
REPÚBLICA DOMINICANA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República Dominicana ocupa las dos terceras partes de la isla caribeña de La Española, al oeste de Puerto Rico. La extensión de su territorio, que solo tiene frontera con Haití, es de 48.400 km². Su población se estimó en 7,8 millones en 1995. A efectos político-administrativos el país está dividido en tres regiones y siete subregiones, que agrupan 29 provincias y el Distrito Nacional.

La economía dominicana ha experimentado profundas transformaciones en las dos últimas décadas. Hasta mediados de los años setenta los productos tradicionales de exportación, predominantemente agrícolas, constituían 60% del valor de las exportaciones. Este espacio fue ocupado por el sector servicios, particularmente los servicios económico-financieros, relacionados con el turismo y las zonas francas industriales, que en 1995 representaron más de 70% de las exportaciones. Esta transformación se acompañó de grandes desajustes y desequilibrios económicos y sociales. Los procesos de ajuste macroeconómico de los años ochenta redujeron considerablemente el gasto social y reorientaron el gasto hacia la inversión, sobre todo en infraestructura. El gasto anual per cápita en educación en el período 1987–1990, ajustado según el efecto de la inflación, fue 40% del correspondiente a 1980; el gasto en salud fue 7,5% menor. En conjunto, los sectores salud y educación recibieron menos de 5% del gasto público entre 1986 y 1990.

La tasa de cambio del peso dominicano (RD\$) frente al dólar estadounidense (US\$) pasó de RD\$ 1 en 1980 a unos RD\$ 12 por cada US\$ en 1990. Los precios de la canasta familiar aumentaron más de 400% y el índice de precios al consumidor 467%. El salario mínimo solo subió 29% y ajustado según el efecto de la inflación se redujo 42%. El desempleo llegó hasta 27% y el consumo per cápita de calorías se redujo 7%. Como consecuencia se produjeron numerosas protestas

populares y se acentuó la emigración de la población económicamente activa.

A fines de 1990 se estableció otro programa de ajuste económico. En 1992 el producto interno bruto (PIB) volvió a crecer y hasta 1996 se ha mantenido un crecimiento promedio anual de más de 5%. En 1996 el PIB creció 5,4% y en 1997 se estima que crecerá 6,9%. El ingreso per cápita en 1996 llegó a US\$ 1.824. La estabilidad de los precios y los aumentos salariales en el sector privado y los aumentos de salarios en el sector público de mayo de 1995 habían logrado recuperar el salario mínimo real y el salario en dólares hasta valores que en enero de 1996 excedían en 14% a los correspondientes a 1980. En 1997 ha habido nuevos aumentos salariales. Desde 1992 la inflación ha mostrado una tendencia a la baja. En 1995 fue de 3,7% y en 1996 de 0,9%. Se estima en 4,4% para 1997. La tasa de cambio en el mercado libre se ha mantenido relativamente estable alrededor de RD\$ 14 por US\$ 1 en 1996 y 1997. El servicio de la deuda externa e interna ha aumentado considerablemente, pagándose en 1995 más de RD\$ 2.400 millones por este concepto.

Esta situación de estabilidad y crecimiento macroeconómico ha mejorado el poder adquisitivo de la población con empleo. La pobreza absoluta parece haber disminuido, pero la reducción del gasto social en educación y salud y su impacto sobre el presupuesto familiar, el desempleo —que se ha mantenido en 1996–1997 alrededor de 15%— y el elevado porcentaje de población vinculada a la economía informal y a relaciones económicas no salariales ha hecho aumentar considerablemente la pobreza relativa y el número de personas en condiciones de marginalidad. Al mismo tiempo la economía se ha hecho altamente vulnerable y dependiente de factores externos no controlables. Se ha acumulado una considerable deuda pública interna estimada en unos US\$ 400 millones a mediados de 1997, lo que tiende a contraer la inversión privada interna.

El sistema fiscal se considera muy frágil por su elevada dependencia de los precios internacionales del petróleo y de las

recaudaciones aduaneras, que por convenios internacionales tienden a disminuir. El sistema financiero sufre las distorsiones oligopólicas que se traducen en una alta dependencia de elevadas tasas de interés para atraer capital externo. Los ingresos en divisas son altamente dependientes de las exportaciones de zonas francas y del turismo, ambos vulnerables a procesos internacionales no controlables por el país, como las oscilaciones de las tasas de interés en los mercados financieros internacionales, las decisiones políticas sobre trato preferencial en el mercado estadounidense y las preferencias de los operadores turísticos internacionales. La producción industrial interna depende en gran medida del proteccionismo gubernamental y está poco preparada para la competencia internacional. Otro factor de vulnerabilidad es la escasa inversión en desarrollo humano. Se ha acumulado una gran deuda social, con grandes carencias en educación y salud, deterioro de los servicios públicos básicos de transporte y energía eléctrica y una distribución muy desigual del ingreso, que constituye un permanente riesgo de inestabilidad social y política y un freno a la productividad.

En lo político son limitaciones estructurales la escasa institucionalidad, la poca fiabilidad y eficiencia del sistema judicial, el centralismo de la administración y la carga burocrática derivada de la cultura clientelista, la complejidad de procedimientos y el atraso tecnológico de las instituciones públicas. Existe un amplio consenso nacional sobre la necesidad de reformas estructurales y en ese clima general ha ocurrido un relevo generacional y político en la Presidencia. El nuevo gobierno tomó posesión en agosto de 1996 en medio de grandes expectativas de cambio de modelo económico y político.

Población

El crecimiento demográfico anual entre 1990 y 1995 fue de 3,0%. Los menores de 15 años constituyen 35% de la población y los mayores de 64 son solo 4%. El porcentaje de población urbana se estimó en 1980 en 50% y en 1995 en 65%.

La esperanza de vida al nacer ha pasado en el mismo período de unos 44 años a 65. La tasa global de fecundidad ha descendido de 7,4 a 3,1 hijos por mujer en edad fértil. La tasa bruta de natalidad ha disminuido de alrededor de 50 hasta 27 por 1.000.

Desde los años setenta la emigración representa un importante componente de las estrategias de supervivencia de la población dominicana. Se considera que por lo menos 700.000 dominicanos han emigrado en los últimos 30 años. Las estimaciones más fiables señalan 300.000 inmigrantes residentes en el país alrededor de 1994. En 1991 se comprobó una alta movilidad territorial interna: 34% de la población había cambiado de localidad de residencia por lo menos una vez en su vida; 9% lo había hecho en el último quinquenio.

El primer intento de clasificar y estratificar a la población dominicana desde la perspectiva de salud y condiciones de vida con base territorial se realizó en 1992–1993, utilizando información de la Encuesta Demográfica y de Salud de 1991 (ENDESA 91). Se aplicó un Indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI) modificado. Se agruparon las provincias en siete estratos según la proporción de familias con NBI. A nivel nacional las necesidades de 33,7% de los hogares se hallaron “mayormente insatisfechas”, las de 38,4% de los hogares se hallaron “medianamente satisfechas” y las del 28% restante, “mayormente satisfechas”. En las provincias del estrato VII, de 70% a 89% de las familias tuvieron necesidades mayormente insatisfechas. Se halló que 14,8% de la población urbana y 66,3% de la rural vivía en las provincias clasificadas como de “necesidades mayormente insatisfechas”, con 33,7% de la población del país y 19% del ingreso nacional en la fecha del estudio.

Desde una perspectiva geográfica, los municipios extremadamente pobres se concentran en el suroeste y noroeste del país, a lo largo de la frontera con Haití.

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, junto con la Universidad Autónoma de Santo Domingo, ha estudiado la actividad económica predominante y la acumulación de bienes y servicios durante el período 1990–1994. Esta investigación ha mostrado que las provincias más pobres tienen actividades predominantemente agropecuarias, de subsistencia, así como tasas de crecimiento demográfico negativas, valores nacionales mínimos de cobertura de vacunaciones, abastecimiento de agua potable y egresos hospitalarios, y valores máximos de defunciones sin atención médica y sin diagnóstico de causa de muerte.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general estimada ha disminuido progresivamente hasta 5,5 por 1.000 en 1990–1995 y se estima en 5,2 por 1.000 para el período 1995–2000. Este descenso ha ocurrido en todos los grupos de edad y en ambos sexos y corresponde a la elevación de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 53,6 años en 1960–1965 a 69,6 en 1990–1995 y que se estima llegará a 70,9 en el período 1995–2000.

La tasa bruta de mortalidad registrada en 1994 fue de 2,7 por 1.000 habitantes (3,1 en los varones y 2,3 en las mujeres). Entre 1990 y 1994 las enfermedades cardiovasculares representaron el grupo más frecuente de causas diagnosticadas de muerte, con tasas registradas que se mantuvieron más o menos estables, alrededor de 80 por 100.000, aunque aumentó ligeramente su peso en el total de mortalidad registrada, de 29,2% a 33,9%. Las enfermedades transmisibles, que en 1990 ocupaban el segundo lugar en los diagnósticos de muerte, bajaron al cuarto lugar, con tasas de 46,6 y 27,1 por 100.000 en 1990 y 1994, respectivamente. En proporción

pasaron de 16,8% a 11,5% del total de defunciones. Las causas externas (lesiones inintencionales y violencia), pasaron del tercero al segundo lugar, aun cuando su tasa descendió de 33,9 a 30,2 por 100.000. Su proporción aumentó ligeramente de 12,2% a 12,9%. Los tumores, que ocupaban el cuarto lugar en 1990 con una tasa de 27,7 por 100.000 pasaron al tercero, con una tasa de 28,0 por 100.000. Proporcionalmente pasaron de 10,0% a 11,9%. Las causas perinatales se mantuvieron en el quinto lugar, con tasas de 14,8 y 12,6 por 100.000 respectivamente y proporciones de 5,4% en ambos años. En la mortalidad femenina en 1994 predominaron las enfermedades del aparato circulatorio con 38,2% de las muertes registradas, seguidas de las neoplasias con 13,6%, las enfermedades transmisibles con 11,9% y las causas externas con 5,8%. En el sexo masculino, las enfermedades cardiovasculares representaron 30,7% de las defunciones, las causas externas 18,0%, las transmisibles 11,3% y las neoplasias 10,8%.

Parece haber pues una tendencia a la reducción de las defunciones por enfermedades transmisibles y al aumento de las muertes por causa externa, manteniéndose más o menos estable la proporción correspondiente a tumores y enfermedades perinatales. Sin embargo, estas y todas las cifras de mortalidad por diagnóstico usadas en este informe deben considerarse con mucha precaución, ya que se estima que en 1994 el subregistro fue cercano a 50% y la proporción de muertes registradas como síntomas y estados mal definidos se ha mantenido alrededor de 15% entre 1990 y 1994.

Para estimar el efecto potencial de las intervenciones favorables a la salud pública se compararon los valores del país con los mejores valores alcanzados por países de similar nivel de recursos económicos. Para la comparación se seleccionaron Cuba, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú, por tener PIB per cápita ajustados según paridad de poder adquisitivo similares al de la República Dominicana. También se compararon los datos dominicanos con los mejores alcanzados por países del continente. En esperanza de vida al nacer la brecha reducible con relación a los mejores valores del continente disminuyó de 33% en 1960–1965 a 15% en 1990–1995. La brecha con respecto a los mejores valores de países con similar nivel de recursos disminuyó de 22% en 1960–1965 a 12% en 1990–1995. En cuanto a mortalidad, en el período 1985–1990 la brecha con respecto a los mejores valores del grupo de países de referencia fue de alrededor de 42% y con respecto a los mejores valores de las Américas, de 50%. Esto significa que en 1994 unas 19.000 muertes podrían haberse evitado. La brecha es máxima en los menores de 5 años y se reduce progresivamente hasta ser pequeña en los grupos de mayor edad. Esto significa que la mayor ganancia potencial de reducción de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida se concentra en los menores de 5 años.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del lactante (menor de 1 año)

La tasa de mortalidad infantil registrada fue de 19,1 por 1.000 nacidos vivos en 1990 y de 11,5 por 1.000 en 1994. En 1994 los menores de 1 año representaron 10,9% de todas las muertes registradas. Según dos estimaciones —una del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la OPS y otra basada en la ENDESA 96—, la tasa de mortalidad infantil estaría entre 42 y 47 por 1.000, lo que supone de 72% a 75% de subregistro.

En el último decenio el ritmo de descenso de la mortalidad infantil parece disminuir. Hay por otra parte importantes diferencias territoriales. En el período 1991–1996 la mortalidad infantil registrada por 1.000 nacidos vivos fue 26,4 en las áreas urbanas y 29,1 en las rurales. Las tasas estimadas varían desde 45 por 1.000 en el Distrito Nacional hasta cerca de 70 por 1.000 en las zonas más pobres. Por nivel educativo de la madre la tasa estimada varía desde 85 en el grupo de madres sin educación hasta 20 por 1.000 en el de mujeres con educación superior.

Las enfermedades transmisibles representaron 30% de las muertes de menores de 1 año, las enfermedades originadas en el período perinatal 44,8%, las del aparato circulatorio 3,2% y las causas externas 2,9%.

Entre 1990 y 1995 la proporción de nacimientos con bajo peso en 25 de los principales hospitales del país fue 9,2%, mostrando un descenso respecto a mediciones anteriores.

La salud del niño preescolar (de 1 a 4 años)

Según estimaciones del CELADE la tasa de mortalidad en este grupo ha descendido hasta 4 por 1.000 en 1990–1995, siendo ligeramente mayor en el sexo masculino que en el femenino (4,0 y 3,6 por 1.000, respectivamente). Sin embargo, las estimaciones basadas en la ENDESA 96 indican una tasa de 11 por 1.000. En 1990 este grupo de edad aportó 5% del total de muertes registradas. En 1994 contribuyó con 3,4% de ese total.

En los diagnósticos de muerte las enfermedades transmisibles representaron en 1994, 37,7% del total, las causas externas 17,6%, las enfermedades del aparato circulatorio 5,0% y las neoplasias 2,5%.

Por diagnósticos más específicos, las infecciones intestinales aportaron 15,9% de las defunciones, las deficiencias nutricionales 15,3%, las infecciones respiratorias agudas 12,5%, las lesiones no especificadas 9,4% y las anomalías congénitas 5,5%. La distribución es bastante similar en ambos sexos, ex-

cepto en las causas externas que representan una proporción ligeramente mayor en varones.

La salud del niño en edad escolar (de 5 a 14 años)

La tasa de mortalidad estimada en este grupo de edad en el período 1990–1995 es de 0,7 por 1.000. En 1990 este grupo contribuyó con 2,4% del total de muertes registradas y en 1994 con 2,0%. Las causas externas aportaron 41,4% de las defunciones (29,3% en niñas y 50,7% en niños), el grupo de “otras diagnosticadas” 25,5% (32,9% en niñas y 19,8% en niños), las enfermedades transmisibles 15,1% (17,4% en niñas y 10,6% en niños), las del aparato circulatorio 10,7% (12,0% en niñas y 9,6% en niños) y las neoplasias 7,3% (8,4 en niñas y 6,4 en niños).

Por diagnósticos más concretos, las lesiones no especificadas ocuparon el primer lugar, seguidas de las deficiencias nutricionales, las infecciones intestinales, y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La salud de la población de 15 a 44 años

La tasa de mortalidad estimada en este grupo disminuyó hasta 1,8 por 1.000 en el período 1990–1995 (2,05 por 1.000 en hombres y 1,5 en mujeres). En 1990 estas edades aportaron 19% del total de defunciones.

Según la clasificación en seis grupos de causas de defunción, 26,9% de las muertes correspondieron al grupo de “otras”, 16,8% a enfermedades cardiovasculares, 9,3% a causas externas, 11,1% a enfermedades transmisibles y 8,1% a neoplasias. En el sexo femenino, el grupo de “otras” aportó 33,9% de las muertes, las enfermedades cardiovasculares 22,6%, las neoplasias 14,7%, las enfermedades transmisibles 14,5% y las causas externas, 14,0%. En el sexo masculino las causas externas aportaron casi la mitad de las muertes, 48,8%. Las del grupo de “otras” 23,3%, las enfermedades cardiovasculares 13,8%, las transmisibles 9,3% y las neoplasias 4,7%.

Por grupos de diagnósticos más específicos, en mujeres la tuberculosis, que en 1990 ocupó el primer lugar, ha pasado al segundo. El primero lo ocupan las enfermedades circulatorias pulmonares y el tercero las lesiones por accidentes de tráfico, seguidos por las enfermedades cerebrovasculares y las isquemias coronarias. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que en 1990 aportaron 6,9% de las defunciones en este grupo, en 1994 representaron 5%. En el sexo masculino la mortalidad debida al tráfico ocupó el primer lugar, seguida por los homicidios, otras lesiones, y las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La tasa de mortalidad materna registrada en 1990 fue de 45 y en 1994 de 30,7 por 100.000 nacidos vivos. La tasa esti-

mada correspondiente a 1990 es 110 por 100.000, lo que implica un subregistro de 59%. Estimaciones más recientes basadas en la ENDESA 96 indican que la tasa de mortalidad materna podría ser de 200 por 1.000 nacidos vivos en el período 1983–1994.

Más de 97% de los embarazos reciben dos o más consultas de atención prenatal y más de 95% de los partos reciben atención institucional.

Un problema importante son los embarazos de las adolescentes. En 1996 alrededor de 23% de las jóvenes de 15 a 19 años de edad habían tenido por lo menos un embarazo y esta proporción parece ir en aumento. Los embarazos de adolescentes son más frecuentes en el medio rural, en las regiones sanitarias más pobres y en las mujeres con menor nivel educativo. El 45% de las mujeres en edad fértil y 64% de las que declaran tener pareja utilizan algún método anticonceptivo, que es la esterilización en 64% de estas mujeres. Solo 20% usan píldoras y 9% otros métodos modernos. La proporción de mujeres que utilizan la esterilización como anticonceptivo tiende a disminuir, pero se considera necesario un esfuerzo para cambiar esta práctica, bastante generalizada en los servicios de planificación familiar y de atención obstétrica del país.

La violencia doméstica contra las mujeres es un problema importante. Las autoridades policiales hablan de un aumento del número de denuncias y, en particular, de violencia sexual, inclusive estupro, sobre todo en niñas y adolescentes.

La salud de la población de 45 a 64 años

Las tasas de mortalidad estimadas en este grupo han descendido a 8,3 por 1.000 habitantes en el período 1990–1995 (9,6 y 7,0 por 1.000 para varones y mujeres, respectivamente). En 1994 este grupo aportó 20,4% de las muertes registradas.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar con 39,7% del total de defunciones en este grupo, según datos de 1994. El grupo “otras” es el segundo, con 25,4%, seguido por las neoplasias con 18,8%, las causas externas con 9,6% y las enfermedades transmisibles con 5,7%. En las mujeres las enfermedades cardiovasculares contribuyeron con 41,3% de las muertes, las neoplasias con 25,9%, las otras causas diagnosticadas 23,8%, las enfermedades transmisibles 5,1% y las causas externas 3,8%. En los varones las enfermedades cardiovasculares causaron 38,6% de las defunciones, las “otras enfermedades” diagnosticadas 26,4%, las neoplasias 14,1%, las causas externas 13,5% y las enfermedades transmisibles 7,3%.

Por diagnósticos más específicos en mujeres las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el primer lugar, seguidas por la cardiopatía isquémica, las enfermedades crónicas del hígado, las neoplasias genitales y la diabetes. En hombres los primeros lugares los ocuparon la cardiopatía isquémica, las

enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas del hígado.

La salud del adulto mayor (65 años y más)

La mortalidad estimada en este grupo de edad fue 52,8 por 1.000 habitantes en 1990–1995 (48,4 por 1.000 en mujeres y 57,4 por 1.000 en hombres). Las defunciones de personas de 65 y más años representaron 40,5% de las muertes registradas.

La principal causa de muerte diagnosticada en 1994 en este grupo de edad fueron las enfermedades cardiovasculares, con 52,4%. Sigue el grupo de otras causas con 23,0, las neoplasias con 15,0%, las enfermedades transmisibles con 6,5% y las causas externas con 3,2%, con una distribución más o menos similar en ambos sexos. Por diagnósticos más específicos las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, la cardiopatía isquémica, la hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Este grupo de enfermedades, junto a las deficiencias nutricionales, constituyen la primera prioridad de salud en el país. En 1994 las enfermedades transmisibles contribuyeron con 16,8% de las muertes diagnosticadas. Entre ellas destacan las enfermedades diarreicas agudas que en 1994 representaron 4% del total de muertes diagnosticadas y 30,4% de las muertes por enfermedades transmisibles. Más de la mitad —51,3%— de las muertes por diarrea aguda ocurrieron en menores de 1 año y 16% en niños de 1 a 4 años. Las enfermedades diarreicas constituyen la segunda causa de mortalidad diagnosticada en menores de 1 año (15%) y la primera (seguida por las deficiencias nutricionales) entre niños de 1 y 4 años (16%). Según los datos de la encuesta ENDESA 96, solo 39,1% de los episodios diarreicos reciben algún tipo de rehidratación oral, aunque la proporción ha aumentado ligeramente en los últimos años. Pese a la vigilancia de los cuadros diarreicos y la investigación exhaustiva de los casos sospechosos, no se ha diagnosticado ningún caso de cólera en la presente pandemia.

Las infecciones respiratorias agudas representaron 3,6% de las muertes diagnosticadas en 1994; 30,9% de las muertes por enfermedades transmisibles correspondieron a infección respiratoria aguda, que fue la sexta causa de mortalidad diagnosticada en menores de 1 año y la tercera entre niños de 1 y 4 años. Los episodios de diarrea y de infección respiratoria constituyeron en 1995 los motivos más frecuentes de consulta, de atenciones de urgencia y de hospitalización.

La tuberculosis aportó 2% del total de muertes diagnosticadas y 15% de las muertes por enfermedades transmisibles. Las meningitis aportaron 0,6% de las muertes diagnosticadas y 5,2% de las muertes por enfermedades transmisibles.

Destaca la poca relevancia de las enfermedades prevenibles por vacunación como diagnóstico de muerte. La mortalidad por estas enfermedades ha descendido aceleradamente a partir de 1992. No ha habido casos de poliomielitis por virus salvaje. El sarampión, que en 1992 tuvo una incidencia registrada de 102,4 casos por 100.000 habitantes, durante 1995 y 1996 no ha producido ningún caso confirmado. En 1996 no se diagnosticaron casos autóctonos de tétanos neonatal y se han cumplido parcialmente los requisitos internacionales para declararlo eliminado. En los últimos cuatro años la incidencia de difteria no ha llegado a 1,0 por 100.000 habitantes. No se han registrado casos en 1995 y 1996 de tos ferina. La meningitis tuberculosa continúa en declive y en 1996 se registraron tasas inferiores a 1,0 por 100.000.

Anualmente se notifican alrededor de 300 casos de meningitis bacteriana, la gran mayoría (60–70%) en menores de 1 año. Los agentes más frecuentes son *Haemophilus influenzae B* (cerca de 50%), *Streptococcus pneumoniae* (alrededor de 15%) y, con menor frecuencia, *Mycobacterium tuberculosis* y *Neisseria meningitidis* serogrupos C y B.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud. Anualmente se reportan más de 10.000 casos nuevos. Sin embargo, en años recientes se observa una tendencia francamente descendente de la frecuencia notificada de casos, probablemente relacionada con los esfuerzos de prevención de la transmisión del VIH. La tasa por 100.000 habitantes en 1995 fue de 34,5 casos de blenorragia, 24,4 de sífilis, 3,4 de chancro blando y 0,8 de linfogranuloma. Un tercio de las mujeres en edad fértil entrevistadas en la ENDESA 96 declararon haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos 12 meses; sin embargo, 82% indicaron que se trató de infección vaginal.

Desde que en 1983 se registró el primer caso de sida en el país, la incidencia anual ha aumentado progresivamente hasta situarse en 1995 en valores de alrededor de 5 por 100.000. Más de 70% de los casos acumulados corresponden a heterosexuales y la razón hombre/mujer ha sido de 2:1, con tendencia a reducirse. Los homosexuales y bisexuales constituyen 10% de los casos y los usuarios de drogas, 3%. Los casos por transfusión sanguínea en la serie acumulada llegan a 11,3% en mujeres y 3,4% en varones. Sin embargo, en los últimos años se estima que se ha logrado tamizar más de 80% de la sangre transfundida, para VIH y hepatitis B.

En los últimos años ha aumentado la prevalencia de seropositividad al VIH en embarazadas, en pacientes de clínicas de enfermedades venéreas y, algo menos, en trabajadoras sexuales. Algunas estimaciones señalan que en el año 2000 podrían esperarse alrededor de 50.000 portadores de VIH en el país.

La epidemiología de la malaria ha cambiado considerablemente en los últimos decenios. Su incidencia está fuertemente asociada con las fluctuaciones en la industria de la construcción; el número de casos vinculados con la agricultura ha disminuido progresivamente. El otro factor determinante es la capacidad operativa y los recursos asignados al programa de control. Desde 1991, cuando ocurrieron 377 casos de malaria sin ninguna defunción, la incidencia aumentó hasta 1.808 casos en 1995 y poco más de 1.400 en 1996. Todos los casos son por *Plasmodium falciparum* y en general sensibles a la cloroquina. Las zonas más afectadas han sido los municipios fronterizos y aquellas donde grandes proyectos de construcción han alterado la ecología local y han atraído trabajadores de países vecinos.

La rabia es endémica debido a la existencia de focos silvestres (en mangostas), gran número de perros callejeros y extensas zonas urbanomarginales. Hasta los años setenta el comportamiento epidemiológico fue cíclico, con brotes importantes cada 4 ó 5 años. Desde entonces, la frecuencia anual ha estado relacionada con las medidas de control, con la cobertura de inmunización de perros y las acciones de vigilancia epidemiológica y control perifocal. En los últimos años, el número de casos en animales se mantiene alrededor de 5 por 100.000 perros y el número de casos humanos alrededor de 2 por año, ambos con tendencia al aumento.

El país se considera de endemicidad intermedia para la hepatitis B. Alrededor de 4% de las muestras en donantes de sangre resultaron positivas en 1996.

Estudios periódicos de coproparasitología en escolares parecen indicar una tendencia creciente de la prevalencia de giardiasis; en 1994 se comunicó 13% de positividad en la región capital. Existen focos conocidos de bilharziasis en el este del país.

La prevalencia de lepra ha disminuido progresivamente y en 1996 estuvo por debajo del nivel umbral internacionalmente establecido como límite para considerar esta enfermedad como problema de salud pública. Con la excepción de pocos municipios, puede considerarse controlada.

No existen focos de fiebre amarilla, pero el dengue es endémico por la elevada proporción de hogares urbanos infestados por *Aedes aegypti*. La incidencia fue de 60 casos confirmados en 1993, 226 en 1994, 249 en 1995 y disminuyó hasta alrededor de 50 en 1996. Se desconocen los serotipos de virus circulantes. El número de casos de dengue hemorrágico también aumentó en 1994 y 1995 hasta 46 y 38 casos, respectivamente. Las defunciones han disminuido desde 1994, año en el que se registraron cinco, hasta solo una en 1996.

Dada la ubicación geográfica, el clima, la intensa movilización turística y migratoria y la extensión de la pobreza, el país es altamente vulnerable a la introducción y circulación de agentes infecciosos y a los brotes epidémicos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Las deficiencias nutricionales constituyen la primera prioridad en este grupo. En 1994 fueron atribuibles a deficiencias nutricionales alrededor de 10% de las muertes en menores de 1 año, 15% en el grupo de 1 a 4 años, 6% en el de 5 a 14, 5% en el de 15 a 44, 1% en el de 45 a 64 y 2% en los mayores de 64 años. En 1996 la tasa de desnutrición global en menores de 5 años se estimó en 6% y la tasa de desnutrición crónica en 11%. En las regiones más pobres del país la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años es de 17% a 20%; en la región capital es de 6%.

En menores de 15 años se hallaron en 1994 prevalencias de niveles séricos bajos de retinol y de anemia de 19% y 31%, respectivamente.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el primer grupo de diagnósticos de muerte en la población general. En 1994 produjeron 79,4 defunciones por 100.000 habitantes, 33,8% de todas las muertes diagnosticadas. La hipertensión y la insuficiencia cardíaca constituyen las dos primeras causas de hospitalización en este grupo.

En 1994 las neoplasias representaron 11,9% de las muertes diagnosticadas, con una tasa de 28,1 por 100.000 habitantes. En las mujeres, las localizaciones más frecuente son los órganos genitourinarios, el aparato respiratorio y la mama. La cobertura de métodos de detección del cáncer cervicouterino no llega a 10% de las mujeres en edad fértil.

En 1994 las causas externas representaron 12,9% de las muertes diagnosticadas, con una tasa de 30,2 por 100.000. Según datos policiales, aportaron 15,6% de las urgencias hospitalarias en 1992 y según fuentes sanitarias en 1995 fueron la principal causa de atención urgente en adultos y la cuarta causa de hospitalización a nivel nacional.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política de salud que desde 1992 orienta la gestión de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social afirma la estrategia de atención primaria. Reconoce que "la salud es un derecho fundamental que se ejerce a través de un acceso libre e igualitario a las acciones que procuran satisfacerla" y establece que el Estado debe conceder prioridad a los grupos más desfavorecidos y vulnerables. Las líneas centrales definidas son la "democratización, la universalización de los servicios de salud, la equidad, la modernidad humanística, la eficacia y la eficiencia". Las principales estrategias son la desconcentración y la descentralización, la participación social, la coordinación intra e

intersectorial y el desarrollo y la administración del conocimiento.

Sin embargo, son muchos los problemas por resolver y las modificaciones necesarias en la organización, funcionamiento y asignación de recursos en las instituciones del sector a fin de poner en práctica estas políticas generales. A mediados de 1997 la Secretaría estableció como principal prioridad "el pago de la deuda social acumulada" y señaló la reducción de la mortalidad infantil y materna como objetivo primario. Para lograrlo ha propuesto una movilización nacional con participación de todos los actores sociales y un plan integrado dirigido a fortalecer la atención preventiva y curativa de los niños y las embarazadas. La Secretaría declaró como medio principal para lograr lo anterior el fortalecimiento de las áreas de salud, es decir, el nivel provincial. Al mismo tiempo se identificaron como prioritarios los programas nacionales de inmunización, malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis y rabia. Se estableció la necesidad de desarrollar programas especiales de salud y turismo, de atención a lesionados y de salud ambiental.

La reforma del sector salud

Existe una conciencia social de la necesidad de profundas reformas en el Estado dominicano. Esta demanda social se concretó en 1996 con la creación de la Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado, con la designación en 1997 de una nueva Suprema Corte de Justicia con atribuciones para modernizar y reformar el poder judicial y con diversas acciones de reforma sectorial, entre ellas las reformas del sector financiero y arancelario, el Plan Decenal de la Reforma Educativa y la reforma del sector salud. La Comisión Presidencial para la Reforma y Modernización del Estado ha definido las orientaciones generales de dichos procesos como parte del esfuerzo general para lograr un desarrollo humano y sostenible en el contexto de la nueva realidad internacional. En la reforma social, salud y educación son campos esenciales.

En 1995 se creó por decreto presidencial una nueva Comisión Nacional de Salud, de carácter interinstitucional, con el mandato expreso de elaborar en un año las propuestas de reforma sectorial y promover el proceso de modernización del sector salud. Una Oficina de Coordinación Técnica que tenía la misión de realizar los estudios para el diseño de dichas reformas recibió amplio apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial hasta 1997, año en que dejó de existir.

En 1995 la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, con amplia participación de la sociedad civil y equipos técnicos del sector público, elaboró una propuesta de Ley General de Salud que fue posteriormente aprobada en la Cámara de

Diputados. Sin embargo, el proyecto encontró oposición en el Senado y no ha sido aprobado. Paralelamente, una comisión designada por el Presidente en 1996 elaboró una propuesta de reforma de la seguridad social. La propuesta, divulgada como aprobada por consenso por los empresarios, los trabajadores y el Gobierno y, como tal presentada al Congreso para su consideración y aprobación, ha encontrado posteriormente oposición de algunos sectores empresariales.

En 1997 un nuevo decreto presidencial designó una Comisión Ejecutiva de la Reforma en Salud, dependiente de la Presidencia, derogando las comisiones, oficinas y gerencias preexistentes y dándole el mandato expreso de aplicar acciones de reforma del sector.

Los sectores de agua potable y saneamiento y residuos sólidos han iniciado recientemente un proceso de reforma y modernización. El Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable en Zonas Rurales Dispersas y Urbanomarginales y el Plan Nacional de Desarrollo Social orientan estos procesos de reforma. Ambos dan prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida de los más desfavorecidos.

En 1995 fue aprobado un Plan Nacional de Alimentación y Nutrición que está en proceso de aplicación práctica, con muchas dificultades. En 1997 se asignó su aplicación a la Secretaría de Agricultura. Un componente de este plan es el control de calidad y vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos, funciones que corresponden a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

En el proceso de reforma se han ido perfilando algunos aspectos importantes entre los que cabe destacar el interés en la descentralización de la Secretaría, fortaleciendo los niveles provinciales y la coordinación entre los diferentes entes estatales de salud a nivel local. También se hace hincapié en la mayor autonomía administrativa de las unidades hospitalarias, la transformación del nivel central hacia una función predominantemente normativa y de contraloría y la modernización de los procesos a todos los niveles, incluida la actualización tecnológica de los sistemas de información. Los contenidos de las intervenciones que han de asegurarse a toda la población logran sin embargo menor consenso.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social es, según establece el Código de Salud Pública, el organismo rector de los servicios de salud y el responsable de la aplicación de dicho código. Presta servicios asistenciales y de promoción y prevención de la salud. Se estructura en tres niveles: central, regional y provincial. El nivel central tiene una función fundamentalmente normativa. Ocho oficinas regio-

nales dirigen los servicios y controlan las áreas de salud de nivel provincial. En las áreas de salud existen clínicas rurales que cubren cada una de 2.000 a 10.000 habitantes y cuentan con médicos pasantes o asistentes, auxiliares de enfermería, supervisor de promotores y promotores de salud. En la mayoría de las ciudades cabecera de provincia hay un hospital de nivel secundario o terciario con consultorios externos, hospitalización y servicio permanente de urgencias. Algunas provincias cuentan con subcentros de salud con camas, servicio de urgencias, medicina general de adultos, pediatría y atención del embarazo.

Los programas de la Secretaría están estructurados a nivel central y a nivel regional. Los más desarrollados son los dedicados a control de malaria, dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores; el de prevención y control de rabia y zoonosis; el programa nacional de tuberculosis; el programa de inmunización; el de planificación familiar y salud reproductiva, y los de saneamiento básico. Los servicios de epidemiología cuentan con un nivel nacional y unidades regionales y en las áreas de salud.

Según estimaciones de la Encuesta de Satisfacción del Usuario (ESU 96), más de 85% de la población que utiliza servicios de vacunación infantil, 60% de las mujeres que solicitan control prenatal y cerca de 60% de quienes solicitan controles de niños sanos, lo hacen en servicios de la Secretaría o del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

El IDSS es una institución autónoma que cubre las contingencias de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y accidentes de trabajo de los trabajadores asalariados. En 1994 estaba afiliada al IDSS 6,5% de la población general y 15,4% de la población económicamente activa, y su gasto representó 0,7% del PIB. Desde 1990 se ha insistido en la necesidad de una reestructuración total de la política de seguridad social, pero la reforma del IDSS no ha llegado a concretarse.

El Fondo Social Hotelero es una organización pública autónoma, de carácter no lucrativo, para atender al bienestar social de los trabajadores del sector hotelero y gastronómico. En su órgano directivo participan trabajadores, empresarios y el Estado. Su financiamiento es también tripartito y sus funciones incluyen pensiones, jubilaciones y servicios sociales, incluida la atención médica. Su cobertura de población es muy pequeña.

Al Instituto de Auxilios y Viviendas han de afiliarse obligatoriamente los empleados públicos, incluidos los militares cuyos salarios sean inferiores a cierto límite. Su financiamiento es tripartito y sus funciones incluyen la construcción de viviendas, las pensiones y los servicios sociales, entre ellos los servicios médicos de nivel primario, con una cobertura muy escasa. Los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas o Sanidad Militar cubren a los miembros de la policía, militares y sus familiares. Su cobertura alcanza aproximadamente a 2% de la población. Cuentan con un hospital central de alta com-

plejidad que también brinda atención de urgencia a la población civil que la demanda (no se conoce el volumen). Estas instituciones desarrollan sus actividades con poca o ninguna coordinación, lo cual ocasiona duplicidad, falta de eficiencia y mala calidad en la respuesta que el sector debe dar a los problemas de salud de la población.

Las igualas médicas privadas constituyen una modalidad de seguro desarrollada por centros médicos particulares para extender su clientela y asegurar ingresos fijos. Mediante el sistema de igualas las clínicas de las principales ciudades han logrado atraer a sus centros a amplios sectores laborales cuyo nivel de ingreso no les permitiría acceso directo. La gama de servicios cubiertos por las igualas varía de acuerdo con el plan específico, pero en general ofrecen servicios de atención médica y maternidad en servicios ambulatorios, así como de hospitalización en ciertos casos. Solo se incluyen los medicamentos prescritos durante la hospitalización. Los servicios de laboratorios solo suelen incluir las pruebas básicas. En diagnósticos más complejos las igualas cubren entre 50% y 75% del costo. La cobertura generalmente excluye las evaluaciones generales periódicas, la medicina preventiva y el cuidado de pacientes con enfermedades mentales y crónicas. Según la encuesta ESU 96, las igualas médicas cubren aproximadamente 3,2% de la población.

Casi todas las compañías de seguros de vida ofrecen a sus clientes un seguro complementario de salud. Estos seguros están orientados a funcionarios de nivel superior y estratos de ingresos elevados. Las primas son mayores que las de las igualas médicas y los planes son más flexibles, con más posibilidades de elección de médico y centro hospitalario. Se estima que este tipo de seguros cubren aproximadamente 2,5% de la población.

De los seguros de salud autoadministrados el más conocido es el Seguro Médico de Maestros, de carácter mutualista, subsidiado por el Gobierno nacional, que desde 1995 brinda servicios de atención médica a los maestros del sector público, contratados con clínicas privadas. Estos seguros operan con criterios de cooperativa. La entidad que los administra no tiene fines lucrativos pero sí interés en reducir costos. Los servicios ofrecidos por estos seguros suelen ser similares a los de las igualas privadas, aunque puede haber también algunos servicios de medicina preventiva y mayor cobertura hospitalaria y de diagnóstico.

Los servicios privados sin fines de lucro los prestan clínicas y hospitales gestionados por organizaciones no gubernamentales. Destacan algunas instituciones o fundaciones que prestan servicios de bajo costo para problemas especializados como diabetes, enfermedades cardiovasculares y dermatológicas, cáncer y rehabilitación. Estas instituciones suelen recibir subvenciones importantes del Estado a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y también se financian por pago directo de los usuarios. Este tipo de organizaciones ha

aumentado rápidamente y se localizan sobre todo en las dos ciudades más importantes, Santo Domingo y Santiago. Los aportes de la Secretaría se respaldan con un informe de ejecución presupuestaria, pero no hay control de los programas de trabajo ni de los resultados.

Los servicios privados lucrativos han tenido un crecimiento acelerado en las últimas décadas. Existe gran variedad de establecimientos privados lucrativos, desde hospitales privados de alta complejidad hasta pequeños establecimientos con condiciones muy precarias, generalmente ubicados en zonas periféricas urbanas o semirurales. Legalmente no hay control de apertura de estos servicios ni proceso de habilitación, por lo que no se sabe tampoco cuántos hay. Según la ENDESA 96, casi la mitad de los entrevistados que solicitaron consulta ambulatoria en el último mes y de quienes requirieron hospitalización en los últimos seis meses lo hicieron en servicios de este tipo.

Se considera que el sector público presta una elevada proporción de los servicios preventivos y de promoción. En la ESU 96 solo 6,4% de las personas que buscaban servicios de vacunación lo hicieron en centros privados lucrativos.

En la ESU 96 más de tres cuartas partes de los entrevistados consideraron que la salud es una de las tres primeras prioridades en las que debe intervenir el Estado dominicano; 38,1% la consideraron primera prioridad y 53% respondieron que los servicios de salud en general "funcionan muy mal y se requiere una transformación completa de los mismos". La mayoría tuvo una apreciación negativa de los hospitales de la Secretaría y muy positiva de las clínicas privadas. El aspecto que resultó más determinante de la opinión desfavorable sobre los servicios en general fue el tiempo de espera, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalización y la cirugía. La imposibilidad de elegir médico y la atención por varios médicos en distintas oportunidades fueron también considerados aspectos muy negativos de los servicios públicos.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La regulación sanitaria es muy débil. Las normas de atención tienen una o dos décadas de antigüedad y los profesionales de salud son certificados por entidades de tipo gremialista.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, junto con la Asociación de Clínicas Privadas, inició en 1996 un proceso de acreditación de hospitales y clínicas privadas, pero ha encontrado serias dificultades. Solo se han logrado acordar algunas definiciones, sin que se hayan concretado los procesos. También está en marcha un proceso de regulación y acreditación de los laboratorios públicos y privados.

La División de Drogas y Farmacia de la Secretaría es responsable de la evaluación y el registro de los medicamentos

así como de la inspección de laboratorios de fabricación de medicamentos y farmacias. Se han establecido las normas farmacológicas, los procedimientos y un sistema de información automatizada que regulan el registro de medicamentos. Las inspecciones reglamentarias a establecimientos farmacéuticos representan una debilidad del programa. El Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló es responsable del control de calidad analítico de medicamentos, aunque funciona en condiciones muy precarias tanto en materia de infraestructura como de equipos. No existe en la Secretaría un departamento responsable del componente científico-técnico de los medicamentos. En el campo de regulación de alimentos las acciones de control de la aplicación del código alimentario FAO/OMS son muy débiles.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Servicios de agua potable y alcantarillado. El crecimiento demográfico, los desplazamientos masivos hacia las áreas urbanas y el aumento de la población en condiciones de pobreza han generado graves insuficiencias en la cobertura y la calidad de los servicios de agua y saneamiento. Se estima que, en 1993, el abastecimiento de agua para consumo alcanzaba a 65% de la población, 80% en las zonas urbanas y 46% en las rurales. De las 8.463 comunidades rurales tenían servicios de agua para consumo unas 2.100, es decir 25%. De alcantarillado sanitario se beneficia 16% de la población del país y 28,0% de la población urbana.

El sector agua potable y alcantarillado tiene un gran peso en el gasto social del Estado. Es muy dependiente de los subsidios en lo que se refiere a financiamiento del gasto corriente y la inversión y opera con gran déficit por deficiencias en los sistemas de comercialización de los servicios, elevadas pérdidas físicas en los acueductos y estructuras tarifarias inadecuadas que no se corresponden con los costos. La debilidad del sistema institucional, la inestabilidad del personal, y la deficiente operación y mantenimiento de los sistemas son otros tantos factores que dificultan la solución de las necesidades de saneamiento básico.

Programas de prevención y control de enfermedades. El Programa Ampliado de Inmunización coordina las actividades con las instituciones del sector público y privado. Las vacunas se adquieren a través del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunización de la OPS, excepto la vacuna contra la hepatitis B que se compra directamente a los proveedores. Se realizan estudios de control de calidad a la llegada de cada remesa y se toman muestras en los lugares de almacenamiento para asegurar el buen estado de las vacunas.

En el período 1992–1996 el Gobierno desarrolló estrategias combinadas de vacunación según las orientaciones de las metas regionales de erradicación y control de enfermedades inmunoprevenibles. Se estableció la vacunación en los establecimientos de salud con todas las vacunas del PAI —vacunando contra la tuberculosis, la hepatitis B y la poliomielitis a todos los recién nacidos en hospitales y centros de salud— y la ejecución de jornadas nacionales de vacunación en las que se incluyen nuevos grupos de población tales como los menores de 15 años en la vacunación antisarampionosa.

La cobertura de inmunización superó 80% a partir de 1993. Entre 10% y 20% de las vacunas se aplican en el sector privado y no se notifican al sistema de información gubernamental.

Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública. El sistema de vigilancia epidemiológica está constituido a nivel nacional por la Dirección General de Epidemiología y las unidades de vigilancia de los programas especializados. Además, en cada una de las ocho regiones de salud funciona una unidad regional de epidemiología y en cada una de las 38 áreas de salud hay por lo menos un profesional a cargo de las funciones epidemiológicas. En los principales hospitales existe una unidad de epidemiología que incluye funciones de vigilancia. Este sistema ha evolucionado y mejorado considerablemente desde 1996 y se espera que se fortalezca cuando inicie sus actividades el Instituto Nacional de Epidemiología, probablemente en 1998.

La notificación obligatoria se basa en la notificación pasiva y obligatoria semanal de casos sospechosos de alguna de las enfermedades contenidas en la lista correspondiente. Para algunas enfermedades, como la meningitis bacteriana, se ha desarrollado un subsistema especial de vigilancia.

El sistema de vigilancia epidemiológica está integrado por varios subsistemas de vigilancia de: a) enfermedades de notificación obligatoria; b) cuadros febriles agudos; c) muertes infantiles, mujeres en edad fértil y nacimientos; d) puertos y aeropuertos, y e) programas especializados.

El subsistema de cuadros febriles agudos está integrado por 40 puestos centinela ubicados en establecimientos de atención médica de nivel secundario y terciario. Su finalidad es detectar casos sospechosos de malaria, dengue, sarampión y otras enfermedades febriles agudas que producen brotes epidémicos.

El subsistema de vigilancia de muertes infantiles y maternas y de nacidos vivos se basa en una norma emitida en 1997 que hace obligatoria la notificación inmediata de dichos eventos. Está integrado por todos los establecimientos de salud del país, públicos y privados. Su propósito es el análisis de evitabilidad de las muertes infantiles y maternas y el control de los nacidos vivos de alto riesgo durante el primer año de vida.

El subsistema de puertos y aeropuertos tiene como propósito la detección precoz de casos sospechosos de enfermedades de alto riesgo epidemiológico y la aplicación de los reglamentos sanitarios internacionales.

El subsistema de vigilancia de malaria y dengue se apoya en la notificación pasiva de los establecimientos de salud y de los puestos centinela del subsistema de vigilancia de cuadros febriles y lleva a cabo la búsqueda activa de cuadros febriles en zonas donde se han detectado casos. El subsistema de vigilancia epidemiológica del programa de inmunización aplica las normas del plan de erradicación de la poliomielitis y ha incorporado progresivamente la vigilancia de otras enfermedades inmunoprevenibles. También vigila la cobertura de inmunizaciones a nivel municipal. Hay también subsistemas de vigilancia de rabia y de tuberculosis.

El principal centro de apoyo a la vigilancia es el Laboratorio Nacional Dr. Defilló, aunque el Laboratorio Veterinario Central, el Centro Antirrábico Nacional, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) y los principales hospitales participan también en esas labores.

Servicios de recolección de residuos sólidos y aseo urbano. Dependen de los municipios y en prácticamente todas las ciudades la cobertura es mínima, la recolección irregular y la disposición final a cielo abierto. Las unidades administradoras de estos servicios son débiles y carecen de equipos, de recursos financieros y de personal especializado. En 1992 se privatizó la recolección de basura en el Distrito Nacional, apreciándose una mejoría posterior del servicio en los sectores residenciales. Los residuos sólidos hospitalarios no se tratan con procedimientos o normas especiales.

Control de riesgos ambientales. En las zonas periféricas de las principales ciudades, en las que falta abastecimiento de agua, alcantarillado y recolección de basuras, muchas viviendas están habitadas en condiciones de gran hacinamiento, construidas con materiales de desecho y próximas a focos de contaminación.

Las descargas de alcantarillados, contaminantes líquidos y gaseosos provenientes de la industria y la agricultura están bajo la responsabilidad de instituciones diversas como la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), los ayuntamientos, la Secretaría de Estado de Agricultura, la Dirección Nacional de Foresta y otras entidades, ninguna de las cuales dispone de políticas y programas definidos. No existe legislación específica ni tampoco coordinación adecuada, y los recursos destinados al control de estas actividades son muy escasos.

La contaminación de las aguas subterráneas y playas cercanas a las ciudades costeras es importante. La generación de electricidad en plantas estatales, industriales, comerciales y do-

miciliarias movidas por todo tipo de combustibles contamina el aire y ocasiona niveles molestos de ruido en las ciudades.

Salud de los trabajadores. En esta área tienen responsabilidad la Secretaría de Estado de Salud Pública, el IDSS, las Secretarías de Estado de Trabajo, Educación, Agricultura y Obras Públicas, y los ayuntamientos. La escasa información disponible indica que las discapacidades, lesiones en el medio laboral y enfermedades profesionales son de magnitud importante. Los programas orientados a prevenirlos tienen poco desarrollo y, en la práctica, los trabajadores están desprotegidos y poco preparados para afrontar esos riesgos.

Preparativos para desastres. La República Dominicana se encuentra en una zona expuesta a ciclones, sismos e inundaciones, fenómenos que han producido daños económicos y pérdidas de vida de cierta magnitud. En la Secretaría de Estado de Salud Pública se ha creado una Oficina de Coordinación encargada de aplicar el plan nacional para situaciones de desastre.

Promoción de la salud. La Secretaría de Estado de Salud Pública ha favorecido el desarrollo de programas de desarrollo local, el más desarrollado de ellos en la Provincia de Salcedo, donde se ha tenido excelentes resultados, en el mejoramiento de las condiciones de saneamiento del medio ambiente y disminución de muertes, especialmente por gastroenteritis, ya que desde 1994 no se registraron muertes por esta causa.

En 1997 se creó en la Secretaría el Departamento de Municipios Saludables con el propósito de coordinar las acciones de desarrollo local, fortalecer los consejos provinciales de desarrollo y constituir municipios saludables.

Alimentación y nutrición. El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición se encuentra actualmente en fase de reformulación. El objetivo es fortalecer el aspecto de seguridad alimentaria y la formulación de proyectos que sustenten la obtención de recursos para la ejecución del plan en diferentes áreas.

Salud oral. Durante 1995 la Secretaría de Estado de Salud Pública desarrolló 324.977 actividades clínicas odontológicas en un total de 174.699 consultas atendidas por 445 odontólogos y 197 auxiliares de odontología. Las acciones de prevención, fundamentalmente los enjuagues con fluoruro, solo cubren en la actualidad a 10% de la población escolar de 6 a 14 años.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Según datos de la Secretaría de Estado de Salud Pública, en 1996 existían en el país 1.334 establecimientos de salud, de

los cuales 730 (55%) pertenecen a la Secretaría, 184 (14%) al IDSS, 417 (31%) al sector privado y 3 (0,2%) a las fuerzas armadas. En el país hay 15.236 camas hospitalarias de las cuales 7.234 (47%) pertenecen a la Secretaría, 1.706 (11%) al IDSS, 5.796 (38%) al sector privado y 500 (3%) a las fuerzas armadas. Según estos datos, la razón camas/habitantes es de 1:500. Sin embargo, hay discrepancia entre diferentes fuentes respecto del número de camas disponibles.

El total de consultas ambulatorias en los establecimientos de la Secretaría ascendió en 1996 a 5,8 millones, o sea, 0,8 consultas por habitante. Las consultas de urgencia fueron 2,2 millones, 0,3 por habitante. Se registraron 372.000 egresos hospitalarios, 50 por cada 1.000 habitantes. No se dispone de datos actualizados sobre la producción del IDSS y otras instituciones públicas.

La ENDESA 96 mostró que 97% de los embarazos tuvieron algún tipo de control prenatal por parte de médicos. El promedio fue de 7,6 controles prenatales; 88% de las embarazadas tuvieron cuatro controles o más; 94% de los controles prenatales se iniciaron en el primer semestre del embarazo. Los partos son institucionales en una gran proporción: 95% de los ocurridos en 1991–1996 tuvieron lugar en establecimientos médicos, con diferencias por regiones y estratos sociales: 99% de las mujeres con nivel universitario y solo 82% de las analfabetas dieron a luz en centros médicos.

Insumos para la salud

En 1996 el valor del mercado farmacéutico en el sector privado fue de US\$ 186,4 millones. En el sector público las compras realizadas por el Programa de Medicamentos Esenciales del Gobierno se estimaron en US\$ 15 millones. Sumando el gasto farmacéutico del IDSS y de las fuerzas armadas, el consumo promedio anual se estima en unos US\$ 30 por persona.

El Programa de Medicamentos Esenciales es responsable de la adquisición y distribución de medicamentos para las instituciones del sector público, según la lista de productos elaborada por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

En el país funcionan 84 laboratorios de producción de medicamentos y productos afines de capital nacional y un laboratorio de capital multinacional.

En la República Dominicana no existe un registro fiable de los equipos disponibles en los establecimientos públicos y privados. Sin embargo, el país ha hecho importantes inversiones no solo para la dotación de la amplia red de servicios existentes, sino para actualizar periódicamente la misma, ya que hay reconocidos problemas de mantenimiento y la vida media de los equipos es muy inferior a la esperada. Estos problemas se han agravado en los últimos años, ya que se han incrementado las relaciones internacionales y el país ha recibido o está en proceso de recibir cuantiosas donaciones y compras en condiciones favorables de equipos de diferentes

procedencias, marcas y especificaciones técnicas, sin que se hayan establecido compromisos de adiestramiento o de mantenimiento por parte de los proveedores.

A comienzos de 1997 inició sus operaciones la llamada Plaza de la Salud, un conjunto de instalaciones formado por tres hospitales —maternoinfantil, geriátrico y traumatológico— y un centro de diagnósticos avanzados, de propiedad del Estado y situado en Santo Domingo. Con un total de 430 nuevas camas y tecnología muy avanzada, este complejo ha representado una inversión considerable. Sin embargo, de momento no hay una clara definición sobre la forma como se articularán estas instalaciones con el resto del sistema de salud y hay una intensa polémica al respecto.

Recursos humanos

En 1994 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social contaba con 5.626 médicos, 376 odontólogos, 1.008 bioanalistas, 8.600 enfermeros y auxiliares de enfermería, 6.127 promotores y supervisores de salud y 372 farmacéuticos. No se cuenta con información actualizada sobre el número de profesionales que hay en el país según profesión y categoría.

Se estima que el total de puestos de trabajo habilitados en 1995 por los dos principales empleadores del sector —la Secretaría y el IDSS— ascendía a unos 62.100, incluidas todas las categorías profesionales, técnicas y administrativas.

Los datos relacionados con la oferta de trabajo del subsector son parciales y no actualizados. En 1996, de las 27 universidades y 7 institutos de educación superior existentes en el país, 15 ofrecían carreras de ciencias de la salud.

La licenciatura en enfermería ha sufrido una reducción paulatina en su matrícula. De 1.339 estudiantes matriculados en 1984 se pasó a 641 en 1990 y actualmente la Universidad Autónoma de Santo Domingo oferta estos estudios sin costos de matriculación, como incentivo para atraer estudiantes. En el nivel de posgrado ha habido un incremento de los programas formativos. Cinco universidades ofertan programas de maestrías relacionadas con la salud y cuatro avalan un total de 28 programas de residencia médica. Hay también una tendencia ascendente del número de especialistas en relación con el de médicos generales. También los programas de formación de técnicos intermedios (en radiología, rehabilitación, laboratorio, etc.) han registrado importantes incrementos. En todos estos programas de formación hay graves problemas de regulación del acceso y acreditación de los títulos.

Investigación, tecnología e información sanitaria

A pesar de que en 1983 se creó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, se carece de una política explícita

de investigación y de información científico-técnica. Esto ha incidido negativamente en el desarrollo de la investigación en salud y en la formación de recursos humanos. En la práctica los proyectos de investigación responden más a oportunidades de financiamiento e interés personal o institucional que a prioridades explícitas y vinculadas a las necesidades nacionales.

A partir de 1994 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social ha apoyado directa o indirectamente investigaciones relacionadas con enfermedades infecciosas, parasitología, cáncer de cuello uterino, diabetes y enfermedades cardiovasculares. También realizó con apoyo financiero del BID y el Banco Mundial un estudio de la situación de salud según el enfoque de carga de enfermedad y rentabilidad sanitaria de las intervenciones, en el marco del proyecto de reforma y reorganización del sistema de salud.

La falta de una política clara de investigación y la carencia de un organismo rector y de financiamiento orientado a planes de investigación hace muy difícil la asignación de fondos a proyectos de investigación y la creación de condiciones que fortalezcan la conciencia sobre la importancia de la investigación y la necesidad de mejorar su calidad.

En cuanto a incorporación de tecnologías, no existe una política que la regule. En algunos programas de desarrollo local se han hecho evaluaciones de tecnologías apropiadas, pero no se lleva ningún control ni se evalúa si su aplicación produce algún tipo de impacto.

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo importante de cooperación en el área de información en salud. El país dispone ahora de bibliotecas y centros de documentación especializados en salud, con personal capacitado y con fuentes de búsqueda bibliográfica actualizadas periódicamente. Se ha creado una red de bibliotecas hospitalarias y un sistema de intercambio de información especializada. A nivel local se han creado colecciones básicas de libros y pequeñas bibliotecas especializadas con el apoyo de la OPS y la Unión Europea.

Gasto y financiamiento sectorial

No existen estimaciones fiables recientes del gasto privado en salud. Según la ENDESA 96, 37% de los hogares requirieron algún tipo de atención médica en los últimos 30 días. El gasto por hogar, en atenciones ambulatorias en dicho período, fue en promedio equivalente a US\$ 8,80 y de US\$ 154,70 en casos de hospitalización. Quienes requirieron servicios públicos tuvieron gastos mucho menores (US\$ 29,50) que quienes fueron atendidos en servicios privados (US\$ 252,00). Es interesante que, según estos datos, el gasto en atención médica en servicios privados de quienes pertenecían al 20% de menor ingreso familiar fue superior al gasto de quienes pertenecían al 20% de mayor ingreso, tanto en atenciones ambu-

latorias (US\$ 30,60 y US\$ 29,70) como en hospitalizaciones (US\$ 320,10 y US\$ 242,90).

El gasto público total en salud para 1995 se estimó en US\$ 214,39 millones, o US\$ 29,00 per cápita. Aunque aumentó nominalmente, ajustado según la inflación el gasto público en salud per cápita fue en 1991 menor que en 1980. Hubo una ligera recuperación entre 1992 y 1995. Como porcentaje del PIB el gasto sanitario ha permanecido estancado entre 1,1% y 1,8%. Como proporción del gasto público total pasó de 7% en 1985 a 9,5% en 1990, bajó a 7,8% en 1991–1992 y hasta 1995 se mantuvo en ese nivel. La contribución de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social al gasto total en salud pasó de 86% en 1979–1982 a 64% en 1987–1990 y a 56% en 1991. La Presidencia de la República aumentó su participación en el gasto sanitario de 2% a 28% y a 38% en esos mismos años. En la Secretaría la relación entre gastos en servicios de salud terciarios y primarios pasó de 8,7 en 1988 a 11,0 en 1992. En 1991 el gasto total y directo por consulta, cama y egreso fue entre 60 y 70% menor que en 1980.

Cooperación técnica y financiera externa

La financiación externa del gasto público en salud disminuyó de un promedio de 6,8% en el período 1983–1986 a 1,9% en 1987–1991, y cabe suponer que ha aumentado poste-

riormente debido al estancamiento del gasto público y al aumento de proyectos financiados por diferentes organismos de cooperación bilateral. Sin embargo, no se dispone de información reciente confiable.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha recibido apoyo del UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el BID, el Club Rotario Internacional y la OPS/OMS, organizaciones que desde hace varios años cooperan en un comité de coordinación del PAI.

Los programas de planificación familiar y salud reproductiva recibieron cooperación financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la AID. Las actividades de prevención del sida han recibido apoyo financiero importante de la AID, dirigido predominantemente a instituciones privadas no lucrativas. Hasta 1996, el programa nacional del sector público recibió cooperación técnica y financiera a través de la OPS/OMS. A partir de 1997, cuando comenzó a funcionar el ONUSIDA, los recursos financieros externos para el programa nacional se redujeron considerablemente.

Diversos programas y proyectos nacionales o locales han recibido apoyo de la Unión Europea, la agencia alemana GTZ, la Agencia Española de Cooperación Internacional, la JICA japonesa, así como de fondos procedentes de Italia.

Numerosas organizaciones no gubernamentales internacionales desarrollan actividades de salud en el país, la mayoría apoyando a organizaciones locales que trabajan en barrios urbanomarginales y zonas rurales.

