleínas. El principal vector es el mosquito *Anopheles albimanus*.

El Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET) dispone de puestos fijos de control en las provincias fronterizas de Independencia, Pedernales y Barahona, donde se le administra tratamiento profiláctico a la población inmigrante, como requisito para ser contratada por diversas empresas, principalmente ingenios azucareros y de construcción de la infraestructura turística.

Se destaca la iniciativa de "Hacer Retroceder la Malaria", desarrollada por el CENCET en 2002, con la focalización del problema en la provincia de Montecristi. El proyecto se fundamentó en un abordaje integral de la epidemia con presencia mínima de insecticidas. Contó con financiamiento de la OPS y fue ejecutado de forma conjunta entre el CENCET y la Dirección Provincial de Salud, logrando una reducción del 40% en las localidades intervenidas.

La fiebre del dengue y el dengue hemorrágico se han constituido progresivamente en un grave problema de salud pública en Las Américas. En el año 2002, cuarenta y cinco países de la región reportaron casos de dengue. En República Dominicana es una enfermedad endémica. El número de casos de ambas formas, clásico y hemorrágico, ha variado con descensos en los años 1998, con 4008 casos (49.5 por 100,000 hab.); 2000, con 3,558 casos (42.4 por 100,000) y 2002, con 2,608 casos (37.6 por 100,000). (Ver gráfico No. 23).

Gráfico No. 23



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SESPAS.

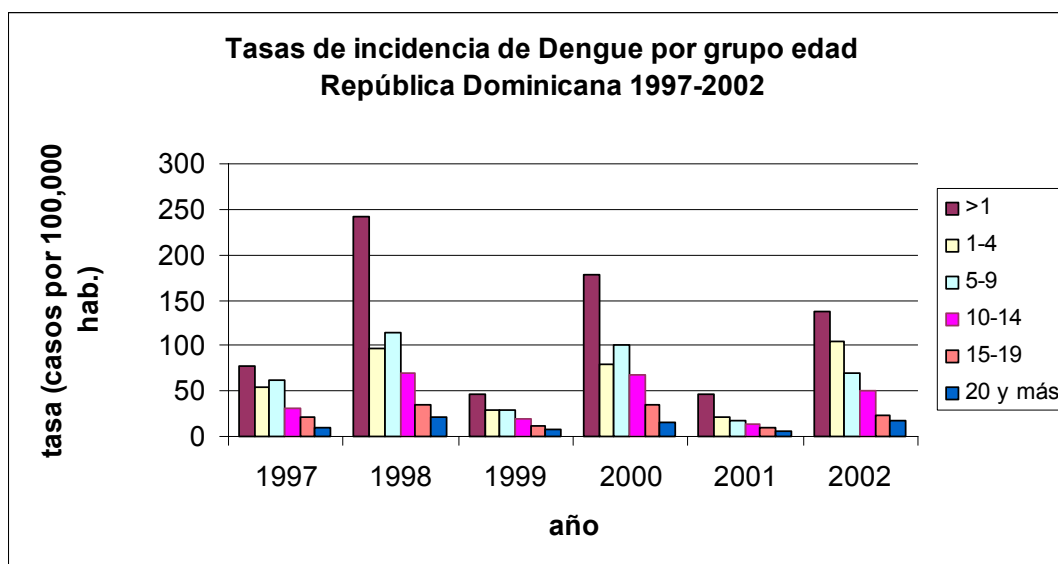
Durante los años analizados se observa un incremento habitual de la enfermedad en los meses de julio-agosto-septiembre, para descender en diciembre.

Se ha confirmado la presencia de los serotipos 1, 2, 3 y 4. Los serotipos del virus que han circulado por año son: 1 y 2, en 1997; 1, 2, 3 y 4, en 1998; 1, 2 y 4, en 1999; 1 y 3, en 2000; en 2001 no se realizó aislamiento viral; y, en 2002, todos los hallazgos fueron del serotipo 2.

Las provincias que reportaron el mayor número de casos en los años analizados fueron el Distrito Nacional, Santiago, San Cristóbal, Espaillat, Puerto Plata, Barahona, Peravia y Azua. En 2002, las provincias con más altas tasas de incidencia fueron Montecristi y San José de Ocoa, con 146.7 casos por 100,000 habitantes.

El 74% de los casos probables de dengue tienen menos de 20 años y el 53.5% eran menores de 10 años. En el gráfico No.24 se observa que el grupo de edad más afectado por el dengue fueron los menores de un año.

Gráfico No. 24



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, SESPAS.

El dengue es una enfermedad esencialmente urbana, cuya transmisión esta asociada a niveles moderados o altos de densidad poblacional y a la urbanización mal planificada. La disponibilidad de servicios públicos de agua potable y desechos sólidos condiciona su riesgo de transmisión.

La infestación del *Aedes aegypti* es general en el territorio dominicano. Las temperaturas tropicales, las bajas alturas y la humedad relativa del aire, de moderada a alta, son condiciones geoclimáticas que facilitan la reproducción del mosquito vector. Debido a los altos índices de infestación del vector en las principales ciudades del país, existe un riesgo elevado de brotes.

El sistema de vigilancia se consolidó en 1997, cuando fue incorporada la iniciativa de búsqueda activa de casos. Desde 2000, se ejecuta una estrategia de prevención del dengue basada en la participación comunitaria, la cual incluye la aplicación de cloro en las paredes internas de los recipientes domiciliarios para almacenar agua. La táctica fue adoptada a partir de investigaciones basadas en técnicas cualitativas que abordan el concepto de “conductas candidatas”.

En 1999 fue iniciado un programa de control de la **filariasis linfática**, el cual incluye la identificación de focos mediante encuestas a escolares a nivel municipal y el tratamiento masivo anual a la población.

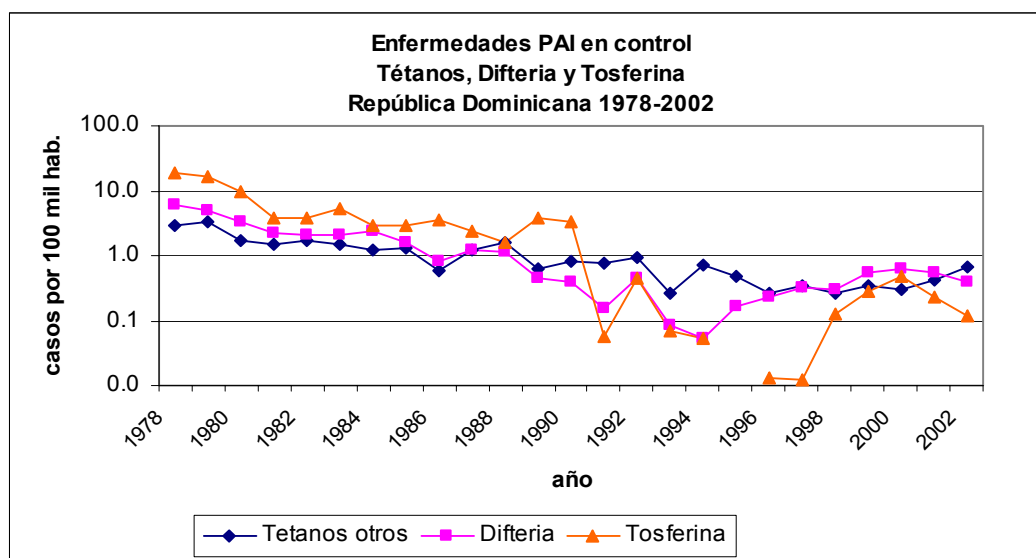
En la primera etapa de la encuesta fueron muestreados 84 municipios, 12 de los cuales resultaron positivos. En la segunda etapa, se trabajó en 38 municipios, detectándose casos de la enfermedad en seis de ellos.

Al igual que el cólera y la peste, **la fiebre amarilla** es una enfermedad de notificación obligatoria sujeta al reglamento sanitario internacional. En el país no han sido detectados casos desde el siglo pasado.

c) Enfermedades inmunoprevenibles

Los casos de difteria, la tos ferina y el tétanos no neonatal se redujeron considerablemente en desde los años 1980, de tasas alrededor de 10 casos por 100,000 habitantes, a por debajo de 0.1 por 100,000. (Ver gráfico No. 25).

Gráfico No. 25



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por vacunas, Programa Ampliado de Inmunizaciones, SESPAS.

La difteria duplicó, en 1999, 2000 y 2001, los casos de 1998 y 1997. En tanto, el número de casos de **tos ferina** aumentó en 1999 y 2000, en relación con 1998. Durante 1995 y 1997, hubo de cero a un caso por año. En 2002, fueron notificados 35 casos de difteria y apenas diez de tos ferina.

Durante el período 1999-2002, la provincia con mayor concentración de casos de difteria fue Santiago, con 67.6%. En 2002, la provincia con mayor cantidad de casos de tos ferina fue la de Santo Domingo, con cinco. La población más afectada por la difteria es la de 1-4 años; y los menores de un año, en el caso de la tos ferina.

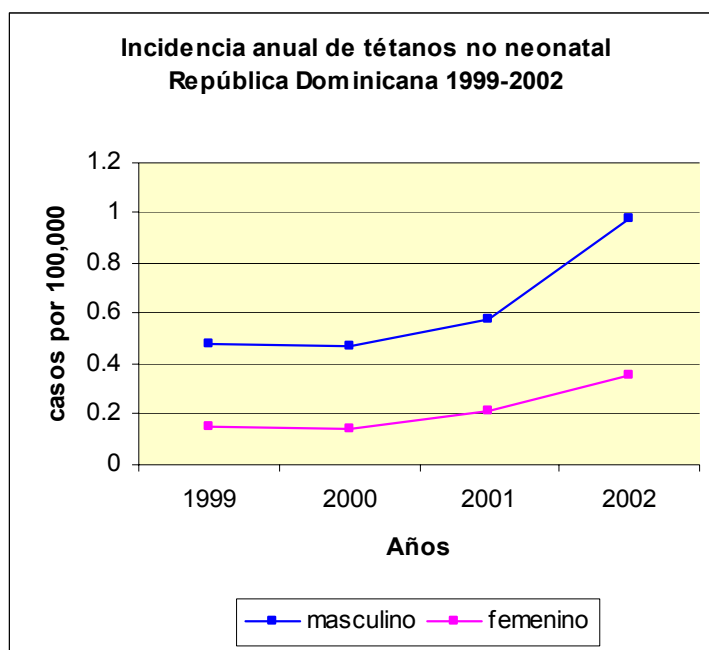
La incidencia de ambas enfermedades está relacionada con las inequidades en el acceso de la población a servicios preventivos de salud, particularmente a las vacunas que permiten la acumulación de susceptibles en un número importante cada dos o tres años. Tal situación debe ser enfrentada con estrategias combinadas de inmunización a poblaciones alejadas de los servicios de salud y cambios en las actitudes, creencias y prácticas de las madres frente a la vacunación.

Según datos del PAI, a nivel nacional la proporción de población menor de un año vacunada contra difteria, pertusis y tétanos en 2002 fue de 72.8%. Las provincias por debajo de esta cobertura nacional fueron Valverde (27.5%), Monte Plata (48%), Elías Piña (54.6%), San Cristóbal (54.9%), Distrito Nacional (61.1%), El Seibo (61.2%), San Pedro de Macorís (63.4%), Sánchez Ramírez (63.4%) y Puerto Plata (68%).

Al analizar la tendencia dada por las estimaciones de las últimas Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA 1996 y ENDESA 2002), se verifica que la cobertura a nivel nacional de vacunación completa de DPT a menores de 12 meses se ha mantenido bajas en los últimos años: en 1996 era de 57.6% y, en 2002, de 56.6%.

Se observa una duplicación de los casos de **tétanos no neonatal** durante el período 2000-2002: de 26 casos en 2000, a 57 en 2002. Los hombres son los más afectados. (Ver gráfico No. 26). Entre las provincias que reportaron una mayor cantidad de casos se encuentra Santo Domingo, con diez; y Santiago, con ocho. El incremento en el número de casos de la enfermedad se vincula a un inadecuado manejo profiláctico de las heridas.

Gráfico No. 26



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por vacunas, Programa Ampliado de Inmunizaciones, SESPAS.

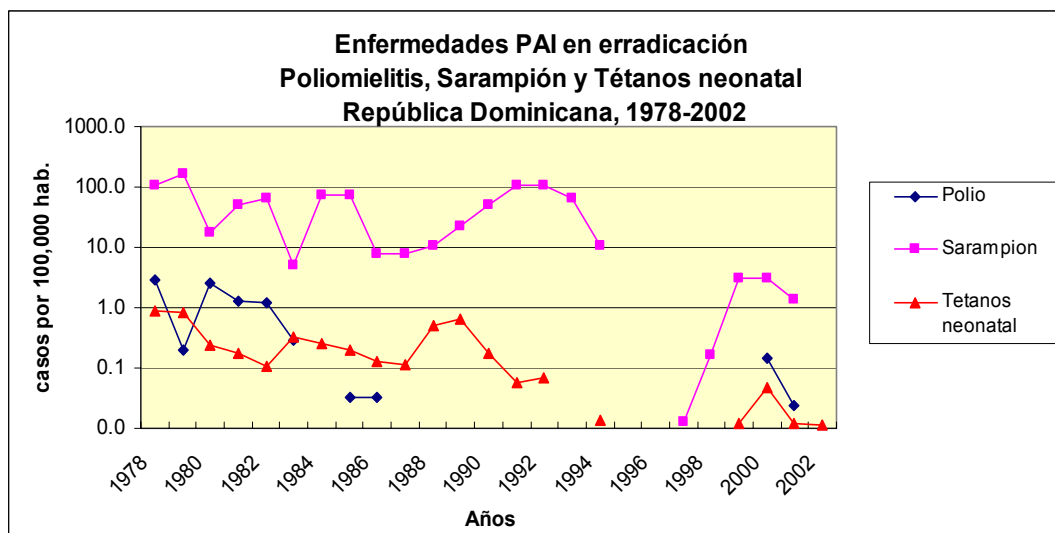
El tétanos neonatal, con tasas variables de entre 0.1 y 1.0 por 100,000 para la década de 1980, se ha mantenido con tasas iguales a cero y por debajo de 0.1 a partir de 1993. Desde 1999, con excepción de 2000, se documenta un caso importado anualmente.

El acceso de la población embarazada a la vacunación y, más aún, la cobertura institucional de los partos, ha tenido un impacto importante en la reducción de esta enfermedad en el periodo de 1980 -2000. (Ver gráfico No. 27).

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de prevención del tétanos neonatal. La ENDESA 2002 reporta que, de las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la encuesta, el 95 por ciento

recibió al menos una dosis de toxoide tetánico durante el embarazo del último nacimiento. Entre las mujeres sin nivel de escolaridad la cobertura es de un 85 por ciento; en tanto, entre las que alcanzaron educación superior, es del 96 por ciento.

Gráfico No. 27



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por vacunas, Programa Ampliado de Inmunizaciones, SESPAS.

La poliomiélitis parálitica inició la década de 1980 con tasas por encima de 1.0 casos por cada 100,000 habitantes, afectando principalmente al grupo de menores de un año; pero, en 1986, descendió dramáticamente a 0.03 por 100,000. Entre 1987 y 1999 no fue reportado ningún caso en el país.

En octubre de 2000, fue detectada en República Dominicana una epidemia de poliomiélitis parálitica ocasionada por el poliovirus tipo 1, con focalización en un municipio de muy baja cobertura vacunal y casos distribuidos en las principales rutas de conexión entre los mayores centros urbanos.

La investigación epidemiológica identificó 23 casos de parálisis flácida aguda (PFA) con inicio de síntomas entre el 12 de julio y el 28 de noviembre de 2000. Nueve de éstos (39%) habían sido notificados al sistema de vigilancia del PAI y 14 (61%) se encontraron mediante la búsqueda activa. Se descartaron cinco casos (21%) y 18 (78,3%) fueron confirmados o compatibles; seis casos fueron confirmados por aislamiento del poliovirus tipo 1 en muestras; dos casos por aislamiento del virus en contactos íntimos y ocho casos por nexos epidemiológico. Dos clasificaron como compatibles. La edad media de los casos fue de 4.6 años (Rango 9m – 14a). El sexo más afectado fue el femenino, con un 55% (10 casos). 14 casos correspondieron a la provincia de La Vega, de los cuales 13 (72%) se presentaron en el municipio de Constanza.

De acuerdo con la historia vacunal, 15 casos (83%) no habían sido inmunizados, frente a tres que sí lo estaban. En 1999, la cobertura de vacunación en Constanza fue de un 45%.

El virus aislado deriva de la cepa vacunal, con un 97% de similitud genética con la cepa OPV de origen. Durante el año 2000 y hasta la novena semana de 2001, fueron

identificados 94 casos de PFA, 14 de éstos (15%) confirmados por aislamiento. Desde entonces no han sido detectados nuevos casos. Durante 2001 y 2002 fueron notificadas e investigadas 75 y 36 apariciones de parálisis flácidas, respectivamente.

La pronta sospecha, investigación y confirmación de la existencia de un brote de polio permitió una rápida puesta en marcha de actividades, como el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para la PFA, a través del reforzamiento de la búsqueda activa generalizada de casos y de las acciones técnicas vinculadas a cada uno de ellos (notificación oportuna positiva y negativa, toma de muestras, investigación clínico epidemiológica y control de foco), además de la ejecución de campañas masivas de vacunación a nivel nacional, con énfasis en áreas de baja cobertura.

Un reporte del PAI indica que la proporción de población menor de un año vacunada contra la polio a nivel nacional, en 2002, fue de 76.3%. Las provincias con coberturas por debajo de este porcentaje fueron Monte plata (38.6%), San Cristóbal (51.2%), Elías Piña (60.3%), Valverde (61.4%), La Romana (63%), Samaná (63.1%), San Pedro de Macorís (63.4%), el Seibo (65.9%), María Trinidad Sánchez (68.4%) y el Distrito Nacional (69.1%).

Según las más recientes ENDESAS (1996 y 2002), las coberturas nacionales de vacunación completa antipolio a menores de 12 meses se han mantenido bajas en los últimos años. En 1996 era de 48.1% y, en 2002, de 44%.

El sarampión fue de las enfermedades transmisibles de mayor importancia para la salud pública en las décadas de 1970 y 1980, por su alta morbilidad asociada a complicaciones y muertes al combinarse con la desnutrición.

La epidemia alcanzó tasas de más de 100 casos por 100,000 habitantes en los años de 1970 y se mantuvo entre 10 y 100 por 100,000, en la década de 1980 y principios de la década de 1990. Sin embargo, gracias al plan de eliminación puesto en marcha a partir de 1991, en 1995 y 1996 no se produjeron nuevos casos.

En 1997 fue registrado el caso de un empleado turístico, sin que se identificara la fuente de infección; pero, a finales de 1998, fue detectado un brote de 14 casos en la provincia La Altagracia, el cual se expandió a otras tres provincias en 1999, a pesar de la campaña nacional realizada en 1998. En 1999 fueron confirmados cerca de 220 casos de sarampión.

En 1999, el país realizó un gran esfuerzo de vacunación en menores de 15 años, con énfasis en municipios con una cobertura de inmunización inferior al 95% y reforzó la vigilancia de casos febriles eruptivos en todo el territorio nacional. Este brote ha sido atribuido a la introducción del virus por turistas procedentes del Cono Sur (fue identificado el mismo genotipo viral) y a la acumulación de susceptibles en los grupos de menores de cinco y mayores de 15 años.

Desde 2000 al 2002 se observa una disminución significativa de los casos confirmados de sarampión, de 2.9 por 100,000 habitantes en 2000, a cero casos confirmados en 2002. (Ver gráfico No. 28). Durante ese último año fueron notificados e investigados por el PAI a nivel nacional 739 casos de febriles eruptivos, pero ninguno de ellos fue confirmado.

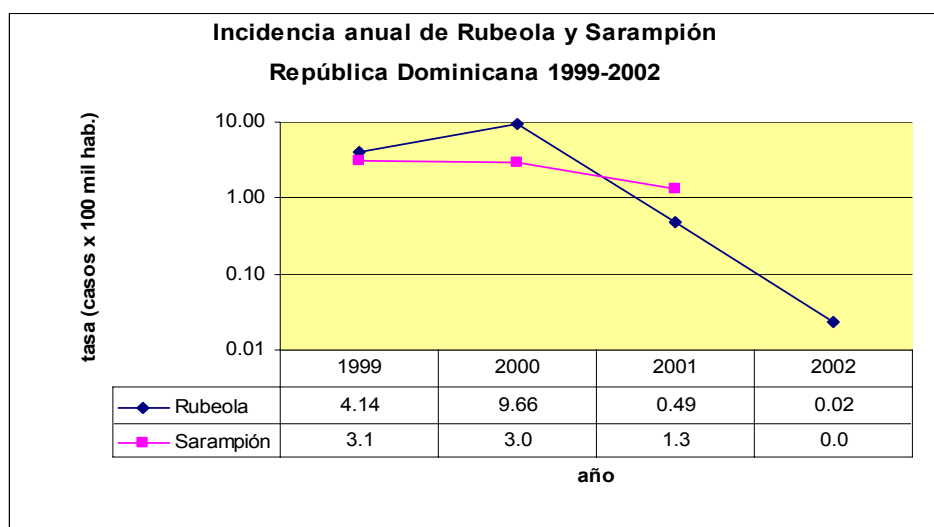
Esta disminución se debió fundamentalmente a tres actividades realizadas durante el período: la ejecución de campañas masivas de vacunación a nivel nacional, la vigilancia activa de febriles eruptivos y brotes, y el fortalecimiento de los puestos fijos de vacunación.

En 2002, la proporción de menores de un año vacunados contra el sarampión fue de 81.7%, indica un reporte del PAI. Según la fuente, las provincias con baja cobertura en 2002 fueron: Monte Plata (34.5%), Sánchez Ramírez (44.8%), Elías Piña (47.2%), La Vega (56.1%), El Seibo (56.8%), Azua (57.4%), Samaná (60.3%), Montecristi (66.2%), San Pedro de Macorís (66.3%) y María Trinidad Sánchez (67.7%).

Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA 96 y ENDESA 2002), señalan un incremento en la cobertura nacional de vacunación completa antisarampión en menores de un año, entre 1996 y 2002. La cobertura completa era de 78.2% en 1996 y de 88.3%, en 2002.

El brote de sarampión iniciado en 1998 coincidió con uno de **rubéola** que afectó provincias del Norte y el centro del país, con mayor intensidad entre febrero y julio de 1999, pero que se desarrolló durante todo ese año, reportándose un total de 347 casos (4.14 por 100,000 hab.) y alcanzó durante el 2000 el mayor número de casos confirmados (826), para una tasa de 9.7 por 100,000. En 2001 y 2002, la incidencia de rubéola disminuyó a 42 y dos casos, respectivamente. (Ver gráfico No. 28).

Gráfico No. 28



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por vacunas, Programa Ampliado de Inmunizaciones, SESPAS.

La meningitis por *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*: en los años 1998 y 1999 fue puesto en marcha, en el Distrito Nacional, un sistema especializado de vigilancia epidemiológica de las meningitis bacterianas, el cual permitió registrar más de 600 casos probables por año, confirmándose cerca del 50%.

El *Haemophilus influenzae* fue la etiología más frecuente en menores de cinco años, el 40% de las meningitis bacterianas en este grupo y el 80% de las ocurridas en menores de un año, seguidas en importancia por el *Streptococcus neumoniae* y la *Neisseria meningitidis*.³⁷

Desde el año 2000 la vigilancia de las meningitis bacterianas es realizada a través de un hospital pediátrico de referencia nacional, ubicado en el Distrito Nacional, el cual

³⁷ 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.

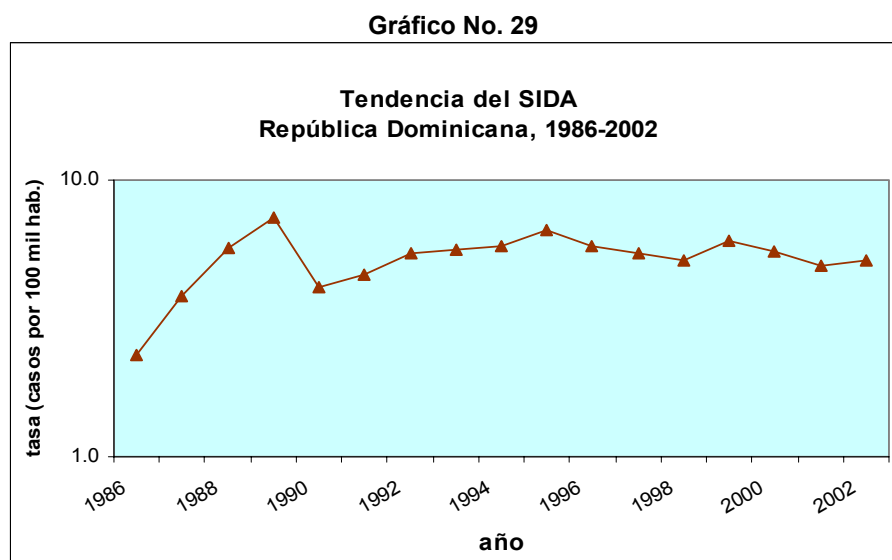
sirve de soporte al registro de la información epidemiológica de las neumonías por Hib. Se le considera un centro centinela de alto desempeño.

El número de casos de meningitis bacterianas en menores de cinco años ha descendido significativamente, según lo observado en este puesto, desde la vacunación masiva a menores de tres años que se realizara en agosto de 2001 y la posterior introducción de la vacuna PENTA (DPT/HB/Hib) al programa regular. En 1999, los casos de meningitis por todas las causas fueron 434, presentando un comportamiento similar en los años sucesivos. La reducción de casos en 2002 (introducción de la vacuna Hib) fue de 54% (198 casos). De todas las meningitis de ese año, 20 casos fueron ocasionados por Hib, lo que representó el 10% de todos los aislamientos.

El PAI reportó que, en 2002, la cobertura nacional de vacunación completa a menores de un año con PENTA (DPT/HB/Hib) fue de 38.5%.

d) Enfermedades de Transmisión Sexual

Entre 1987 y 2002 fueron notificados cerca de 6,563 casos de **SIDA**. Se considera que los datos registrados representan sólo alrededor de un 15% del total de personas que habían desarrollado la enfermedad durante el período. (Ver tendencias en el gráfico No. 29).



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA, Dirección General de Control de ITS/SIDA, SESPAS.

La Dirección General de Control de ITS/SIDA (DIGECITSS) reportó, en diciembre de 2001, que en el país se calculaba en 130,000 el número de personas viviendo con VIH/SIDA. Para ese mismo año, según un informe presentado por ONUSIDA, la cifra estimada de menores huérfanos por causa del VIH/SIDA era de 33,000.

La epidemia estuvo concentrada en el grupo de edad de 15-44 años, el cual representó el 79.6% de los casos de SIDA acumulados por el Sistema de Vigilancia en el período 1991-2001.³⁸

³⁸ SESPAS, Dirección General de Epidemiología, PROCETS, Sistema Vigilancia Casos SIDA.

El 40% de los casos de SIDA reportados correspondió a la población de 25-34 años, mientras el 18% de los infectados eran jóvenes de entre 15 y 24 años, quienes probablemente adquirieron la infección en las primeras etapas de la adolescencia.

Los hombres continuaron siendo los más afectados, con el 64% de los casos reportados; en tanto, las mujeres representaron un 35%. La relación hombre-mujer es actualmente de 3:1, lo cual puede variar dado el número de mujeres infectadas en los últimos cinco años.

Aunque los individuos homosexuales y las trabajadoras sexuales constituyeron los grupos más afectados al inicio de la epidemia, el 74.8% de los casos ocurrieron en individuos heterosexuales, tendiendo a concentrarse en las poblaciones más empobrecidas. En un 7.6% de los casos, la transmisión del VIH se realizó mediante el contacto homo/bisexual; en un 5.75% no se reportaron los modos de transmisión, mientras la transmisión perinatal se mantuvo en un 2% del total notificado.

La distribución por provincias muestra que un 48% de los casos se presentaron en el Distrito Nacional, seguido por Puerto Plata (5.6%), San Cristóbal (4.2%) y San Juan de la Maguana (3.5%).³⁹

Un componente importante de la vigilancia de la **infección por VIH** es el sistema basado en encuestas centinelas, anuales y anónimas. Han sido priorizados los puestos centinelas que captan a embarazadas, trabajadoras sexuales y pacientes que demandan atención a las ITS.

Estimaciones a partir de los datos de la vigilancia centinela indican que la prevalencia en las mujeres embarazadas fue de un 1%, de 1991 a 2000. Pero, en la población compuesta por hombres que tienen sexo con hombres, la tasa se incrementó de un 3%, en 1989, a un 6%, en 2000. Datos obtenidos por la más reciente ENDESA (2002) reportan una prevalencia de un 1% de VIH/SIDA en la población general.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Los síndromes asociados a la sífilis y la gonorrea muestran una tendencia francamente descendente. Muy probablemente han sido 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. La mayoría, el 75 por ciento, buscó asistencia médica para sus padecimientos de ITS.

La hepatitis B tiene un carácter endémico en el país, con una prevalencia del 3 al 5% entre donantes de sangre, según datos del Sistema de Vigilancia de DIGECITSS. No se dispone de información sobre la prevalencia de la hepatitis C.

Aún cuando no se conoce la frecuencia de infección por **el virus del papiloma humano**, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública nacional, representando esta sola causa el 1.8% de la mortalidad femenina registrada en 1999.

³⁹ ONUSIDA. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. Diciembre 2002.

La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes clave del nivel de riesgo de contraer ITS. Según la ENDESA 2002, el uso del condón está poco extendido entre mujeres y hombres. Tan sólo el dos por ciento de las mujeres y el uno por ciento de los hombres usaron condón en su última relación sexual con su esposo(a) o compañero(a). Se observaron mayores proporciones de uso entre las jóvenes de 20-24 años (tres por ciento), en las mujeres divorciadas o separadas (cinco por ciento) y entre aquellas con mayor educación (tres por ciento).

La proporción de hombres y mujeres que usaron el condón en su última relación aumentó significativamente cuando se trató del compañero(a) con quien no vive. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres (25 por ciento) y la mitad de los hombres (50 por ciento) usaron el condón en las circunstancias señaladas.

e) Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

La enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa siendo un importante problema de salud pública, sobre todo en menores de cinco años. Son notificados entre 2,000 y 5,000 casos por semana. En 2002, los episodios diarreicos, con 11.76%, figuraron como la segunda causa de consulta en los establecimientos públicos de salud.⁴⁰

Datos de ENDESA 2002 indican que el 14% de los menores de cinco años tuvo al menos un episodio de diarrea durante las dos semanas previas a la encuesta. Entre los niños que padecieron de diarrea, un 36 por ciento fue llevado a un proveedor de servicios de salud, un 28 por ciento recibió sales de rehidratación oral y un 55 por ciento fue manejado con terapia de rehidratación, ya fuera mediante la administración de sales (suero casero u otros) o el aumento en el suministro de líquidos. En la zona rural, un 31 por ciento recibió sales de rehidratación, en comparación con el 26 por ciento de los casos en la zona urbana.

El cólera es una enfermedad de notificación obligatoria sujeta al reglamento sanitario internacional. En el país no han sido detectados casos desde el siglo pasado, a pesar de que en el periodo 1995-2000 han sido investigadas por lo menos cinco notificaciones de sospechas finalmente descartadas.

Intoxicaciones alimentarias. De 1995 a 2002, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica registró 267 brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Se iniciaron investigaciones en el 55% de los casos. El alimento más involucrado fue el pescado, ingerido en el 61% de los episodios notificados.

Durante el lapso 1995-2000, el Sistema de Vigilancia captó e investigó un total de 11 brotes de ETA que afectaron a huéspedes de hoteles o comensales de restaurantes de todo el país. Durante el quinquenio, fueron registrados unos 529 enfermos. El total de casos captados por el Sistema fue de 2,623, de los cuales los enfermos por exposición en restaurantes representaron el 20.16%.

Según la Encuesta de Morbilidad en Turistas de 2002⁴¹, la prevalencia percibida en esta población, cuyo promedio de estadía en el país fue de siete días (rango de 1-29 días), fue del 20%. De los turistas que enfermaron en el país, el 69% padeció de enfermedad diarreica aguda.

⁴⁰ SESPAS, Subsecretaría Técnica, Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud. Memoria Anual 2002. Santo Domingo, 2003.

⁴¹ Rosario, J; Then, C.; Martínez, MV. Encuesta de morbilidad y uso de servicios de salud en los turistas, República Dominicana, Junio 2002. Santo Domingo; DIGEPI. 2002.

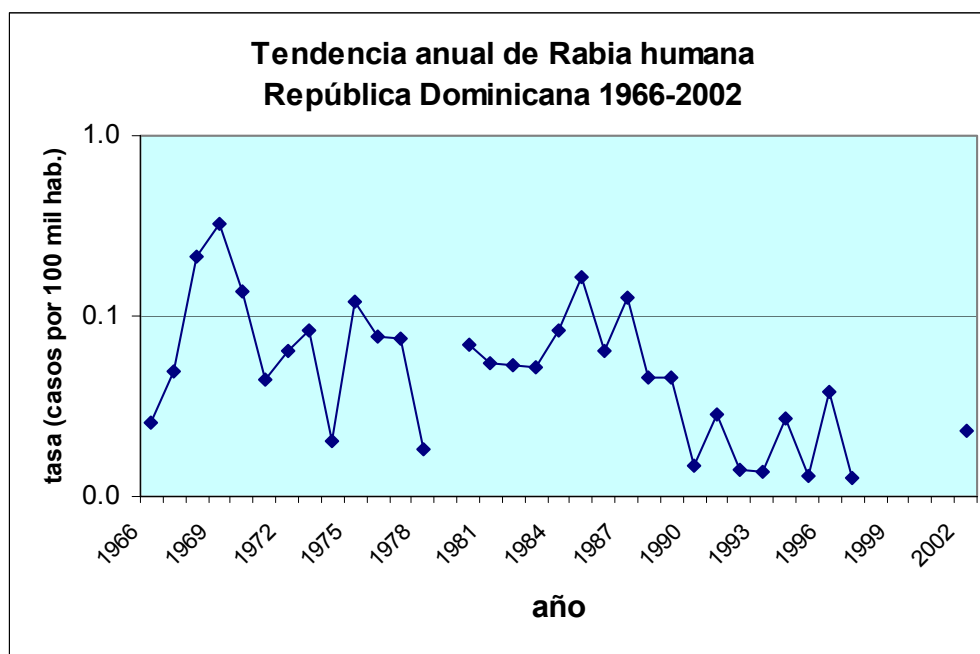
Desde el 2000 se intenta establecer un sistema de vigilancia fundamentado en la notificación en hoteles y en encuestas periódicas a turistas en los principales aeropuertos del país. Se hace necesario fortalecer la capacidad de los laboratorios de Salud Pública, para mejorar los controles de calidad del agua y los alimentos.

f) Zoonosis

La rabia ha tenido una evolución fluctuante, con tasas de entre 0.1 y 0.01 casos por 100,000 habitantes. Esta variación está vinculada a la eficacia de las medidas de prevención y la sostenibilidad de la vigilancia. En los periodos en los que se ha mantenido una alta cobertura de vacunación canina en ciclos anuales y de alcance nacional, los casos en animales y humanos se han reducido considerablemente.

Entre 1990 y 1997, en el país fueron registrados 12 casos de rabia en humanos; durante 1998 y 2001 no hubo notificaciones; y, en 2002, fueron verificados dos casos, uno en La Romana y el otro en Montecristi. (Ver gráfico No. 30).

Gráfico No. 30



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Rabia Humana, Centro Antirrábico Nacional, SESPAS.

Los dos casos de rabia humana se presentaron en las comunidades rurales de Guaymate, en La Romana, y Villa Elisa, en Montecristi. En ambos casos, confirmados por un laboratorio mediante la técnica de inmunofluorescencia, la especie agresora fue el perro.

El Centro Antirrábico Nacional registró, en 2002, unas 23,766 agresiones por animales, de las cuales 19,775 fueron por caninos, 1,776 por felinos, 57 por mangostas, 2,220 por ratones, una por murciélagos y 229 por otras especies. En el 83% de los casos, el perro fue el causante de las mordeduras.

Unas 3,689 personas fueron inmunizadas con la vacuna antirrábica humana del tipo CRL ó Fuenzalida-Palacios. Éstas representaron apenas el 15% del total de individuos agredidos que demandaron tratamiento oportuno. En 2002, la tasa de mordeduras a humanos se incrementó a 265 por cada 100,000 habitantes.

En el año 2002 fueron procesadas 344 muestras de especímenes animales procedentes de todo el país, de las cuales 103 (el 30%) resultaron positivas en las pruebas de rabia. Entre las especies investigadas hubo 71 caninos, 10 felinos, 16 mangostas, tres bovinos, un equino, un caprino y un murciélago. Se identificó por primera vez en el país un caso de rabia en murciélagos insectívoros de la especie *Tadarida Brasiliense*.

La población canina por vacunar ese año fue de 896,000 animales, de los cuales fueron inmunizados 277,793, alcanzándose apenas el 25.42% de la cobertura estimada. De las 32 provincias del país, sólo en 15 (47%) hubo jornadas de vacunación.

Las estrategias establecidas para el control y prevención de la rabia, a raíz de los casos registrados en humanos, han sido el fortalecimiento de la vigilancia mediante la búsqueda activa de casos, las jornadas de vacunaciones en las provincias de alto riesgo (Regiones V, II, III y VII) y las iniciativas educativas y de promoción en el nivel primario de atención.

La brucelosis y la leptospirosis están mal documentadas en el país. En 1998 se les incluyó en la categoría de enfermedades objeto de vigilancia y, esporádicamente, son reportados casos aislados pobremente investigados desde el punto de vista epidemiológico.

Mediante pruebas de laboratorio fueron confirmados 19 de 239 casos sospechosos de leptospirosis notificados en 2002. Las provincias con mayor número de estos reportes fueron Santiago (33%), Distrito Nacional (15%), Santo Domingo (13.8%), Puerto Plata (9%) y Espaillat (4.6%). De los 19 casos verificados, seis (31.6%) residían en Santiago.

3.3.2 Situación de las enfermedades no transmisibles

Entre las enfermedades no transmisibles, **la desnutrición** es un problema relevante. Se considera que la desnutrición severa es muy infrecuente en el país, pero la desnutrición moderada continúa siendo importante.

Entre 1996 y 2002 se produjo una disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años (talla por edad <2DS), de una prevalencia del 11% al 9%, siendo el 2% considerada como severa (la proporción del total de niños con desnutrición crónica por debajo de tres o más desviaciones estándar).

El total de niños menores de cinco años con desnutrición aguda (peso por talla <2DS) constituye apenas el 2%, mientras el 5% presenta desnutrición global (peso por edad <2DS). El porcentaje más elevado de niños con desnutrición crónica (12%) y aguda (2%) se concentra en las edades de 12 a 23 meses. Hay más niños (10%) que niñas (8%) afectados de desnutrición crónica.⁴²

Existen notables diferencias en la prevalencia de desnutrición crónica y global según el nivel educativo de la madre y su zona de residencia. Entre las madres sin ningún nivel de escolaridad se detectó un 13 por ciento de niños con desnutrición crónica. De los hijos de madres con educación primaria incompleta, un 15% padece desnutrición crónica y un 11%, desnutrición global.

⁴² ENDESA 2002

Al analizar los resultados por zona de residencia se encontró que un 8% de los niños de la zona urbana padecen desnutrición crónica, en comparación con el 11% de los menores de la zona rural. En tanto, la desnutrición global afecta al 4% de los moradores de la zona urbana y al 7% de la rural.

El Censo Nacional de Talla y Peso de Escolares Dominicanos del Primer Nivel de Básica, con edades de entre 6 y 9 años, realizado en el 2002, reporta un déficit de talla/edad (<2DS) de 8% a nivel nacional, siendo significativamente menor al 19% registrado por el Censo Nacional de Talla efectuado en 1993. La provincia de Elías Piña presentó la mayor prevalencia, con 15.7%; seguida de La Vega, con 12.7%; y Bahoruco, con 11.2%. Las provincias que presentaron menores proporciones de desnutrición fueron La Altagracia, con 2.8%, y Santiago, La Romana y San Pedro de Macorís, con 4%.⁴³ (Ver cuadro No. 25).

La práctica de la lactancia materna ha mejorado considerablemente: entre 1991 y 1996 más del 90% de los niños iniciaba la lactancia al nacer y la duración promedio aumentó de 1.7 meses a 10.5 meses.⁴⁴ Aunque la lactancia está bastante extendida entre las madres dominicanas, los resultados de la ENDESA 2002 evidencian que la suplementación con otro tipo de alimentos se inicia muy tempranamente, con lo cual se priva al menor amamantado de los beneficios inmunitarios y nutricionales de la leche materna. También se observa que una significativa proporción de madres abandona la práctica antes de que el niño cumpla seis meses, edad mínima recomendada para el destete.

Mientras el 20% de los menores de dos meses recibía lactancia materna de forma exclusiva y sólo un 4% no se beneficiaba de este tipo de alimentación, un 39% de los niños de 4-5 meses no era lactado y apenas un 4% lo era exclusivamente.

El principal complemento alimenticio que recibieron los lactantes fue la leche no materna: a un 62 por ciento de los menores de dos meses y a un 52 por ciento de los de dos a tres meses les era suministrado este tipo de productos. Más de las tres cuartas partes de los niños de dos a once meses eran lactados mediante el biberón.

Las encuestas de micronutrientes en menores de 15 años realizadas en 1993 mostraron que el 30.0% tenía déficit de hierro; el 74%, de yodo; y, el 19%, de vitamina A.

Desde entonces, se estableció la obligatoriedad de utilizar sal yodada y han sido realizadas algunas jornadas de megadosis con vitamina A. Se ha instituido el programa de desayuno escolar a nivel nacional. Se está desarrollando un sistema de vigilancia nutricional que contribuirá a fortalecer las intervenciones en grupos de alto riesgo. La disponibilidad de calorías per cápita por día estimada al 2000 es de 2,325.⁴⁵

⁴³ República Dominicana. Secretaría de Estado de Educación. CENISMI. Censo de talla y peso en escolares 2002. Santo Domingo, SEE/CENISMI, 2002.

⁴⁴ ENDESA 96

⁴⁵ United Nations. FAO's Food Balance Sheet. FAOSTAT Statistical Database. Rome ; 2002.

Cuadro No. 25
República Dominicana

Distribución de la Desnutrición (<2 DS) Talla/edad en escolares de primero de básica, según provincia. Año Escolar 2001-2002

PROVINCIA	población censada	desnutridos		IC-95%
		No.	%	
01 Distrito Nacional y Santo Domingo	27158	2277	8.38	8.0 - 8.7
02 Azua	5912	479	8.1	7.4 - 8.8
03 Bahoruco	3308	372	11.2	10.1 - 12.3
04 Barahona	5151	558	10.8	10.0 - 11.7
05 Dajabón	1685	151	9.0	7.6 - 10.4
06 Duarte	6500	404	6.2	5.6 - 6.8
07 Elías Piña	2720	428	15.7	14.3 - 17.1
08 El Seybo	2530	186	7.4	6.3 - 8.4
09 Espaillat	3492	329	9.4	8.4 - 10.4
10 Independencia	1396	96	6.9	5.6 - 8.3
11 La Altagracia	3681	104	2.8	2.3 - 3.4
12 La Romana	1830	81	4.4	3.5 - 5.4
13 La Vega	9254	1181	12.8	12.0 - 13.4
14 María Trinidad Sánchez	3565	359	10.1	9.1 - 11.1
15 Montecristi	2614	124	4.7	3.9 - 5.6
16 Pedernales	679	45	6.6	4.9 - 8.8
17 Peravia	4956	356	7.2	6.4 - 7.9
18 Puerto Plata	7068	384	5.4	4.9 - 5.9
19 Salcedo	1461	94	6.4	5.2 - 7.8
20 Samaná	2601	168	6.5	5.5 - 7.4
21 San Cristóbal	9712	1079	11.1	10.4 - 11.7
22 San Juan de la Maguana	6547	586	9.0	8.2 - 9.6
23 San Pedro de Macorís	5922	266	4.5	3.9 - 5.0
24 Sánchez Ramírez	3697	307	8.3	7.4 - 9.2
25 Santiago	13401	584	4.4	4.0 - 4.7
26 Santiago. Rodríguez	1496	116	7.8	6.3 - 9.2
27 Valverde	3111	230	7.4	6.4 - 8.3
28 Monseñor Nouel	3794	244	6.4	5.6 - 7.2
29 Monte Plata	3207	295	9.2	8.2 - 10.2
30 Hato mayor	1955	165	8.4	7.2 - 9.7
31 San José de Ocoa	1050	85	8.1	6.5 - 9.9
TOTAL PAÍS	151453	12133	8.0	7.9 - 8.1

Fuente: Secretaría de Estado de Educación, Centro Nacional de Investigaciones Materno Infantiles. Censo Nacional de Talla y Peso en escolares. 2001-2002.

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.⁴⁶

La Sociedad Dominicana de Cardiología realizó el EFRICARD⁴⁷ 1996-1998, en una muestra de 6,184 personas. El mismo reporta que el 29.2% de la población podría ser considerada con **sobrepeso** (Índice de Masa Corporal, IMC 26-29), mientras que el 16.4% es obesa (IMC \geq 30). La prevalencia de **hipercolesterolemia** (niveles de colesterol \geq 200mg/dl) es de aproximadamente 23.6%.

Este estudio refiere una **prevalencia de hipertensión** sistólica (\geq 140 mmHg) en el 24.5% de la población. Si se toma en consideración la presión sistólica y/o diastólica, en conjunto, cerca del 30% de la población es considerada hipertensa. No existen estudios adecuados más recientes sobre la epidemiología de la hipertensión arterial que permitan sustentar programas de prevención y control.

Otro de los factores de riesgos cardiovasculares estudiados fue el **tabaquismo** cuya prevalencia fue del 20.2% en la población general. La tasa entre los hombres estudiados fue del 25% y, entre la mujeres, del 17.6%.

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 muestra una tendencia ascendente. En 1986 representó el 2% de las muertes diagnosticadas (7 casos por 100,000 habitantes.) y, en 1999, el 4% (11 por 100,000).

Entre **las neoplasias o tumores**, el cáncer ginecológico y el cáncer de mama son las principales amenazas. El Registro Hospitalario de Tumores del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter indica que, en 2001, el cáncer de mama ocupó el primer lugar en frecuencia, con el 26.5% del total de casos analíticos (6.5 casos por 100,000 habitantes). En segundo lugar se encontró el cáncer de cuello del útero, con un 19.8% (4.9 por 100,000) y, en tercer lugar, las neoplasias de la glándula prostática, con un 6.3% (1.5 por 100,000).

Dicho registro captó para ese año un total de 2,104 casos, la mayoría (70%) de sexo femenino. En los hombres, el grupo de edad con mayor ocurrencia de casos analíticos fue el de 70-79 años, con un 24%; mientras que, en las mujeres, fue el comprendido entre 40-49 años, con un 23%. El 42.75% de las mujeres con cáncer tenía menos de 50 años, mientras que el 25% de los hombres afectados estaba por debajo de esa edad. En las mujeres, los principales lugares de ocurrencia de neoplasias malignas fueron mama, en un 37%, y cuello del útero, en un 28%. En los hombres, la próstata, en un 21% de los casos, y bronquios y pulmones, en un 7.5%.

La cobertura de Papanicolau en mujeres en edad fértil no alcanzó el 10% y estuvo concentrada en menores de 25 años. La pérdida de casos detectados antes de ser adecuadamente tratados es muy alta.

Los accidentes y la violencia van en aumento. En el periodo 1996 al 2002 se registraron en las estadísticas de los reportes de la Policía Nacional un total de 26,387

⁴⁶ SESPAS, Memorias 1999 y 2002.

⁴⁷ Pichardo E, Gonzalez A, Almonte C, Reyes J. Estudio Factores de Riesgo Cardiovasculares en la República Dominicana (EFRICARD) 1996-1998. Archivos Dominicanos de Cardiología, 1998; 2:4-40.

muertes violentas, siendo el 72.63% homicidios y EL 43% accidentes de tránsito. El número de accidentes de tránsito registrado cada año es superior a 25,000 en el quinquenio 1995-2000⁴⁸ entre los cuales solo en 1998 se certificaron 3806 muertes. Desde el año 2000 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, pero aun no se dispone de cifras objetivas.

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	3568	1090	30.5	1714	48.0	361	10.1	41	1.1	4	0.11	348	9.8	10	0.28
2001	3300	1086	32.9	1455	44.1	319	9.7	59	1.8	4	0.12	309	9.4	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	26387	7809	72.3	11357	43.0	2681	10.2	1059	4.0	57	0.22	2335	8.8	29	0.27

Fuente: Estadística Policía Nacional

⁴⁸ Policía Nacional, memorias 2002.

CONCLUSIONES

Aunque la economía del país reflejó un decrecimiento en el período 2002-2003, a primera vista no se percibe que el modelo económico experimentado en las últimas dos décadas, sustentado en una economía de servicios, haya sido objeto de cambios o transformaciones profundas. Sin embargo, condicionada por factores externos e internos, la economía dominicana apunta hacia una fase de reajuste estructural que puede afectar los planes y programas sociales contemplados por el Gobierno Dominicano para los próximos años.

De igual manera, en el país se ha desarrollado en las últimas tres décadas un conjunto de iniciativas dirigidas a modernizar y a reformar la estructura del Estado, en un proceso encaminado a fortalecer su papel como ente regulador y a descentralizarlo. Los programas de reforma y modernización estatal, aunque de lenta ejecución, parecen irreversibles.

El crecimiento económico y el proceso de reformas han tenido un impacto limitado en la disminución de las inequidades sociales y en el aumento del ingreso per cápita en República Dominicana, como lo evidencia la baja proporción de recursos destinados al gasto social y al gasto público en salud, así como el alto índice de pobreza.

Para variar positivamente los indicadores de salud del país, la situación deseada es colocar al PIB por encima del 4%. Asimismo, deberán darse variaciones sustanciales en los esquemas redistributivos del ingreso por concepto de crecimiento en el PIB. En ese contexto, el gasto social deberá colocarse en un nivel óptimo respecto al PIB y el gasto público en salud situarse en un 5% o más del PIB, pudiendo ello favorecer los cambios en dichos indicadores.

Asimismo, es necesario que el proceso de reformas políticas, sociales y económicas se exprese en el fortalecimiento de la habilidad de gestión de las instituciones, de la capacidad competitiva del país y de la cualificación de los recursos humanos.

La entrada en vigencia de las leyes General de Salud, No. 42-01; y No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, obligan a una real y efectiva estructuración del sistema de salud vigente a fin de aplicar, de manera sostenida y confiable, las funciones esenciales de vigilancia sanitaria y control de las enfermedades, de promoción para la salud y de captación de recursos humanos capacitados y comprometidos, acordes con las condiciones y necesidades de salud de la población.

Por ello, es preciso destacar que, a dos años de la entrada en vigencia de dicho marco legal y habiendo sido elaborados los reglamentos del SFS y del PBS, menos de un 20% de la población está afiliada al sistema.

Los reglamentos relativos a la rectoría del sector y a la provisión de los servicios de salud de SESPAS, bajo la concepción de redes regionales públicas, están pendientes de aplicación. Éstos son aspectos esenciales y prioritarios en el proceso de transición hacia la instauración del SDSS en el país.

A pesar de que se hacen importantes esfuerzos para mejorar las condiciones de salud actuales, son urgentes y prioritarias las transformaciones fundamentales al sistema de salud, realizadas de manera paulatina y sostenida, y orientadas a la conformación de la plataforma gerencial requerida para la puesta en marcha del SDSS.

Además de que debe lograrse que los servicios de salud del país alcancen niveles adecuados de cobertura, humanidad, eficiencia y eficacia, debe entenderse que los diversos escenarios que se presentan para la próxima década son de transición hacia el establecimiento pleno del nuevo sistema de salud y seguridad social, al que se aspira conforme al marco legal vigente.

En ese sentido, caracterizar y analizar los servicios de salud del país implica mucho más que examinar la infraestructura existente, su rendimiento e indicadores de productividad. Es preciso determinar su impacto real, sus limitaciones y la direccionalidad de los mismos, en función de los desafíos y compromisos presentes y futuros del sector.

En el país se dispone de información sobre los establecimientos y recursos humanos de los servicios de la SESPAS, más no así sobre los relativos al subsector privado. Sin embargo, se aprecia que en cada provincia y municipio del país existen establecimientos de salud con recursos humanos cuya distribución no guarda relación alguna con los perfiles de salud y enfermedad de la población ni con la totalidad de la misma.

La SESPAS dispone de programas de salud pública a nivel nacional, normatizados y orientados desde el nivel central y gerenciados desde los niveles regionales y provinciales. Algunos de estos programas presentan mayores fortalezas y prioridades que otros, debido a la necesidad de control de las enfermedades identificadas como problemas fundamentales (prevenibles por vacunas, infecto-contagiosas, transmitidas por vectores y de transmisión sexual, entre otras).

Se aprecia un mayor impacto en algunos de estos programas, como el PAI; pero se requiere de mayores esfuerzos para lograr la institucionalización y la adecuación de éstos frente a la necesidad de vigilancia y control de los problemas esenciales de salud colectiva, que tales programas pretenden controlar y vigilar en los escenarios de transición presentes y futuros.

En sentido general, el país cuenta con una importante infraestructura de servicios sociales y sanitarios, pero no existe una distribución que se corresponda con las prioridades de salud y servicios de la población. Ante esta situación, urge realizar transformaciones esenciales en la dirección, organización y gestión de tales servicios, conforme al marco legal y a las necesidades sectoriales actuales.

Las debilidades del sistema de información en salud, en relación con la calidad de los datos, su oportunidad, registro, procesamiento, análisis y difusión dificultan el acceso a la información necesaria para la priorización y la toma de decisiones. Tal es el caso del subregistro de la mortalidad que, para 2000, era de un 53.5%. Esto indica que el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria constituye una prioridad para los análisis en salud, el establecimiento de perfiles epidemiológicos, la definición de políticas y la toma de decisiones en el sector.

En relación con las tasas de defunciones, se observa una reducción en la mortalidad infantil y de la niñez en los últimos cinco años. Aunque todavía República Dominicana se encuentra por encima de la meta de Las Américas, la cual establece que cada país debe estar por debajo de 30 por cada 1,000 nacidos vivos. La tasa del país es de 31 por cada 1,000 nacidos vivos. Un aspecto que puede explicar la disminución de la mortalidad infantil y de la niñez es la mejoría de los servicios preventivos, del acceso a la información y de las condiciones de vida en algunos segmentos de la población.

República Dominicana tiene aún un alto índice de mortalidad materna respecto a la meta de Las Américas, a pesar de que el 99% de los partos son atendidos por personal de salud y de que el 97% de éstos son institucionales. Esto indica que aún persisten deficiencias en la organización y calidad de la atención materno-perinatal.

Entre los principales grupos de causas de muerte general en el país se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio (isquémica del corazón, cerebrovasculares e hipertensión arterial), las causas externas (accidentes, homicidios, suicidios y otras) y las neoplasias o tumores. Existe una tendencia al aumento de estos grupos de causas. Las enfermedades del sistema circulatorio son importantes motivos de fallecimiento en uno y otro sexo, a partir de los 40 años; en tanto, el sexo masculino tiene las mayores tasas de deceso por causas externas y neoplasias.

La distribución por provincias de los decesos por estos grupos de causas en 1999 reveló que las enfermedades cardiovasculares se mantuvieron en el primer lugar en todo el país. En tanto, las enfermedades infecciosas fueron la cuarta causa de muerte; de ellas, el SIDA ocupó el primer lugar, la tuberculosis el segundo, y la diarrea y la gastroenteritis, el tercero.

Cabe destacar que los factores que más contribuyen a la mortalidad prematura (AVPP) son los vinculados a causas externas, principalmente los accidentes de tránsito y las enfermedades transmisibles, especialmente el SIDA.

Los principales problemas de salud pública del país son:

- Las enfermedades cardiovasculares.
- Los accidentes y violencias.
- La diabetes.
- Las neoplasias o tumores ginecológicos y el cáncer de mama.
- La tuberculosis. Esta afecta, en términos geográficos, a todo el país; y, por distribución etárea, a la población mayor de 15 años.
- Las infecciones respiratorias agudas. Constituyen la principal causa de consulta ambulatoria. Ha aumentado la prevalencia en menores de cinco años.
- La malaria. El grupo de edad más afectado es la población económicamente activa, especialmente en las áreas de producción agrícola y de construcción.
- La fiebre del dengue y el dengue hemorrágico se han constituido progresivamente en un grave problema en Las Américas. El dengue es endémico en el país. El grupo de edad más afectado son los menores de un año.
- La difteria, la tos ferina y el tétanos no neonatal, aunque disminuyeron en las últimas dos décadas, siguen siendo problemas de salud para el país, dado que la cobertura de inmunización debe ser colocada en el nivel óptimo establecido para la región.
- La poliomielitis paralítica y sarampión. El resurgimiento de brotes epidémicos demanda de un mayor esfuerzo para alcanzar los niveles óptimos de vacunación.
- La meningitis por *Haemophilus influenzae tipo b* (Hib). Aún sigue siendo un desafío alcanzar la cobertura de inmunización necesaria.
- El SIDA y la infección VIH.
- La EDA continúa siendo un importante problema de salud pública, sobre todo en menores de cinco años.
- La rabia.

- En la categoría de enfermedades no transmisibles, la desnutrición moderada es uno de los problemas más relevantes, especialmente en las zonas rurales y en hijos de madres con bajo nivel educativo.

Las enfermedades cuya incidencia ha disminuido en los últimos años son:

- La lepra
- La enfermedad meningocócica
- El tétanos neonatal
- La rubéola
- Las infecciones de transmisión sexual

Entre los eventos o enfermedades de los que se carece de datos o estudios que permitan la caracterización de su impacto en la población, se encuentran:

- Hepatitis B y C
- Sífilis congénita
- Brucelosis
- Leptospirosis
- Bajo peso al nacer
- Caries
- Afecciones mentales

BIBLIOGRAFIA

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Macro International/DHS Program; Centro de Estudios Sociales y Demográficos. **Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002**. Santo Domingo, 2003.
- Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-infantil; República Dominicana. Secretaría de Estado de Educación. **Censo de talla y peso en escolares**. Santo Domingo, 2002.
- Consejo Nacional de Población y Familia; Fondo de las Naciones Unidas para Población. **Escenarios para una política de población y desarrollo, República Dominicana (2000-2015)**. Santo Domingo, 2003.
- Consejo Nacional de Salud. **Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de las redes públicas de provisión de servicios de atención a las personas**, Santo Domingo, marzo 2003
- 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, República Dominicana, 1998**.
- Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter. **Registro Hospitalario de Tumores**, Santo Domingo, 2001.
- Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel. **Registros del Programa Nacional de Control de Lepra**. Santo Domingo, 2002.
- Lizardo, Jeffrey. **Dime cuanto tienes y te diré hasta cuanto alcanza: Financiamiento de la Reforma del Sector Salud en la República Dominicana. Ponencia en Reunión Equipo de Salud PROISS/ IDESARROLLO**, Santo Domingo: INTEC, Abril 2004.
- ONUSIDA. **Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA. Diciembre 2002**.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Tuberculosis. **Situación de la tuberculosis en Las Américas. Informe 2003**.
- Organización Panamericana de la Salud; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Partnerships for Health Reform. **Estudios de Cuentas Nacionales, 1995**.
- Pichardo E, Gonzalez A, Almonte C, Reyes J. **Estudio Factores de Riesgo Cardiovasculares en la República Dominicana (EFRICARD) 1996-1998**. Archivos Dominicanos de Cardiología, 1998; 2:4-40.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Informe Sobre el Desarrollo Humano 2003**. New York, 2004.

- Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud; Unión Europea; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. **Sistema de Información Geográfica de Salud de la República Dominicana (SIGpaS2)**. Santo Domingo, 2003.
- REDSALUD. **Informe actualizado del proceso de afiliación en la Región V, Julio 2003**.
- República Dominicana. Banco Central de la Republica Dominicana. **Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo, 1998**. Disponible en: www.bancentral.gov.do
- ----- **Estadísticas Económicas**, Disponibles en: www.bancentral.gov.do
- República Dominicana. [Leyes, etc.] **Ley General de Reforma de la Empresa Pública, No. 141**. Santo Domingo,
- ----- **Ley General de Salud, No. 42-01**. Santo Domingo, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. 2001
- ----- **Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01**. Santo Domingo, 2001.
- República Dominicana. Oficina Nacional de Estadísticas. **VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002. Resultados preliminares**. Disponibles en <http://www.one.gov.do/datos2002.htm>.
- República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación. **Estrategia para la reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015**. Santo Domingo, 2003.
- -----; Centro de Estudios Sociales y Demográficos. **Proyecciones Nacionales de Población por Sexo y Grupos de Edad, República Dominicana, 1990-2025**. (Hipótesis media). Santo Domingo, 1999.
- República Dominicana. Policía Nacional. **Memorias 2002**. Santo Domingo, 2002.
- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. **Plan Nacional de Salud, 2004-2014 Versión Preliminar**, Santo Domingo, 2004.
- ----- **Registros del subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por vacunas**. Santo Domingo, Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2002.
- ----- **Registros del subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Rabia Humana**. Santo Domingo, Centro Antirrábico Nacional, 2002.
- ----- **Registros del subsistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA, 1987-2002**. Santo Domingo, Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, 2002.
- ----- **Evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis en la República Dominicana**. Santo Domingo, 2002.
- ----- Subsecretaría Técnica. Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud. **Memoria Anual 2002**. Santo Domingo, 2003.

- -----. Subsecretaría Técnica. Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud. **Memoria Anual 1999**. Santo Domingo, 2000.
- -----. Dirección General de Epidemiología. **Estadísticas de Mortalidad en República Dominicana 1986-2000. Proyecto de análisis bases de datos de defunciones registradas del Departamento de Estadísticas**. (documento Inédito). 2000.
- -----. Dirección General de Epidemiología. **Informe de Evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Infantil y Materna**. Santo Domingo, Abril 2001.
- República Dominicana. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. **Lista de ARS habilitadas, actualizada al 09 de Enero del 2003**, disponible en: www.sisalril.gov.
- Rosario, J; Then, C.; Martínez, MV. **Encuesta de morbilidad y uso de servicios de salud en los turistas, República Dominicana, Junio 2002**. Santo Domingo; DIGEPI. 2002.
- United Nations. **FAO's Food Balance Sheet. FAOSTAT Statistical Database**. Rome, 2002.

