



**PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD
REPÚBLICA DOMINICANA**

**MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA**

**Tercera Edición
(Marzo, 2007)**



PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Santo Domingo, República Dominicana.

Marzo 2007

(Tercera Edición)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Perfil de sistemas de salud de República Dominicana.
Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32823 1

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
2. REPÚBLICA DOMINICANA

NLM WA 525

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

AGRADECIMIENTOS

La tercera edición del Perfil del Sistema de Salud de República Dominicana es producto de un trabajo conjunto de funcionarios de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), de la Dirección de Estadística de Salud (DIES) y de la Oficina de la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS) de República Dominicana. El equipo de trabajo conformado por Clara Ferrand, Aurora Rodríguez, Georgina Espinal, Maritza Martínez Rodríguez, fue coordinado por Ana Rafaelina Guerrero. Rafael Montero proporcionó apoyo para la revisión documental. Francini Placencia coordinó el proceso con el apoyo técnico de Gerardo Alfaro, Claudia Suárez y Priscilla Rivas-Loría. La revisión técnica estuvo a cargo de Bernardo Matías, Rafael Ortiz, José Lucas, Josefina Martínez, Julia Genao, Tirsis Quezada, y Selma Zapata. La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS), a través de la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP) de la OPS/OMS, Washington, D.C.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

TABLA DE CONTENIDOS

GLOSARIO DE SIGLAS	1
RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCIÓN.....	5
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD	6
1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD	7
1.1.1. Análisis Demográfico.....	7
1.1.2. Análisis Epidemiológico.....	8
1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio	9
1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD	11
1.2.1. Determinantes políticos.....	11
1.2.2. Determinantes Económicos	11
1.2.3. Determinantes Sociales	12
1.2.4. Determinantes Medioambientales	13
2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD.....	14
2.1. RECTORÍA	14
2.1.2. Conducción de la Política General de Salud	16
2.1.3. Regulación Sectorial	17
2.1.4. Resultados de la Medición de las Funciones Esenciales	18
2.2. FINANCIAMIENTO/ASEGURAMIENTO.....	18
2.2.1. Financiamiento	18
2.2.2. Aseguramiento	19
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	21
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud	21
2.3.2. Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud.....	22
2.3.2.1. Gestión de Recursos Humanos y condiciones del empleo.....	24
2.3.2.2. Gobernabilidad y conflictividad del sector salud	25
2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios	25
2.3.4. Equipo y Tecnología.....	26
2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD	27
3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE REFORMA	27
3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	27
3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS	29
3.3. EFECTOS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD	31
3.4. ANÁLISIS DE ACTORES	32
BIBLIOGRAFIA.....	39

GLOSARIO DE SIGLAS

ARL. Administradora de Riesgos Laborales

ARS. Administradoras de Riesgos de Salud.

ASIS. Análisis de Situación de Salud

CNSS. Consejo Nacional de la Seguridad Social.

CENCET. Centro Nacional de Control Enfermedades Tropicales

CERSS. Comisión Ejecutiva Reforma del Sector Salud

DIDA. Dirección de Información y Defensa de los Afiliados.

DIGEPI. Dirección General de Epidemiología

DIGECITSS. Dirección General de Control de Infecciones de transmisión Sexual y Sida

DR-CAFTA. Tratado de Libre Comercio República Dominicana

ENDESA. Encuesta Demográfica y de Salud

GTZ. Agencia Alemana de Cooperación Internacional

IDSS. Instituto Dominicano de Seguridad Social

JICA. Agencia Japonesa Cooperación Internacional

Ley 42-01. Ley General de Salud, del 08 de marzo de 2001.

Ley 87-01. Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, del 09 de mayo de 2001.

ONG. Organismo no gubernamental.

ONAPLAN. Oficina Nacional de Planificación

ONE. Oficina Nacional de Estadísticas

ONUSIDA. Oficina Naciones Unidas para el SIDA

OPS. Organización Panamericana de la Salud

PAI. Programa Ampliado de Inmunización

PBI. Producto Interno Bruto

PBS. Plan Básico de Salud

PSS. Prestadoras de Servicios de Salud.

RRHH. Recursos Humanos

SeNaSa. Seguro Nacional de Salud.

SESPAS. Secretaria de Estado de Salud Pública

SDSS. Sistema Dominicano de Seguridad Social.

SNS. Sistema Nacional de Salud.

TB. Tuberculosis

TSS. Tesorería de la Seguridad Social.

VIH/SIDA. Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

USAID. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo

RESUMEN EJECUTIVO

En las últimas décadas, República Dominicana ha experimentado enormes transformaciones en el orden económico y social como resultado de los cambios globales y de su propia dinámica interna. En el área de la salud, estos cambios han sido impulsados por la aprobación, en el año 2001, de Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social).

Estas leyes sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente. La Ley 42-01 regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud y la Ley 87-01 establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes del Estado, de empleadores y del trabajador.

Así mismo, este nuevo marco legal ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento–, se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002.

En términos económicos, durante la década de los noventa, República Dominicana ocupó los primeros lugares en el liderazgo del crecimiento económico en América Latina y el Caribe; sin embargo este crecimiento no se ha correspondido con el desarrollo humano y social.

En el orden demográfico, el país cuenta con una población de 8,562,541 habitantes, de acuerdo al censo del 2002 y la densidad poblacional es de 175,9 habitantes por km². El 63.6 % habita en zonas urbanas y se evidencia una disminución de la tasa de crecimiento anual de la población (1.73 en el quinquenio 1990-1995 a 1.61 en el quinquenio 2000-

2005) la que podría relacionarse con la disminución de la tasa global de fecundidad y la tasa bruta de natalidad de ambos sexos.

También se observa una disminución en la tasa global de Fecundidad que para el quinquenio 1990-1995 era de 3.23 hijos, sin embargo en el quinquenio 2000-2004 fue 2.99 hijos, lo que representa una disminución de 0.24 en relación al primer periodo. La esperanza de vida ha aumentado de 71.86 años a 74.35 años en los dos periodos, lo que se evidencia en las pirámides poblacionales.

En relación al perfil salud-enfermedad de la población dominicana, el país se encuentra en una etapa de transición epidemiológica, manifestada por la disminución de las enfermedades infecciosas frente a un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En el año 2005 se definió la **“Agenda Estratégica y Ruta Crítica de la Reforma en Salud”**, concebida como un instrumento de coordinación de las acciones relevantes que las diferentes instituciones del sector salud debían poner en marcha para avanzar en el proceso de reforma. La agenda plantea cuatro grandes propósitos en relación con la reforma sanitaria:

- 1 Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS, con base en las llamadas Funciones Esenciales de Salud Pública y la reorganización y reconversión de los Programas de Salud Pública,
- 2 Organización y estructuración de las Redes Regionales de Servicios Públicos de Salud,
- 3 Acceso equitativo a medicamentos de calidad,
- 4 Garantía de aseguramiento para toda la población, con énfasis en los más pobres.

En ese mismo año, y para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, SESPAS formuló y puso en ejecución la Estrategia Tolerancia Cero con la finalidad de reducir 7 problemas de salud priorizados: Mortalidad Materna, Mortalidad infantil, Enfermedades Prevenibles por Vacunas, Dengue, malaria, TB, VIH y Rabia.

INTRODUCCIÓN

La evaluación periódica de los procesos de Reforma Sectorial de Salud en América Latina y el Caribe ha contribuido a nuevos desarrollos conceptuales y a su vez ha permitido hacer ajustes a la nueva Agenda de Reformas, facilitando la instrumentalización y sistematización de los esfuerzos nacionales para fortalecer los Sistemas de salud, y medir su impacto en la consecución de los objetivos y metas originalmente planteados.

El documento Perfil del Sistema de Salud pretende dar una mirada rápida a la evolución del proceso de Reforma en República Dominicana: sus inicios, logros y brechas, así como los nuevos desafíos que deberán enfrentar las instituciones que por ley conforman el Sistema Nacional de Salud.

El Perfil es producto de la revisión de las fuentes de información disponibles; su procesamiento y análisis, siguiendo la metodología establecida por la Iniciativa de Reforma del Sector de la Salud de América Latina y el Caribe (LACRSS) promovida por Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)¹.

Comprende la descripción de la situación, tendencias y determinantes de los perfiles de salud y enfermedad de la población dominicana, así como el análisis de la demanda de los servicios de salud. Describe también la estructura de los servicios de salud y de los Recursos Humanos en Salud.

Un elemento novedoso del documento es el mapa de actores, el cual permite identificar los actores relevantes del sistema de salud a partir de las funciones que les asigna el marco regulatorio nacional y analizar su poder, posición y capacidad de acción en relación con las diferentes estrategias de desarrollo del sistema de salud.

El objetivo último del Perfil es facilitar el análisis de los cambios en el Sistema Nacional de Salud, procurando constituirse en un valioso insumo para la toma de decisiones.

¹ OPS/USAID. Lineamientos Metodológicos Perfiles de los Sistemas de Salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Edición Especial No.18. Washington DC, 2006.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

A partir del año 2001, con la aprobación de un nuevo marco legal sanitario, el Sistema de Salud de República Dominicana entra en un proceso de grandes modificaciones. Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada el 9 de mayo del mismo año, sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente. La Ley 87-01 establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos.

Este nuevo marco legal consagra el deber del Estado en garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento, financiamiento– se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. A la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) se le asigna la Función de Rectoría y la provisión de las intervenciones de Salud Colectiva.

La función de Financiamiento a las prestaciones de atención a las personas de menores ingresos se transfiere, vía subsidio a la oferta, al Seguro Nacional de Salud, el cual compra los servicios en los establecimientos de salud que se organizaran a través de redes de prestación con vocación pública, descentralizadas y de ámbito regional. Estas redes posteriormente conformarán los Servicios Regionales de Salud, con autonomía jurídica y administrativa.

La Ley 87-01 en sus artículos 127,128 y 129 establece el plan de beneficios y el plan de servicios de salud a la que tendrá derecho la población una vez este identificadas y seleccionada para uno de los regimenes para el aseguramiento, En atención al mandato de dicha Ley el Consejo Nacional de la Seguridad Social -CNSS-, ente rector de la aplicación de la Ley, ha precisado los contenidos específicos del Plan de servicios a ser ofertado (PBS) que debe garantizar el Sistema Dominicano de Seguridad Social –SDSS- a toda la población, independientemente del régimen al cual pertenezca por su situación

laboral, en el cual se han incluido las atenciones curativas básicas en los tres niveles de atención, así como, las intervenciones preventivas de carácter individual.

Las intervenciones preventivas de carácter poblacional y colectivo son explícitamente excluidas del financiamiento del Plan Básico de Salud, por entenderse que son responsabilidad del Estado y deben financiarse con presupuesto público.

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. Análisis Demográfico

La población dominicana, atendiendo al censo del 2002², era 8, 562,541 habitantes, con una densidad poblacional de 175,9 habitantes por km². con un crecimiento intercensal entre 1993- 2002 de 1.8 %, dato este que se puede correlacionar con la tasa de crecimiento anual (1.73 en el quinquenio 1990-1995 a 1.61 en el quinquenio 2000-2005).

TENDENCIAS DEMOGRAFICAS

	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población Total (miles)	3.629.834	3.533.824	3.946.958	3.836.534	4.298.144	4.182.649
Proporción de población urbana	49,2	52,5	56	59,1	60,2	63,4
Proporción de población menor de 15 años	19,9	19,2	19,2	18,6	18,2	17,5
Proporción de población 60 y más	2,7	2,71	2,83	2,84	2,97	3,01

Fuente: República Dominicana. Oficina Nacional de Estadísticas. VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002.

Otro elemento a destacar es que el 63.6 %³ de la población se ha movilizó a las áreas urbanas. Por otro lado, existe una tendencia a la disminución de la tasa de crecimiento anual de la población (1.73 en el quinquenio 1990-1995 a 1.61 en el quinquenio 2000-2005) la que podría relacionarse con la disminución de la tasa global de fecundidad y la tasa bruta de natalidad de ambos sexos.

También se observa una disminución en la tasa global de Fecundidad que para el quinquenio 1990-1995 era de 3.23 hijos, sin embargo en el quinquenio 2000-2004 fue

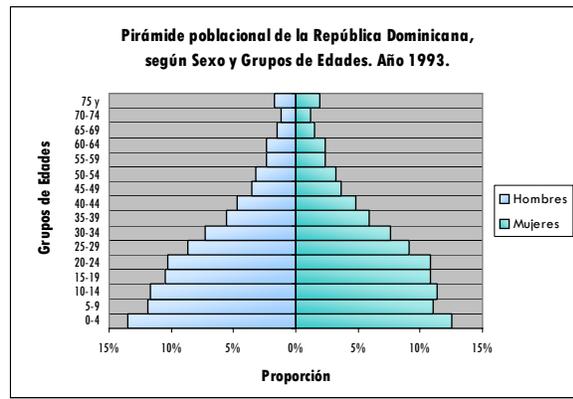
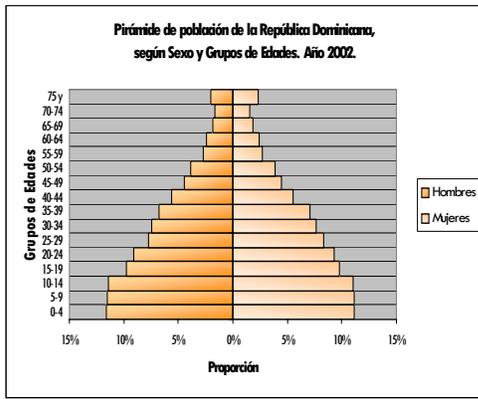
² República Dominicana, Oficina Nacional de Estadísticas. VIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2002

³ República Dominicana. Comisión Presidencial Objetivos del Milenio el Desarrollo Sostenible y Sistema de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, República Dominicana, 2004

2.99 hijos, lo que representa una disminución de 0.24 en relación al primer periodo.

La tasa bruta de natalidad por mil habitantes de ambos sexos ha disminuido de 28.43 en el quinquenio 1990-1995 a 26.06 en el quinquenio 2000-2004, se ha incrementado la diferencia por sexo en la esperanza de vida al nacer de 66.47 años en el quinquenio 1990-1995 para los hombres a 68.11 años en el quinquenio 2000-2004, para las mujeres.

La esperanza de vida ha aumentado de 71.86 años a 74.35 años en los dos periodos, lo que se evidencia en las pirámides poblacionales.



Asimismo, se observa que la tasa bruta de mortalidad que para el quinquenio 1990-1995 fue de 5.87, no ha tenido cambios significativos para el quinquenio 2000-2004, en un 5.51.

1.1.2. Análisis Epidemiológico

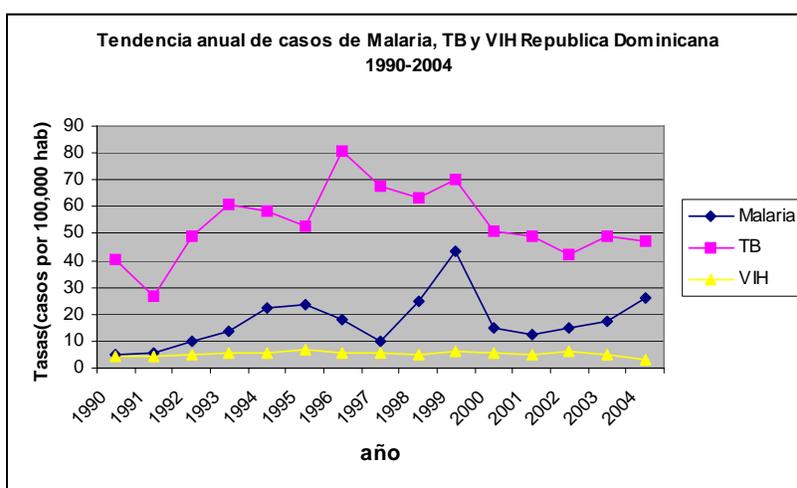
El país se encuentra en una etapa de transición epidemiológica, manifestada por la disminución de las enfermedades infecciosas frente a un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles; y una disminución de la desnutrición (*La prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años, tiene diferencias significativas de acuerdo a la condición de urbano y rural. Para el nivel urbano tiene una tendencia oscilante mientras que, a nivel rural, la tendencia es a la disminución; así para el quinquenio 1990-1994, a nivel rural la prevalencia era de un 14.3, continuando con un 8.5 en el segundo quinquenio y un 6.9 para el tercer quinquenio, a diferencia en el nivel urbano, la prevalencia oscila entre un quinquenio y otro entre 7.7, 3.9 y 4.3*

respectivamente)⁴ en relación al aumento del sobrepeso y la obesidad. Mientras la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad para el quinquenio 2000-2004, fue de un 10 % de los nacidos vivos.

En relación al número anual de casos de las Enfermedades Prevenibles por Vacunas, para el quinquenio 1990-1995 se confirmaron 568 casos y para el año 2002 se confirmaron 1,111 casos de las enfermedades cuya situación general es la siguiente: 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 10 de tos ferina. De acuerdo a los 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%.

1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en la Cumbre del Milenio, celebrada en la Sede de las Naciones Unidas en septiembre de 2000, SESPAS formuló y puso en ejecución la Estrategia Tolerancia Cero para reducir 7 problemas de salud priorizados: Mortalidad Materna, Mortalidad infantil, Enfermedades Prevenibles por Vacunas, Dengue, malaria, TB, VIH y Rabia.



Fuente: DIGEPI/CENCET/DIGECITSS

⁴ Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002

En **Malaria** la tendencia en la ocurrencia de casos ha ido en aumento. En el quinquenio 1990-1994 se confirmaron 4,088 casos de malaria, para el siguiente quinquenio se confirmaron 9,633 casos y para el quinquenio 2000-2004 se confirmaron 11,287 casos con un promedio anual de casos de 2,257.

En cuanto a la **Tuberculosis** la tasa de incidencia anual para el quinquenio 1990-1994 fue de 45.24 casos/100,000 habitantes, para el quinquenio 1995-2000 la tasa de incidencia de casos fue de 65.8 casos por 100,000 habitantes,

En relación a la **Dengue**, se observa una tendencia al aumento que viene dada por el fortalecimiento del sistema de vigilancia, el cual ha confirmado 1,734 casos para el quinquenio 1990-1994 y 5,587 casos para el 2000-2004.

La incidencia anual de **VIH/SIDA** tiene una tendencia a la disminución. En el quinquenio 1990-1994 se notificaron al sistema de vigilancia 1,800 casos de infección VIH, en el quinquenio 1995-2000 se notificaron 2,324 nuevos casos y para el quinquenio 2000-2005, se notificaron 2,110 casos. La razón hombre mujer ha variado de 2.1 en el quinquenio 1990-1994 a 1.4 en el quinquenio 2000-2004.

En cuanto a la **mortalidad infantil** en los últimos años, la tasa de mortalidad estimada descendió de 47 por 1000 nacidos vivos en el periodo 1990-1995 a 40 por 1,000 en 1995-2000 y en la última encuesta demográfica⁵, se estima en 31 muertes por 1,000 nacidos vivos, para el periodo 1997-2002.

En relación a la **mortalidad materna**, el país presenta un número elevado de muertes, las cuales presentan un alto subregistro e imprecisiones en la consignación de la causa de muerte. En 1999 el estudio de evaluación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna captó 260 muertes ocurridas ese año, para una tasa de 122 muertes por 100,000 nacidos vivos. Partiendo que las muertes notificadas en el 2002 tuvieran el mismo nivel de subregistro encontrado en el 1999, el número de muertes maternas estimadas para ese año sería de 283 (124 muertes por 100,000 nacidos vivos). El número de muertes notificadas en el 2002 fue de 163, para una tasa de muertes maternas notificadas de 71.4 por 100,000 nacidos vivos. Entre las principales causas de muertes maternas notificadas

⁵ Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002

al sistema tenemos que las toxemias se constituyen en la primera causa⁶.

De acuerdo a los datos del sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos bajo observancia de la estrategia Tolerancia 0, la razón de mortalidad materna notificada al sistema para el año 2006 fue de 80 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

Según la ENDESA 2002, casi la totalidad de los embarazos en el país (99%) son atendidos por personal profesional de la salud. El 97% de los partos son atendidos en establecimientos de salud, siendo el 75.5% de los mismos atendidos en hospital públicos. Sin embargo, la existencia de elevados índices de mortalidad materna con una elevada cobertura de atención traduce deficiencias en la organización y calidad de la atención.

1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

La salud de la población del país, como ocurre a nivel mundial, esta condicionada por diferentes elementos que influyen en el comportamiento de los indicadores, estos son los determinantes políticos, económicos y sociales.

1.2.1. Determinantes políticos

En las últimas décadas, el país ha experimentado enormes transformaciones en el orden económico y social como resultado de los cambios globales y de su propia dinámica interna. Estos cambios han representado para el país períodos de profunda crisis económica y el establecimiento de nuevas formas de relacionamiento con otros países a través de acuerdos sub-regionales de intercambio comercial, como son el Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos (DR-CAFTA) y el Sistema de Integración Centroamericana (SICA).

1.2.2. Determinantes Económicos

Durante la década de los noventa, República Dominicana ocupó los primeros lugares en el liderazgo del crecimiento económico en América Latina y el Caribe; el ingreso per cápita del país pasó de US \$1,410 en 1990 a US\$2,080 en el año 1999, lo que significó un incremento de un 47%, superando los US \$2,100 en el año 2000 y un producto Interno

⁶ Análisis de Situación de Salud República Dominicana, 2003

Bruto (PBI) 5.9% en el período 1991-2000⁷. Sin embargo este crecimiento no se reflejó en la mejoría de las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, en virtud de que hubo un aumento de la pobreza. Así lo expresan los datos ofrecidos por los organismos económicos del país y lo confirma el Banco Mundial cuando dice que en el 2002 el 2.7% de la población urbana está en extrema pobreza y que al final del 2004, 42 de cada 100 dominicanos eran pobres y de éstos 16 se encontraban viviendo en situación de pobreza extrema⁸.

Incidencia de pobreza en República Dominicana, 2000-2003

	Línea ONAPLAN	Periodo			
		2000	2001	2002	2003
Pobreza	% bajo línea de pobreza	54.05%	54.30%	56.36%	61.70%
	Número de personas bajo línea de pobreza	4,679,331	4,823,245	5,132,451	5,714,738
Pobreza extrema	% bajo línea de pobreza extrema	27.77%	26.43%	28.44%	33.01%
	Número de personas bajo línea de pobreza	2,403,283	2,346,839	2,590,581	3,057,121
	Línea de pobreza extrema (en RD\$ corrientes)	715	779	819	1,044

Fuente: ODH, con la Encuesta de Fuerza de Trabajo del Banco Central.

En relación al Gasto Nacional en Salud según las mediciones realizadas por Cuentas Nacionales de Salud es el 7.3 % del Producto Bruto Interno. De este monto, el 67.7% circula en el sector privado, y apenas el 32.3 % es aportado por el sector público lo que es igual a un 2.4 % del PBI. Del gasto total en salud, el pago de bolsillo para el 1997-98 era de 75 %⁹, mientras que, para el 2002, este pago directo representa el 88.2%¹⁰.

1.2.3. Determinantes Sociales

El crecimiento económico de la República Dominicana no se ha correspondido con el desarrollo humano y social; es decir, no hay una correspondencia de la producción de riquezas con la promoción de un ambiente que le otorgue viabilidad al ejercicio del pleno derecho de las capacidades humanas.

⁷ Estrategia para la Reducción de la Pobreza en la República Dominicana 2004-2015

⁸ República Dominicana y América Latina necesitan reducir la pobreza para impulsar el crecimiento, Comunicado de prensa No.2006/13/RDALC

⁹ SESPAS/PROSISA. Una Reforma para estar en Salud, Santo Domingo 2004

¹⁰ Indicadores Económicos de Salud, 2002. Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, SESPAS

Los datos del Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas en el 2004, evidencian que el país en los últimos 3 años ha decrecido, ya que para el 2002 y el 2003 estaba en la posición 94 y en el último informe está en la posición 98 con relación a 199 países¹¹.

Otros indicadores sociales a evaluar son: *población con acceso a agua potable* que para el quinquenio 2000-2004 era de 87.6%¹², mientras que el 89.5% de la población tiene acceso a eliminación de excretas. Tasa Bruta de Asistencia Escolar Primaria es 115, con una Tasa de deserción escolar de 5.7 %; y el 7.9% de la población entre 15-24 años es analfabeta. En cuanto al Trabajo Infantil tenemos que el 9% de la población de 5 -14 años realiza algún tipo de trabajo que es remunerado¹³.

1.2.4. Determinantes Medioambientales

El país, en materia ambiental, está prácticamente en su etapa inicial, en virtud de que hasta el año 2000 las acciones relacionadas con medioambiente eran desarrolladas por más de una institución. Es en el año 2000 cuando se crea la Secretaria de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales, mediante la Ley 64-00 y se le confiere la autoridad del país en materia de medioambiente, en la cual se ordena la integración de los programas de protección al medioambiente y los recursos naturales a los planes y programas de desarrollo económico y social, lo que le permite interactuar con las diferentes instituciones estatales y privadas que desarrollan algún tipo de actividad que incida favorable o desfavorablemente en el medioambiente.

Tal es el caso de la Secretaría de Estado de Salud quien a través de la Dirección General de Salud Ambiental, es la responsable de velar por lo temas bióticos, es decir las acciones que afectan el medioambiente y que inciden en la salud de los individuos, por ejemplo, el control aguas y bebidas de consumo humano, calidad de los alimentos, control de vectores y zoonosis, emisiones de gases, etc.

En cuanto a los indicadores de salud relacionados con el medioambiente, el país, realiza acciones específicas en algunas áreas como el monitoreo de la calidad del agua, con miras a disminuir la ocurrencia de infecciones de origen hídrico. Estas acciones están

¹¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Humano 1990-2004

¹² Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002

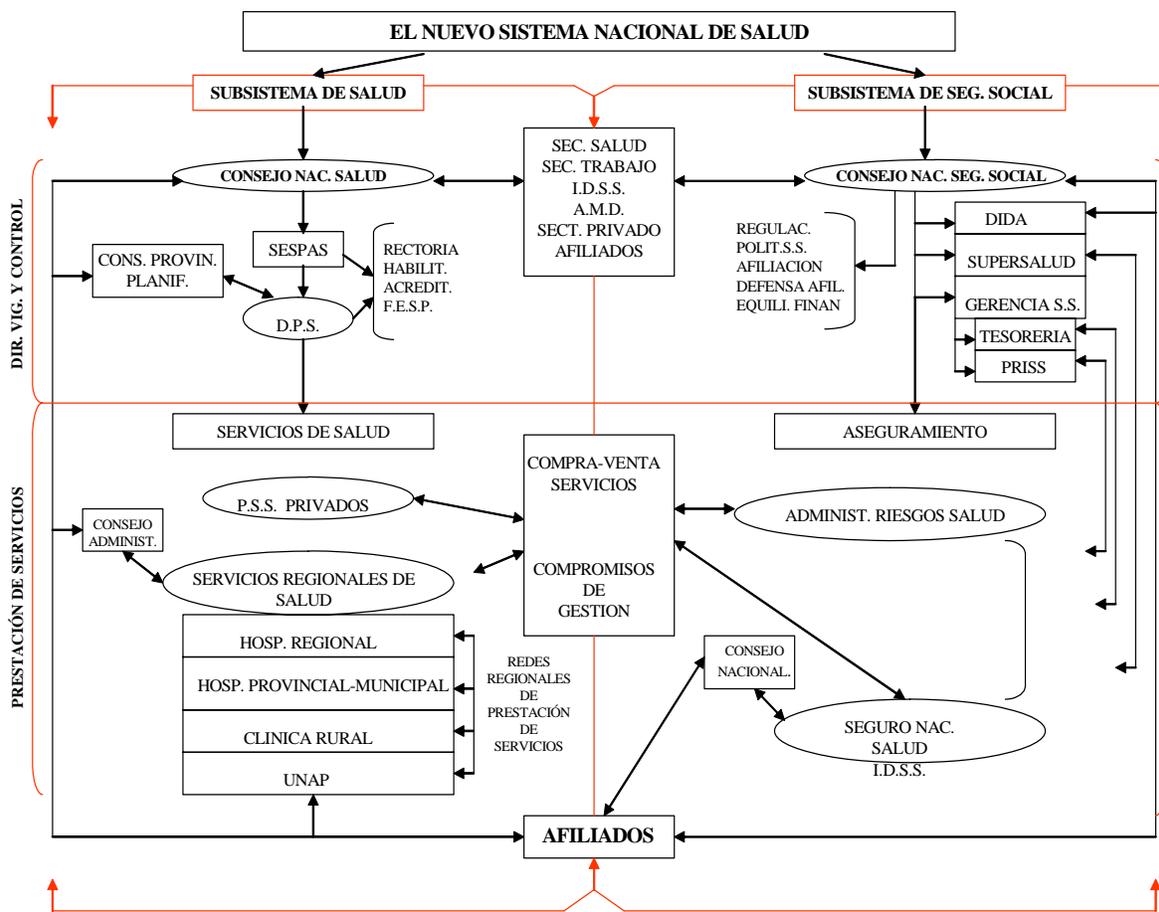
amparadas en la Ley General de Salud y el Reglamento 528-01 sobre Vigilancia, Control de Agua y Normas Alimentarias sobre Riesgos a la Salud, estos mismos instrumentos legales, junto con convenios internacionales, regulan y fiscalizan todo lo relativo a material radioactivo y productos tóxicos que afecten el medioambiente y, por ende, la salud de las personas.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. RECTORÍA

A partir del marco legal vigente, Ley 42-01 (Ley General de Salud) y Ley 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social - SDSS) surgen nuevas instituciones y organismos de participación de los actores del sistema, sobre los cuales se sustenta el nuevo Sistema Nacional de Salud. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002. Igualmente, como órganos colegiados, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS), y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

¹³ Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos 2002



Así mismo, el marco legal ordena la reestructuración de las instituciones existentes como requisito para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. La Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS), a fin de fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema, inicia el proceso de transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. A este mandato obedece la transformación de sus expresiones centrales y territoriales: en el nivel central se evidencia un reordenamiento de las funciones de las principales subsecretarías (Atención a las Personas, Salud Colectiva y Técnica) y en los niveles territoriales se despliegan esfuerzos para dotar a las Direcciones Provinciales de Salud (representantes locales de la rectoría y la salud colectiva) y a las Direcciones Regionales de Salud (responsables de la organización y gestión de las Redes de servicios de salud) de las capacidades y recursos que les permitan cumplir a cabalidad sus respectivos roles.

Por mandato legal el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) dejó de ser la institución responsable de la dirección, regulación y financiamiento de la Seguridad Social

y se transformó en una entidad administradora de riesgos de salud y laborales y en proveedora de servicios de salud.

Con el surgimiento de las nuevas instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social también se produce una redefinición de las *funciones del sistema*. SESPAS era la institución que ejercía todas las funciones: Rectoría, Financiamiento (a través de los fondos emitidos por el gobierno central), Provisión de Servicios (mediante la red de establecimientos en todo el país) con excepción de Aseguramiento, el cual se ofrecía a través del Instituto Dominicano del Seguro Social para el sector público y las Iguales médicas y planes de retiro, para el sector privado.

A partir del nuevo marco legal se ratifica la función rectora de la SESPAS y así queda expresado en ley cuando dice que, la rectoría del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la SESPAS y sus expresiones territoriales, locales y técnicas; entendida esta rectoría como la capacidad política de SESPAS para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud¹⁴.

2.1.2. Conducción de la Política General de Salud

Con la finalidad de cumplir las ordenanzas y mandatos establecidos en el marco legal, en cuanto a la reestructuración institucional y fortalecimiento de acciones y actividades que permitan cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Política Nacional de Salud se orienta al aumento del acceso de la población a los servicios y a la reorganización de los servicios por niveles de atención, priorizando el primer nivel con base en la estrategia de atención primaria.

Otro de los aspectos del marco de políticas es la mejora del acceso a medicamentos de bajo costo y calidad y el aumento de las coberturas de aseguramiento en salud. Como ejes transversales de ese marco de políticas se establecen la transformación de los Recursos Humanos a través de sistemas de capacitación, incentivos y nuevas formas de

contratación y el fortalecimiento de los sistemas de información que contribuyan a transparentar las acciones del sector.

Actualmente, el país está inmerso en la elaboración de un Plan Decenal de Salud el cual es uno de los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud. La elaboración del Plan parte de la situación de salud del país y del compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incorpora la Estrategia Tolerancia Cero mediante la cual se hace vigilancia y monitoreo de las enfermedades transmisibles, prevenibles y controlables y de los eventos como mortalidad infantil y materna. La primera versión del Plan se encuentra en la fase de consulta con diferentes sectores y actores sociales

En el área de cooperación en salud, país cuenta con la cooperación técnica de diferentes agencias y organismos internacionales: Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), Cooperación Japonesa (JICA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), Fondo Mundial para el control de Tuberculosis, Malaria y SIDA y la colaboración, a través de los organismos crediticios, como el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para cuya armonización se crea en el 2003 la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional de SESPAS, (UMDI)¹⁵,

Mediante el decreto No. 308-97 del 10 de julio de 1997, se crea la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) con el objetivo de impulsar el proceso de reforma del sector salud. Actualmente la CERSS funge como Unidad Coordinadora de los Proyectos de Reforma ejecutados con fondos de préstamos internacionales.

2.1.3. Regulación Sectorial

La Ley General de Salud es la que le confiere a SESPAS, en su calidad de máxima autoridad sanitaria, el ejercicio de la función de regulación sectorial y le da la potestad para implantar las sanciones necesarias en caso de daño a la salud. La autoridad sanitaria tiene sus representaciones locales, las cuales ejercen sus funciones de

¹⁴ Ley General de Salud 42-01

¹⁵ Estrategia de Cooperación con el País República Dominicana, 2007-2011

fiscalización en sus ámbitos de acción, observando el cumplimiento de las normas sanitarias con el apoyo de las autoridades centrales.

2.1.4. Resultados de la Medición de las Funciones Esenciales

La medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), se llevó a cabo en junio del año 2001, arrojando los siguientes resultados.

La función relativa a vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgo y daño en la salud pública tuvo los resultados más altos, respecto a todas las demás funciones, lo que puede interpretarse como resultado del énfasis que ha puesto el país en el tema de vigilancia, tanto en capacitación como en funcionamiento. El segundo puntaje más alto lo obtuvo la función relativa a Reducción del Impacto de emergencias y desastres en salud.

Las funciones valoradas con un desempeño mínimo fueron: participación de los ciudadanos en salud; desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; garantía de calidad de servicios individuales y colectivos.

También la función Investigación en salud pública, esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública, obtuvo un puntaje que la ubica en el cuartil de desempeño medio inferior, lo que puede significar que existe preocupación por la aparente baja atención al tema de investigación¹⁶.

2.2 FINANCIAMIENTO/ASEGURAMIENTO

2.2.1. Financiamiento

A partir de 1996 se inicia en el país un proceso que busca transparentar todo lo relativo al financiamiento del sector, con el propósito de que los recursos disponibles se distribuyan de forma equitativa y así asegurar el acceso a los servicios de toda la población. En este marco se inscribe la creación, en 2004, de la Unidad de Cuentas Nacionales de la SESPAS. A través de ésta se pretende mantener un diálogo abierto de forma constante con las autoridades responsables de planificar y monitorear el presupuesto y gasto del país.

El gasto per cápita para el 2002 fue de US \$ 60, mientras que el gasto público en salud, que para el 1999 era de 8.9% del presupuesto nacional, para los años 2000 y 2001 aumentó a 11.07 (1.73% PIB) y 9.53 (1.67% PIB) respectivamente. Sin embargo, para el 2004 disminuyó a 5.52% del presupuesto nacional, lo que es igual 0.98% del Producto Interno Bruto. En los últimos años el gasto público en salud del país, como proporción del PIB, se ha mantenido inferior al 2%, aunque con tendencias diferenciadas en determinados años¹⁷.

Si revisamos el gasto en salud por función, tenemos que la forma de financiamiento de la salud es a través del presupuesto nacional. Por un lado, bajo el esquema de intermediación de productos médicos a los centros hospitalarios, recibe mensualmente un monto equivalente al 40% del presupuesto o Fondos Reponibles que SESPAS asigna a cada centro hospitalario bajo su dependencia.

Estos fondos son asignados a servicios curativos tales como hospitalización, ambulatorios, medicamentos y administrativos que, según cuentas nacionales, en su evaluación del gasto en salud por funciones, para el 2002 (última evaluación disponible) es de 41.2%, mientras que en servicios preventivos es de 5.0% del gasto nacional en salud por funciones.

En relación al gasto privado para el mismo período, según Cuentas Nacionales, en su medición del gasto en salud por agentes financieros, es de 67.7% del gasto nacional en salud.

2.2.2. Aseguramiento

El aseguramiento en salud de la población se realiza a través de entidades públicas, y privadas, que son las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), las cuales tienen como función asumir el riesgo de garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria; racionalizar el costo de los servicios, logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia, mediante la contratación de las Prestadoras de Servicios de Salud. En el caso del aseguramiento a poblaciones de bajos ingresos interviene el

¹⁶ Taller de Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública, Junio 2001

¹⁷ Indicadores Económicos de Salud, 2002. Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, SESPAS

Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) el cual depende del Gabinete Social.

La ley 87-01, en su artículo 149, establece la constitución de administradoras de riesgos de salud; y en su artículo 159 especifica que el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) es el asegurador público responsable de todos los empleados públicos y de las instituciones autónomas o descentralizadas y sus familiares¹⁸.

Ahora bien, la entidad reguladora del aseguramiento en el país es la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales- SISALRIL; instancia encargada de regular y fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofertan el aseguramiento del servicio de salud, de manera que no se produzca discriminación y selección adversa que afecten el derecho a salud de los afiliados. Por otro lado, esta misma entidad se encarga de verificar que las aseguradoras tengan la solvencia financiera necesaria para garantizar la calidad y cantidad de los servicios de salud que demandan sus asegurados¹⁹.

Las dos nuevas leyes aprobadas apoyan el que los usuarios y beneficiarios del sistema de salud puedan hacer uso del derecho que les asiste a la salud y establece que se debe ofrecer un Plan Básico de Salud, en el cual estén contenidos todos los servicios necesarios, atendiendo al grupo de edad y riesgo. Estos servicios son los mismos, tanto para el sector público como para el privado e incluyen acciones específicas de salud pública, tales como, las inmunizaciones a los menores de 5 años.

Los usuarios, además, cuentan con un organismo que les defiende sus derechos: la Dirección de Defensa e Información del Afiliado (DIDA), la cual ha creado mecanismos para comunicar y defender los derechos de los usuarios.

Para el 1996, la cobertura de los Seguros de Salud se expresaba en un 12.4 % de la población con seguro privado de salud, un 5.4 % pertenecía al Instituto Dominicano del Seguro Social, es decir, que aproximadamente un 18 % de la población tenía algún tipo de seguro y un 80.5 % no lo tenía. Ya en el año 2002, después de aprobada la Ley de Seguridad Social, el 21 % de la población total estaba cubierta por algún seguro.²⁰

¹⁸ Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social, 87-01

¹⁹ Ley 87-01. Artículo 148

²⁰ Encuesta Demográfica y de Salud: ENDESA 2002

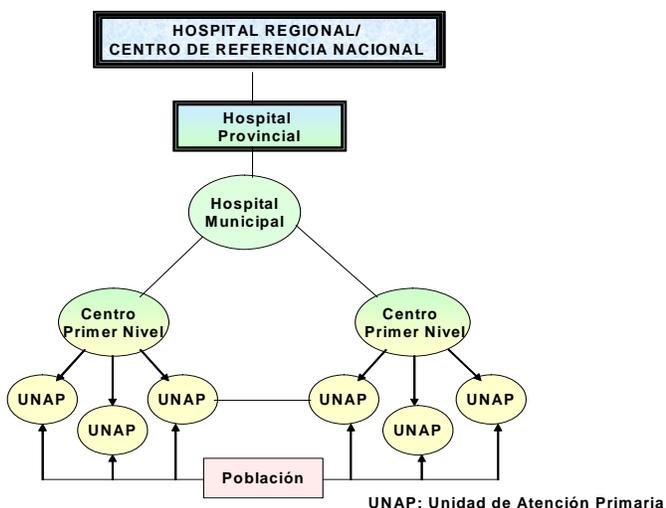
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud

El nuevo marco legal y sus reglamentos complementarios, también generaron cambios en la prestación de servicios. Producto de esto surge la aprobación del Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud (SRS) en República Dominicana, según la disposición interna 24-05.

Mediante los SRS la autoridad sanitaria promueve que los diferentes niveles de atención se articulen en red, en lo que a prestación de servicios de salud se refiere y estén vinculados al desarrollo del Seguro Familiar de Salud, abarca atenciones en salud:

Modelo de red de los servicios de salud



Los SRS prestan servicios de salud a las poblaciones que les correspondan, según distribución geográfica, en establecimientos y servicios ordenados por niveles de complejidad o niveles de atención. Para tales fines, los SRS estarán conformados, al menos, por tres (3) niveles de atención:

1. Las estructuras correspondientes al **primer nivel** de atención (clínicas rurales, dispensarios y consultorios), tienen que garantizar la atención sin internamiento de menor complejidad, mediante la estrategia de atención primaria en salud.

2. Las estructuras de nivel especializado básico que corresponden al **segundo nivel de atención**, en donde se incluyen los **hospitales generales** (municipales o provinciales), que han de garantizar la atención en salud especializada de menor complejidad con régimen de internamiento según el caso.
3. La tercera estructura corresponde a **Hospitales Regionales y especializados o de tercer nivel de atención**, cuya cartera de servicios cubre todas las contingencias en régimen de internamiento para la prestación de servicios en los casos de mayor complejidad, incluyendo los que se han definido como de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos.

Según el informe de Memoria de la SESPAS, el sector público dispone de 1,234 centros de salud (12 hospitales especializados, 40 provinciales y 87 municipales, 739 clínicas, 324 consultorios y dispensarios, correspondiendo estos tres últimos al primer nivel de atención. Para ese mismo año, el país disponía de 2.2 camas por cada 1,000 habitantes²¹.

La provisión directa de servicios de atención a las personas es dirigida a cubrir la totalidad de la población dominicana, en especial a la población pobre. Según ENDESA 2002, el 60% de los dominicanos acude a consultas e internamiento en los establecimientos públicos de salud, especialmente a los hospitales de SESPAS. La demanda por tales servicios se vincula principalmente a la población de zonas rurales y zonas urbanas de bajos ingresos.

2.3.2. Desarrollo de la fuerza de trabajo en salud

Las diferentes asociaciones profesionales del país reportan las siguientes informaciones sobre el número de profesionales: 18,450 médicos (20 por 10,000 habitantes)²², 3,603 enfermeras (3.9 por 10,000 habitantes)²³, 2,946 bioanalista (3.2 por 10,000hab.)²⁴, 8,320 odontólogos (9 odontólogos por 10,000 habitantes)²⁵, 3,940 farmacéuticos (4.3 por

²¹ SESPAS. Informe Memoria Anual 2004.

²² Colegio Médico Dominicano, abril 2006.

²³ Asociación de Enfermeras Graduadas, abril, 2006.

²⁴ Colegio Dominicano de Bioanalistas, abril 2006.

²⁵ Asociación Odontológica Dominicana, mayo 2006.

10,000hab.) y 15,511 auxiliares/técnicas de enfermería (15 por 10,000)²⁶. En las dos últimas décadas se ha registrado un aumento significativo de los recursos humanos en salud en todas las categorías, excepto en las enfermeras profesionales y en los técnicos de salud.

En la secretaria de salud hubo incrementos en todas las categorías profesionales entre el 1994 y 2004: médicos de 5,626 a 9,204; enfermeros y auxiliares de 8,600 a 11,333; odontólogos de 376 a 1,431; y farmacéuticos de 372 a 527. La información sobre la distribución geográfica de los recursos humanos en el país sólo esta disponible para el subsector público (2002) y se observa una variación desde 5.6 médico por 10,000 habitantes en la provincia de Azua a 38.5 por 10,000 en el Distrito Nacional²⁷.

En la actualidad un total de 18 universidades en el país imparten una o más carreras del área de la salud, en el nivel profesional se dispone de: nueve (9) escuelas de medicina; once (11) de enfermería; seis (6) de bioanálisis; once (11) de odontología y cuatro (4) de farmacia. La matrícula en el área de salud han aumentado significativamente, en solo dos años el número de estudiantes creció de 30,360 (2003) a 40,479 (2005), y con respecto al sexo, la diferencia entre femenino y masculino es altamente significativa, 78% en el 2003 y 76% en el 2005 son estudiantes femeninas. Es una constante que la carrera de medicina es la que concentra el mayor número de estudiantes, 24,186 en el 2005; medicina, además de tener el número mayor de estudiantes, crece a un ritmo superior a las demás carreras del área de la salud.

Con respecto a la educación de postgrado, el país dispone de más de 40 programas de especialidades y subespecialidades. Para el primer año SESPAS oferta más de 360 plazas. Las residencias son realizadas en 15 hospitales docentes. En la actualidad se dispone de dos programas de maestría en salud pública, un programa de maestría en Bioética, maestría en gerencia en salud, especialidad en reforma y seguridad social, además de otros programas en salud materna infantil y adolescente.

La tendencia predominante en la formación médica sigue siendo la especialización en áreas clínicas desde la formación básica. En los últimos años está creciendo lentamente

²⁶ Puestos de trabajo de la Secretaria de Estado de Salud Publica y Asistencia Social y el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, marzo 2004.

la oferta de formación en salud familiar y por tanto el número de médico de familia, todavía insuficiente para el modelo de atención propuesto en la reforma y seguridad social, pero el sistema no los está absorbiendo y cuando lo hace, en su mayoría, no están colocados en los lugares adecuados.

2.3.2.1. Gestión de Recursos Humanos y condiciones del empleo

A pesar de los cambios que se están dando en el sector salud y la aprobación del Reglamento General de los Recursos Humanos, establecido con el decreto No. 732-04 el país carece de una política de recursos humanos que incluya entre otros aspectos carrera sanitaria y sistema de retribución del trabajo en el sector salud.

Los salarios no son establecidos por la calificación, ni por el desempeño, ni por logro de los objetivos de trabajo. Sin embargo, se han establecido algunos incentivos relacionados a riesgos de trabajo, distancia y antigüedad, entre otros. En la actualidad se está haciendo revisión de cargos y reclasificación en la SESPAS con el apoyo de la ONAP.

SESPAS es el mayor empleador del sector salud, en 1997 el censo de empleados públicos reportó que el 27% de la fuerza laboral estaba en el sector salud. En el 1999 SESPAS concentraba el 64.6%, de estos el 39% se concentra en la capital del país. El IDSS, 25%, Privados, 8.3%, FFAA, 0.8% y las ONG 1.0%²⁸. Es importante destacar que SESPAS tiene tres modalidades de contratación de los médicos específicamente, una a través de nombramientos nominales, los cuales son por disposición del Secretario de Estado de Salud; otra es la que se hace por contrato, que es para los médicos en formación es decir que están cursando una especialidad en los hospitales de enseñanza; y por oposición. La otra modalidad es concurso para cubrir plazas de especialistas; sin embargo, hace más de siete años que no se convoca a concurso.

²⁷ SESPAS Indicadores básicos de salud. 2003

²⁸ Observatorio de Recursos Humanos en Salud en la República Dominicana, 2001

RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO

Periodo Temporal	Periodo								
	1990-1994			1995-1999			2000-2005 (Índice por cada 10,000 mil habitantes)		
Institución	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Médicos	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería
SESPAS	5,626	ND	8,600	7,085	1,554	10,221	8.1	1.3	11.5
IDSS	ND	ND	ND	3,108	911	2,556	2.8	ND	2.6
TOTAL	5,626	ND	8,600	10,193	2,465	12,777	10.9	1.3	14.1

FUENTE(S): SESPAS, ASIS 2003 e IDSS, 2004

2.3.2.2. Gobernabilidad y conflictividad del sector salud

Las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud constituyen un grupo activo, conformado por las siguientes organizaciones: 1. Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG); 2. Asociación de Enfermeras Graduadas de IDSS (AEGIDSS); 3. Asociación de Auxiliares y Graduadas del IDSS; 4. Colegio Médico Dominicano (CMD); 5. Agrupación Médica del IDSS (AMIDSS); 6. Asociación Odontológica Dominicana (AOD); 7. Asociación Dominicana de Farmacéuticos (ADF); y Colegio Dominicano de Bioanalistas (antes ADOPLAC).

También están en el sector las organizaciones sindicales, como las enumeradas a continuación: 1. Asociación Nacional de Trabajadores en Salud (ANTRASALUD); 2. Federación Nacional de Trabajadores de la Salud del IDSS (FENATRAS); 3. Sindicato Nacional de Trabajadores de Enfermería (SINATRAE); y 4. Unión Nacional de Servicios de Enfermería Dominicana (UNASED).

El CMD y los gremios de enfermería son los más activos en demandas de sus reivindicaciones. Ambos están representados en las diferentes instancias creadas en el proceso de reforma y seguridad social (CNS, CNSS, DIDA y otros).

2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios

Aunque el país no cuenta con un observatorio de medicamentos, cuenta con una política

de medicamentos definida, tanto en las leyes que soportan el sistema como en el Reglamento de Medicamentos (No. 246-06), además de contar con el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico-PROMESE/CAL que es la instancia encargada de la compra y distribución de Medicamentos Esenciales. Además, cuenta con la Guía Farmacoterapéutica de Medicamentos Esenciales de República Dominicana, la cual contiene el Cuadro Básico de los Medicamentos Esenciales.

No obstante todos estos logros, aun persisten algunas debilidades, como es la no disposición de un profesional en farmacia en todas las farmacias de los establecimientos de salud y farmacias privadas, debido a escasez de profesionales en esta área.

MEDICAMENTOS

INDICADOR	1990-1994	1995-1999	2000-2004
No. Total productos farmacéuticos registrados	398	1348	7647
Porcentaje de medicamentos de marca	81%	82.4%	65%
Porcentaje de medicamentos genéricos	18.6%	17.5%	35.3%
Porcentaje de gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	ND	20.6

Fuente: Departamento de Registro Farmacéutico, SESPAS

2.3.4. Equipo y Tecnología

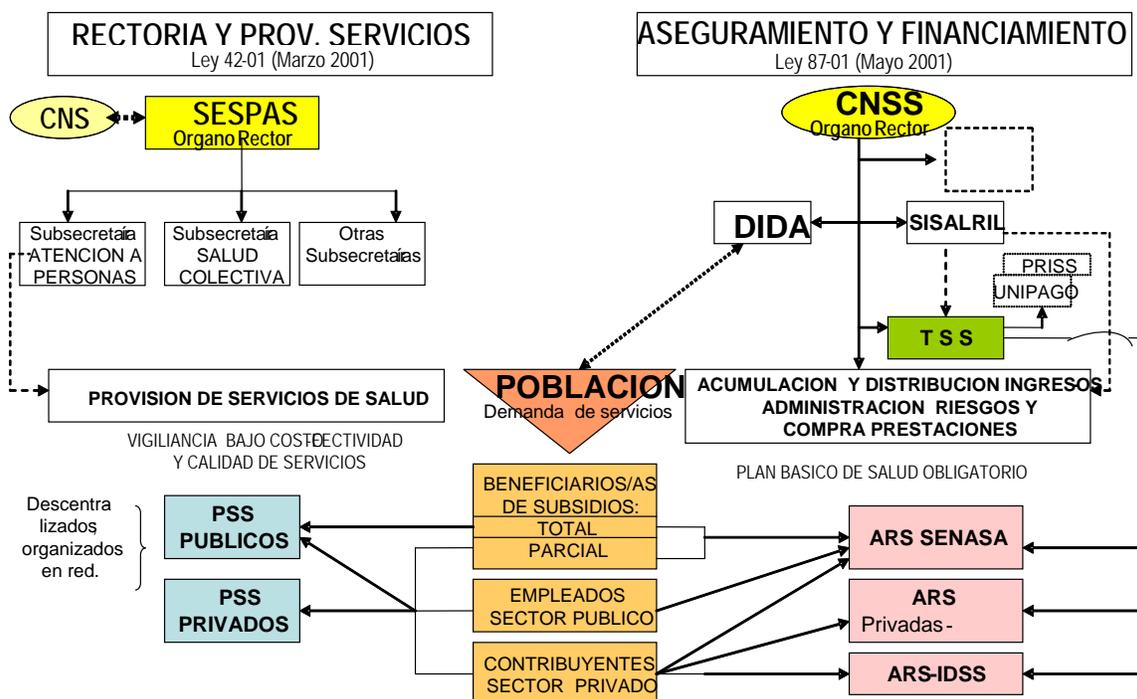
La SESPAS no dispone de información relativa a la cantidad de equipos en condiciones defectuosas que existen en los establecimientos, en virtud de que por cultura administrativa los gerentes gestionan de manera directa con el representante para que sea reparado, salvo algunas excepciones.

DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR SALUD

Tipo de Recurso	Camas Censables por 1000 hab.	Equipamiento radiodiagnóstico básico por 1000 hab.	Laboratorio Clínico por 100,000 hab.	Bancos de sangre por 100,000 hab.
Subsector				
Publico	2.2	ND	2.37	0.34
Privado	ND	ND	6.04**	0.31
Total	ND	ND	8.41	0.65

Fuente: Departamento y Banco de Sangre, SESPAS -** Información recopilada en el 2003

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Ley Sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social, 87-01.

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE REFORMA

3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Para el análisis de los diferentes momentos de cambio e incidencia de las Funciones Esenciales del Sistema de Salud que requiere la metodología, asumido por periodos en quinquenios desde 1990 hasta el 2005, por funciones del sistema de salud y por subsectores público, privado y seguridad social, para el país es imposible hacer este análisis, ya que el proceso de reforma en salud no ha sido monitoreado, sin embargo a continuación se presentarán algunos hitos históricos que permitan caracterizar el proceso de cambio del país.

Los primeros esfuerzos por reformar el “Sistema Sanitario” en la República Dominicana, datan de inicios de la década de los 90, cuando productos de los acuerdos hecho por el Gobierno Dominicano con el entonces gremio de los médicos Asociación Médica Dominicana (AMD), hoy Colegio Médico Dominicano (CMD), para la finalización de una huelga nacional de mas de 6 meses que mantenía paralizado el sector. Se elabora entonces un documento que refleja el estado de agotamiento del sistema y la necesidad de reformarlo.

A partir de ese momento un equipo nacional produjo una serie de documentos que proponían una reforma programática y reestructuración de los hospitales. Producto de este esfuerzo se crea la Comisión Nacional de Salud con representación de los diferentes actores sociales del sistema y cuya responsabilidad era hacer operativas estas propuestas. Esa comisión produjo a finales del año 96, después de muchos estudios, otro documento que recuperaba parte de las propuestas del esfuerzo anterior, pero que estaba más influenciado por el informe del Banco Mundial del año 1993 (Invertir en Salud), inspirado en los acontecimientos del resto de América Latina y basado en la concepción de “competencia regulada” o “Pluralismo Estructurado”.

En el año 1994, se inicia un nuevo periodo legislativo y se impulsa la necesidad de hacer una reforma del sistema de salud en República Dominicana y se introduce un anteproyecto de ley de reforma del viejo código sanitario de 1949. Se inicia un intenso y extenso proceso de participación de todos los actores del sector, sin embargo no prosperó la aprobación del proyecto por un artículo referido al Aborto, entre otros artículos que afectaban fuertes intereses.

En el año 1996, se inicia una nueva gestión gubernamental, que propone a la sociedad dominicana todo un marco de reestructuración del Estado Dominicano y se crea la Comisión de Reforma del Estado y se reestructura la Comisión Nacional de Salud, que define dos programas para la reforma del sector salud para ser financiado con fondos de organismos multilaterales, lo cual ocurre con la aprobación de dos prestamos uno del BID, por 75 millones de dólares y otro del BM, por 30 millones de dólares, la ejecución de ambos prestamos obligo a transforma la Comisión Nacional de Salud en Comisión de Reforma del Sector Salud, cuya misión fundamental era la administración de los fondos de los proyectos y apoyo técnico a las instituciones que debían reformarse.

La mayoría de los cambios propuestos desde los inicios de la década del 90 se concretizaron en el año 2001, con la Ley General de Salud (42-01) y la ley de Seguridad Social (87-01), dos procesos complementarios y al mismo tiempo diferentes; es decir, la construcción del Sistema Nacional de Salud y la construcción del Sistema Dominicano de Seguridad Social. El primero, basado en la Ley 42-01 y sus Reglamentos, cuya Rectoría y liderazgo corresponden a la SESPAS; en tanto que el segundo, basado en la Ley 87-01 y respectivas reglamentaciones, cuya responsabilidad primordial y liderazgo corresponde a los órganos del SDSS (CNSS, SISALRIL y SENASA).

En el año 2005 se definió la **“Agenda Estratégica y Ruta Crítica de la Reforma en Salud”**, que plantea cuatro grandes propósitos en relación con la reforma sanitaria:

- 5 Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS, con base en las llamadas Funciones Esenciales de Salud Pública y la reorganización y reconversión de los Programas de Salud Pública,
- 6 Organización y estructuración de las Redes Regionales de Servicios Públicos de Salud,
- 7 Acceso equitativo a medicamentos de calidad,
- 8 Garantía de aseguramiento para toda la población, con énfasis en los más pobres.

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS

En lo que respecta al principio de **equidad**, el sistema de salud de República Dominicana es altamente inequitativo debido al elevado gasto de bolsillo de los hogares, el cual, para los años 1997 y 2002, representaba el 62 y 48 %, respectivamente, del gasto total en salud²⁹. En cuanto a la **cobertura**, en las últimas dos décadas se han experimentado cambios poco significativos, ya que desde el 1996 hasta el 2002 el porcentaje de la población que estaba cubierta por algún tipo de seguro pasó de 18 a 21 %, lo que implica un incremento de tan sólo 3 %³⁰.

Sin embargo, el hecho de iniciar el aseguramiento en salud en una de las regiones del país con mayores índices de pobreza (la IV), es un indicio de la voluntad política de garantizar la respuesta a esa problemática.

²⁹ Fundación Plenitud. Análisis de las Cuentas Nacionales de Salud de República Dominicana, 2002. Informe final. Noviembre 2005.

Con relación a la **distribución de recursos**, la tendencia del gasto público en salud y del gasto total en salud ha ido disminuyendo con el paso de los años, a pesar del crecimiento económico del país.

En lo referente al número de médicos por 10,000 habitantes desde el año 1990 al 2005 se ha registrado un aumento en el número de médicos, sin embargo, la relación de enfermeras por cada 10, 000 habitantes ha disminuido.

En cuanto al número de camas por cada 1,000 habitantes, la brecha se ha reducido, en virtud de que, para el final de los años noventa e inicios del año 2000, la disponibilidad de camas por cada 1,000 habitantes era de 1.5 camas, mientras que para el 2004 hay 2.2 camas por cada 1,000 habitantes.

En cuanto a la **efectividad de los servicios**, a partir de la Reforma en salud e indicadores como la Mortalidad tanto Infantil como Materna. Tenemos que **La mortalidad infantil** se ha reducido en los últimos años, sin embargo no sucede lo mismo con la **mortalidad materna** (Ver Pág. 5).

En relación a la **Malaria, Dengue y Tuberculosis** la tendencia en la ocurrencia de casos ha ido en aumento, lo que puede ser debido al fortalecimiento del sistema de vigilancia en el caso de las dos primeras y la implementación de la estrategia DOTS/TAES en el caso de la tuberculosis. En cuanto al **VIH/SIDA**, la incidencia anual tiene una tendencia a la disminución.

La Reforma en salud no ha tenido influencia en el aumento de los servicios de alcantarillado y disposición de excretas.

El porcentaje del presupuesto de salud para la salud pública, según Cuentas Nacionales del 2002, fue de 5.0% del gasto nacional en salud por funciones. Los datos relativos a los años anteriores no están desglosados por acápite.

A partir de la Reforma en Salud se han **legitimado las instituciones** del Sistema Nacional de Salud al definir las funciones de cada una en las dos leyes. También ha contribuido a la modulación de los recursos financieros, mediante la definición de las

³⁰ ENDESA 2002.

fuentes de financiamiento para todas las funciones del sistema y la capacidad de diversificar las fuentes y negociación.

El marco legal en salud del 2001 establece una amplia **participación de la sociedad** en mecanismos para la cogestión, control y transparencia de la prestación de los servicios de salud, a través de los *Consejos Hospitalarios* y los *Comités de Veeduría Social*.

Antes del 2001, los principios claves de la Reforma por subsectores público, privado y seguridad social, estaban poco definidos. A partir de la promulgación de las leyes existen definiciones claras; sin embargo, no se ha establecido un monitoreo que permita su medición.

3.3. EFECTOS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD

Los derechos ciudadanos a la salud, han estado plasmados en la Constitución de la República y en el Código Trujillo de Salud (1956), derogado por las leyes del 2001, que en materia de ciudadanía concretiza el derecho a la salud mediante la afiliación al Seguro Familiar de Salud y el establecimiento de un Plan Básico de Salud para toda la población, independientemente del régimen al que pertenezca por su condición social.

A través de la ley 42-01 se reitera a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social como rector del sistema y define los mecanismos para la regulación y conducción del mismo, se establece la separación de funciones, la desconcentración de la rectoría a nivel provincial y la descentralización de la provisión de servicios de salud. Mediante un cambio de modelo en redes donde se complementan diferentes niveles de atención según su complejidad, a fin de garantizar la provisión del Plan Básico de Salud.

Para la provisión de los servicios la ley establece un Servicio Regional de Salud Público con capacidad de atender a la población afiliada al régimen subsidiado de manera oportuna y con calidad.

El modelo establecido produce cambios en el mercado laboral, creando estructuras y procesos que demandan recursos humanos con competencias gerenciales.

La promoción de la participación de la sociedad civil, desde la formulación de los planes,

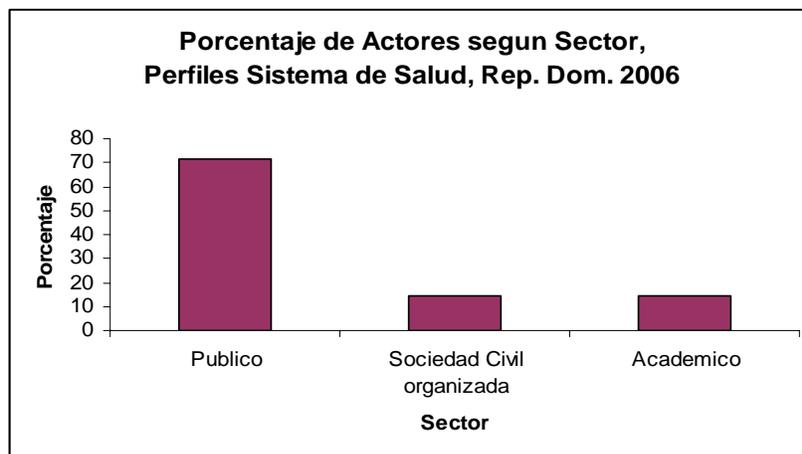
la ejecución y evaluación de los mismos, es parte de la nueva cultura en el Sistema Nacional de Salud, que persigue impulsar la institucionalidad y la gobernabilidad del país.

3.4. ANÁLISIS DE ACTORES

El proceso del mapeo de actores inicia con la convocatoria realizada por la Subsecretaría Técnica para la entrevista a los actores clave del Sistema de Salud. Del total de actores convocados, solo se entrevistaron 7 (50%) debido a que no pudieron ser convocados, ya sea por estar fuera del país y no haber delegado en un representante, y a la limitación de tiempo entre la convocatoria y las entrevistas.

En relación al sector que pertenecen los actores, 71.4% (5) es del sector público, 14.3 % corresponde a la sociedad civil organizada y el otro 14.3% al sector académico.

Grafico No. 1



Fuente: Entrevista Directa

Al emitir su opinión acerca de que sector dio inicio el proceso de cambio, 42.9% opina que el proceso fue iniciado por el sector salud y el mismo porcentaje coincide en que fue el sector privado, 28.6 % opina que fue iniciado por el sector público y 14.3% opina que fue por el sector económico y político

Cuadro No. 1
Proceso de Cambio según Sector que inicia,
Perfiles Sistema de Salud, Rep. Dom. 2006

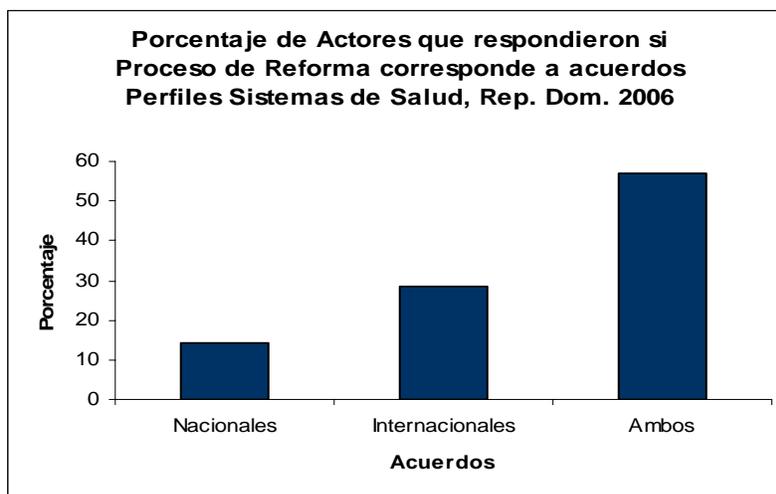
Opinión	Sectores Iniciaron Proceso de Cambio									
	Sector Económico		Sector Público		Sector Privado		Sector Político		Sector Salud	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	1	14.3	2	28.6	3	42.9	1	14.3	3	42.9
No	2	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ND	3	42.9	5	71.4	4	57.1	6	85.7	4	57.1
No sabe	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0
Total	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Fuente: Entrevista Directa

Otros entrevistados consideran que los sectores no pueden ser excluyentes y que se inicia con la crisis de los años 90, con las demandas de los gremios y la sociedad por el deterioro de los servicios de salud y la deficiencia de los programas. Solo 14.3 % no tiene conocimiento de quien inicia este proceso

En relación a las agencias para el financiamiento del proceso de Reforma, los entrevistados mencionaron: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la salud, Naciones Unidas, Unión Europea, entre otras.

Grafico No. 2

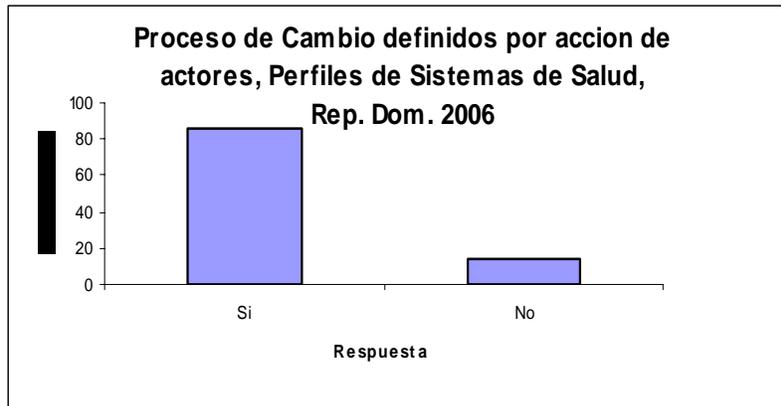


Fuente: Entrevista Directa

Con relación a si el proceso de Reforma responde a acuerdos nacionales o internacionales 57.1% respondió que se debe a acuerdos tanto nacionales como internacionales, 28.6% considera que se debe a acuerdos internacionales y el restante

14.3% considera que es sólo acuerdos nacionales. En sentido general consideran que responde a la globalización y a fuerzas o intereses internacionales como Banco Mundial, Banco Interamericano Desarrollo, entre otras.

Grafico No. 3

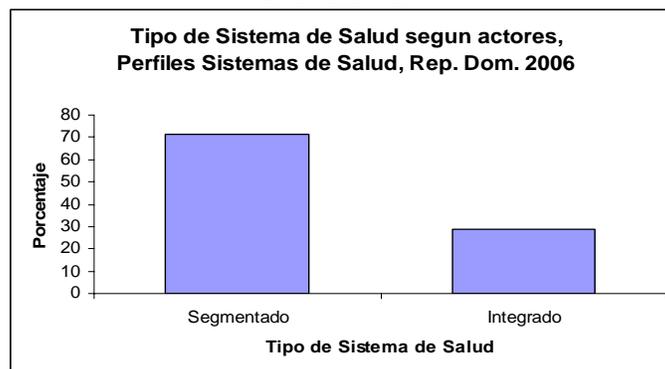


Fuente: Entrevista Directa

85.7% de los entrevistados consideran que los procesos de cambio están definidos por acuerdos entre varios actores, mas que una unidad central. 14.3% considera que no se debe a esta interacción. Otros consideran que unos actores tienen mas fuerza que otros en el proceso, y que El Congreso fue el intermediario a través de la aprobación de las leyes y por tanto la autoridad central no puede, actualmente, definir los cambios.

71.5% opina que el Sistema de Salud es segmentado y 28.6% que es integrado. Consideran que es segmentado porque existe duplicidad de funciones distribuidas en varias instituciones, tal es el caso del IDSS y la SESPAS que ambas son prestadoras de servicios de salud, otros consideran que el Sistema necesita articularse o fundirse y otros que es centralizado en vías de descentralización.

Grafico No.4



Fuente: Entrevista Directa

En lo relativo a si la propuesta de cambio se adapta al Sistema de Salud del país, 51.7 % de los entrevistados contestaron que no se adapta y 42.9% contestó que si. Las razones por las que creen que no se adapta es porque la reforma intenta un cambio sustantivo en el sistema y no una adaptación al sistema, otros consideran que no ha podido ser adaptado a al sistema social, otros consideran que no es el mas adecuado.

Al preguntar a los entrevistados si conocían quien o quienes financian estos procesos 85.7% considera que son fondos estatales; el mismo porcentaje que son fondos internacionales y 100% contestó que son fondos reembolsables con partida nacional. Sólo 14.3% contestó que estos procesos se financian con fondos privados.

Cuadro No. 2
Financiamiento de los procesos de Cambio,
Perfiles Sistema de Salud, Rep. Dom. 2006

Financiamiento de los procesos de Cambio	Si	%	No	%	ND	%
Fondos Estatales	6	85.7	0	0	1	14.29
Cooperación Internacional	6	85.7	0	0	1	14.29
Sector Privado	1	14.3	4	57.1	2	28.57
Fondos reembolsables/partida nacional	7	100	0	0	0	0

Fuente: Entrevista Directa

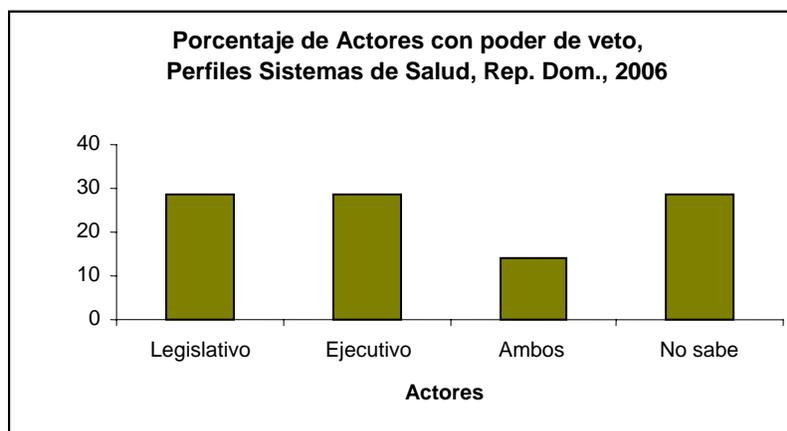
Cuadro No. 3
Elementos Proceso cambio, Perfiles Sistema de Salud, Rep. Dom. 2006

Actores proceso de cambio	Si	%	No	%
Gubernamental	7	100	0	0
Legislativo	6	85.7	1	0
Sociedad civil organizada Salud	7	100	0	0
Sociedad civil organizada general	6	85.7	1	14.3
Sector Privado	6	85.7	1	14.3
Sector académico	6	85.7	1	14.3

Fuente: Entrevista Directa

En relación a los diversos actores que participaron en los procesos de cambio, 100% de los entrevistados afirma que el actor principal es el gobierno, así como la sociedad civil organizada en el área de la salud. 85.7% considera que tanto el poder legislativo como el académico, la sociedad civil organizada en general y el sector privado participan en estos procesos. Algunos consideran que además de estos hay otros actores que han participado como son los partidos políticos, el sector financiero, el sector empleador y los organismos internacionales.

Grafico No. 5



Fuente: Entrevista Directa

En relación a los actores que tienen poder de veto en las decisiones, 29 % contestó que tanto el poder legislativo como el ejecutivo tienen poder de decisiones en el proceso de cambio, 14.3 % dice que ambos poderes tienen este poder y otro 29% refiere que desconoce quien tiene este poder de veto en las decisiones. Otros aseguran que los sindicatos y empleadores tienen poder de veto y otros refieren que depende de las condiciones en que se den estas decisiones.

Los cambios en el sector salud favorecen los elementos del proceso democrático en forma positiva, al preguntar sobre algunos de estos, 71.4% refirió que los procesos de cambio ofrecen mayor control social, libre elección participación social y toma de decisiones, en tanto que 100% refirió que favorecen la gestión participativa.

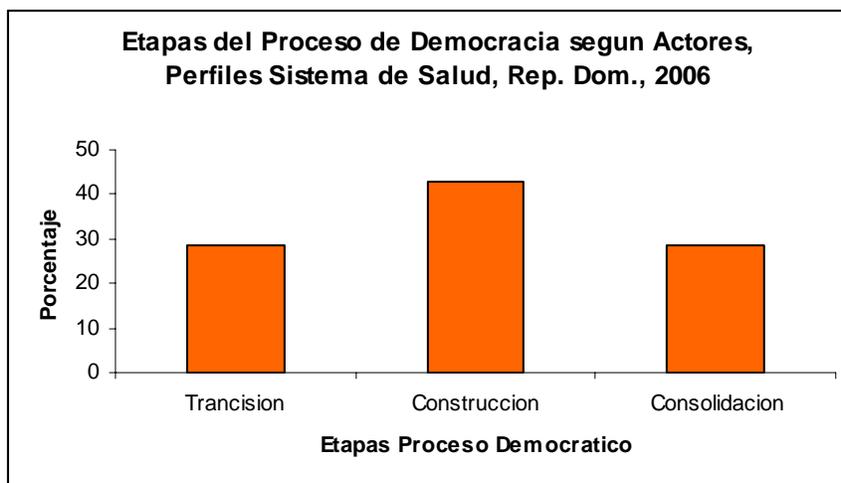
Cuadro No. 4.
Elementos del Proceso Democrático,
Perfiles Sistema de Salud, Rep. Dom. 2006

Elementos Proceso Democrático				
	Si	%	No	%
Mayor Control Social	5	71.4	2	28.57
Libre Elección	5	71.4	2	28.57
Participación Social	5	71.4	2	28.57
Gestión Participativa	7	100	0	0
Toma de Decisiones	5	71.4	2	28.57
Otros	4	57.1	3	42.86

Fuente: Entrevista Directa

En relación a las etapas del proceso democracia, 42.9% cree que esta se encuentra en etapa de construcción y que se encuentra en etapa de transición y consolidación es la consideración de 28.6% de los actores.

Grafico No. 6



Fuente: Entrevista Directa

Cuadro No. 5
Función Según Leyes a Actores, Perfiles Sistemas de Salud, Rep. Dom. 2006

LEY	ACTOR	FUNCION O RESPONSABILIDAD
87-01	SISALRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación Aseguramiento • Supervisión ARS • Supervisión Recursos • Supervisión Seguros Riesgos Laborales • Distribución Recursos Estancias Infantiles • Estructuración y propuestas del Plan Básico Salud • Penalización a Actores del Sistema
87-01	ARLSS	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión y Administración Seguro Riesgos Laborales
87-01	TSS	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento
42-01	SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> • Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud y la Provisión de las Redes de los Servicios de Salud (Decretos nos. 635-03 y 1137-03)
87-01	ADG	<ul style="list-style-type: none"> • Integrante de la Sociedad Civil Organizada

Cuadro No. 6
Posición Actores en Procesos de Cambio, Perfiles Sistemas de Salud,
Rep. Dom., 2006

Posición de los actores	Muy a favor	%	Algo a favor	%
En relación a capacidad de acción	5	71.4	2	28.6
En relación a obtención de información	6	85.7	1	14.3
Imagen y prestigio actor en sociedad	5	71.4	2	28.6

Fuente: Entrevista Directa

Los actores tienen una posición preponderante en los procesos de cambio. En relación a la capacidad de acción para el proceso de cambio, 71.4% respondió que su institución tiene una alta capacidad de acción; 85.7 % considera que la obtención de la información es a partir de las máximas autoridades de la organización y 71.4% considera que la imagen y el prestigio de su institución esta muy a favor de ellos, aun sin haberse hecho encuestas que permitan evaluar con certeza esta imagen.

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.
- 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 1996**. Santo Domingo, 1997
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Informe Sobre el Desarrollo Humano 1990- 2004**. Disponibles en <http://www.idh.pnud.org>.
- Oficina Nacional de Estadísticas. **Proyecciones Nacionales de Población por Sexo y Grupos Quinquenales 1980-2050**, Santo Domingo 2006
- Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud; Unión Europea; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. **Sistema Dominicano de Seguridad Social, Rostro de la anhelada Protección Social**, Santo Domingo, 2005.
- Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud; Unión Europea; República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. **Una Reforma para estar en Salud**, Santo Domingo, 2004
- Comisión Presidencial Objetivos del Milenio el Desarrollo Sostenible y Sistema de las Naciones Unidas Republica Dominicana. **Objetivos Desarrollo del Milenio, Republica Dominicana** 2004, Santo Domingo 2004
- 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.
- Secretaria de Estado de Salud Publica, Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA **Registros del subsistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA, 1990-2002**. Santo Domingo, SESPAS 2006.
- Secretaria de Estado de Salud Publica, **Análisis de Situación de Salud de la Republica Dominicana, 2003**, Santo Domingo 2003

- Secretaria de Estado de Salud Pública **Evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis en la República Dominicana**. Santo Domingo, 2003- 2004.
- Secretaria de Estado de Salud Pública Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud. **Memoria Anual 2003**. Santo Domingo
- Subsecretaria Técnica. Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud. **Memoria Anual 2004**. -Santo Domingo,
- Secretaria de Estado de Salud Pública, Dirección General de Epidemiología. **Estadísticas de Dengue y Malaria 1190-2004**.
- Republica Dominicana. **Ley No 87-01 sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social**, Santo Domingo 2001
- Republica Dominicana **Ley No. 42-01 Ley General de Salud**, Santo Domingo 2001
- Organización Panamericana de la Salud. **Observatorio de Recursos Humanos en Salud en la Republica Dominicana**, Mayo 2001
- Secretaria de Estado de Salud Pública, **La Movilización Tolerancia cero a Nivel Desconcentrado**, Noviembre 2005
- Organización Panamericana de la Salud, **La Salud Publica en las Américas**, 2002
- Secretaria de Estado de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud, **Indicadores Básicos de la Salud 2003 Republica Dominicana**.
- Presidencia de la Republica Dominicana, **Reglamentos de la Ley General de salud (42-01) Volumen II**.
- Secretaria de Estado de Salud y Asistencia Social, **Guía Farmacoterapeutica de Medicamentos Esenciales de la republica Dominicana**, 1998.
- Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, Consultoría Análisis de las Funciones Criticas de Rectoría y Provisión de Servicios de Salud en la Reforma del Sector Salud, Santo Domingo 2006
- Organización Panamericana de la Salud, **Situación de Salud de las Américas Indicadores Básicos** 2005