

# Estrategia de **Cooperación** en el País

República  
Dominicana  
2013 - 2017



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

# Estrategia de Cooperación en el País

## **República Dominicana** 2013 - 2017



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Santo Domingo  
2013

Catalogación en la fuente: Centro de Información y Conocimiento de la Representación de OPS/OMS en la República Dominicana.

Organización Panamericana de la Salud.

Estrategia de Cooperación en el País: República Dominicana 2013 – 2017. Santo Domingo: OPS; 2013.

1. Cooperación técnica. 2. Salud pública. 3. Cooperación internacional. 4. Agenda de prioridades en salud. 5. República Dominicana. I. Título.

ISBN 978-92-75-31760-0

Clasificación NLM: WA 540 DD6

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE.UU. ([pubrights@paho.org](mailto:pubrights@paho.org)).

El Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación de la Representación OPS/OMS en la República Dominicana; calle Pepillo Salcedo con Recta Final, Edificio OPS/OMS, Plaza de la Salud, Ensanche la Fe; teléfono: 809-562-1519, extensiones 241/242; fax: 809-544-0322; correo electrónico: [e-mail@dor.ops-oms.org](mailto:e-mail@dor.ops-oms.org); página web: [www.paho.org/dor](http://www.paho.org/dor); podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, zonas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fotografías: OPS/OMS, Ministerio de Turismo, María Pía Quiroga, José Moya y Vianco Martínez.

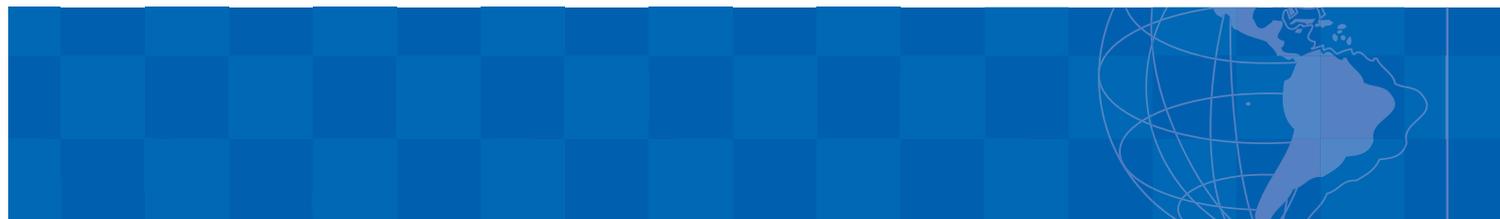
Edición, revisión de textos y corrección de estilo: María Pía Quiroga D´A.

Diseño y arte final: Germán Almonte, Aldo Acosta y Vishnu Rafael Almonte.

Impreso en la República Dominicana.

# Contenido

<b>Siglas</b> .....	6
<b>Glosario</b> .....	9
<b>Resumen</b> .....	11
<b>1. Introducción</b> .....	14
<b>2. Desafíos de salud y desarrollo</b> .....	18
2.1 Contexto macroeconómico, político y social .....	18
2.2 Determinantes principales de la salud .....	20
2.3 Estado de salud de la población .....	23
2.3.1 Salud materno-infantil .....	23
2.3.2 Enfermedades transmisibles .....	26
2.3.3 Enfermedades crónicas no transmisibles .....	30
2.3.4 Otros eventos y problemas de salud .....	31
2.4 Respuestas nacionales para superar los desafíos sanitarios .....	33
2.5 Aportes del país al programa de acción sanitaria mundial .....	38
2.6 Aspectos a resaltar .....	38
<b>3. Cooperación para el desarrollo y alianzas</b> .....	44
3.1 Contexto de la cooperación internacional en el país .....	44
3.2 Análisis de actores o redes de relacionamiento estratégico .....	47
3.2.1 Oficina de la Representación de la OPS/OMS en la República Dominicana .....	47
3.2.2 Sistemas y Servicios de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS) .....	49
3.2.3 Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED) .....	51
3.2.4 Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades (HSD) .....	52
3.2.5 Salud Familiar y Comunitaria (FCH) .....	54
3.2.6 Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental .....	55
<b>4. Examen de la cooperación de la OPS/OMS durante el ciclo anterior de la ECP 2007 - 2011</b> .....	58
4.1 Examen externo .....	58
4.2 Examen interno .....	59
<b>5. El programa estratégico para la cooperación de la OPS/OMS</b> .....	62
5.1 Introducción .....	62
5.2 El programa estratégico .....	62
Prioridad estratégica 1. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) .....	62
Prioridad estratégica 2. Desarrollo sostenible y salud ambiental .....	63
Prioridad estratégica 3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones .....	64
Prioridad estratégica 4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida .....	65
Prioridad estratégica 5. Prevención y control de enfermedades .....	66
Prioridad estratégica 6. Gestión integral de riesgos en salud .....	67
5.3 Validación del programa estratégico de la Estrategia de Cooperación en el País con las prioridades de la política nacional .....	69
1. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud .....	69



2. Desarrollo sostenible y salud ambiental.....	70
3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones.....	71
4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida.....	71
5. Prevención y control de enfermedades (infecciosas, crónicas y desatendidas).....	72
6. Gestión integral de riesgos en salud.....	72
5.4 Validación del programa estratégico de la Estrategia de Cooperación en el País con los productos y resultados del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.....	73
1. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.....	73
2. Desarrollo sostenible y salud ambiental.....	73
3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones.....	74
4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida.....	74
5. Prevención y control de enfermedades (infecciosas, crónicas y desatendidas).....	74
6. Gestión integral de riesgos en salud.....	74
5.5 Validación del programa estratégico de la Estrategia de Cooperación en el País con los objetivos estratégicos del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OPS/OMS.....	75
<b>6. Ejecución del programa estratégico: implicaciones para toda la Secretaría.....</b>	<b>78</b>
6.1 Función y presencia de la OPS/OMS según la agenda estratégica.....	79
6.1.1 Función.....	79
6.1.2 Presencia.....	79
Implicaciones políticas.....	80
Implicaciones técnicas y de recursos humanos.....	80
Implicaciones administrativas y financieras.....	82
6.2 Uso del documento de la Estrategia de Cooperación en el País.....	82
6.3 Seguimiento y evaluación de la Estrategia de Cooperación en el País.....	83
<b>Bibliografía.....</b>	<b>86</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>89</b>
Anexo 1 Objetivos estratégicos de la OPS.....	89
Anexo 2 Lista de participantes.....	90



## Siglas

<b>AOD</b>	Ayuda Oficial para el Desarrollo
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>ARLSS</b>	Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura
<b>ARS</b>	administradoras de riesgos de salud
<b>ARV</b>	antirretroviral
<b>ASIS</b>	análisis de situación de salud
<b>ASN</b>	Autoridad Sanitaria Nacional
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual en Salud
<b>CDC</b>	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, por su sigla en Inglés
<b>CEAS</b>	Centros Especializados de Atención a la Salud
<b>CENCET</b>	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales
<b>CERF</b>	Fondo Central de Respuesta a Emergencias, por su sigla en inglés
<b>CI</b>	cooperación internacional
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CMCT OMS</b>	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
<b>CNS</b>	Consejo Nacional de Salud
<b>CNSS</b>	Consejo Nacional de Seguridad Social
<b>COMISCA</b>	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana
<b>CONAVIHSIDA</b>	Consejo Nacional para el VIH y el Sida
<b>CONSATUR</b>	Comisión Nacional de Salud y Turismo
<b>COPPFAN</b>	Comisión Presidencial de Política Farmacéutica Nacional
<b>CRUED</b>	Centros Coordinadores de Respuesta a Urgencias, Emergencias y Desastres
<b>CT</b>	cooperación técnica
<b>DDF-SRS</b>	Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud
<b>DGODT</b>	Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial
<b>DIDA</b>	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
<b>DIGEPI</b>	Dirección General de Epidemiología
<b>DPS</b>	Dirección Provincial de Salud
<b>ECNT</b>	enfermedades crónicas no transmisibles
<b>ECP</b>	Estrategia de Cooperación en el País
<b>EFRICARD</b>	Estudio de Factores de Riesgo Cardiovascular y

<b>END</b>	Síndrome Metabólico de la República Dominicana
<b>ENDESA</b>	Estrategia Nacional de Desarrollo
<b>FCH</b>	Encuesta Demográfica y de Salud
<b>FONAMAT</b>	Salud Familiar y Comunitaria, por su sigla en Inglés
<b>GMP</b>	Fondo Nacional de Atención Médica por Accidentes de Tránsito genéricos de menor precio
<b>HSD</b>	Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades, por su sigla en inglés
<b>HSS</b>	Sistemas y Servicios de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, por su sigla en inglés
<b>IDSS</b>	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
<b>INAPA</b>	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados
<b>INCAP</b>	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
<b>ISO</b>	Organización Internacional para la Estandarización, por su sigla en inglés
<b>KMC</b>	Gestión del Conocimiento y Comunicación, por su sigla en inglés
<b>LNSPDD</b>	Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló
<b>LSS/SUMA</b>	Sistema de Apoyo Logístico para Gestión de Asistencia Humanitaria, por su sigla en inglés
<b>MANUD</b>	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>MEPyD</b>	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
<b>MESCyT</b>	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>NV</b>	nacidos vivos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OMS/AIS</b>	Organización Mundial de la Salud / Acción Internacional por la Salud
<b>ONE</b>	Oficina Nacional de Estadísticas
<b>ONG</b>	organización no gubernamental
<b>OPS/OMS</b>	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
<b>PAE</b>	Programa de Alimentación Escolar
<b>PALTEX</b>	Programa Ampliado de Libros de Texto
<b>PBS</b>	Plan Básico de Salud
<b>PDSS</b>	Plan de Servicios de Salud
<b>PED</b>	Programa de Emergencias y Desastres
<b>PFS</b>	Plan Familiar de Salud

<b>PIB</b>	producto interno bruto
<b>PLANDES</b>	Plan Decenal de Salud
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
<b>PROMESE/CAL</b>	Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico
<b>PWR</b>	Representación de la OPS/OMS, por su sigla en inglés
<b>RESSCAD</b>	Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana
<b>RISS</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>RSI</b>	Reglamento Sanitario Internacional
<b>SDE</b>	Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, por su sigla en inglés
<b>SDSS</b>	Sistema Dominicano de Seguridad Social
<b>SE-COMISCA</b>	Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centroamérica y la República Dominicana
<b>SENASA</b>	Seguro Nacional de Salud
<b>SFS</b>	Seguro Familiar de Salud
<b>SICA</b>	Sistema de la Integración Centroamericana
<b>sida</b>	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SIGOB</b>	Sistema de Gestión para la Gobernabilidad
<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
<b>SISALRIL</b>	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
<b>SISCA</b>	Secretaría de la Integración Social Centroamericana
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SNU</b>	Sistema de Naciones Unidas
<b>SRP</b>	sarampión, rubéola y paperas
<b>SRS</b>	Servicio Regional de Salud
<b>TIC</b>	Tecnologías de información y comunicación
<b>TSS</b>	Tesorería de la Seguridad Social
<b>UASD</b>	Universidad Autónoma de Santo Domingo
<b>UNAP</b>	Unidad de Atención Primaria
<b>Unicef</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VIH</b>	virus de inmunodeficiencia humana
<b>VSA</b>	Viceministerio de Salud Ambiental

## Glosario

**Batey:** en los ingenios y demás fincas de campo de las Antillas, lugar ocupado por las casas de vivienda, calderas, trapiche, barracones, almacenes, etc.

**BCG:** bacilo Calmette-Guérin, por el nombre de sus descubridores, esta vacuna intradérmica se aplica a los recién nacidos para prevenir formas graves de la tuberculosis.

**Bono demográfico:** es una situación en la que se cuenta con una mayor proporción de población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir, mientras que cada vez un menor número de personas requieren de inversiones en educación y salud. Si esta circunstancia se aprovecha de manera adecuada será posible detonar un proceso de mayor acumulación de activos y mayor crecimiento económico.

**CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión 1992. Clasifica y codifica las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales y causas externas de daños y/o enfermedad, que permite comparaciones entre los países. La primera edición de la lista de causas de muerte, se realizó en 1893 por el Instituto Internacional de Estadísticas. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, al incluir también causas de morbilidad.

**Clúster:** grupo de trabajo.

**Codex alimentarius:** código de alimentos. La Comisión del Codex Alimentarius establecida por la FAO y la OMS en 1963, elabora normas, directrices y códigos de prácticas alimentarias internacionales armonizadas, destinadas a proteger la salud de los consumidores y garantizar la aplicación de prácticas leales en el comercio de alimentos.

**eSalud:** es la salud electrónica o cibersalud, una propuesta de la OPS/OMS que se está implementando en la República Dominicana. Es definida como el uso costo-efectivo y seguro de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud.

**Filariasis:** constituye un grupo de enfermedades parasitarias, por lo general tropicales, en el humano y otros animales, causadas por la infección de filarias, nematodos del orden Spirurida, superfamilia Filarioidea.

**Fondos Regulares No Puestos:** son los recursos asignados por la OPS a la cooperación técnica (CT) que se ofrece al país excluyendo los fondos destinados al pago del personal internacional y a los puestos administrativos que son de planta de la OPS.

**Neoplasia:** masa anormal de tejido provocada porque las células que lo constituyen se multiplican a un ritmo superior al normal. Las neoplasias pueden ser benignas cuando se extienden solo localmente y malignas cuando se comportan de forma agresiva, comprimen los tejidos próximos y se diseminan a distancia.

**Obesidad:** cuando el IMC (índice de masa corporal, el cálculo entre la estatura y el peso del individuo) es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

**Penta 3:** hace referencia a tres dosis de vacuna pentavalente. Al concluir las tres dosis, esta vacuna protege contra cinco enfermedades: difteria, tos ferina, tétanos, influenza tipo B y hepatitis B.

**Prevalencia:** en epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

**Puerperio:** período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

**Razón de dependencia:** o tasa de dependencia, es el índice demográfico que expresa, en forma de tasa y en porcentaje, la relación existente entre la población dependiente y la población productiva, de la que aquella depende.

**Saldo migratorio neto:** es el balance que existe entre la inmigración y la emigración en un determinado lugar.

**Sobrepeso:** condición previa a la obesidad. Implica un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25.

**Tasa de crecimiento demográfico:** es la tasa o índice que expresa el crecimiento o decrecimiento de la población de un determinado territorio durante un período determinado, normalmente, un año; expresado generalmente como porcentaje de la población al inicio de cada período o año.

## Resumen

---

La Estrategia de Cooperación en el País (ECP) es el principal documento que define las prioridades de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con el país. La ECP propone un marco de trabajo de cinco años y una visión a mediano plazo para apoyar la política nacional de salud.

La ECP se ha realizado siguiendo una metodología rigurosa, que incluye sesiones de consulta con amplios grupos de la sociedad civil, la academia, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y otros sectores del gobierno y de la cooperación internacional; para reflexionar sobre los principales problemas y desafíos de salud en el país. El proceso incluyó también la revisión de documentos de referencia nacional: la Estrategia Nacional de Desarrollo 2011 - 2030, el Plan de Gobierno y el Plan Decenal de Salud 2006 - 2015 (PLANDES). En el ámbito interno de la OPS/OMS se han revisado, entre otros: el Plan Estratégico de la OPS 2008 - 2012, la Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017 y el Programa General de Trabajo de la OMS. A nivel regional se ha revisado el Plan de Salud de Centroamérica y la República Dominicana 2010 - 2015 del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). De esta manera los ejes estratégicos que definirán la cooperación técnica de la OPS/OMS en la República Dominicana, son producto de amplias consultas y responden a las prioridades nacionales, regionales y globales en salud.

La Oficina de Representación de la OPS/OMS inició el proceso de la elaboración de la ECP a partir del análisis de situación de salud (ASIS), donde se analizan los desafíos de salud y desarrollo. Así, en la segunda sección se presentan informaciones demográficas, sociales y económicas, que son determinantes estructurales de la salud; para luego describir las tendencias de los problemas de salud de las enfermedades infecciosas, endémicas o epidémicas; las enfermedades no transmisibles; los accidentes y la violencia; la salud materna infantil; los riesgos ante los desastres naturales y la organización de los servicios de salud para responder a la prevención y atención de estos problemas de salud pública.

En la tercera sección se presenta el panorama de la cooperación internacional para el desarrollo en el país; con la participación de diferentes agencias que son coordinadas por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo con apoyo del Ministerio de Relaciones Exteriores. En estos grupos de trabajo se realizan los acuerdos con los organismos multilaterales y bilaterales de financiamiento. La cooperación internacional se ejecuta bajo los preceptos de la Declaración de París (2005) y el Programa de acción de Acrra (2008). La ayuda internacional para el desarrollo de la salud viene de varias fuentes: Alemania, el Banco Mundial, Canadá, la Comisión Europea, Corea, España, Estados Unidos de América, el Fondo Mundial, Holanda, Japón y los países nórdicos. Esta ayuda es canalizada por el sector público, las ONG, la sociedad civil y las organizaciones multilaterales. En este escenario se detectan muchas oportunidades para la cooperación técnica en salud para favorecer las políticas y programas principales del MSP.

Con la finalidad de coordinar e interactuar con el MSP y las demás organizaciones que influyen en el campo de la salud, se presentan las redes de relacionamiento estratégico,

político y técnico de las diferentes unidades técnicas de la OPS/OMS en el país: Oficina de la Representación de la OPS/OMS en la República Dominicana (PWR), Sistemas y Servicios de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS), Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades (HSD), Salud Familiar y Comunitaria (FCH) y Desarrollo Sostenible y Salud ambiental (SDE).

En la cuarta sección se hace un examen de la cooperación de la OPS/OMS durante el ciclo anterior de la ECP 2007 - 2011. Se destacan eventos no cotidianos de alto impacto, como el terremoto en Haití en enero del 2010 o la epidemia de cólera; que de alguna manera afectaron el normal desenvolvimiento de la cooperación técnica. Sin embargo, al realizar evaluaciones internas y externas de la cooperación se han logrado resultados satisfactorios y en concordancia con las políticas nacionales e internacionales.

En la quinta sección se define el programa estratégico para la cooperación de la OPS/OMS 2013 - 2017 a partir de seis prioridades estratégicas: 1. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. 2. Desarrollo sostenible y salud ambiental. 3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones. 4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida. 5. Prevención y control de enfermedades. 6. Gestión integral de riesgos en salud. Dichas prioridades estratégicas de cooperación están alineadas con las políticas, planes y estrategias nacionales; así como con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD 2012 - 2016) y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS.

Para finalizar, en la sexta sección se desarrolla la ejecución del programa estratégico y las implicaciones para la OPS/OMS, que incluyen: la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS); la protección social en salud; el fortalecimiento de la rectoría del MSP; la cooperación binacional con Haití; la cooperación internacional en temas como agua y saneamiento; el control de epidemias; la eliminación de las enfermedades desatendidas; la disminución de las desigualdades por género y la prevención y mitigación de los desastres naturales; entre otras prioridades.

La función y la presencia de la OPS/OMS están orientadas a avanzar en la reducción de las inequidades en salud y a mejorar las condiciones de vida de la población dominicana, en especial de aquella con mayor vulnerabilidad social, buscando así, una vida saludable y productiva que apoye el desarrollo del país. Finalmente se detallan las implicaciones políticas, técnicas, de recursos humanos, administrativas y financieras que tendrá el desarrollo de la ECP para cumplir con los mandatos de la Organización Panamericana de Salud.



# 1. Introducción



## 1. Introducción

Teniendo como contexto los cambios en el ámbito político y el reciente establecimiento del nuevo gobierno en la República Dominicana, se consideró este como el mejor momento para iniciar el proceso de actualización y formulación de la Estrategia de Cooperación en el País (ECP) para que corresponda al ciclo político nacional.

La ECP propone un marco temporal flexible entre cuatro y seis años y la última elaborada para la República Dominicana correspondió al período 2007 - 2011. Para la labor en la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la ECP representa el instrumento fundamental que guía el trabajo en los países; además de constituir una visión a mediano plazo para apoyar la política, estrategia o plan nacional de salud. El mismo proceso busca también armonizar la cooperación técnica (CT) de la OPS/OMS con aquellas líneas prioritarias definidas de forma conjunta por las agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU) en el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2012 -2016 (MANUD) y otros socios de la cooperación para el desarrollo.

En el ámbito nacional, se han venido desarrollando procesos de formulación de políticas y estrategias que coinciden en el tiempo: la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2011 - 2030, que se aprobó como ley en enero del 2012; las prioridades y compromisos asumidos en el plan de gobierno, claramente delineados en el discurso de toma de posesión del Presidente Danilo Medina y la programación estratégica de las metas o proyectos prioritarios definidos en el período de transición, que es apoyada por el Sistema de Gestión para la Gobernabilidad (SIGOB).

De igual manera se ha trabajado la agenda institucional y programática que hace especial mención al fortalecimiento de las funciones de rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) como una de las tareas más importantes a desarrollar en el período 2012 - 2016 y por último el Plan Decenal de Salud 2006 - 2015 (PLANDES), instrumento de carácter predominantemente estratégico que define las grandes orientaciones y prioridades de los procesos a desarrollar y que sirve de marco de referencia para la elaboración de los planes operativos anuales y específicos de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud (SNS).

También se han tomado en cuenta aquellos procesos y políticas a nivel regional y global que tienen y tendrán en el futuro alguna implicación en el trabajo de la organización. En el ámbito internacional se destaca el Plan Estratégico de la OPS 2014 - 2019 actualmente en elaboración, el proceso de reforma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la propuesta del 12<sup>avo.</sup> Programa General de Trabajo de la OMS, el Programa de Presupuesto 2014 - 2015 y el actual debate sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) más allá del 2015.

Por otro lado, a nivel regional es importante resaltar que la Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017, continuará siendo una guía para los países y la Oficina de la Representación de la OPS/OMS en la República Dominicana; en particular para

la formulación de políticas y acciones en salud. Por último es importante señalar el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) que consolida las iniciativas en el nivel subregional y del cual el país es miembro pleno.

En el segundo semestre del 2012 se inició el proceso de elaboración de la ECP 2013 - 2017. Es importante resaltar que esta ha sido formulada utilizando la más reciente versión de la Guía de la OPS/OMS (2010). Este instrumento fue revisado e interiorizado por todo el equipo técnico y administrativo de la oficina de la República Dominicana. Todo el proceso fue liderado por la Representación de la OPS/OMS con el apoyo y participación plena del equipo de país, apoyado por la oficina regional y subregional en todas las etapas, culminando con la preparación del documento correspondiente de la ECP.

El proceso de desarrollo de la ECP se caracterizó por el criterio analítico adoptado por el equipo, tomando como punto de partida el documento actualizado de análisis de situación de salud (ASIS) del país, propiciando el diálogo mediante las diversas consultas que se planificaron con las autoridades y los múltiples socios que trabajan en salud y otros sectores.

Las reuniones con las instituciones y principales actores del sector salud, son actividades a resaltar en la metodología utilizada. La etapa de consulta nacional, que se realizó en la semana del 5 al 9 de noviembre del 2012, se caracterizó por ser amplia y permitió recibir los aportes y percepciones de los asociados sobre los logros, las limitaciones y las prioridades del trabajo en salud.

Las reuniones múltiples fueron realizadas por temas, con representación de diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales. También, se realizaron entrevistas directas a personas, quienes en general han sido autoridades de distintos sectores e instituciones: ministros de salud, del medio ambiente, de la mujer; senadores; diputados; académicos; representantes del Programa Especial de la Presidencia de la República y de agencias de Naciones Unidas y la coordinadora residente del SNU en el país.

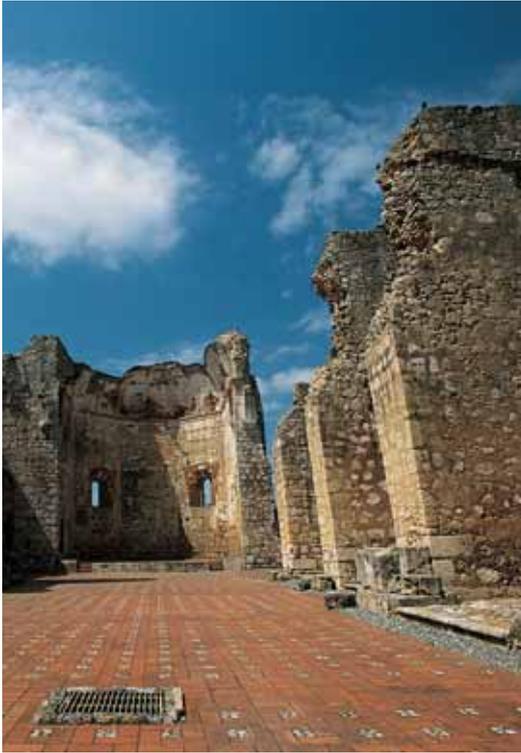
En las reuniones y entrevistas para la recopilación de la información se utilizó una guía de preguntas sobre los siguientes aspectos:

- Cuáles son los logros y oportunidades del país.
- Cuáles son los desafíos fundamentales para avanzar en los temas de salud.
- Cuál puede ser la contribución específica de la OPS/OMS en relación a la salud.

Por otro lado, durante todo el ejercicio fue necesario ser flexible en las decisiones estratégicas, teniendo en cuenta las características propias del país y priorizando aquellas propias de la organización relacionadas con el mandato y las funciones; en particular aquellas que contribuirán al fortalecimiento de la capacidad nacional e institucional.

Se ha garantizado que la ECP tenga como base los valores fundamentales de las Naciones Unidas y aquellos que rigen la Constitución de la OPS/OMS; como los relacionados a la salud humana, el derecho a la salud, la equidad y la igualdad de género.





## 2. Desafíos de salud y desarrollo



## 2. Desafíos de salud y desarrollo

### 2.1 Contexto macroeconómico, político y social

La República Dominicana comparte con Haití la isla La Española. Tiene una extensión territorial de 48 671 km<sup>2</sup> que representa el 64 % de la isla. Su clima es tropical, húmedo y caluroso la mayor parte del año. La densidad poblacional es de 197 habitantes por km<sup>2</sup>, pero este valor tiene extremos en la provincia de Pedernales con 15 habitantes por km<sup>2</sup> y en Santo Domingo con 10 538 habitantes por km<sup>2</sup>. El país está dividido políticamente en 31 provincias y el Distrito Nacional, donde se ubica la ciudad de Santo Domingo, capital del país y sede del Gobierno central. En los dos últimos períodos presidenciales (2004 - 2008 y 2008 - 2012) ha gobernado el Partido de Liberación Dominicana (PLD) que ganó de nuevo las elecciones del 2012, por lo que continuará en el poder por un tercer período consecutivo hasta el 2016.

El último Censo Nacional realizado en el 2010<sup>1</sup>, señaló que la población total fue de 9 445 281 habitantes, 74,4 % de los cuales viven en zonas urbanas. La tasa de crecimiento demográfico fue de 1,21%, la razón de dependencia de 58,3 y la esperanza de vida al nacer de 73,8 años, siendo para las mujeres de 76,1 años y para los hombres de 69,8 años. Comparando estos valores con el anterior censo realizado en el año 2002, se observan tendencias de disminución de la tasa de crecimiento 1,79 y la razón de dependencia 67,7; lo que indica el período del llamado «bono demográfico».

Los principales cambios demográficos se resumen en una disminución de la tasa global de fecundidad, que pasó entre el 2002 y el 2007 de 3 a 2,4 hijos por mujer; la concentración de la población en las ciudades y el incremento de la esperanza de vida, que ha modificado la pirámide poblacional. Comparando con el período intercensal (2002 - 2010), el porcentaje de población menor de 15 años ha cambiado de 34 % a 29,7 %; la población económicamente productiva de 15 a 64 años ha pasado de 60,4 % a 63,9 % y los mayores de 65 años de 5,6 % a 6,3 %.

La República Dominicana es un país de destino turístico; ingresaron por vía aérea un total de 4 306 431 extranjeros no residentes en el año 2011; cerca de 200 mil más que el año anterior<sup>2</sup>. Los empleos directos e indirectos que genera el turismo se estimaron para el 2011 en 184 826. Aunque todo el país tiene atractivos naturales, el turismo masivo va principalmente a las playas de la costa Este.

Según el Banco Central de la República Dominicana, los ingresos registrados por el turismo el 2011 se elevaron a 4352 millones de dólares<sup>3</sup>, siendo la primera fuente de

1 Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Resultados del último Censo Nacional, IX Censo 2010 [internet]. Santo Domingo: ONE; 2010. Disponible en: <http://censo2010.one.gob.do/>

2 Oficina Nacional de Estadística (ONE). Llegada de pasajeros según nacionalidad y sexo 1990 - 2011 [internet]. Santo Domingo: ONE; 2010. Disponible en: <http://www.one.gob.do/index.php?module=articles&func=view&catid=107>

3 Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). República Dominicana en cifras 2011 [internet]. Santo Domingo: ONE; 2012. Disponible en: <https://www.google.com.do/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.one.gob.do%2Findex.php%3Fmodule%3Duploads%26func%3Ddownload%26fileld%3D3415&ei=8fiQUBGIFYnpOgGyUw&usq=AFQjCNEYEml9C9GtJT1pKHYNGLkIdeqOLA&bvm=bv.46340616,d.dmQ>

ingreso al país y significando el 10 % del PIB. Por este motivo el actual gobierno se ha planteado como meta incrementar el turismo hasta duplicarlo en cuatro años más.

Otra importante fuente de ingreso al país son las remesas que envían los dominicanos residentes en el exterior a sus familiares, estimadas en el año 2010 en 3400 millones de dólares, lo que representó el 7 % del PIB. En el año 2000 las remesas eran de 1689 millones de dólares<sup>4</sup>. Se calcula que residen en el extranjero entre 1 y 1,5 millones de dominicanos y la tendencia del saldo migratorio neto sigue siendo negativa, fue estimada en el 2010 en -3,1.

Durante el año 2011 el sector de zonas francas fue uno de los sectores que mayor número de empleos directos generó en la economía nacional, alcanzando la cifra de 125117 empleos, que representan un crecimiento de 6,3 %, con respecto al año 2010 que fue de 121 001 empleos. El 51 % de los empleados de zonas francas es de sexo femenino y el 49 % es de sexo masculino<sup>5</sup>.

Como se enunció anteriormente dos países, Haití y la República Dominicana, comparten un mismo territorio en la isla La Española. Este hecho singular de convivencia genera condiciones muy particulares en términos sanitarios, culturales, políticos y sociales. Al hacer parte de territorios insulares las naciones, aunque sean diferentes, configuran una unidad territorial y epidemiológica que funciona como un todo interrelacionado. Esta especial circunstancia de coexistencia se da también en varias partes del mundo con iguales implicaciones: en el Caribe en la isla de Saint Martin, que divide el espacio entre Norte y Sur, siendo el Norte parte de la colectividad francesa de ultramar y el Sur llamado Saint Maarten, que formaba parte de las Antillas holandesas y que desde el 2010 es un país autónomo. En el Sudeste asiático, Timor Oriental, -miembro de los países de lengua portuguesa- comparte la isla con Indonesia; la isla de Borneo divide territorio entre Malasia, Indonesia y Brunei. Chipre en el mediterráneo e Irlanda en Europa, son ejemplos de otras islas donde cohabitan dos o más naciones.

En 1697, según el tratado de Ryswick, la corona española dio a Francia en sesión permanente la parte occidental de la isla La Española, llamándose en aquella época «la partie francaise de Saint Domingue». Como señaló Ricardo Pattee: «la división formal y duradera de la isla estaba consumada y una de las particularidades históricas más extraordinarias del hemisferio occidental, la convivencia en una sola isla de dos razas, dos culturas y dos modalidades de pensamiento, se había hecho realidad»<sup>6</sup>. En 1777, el tratado de Aranjuez, definió los actuales límites de la frontera de 382,8 km que separa la República Dominicana de Haití, a lo largo de la cual existen tres pasos oficiales, pero un sinnúmero de cruces informales que la convierten en una frontera virtual.

El territorio insular tiene aproximadamente 20 millones de habitantes, es una unidad ecológica y epidemiológica con intenso movimiento de población que produce la presencia permanente de ciudadanos haitianos en la República Dominicana; situación

4 Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos (CEMLA), Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Programa de mejora de la información y procedimientos de los bancos centrales en el área de remesas [internet]. México: CEMLA, BID; 2010. Disponible en: [http://www.remasasydesarrollo.org/uploads/media/Remesas-RepDominicana\\_1\\_.pdf](http://www.remasasydesarrollo.org/uploads/media/Remesas-RepDominicana_1_.pdf)

5 Consejo Nacional de Zonas Francas de Exportación. Informe estadístico del Sector Zonas Francas [internet]. Santo Domingo: CNFZE; 2011. Disponible en: <http://www.cnzfe.gob.do/documentos/informesestadisticos/InfEst2011Esp.pdf>

6 Pattee R. Haití pueblo afroantillano 1941. Santo Domingo: Sociedad Dominicana de Bibliófilos. 2da edición; 2008.

que requiere continuar los esfuerzos binacionales para el abordaje y atención a los problemas comunes de salud.

A pesar de las diferencias de idioma y cultura entre ambos pueblos, se ha desarrollado históricamente un comercio muy activo, que convierte a Haití en el segundo país receptor de productos elaborados en la República Dominicana; que representaron en el año 2010 cerca de mil millones de dólares, incluyendo al comercio informal<sup>7</sup>.

Por otro lado, las condiciones de pobreza histórica de Haití, han obligado a miles de hombres y mujeres a migrar a la República Dominicana para trabajar en labores agrícolas, como obreros de construcción, en el servicio doméstico y en diversas actividades del comercio informal. Aunque la migración laboral es un fenómeno de larga data, se ha acentuado luego de las crisis políticas y los desastres naturales<sup>8</sup>.

En la reciente Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI 2012), se estableció que el total de inmigrantes en la República Dominicana (nacidos en el extranjero e hijos de ellos nacidos en territorio nacional) es de 768 783 personas. De ellas, 668 145 son haitianos, lo que representa el 86,9 % del total de inmigrantes y que constituyen el 6,8 % del total de la población dominicana estimada en 9 716 940 a la fecha de la encuesta (segundo semestre del 2012). Del total de población haitiana, 458 233 han nacido en Haití y 209 912 han nacido en territorio dominicano, descendientes de padre, madre o ambos haitianos.

Según esta misma encuesta el 83,1 % de los hogares de los haitianos está dirigido por hombres; el 65,1 % viven en zonas urbanas y el acceso al agua se realiza mediante: acueducto por llave pública el 41,8 %; llave dentro de la vivienda el 16,7 %; compra de botellón el 14,9 % ; camión tanque el 7,1 % y agua de pozo el 6,2 %.

El 88,5 % de los inmigrantes haitianos participa activamente en el mercado laboral; de ellos el 35,7 % lo hace en el sector agropecuario; el 25,9 % en la construcción; el 16,5% en el comercio y el 10,4 % en otros servicios<sup>9</sup>. Esta «subpoblación», configura millares de conglomerados humanos con gran movilidad rural y urbana, compartiendo espacios de vida y de trabajo con los dominicanos más pobres; conformando de esta manera territorios donde se concentra la mayor vulnerabilidad social y económica y las mayores necesidades de salud.

## 2.2 Determinantes principales de la salud

Durante los últimos 50 años, el país ha tenido un crecimiento económico sostenido estimado en promedio en 5 % anual; sin embargo, esto no se ha reflejado en cambios

7 Centro de Exportación e Inversión de la República Dominicana. Secretaría de Estado de Industria y Comercio. [internet]. Santo Domingo: CEI-RD; 2011. Disponible en: <http://www.cei-rd.gov.do/ceird/reportes.aspx>

8 Wooding B, Moseley R. Inmigrantes haitianos y dominicanos de ascendencia haitiana en la República Dominicana [internet]. Santo Domingo: Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID); 2004. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4548.pdf?view=1>

9 Oficina Nacional de Estadística (ONE). Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI 2012) [internet]. Santo Domingo: ONE; 2013. Disponible en: <http://www.one.gob.do/var/uploads/File/ENI%202012/Informe%20General%20Primera%20Encuesta%20Nacional%20de%20Inmigrantes%20en%20RD-ENI%202012.pdf>

significativos en las brechas sociales de pobreza y extrema pobreza. La evolución de la pobreza extrema y la pobreza general presentó un notable incremento entre el 2002 y el 2004, debido a la crisis bancaria interna del año 2003.

En el 2004 los indicadores de pobreza llegaron a alcanzar los niveles máximos en dos décadas, cuando la pobreza extrema se estimó en 15,9 % y la pobreza general en 43 %. A partir de ese año se observa una tendencia a la disminución estimándose la pobreza en 33,8 % para el 2010, aún por encima de las cifras del año 2000, que eran de 27,7 %. En el 2010 la pobreza extrema se calculó en 10,4 %, siendo el Objetivo del Milenio reducirla a 5,4 % para el año 2015<sup>10</sup>.

En general, la participación en el ingreso nacional de la población más pobre se mantiene muy baja y no se observan mejoras distributivas. Durante el período 2000 - 2009, el 20 % de la población dominicana más pobre recibió una proporción del ingreso nacional entre 4,3 % y 3,2 %. Las provincias con mayor incidencia de pobreza en el 2009 fueron Elías Piña 69,7 % y Bahoruco 63 % y las de menor incidencia el Distrito Nacional 16,8 % y Santo Domingo 25,3 %. Una de las principales estrategias para reducir la pobreza en el país se realiza a través del Programa Solidaridad de transferencia condicionada de renta, para incentivar la asistencia escolar y mejorar la alimentación en los hogares con extrema pobreza. Este programa coexiste con el Programa de Alimentación Escolar (PAE) que desde 1992 funciona en el país.

Las estadísticas indican que de todas las personas con empleo en la economía dominicana, solamente 36 de cada 100 son mujeres y el ingreso real de las mujeres alcanza, en promedio, un monto de 27,6 % menor que el de los hombres.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENHOGAR 2011)<sup>11</sup> confirma que a pesar del aumento significativo del empleo femenino que se ha verificado en las últimas décadas, en el país persisten las desventajas de las mujeres en el mercado laboral en términos de oportunidades de empleo. La tasa de ocupación femenina es apenas el 53% de la proporción de hombres en edad productiva con empleo (34.2% contra 64.3%), 34 puntos porcentuales a favor de los hombres, brecha ligeramente mayor que la desigualdad por género en la participación, lo que indica que las dificultades de las mujeres en el mercado laboral son aún mayores cuando se trata de conseguir un empleo.

Una diferenciación socioeconómica importante se observa en las brechas por género, verificándose que, a medida que se asciende en la escala socioeconómica, disminuyen las mismas. La tasa de ocupación de las mujeres del quintil más pobre es 3 veces la de sus pares masculinos, mientras que en el quintil superior dicha brecha es de apenas 1,46.

Según la ENHOGAR 2011, el 76,7 % de las viviendas tiene conexión de agua intradomiciliaria; pero si se trata del quintil más pobre es de 52,3 % y en el más rico

10 Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). República Dominicana en cifras 2011 [internet]. Santo Domingo: ONE; 2012. Disponible en: <https://www.google.com.do/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.one.gob.do%2Findex.php%3Fmodule%3Duploads%26func%3Ddownload%26fileid%3D3415&ei=8fiQubGIFYnpOgGyUw&usq=AFQjCNEYEML9C9GtJT1pKHYNGLkIdeqOLA&bvm=bv.46340616,d.dmQ>

11 Oficina Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples: ENHOGAR 2011 [internet]. Santo Domingo: ONE; 2012. Disponible en: <http://www.one.gob.do/index.php?module=uploads&func=download&fileid=4102>

de 90,2 %. La cobertura de agua potable en el sector rural, alcanza solo el 52,5 %, mientras que en el sector urbano la cobertura del servicio por redes, dentro y fuera de las viviendas, es equivalente al 86,8 %. El sistema de abastecimiento de agua potable tiene 640 acueductos de los cuales 195 son urbanos y 445 rurales; de ese total, el 69,5 % cuenta con sistema de cloración instalado y el 30,5 % cuenta con sistema de vigilancia de la calidad del agua. Solo el 11 % de la población urbana cuenta con servicio continuo de agua potable. El índice de potabilidad (IP) a nivel nacional para el año 2009 fue de 28,3 %, el porcentaje promedio de cloración fue de 26,5 %, siendo el promedio de coliformes fecales de 48,1 %. La disposición final de los residuos sólidos municipales se hace a través de vertederos a cielo abierto en el 57 % de los municipios del país. Estos se encuentran muchas veces cerca de las comunidades, ríos y arroyos; causando impactos ambientales y sanitarios negativos.

La República Dominicana se encuentra en el centro del archipiélago antillano justo en el borde de interacción entre la placa tectónica de Norteamérica y la placa del Caribe; lo que incrementa su exposición a diferentes amenazas de tipo hidrológico, sísmológico, ambiental, geológico, meteorológico y oceanográfico. Entre ellas hay que destacar los terremotos, los ciclones tropicales y las inundaciones. Estas últimas se presentan normalmente entre los meses de julio a noviembre durante la estación de huracanes.

Uno de los terremotos más importantes de la región se registró en el país el año 1946 con una magnitud de 8,1 grados seguido de tres réplicas de 7. Se tienen registros de sismos que han ocurrido a lo largo de la historia desde 1562. El último en importancia ocurrió en Puerto Plata en el 2003 y hay que mencionar el terremoto que afectó a Puerto Príncipe - Haití en enero del 2010 y que tuvo diferentes repercusiones en territorio dominicano. Para el 2011, el Instituto Sismológico Universitario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) registró 671 sismos, de los cuales 10 tuvieron una intensidad mayor de cuatro grados, pero menor de cinco según la escala de Richter. Ninguno de ellos generó daños severos, pero el riesgo continúa latente.

La costa de la República Dominicana se extiende por 1576 km expuesta a ciclones tropicales, mareas e inundaciones. Entre 1871 y 2012 se han registrado más de cien eventos, entre tormentas tropicales y huracanes. Entre 1966 y 2000 se produjeron 464 inundaciones, la mitad de ellas causadas por precipitaciones durante la estación lluviosa y solo el 8,4 % se debió a eventos climáticos extremos como las tormentas tropicales, huracanes y tornados. Cerca del 46 % de las inundaciones registradas en este período se concentraron en zonas urbanas importantes como el Distrito Nacional y varias ciudades de la subregión del Cibao Central y del Cibao Oriental. El resto se localizó de forma dispersa a lo largo de todo el territorio, con una mayor frecuencia en las zonas rurales. Sin embargo, el número total de inundaciones registradas en zonas rurales es significativamente menor al de zonas urbanas.

Los desastres naturales, en especial las lluvias e inundaciones, favorecen a su vez una mayor incidencia de enfermedades transmisibles como ha sucedido con la epidemia de cólera que afecta al país desde el 2010 o con el dengue en el 2012. Ambas han generado

una respuesta multisectorial relevante. Ya la epidemia de influenza H1N1 en el 2009, puso en evidencia la necesidad de una mayor organización y respuesta a eventos o amenazas diversas como los desastres químicos, radiológicos o tecnológicos; razón por la cual es necesario continuar la preparación y contar con las capacidades básicas de respuesta como indica el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

## 2.3 Estado de salud de la población

### 2.3.1 Salud materno-infantil

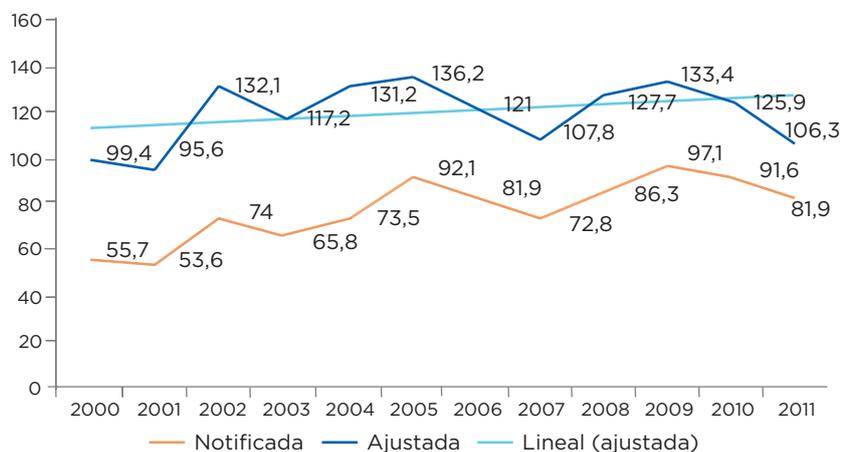
Las estadísticas vitales como las de los nacimientos o las defunciones tienen un subregistro de más del 50 % -que no se ha modificado en los últimos 10 años-, razón por la cual esta importante fuente de información no se usa para el cálculo directo de las tasas de mortalidad materna, ni infantil. La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) es el instrumento que permite estimar la evolución de estos indicadores, que para el caso de la mortalidad materna fue calculada en el 2002 en 178 por cien mil nacidos vivos (NV). La encuesta del 2007 la estimó en 159 por cien mil NV, se proyectó para el 2011 en 150 y para el 2015 sería de 141 muertes maternas por cien mil NV. Los valores de esta tendencia indicarían que sería poco probable que se alcance el ODM, fijado en 46,9 muertes maternas por cien mil NV.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) liderado por la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) del MSP ha incorporado la vigilancia de la mortalidad infantil y materna. Entre los años 2000 y 2004 registró un promedio de 140 muertes maternas al año, pero desde el 2005 al 2011 el promedio anual está sobre las 200 muertes maternas.

El subregistro se estimó para el período 2000 - 2004 en 44 %; para el período 2005 - 2008 en 32,4 % y a partir del 2009 en 27,2 %. Con lo cual la razón de mortalidad ajustada se ha calculado en 132 por cien mil NV en el año 2002; en el año 2007 este valor fue de 107; para el 2010 fue de 126 y para el 2011 se estimó en 106 muertes maternas por cien mil NV. La información de las encuestas y de la vigilancia epidemiológica coincide en mostrar que no hay una tendencia clara de disminución de la mortalidad materna. DIGEPI registró 178 muertes maternas durante el 2011, de las cuales 69 ocurrieron en el Distrito Nacional y Santo Domingo.

El 70 % de las muertes maternas ocurren en 10 hospitales del país y en tres de ellos se concentra un tercio del total de muertes maternas del país<sup>12</sup>: el hospital Luis Eduardo Aybar, el hospital José María Cabral y Báez y la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Ciertamente es que estos hospitales reciben una demanda considerablemente mayor; sin embargo, a pesar de esfuerzos realizados por disminuir la mortalidad materna, persisten problemas de organización de los servicios de salud, de los recursos humanos y en la calidad en la prestación de la atención de salud.

12 Dirección General de Epidemiología (DIGEPI). Boletín epidemiológico 52-2012 [internet]. Santo Domingo: DIGEPI; 2012. Disponible en: [http://www.salud.gob.do/Documentos/Boletines/BOLE\\_Semanal52\\_20120107.pdf](http://www.salud.gob.do/Documentos/Boletines/BOLE_Semanal52_20120107.pdf)



Por cien mil nacidos vivos. Razón de mortalidad materna con datos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia y ajustada por subregistro

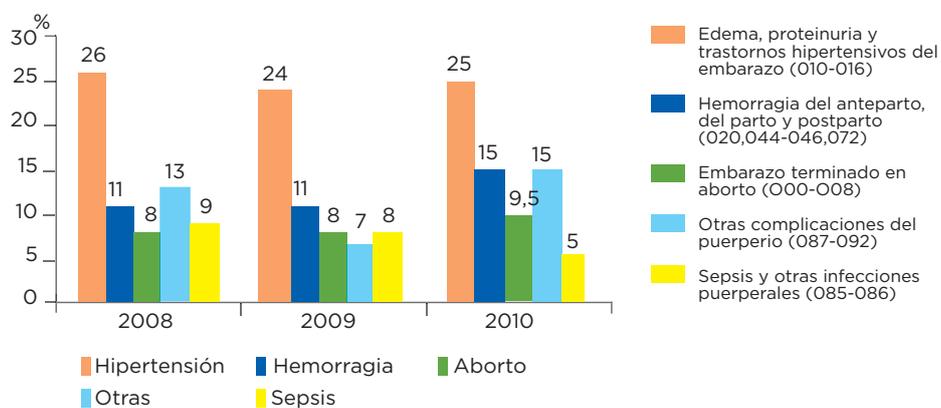
Fuente: DIGEPI, MSP.

La principal causa de muerte materna es el trastorno hipertensivo del embarazo, parto y puerperio (CIE-10:O10-O16), responsable de una de cada cuatro defunciones maternas. Siguen en frecuencia las hemorragias (CIE-10:O20,O44-O46,O72); la sepsis y otras infecciones puerperales (O85-O86) y las complicaciones producidas por el embarazo terminado en aborto (CIE-10:O00-O08).

El 19 % de las muertes maternas se registra en el grupo de mujeres embarazadas de 15 a 19 años, de manera que una de cada cinco es una adolescente. El porcentaje de adolescentes que ya han sido madres o están embarazadas por primera vez es del 20 %. Se estimó que durante el año 2009 la proporción de partos terminados en cesáreas fue de 42 % en el sector público y en el sector privado mayor al 80 %.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años se calculó en el año 1991 en 59,5 por mil NV; considerando este valor y en función de las metas de los ODM, la tasa debería ser de 19,7 por mil NV. La ENDESA 2007 la calculó en 36 por mil NV y el 2009 se estimó en 32 por mil NV.

En el caso de la mortalidad infantil, el valor de base el año 1991 fue de 43 por mil NV, debiendo llegar en el 2015 a 14,3 por mil NV para alcanzar la meta de los ODM. Las ENDESA 2002 y 2007 estimaron la mortalidad infantil en 31 y 32 por mil NV respectivamente. El año 2010, según DIGEPI con datos de la vigilancia de la mortalidad infantil la tasa se calculó en 27,8 por mil NV. La tendencia de la mortalidad infantil se mantiene estable en los últimos 10 años, ya que era de 30 por mil NV en el año 2000.

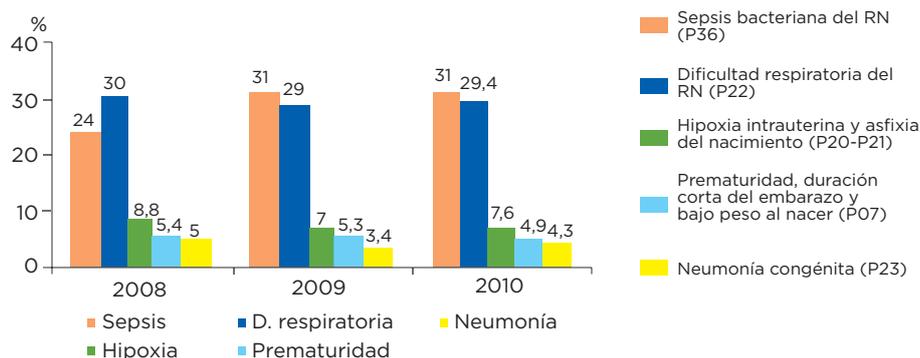


Una de cada cuatro muertes maternas se produce por trastornos hipertensivos

Fuente: DIGEPI, MSP.

Analizando los datos de la ENDESA 2007, se encuentra una estrecha relación entre la educación de la madre y una mayor tasa de mortalidad infantil; así en las mujeres sin educación fue de 48 por mil NV, frente a 16 por mil NV en las mujeres con educación superior. Según quintil de riqueza, la mortalidad infantil en el estrato más pobre fue de 43 por mil NV y en el rico de 26 por mil NV. El componente neonatal de la mortalidad infantil no se ha modificado en 20 años, pues se mantiene en 23 muertes por cada mil NV. Las dos causas de mortalidad neonatal que representan el 60 % del total son la sepsis bacteriana del recién nacido y el síndrome de dificultad respiratoria o asfisia neonatal.

Gráfico n.º 3: cinco primeras causas de mortalidad neonatal entre el 2008 y el 2010.



Dos de cada cuatro muertes neonatales se produce por sepsis o dificultad respiratoria (membrana hialina).

Fuente: DIGEPI, MSP.

### 2.3.2 Enfermedades transmisibles

En la República Dominicana se interrumpió la transmisión del poliovirus salvaje en 1986, del sarampión en el 2001 y del virus de la rubéola durante el 2006 luego de la campaña nacional contra el sarampión y la rubéola (SR) en hombres y mujeres de 7 a 39 años. Como parte de la estrategia durante el 2010 se realizó una campaña de seguimiento con vacunas contra sarampión, rubéola y paperas (SRP) a población de 1 a 8 años, logrando una cobertura del 97 % y verificándola con monitoreo rápido a través de encuestas a más de 40 000 viviendas en todos los municipios.

Anualmente se realiza vacunación a los menores de tres años para fortalecer la barrera inmunológica contra la poliomielitis. El tétanos neonatal ha dejado de ser un problema de salud pública bajando a dos casos durante el 2011. La difteria está en proceso de eliminación presentando cero casos en el 2012. Las coberturas administrativas de vacunación muestran una tendencia estable en los últimos tres años a nivel nacional. Las coberturas para Penta 3 y SRP no alcanzan el 90 %, siendo la BCG la única vacuna que mantiene coberturas sobre 95 %.

A nivel de municipios se evidencia el desmejoramiento de las coberturas, ya que 40 % de los municipios presentan una cobertura menor del 80 %; el 30 % entre 80 a 94 % y el 30 % por encima de 95 %. Durante el 2009 se incorporó al calendario oficial la vacuna contra la influenza dirigida a adultos mayores con enfermedades crónicas; posteriormente esta vacuna se amplió a los menores de tres años de edad. En el 2012 se incorporó la vacuna contra el rotavirus para los menores de seis meses en todo el país y a partir de este mismo año, se inicia un proceso de estratificación y priorización de municipios vulnerables para vacunación con la intención de caracterizar sus perfiles y enfocar acciones específicas para el 2013.

En el país el dengue es endémico con incrementos entre los meses de junio y octubre debido a la temporada de lluvias. Se han aislado todos los serotipos de dengue. En el año 2011 se registraron 2342 casos con 2 defunciones, considerado un año de baja incidencia si se compara con años anteriores. Sin embargo, durante el 2012 se registraron 9284 casos probables, 140 de los cuales fueron graves falleciendo 68 personas. El 78 % de los casos probables fueron confirmados por laboratorio.

La malaria es endémica en el país y todos los casos corresponden a Plasmodium falciparum. A partir del 2006 se observa una disminución de casos, pasando de 3525 a 1838 casos el 2008. En el 2011 se detectaron 1619 casos con 10 defunciones y el 2012 el número total de casos confirmados fue de 947 con 8 defunciones.<sup>13</sup> Una parte importante de los casos son importados, procedentes de Haití y asociados a movimientos de población de trabajadores temporales, vinculados a la agricultura y la construcción.

<sup>13</sup> Dirección General de Epidemiología (DIGEPI). Boletín epidemiológico 52-2012 [internet]. Santo Domingo: DIGEPI; 2012. Disponible en: [http://www.salud.gob.do/Documentos/Boletines/BOLE\\_Semanal52\\_20120107.pdf](http://www.salud.gob.do/Documentos/Boletines/BOLE_Semanal52_20120107.pdf)

Entre el 2006 y el 2011 se registraron nueve casos de rabia humana que no recibieron tratamiento después de la agresión. Lamentablemente durante el año 2012, se registraron dos casos de rabia humana en Santo Domingo y San Cristóbal. En animales se registraron 170 casos durante el 2010, 129 casos confirmados el año 2011 y 110 durante el 2012. Desde la década de los 80 se realizan, sin regularidad, campañas de vacunación antirrábica animal a nivel nacional (perros y gatos); el año 2010 fue una excepción ya que se lograron las metas propuestas. En los otros años las campañas se han dirigido a las provincias con mayor número de casos de rabia animal.

El año 2007, luego del paso de las tormentas Noel y Olga se registraron 2355 casos de leptospirosis, con una tasa de morbilidad de 24,8 por cien mil habitantes, la más alta en los últimos cinco años. En el 2011 se registraron 169 casos probables con 25 defunciones y en el año 2012 la cifra total de casos aumentó a 217 con 23 defunciones. Los brotes están asociados a las inundaciones provocadas por lluvias o por el paso de las tormentas tropicales.

La epidemia del VIH en el país se mantiene estable. La prevalencia de VIH para la población entre 15 a 49 años se estimó en 0,85 % el año 2010, por lo que viven con el VIH/sida 48 550 personas, 62 % de los cuales son mujeres. En el año 2006 la prevalencia era de 0,86 %. El número de personas recibiendo tratamiento antirretroviral (ARV) fue de 12 912 en el 2009. Se ha estimado que 442 niños se infectaron con el VIH en el año 2009.

Desde el año 2004, cuando se inició el tratamiento con ARV, la mortalidad por esta causa ha descendido de 3,22 a 2,13 por cien mil habitantes, entre el 2005 y el 2009 respectivamente, para la población entre 15 y 49 años. La incidencia anual se estima en 0,06 casos por cien mil habitantes, que representan los 3580 casos nuevos del año 2010. Aunque el porcentaje de mujeres embarazadas con VIH recibiendo ARV se ha incrementado de 37,2 % a 47 % entre el año 2006 y el 2009, más de la mitad se quedan sin esta intervención preventiva.

Datos de la primera encuesta de prevalencia en poblaciones vulnerables realizada en el 2008, indican que en la población vulnerable transexual y de hombres que tiene sexo con otros hombres, la prevalencia de VIH fue de 6,1 %; de sífilis de 5,3 %; la hepatitis B con 2,3 % y la hepatitis C con 2 %. En el caso de los transexuales la prevalencia al VIH llega a 17,2 %. En las trabajadoras sexuales la prevalencia al VIH se estimó en 4,8 % y en los usuarios de drogas endovenosas fue de 8 %. En la población que reside en los bateyes del país, la prevalencia al VIH se estimó en 3,2 %, sin diferencias significativas por sexo, pero incrementándose con la edad, pues llega a 8,7 % en los hombres de 40 a 44 años y a 7,9 % en las mujeres de 45 a 49 años.

La prevalencia de la tuberculosis estimada por la OMS ha venido descendiendo desde el año 2000, cuando fue de 133 por cien mil habitantes, calculándose para el año 2011 en 83. Situación similar se observa en la tasa de mortalidad por tuberculosis que pasó de 9,2 a 6,1 por cien mil habitantes entre el 2000 y el 2011. La tasa estimada de incidencia

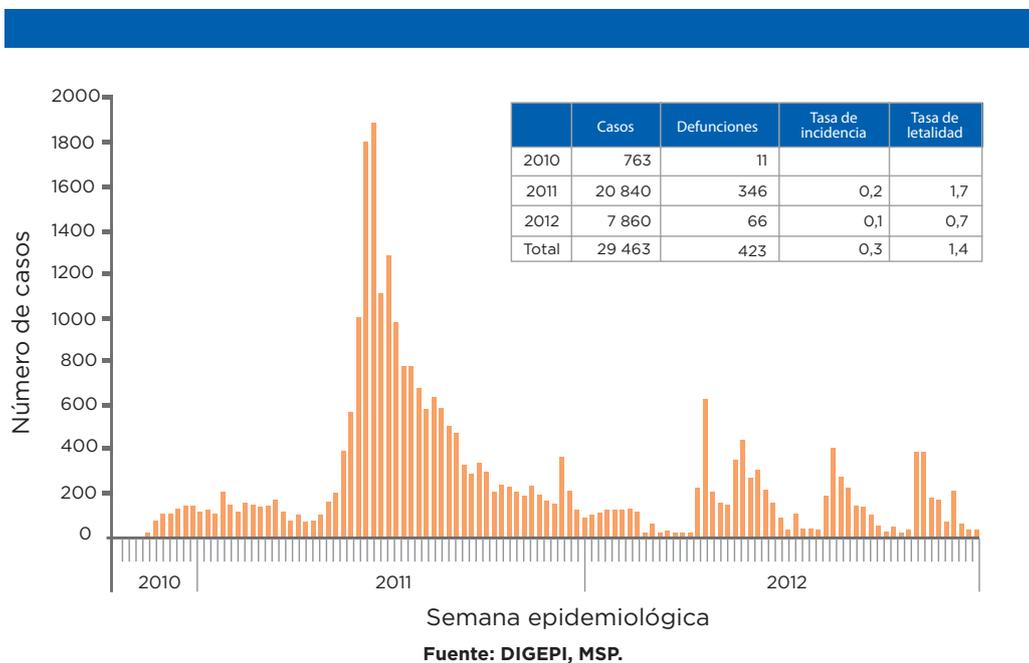
anual para todas las formas de tuberculosis ha pasado de 100 por cien mil habitantes en el año 2000 a 65 para el año 2011. Sin embargo, la reportada por el país para el 2011 fue de 39,4 casos por cien mil habitantes, evidenciándose una brecha en la detección de casos. Este último año se diagnosticaron 4472 casos en todas sus formas, de los cuales 4309 eran nuevos.

Según datos del 2012 del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) predomina la tuberculosis pulmonar con un 84 % de los casos y de ella la forma bacilífera de la enfermedad con el 74,1 % de los casos. Para el año 2011, la incidencia más alta, para todas las formas de tuberculosis, la presentó la provincia de La Romana con 74,2 casos por cien mil habitantes, mientras que la más baja se registra en la provincia de Valverde con 16,6 por cien mil habitantes. La red de laboratorios del país está funcionando y permite confirmar al 75,6 % de los casos pulmonares.

Durante el 2011, la tasa de incidencia de tuberculosis en hombres entre 25 a 34 años fue de 8,9 por cien mil habitantes, mientras que en las mujeres de igual grupo etario fue de 4,9 por cien mil habitantes. El PNCT debe fortalecer las acciones para mejorar indicadores clave como los de detección de casos y éxito en el tratamiento de la tuberculosis, que permitan alcanzar las metas establecidas en el Plan Estratégico 2011 - 2015 y los compromisos asumidos por el Proyecto del Fondo Mundial. La detección de casos no ha superado el 35 % y el éxito del tratamiento para la cohorte del 2010 fue del 81,3 %. El país reporta uno de los porcentajes más altos de tuberculosis multidrogoresistente en la región de las Américas con un 6,6 %. La tuberculosis en el país sigue siendo un problema prioritario de salud pública que requiere la coordinación binacional, por el continuo movimiento de población haitiana.

La isla Española no tuvo casos de cólera por más de cien años, hasta que se confirmó la epidemia en Haití en octubre del 2010. El primer caso de cólera en La República Dominicana ocurrió en la provincia de Higüey, cuando se confirmó el *Vibrio cholerae O1 serotipo Ogawa*. Inicialmente, los casos se presentaron en brotes familiares o comunitarios, sobre todo en las provincias de la frontera y en provincias con mayor actividad agrícola. Luego de iniciada la temporada de lluvias, se observó una mayor actividad epidémica llegando a afectar a las poblaciones urbanas marginales como en el gran Santo Domingo. El pico más alto se alcanzó en la semana epidemiológica 24-2011, cuando se registraron cerca de 1600 casos sospechosos. Hasta el mes de diciembre del 2012, el país sumaba 29 463 casos, habiendo fallecido 423 personas, para una tasa de ataque del 0,3 % y una tasa de letalidad acumulada del 1,4 %.

Entre las enfermedades desatendidas en La República Dominicana, es necesario mencionar que se ha eliminado a la lepra como problema de salud pública a nivel nacional, presentando tasas de detección de 1,71 por cien mil habitantes en el período 2005 - 2010. El 70 % de los casos de lepra se concentran en cuatro provincias. Durante el año 2009 se detectaron un total de 167 casos nuevos y en el año 2010 esta cifra se redujo a 144.



Mediante el mapeo de transmisión y otras evaluaciones posteriores, se ha delimitado la existencia de tres focos de transmisión de filariasis linfática:

- 1) Foco del Suroeste, constituido por 10 municipios de las provincias de Barahona, Bahoruco e Independencia.
- 2) Foco de La Ciénaga, conformado por tres sectores contiguos de Santo Domingo en el Distrito Nacional
- 3) Foco del Este, integrado por los bateyes de las provincias de San Pedro, Hato Mayor, El Seybo, La Romana y La Altagracia.

A partir del 2002 se realizaron intervenciones en el foco del Suroeste y en el de La Ciénaga, empleándose la estrategia de administración masiva de medicamentos para la eliminación de la transmisión de la filariasis; esta consiste en el suministro de una dosis conjunta de albendazol y dietilcarbamazina, a toda la población residente en los focos, excepto los menores de dos años, embarazadas y personas postradas por enfermedad. Tras cuatro rondas anuales de administración masiva de medicamentos en el foco del Suroeste y tres en La Ciénaga y el monitoreo de cuatro sitios centinelas elegidos (tres en el Suroeste y uno en la Ciénaga), se pudo constatar una reducción de la antigenemia y la microfilaremia logrando la meta de eliminación (prevalencia menor a 1 %).

Utilizando la misma estrategia de administración masiva de medicamentos, en Pueblo Nuevo, Barahona, entre el 2002 y el 2006, la prevalencia de antigenemia pasó de 21,5 % a 0,2 % y por microfilaremia de 4,4 % a 0 %. En el 2007 se programó una nueva administración masiva de medicamentos para el foco del Suroeste, que por el paso de la tormenta Noel tuvo que ser reprogramada para el área de bateyes. En el 2009 y el 2011 tuvieron lugar dos encuestas de prevalencia en el foco del Suroeste y en el 2010,

en el foco de La Ciénaga, confirmaron que la prevalencia de filariasis continuaba por debajo de 1 %, lo que avalaba la decisión de no realizar ulteriores tratamientos en esos focos, concentrando las acciones en reforzar la vigilancia epidemiológica. Se programó el inicio de la administración masiva de medicamentos en los bateyes del foco del Este para marzo del 2013.

En 1995 una encuesta parasitológica realizada a niños que asistían a escuelas del nivel de educación básica pública del Distrito Nacional, reveló una prevalencia de infección por helmintos de 44,7 %. En 1997, tras dos rondas de tratamiento con albendazol, la prevalencia descendió a 19,1 %<sup>14</sup>. Desde entonces, en coordinación con el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT), se realiza una vez al año la campaña de desparasitación a los niños en edad escolar.

La esquistosomiasis fue descubierta en la República Dominicana el año 1942 en la ciudad de Hato Mayor<sup>15</sup>. Estudios realizados en la década del 80 encontraron una prevalencia de *S. mansoni* de 11,8 %<sup>16</sup> en el Sureste, específicamente en Higüey. El caracol hospedero intermediario, *Biomphalaria glabrata*, tiene una amplia distribución geográfica nacional. Actualmente no se reportan casos de esquistosomiasis en el país, por lo que se considera que podría estar eliminada; sin embargo, para comprobar este supuesto el Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET) del MSP está organizando, con apoyo de la OPS/OMS, una encuesta nacional para determinar por serología si hay aún transmisión e intervenirla<sup>17</sup>.

### 2.3.3 Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades del sistema circulatorio representaron en el año 2010, el 10 % de las consultas y más del 6 % de las urgencias atendidas en los establecimientos del país y son la primera causa de mortalidad por grandes grupos. El Estudio de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Síndrome Metabólico (EFRICARD I) realizado entre el 1998 y el 2000, indicó que era hipertensa el 31 % de la población adulta. Este mismo estudio fue repetido el 2010 - 2011 (EFRICARD II) con una muestra de 3878 personas entre los 18 y 75 años, siendo la prevalencia de hipertensión arterial de 34,7 % para la población general, con valores diferentes entre hombre y mujeres de 38,7 % y 32,8 %, respectivamente. Llama la atención que en los menores de 20 años se encontró que 5,5 % ya era hipertenso. En el grupo de edad de 40 a 49 años el valor fue de 43,7 %.

Con datos de EFRICARD I y II, se observan cambios importantes en la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2, pues pasó de 5,5 % a 9,9 %, -prácticamente se duplicó en 10

14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de referencia de un programa regional para el control de las geohelmintosis y esquistosomiasis en América [internet]. Santo Domingo: OPS; 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/psit-marco-ref.pdf>

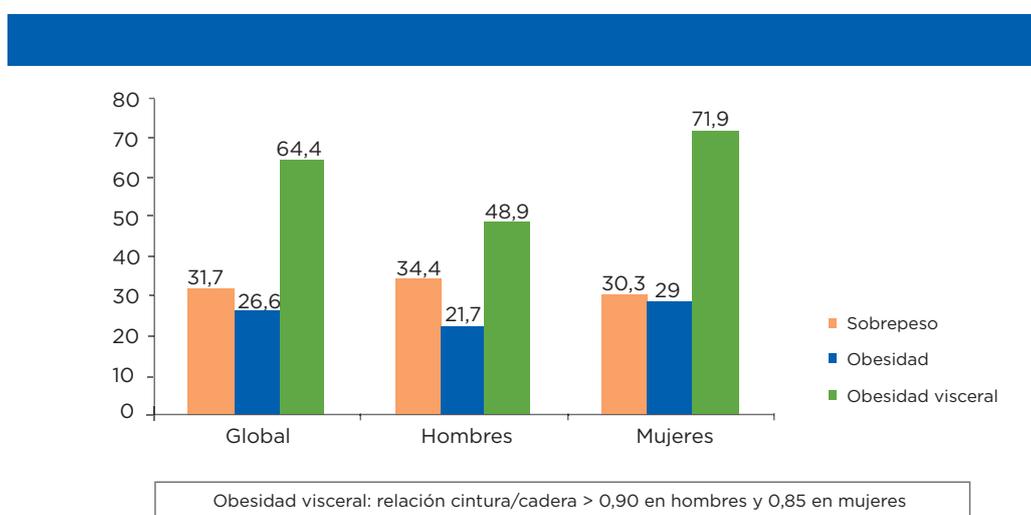
15. Mota I, Álvarez DA, Unche DT, Ventura E, Santana JJ, Encarnación A. Bilharziasis en zonas endémicas en la región este de La República Dominicana. *Rev Med Dom (Santo Domingo)*.1995; 56(1): 18-19.

16. Vargas M, Gomez J, Malek EA. Schistosomiasis mansoni in the Dominican Republic; prevalence and intensity in the city of Higüey by coprological and serological methods. *Trop Geogr Med*. 1987; 39(3):244-50.

17. Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENCET). Protocolo de encuesta sobre infecciones con geohelmintos y *Schistosoma mansoni* en escolares de la República Dominicana. 2012 - 2013. Santo Domingo: CENCET; 2013.

años- con lo cual cerca de un millón de dominicanos serían diabéticos, la mitad de los cuales no lo sabe.

Los mismos estudios, EFRICARD I y II, revelan cambios en los valores encontrados para el sobrepeso que pasó de 29,2 % a 31,7 % y de obesidad que pasó de 16 % a 26,6 % en la población adulta. Se estima que el 45 % de la población tiene sobrepeso y que el 17 % tiene obesidad. El EFRICARD II muestras algunas diferencias por sexo, pues el sobrepeso es mayor en hombres 34,3 %, respecto a mujeres 30,3 %; mientras que la obesidad es mayor en mujeres 29 % frente a los hombres 21,7 %.



Fuente: EFRICARD II, Sociedad Dominicana de Cardiología.

Según los resultados del registro hospitalario de tumores del Instituto de Oncología, el número total de casos de neoplasias registrado los años 2006, 2007 y 2008 fue de 1927, 1801 y 2017, respectivamente. Durante estos años el cáncer de mama ocupó el primer lugar seguido del cáncer de cuello uterino, que juntos sumaron 877 (45 %) el 2006; 752 (42 %) el 2007 y 841 (42 %) el 2008.

### 2.3.4 Otros eventos y problemas de salud

Entre el 2006 y el 2010 la prevalencia de bajo peso al nacer disminuyó de 10,8 % a 7 %. Los resultados de la ENDESA 2007 indican que el 11 % de los NV tenían bajo peso al nacer, siendo la desnutrición crónica en menores de cinco años de 9,8 %; la proporción de desnutrición aguda de 2 % y la desnutrición global del 3 %.

Solamente el 8% de los niños reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Según la Encuesta Nacional de Micronutrientes realizada en el 2009, la prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas fue de 34 % (<12 g/dl) y no se

encontraron diferencias entre mujeres que viven en zonas urbanas y las que viven en zonas rurales. La tasa de prevalencia de anemia en los niños y niñas de 6 a 59 meses fue de 28 %.

Según la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes realizada en el 2004, cerca de una cuarta parte de los alumnos de las escuelas del país, entre 13 y 15 años, ya habían probado tabaco alguna vez 24,4 %. La República Dominicana es el único país de la Región de las Américas que no firmó ni ratificó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS).

La salud de la población también es afectada por los accidentes y la violencia. No existe un sistema de información confiable que permita cuantificar su magnitud y sus factores de riesgo. La tendencia de la mortalidad por accidente es ascendente. En el 2005 se estimó una tasa de mortalidad por accidentes de 27 por 100 000, muy alta con relación al promedio en las Américas que es de 17.

La violencia basada en género es la cuarta causa de muerte en mujeres en edad reproductiva. Es catalogada como un problema prioritario que representa un desafío creciente para el Sistema Nacional de Salud<sup>18</sup>. Además de constituir una violación de los derechos humanos, la violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias para su salud y la de sus hijos e hijas, genera gran impacto en los sistemas de la salud y conlleva a altas tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad y ocasiona años de vida potencial perdidos con graves efectos psíquicos y sociales<sup>19</sup>.

Según el estudio realizado por la OPS/OMS, Proyecto Valencia, el promedio de consumo de alcohol en la República Dominicana está sobre la media mundial que es de 6,1 l/p/año. Los datos de consumo que presenta el estudio son 6,4 l/p/año (15+) y en hombres bebedores adultos en 12,54 l/p/año; los impuestos a las bebidas alcohólicas son bajos; la edad mínima legal para la venta y consumo de alcohol es de 18 años y no hay control sobre la densidad de puntos de venta; no hay restricciones en la venta de bebidas alcohólicas a personas ebrias; la concentración de alcohol en sangre para la conducción de vehículos no ha sido establecida y no existen regulaciones legalmente vinculantes para la publicidad de alcohol, su patrocinio o promoción.

Los factores de riesgo ambiental a la salud están ligados al crecimiento urbano e industrial: la contaminación de aguas por los afluentes no tratados, las dificultades continuas para manejar y tratar adecuadamente la cantidad creciente de desechos sólidos y la degradación de la calidad del aire por las emisiones de material particulado por los vehículos, plantas eléctricas y por las emisiones de CO<sub>2</sub>, las cuales han ido en aumento.

Según la evaluación regional de desechos sólidos municipales, el sector de los residuos sólidos presenta dificultades para ser mejorado a nivel municipal. La disposición final

18 Secretaría de Estado de Salud Pública (2008). Plan Decenal de Salud -PLANDES-. República Dominicana. Disponible en : <http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/centro-estudio-genero/sistema-de-atencion.pdf>

19 Pan American Health Organization; Centers for Disease Control and Prevention (2012). Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. PAHO: Washington, DC.; 2012. Disponible en: <http://www.intec.edu.do/downloads/pdf/centro-estudio-genero/sistema-de-atencion.pdf>

de los residuos sólidos municipales se hace a través de vertederos a cielo abierto en el 57 % de los municipios del país. La gestión de los residuos peligrosos, entre ellos los biomédicos, no cuenta con un tratamiento especializado que evite la práctica actual de gestionarlos junto con los residuos municipales y disponerlos en vertederos improvisados. La problemática de los desechos sólidos se agrava con las debilidades de la coordinación interinstitucional, la falta de planificación y el incumplimiento de las leyes y normas que definen los roles de cada institución.

## **2.4 Respuestas nacionales para superar los desafíos sanitarios**

El SNS está integrado por un sector público y un sector privado.

Los principales actores del sector público son el MSP, el Consejo Nacional de Salud (CNS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), la Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura (ARLSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública.

El sector privado comprende a los aseguradores de riesgos de salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG).

El PLANDES 2006 - 2015 fue elaborado entre el 2003 y el 2006, luego de una amplia consulta nacional fue consensuada una segunda versión para el período 2006 - 2015. El PLANDES aborda los principales desafíos y las estrategias para transformar la situación de salud del país. Se trata, por lo tanto, de un documento de referencia a partir del cual se elaboran los planes operativos de cada componente del sector y que orienta las estrategias en el marco de los ODM, el desarrollo humano sostenible y el enfoque a los derechos humanos y equidad de género.

Dos grandes desafíos fueron definidos en el PLANDES: a) superar la deuda social acumulada, las inequidades sociales y de género en la situación de salud y asegurar la prevención y control de los problemas y riesgos prioritarios de salud. b) Desarrollar las diferentes funciones y subsistemas del SNS, con base en un enfoque de derechos, equidad social y de género y con la participación ciudadana.

Mediante la Ley General de Salud 42-01 del 2001 se separaron las funciones de provisión de servicios, rectoría y financiamiento del sistema. El MSP es la institución rectora del SNS y se ha organizado en las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) como brazo descentralizado de la rectoría en los niveles subnacionales. Esta función ha sido fortalecida con la creación del Viceministerio de la Garantía de la Calidad y el desarrollo de una mesa de rectoría que reúne todos los viceministros y los directores de los principales programas, a fin de identificar y proponer políticas y leyes en temas priorizados.

No obstante, es necesario fortalecer aún más el rol rector del MSP, particularmente en un escenario de profundización de la separación de funciones y una mayor

descentralización. Asimismo, es preciso generar una política nacional que promueva la calidad de los servicios de salud, siendo necesario reforzar el proceso de habilitación de las instituciones. El país reporta avances en la regulación y control de calidad de los medicamentos y productos farmacéuticos, alcanzando la certificación con las Normas ISO 9001 - 2008 en la Dirección General de Drogas y Farmacias y el Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos.

En el año 2010, la Comisión Presidencial de Política Farmacéutica Nacional (COPPFAN) realizó una encuesta sobre precios de medicamentos, siguiendo la metodología de la Organización Mundial de la Salud / Acción Internacional por la Salud (OMS/AIS).

Se encontró que la disponibilidad media en el sector público de los medicamentos de marca de origen fue del 2 % mientras que la disponibilidad media de los medicamentos genéricos de menor precio (GMP) fue del 53,6 %. En el sector privado, ambos valores son sensiblemente superiores: 65,5 % para los genéricos y 26,3 % para los de marca.

Por otra parte, los precios en las adquisiciones públicas fueron superiores a los precios de referencia internacionales en el caso de los genéricos e inferiores en el caso de los originales. La razón mediana de precios para los medicamentos de marca de origen fue de 0,49 y para los medicamentos genéricos de 1,31. La razón mediana del precio pagado por los pacientes en el sector público fue de 1,17 para los medicamentos genéricos, mientras que en el sector privado tuvo precios superiores: 52 para los de marca de origen y 9,35 para los genéricos. Para el 2011, el gasto en medicamentos equivalió al 9 % del total del gasto público en salud.

El MSP es el principal proveedor de los servicios públicos y está organizado en los niveles central, regional y provincial. El MSP dispone de 1853 establecimientos organizados en red. Se trata de 1703 Unidades de Atención Primaria de Salud (UNAP) y 150 Centros Especializados de Atención a la Salud (CEAS) de 2<sup>do.</sup> y 3<sup>er.</sup> nivel, entre los cuales hay 15 hospitales especializados, 11 hospitales regionales, 20 hospitales provinciales y 104 hospitales municipales; los cuales cuentan con capacidad para prestar las atenciones indicadas en el Plan Básico de Salud (PBS) de forma costo-efectiva, a través de los convenios de gestión firmados con el SENASA.

Los nueve Servicios Regionales de Salud (SRS) son los prestadores públicos de servicios de salud para la atención de las personas, articulados en forma de red por niveles de complejidad y con capacidad para prestar, por lo menos, las atenciones indicadas en el PBS de forma costo-efectiva. A partir del 2009 se desarrollaron e implementaron los convenios de gestión entre el nivel nacional y los SRS. Se encuentra en progreso la suscripción de estos acuerdos con los CEAS.

En agosto del 2008 después del primer Foro Dominicano de Atención Primaria de Salud fue revitalizada la Dirección de Atención Primaria, ubicada dentro de la estructura de la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud (DDF-SRS). La unidad desarrolló un plan estratégico y actualizó la base de datos de las unidades del primer nivel de atención. Asimismo, se está implementando un programa

de formación en gestión integral de la salud para equipos locales y se han desarrollado varias herramientas y programas de salud para integrar un módulo en el primer nivel de atención para la atención de las enfermedades crónicas y la salud mental; entre otras.

Actualmente, se formula una versión del modelo de atención y se espera que en breve se disponga de una mejor y más amplia definición de las funciones del 1<sup>er</sup> nivel, una vez reglamentada la Ley de Carrera Sanitaria que se encuentra en revisión en el Senado de la República. En materia de recursos humanos para la salud de acuerdo al informe de medición de las metas regionales, publicado en el 2011, se dispone de 21,1 médicos y 4,5 enfermeras por cada 10 mil habitantes; esta situación no tiende a mejorar, como se aprecia en la tabla siguiente:

Categoría profesional	Graduados por año					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médicos	1692	1988	2083	2247	1,569	594
Enfermeras/os	371	572	584	651	403	98
Razón de médicos por enfermeras/os	4,6	3,5	3,6	3,5	3,9	6,1

Fuente: MESCyT.

El aseguramiento se sustenta en la Ley 87-01 del 2001 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Este ordenamiento establece las fuentes y los mecanismos de financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales; a través de la creación de tres regímenes: el contributivo, el subsidiado y el no contributivo-subsidiado. Solo están en operación los dos primeros, siendo una de las grandes asignaturas pendientes del SDSS la operacionalización del régimen no contributivo-subsidiado que atendería, entre otros, a los trabajadores del sector informal de la economía.

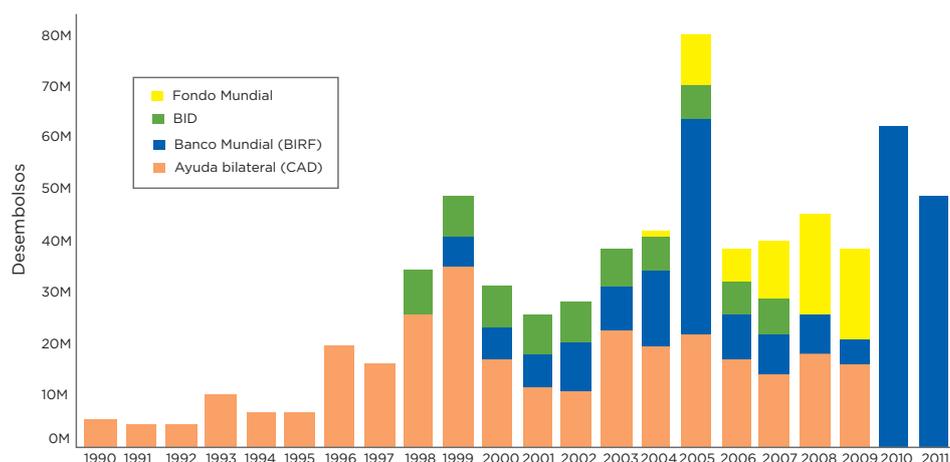
El Seguro Familiar de Salud (SFS), de carácter obligatorio e universal, propone un PBS para el régimen subsidiado y un Plan de Servicios de Salud (PDSS 2006) considerado como una primera etapa de aplicación del PBS en el régimen contributivo. La cotización del contributivo es del 10,13% del salario cotizante, correspondiendo un 3,04% al trabajador afiliado y un 7,09% al empleador.

Al mes de marzo del 2011, se había afiliado al SFS a 4 424 519 personas, de las cuales 45,5 % se encontraban en el régimen subsidiado y 54,5 % en el régimen contributivo. La afiliación al SFS se ha incrementado notablemente en el período comprendido entre agosto del 2007 a marzo del 2011. Se estima que el 63,9 % del total de la población pobre

(cuantificada dentro de los niveles de pobreza extrema y moderada) se encontraba afiliada al régimen subsidiado del SFS en marzo de 2011. No obstante al aumento del número absoluto de los afiliados, no existe aún una mejora en los indicadores básicos de salud.

Además del SENASA, que cubre a los afiliados al régimen subsidiado, hay un total de 25 aseguradoras de riesgos, todas privadas a excepción de ARLSS del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Este hecho además de acentuar la fragmentación encarece los servicios al existir un costo de transacción significativo.

El incremento en la población asegurada ha significado, también, un incremento en el gasto público en salud como proporción del gasto total, representando para el 2008 el 36 % del gasto público y el 17 % del gasto total en salud. Para ese mismo año, el gasto per cápita en salud fue de 104,4 dólares, siendo el gasto público en salud del orden de 1005,3 millones, equivalente a un 2,3 % del PIB.



Fuente: IHME DAH<sup>20</sup>

La República Dominicana se encuentra dentro los primeros 15 países receptores de Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) en la región, siendo el principal país donante los Estados Unidos de América (USA) aportando un 59,9 % del total. El total de asistencia para el desarrollo de la salud durante el 2011 ascendió a 80,4 millones de dólares.

El MSP recibe fondos de origen fiscal para financiar la red de prestadores que atiende a la población no asegurada por el sistema. Esta población paga una cuota de recuperación después de recibir los servicios. Los fondos de la seguridad social administrados por

20 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Database Country and Regional Recipient Level Database 1990 - 2009. Seattle: IHME; 2011: enero 24; 2012.

el SENASA provienen del gobierno dominicano. Estos fondos los recauda la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), que depende del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). La TSS transfiere a cada ARS un pago total correspondiente a la cantidad de sus afiliados multiplicado por un per cápita determinado. Las ARS se encargan de contratar a los prestadores de servicios de salud.

La principal ARS pública, el SENASA, afilia a la población pobre subsidiada y paga a los prestadores (principalmente a la red del MSP) los servicios acordados. SENASA utiliza dos formas de pago, una per cápita en el primer nivel de atención y otra por servicios prestados en los otros niveles. Para otorgar todas las prestaciones incluidas en el PBS para el segmento de la población comprendida en el régimen subsidiado, también paga a proveedores privados sin fines de lucro.

El SENASA también afilia a una parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Las ARS privadas solo pueden afiliar población contributiva y vender planes privados de seguros de salud. Para la entrega de los servicios a sus afiliados contratan proveedores privados y sin fines de lucro. Finalmente, hay un grupo de población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pago de bolsillo.

La generación de conocimiento presenta grandes limitaciones, especialmente por la escasa investigación en salud y por las deficiencias en la rigurosidad científica que presenta la mayoría de la literatura biomédica producida en el país; lo que ha dado como resultado la ausencia de la República Dominicana en índices de publicaciones médicas internacionales.

Como respuesta a esta situación existen diversas iniciativas dirigidas a producir mejoras cualitativas en estas publicaciones en salud como las actividades de capacitación propiciadas por la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas; la creación de espacios de análisis sobre la calidad de las publicaciones nacionales y la activa participación sus los editores en el Comité Consultivo de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) del país; entre otras.

Es importante resaltar la participación y liderazgo del MSP en iniciativas dirigidas a favorecer el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud y a la definición de una visión y una estrategia que orienten a todo el sector en el uso costo-efectivo de estas, en beneficio de los servicios de salud.

Desde el año 1970, la República Dominicana participa en el Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX), que ofrece materiales educativos relevantes, pertinentes y accesibles para los estudiantes y trabajadores de la salud. En la actualidad, el PALTEX cuenta en el país con doce centros de distribución, siete de estos ubicados en Santo Domingo, tres en Santiago y uno en San Francisco de Macorís. El 66,7% de instituciones participantes en el PALTEX son académicas, 16,7% son centros de salud, 8,3% son sociedades científicas y 8,3% está ubicado en una instancia desconcentrada del MSP. Un hito importante a señalar es que el MSP, en septiembre del 2012, crea el Viceministerio

de Salud Ambiental (VSA), estableciendo para todas las áreas de trabajo un nuevo desafío; orientando la visión principalmente para fortalecer su rol rector en materia de salud pública, especialmente en las funciones y tareas establecidas en la legislación nacional, en particular la Ley 42-01, Ley General de Salud, la cual define y orienta de manera clara, las tareas que debe cumplir cada una de las áreas de este viceministerio.

El objetivo central de este viceministerio será que todas las áreas que conformen esta instancia, deberán asumir un desafío importante en lo relativo a construir unas bases sólidas de trabajo a nivel nacional y regional; constituyéndose en el órgano rector de la salud ambiental en la República Dominicana.

## **2.5 Aportes del país al programa de acción sanitaria mundial**

La República Dominicana pertenece al SICA, que convoca regularmente a los presidentes de los países miembros para definir y aprobar las acciones de los ejes temáticos, uno de los cuales es la salud.

El eje de salud está liderado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA), que tiene el rol rector y que ha elaborado la Agenda de Salud de Centroamérica y la República Dominicana 2009 - 2018 y el Plan de Salud de Centroamérica y la República Dominicana 2010 - 2015; instrumentos para llevar a cabo los acuerdos de trabajo de los Ministros de Salud, que son coordinados por la Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA).

Uno de los espacios de discusión que aborda los problemas de salud de la región es la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), foro del que cada año participan diversas instituciones de salud de la región y donde la OPS actúa como secretaria técnica. La última RESSCAD fue realizada en Santo Domingo en julio del 2012. Otro espacio de integración subregional en el que participa el país es el Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento, un organismo regional del SICA ampliamente respaldado por los presidentes de los Estados miembros.

## **2.6 Aspectos a resaltar**

Se destaca el desempeño que tiene el SINAVE, a través del cual se obtiene y analiza información sobre la evolución de las principales enfermedades sujetas de notificación en el país. Su rol ha sido determinante para seguir paso a paso la epidemia de cólera, orientar las intervenciones de respuesta del MSP y difundir información en el marco de la aplicación del nuevo RSI. La vigilancia epidemiológica y de laboratorio, junto a los programas de salud, deben continuar y mejorar sus capacidades de predicción e intervención, ante enfermedades endémicas como el dengue, la malaria, la rabia, la tuberculosis, el VIH/sida y la leptospirosis; entre otras.

A pesar de haber logrado avances en la salud de la población dominicana, persisten

desafíos para mejorar la cobertura y la calidad de la atención por parte de la red de las instituciones de salud; de manera especial en los niveles locales de atención, donde la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) debe aplicarse, no olvidando la coordinación con la comunidad y los municipios.

Una mejora de la coordinación entre los niveles asistenciales de diversa complejidad ayudará, sin duda, a optimizar la utilización de los recursos y a incrementar la calidad de los servicios ofrecidos a la población. Es allí donde deben continuar los esfuerzos para seguir reduciendo la mortalidad infantil y materna. La reforma en curso hace necesario que se fortalezcan las funciones de rectoría y de regulación, particularmente en un escenario de profundización de la separación de funciones. Sin duda, la gran asignatura pendiente de la reforma, pese a los notables avances en los últimos cuatro años, es el logro de la equidad mediante la universalización de la seguridad social siendo necesario revisar la sostenibilidad financiera del sistema por el impacto que tendría la incorporación de las personas que no pertenecen al sector formal de la economía.

Por otro lado, el incremento progresivo de las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y las neoplasias; requiere un abordaje intenso con participación de diferentes sectores e instituciones públicas, privadas y la sociedad civil; para tomar acciones de intervención desde múltiples niveles que incidan en sus factores de riesgo como la obesidad, la inactividad física, las dietas inadecuadas como las que implican alto consumo de sal, grasas y azúcar y el consumo de tabaco y alcohol; entre otros. La seguridad alimentaria y la mejora en la nutrición, particularmente en los menores de cinco años, son de temas de alta relevancia en los que hay que redoblar esfuerzos.

También es fundamental sumar voluntades en la lucha contra las enfermedades endémicas y las enfermedades desatendidas, como la lepra y la filariasis, que afectan al territorio de la isla La Española y asumir el abordaje insular de los problemas comunes de salud que requieren el análisis desde el movimiento de la población, la interculturalidad y su impacto en la salud de las poblaciones.

Es necesario continuar esfuerzos para generar y usar la información en salud para la toma de decisiones. Las estadísticas vitales y de los servicios presentan rezagos como el subregistro de mortalidad que continúa por encima del 50 % y los análisis tardan en realizarse y pierden su uso y valor estratégico para la gestión de los programas y servicios de salud.

**Tabla n.º 2: Logros oportunidades y desafíos**

<b>Logros</b>
Respuesta intersectorial frente a la epidemia de cólera.
Consolidación del SINAVE y avances significativos en la implementación del RSI.
Desarrollo del observatorio de recursos humanos en salud con amplia participación interinstitucional.
Adopción por las autoridades nacionales de la iniciativa de Hospitales Seguros.
Interrupción de la transmisión del virus del sarampión, la rubéola y la polio en el país e introducción de la vacuna contra el rotavirus.
Elaboración de planes y programas de alta relevancia para la política sanitaria como: Plan Intersectorial de Prevención de Embarazos en Adolescentes que incluye el enfoque de derecho; Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil; Política Farmacéutica Nacional; Política Nacional de Calidad en Salud y el Plan Estratégico para el Programa Nacional de Sangre; entre otros.
Conformación de un Comité Estratégico Nacional de Salud, integrado por los principales actores del sector salud y otras instituciones gubernamentales y académicas.
Ampliación en el uso y manejo de los estándares de crecimiento y desarrollo infantil de la OMS en los servicios de salud públicos y las ONG.
Aplicación en las estancias infantiles de la seguridad social y en tres regiones sanitarias del país la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño.
Incremento de la cobertura de desinfección de agua de consumo humano.
Participación en la organización y definición de funciones del recién creado VSA en el MSP.
Desarrollo de intervenciones integrales en cinco comunidades vulnerables en el marco de la iniciativa Rostros, Voces y Lugares, para que sirvan como modelo de intervención a otros donantes. Se priorizaron las áreas de agua, saneamiento, nutrición, VIH y vacunas.
Intervención multisectorial en siete asociaciones productoras de banano, pequeñas y vulnerables. La OPS/OMS participó en las áreas de salud y seguridad ocupacional, agua, saneamiento, VIH, dengue, malaria, vacunación y nutrición.
<b>Oportunidades</b>
Concordancia entre el período de ejecución de la nueva agenda estratégica y la administración gubernamental 2012 - 2016.
Definición de la extensión de la protección social como prioridad gubernamental, vinculada a la primera prioridad del programa de gobierno 2012 - 2016.
Fortalecimiento de las funciones de rectoría y conducción estratégica del SNS por el MSP como punto relevante de la agenda gubernamental.
Desarrollo del Sistema de Coordinación y Respuesta a Emergencias y Desastres como prioridad nacional.
Disponibilidad de la norma actualizada de tratamiento para el VIH.
Disponibilidad de las cédulas de salud del niño y la niña y de las hojas clónicas para seguimiento de la tendencia de la situación de nutrición infantil.

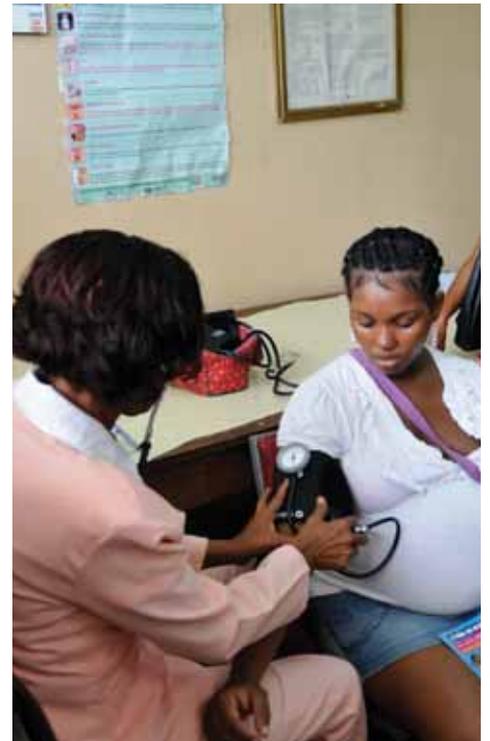
**Tabla n.º 2: Logros oportunidades y desafíos, continuación**

Interés de la comunidad internacional en la isla La Española, de capitalizar la llegada del cólera para desarrollar proyectos de infraestructura en agua y saneamiento básico priorizando los municipios o localidades más afectados.
El recién creado VSA debe fortalecer su papel rector en las áreas de salud ambiental, salud ocupacional y alimentos y bebidas.
Creación de una unidad de gestión del conocimiento en la Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional del MSP, con funciones claramente definidas.
Existencia del MANUD 2012 - 2016.
<b>Desafíos</b>
Mejorar la calidad y cantidad del gasto en salud.
Garantizar la disponibilidad de recursos humanos calificados.
Gestión y abogacía para el desarrollo de políticas públicas para la prevención y control de las ECNT y sus factores de riesgo.
Uso de información en salud para la toma de decisiones, reforzando la calidad del dato y el uso de las estadísticas vitales.
Mayor coordinación y cooperación sectorial y humanitaria en el marco de la gestión de riesgos.
Mejorar los indicadores de detección y curación de tuberculosis en el país y contribuir a la reducción de la multidrogorresistencia.
Sostener los esfuerzos para la eliminación de las enfermedades desatendidas (lepra y filariasis linfática).
Alcanzar los indicadores internacionales de la vigilancia del sarampión, rubéola y parálisis flácida aguda.
Introducción de la vacuna contra el neumococo en la población infantil.
Lograr coberturas de vacunación de 95 % y más con SRP y Penta 3, en al menos 80 % de los municipios del país.
Adopción del tratamiento 2.0 para la infección por VIH/sida.
Alcanzar las metas de eliminación de sífilis congénita y la eliminación de la transmisión materno-infantil VIH.
Consolidar la función de gestión del conocimiento al interior del MSP a través de la unidad recientemente creada y expandir el tema a otras instituciones del sector salud.
Reducir las brechas en el acceso al agua segura y la eliminación de excretas.
Incrementar las coberturas de recolección y disposición final de residuos sólidos.
Adhesión de la República Dominicana al CMCT OMS.
Lograr que el país asuma la seguridad vial como un problema de salud pública, dada la alta tasa de accidentes de tránsito.
Disminuir el consumo de alcohol de la población al aumentar el precio mediante el incremento de los impuestos; mejorar el control fiscal; restringir la densidad de puntos de venta; controlar la concentración de alcohol en sangre para la conducción de vehículos y regular la publicidad de alcohol, su patrocinio o promoción.
Mayor desarrollo de planes interprogramáticos de salud ambiental, VIH y nutrición.





### 3. Cooperación para el desarrollo y alianzas



## 3. Cooperación para el desarrollo y alianzas

### 3.1 Contexto de la cooperación internacional en el país

La CI es muy relevante en el país y es coordinada en su mayoría a través del Viceministerio de Cooperación Internacional del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD); entidad gubernamental que tiene la función de conducir y coordinar el proceso de formulación, gestión, seguimiento y evaluación de las políticas macroeconómicas y de desarrollo sostenible. Entre otras funciones, están la de establecer las políticas en materia de CI no reembolsable en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores; negociar y acordar con los organismos multilaterales y bilaterales de financiamiento la estrategia para el país en lo que respecta a la identificación de las áreas, programas y proyectos prioritarios a ser incluidos en la programación de dichos organismos; definir, en consulta con los organismos involucrados, los compromisos no financieros que se acuerden con los organismos multilaterales y bilaterales, dando seguimiento al cumplimiento de los mismos.

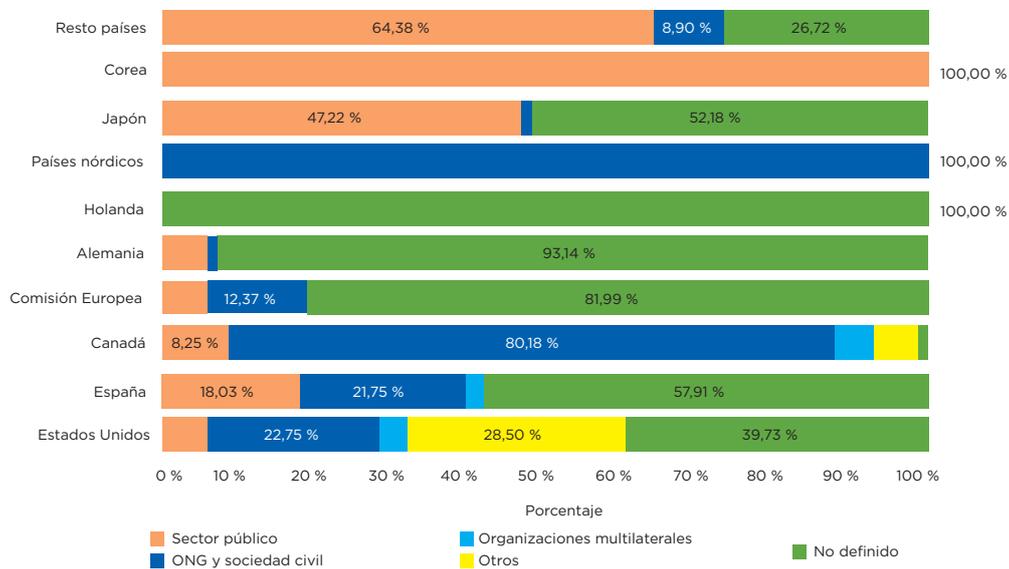
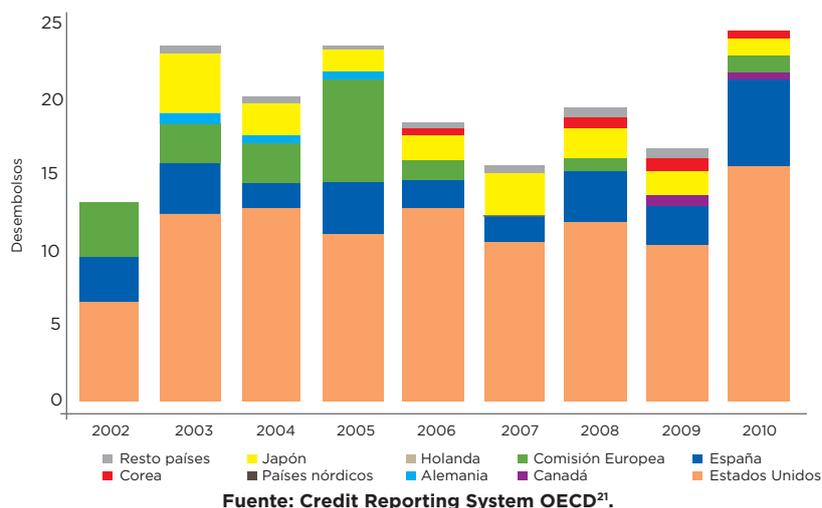
En la misma línea la Dirección General de Cooperación Multilateral (DIGECOOM), sede del Despacho del Ordenador Nacional de los Fondos Europeos para el Desarrollo; es el organismo del Estado dominicano encargado de la preparación, presentación, valoración, coordinación, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de cooperación técnica y financiera no reembolsable ofrecida por los organismos multilaterales, con especial atención en los Fondos desembolsados por la Unión Europea.

Por otro lado, se tiene en el país la agenda de la eficacia de la ayuda, expresada en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo (2005) y el Programa de acción de Accra (2008); guiada por los cinco principios para el relacionamiento entre donantes y receptores de la ayuda: apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y la responsabilidad mutua. El avance en esta agenda es lento teniendo aún mucho por hacer en los temas de alineación y armonización y el desarrollo de los mecanismos para lograrlo. Esta situación aplica al sector salud, que carece de una mesa sectorial, mecanismo que puede facilitar la coordinación y la gestión de la CI.

El país es considerado de ingreso medio y ha logrado mantener un crecimiento estable de su economía; sin embargo a pesar de este crecimiento, persisten grandes retos, considerando las vulnerabilidades del país, la crisis global económica, los niveles existentes de pobreza y las inequidades existentes en salud y educación; entre otros.

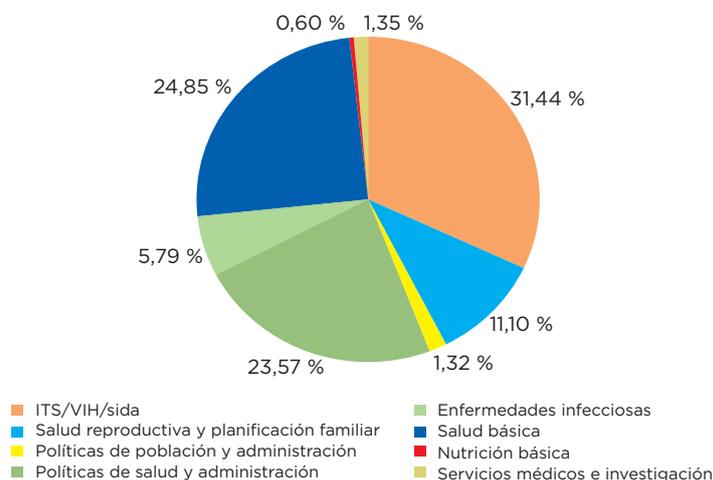
La ayuda internacional para el desarrollo de la salud en el país tiene varias fuentes, siendo el Banco Mundial (BM) el mayor contribuyente en el período 2010 - 2011. La ayuda bilateral ha sido constante a través de los años y también la del Fondo Mundial.

La AOD por países socios para el período 2002 - 2010 se realizó a través de: Alemania, Canadá, la Comisión Europea, Corea, España, Estados Unidos de América, Holanda, Japón y los países nórdicos. En el 2010 España y Estados Unidos, participaron fuertemente.



21 De los Ríos, R. Vilanova, C. Credit Reporting System, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Marzo - abril, 2012.

22 De los Ríos, R. Vilanova, C. Credit Reporting System, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Marzo - abril, 2012.



Fuente: OECD<sup>23</sup>.

Por otro lado, los países socios canalizan los recursos por diversos conductos como el sector público, las ONG, la sociedad civil y las organizaciones multilaterales; entre otros. Por ejemplo, Corea y Japón canalizan principalmente por el sector público; mientras Canadá, España, los Estados Unidos y los países nórdicos, involucran a las ONG y la sociedad civil; entre otros canales.

La participación porcentual de la ayuda oficial por área temática en el período 2005 - 2010 en el país se observa a continuación y se destaca que el 31,44 % fue para ITS/VIH/sida, seguido por temas de salud básica, políticas de salud y administración, salud sexual y reproductiva y planificación familiar. Las enfermedades infecciosas recibieron un 5,79 %.

El año 2012 se caracterizó por una intensa actividad política con las elecciones generales y la inauguración de un nuevo gobierno. Además de un Plan de Gobierno 2012 - 2016 que delinea claramente las prioridades -entre las cuales se manifiesta el combate frontal contra la pobreza absoluta y por otro lado, disminuir la gran desigualdad social que aún existe en el país-; el nuevo gobierno cuenta con la END que fue promulgada como Ley 1-12 a principios del año 2012 y que contó con una amplia consulta y participación de diversos sectores y grupos nacionales y de los organismos de CI.

Un aspecto a destacar es la asignación del 4 % del PIB a la educación, lo cual fue solicitado durante varios años por un amplio sector de la sociedad dominicana. En ese mismo marco el gobierno lanza la iniciativa Quisqueya Empieza Contigo que impulsa un Plan de Protección y Atención Integral a la Primera Infancia, encaminado a elevar la calidad de vida de los niños y niñas menores de cinco años, que incluye la construcción

<sup>23</sup> De los Ríos, R. Vilanova, C. Credit Reporting System, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Marzo - abril, 2012.

de 216 nuevas estancias infantiles para albergar a 90 mil infantes y la creación y habilitación de mil centros comunitarios<sup>24</sup>.

Otra Iniciativa importante es Quisqueya Aprende Contigo que es un Plan Nacional de Alfabetización en beneficio de 725 mil personas, para erradicar en 2014 el analfabetismo en el país. Estas acciones contribuirán a reducir la inequidad social<sup>25</sup>.

En materia de salud, se mantiene la vigencia del PLANDES 2006 - 2015 como el instrumento fundamental para el desarrollo del SNS. Por otro lado, están los compromisos asumidos en el Plan de Gobierno que prioriza el grupo materno-infantil; vinculados a las metas cuatro y cinco de los ODM:

- Reducir la mortalidad materna por debajo de 50 por 100 000 NV.
- Reducir la mortalidad de los menores de un año por debajo de 16 por mil NV.
- Reducir la mortalidad de los menores de cinco años por debajo de 20 por mil NV.

De acuerdo con estas prioridades en el 2013 el Gobierno dominicano lanzó el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil: para implementar políticas públicas y un régimen de protección social enfocados en la población más vulnerable y que tiene como objetivo fortalecer las estrategias de salud sexual y reproductiva, incrementando la intervención en la prevención primaria y la calidad de la atención prenatal.

Por otro lado, en la programación estratégica del Presidente Danilo Medina se definieron metas o proyectos prioritarios del MSP, los cuales incluyen: mejoramiento de la calidad de la salud, acceso a medicamentos para pacientes crónicos y sin protección de la seguridad social, política de sangre, sistema nacional de emergencias de salud, funcionamiento de los centros de atención primaria, saneamiento ambiental, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de salud, rabia y discapacidad.

En este escenario, donde sobresale la visión definida en la estrategia nacional, se detectan muchas oportunidades para la cooperación para el desarrollo y en particular para mejorar la alineación y armonización de la CI con la política sanitaria nacional. Una de las áreas de oportunidad es la integración de la mesa sectorial en salud como un mecanismo de coordinación de la cooperación.

## **3.2 Análisis de actores o redes de relacionamiento estratégico**

### **3.2.1 Oficina de la Representación de la OPS/OMS en la República Dominicana**

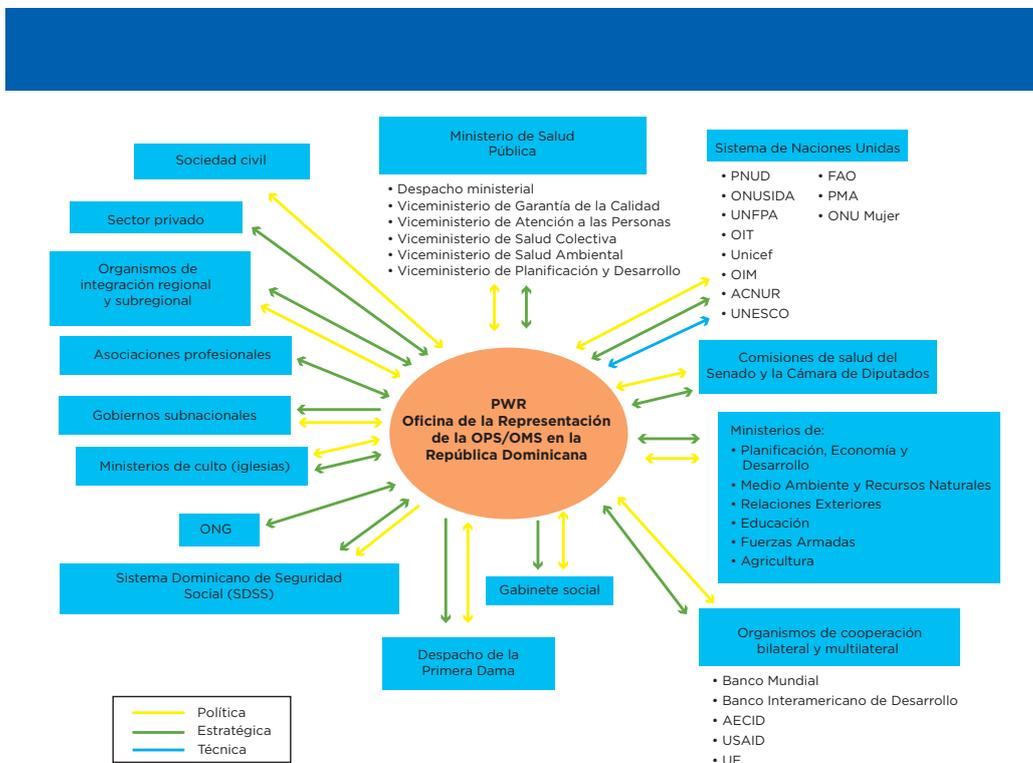
El relacionamiento de la oficina puede describirse como de tipo político, técnico y estratégico; en forma singular o combinada como respuesta a las prioridades, ámbito

<sup>24</sup> República Dominicana. Decreto-102-13 Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/136333823/Decreto-102-13-pdf>

<sup>25</sup> República Dominicana. Decreto 546-12 Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/107730354/Decreto-546-12>

de acción y, en cierta forma, a las necesidades que pueden suscitarse en un momento dado como, por ejemplo, en una situación de emergencia.

En el país la Representación de la OPS/OMS mantiene una presencia estable y fuerte por su larga trayectoria de buen relacionamiento político, estratégico y técnico con el MSP, su interlocutor principal. A través del tiempo, la oficina ha ampliado sus socios y ha venido construyendo importantes alianzas, algunas fortalecidas por acuerdos de cooperación de índole estratégica y técnica, como la Carta de Intención entre la Comisión Permanente de Salud Pública del Senado de la República Dominicana y la Organización Panamericana de la Salud del 2012; así como los acuerdos con las Fuerzas Armadas y el Consejo Nacional de la Seguridad Social.



Se continúa fortaleciendo la posición de la OPS/OMS como integrante del equipo de país de Naciones Unidas. Esto se realiza mediante un relacionamiento estratégico y técnico, a partir la participación en los distintos grupos temáticos y las áreas de cooperación del MANUD 2012 - 2016 que constituye el marco estratégico de programación que describe la respuesta colectiva del SNU a las prioridades de desarrollo nacionales.

Es necesario referirse a la relación de índole política, no técnica, que se tiene con algunas áreas de diversos ministerios a través de sus ministros y viceministros. El equipo de país de Naciones Unidas tuvo una primera reunión con el canciller de la República y su equipo para discutir temas estratégicos y se espera que estos encuentros continúen para dar seguimiento a los acuerdos y convenciones a los cuales el país está adscrito; así como a otras prioridades.

Se participa también en el foro de donantes organizado por el BM y en el cual están representadas las instancias bilaterales y multilaterales; otras agencias del SNU integran el grupo, dentro del cual la interacción es particularmente política y técnica.

Se han establecido alianzas y mecanismos de interrelación a nivel nacional con diferentes ONG, universidades, instituciones autónomas, agencias bilaterales y multilaterales y en el nivel subregional con instancias del SICA como la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA), el COMISCA y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

### **3.2.2 Sistemas y Servicios de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS)**

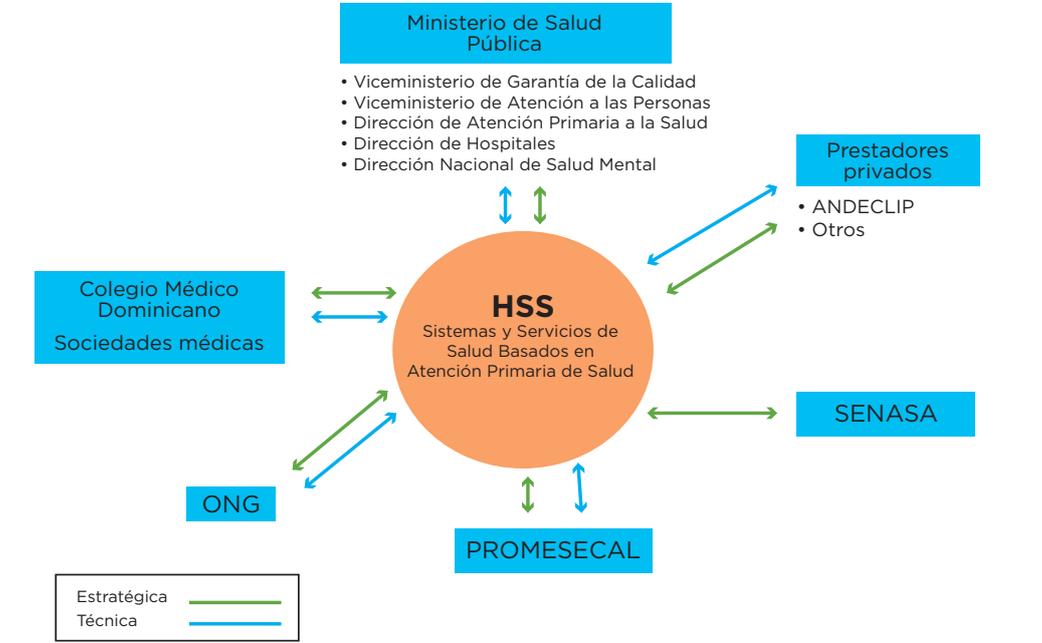
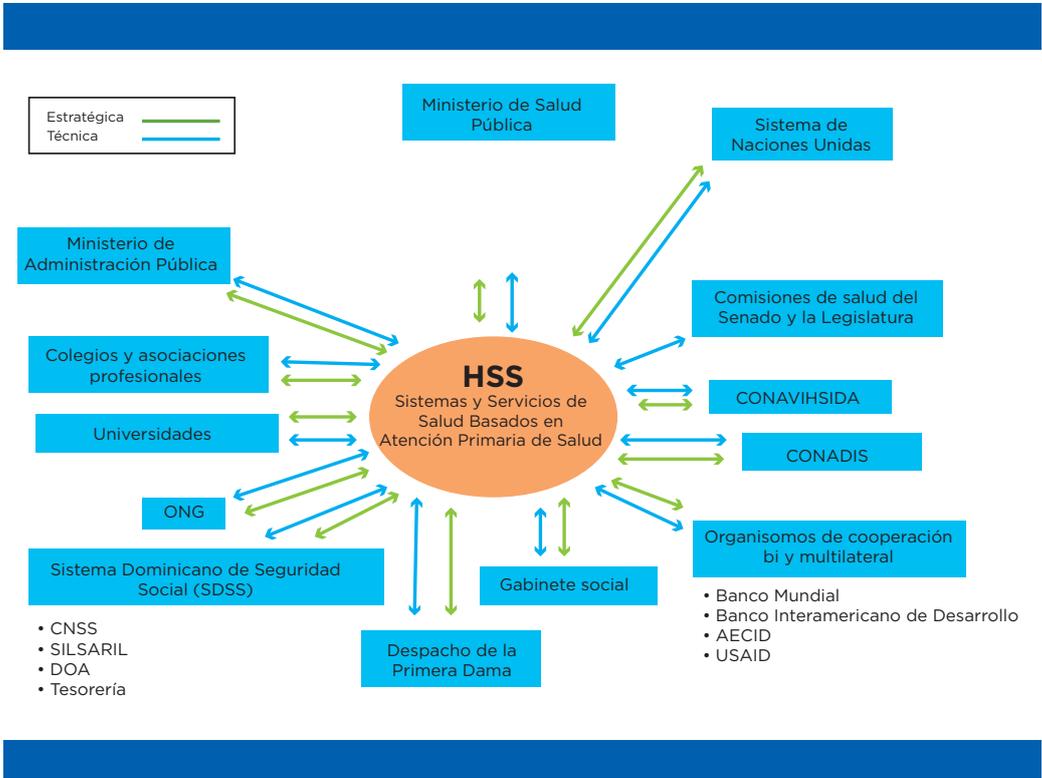
Por la naturaleza de sus funciones, que van del acompañamiento a la formulación de la política sanitaria, a su traducción en la prestación de servicios de salud; el área mantiene relaciones de CT con una amplia y compleja red de actores.

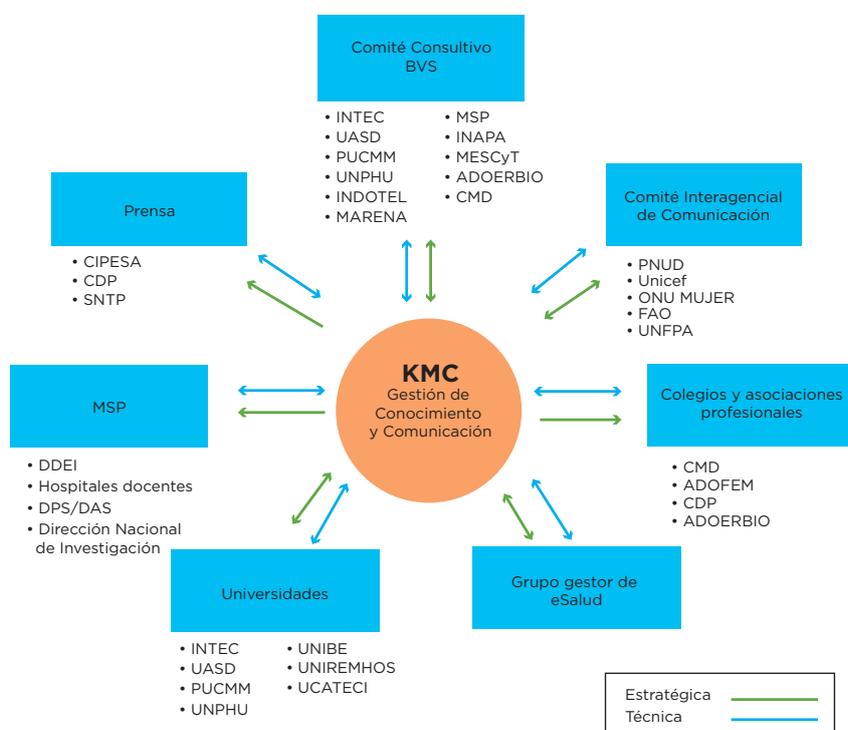
De las doce prioridades del Gobierno nacional, expresadas como metas e incorporadas al SIGOB, nueve están directamente vinculadas con el marco de CT. Sin duda, el principal socio sigue siendo el MSP a través de tres de sus viceministerios: Garantía de la Calidad, Atención a las Personas y Salud Colectiva.

Asimismo, se identifica un fértil campo de colaboración con las comisiones de salud del Senado y la Legislatura y con el SDSS para avanzar en la meta de «la superación de las desigualdades sociales en salud y promover la salud de las familias y comunidades, con énfasis en las poblaciones empobrecidas y de clase media y reducir el gasto familiar directo en salud»<sup>26</sup>; enunciada como prioridad nacional en el Plan de Gobierno presentado por el Lic. Danilo Medina durante su campaña a la Presidencia de la República, en las pasadas elecciones del 2012.

La CT relacionada con gestión del conocimiento y comunicaciones ha generado relaciones de colaboración con distintos sectores, especialmente con las instituciones académicas, las asociaciones y sociedades científicas y el sector gubernamental, particularmente con el MSP en donde, además de trabajar con la Unidad de Gestión del Conocimiento en el tema de la BVS y la Iniciativa de Acceso a la Investigación en Salud; se coopera con la Dirección de Promoción y Educación para la Salud y los programas técnicos en el tema de comunicación de riesgo y las campañas de prevención de enfermedades; así como en lo relacionado con rectoría (normas, reglamentos, protocolos).

<sup>26</sup> Medina D, Partido de la Liberación Dominicana (PLD). Plan de Gobierno 2012 - 2016. Página 7. Santo Domingo: PLD; 2012.





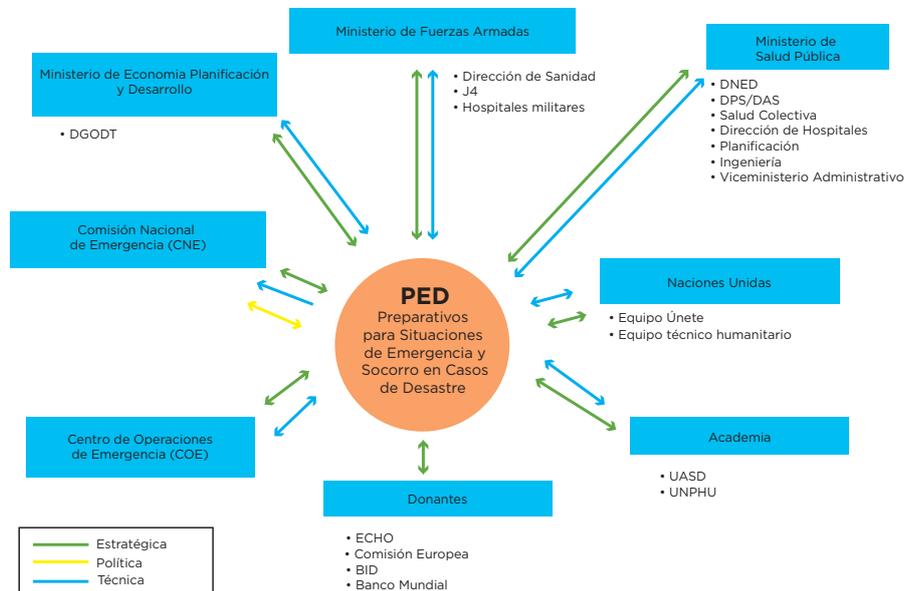
Se mantiene, además, una estrecha colaboración con los hospitales docentes y la Red de Bibliotecas Hospitalarias. La definición de una estrategia y plan de acción para el uso costo-efectivo de las TIC en el ámbito de la salud se trabaja en estrecha colaboración con el MSP, las universidades y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

En el tema de medicamentos esenciales y tecnologías en salud, la Representación brinda CT para la definición e implementación de políticas integradas a las políticas de salud; enfocadas en los elementos fundamentales para el acceso, la regulación, gestión y garantía de la calidad. Estos cuatro ámbitos de actuación se desarrollan a través del MSP, el Programa de Medicamentos Esenciales / Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) y la COPPFAN. Se refuerzan estas intervenciones a través de alianzas estratégicas y trabajo conjunto con las universidades, el Consejo Nacional de Seguridad Social, la Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA), la Comisión Nacional de Sangre y la Comisión Nacional de Trasplante de Órganos.

### 3.2.3 Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED)

El área de preparativos para situaciones de emergencias y socorro en caso de desastres ha centrado tradicionalmente su atención en socios gubernamentales clave, en particular

el MSP. Aunque este enfoque persistirá a lo largo de la ECP, es importante mencionar que de manera progresiva se busca ampliar el abanico de relaciones de asociación y colaboración, de manera que se abarque una gama más amplia de socios dentro y fuera del sector salud y se logre el establecimiento de nuevos mecanismos de comunicación y redes de colaboración con otros ministerios, gobiernos locales, donantes, grupos de la sociedad civil y otras agencias del SNU que intervienen en la gestión de riesgos en salud y que revisten vital importancia para la consecución de los objetivos estratégicos de la OPS/OMS y el marco de CT ofrecida al país.

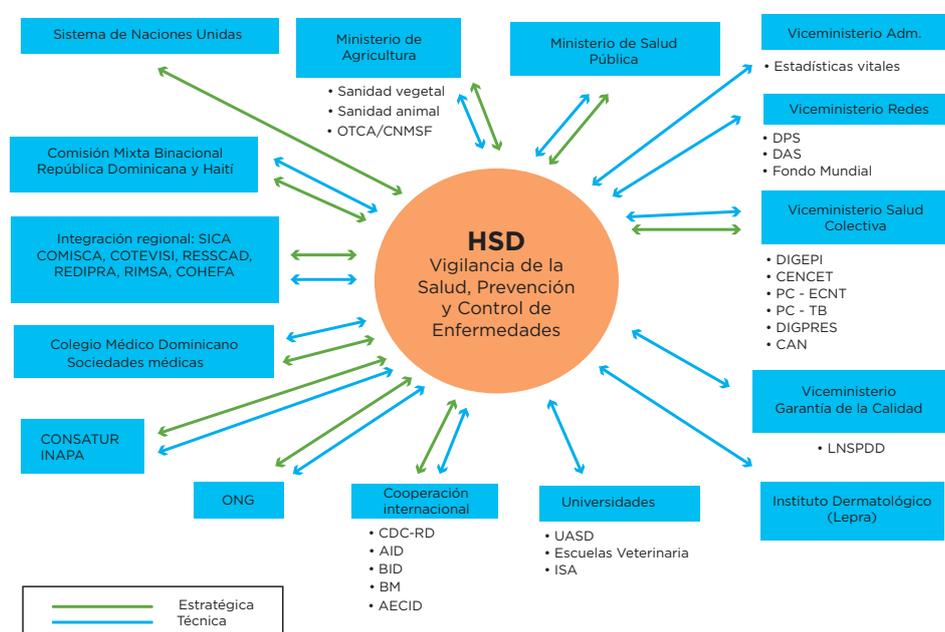


Por otro lado, al intensificar las alianzas y aprovechar los mecanismos de coordinación y colaboración existentes con socios nacionales, regionales e internacionales; se asegura una red integrada del sector salud para la reducción de los riesgos asociados a desastres. Por esto, la OPS apoya y facilita la labor de las redes de coordinación y funciona como agente facilitador entre los distintos organismos y los gobiernos en temas de salud y desastres; proveyendo información técnica que permita el fortalecimiento de las capacidades institucionales respecto a las prioridades de gestión de riesgos frente a emergencias y desastres.

### 3.2.4 Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades (HSD)

Dentro del MSP, el Viceministerio de Salud Colectiva es la principal contraparte, pues existe una coordinación permanente con todas las direcciones generales. Se destacan

la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y los programas de control de las enfermedades infecciosas y las ECNT. Estos temas así como la respuesta a la zoonosis y la inocuidad de los alimentos, requieren de trabajo con otros sectores como el Ministerio de Agricultura y de Turismo y las instituciones responsables de la administración de agua, como el Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA).

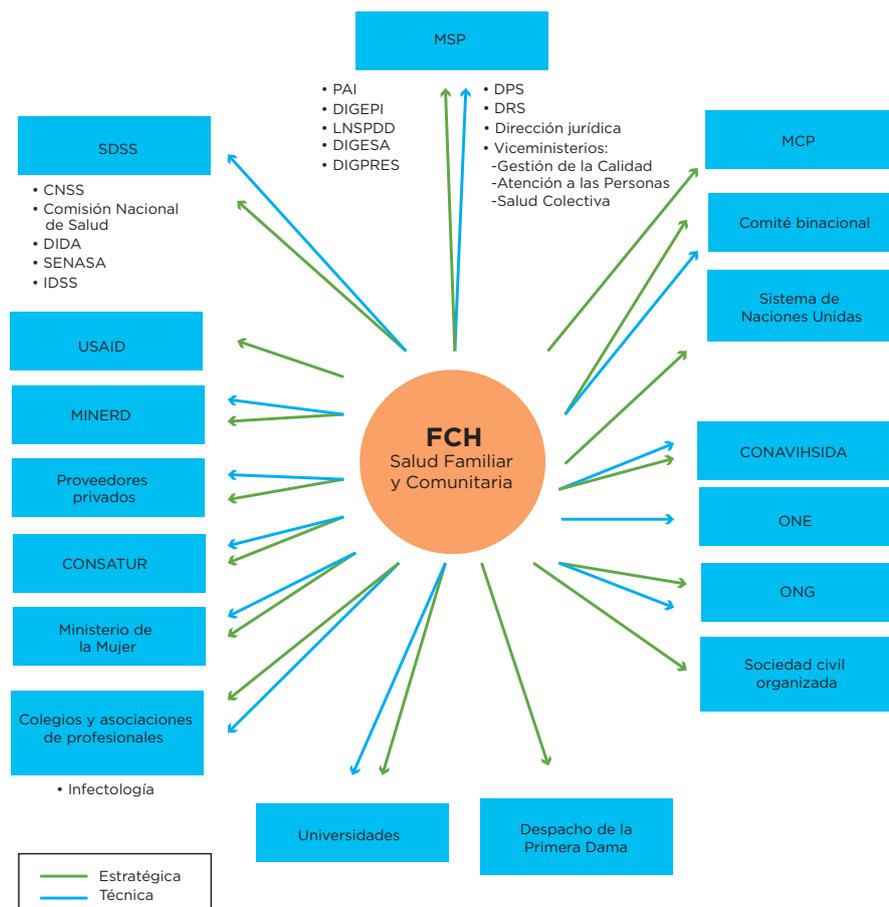


La respuesta frente a las epidemias requiere la coordinación y participación de diversas instituciones, destacando los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) -como parte del SNU-, el Colegio Médico Dominicano, las sociedades médicas, las ONG, los gobiernos locales y las organizaciones de base comunitaria. La participación en estos espacios refuerza y resalta la rectoría de salud del MSP.

Al ser La Española un territorio que comparten dos países -lo que conforma una unidad ecológica y epidemiológica- y dado el importante movimiento de población que existe entre ambos países; es necesario mantener la coordinación con la Representación de la OPS/OMS en Haití y, desde allí, con el Ministerio de Salud Pública y de la Población de ese país; para continuar con las actividades de coordinación binacional, intercambio y respuesta conjunta a los problemas comunes de salud.

### 3.2.5 Salud Familiar y Comunitaria (FCH)

El área de FCH trabaja de forma multidisciplinaria y dirige sus esfuerzos para hacer frente a diversos retos como: acelerar la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil; promover el desarrollo infantil temprano; prevenir el embarazo adolescente; promover los derechos reproductivos; eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita; prevenir la transmisión del VIH en poblaciones vulnerables; acelerar la expansión y la optimización de la terapia ARV; reducir la anemia y la desnutrición ocasionadas por la deficiencia de micronutrientes principalmente hierro, ácido fólico, vitamina B12, calcio y vitamina A; evitar la malnutrición en sus diferentes expresiones; proteger los logros en materia de inmunización y ampliar sus beneficios, manteniendo la erradicación de la poliomielitis y la eliminación de la rubéola y el sarampión; así como lograr la introducción de nuevas vacunas y responder a las necesidades de salud de las personas mayores.

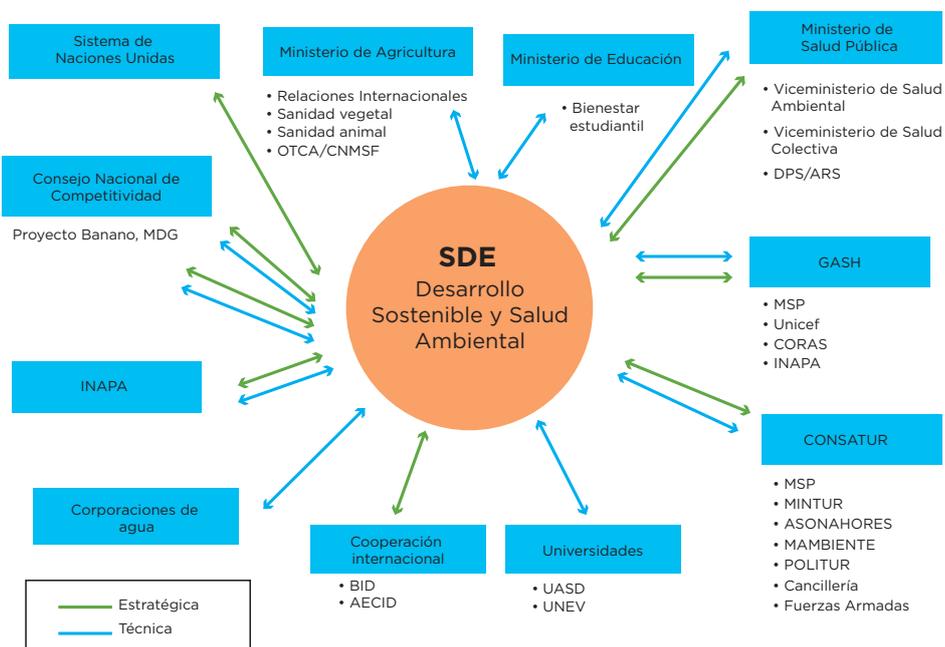


Para ello el área de Salud Familiar y Comunitaria coordina sus acciones con múltiples organismos del gobierno, asociaciones, organismos internacionales y universidades; siendo su principal socio estratégico el MSP.

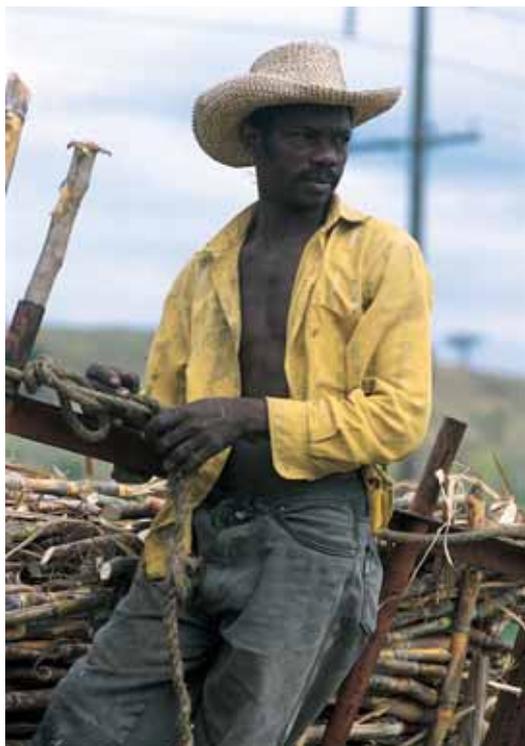
### 3.2.6 Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Esta área trabaja de forma multidisciplinaria dirigiendo sus esfuerzos para hacer frente a los determinantes sociales y ambientales, para reducir los riesgos de salud y para promover estilos de vida sanos en entornos saludables; tomando como elemento esencial de la seguridad humana para el desarrollo sostenible y la equidad sanitaria.

El área SDE coordina sus acciones con múltiples organismos del gobierno, asociaciones, organismos internacionales y universidades; siendo su principal socio estratégico el MSP, especialmente en los temas de riesgos ambientales, seguridad alimentaria y nutricional, promoción de la salud, seguridad vial y prevención para el uso de alcohol y tabaco.



Es importante resaltar que en todos los temas correspondientes a SDE, las diferentes cuestiones no se abordan bilateralmente con el MSP, sino de forma coordinada con otras instituciones o agencias bilaterales y multilaterales que trabajan en cada sector. Se destaca la relación intersectorial con INAPA y las corporaciones de agua en el control de la calidad del agua; con el Ministerio de Educación en lavado de manos y nutrición; con el SNU en el grupo temático de salud ambiental como parte del seguimiento al MANUD; con el Consejo Nacional de Competitividad (CNC) los proyectos productivos; con el Grupo de Agua y Saneamiento e Higiene (GASH) agua y saneamiento en situaciones de emergencia y desastres; con la Comisión Nacional de Salud y Turismo (CONSATUR) turismo y salud; con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) la coordinación en proyectos de inversión en agua y saneamiento y con las universidades en diferentes áreas de investigación y capacitación.



## 4. Examen de la cooperación de la OPS/OMS durante el ciclo anterior de la ECP 2007 - 2011



## **4. Examen de la cooperación de la OPS/OMS durante el ciclo anterior de la ECP 2007 - 2011**

A continuación se relata de forma cualitativa la CT durante el ciclo de la ECP 2007 - 2011; la cual ha sido un insumo importante durante el desarrollo de la ECP 2013 - 2017. Este período anterior se caracterizó por acontecimientos que impactaron la cooperación de la OPS/OMS en el país, como el terremoto en Haití en enero del 2010, varios eventos naturales y el inicio de la epidemia de cólera. Por otro lado; al interior de la Representación hubo cambios a nivel gerencial y administrativo.

Durante el 2010 y el 2011, la oficina de Representación de la OPS/OMS apoyó la respuesta que se dio a la emergencia en Haití luego del terremoto; así como a la epidemia alertada el 20 de octubre del 2010 con la presencia del cólera en Haití. Posteriormente esta epidemia se manifestó también en la República Dominicana, donde igualmente se apoyó la respuesta a la emergencia, a partir del momento en que se confirmó el primer caso en el país, el 15 de noviembre del mismo año.

### **4.1 Examen externo**

En marzo del 2011, se realizó una evaluación intermedia de la CT de la OPS/OMS en el país. Este proceso sirvió para revisar, analizar y validar la cooperación en conjunto con los socios principales en el marco de la ECP 2007 - 2011. Se destacó que el Plan de Trabajo Bienal 2010 - 2011 se definió en estrecha consulta con el MSP y se consideraron insumos básicos de varios instrumentos de política aprobados por los Estados miembros de la organización, que mantienen consonancia con los seis ejes estratégicos de la ECP.

Los documentos de orientación principales para la cooperación durante los últimos dos bienios han sido: el Plan Estratégico de la OPS 2008 - 2012, el Programa General de Trabajo de la OMS, los ODM, el MANUD 2007 - 2011 y la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009 - 2018; entre otros. Estos documentos actúan como base de la respuesta de la cooperación a los aspectos de la agenda inconclusa en salud y el enfrentamiento de los nuevos desafíos. Por otro lado, se contempla a la Ley General de Salud y al PLANDES 2006 - 2015 como instrumentos fundamentales para el desarrollo del SNS, siguiendo los principios y orientaciones establecidas por el marco legal y reglamentario vigente.

En la revisión de la cooperación, las autoridades nacionales reconocieron el rol fundamental de acompañamiento a los procesos para el fortalecimiento de la salud que representa la OPS/OMS en el país; señalando puntos trascendentes de la cooperación de la Oficina de la Representación, como fueron la emergencia por la influenza AH1N1, el terremoto que afectó la República de Haití y la emergencia del cólera. Se destacó que la OPS/OMS es consecuente con los lineamientos estratégicos del MSP y el acompañamiento del proceso de reforma del sector salud para el cumplimiento de las líneas estratégicas que en términos político-estratégicos guían la gestión del sector salud.

Se revisó el plan de trabajo de la OPS/OMS y se llegó a un consenso entre los socios participantes y la Representación sobre las acciones prioritarias en las que se debe

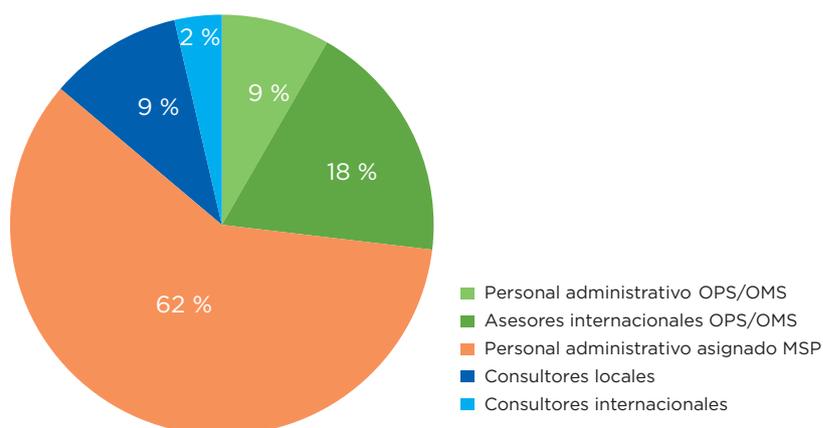
continuar apoyando cada uno de los ejes estratégicos que presenta la ECP 2007 - 2011. En conclusión se definió que el desarrollo de la CT está acorde con las prioridades nacionales.

## 4.2 Examen interno

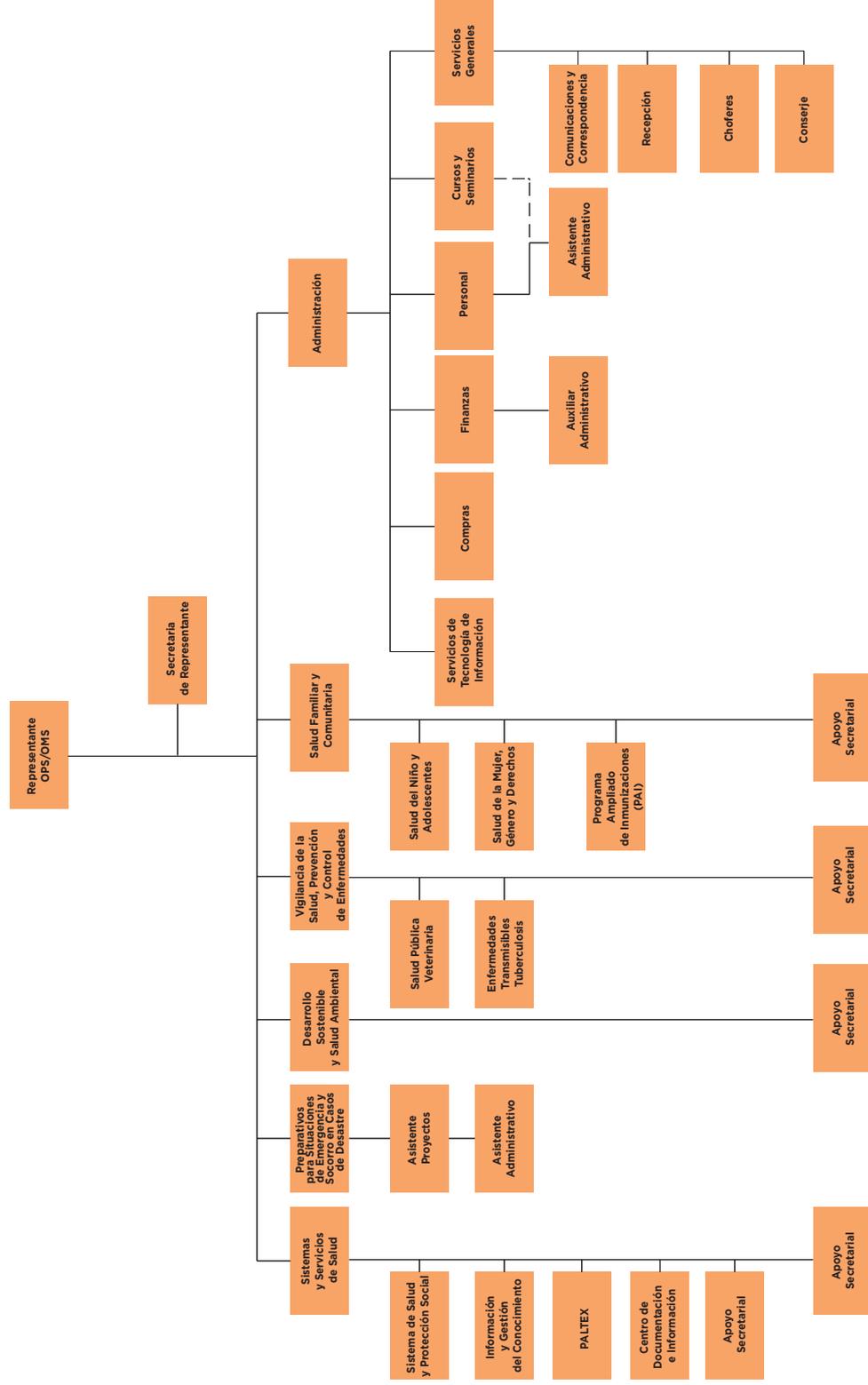
Al igual que en períodos anteriores, la asignación del presupuesto de Fondos Regulares No Puestos para la República Dominicana, continúa mostrando un descenso gradual y se estima que para el bienio 2014 - 2015 continuará esta tendencia. En cuanto a los fondos de contribuciones voluntarias, se ha logrado una exitosa movilización de recursos, pues se muestra una tendencia al alza desde el bienio 2000 - 2001. Es importante señalar que para el bienio 2010 - 2011, se movilizó una gran cantidad de recursos que fueron destinados a atender las necesidades de emergencias del vecino país de Haití, tras el terremoto que lo devastó en enero del 2010. Para el bienio 2012 - 2013, se normaliza esta situación y se espera movilizar recursos en el orden de los cinco millones de dólares.

En cuanto a los recursos humanos de la oficina de país, se ha mantenido un equipo estable de aproximadamente 44 personas, de las cuales el 62 % corresponde a personal administrativo asignado por el MSP. Se hace notar que a raíz de las situaciones de emergencias, aumentó el número de conductores en la oficina; este elemento está vinculado al tema de la flota de vehículos, la cual también se incrementó para atender la demanda adicional. En los últimos dos años se han tomado acciones para la reposición de algunos vehículos y la reducción a un nivel manejable de la flota; buscando así reducir los costos de operación.

Cabe señalar que la OPS, producto de un acuerdo firmado con el INCAP, brinda apoyo logístico y espacio físico al consultor asignado al país por el Instituto en el tema de nutrición y alimentación; de esta manera también se fortalece la cooperación técnica.



**Gráfico n.º 19 organigrama de la Representación de la OPS/OMS en la República Dominicana (PWR)**





# 5. El programa estratégico para la cooperación de la OPS/OMS



## 5. El programa estratégico para la cooperación de la OPS/OMS

### 5.1 Introducción

Como resultado del amplio proceso de consulta, que se ha llevado a cabo en conjunto con las autoridades sanitarias y otros actores claves del sector salud, para la definición de la ECP se han identificado seis prioridades estratégicas que orientarán la CT de la OPS/OMS en la República Dominicana para el período 2013 - 2017:

1. Fortalecimiento del SNS.
2. Desarrollo sostenible y salud ambiental.
3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones.
4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida.
5. Prevención y control de enfermedades.
6. Gestión integral de riesgos en salud.

Las prioridades estratégicas de cooperación identificadas están alineadas con las políticas, planes y estrategias nacionales; así como con el MANUD 2012 - 2016 y las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS.

### 5.2 El programa estratégico

#### **Prioridad estratégica 1. Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud**

Esta prioridad comprende cuatro esferas principales en las que la cooperación deberá desarrollarse:

#### **1.1. Contribuir al ejercicio del rol rector por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) para la apropiada y oportuna conducción y regulación del SNS.**

*1.1.1. Enfoque estratégico:* brindar la CT requerida para que el país evalúe las funciones esenciales de salud pública (FESP) y elabore un plan de intervención específico para fortalecer el desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de salud pública.

*1.1.2. Enfoque estratégico:* ofrecer CT para la revisión, actualización y elaboración de los instrumentos legislativos, regulatorios y normativos requeridos, con el fin de proteger la salud pública y fiscalizar su cumplimiento.

*1.1.3. Enfoque estratégico:* apoyar a la ASN para una adecuada planificación de los recursos humanos en salud, que garantice personal calificado en todos los niveles del sistema; así como en el desarrollo de métodos y herramientas para la gestión eficiente.

#### **1.2. Apoyar los esfuerzos dirigidos a la ampliación de la protección social en salud a fin de alcanzar mejores niveles de cobertura y una mayor equidad en el acceso.**

1.2.1. *Enfoque estratégico:* apoyar el desarrollo de modelos de aseguramiento y gestión.

1.2.2. *Enfoque estratégico:* apoyar la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

**1.3. Dar CT para la elaboración y ejecución de políticas, planes, programas e intervenciones interministeriales en materia de gestión del conocimiento y comunicaciones; guiados por las estrategias y planes de acción sobre eSalud y gestión del conocimiento, aprobadas en el 51º Consejo Directivo y en la 28ava. Conferencia Sanitaria Panamericana, respectivamente.**

1.3.1. *Enfoque estratégico:* apoyar al MSP y otras instituciones del sector salud para la elaboración y ejecución de una estrategia de gestión del conocimiento, dentro de un marco integrado por el sistema de salud y las redes académicas, científicas y de comunicación; haciendo hincapié en la consolidación de la red BVS nacional.

1.3.2. *Enfoque estratégico:* brindar CT para la definición de una visión nacional del uso costo - efectivo de las TIC en el ámbito de la salud.

**1.4. Apoyar el desarrollo de los sistemas de gestión de suministro de medicamentos, sangre y tecnologías en salud para garantizar el acceso oportuno a productos de calidad.**

1.4.1. *Enfoque estratégico:* brindar la CT requerida para la implementación de la Política Farmacéutica Nacional y la Política Nacional de Sangre y para definir los lineamientos para garantizar la regulación eficiente de las tecnologías en salud.

1.4.2. *Enfoque estratégico:* CT para la definición de las prioridades nacionales relacionadas a medicamentos, sangre y tecnologías en salud.

1.4.3. *Enfoque estratégico:* brindar CT para el desarrollo de modelos de servicios de atención y gestión de medicamentos, sangre y tecnologías en salud.

**Prioridad estratégica 2. Desarrollo sostenible y salud ambiental**

Esta prioridad estratégica se enfoca en el abordaje de los riesgos y efectos que tiene el medio ambiente en la salud de los individuos; el medio en que las personas habitan, trabajan, los cambios naturales o artificiales que estos lugares manifiestan y la contaminación ocasionada por las mismas actividades del hombre. Por medio de esta prioridad estratégica se persigue que el país tenga un desarrollo sostenible, definido como «un desarrollo que satisfaga las necesidades del presente sin poner en peligro la capacidad de las generaciones futuras para atender sus propias necesidades».<sup>27</sup>

**2.1. Protección de la salud humana mediante el aseguramiento de un ambiente físico y social saludable, que posibilite el desarrollo humano sostenible.**

2.1.1. *Enfoque estratégico:* apoyar al MSP en la organización estructural, funcional y de gestión del VSA con una visión de ente rector en los niveles nacional y local.

<sup>27</sup> Centro de información de las Naciones Unidas. México, Cuba, República Dominicana [internet]. Disponible en: <http://www.cinu.mx/temas/medio-ambiente/>

*2.1.2. Enfoque estratégico:* fortalecer el sistema de vigilancia y monitoreo de los determinantes sociales y ambientales y apoyar el desarrollo del marco regulatorio necesario para que el sector cuente con mecanismos de fiscalización.

*2.1.3. Enfoque estratégico:* promover el desarrollo de políticas, planes y programas de formación, desarrollo y gestión de recursos humanos para mejorar las capacidades en el abordaje de los determinantes sociales y ambientales.

## **2.2. Apoyar al país para que las personas, familias y comunidades asuman un mayor control sobre su salud y la relación de esta con el ambiente; mediante abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de alianzas estratégicas.**

*2.2.1. Enfoque estratégico:* fortalecer la promoción de la salud como una estrategia para generar conciencia nacional en el abordaje preventivo de los principales riesgos a la salud de la población y no solamente en el tratamiento de la enfermedad.

*2.2.2. Enfoque estratégico:* promover la coordinación interinstitucional para el desarrollo de intervenciones integradas y sostenibles en el abordaje de los determinantes sociales y ambientales con un enfoque de equidad, como la Estrategia de Entornos Saludables en escuelas y viviendas.

## **Prioridad estratégica 3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones**

El SINAVE viene fortaleciéndose en la República Dominicana desde 1990, habiendo incorporado tanto al sector público como al privado a las actividades de notificación obligatoria de las enfermedades y eventos considerados prioritarios por el país.

Se cuenta con registros y fichas de notificación epidemiológica que son almacenadas electrónicamente y que permiten la notificación diaria -vía correo electrónico- de los eventos a vigilar; así como con la difusión semanal del boletín epidemiológico, que resume en tablas y gráficos, a nivel nacional y provincial, la tendencia de las enfermedades y eventos prioritarios. El sitio web que difunde la información epidemiológica es frecuentemente consultado a nivel nacional e internacional.

De esta forma, la DIGEPI que conduce el proceso, tiene reconocimiento y liderazgo en el sector, conseguido con el esfuerzo de la Red Nacional de Epidemiólogos y la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública; esta última coordinada por el Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló (LNSPDD).

Es importante señalar, que tanto la DIGEPI, como el LNSPDD, funcionan en locales próximos, cuya estructura y dimensiones físicas ya no son adecuadas para el cumplimiento de sus funciones y que esta limitación se hará más evidente en los próximos años. Es relevante considerar la necesidad estratégica para el país, de contar con un nuevo local, construido en un espacio adecuado para el funcionamiento conjunto de DIGEPI y del LNSPDD.

La cooperación de la OPS ha sido significativa para el desarrollo del SINAVE así como para los avances de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública; por lo que la

cooperación deberá continuar en esta misma dirección, articulada a los demás socios -de manera especial con los CDC y orientada a que el país pueda desarrollar las capacidades básicas que exige el nuevo RSI, para lo cual se ha solicitado y aprobado la extensión del plazo para que el país cuente con dichas condiciones necesarias para la implementación del RSI, hasta junio del 2015.

Sin embargo, a pesar de los avances en el campo de la vigilancia epidemiológica, es necesario concentrar esfuerzos para mejorar el uso de la información en salud para la gestión institucional, es decir, el uso de información confiable para el proceso de toma de decisiones. Debe incorporarse al tema de la información para las decisiones, el análisis de mortalidad que tiene cierto rezago, evidente con cifras de subregistro mayores del 50 % en los últimos diez años. De igual forma los datos que se producen en los servicios de salud pocas veces son incorporados al ASIS, paso inicial para toda gestión de salud en los niveles municipal, provincial y nacional.

La CT de la OPS/OMS apoyará esta prioridad en dos esferas principales:

**3.1. Continuar apoyando el fortalecimiento del SINAVE, que incluye a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, para detectar, intervenir y proteger la salud de la población.**

*3.1.1. Enfoque estratégico:* en alianza con agencias de cooperación y la academia, apoyar el entrenamiento y capacitación en servicio, a los profesionales que forman parte de la Red Nacional de Epidemiología y la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

*3.1.2. Enfoque estratégico:* apoyar la articulación intersectorial para cumplir con las capacidades básicas y la aplicación del nuevo RSI.

**3.2. Favorecer el uso de información de salud para el ASIS vinculada al proceso de toma de decisiones.**

*3.2.1. Enfoque estratégico:* en coordinación con las oficinas de registro civil y la Dirección General de Información y Estadística del MSP, apoyar las actividades de capacitación y uso de tecnología, que permitan mejorar la calidad y disponibilidad de las estadísticas vitales en el país.

*3.2.2. Enfoque estratégico:* difundir la metodología y apoyar la capacitación del personal para la elaboración del ASIS nacional y provincial, que permita vincularlo a la planificación y ejecución de las intervenciones de salud.

**Prioridad estratégica 4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida**

Esta prioridad estratégica tiene como objetivos: acelerar la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil; promover el desarrollo infantil temprano; prevenir el embarazo adolescente; eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita; prevenir la transmisión del VIH en poblaciones vulnerables; acelerar la expansión y la optimización de la terapia ARV; reducir la anemia, la desnutrición crónica y la prevalencia de obesidad infantil y proteger los logros en materia de inmunización y ampliar sus beneficios. En este contexto se han identificado cinco ejes estratégicos que responden a estas prioridades:

#### **4.1. Apoyar al sector salud en el incremento del acceso a servicios integrales e integrados de salud y nutrición, dirigidos a las mujeres, madres, niños, adolescentes y jóvenes por ciclos de vida, con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos.**

*4.1.1. Enfoque estratégico:* proporcionar asistencia técnica al sector salud en el uso de sistemas de información y vigilancia por ciclos de vida, materna, adolescente, infantil y neonatal; para fortalecer la toma de decisiones.

*4.1.2. Enfoque estratégico:* contribuir técnicamente en el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de salud en el tema de salud sexual y reproductiva con enfoque de género.

*4.1.3. Enfoque estratégico:* proveer apoyo técnico a las autoridades nacionales para el desarrollo de planes estratégicos para el mejoramiento de la salud de la mujer, materna, perinatal, infantil, del niño y el adolescente y la prevención y tratamiento del VIH.

*4.1.4. Enfoque estratégico:* apoyar al sector salud en la formulación de políticas y programas con enfoque de derechos humanos y género, así como también el diseño de indicadores de equidad de género que nos permitan monitorear y evaluar los programas.

*4.1.5. Enfoque estratégico:* apoyar a las autoridades nacionales en el fortalecimiento de la prevención de enfermedades prevenibles por vacunas y la introducción de nuevas vacunas para enfermedades de alto impacto en la mortalidad infantil.

#### **Prioridad estratégica 5. Prevención y control de enfermedades**

Como todos los países de las Américas, la República Dominicana experimenta cambios demográficos y epidemiológicos que pueden ser resumidos en: una mayor esperanza de vida; la disminución de la tasa de fecundidad; la concentración de la población en zonas urbanas; la presencia simultánea de enfermedades infecciosas endémicas, desatendidas, crónicas no transmisibles y las enfermedades debidas a causas externas por la creciente violencia.

Aunque se usa con frecuencia el término transición epidemiológica, lo que se observa son cambios en el perfil epidemiológico; pues permanecen las enfermedades infecciosas endémicas, ligadas a determinantes ambientales, sociales, económicos y culturales; con la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, que poco a poco son responsables principales de la carga de enfermedad, mortalidad y discapacidad.

Algunas enfermedades de origen infeccioso han sido controladas o están en proceso de eliminación, gracias a las adecuadas coberturas históricas de vacunación y a los programas de salud en la red nacional de servicios de salud. Sin embargo, a pesar de estos logros algunas enfermedades infecciosas continúan afectando a la población, como la tuberculosis, el dengue, la malaria, la leptospirosis y la rabia; mencionando también la presencia de cepas resistentes al tratamiento como ocurre con la tuberculosis multidrogoresistente.

Un reto aparte significa la siempre potencial aparición de nuevas enfermedades o la reemergencia de alguna de ellas como el cólera, que ha afectado a la población de la isla La Española desde el año 2010. Los riesgos internacionales a la salud requieren de nuevas capacidades de respuesta vinculadas a la cooperación e intercambio de información entre los países. Se contemplan tres esferas principales:

**5.1. Apoyar la rectoría del MSP en la respuesta para la prevención y control de las enfermedades infecciosas endémicas, con potencial epidémico y las desatendidas.**

*5.1.1. Enfoque estratégico:* apoyar el fortalecimiento de los programas nacionales, la capacitación de los recursos humanos y la sostenibilidad financiera para continuar la respuesta de los programas de control de enfermedades infecciosas endémicas.

*5.1.2. Enfoque estratégico:* continuar con el fortalecimiento de la cooperación binacional para compartir esfuerzos en la respuesta a problemas de salud comunes, de manera especial en las acciones de eliminación del cólera.

*5.1.3. Enfoque estratégico:* apoyar el desarrollo y fortalecimiento del Programa Nacional de Lucha contra las Enfermedades Crónicas no Transmisibles del MSP.

**5.2. Favorecer la asociación con agencias de CI, los gobiernos locales, la sociedad civil organizada y otros sectores para la respuesta integral a la prevención y control de las enfermedades prioritarias y sus factores de riesgo.**

*5.2.1. Enfoque estratégico:* apoyar las estrategias de capacitación, prevención y educación comunitaria para el control de las enfermedades prioritarias.

*5.2.2. Enfoque estratégico:* fomentar y apoyar la red interinstitucional para la respuesta integral a las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

**5.3. Fortalecer las actividades binacionales con Haití en el control y eliminación de enfermedades que afectan al territorio insular.**

**Prioridad estratégica 6. Gestión integral de riesgos en salud**

Considerando la ubicación geográfica, la tendencia continua, el aumento progresivo de diferentes eventos adversos, la evolución de los riesgos y la vulnerabilidad a los que se encuentra expuesto el país; se requiere de nuevas iniciativas y modalidades de trabajo para enfrentar los desafíos y contar con un sector salud mejor preparado y más seguro frente a desastres. A fin de contribuir a la reducción de riesgos, a la mitigación del impacto de los desastres en la salud y al bienestar de la población, se consideran tres esferas principales que orientarán la cooperación en esta prioridad estratégica:

**6.1. Mejorar la capacidad de preparativos para emergencias y desastres del sector salud.**

Brindar apoyo en el desarrollo de un programa de desastres en el sector salud que esté adecuadamente estructurado con liderazgo, credibilidad y autoridad coordinadora en el ámbito nacional y que asegure la participación y el compromiso de diversos actores a través de una amplia abanico de intervenciones y enfoques que incluyen: la abogacía; el apoyo técnico para que se mejoren y se actualicen las políticas y legislaciones específicas de este sector; la formación continua del personal de instituciones asociadas, como del MSP; el suministro de información técnico-científica para ampliar los conocimientos en preparativos y el apoyo para mejorar planes y procedimientos; así como facilitar alianzas estratégicas que favorezcan el desarrollo sostenido, integrado y organizado del sector salud.

*6.1.1. Enfoque estratégico:* fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud.

*6.1.2. Enfoque estratégico:* fortalecer los mecanismos de coordinación y asistencia humanitaria en salud en caso de desastres.

6.1.3. *Enfoque estratégico:* apoyar esfuerzos continuos de capacitación que fomenten las aptitudes técnicas y gestión de los profesionales de la salud en preparativos para desastres.

## **6.2. Respuesta sanitaria en emergencias y desastres.**

Fortalecer la capacidad nacional para responder a todo tipo de emergencia y desastre que tiene consecuencias para la salud pública, implica una visión interprogramática y multisectorial a través de procedimientos que faciliten una respuesta inmediata. Por tanto la OPS/OMS, como organización que lidera el «clúster» sobre salud en el hemisferio occidental, velará por la existencia de intervenciones coordinadas así como la preservación de la función rectora del MSP. Por otro lado se coordinarán esfuerzos con otras organizaciones del SNU y se apoyará al país para hacer uso del Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF), cuando sea necesario. Se dará particular atención al fortalecimiento de los Centros Coordinadores de Respuesta a Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED), como mecanismos integradores y descentralizados que intervienen en las actividades de respuesta y facilitan la rápida adopción de decisiones. Por otro lado se continuará promoviendo y fortaleciendo la adopción del Sistema de Apoyo Logístico para Gestión de Asistencia Humanitaria (LSS/SUMA) para las situaciones posteriores a las emergencias y desastres.

6.2.1. *Enfoque estratégico:* facilitar y coordinar para mejorar la capacidad de respuesta.

6.2.2. *Enfoque estratégico:* formar y fortalecer la capacidad de respuesta.

6.2.3. *Enfoque estratégico:* intervenir directamente para apoyar las medidas de respuesta nacionales.

## **6.3. Protección de los servicios de salud ante riesgos asociados a desastres.**

Es fundamental que los servicios, las edificaciones e instalaciones de salud públicos y privados que atiendan poblaciones en áreas urbanas y rurales dispersas, estén mejor protegidos ante las amenazas más relevantes presentes en el país. El centro de atención ofrecerá invariablemente la continuidad del servicio durante y después de una emergencia o desastre; inclusive cuando ocurren brotes o epidemias. Se brindará apoyo técnico y se continuará promoviendo la aplicación de herramientas para la evaluación de riesgos. Así mismo se trabajará con los principales socios de la OPS/OMS para hacer mayores inversiones en actividades de mitigación, se integrará a la academia en los procesos de formación y mejora de competencias de todos aquellos profesionales involucrados en la reducción de riesgos y se continuará el cabildeo para promover hospitales seguros frente a desastres.

6.3.1. *Enfoque estratégico:* proveer soporte técnico para desarrollar la estrategia de Hospitales Seguros frente a desastres.

6.3.2. *Enfoque estratégico:* apoyar el desarrollo de recursos humanos y redes de colaboración.

6.3.3. *Enfoque estratégico:* abogar por servicios de salud más seguros.

5.3. Tabla n.º 3: validación del programa estratégico de la ECP con las prioridades de la política nacional

Prioridad estratégica	PLANDES	END	Otros
<b>1. Fortalecimiento del SNS</b>	<p>Objetivos estratégicos específicos:</p> <p>5.2.1 Desarrollar la rectoría pública y la capacidad de conducción estratégica en el SNS, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (antiguo nombre del MSP).</p> <p>5.2.2 Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas públicas de salud y los Sistemas Regionales de Salud, en forma descentralizada, así como los órganos centrales de apoyo técnico y normativo, comprometidos con la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.</p> <p>5.2.4 Priorizar el primer nivel de atención. Desarrollar el SFS. Lograr que para el año 2011 toda la población dominicana esté incorporada al SFS del SPSS y esté protegida por el Fondo Nacional de Atención Médica por Accidentes de Tránsito (FONAMAT).</p> <p>5.2.5 Asegurar la disponibilidad y buena gestión de los recursos en salud. Disponer del 5,44 % del PIB como gasto público en el SNS y asegurar que la gestión administrativa y financiera se haga en forma eficiente y transparente, orientada a lograr los resultados del PLANDES.</p> <p>Objetivos estratégicos transversales:</p> <p>5.3.1 Desarrollar la carrera sanitaria y administrativa en el SNS. Desarrollar la planificación y gestión estratégica de los recursos humanos en salud.</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del SNS (líneas de acción 2.2.11, 2.2.1.4, 2.2.16, 2.2.17, 2.2.18, 2.2.19, 2.2.110, 2.2.111, 2.2.112, 2.2.115, 2.2.116, 2.2.117, 2.2.118)</p> <p>2.2.2 Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo (líneas de acción 2.2.2.1, 2.2.2.2, 2.2.2.3, 2.2.2.4, 2.2.2.6).</p> <p>2.2.3 Garantizar un sistema universal, único y sostenible de seguridad social frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia, integrando y transparentando los regímenes segmentados existentes, en conformidad con la Ley 87-01 (línea de acción 2.2.3.2).</p> <p>2.3.6 Garantizar igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad, para impulsar su inclusión económica y social y proteger aquellas en condiciones de vulnerabilidad (líneas de acción 2.3.6.1, 2.3.6.4).</p> <p>3.3.4 Fortalecer el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, para dar respuesta a las demandas económicas, sociales y culturales de la nación y propiciar la inserción en la sociedad y economía del conocimiento (línea de acción 3.3.4.5).</p> <p>3.3.5 Lograr acceso universal y uso productivo de las TIC (líneas de acción 3.3.5.5, 3.3.5.6)</p>	<p>Ley General de Salud 42-01</p> <p>Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social</p> <p>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016</p> <p>Política Farmacéutica Nacional</p>

5.3. Tabla n.º 3: validación del programa estratégico de la ECP con las prioridades de la política nacional, continuación.

Prioridad estratégica	PLANDES	END	Otros
<p><b>2. Desarrollo sostenible y salud ambiental</b></p>	<p>Objetivos estratégicos específicos:</p> <p>5.2.1 Desarrollar la rectoría pública y la capacidad de conducción estratégica en el SNS, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (antiguo nombre del MSP).</p> <p>5.2.3 Desarrollar el Subsistema de Salud Colectiva del SNS. Estructurar y desarrollar las redes programáticas, en forma descentrada, y orientada a la promoción de la salud, a la prevención y control de los problemas prioritarios de salud de las poblaciones y a la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.</p> <p>Objetivos estratégicos transversales:</p> <p>5.3.3 Fortalecer el papel de las municipalidades en salud. Participación ciudadana en la planificación, gestión, monitoreo, evaluación de resultados y fiscalización social en salud. Conferencia por la salud y la calidad de vida.</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del SNS (línea de acción 2.2.114).</p> <p>2.5.2 Garantizar el acceso universal a servicios de agua potable y saneamiento, provistos con calidad y eficiencia (líneas de acción 2.5.2.1, 2.5.2.4, 2.5.2.5, 2.5.2.6, 2.5.2.7).</p> <p>3.5.2 Crear la infraestructura (física e institucional) de normalización, metrología, reglamentación técnica y acreditación, que garantice el cumplimiento de los requisitos de los mercados globales y un compromiso con la excelencia (líneas de acción 3.5.2.3, 3.5.2.6).</p> <p>3.5.3 Elevar la productividad, competitividad y sostenibilidad ambiental y financiera de las cadenas agroproductivas, a fin de contribuir a la seguridad alimentaria, aprovechar el potencial exportador y generar empleo e ingresos para la población rural (líneas de acción 3.5.3.3 y 3.5.3.8).</p> <p>4.1.2 Promover la producción y el consumo sostenibles (línea de acción 4.1.2.6).</p> <p>4.1.3 Desarrollar una gestión integral de desechos, sustancias contaminantes y fuentes de contaminación (línea de acción 4.1.3.1)</p> <p>4.1.4 Gestionar el recurso agua de manera eficiente y sostenible, para garantizar la seguridad hídrica (línea de acción 4.1.4.1, 4.1.4.4).</p>	<p>Ley General de Salud 42-01</p> <p>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016</p> <p>Plan de Gobierno 2012 - 2016 del Presidente Danilo Medina</p>

5.3. Tabla n.º 3: validación del programa estratégico de la ECP con las prioridades de la política nacional, continuación.

Prioridad estratégica	PLANDES	END	Otros
<p><b>3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones</b></p>	<p>Objetivos estratégicos específicos:</p> <p>5.2.1 Desarrollar la rectoría pública y la capacidad de conducción estratégica en el SNS, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (antiguo nombre del MSP).</p> <p>Objetivos estratégicos transversales:</p> <p>5.3.2 Desarrollar el Sistema de Información Gerencial y el Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>5.3.6 Fortalecer la investigación aplicada al desarrollo del SNS, articulada a la ejecución del PLANDES y al logro de sus objetivos.</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez; que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del SNS (líneas de acción 2.2.1.3, 2.2.1.8, 2.2.1.11 Y 2.2.1.13)</p>	<p>Ley General de Salud 42-01</p> <p>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016</p>
<p><b>4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida</b></p>	<p>Objetivos estratégicos específicos:</p> <p>5.2.1 Desarrollar la rectoría pública y la capacidad de conducción estratégica en el SNS, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (antiguo nombre del MSP).</p> <p>5.2.2 Desarrollar el subsistema de atención a las personas del SNS. Completar el desarrollo de las redes de servicios públicos de salud y los sistemas regionales de salud, en forma descentralizada; así como los órganos centrales de apoyo técnico y normativo, comprometidos con la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.</p> <p>5.2.3 Desarrollar el Subsistema de Salud Colectiva del SNS. Estructurar y desarrollar las redes programáticas en forma descentralizada y orientada a la promoción de la salud, a la prevención y control de los problemas prioritarios de salud de las poblaciones y a la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.</p> <p>Objetivos estratégicos transversales:</p> <p>Promover un enfoque integral de salud que incluya salud de la mujer, cultura institucional, capacitación, normativas nacionales, monitoreo de resultados, información, estudios e investigaciones.</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez; que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del SNS (líneas de acción 2.2.1.1, 2.2.1.2, 2.2.1.4, 2.2.1.12, 2.2.1.17, 2.2.1.19).</p> <p>2.3.1 Construir una cultura de igualdad y equidad entre hombres y mujeres (líneas de acción 2.3.1.2, 2.3.1.3, 2.3.1.4, 2.3.1.7, 2.3.1.9).</p> <p>2.3.4 Proteger a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde la primera infancia para propiciar su desarrollo integral e inclusión social (líneas de acción 2.3.4.1, 2.3.4.3, 2.3.4.5, 2.3.4.6, 2.3.4.7, 2.3.4.10, 2.3.4.13).</p>	<p>Ley General de Salud 42-01</p> <p>Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social</p> <p>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016</p>

5.3. Tabla n.º 3: validación del programa estratégico de la ECP con las prioridades de la política nacional, continuación.

Prioridad estratégica	PLANDES	END	Otros
<p><b>5. Prevención y control de enfermedades (infecciosas, crónicas y desatendidas)</b></p>	<p>Objetivos estratégicos específicos</p> <p>5.2.1 Desarrollar la rectoría pública y la capacidad de conducción estratégica en el SNS, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (antiguo nombre del MSP).</p> <p>5.2.3 Desarrollar el Subsistema de Salud Colectiva del SNS. Estructurar y desarrollar las redes programáticas en forma descentrada y orientada a la promoción de la salud, a la prevención y control de los problemas prioritarios de salud de las poblaciones y a la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.</p> <p>Objetivos estratégicos transversales</p> <p>5.3.3 Fortalecer el papel de las municipalidades en salud. Planificación local participativa en salud. Participación ciudadana en la planificación, gestión, monitoreo, evaluación de resultados y fiscalización social en salud. Conferencia por la salud y la calidad de vida.</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del SNS (líneas de acción 2.2.1.2, 2.2.1.3, 2.2.1.5, 2.2.1.7, 2.2.1.8 y 2.2.1.17)</p>	<p>Ley General de Salud 42-01</p> <p>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016</p> <p>Plan Estratégico de Cólera (2011)</p> <p>Plan Binacional de Eliminación del Cólera de La Española, 2013 - 2015</p> <p>Reglamento Sanitario Internacional (2005)</p>
<p><b>6. Gestión integral de riesgos en salud</b></p>	<p>Objetivos estratégicos específicos:</p> <p>5.2.1 Desarrollar la rectoría pública y la capacidad de conducción estratégica en el SNS, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.</p> <p>Objetivos estratégicos transversales:</p> <p>5.3.5 Fortalecer las capacidades del SNS para atender emergencias y situaciones de desastre.</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>4.2.1 Desarrollar un eficaz sistema nacional de gestión integral de riesgos, con activa participación de las comunidades y gobiernos locales, que minimice los daños y posibilite la recuperación rápida y sostenible de las áreas afectadas (líneas de acción 4.2.1.1, 4.2.1.2, 4.2.1.3, 4.2.1.4, 4.2.1.5, 4.2.1.6, 4.2.1.7, 4.2.1.8, 4.2.1.9, 4.2.1.10, 4.2.1.11).</p>	<p>Ley General de Salud 42 -01</p> <p>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016</p> <p>Plan de Gobierno 2012 - 2016 del Presidente Danilo Medina</p> <p>Plan Nacional de Gestión Integral del Riesgo de Desastre</p> <p>Plan Nacional para la Reducción del Riesgo Sísmico</p>

5.4 Tabla n.º 4: validación del programa estratégico de la ECP con los productos y resultados del MANUD

Prioridad estratégica	MANUD (Efecto / Producto)	
	Efecto	Producto
<b>1. Fortalecimiento del SNS</b>	<p>Área programática del MANUD: Promoción de la inclusión económica y social.</p> <p>2. Para el 2016, la población empobrecida se beneficia de un crecimiento económico y desarrollo social sostenible, con igualdad de oportunidades.</p> <p>4. Para el 2016, los y las habitantes de la República Dominicana, con énfasis en los grupos vulnerables, mejoran el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, en un marco de políticas públicas inclusivas y con enfoque de derechos humanos.</p>	<p>2.3 Los grupos de menores ingresos han aumentado su acceso a sistemas de protección social</p> <p>4.3 El Estado ha incrementado su capacidad para brindar servicios de salud de calidad y culturalmente adaptados, priorizando los grupos vulnerables.</p>
<b>2. Desarrollo sostenible y salud ambiental</b>	<p>Área 1 - Promoción de la inclusión social y económica</p> <p>1.2. Población empobrecida, crecimiento y desarrollo. Para el 2016, la población empobrecida se beneficia de un crecimiento económico y desarrollo social sostenible, con igualdad de oportunidades.</p> <p>1.3. Seguridad alimentaria y nutricional. Para el 2016, los grupos en situación de vulnerabilidad de las provincias priorizadas de la República Dominicana mejoran su seguridad alimentaria y nutricional.</p> <p>1.6. Sistema de Justicia. Para el 2016, la República Dominicana goza de un sistema de justicia que garantice el respeto de los derechos de sus habitantes y el cumplimiento de la ley.</p> <p>Área 4 - Sostenibilidad ambiental y gestión integral de riesgos</p> <p>4.1. La gestión sostenible del medio ambiente. Para el 2016, el Estado y la sociedad civil trabajan conjuntamente para contribuir a la gestión sostenible del medio ambiente.</p>	<p>1.2.1 La población empobrecida de las provincias priorizadas del país ha aumentado su capacidad de inserción a través de políticas públicas que incentiven las actividades productivas sostenibles.</p> <p>1.3.1 Las familias vulnerables rurales han incrementado la disponibilidad y el acceso a alimentos.</p> <p>1.3.3 El Estado y la sociedad civil han implementado programas de educación alimentaria y nutricional.</p> <p>1.3.4 Grupos asociativos de pequeños productores(as) de banano orgánico han incrementado las alternativas de comercialización local de sus productos.</p> <p>1.6.3 El Estado ha promovido una política de seguridad ciudadana con enfoque de derechos humanos.</p> <p>4.1.1 Se han desarrollado estrategias y políticas sobre el uso y manejo sostenible de los recursos forestales y la tierra en provincias y cuencas prioritarias.</p>
<b>3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud para la toma de decisiones</b>	<p>1.0. Para el 2016, los grupos en situación de vulnerabilidad en la República Dominicana avanzan en el ejercicio de sus derechos sin discriminación.</p> <p>5.0. Para el 2016, las y los habitantes de la República Dominicana gozan a nivel central y local de instituciones más eficaces y eficientes y con mecanismos transparentes de rendición de cuentas.</p>	<p>1.6 El Estado, la academia y los centros de investigación han mejorado la producción y uso de estadísticas e investigaciones sobre grupos en situación de vulnerabilidad para la toma de decisiones y generación de propuestas.</p> <p>5.5 El Estado ha mejorado el Sistema Nacional de Estadística integrando la dinámica poblacional, con enfoque de género en la formulación y aplicación de políticas y planes a nivel nacional y territorial.</p>

5.4 Tabla n.º 4: validación del programa estratégico de la ECP con los productos y resultados del MANUD, Continuación.

Prioridad estratégica	MANUD (Efecto / Producto)	
	Efecto	Producto
<b>4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida</b>	<p>Para el 2016, las mujeres en la República Dominicana disfrutan de servicios de salud integrales, oportunos, con calidad y calidez para la promoción, prevención y atención a la salud sexual y reproductiva, incluyendo las ITS y el VIH/sida, desde un enfoque de derechos y participación social.</p> <p>Para el 2016, niños, niñas, adolescentes y jóvenes avanzan hacia el acceso universal a servicios de salud de calidad con base en un modelo de atención integral, solidario y equitativo, con sostenibilidad financiera.</p>	
<b>5. Prevención y control de enfermedades (infecciosas, crónicas y desatendidas)</b>	<p>4. Para el 2016 los y las habitantes de la República Dominicana con énfasis en los grupos vulnerables, mejoran el acceso a los servicios de salud integrales y de calidad, en un marco de políticas públicas inclusivas con enfoque de género.</p>	<p>4.3 El Estado ha incrementado su capacidad para brindar servicios de salud de calidad y culturalmente adaptados, priorizando grupos vulnerables.</p>
<b>6. Gestión integral de riesgos en salud</b>	<p>3. Para el 2016 la República Dominicana reduce el impacto de los desastres en la población, fortaleciendo su capacidad en la gestión integral de riesgos de manera coordinada e integrada.</p>	<p>3.1 El Estado ha fortalecido el marco político, legal y organizativo para la gestión integral de riesgos de desastres y la adaptación climática a nivel nacional y sectorial.</p> <p>3.2 Los instrumentos de planificación, financiación e inversión nacional, sectorial y local han incorporado criterios de gestión integral de riesgos, reducción de la pobreza y adaptación climática.</p> <p>3.3 El Estado desarrolla acciones para garantizar comunidades resilientes y sostenibles.</p>

5.5. Tabla n.º 5: validación del programa estratégico de la ECP con los objetivos estratégicos del Plan Estratégico a Plazo Medio de la OPS/OMS

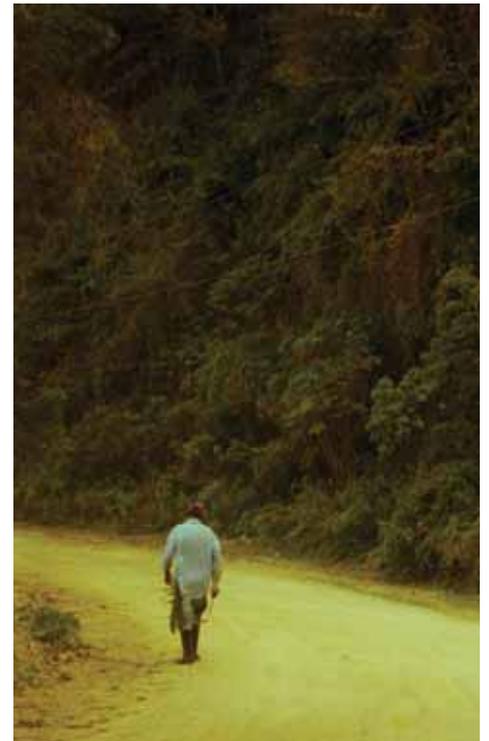
Prioridades estratégicas de la ECP	Objetivo estratégico					
	1. Fortalecimiento del SNS	2. Desarrollo sostenible y salud ambiental	3. Gestión integral, vigilancia y análisis de la información en salud	4. Promoción de la salud a través del ciclo de vida	5. Prevención y control de enfermedades	6. Gestión integral de riesgos en salud
1	x		x	x	x	
2	x			x	x	
3	x	x	x	x	x	
4	x			x	x	
5	x	x				x
6		x		x		
7		x		x	x	
8	x	x				x
9	x	x			x	
10	x		x	x	x	
11	x		x	x	x	
12	x			x	x	
13	x	x	x	x	x	x
14	x			x	x	
15	Contribuye a todos					
16	Apoya a todos					

Nota: los OE están desarrollados en el Anexo n.º 1





## 6. Ejecución del programa estratégico: implicaciones para toda la Secretaría



## 6. Ejecución del programa estratégico: implicaciones para toda la Secretaría

La ejecución del programa estratégico aquí planteado se realizará en un escenario complejo. Por una parte, existe particular interés de las autoridades nacionales en la renovación de la APS en las Américas como el referente para el fortalecimiento del SNS. Por otra, el gasto público en salud no muestra mejoras sustanciales, por lo que la ampliación de la cobertura de la protección social en salud -a través de la incorporación de población al régimen no contributivo subsidiado- se ha constituido en un reto; así como la ampliación de los beneficios contenidos en el PBS y la protección ante gastos catastróficos.

Aun cuando hay avances tangibles en la separación de funciones prevista en la Ley General de Salud 42-01 del 2001, que inicia la reforma del SNS; aún existen asignaturas pendientes en materia de rectoría y provisión, particularmente, por lo que -a 12 años de iniciado el proceso- se hace necesaria una reflexión crítica sobre la vigencia de los objetivos originalmente enunciados.

De igual forma, la cooperación binacional a través de la Comisión Mixta Binacional será un factor determinante para el logro de los propósitos de la ECP. Como se ha mencionado en diversas ocasiones a lo largo de este documento, la convivencia de dos naciones con características claramente diferenciadas en el espacio restringido de la isla, se mantiene en un delicado equilibrio frecuentemente amenazado por la demanda asistencial sobre los servicios públicos de salud que representa la atención de la población haitiana residente en la República Dominicana, que labora principalmente en los sectores agrícola y de la construcción, sin ninguna clase de seguridad social.

El país ha enfrentado con singular éxito algunos desafíos sanitarios como la epidemia de cólera, que se inició en territorio nacional en noviembre del 2010 y que tuvo mayor impacto entre mayo y octubre del 2011. La epidemia continúa en curso, con tendencia a la disminución, aunque presentó frecuentes brotes comunitarios por contaminación del agua de bebida. Desde el 2012 se viene trabajando en la iniciativa de una isla La Española libre de cólera, para lo cual se realizaron jornadas de trabajo con equipos multisectoriales de Haití y la República Dominicana, habiendo concluido un plan binacional, que tiene las mismas líneas estratégicas de acción. Este plan se enfoca en la intervención de infraestructura en agua y saneamiento, con actividades programadas para los años 2013 a 2015, esperando contar con la respuesta positiva de las agencias donantes.

La vinculación y coordinación de la OPS/OMS con las restantes agencias del SNU presentes en el país, también será un factor determinante para la ejecución de la ECP. La iniciativa Unidos en la Acción (enunciada en el 2007 con el objeto de aumentar la coherencia, la eficacia y la eficiencia del apoyo del SNU al desarrollo), de la cual participa la OPS/OMS, así como la presencia en el equipo de país de Naciones Unidas y el marco de actuación que otorga el MANUD serán, sin duda, una sinergia positiva a las acciones de CT.

Sin duda, una de las mayores oportunidades para la exitosa ejecución de la ECP la representa su concordancia temporal con el actual período gubernamental. Las metas definidas en materia de salud encuentran respuesta en cada una de las prioridades identificadas, gracias a la amplia convocatoria efectuada para la elaboración de la estrategia y a la respuesta que se tuvo por parte un buen número de actores. Por otra parte, existe la convicción de que se requiere reforzar el rol rector de la ASN para que la consolidación de la reforma conlleve avances en la universalidad, la solidaridad del sistema, la equidad, la eficiencia, la integridad y la cooperación; como consigna la Ley 42-01.

## **6.1 Función y presencia de la OPS/OMS según la agenda estratégica**

### **6.1.1 Función**

La OPS/OMS en la República Dominicana, según sus características establecidas en la misión, la visión y el plan estratégico, tiene un posicionamiento clave para acompañar al país en el logro de sus objetivos definidos en la END y en el PLANDES. Se persigue, con este acompañamiento, que se avance en la reducción de las inequidades en salud y la mejora de las condiciones de vida; la articulación intersectorial y en el logro de los ODM, en especial de las poblaciones vulnerables.

En este sentido, la Representación de la OPS en República Dominicana continuará fortaleciendo y ejerciendo su función principal de asesor político y técnico y de entidad facilitadora de alianzas estratégicas dentro y fuera del país; a través de la promoción de la cooperación Sur-Sur y triangular, en apoyo a las prioridades en salud. En vista de la vulnerabilidad del país a desastres naturales y epidemias, se afianzará la función de la OPS/OMS de liderazgo en la respuesta a emergencias sanitarias.

### **6.1.2 Presencia**

La CT de la OPS en la República Dominicana nace en la década de los cincuenta, así se menciona y se refleja en la *Memoria* que presentaba el Secretario de Estado de Salud Pública y Previsión Social en la época en la cual el Servicio Nacional de Salud se consolidó<sup>28</sup>. A través de las décadas posteriores, la cooperación de la OPS ha contribuido a varios hitos en la historia de la salud pública en el país.

La CT de la OPS/OMS en la República Dominicana ha ido evolucionando a través del tiempo, manteniendo la función de asesor de política y técnico mediante el acompañamiento y transferencia del conocimiento científico-técnico para el fortalecimiento de las capacidades nacionales. La OPS/OMS en la República Dominicana se caracteriza por tener una presencia y relación sólida con las contrapartes, las acciones se realizan a través de la Oficina de la Representación que es la plataforma para el desempeño eficaz en el apoyo de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud que representa la labor de la Secretaría de la OPS como un todo en el país.

28 Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Organización Panamericana de la Salud en la República Dominicana. Santo Domingo; OPS, 2002. Página 72.

Por otro lado, la Representación de la OPS/OMS ha mantenido relaciones de cooperación con diversas instituciones desde pasadas décadas y ha ampliado sus socios provenientes de distintos sectores en base a vínculos políticos, estratégicos y técnicos, contando con el compromiso de los asociados para apoyar la agenda estratégica. Sin embargo, la presencia de la OPS/OMS en el país debe ser consolidada y fortalecida en su capacidad básica para cumplir adecuadamente sus funciones. A continuación se destacan las implicaciones que tendrá para la Representación de la OPS/OMS en República Dominicana la implementación de esta ECP elaborada para el período 2013 – 2017.

### **Implicaciones políticas**

- Para la implementación de la ECP, la oficina de país tendrá que continuar fortaleciendo y consolidando su red de relacionamiento en los ámbitos político, técnico y estratégico con el objetivo de promover la salud más ampliamente involucrando a más sectores gubernamentales, no gubernamentales, la academia, la sociedad civil y el sector privado; entre otros. Se requerirá además ejercer liderazgo y rol catalizador entre el grupo de donantes existentes en el país, para encontrar puntos complementarios y mecanismos para facilitar la coordinación, contribuir a la mejora de la eficacia de la cooperación y el abordaje conjunto de los determinantes sociales de la salud.
- Se busca fortalecer al MSP identificando conjuntamente los mecanismos para efectuar una mejor gestión de la CI. En el marco de la reforma del sector salud, el fortalecimiento de la rectoría constituye un tema que surgió repetidamente en las consultas realizadas y para los fines de la cooperación de la Representación en el marco de la ECP se requerirá del respaldo continuo de la Oficina Regional y si fuera necesario la movilización de la asesoría técnica de otros niveles del Secretariado de la OPS. Con igual importancia, es necesario consolidar las alianzas recientemente creadas, como por ejemplo con el CNSS en el tema de extensión de cobertura, con las Fuerzas Armadas en el tema de respuesta a las emergencias y con el Senado de la República para la colaboración en temas de interés legislativo.

### **Implicaciones técnicas y de recursos humanos**

- A mediano plazo, en cuanto al equipo técnico, se requiere analizar e identificar opciones concretas más estables para mejorar la capacidad instalada en el campo de los temas del Área de Salud Familiar y Comunitaria.
- La República Dominicana es estratégica para la importación de virus de enfermedades prevenibles por vacunas, dado que tiene una alta tasa de ingreso de turistas de diferentes regiones del mundo que no han aplicado las mismas estrategias que en las Américas. Por otro lado, está la interacción constante, con población migrante proveniente de Haití, en todo el país. Esta situación requiere el soporte sólido y continuo de un consultor que respalde los aspectos estratégicos y las acciones oportunas para mantener al país con alto nivel de protección.

- Se requerirá el apoyo del nivel subregional y regional en temas técnicos específicos pertenecientes al área de Sistemas y Servicios de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, como por ejemplo: recursos humanos en salud, seguridad social y legislación. Además, en el área de medicamentos y tecnologías sanitarias se requerirá mantener el apoyo técnico para ampliar el acceso a medicamentos y productos sanitarios. Así mismo, mantener el apoyo para el desarrollo del Sistema Nacional de Sangre a través de la implementación de la política nacional y el Plan Estratégico de Sangre y para la definición y desarrollo de procesos para la evaluación y adopción de tecnología sanitaria.
- En cuanto al personal de apoyo administrativo, en el corto plazo se requiere la colaboración del área de Recursos Humanos para revisar las responsabilidades de los distintos módulos administrativos de la Oficina de la Representación (compras, recursos humanos, correspondencia y cursos y seminarios) y fortalecer el desempeño en los mismos mediante capacitaciones para desarrollar competencias.
- Para cumplir con el Acuerdo de Cooperación Técnica sobre el fortalecimiento del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis firmado entre la OPS/OMS y el MSP, vigente hasta febrero del 2014, se requiere continuar el apoyo de un consultor internacional contratado para garantizar la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades relacionadas con la subvención del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- De acuerdo a los resultados positivos obtenidos en el período 2007 - 2013, es importante continuar con el abordaje sobre el desarrollo local, en las áreas más vulnerables del país, mediante la participación comunitaria y un enfoque interprogramático.
- A fin de obtener los beneficios que representa el uso estratégico de las redes sociales y de otros medios de comunicación (prensa escrita y digital, televisión, radio y páginas web; entre otros) en la prevención de enfermedades transmisibles y crónicas, se visualiza la necesidad de que la Representación cuente nuevamente con un puesto de comunicación social, que apoye también la comunicación en situaciones de emergencias sanitarias en el marco del RSI.
- La elevada prioridad que la OPS/OMS concede a la gestión de los riesgos asociados a los desastres queda reflejada, tanto en el rango que se atribuye a las actividades relacionadas con preparativos para respuesta a desastres dentro de los planes estratégicos, como en las distintas resoluciones aprobadas por los Estados miembros para respaldar esas actividades; mismas que se han garantizado luego del terremoto de Haití con una presencia técnica y de financiamiento sostenida. Este ámbito de trabajo reviste, asimismo, vital importancia tanto para mantener los esfuerzos iniciados y acompañar el logro en las metas establecidas por el MSP y el Gobierno nacional en el marco de la creación del Sistema Nacional de Emergencias y Desastres, como en las actividades incorporadas dentro del programa estratégico de la OPS/OMS.

### **Implicaciones administrativas y financieras**

- Como se indica en la sección 4.2, la Representación en la República Dominicana ha logrado movilizar recursos a fin de fortalecer la CT. Sin embargo, la movilización local es muy restringida a los temas de emergencias y desastres y cada día es más difícil para otros temas; situación que tendrá implicaciones para la cooperación y requerirá el apoyo del nivel regional y global de la OPS/OMS.
- En este mismo orden, cabe señalar la necesidad de realizar un análisis del costo de operación en el actual plantel físico de la Oficina de la Representación de la OPS/OMS, pues los gastos de operación y mantenimiento de las instalaciones consumen una gran proporción del presupuesto regular. Por ejemplo, los costos de energía eléctrica y combustibles son más altos en la República Dominicana que en la mayoría de los países de América.
- Es importante mencionar que el edificio donde actualmente están las oficinas de la OPS/OMS ya cuenta con quince años de uso aproximadamente, por lo que los costos de mantenimiento y reemplazo de mobiliario, cables y equipos se han elevado considerablemente en los últimos años. Recientemente, la oficina ha estado trabajando en mejorar su estructura tecnológica, pero se ha visto paralizada en varias ocasiones, ya que la infraestructura física del edificio no está preparada para los avances de los últimos años. Para poder actualizar la tecnología, la oficina ha tenido que invertir recursos en mejorar el cableado interno. De cara al futuro, se hará necesario evaluar diversas opciones para reducir los costos administrativos; analizando además la pertinencia de permanecer en las oficinas actuales y estudiando otras alternativas más costo-efectivas, teniendo en cuenta que es un tema que debe tratarse con la autoridad de gobierno correspondiente.

## **6.2 Uso del documento de la ECP**

La ECP ofrece una herramienta para la gestión de la cooperación de la OPS/OMS en la República Dominicana, con el gobierno y los aliados estratégicos que tienen como meta común la salud de la población dominicana. En este documento se establecen prioridades, basadas en los planes existentes en el país, el Plan Estratégico de la OPS y los lineamientos de la OMS; entre otros, para orientar los planes bianuales de la OPS, la organización de la oficina en el país, las líneas de coordinación con el MSP y otros socios y movilizar los recursos.

Este documento constituye una carta de navegación para darle continuidad a los procesos de fortalecimiento de las capacidades nacionales, a pesar de los cambios de autoridades, los procesos de transición política o la integración de nuevos aliados en momentos claves. El documento servirá de base para la definición de líneas programáticas desde la dimensión sanitaria a todos los socios y a los planificadores nacionales.

### **6.3 Seguimiento y evaluación de la ECP**

La OPS/OMS, en el marco de la presente Estrategia de Cooperación en el País, ha establecido un período de planificación de cinco años que inicia en el 2013 y terminará en el 2017. En este período se asegura una integración de forma pormenorizada de los resultados previstos y los indicadores contenidos en todos los niveles de planificación institucional, que van desde el Plan Estratégico de la OMS de alcance mundial, hasta el Plan Estratégico de la OPS para la Región de las Américas; así como los documentos de programas y presupuestos respectivos. También fueron tomados en cuenta los Planes de Trabajo Bienales en el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas.

La presente estrategia asegura que las prioridades y esferas estratégicas se armonicen a través del Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas; formando un menú de opciones programáticas de las cuales se deriven planes de trabajo bienales que semestralmente permiten el seguimiento y la presentación regular de los resultados de una forma sistemática; dando lugar a ajustes en las estrategias de ejecución y en los planes de trabajo; según se requiera.

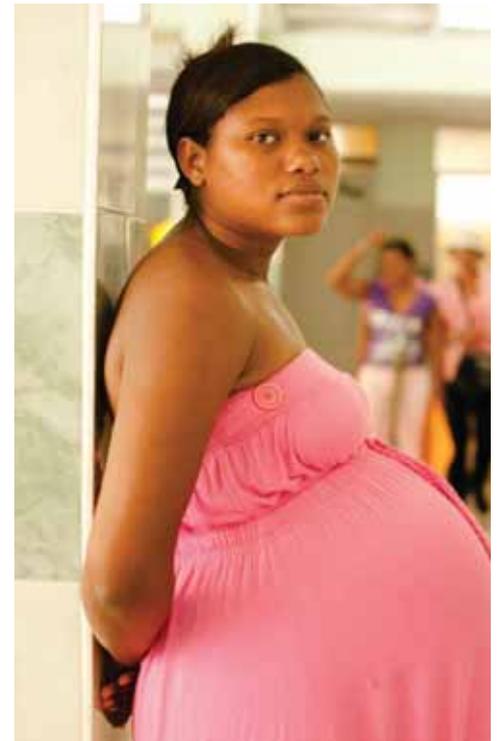
Al finalizar cada uno de los bienios cubiertos por la presente ECP, serán presentados a las autoridades de salud, informes de ejecución del programa y del presupuesto. Además, durante el período de ejecución se realizarán reuniones bilaterales-programáticas según sean requeridas, lo que permitirá hacer ajustes a la CT.

De esta manera serán presentados informes al MSP sobre el progreso realizado en la ejecución de este plan, en forma de evaluaciones de fin de bienio del programa y del presupuesto. No obstante durante el período de ejecución se realizarán reuniones bilaterales-programáticas según sean requeridas para hacer ajustes a la CT.





# Bibliografía y anexos



## Bibliografía

Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos, Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Mejora de la Información y Procedimiento de los Bancos centrales en el Área de Remesas: República Dominicana [internet]. México, DF: CEMLA; 2010. Disponible en: [http://www.remesasydesarrollo.org/uploads/media/Remesas-RepDominicana\\_1\\_.pdf](http://www.remesasydesarrollo.org/uploads/media/Remesas-RepDominicana_1_.pdf)

Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Macro International Inc. Encuesta Demográfica y de Salud 2007 [internet]. Santo Domingo: CESDEM, Macro International Inc.; 2007. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/ENDESA07.pdf>

Consejo de Ministros de Salud del Sistema de Integración Centroamericana. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 - 2015: Unidos por la Salud de Nuestros Pueblos. Aprobado en la XXXI Reunión del COMISCA, San José, CR, 3 - 4 de diciembre del 2009 [internet]. Disponible en: <http://www.sicasalud.net/sites/default/files/documentos/planSalud.pdf>

Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana. Agenda de Salud de Centroamérica y la República Dominicana 2009 - 2018. Aprobada en la Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana, Tegucigalpa; 30 y 31 de enero del 2009 [internet]. Tegucigalpa: COMISCA; 2009. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Agenda\\_Salud\\_Centroamerica\\_RepDom-2009-2018.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Agenda_Salud_Centroamerica_RepDom-2009-2018.pdf)

Medina D. Discurso de toma de posesión del Presidente Danilo Medina [internet]. Santo Domingo: PLD; 2012. Disponible en: <http://danilomedina.do/discurso/discurso-de-toma-de-posesion-del-excelentisimo-senor-presidente-de-la-republica-dominicana-lic-danilo-medina-sanchez>

Medina D. Plan de Gobierno 2012-2016 [internet]. Santo Domingo: PLD; 2012. Disponible en: <http://danilomedina.do/plan-de-gobierno-2012-2016>

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013 - 2016 [internet]. Santo Domingo: MEPyD; 2012. Disponible en: [http://www.economia.gob.do/UploadPDF/2013/PNPSP\\_2013-2016\\_Dic\\_14.pdf](http://www.economia.gob.do/UploadPDF/2013/PNPSP_2013-2016_Dic_14.pdf)

Ministerio de Salud Pública. Plan Decenal de Salud 2006 - 2015 [internet]. Santo Domingo: MSP; 2006. Disponible en: [http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Rep\\_Dominicana-Plan\\_Decenal\\_Salud\\_2006-15.pdf](http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Rep_Dominicana-Plan_Decenal_Salud_2006-15.pdf)

Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007 [internet]. Ciudad de Panamá: Ministros de Salud de las Américas; 2007. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)

Oficina Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples: ENHOGAR 2011 [internet]. Santo Domingo: ONE; 2012. Disponible en: <http://www.one.gob.do/index.php?module=uploads&func=download&fileId=4102>

Oficina Nacional de Estadísticas. IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010: Informe General [internet]. Santo Domingo: ONE; 2012. Disponible en: [http://censo2010.one.gob.do/volumenes\\_censo\\_2010/vol1.pdf](http://censo2010.one.gob.do/volumenes_censo_2010/vol1.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) 2012-2016: República Dominicana [internet]. Santo Domingo: ONU; 2011. Disponible en: [http://media.onu.org.do/ONU\\_DO\\_web/517/pages/docs/O992932001327668518.pdf](http://media.onu.org.do/ONU_DO_web/517/pages/docs/O992932001327668518.pdf)

Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Joint monitoring programme for water supply sanitation estimates for the use of improved drinking water sources: Dominican Republic [internet]. March 2012. Disponible en: [http://www.wssinfo.org/documents-links/documents/?tx\\_displaycontroller%5Btype%5D=country\\_files](http://www.wssinfo.org/documents-links/documents/?tx_displaycontroller%5Btype%5D=country_files)

Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Joint monitoring program for water supply and sanitation estimates for the use of improved sanitation facilities: Dominican Republic [internet]. March 2012. Disponible en: [http://www.wssinfo.org/documents-links/documents/?tx\\_displaycontroller%5Btype%5D=country\\_files](http://www.wssinfo.org/documents-links/documents/?tx_displaycontroller%5Btype%5D=country_files)

Organización Mundial de la Salud. Country profile of Environmental Burden of Disease: Dominican Republic [internet]. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/national/countryprofile/dominicanrepublic.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/dominicanrepublic.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Dominican Republic alcohol profile [internet]. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/dom.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/dom.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Dominican Republic Road Safety Profile [internet]. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/country\\_profiles/dominican\\_republic.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/country_profiles/dominican_republic.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Perfil Sanitario: República Dominicana [internet]. 2013. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/countries/dom/es/>

Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005) [internet]. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/entity/ihr/IHR\\_2005\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/ihr/IHR_2005_es.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategias OPS/OMS de cooperación en los países: guía para el 2010 [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/countryfocus/PAHO-CCS\\_Guide2010\\_Spa\\_version.pdf](http://www.who.int/countryfocus/PAHO-CCS_Guide2010_Spa_version.pdf)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan Estratégico 2008 - 2012: modificado (Proyecto) [internet]. Washington, DC: OPS; 2009. (OPS. Documento oficial; n.º 328). Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD%20328-documento%20completo.pdf%20>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre eSalud. 51ª. Reunión del Consejo Directivo; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington, DC [internet]. Washington, DC: OPS; 2011. (Documento CD51/13). Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=14573&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14573&Itemid=)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: resolución CD51.R5. 51ª. Reunión del Consejo Directivo; 26 al 30 septiembre del 2011; Washington, DC [internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2011. (Resolución CD51.R5). Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15063&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15063&Itemid=)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones. 28ª. Conferencia Sanitaria Panamericana; 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington, DC [internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2012. (CD51/13). Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=18430&Itemid=&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18430&Itemid=&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia y Plan de acción sobre gestión del conocimiento y comunicaciones. 28ª. Conferencia Sanitaria Panamericana; 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington, DC [internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2012. (CD51/13). Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=18879&Itemid=270&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18879&Itemid=270&lang=es)

República Dominicana. Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Ley n.º 1-12. Gaceta Oficial n.º 10656, 25 de enero del 2012 [internet]. Disponible en: <http://www.consultoria.gov.do/spaw2/uploads/files/Ley%20No.%201-12.pdf>

República Dominicana. Ley General de Salud, n.º 42-01. Gaceta Oficial n.º 10075, 8 de marzo del 2001 [internet]. Disponible en: [http://dgha.gob.do/marco\\_legal\\_file/leyes/Ley\\_General\\_de\\_Salud\\_42-01.pdf](http://dgha.gob.do/marco_legal_file/leyes/Ley_General_de_Salud_42-01.pdf)

República Dominicana. Ley n.º 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Gaceta Oficial n.º 10086, 24 de abril de 2001 [internet]. Disponible en: <http://www.sisalril.gob.do/pdf/ley8701.pdf>

## Anexos

### Anexo 1 Objetivos estratégicos de la OPS

1. Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.
2. Combatir la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.
5. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.
6. Promover la salud y el desarrollo y prevenir o reducir factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud.
7. Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.
8. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.
9. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.
10. Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.
11. Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la evidencia científica de los sistemas de salud.
12. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.
13. Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, productivo y capaz de responder a las necesidades, con miras a mejorar los resultados sanitarios.
14. Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.
15. Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el SNU y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud para las Américas.
16. Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.

## Anexo 2

### Lista de participantes

Santo Domingo, 5 a 9 de noviembre del 2012.

Personas que participaron en las diferentes sesiones de consulta para la realización de la ECP. Algunas personas estuvieron presentes en más de una sesión, lo cual no se refleja en esta lista.

n.º	Nombre y cargo	Institución
1.	Antonio Cocco Quezada Presidente	ACQ y Asociados
2.	Doris Holguín Oficial de Programas	Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
3.	Ruriko Matsuoka Coordinadora de Voluntarios	Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
4.	Mercedes García Marín Responsable de Proyectos de Agua y Saneamiento	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
5.	Damaris Goldsjen Asesora Técnica en Salud	Agencia para el Desarrollo Internacional (AID)
6.	Ada Ylida Pérez Heredia Secretaria de Finanzas	Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG)
7.	Ivelisse Sánchez Presidenta	Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG)
8.	Rubesinda Valdez Solís Vicepresidenta	Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas (ADEG)
9.	Modesto Cruz Vicepresidente	Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM)
10.	Juan Alberto Marmolejos López Director Ejecutivo	Asociación Dominicana de Mitigación de Desastres (ADMD)
11.	Miguel A. Andújar R. Director Médico	Autoridad Portuaria Dominicana (APORDOM)
12.	Haydeeliz Carrasco Núñez Consultora	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
13.	Sandro Parodi Especialista en Protección Social y Salud	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
14.	Xavier Grau Sectorialista de Agua y Saneamiento	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
15.	Marjaana Hypponen Especialista Ambiental	Banco Mundial (BM)
16.	McDonald Benjamin Representante Residente	Banco Mundial (BM)
17.	Mildred R. Disla Meléndez Coordinadora Laboratorio	Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA)
18.	Nicomedes Castro Salas Presidente	Centro de Investigación y Apoyo Cultural (CIAC)
19.	William José M. Suazo, Capitán de Navío Enlace de las Fuerzas Armadas Coordinador de la Sección de Salud	Centro de Operaciones de Emergencia (COE)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
20.	Manuel de Jesús González de Peña Encargado Filariasis	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)
21.	Eddy Pérez Then Director Departamento Gestión del Conocimiento	Centros de Diagnóstico, Medicina Avanzada y de Conferencias Médicas y Telemedicina (CEDIMAT)
22.	Oliver Morgan Director en República Dominicana	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
23.	William Duke Epidemiólogo	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
24.	Mirta Calderón Presidenta	Círculo de Periodistas con Perspectiva de Género
25.	Luis Moreno Cárdenas Presidente	Círculo de Periodistas de la Salud (CIPESA)
26.	Ángel Darío García Director Ejecutivo	Coalición ONG Sida
27.	Maritza Altagracia Alcántara Secretaria General	Colegio Dominicano de Bioanalistas
28.	Zobeida Estrella Secretaria General	Colegio Dominicano de Bioanalistas
29.	Bartolina Romero Ogando Secretaria de Publicaciones y Biblioteca	Colegio Médico Dominicano (CMD)
30.	Luis Luna Paulino Director	Comisión Nacional de Emergencia, Defensa Civil
31.	Alexandra Morillo Gerente de Planificación y Desarrollo	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
32.	Eduard Del Villar Subgerente General	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
33.	Juana González Gerente Salud y Riesgos Laborales	Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
34.	Daneydi Maribel Rodríguez Echavarría Encargada Fortalecimiento Comunitario VIH/sida	Consejo Nacional para el VIH y el Sida (CONAVIHSIDA)
35.	Alex Batista Coordinador de Salud (interino)	Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI)
36.	Antonella Cellucci Directora Departamento Técnico	Consejo Nacional sobre Discapacidad (CONADIS)
37.	Magino Corporán Director Ejecutivo	Consejo Nacional sobre Discapacidad (CONADIS)
38.	Farah Ninoska Peña Pimentel Directora Programa Nacional de Salud Comunitaria	Cruz Roja Dominicana
39.	Anneline Escoto Salcedo Consultora Jurídica	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
40.	Nélsida Altagracia Marmolejos Directora	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
41.	Cirilo José Fernández Abreu Director General	Dirección General de Cuerpo Médico y Sociedad, Fuerzas Armadas (FFAA)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
42.	Primitivo A. Moquete M. Subdirector General	Dirección General de Migración (DGM)
43.	Amarilys Torres Domínguez Tercera Secretaria Asuntos Científicos, Técnicos y Salud	Embajada de Cuba
44.	Beatriz Alcántara Encargada de Gestión Territorial y Ambiental	Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU)
45.	Sara Menéndez Oficial de Supervivencia y Desarrollo Infantil Coordinador de Políticas Ambientales y Control de Tabaquismo	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)
46.	Eduardo Gautreau	Fundación Promunicipios Saludables
47.	Mario Holguín Presidente Ejecutivo	FundaReD
48.	Tito Suero Portorreal Jefe de Enseñanza	Hospital General de la Policía Nacional
49.	Paulino Díaz Ozoria Director	Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
50.	Rolando Lafontaine Director	Hospital Moscoso Puello
51.	Juan Daniel Periche Fernández Director Programa de Control de la Lepra	Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP)
52.	Arislenny Bautista Analista de Gestión	Instituto Dominicano de Aviación Civil (IDAC)
53.	María del Carmen Cabral Cabrera Coordinadora de Seguridad y Salud Ocupacional	Instituto Dominicano de Aviación Civil (IDAC)
54.	Leonardo Brito S. Encargado de Redes y Servicios	Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)
55.	Dileccio Vanderlinder Técnico Analista	Instituto Internacional de Cooperación Agrícola (IICA)
56.	Ana Irma Furcal Encargada División de Tratamiento de Aguas Residuales	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA)
57.	Esther Reyes Co-directora Nacional Proyecto INAPA/AECID Especialista en Gestión Social Programa INAPA/BID/AECID Coordinadora Adjunta FOCARD/APS	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA)
58.	Freddy Poché Encargado de Mantenimiento y Mejoramiento del Agua	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA)
59.	Georgia Espinal Profesora Área de Ciencias de la Salud	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
60.	Julio Sánchez Mariñez Vicerrector de Investigación y Extensión	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
61.	Lourdes Contreras Coordinadora General Centro de Equidad de Género	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
62.	Lucero Arboleda Directora Ejecutiva de Biblioteca Coordinadora BVS nacional	Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
63.	Loida Mercedes Gonzáles López Encargada Departamento de Microbiología	Laboratorio Nacional de Salud Pública Dr. Defilló (LNSPDD)
64.	Agnes Cishek Viceministra de Planificación Sectorial Agropecuaria	Ministerio de Agricultura
65.	Deysi María Terrero Coordinadora Técnica Laboratorio Veterinario Central	Ministerio de Agricultura
66.	Dora Luisa Sánchez Directora Oficina de Tratados Comerciales Agrícolas	Ministerio de Agricultura
67.	Laura Naut Directora Departamento de Cooperación Internacional	Ministerio de Agricultura
68.	Nicober Hilartides Moreno Asistente Técnico Viceministerio de Planificación Sectorial	Ministerio de Agricultura
69.	Rafael Núñez Director Departamento de Sanidad Animal	Ministerio de Agricultura
70.	Raúl Peralta Girón Director Departamento de Inocuidad Alimentaria	Ministerio de Agricultura
71.	Wendy Mencía González Guzmán Encargada División Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Ganadería	Ministerio de Agricultura
72.	Ariza Hernández Coordinadora Programa de Educación Afectivo Sexual	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT)
73.	Ricarda Sánchez Técnica de Nutrición Dirección General de Bienestar Estudiantil	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT)
74.	Rosa A. Céspedes Garrido Directora Educación Médica	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCYT)
75.	Cirilo José Fernández Abreu Director General Dirección General del Cuerpo Médico y Sanidad Militar	Ministerio de las Fuerzas Armadas
76.	Jacqueline Lucia Medrano Sánchez Directora Dirección General de Reglamentos y Sistemas	Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC)
77.	Luz Patria Bonilla Encargada de División Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial	Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC)
78.	María Solano Guzmán Encargada Departamento de Gestión Ambiental y Riesgos	Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC)
79.	Adela Ramírez Encargada de Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
80.	Alba Heredia Encargada Saneamiento Básico Viceministerio de Salud Ambiental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
81.	Ana Gisela Ramos Brito Políticas y Planificación Viceministerio de Planificación y Desarrollo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
82.	Angelina Sosa Lovera Encargada de Proyectos e Investigación Dirección de Salud Mental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
83.	Arelis Batista Concepción Coordinadora de Servicios de Atención VIH Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
84.	Arelis Mercedes Sánchez Encargada de Calidad Dirección de Bancos de Sangre	Ministerio de Salud Pública (MSP)
85.	Bertha Patricia Lahoz Bonks Encargada Programación y Planificación Viceministerio de Planificación y Desarrollo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
86.	Bruna Caro Mateo Coordinadora Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes	Ministerio de Salud Pública (MSP)
87.	Bruno Calderón Encargado de Salud Ocupacional Viceministerio de Salud Ambiental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
88.	Carlos Alexander Suazo Franco Director Dirección de Atención Primaria	Ministerio de Salud Pública (MSP)
89.	Cecilia Then Coordinadora Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Dirección General de Epidemiología	Ministerio de Salud Pública (MSP)
90.	Claribel Alexandra Vargas Cabrera Encargada de Convenios y Acuerdos de Gestión	Ministerio de Salud Pública (MSP)
91.	Cristina Tavares Técnico Unidad Coordinadora de Atención Integral Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
92.	Cruvianka Pol Paulino Directora Normas y Protocolos de Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
93.	Daniel Mola Técnico Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Ministerio de Salud Pública (MSP)
94.	Danny Rafael Rincón Melenciano Coordinador Ambiental Salud y Turismo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
95.	Donatilo Rafael Santos Rosario Coordinador Nacional Salud de la Mujer	Ministerio de Salud Pública (MSP)
96.	Elizabeth Gómez del Orbe Unidad de Monitoreo y Evaluación de Análisis Sectorial	Ministerio de Salud Pública (MSP)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
97.	Emilia Antonia Argelia Guzmán Capellán Directora Dirección Nacional de Investigación en Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
98.	Francini Placencia González Directora General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad	Ministerio de Salud Pública (MSP)
99.	Francisca Margarita Lara Felipe Encargada de Gestión del Conocimiento Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional	Ministerio de Salud Pública (MSP)
100.	Gregorio Catano Responsable Espacios Libres de Humo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
101.	Gregorio Gutiérrez Pérez Coordinador Programa Hospitales Seguros Dirección Nacional de Emergencias y Desastres	Ministerio de Salud Pública (MSP)
102.	Héctor R. Guerrero Gerente Regional VI de Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
103.	Iraima del Carmen Serrano Farfán Coordinadora de Programas DDF/DPS/DMS	Ministerio de Salud Pública (MSP)
104.	Jocelyn Puente Encargada de Recursos Humanos de Redes	Ministerio de Salud Pública (MSP)
105.	Jordi Chahin Constanzo Auxiliar de Epidemiología Área VII de Salud, Santo Domingo Oeste	Ministerio de Salud Pública (MSP)
106.	José Luciano Lucas Ortiz Director Dirección General de Información y Estadística	Ministerio de Salud Pública (MSP)
107.	José Mieses Michel Director Dirección de Salud Mental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
108.	Juana A. Solano C. Dirección Nacional de Enfermería	Ministerio de Salud Pública (MSP)
109.	Judhy Arlene Astacio Técnica Dirección General de Promoción y Educación para la Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
110.	Leocadio Ramírez Alcántara Director de Almacén	Ministerio de Salud Pública (MSP)
111.	Lucas F. Gómez Ramírez Director Dirección General Servicios Especiales DDF/SRS	Ministerio de Salud Pública (MSP)
112.	Luis Ernesto Feliz Báez Director Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
113.	María Antonia Matos Pérez Técnica Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Ministerio de Salud Pública (MSP)
114.	María Magdalena García Rodríguez Asistente Técnico Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional	Ministerio de Salud Pública (MSP)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
115.	Mariam Montes de Oca Jiménez Coordinadora Nacional Centros Coordinadores de Respuesta a Urgencias, Emergencias y Desastres	Ministerio de Salud Pública (MSP)
116.	Martha Margarita Santana Directora Área V de Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
117.	Martín de Jesús Viloria González Director Centro Antirrábico Nacional	Ministerio de Salud Pública (MSP)
118.	Mary Isabel Reyes Álvarez Directora Unidad de Cuentas Nacionales de Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
119.	Máximo Wagner Canela de los Santos Encargado de Salud Sexual y Reproductiva y del Programa de Emergencias y Desastres Área VII de Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
120.	Mayra Pichardo Analista de Género y Salud Oficina de Equidad de Género	Ministerio de Salud Pública (MSP)
121.	Mercedes Laura Jiménez Díaz Coordinadora de Programas Viceministerio de Salud Colectiva	Ministerio de Salud Pública (MSP)
122.	Mercedes Yvonne Rodríguez Nieves Viceministra Administrativa y Financiera	Ministerio de Salud Pública (MSP)
123.	Mirelys Marte Técnica Proyecto Conjunto Banano Viceministerio de Salud Ambiental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
124.	Modesto Pérez Encargado de Codex Alimentarius Departamento de Nutrición	Ministerio de Salud Pública (MSP)
125.	Nelson R. Gómez Moscat Director Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento DPS/DAS	Ministerio de Salud Pública (MSP)
126.	Nilda Pérez Moreta Gerente Regional IV del Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
127.	Noemí Lara Lucas Coordinadora Planificación y Desarrollo Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
128.	Nuris Vargas Médico Asistente Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
129.	Octavio Andrés Comas Ureña Encargado de Planeamiento Hospitalario Dirección Nacional de Emergencias y Desastres	Ministerio de Salud Pública (MSP)
130.	Oswaldo Antonio Lorenzo Jiménez Encargado Programa Nacional Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
131.	Pedro Vargas Responsable Enfermedades Crónicas no Trasmisibles DPS Santiago	Ministerio de Salud Pública (MSP)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
132.	Rafael Montero Director Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional	Ministerio de Salud Pública (MSP)
133.	Rafael Ortiz Díaz Coordinador Técnico Viceministerio Planificación y Desarrollo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
134.	Rafael Schiffino Viceministro Salud Colectiva	Ministerio de Salud Pública (MSP)
135.	Raiza Santana Subdirectora Dirección Nacional de Emergencias y Desastres	Ministerio de Salud Pública (MSP)
136.	Raquel Pimentel Directora Dirección General de Epidemiología	Ministerio de Salud Pública (MSP)
137.	Romanis Encarnación de Calvillo Médico Gerontólogo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
138.	Salvador Hiciano Encargado de Control de Riesgos en Alimentos y Bebidas Viceministerio de Salud Ambiental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
139.	Séntola Martínez Rodríguez Director Dirección Nacional de Emergencias y Desastres	Ministerio de Salud Pública (MSP)
140.	Sheila Elsira Almonte García Técnica Dirección de Planificación y Sistemas de Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
141.	Silvia Tejada Rosario Directora Dirección Nacional de Enfermería	Ministerio de Salud Pública (MSP)
142.	Sócrates E. Sosa Peña Director Dirección Nacional Bancos de Sangre	Ministerio de Salud Pública (MSP)
143.	Sonia Ymaris Sánchez Valdez Subdirectora Dirección Nacional de Investigación en Salud	Ministerio de Salud Pública (MSP)
144.	Susana Santos Directora Departamento de Nutrición	Ministerio de Salud Pública (MSP)
145.	Tomiris Lissette Estepan Herrera Coordinadora Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Ministerio de Salud Pública (MSP)
146.	Vanessa Hilario Coordinadora Técnica Viceministerio de Salud Ambiental	Ministerio de Salud Pública (MSP)
147.	Víctor Calderón Martínez Director Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia	Ministerio de Salud Pública (MSP)
148.	Vilma Guerrero de los Santos Directora Dirección de Drogas y Farmacias	Ministerio de Salud Pública (MSP)
149.	Virgilio Cedano Viceministro de Planificación y Desarrollo	Ministerio de Salud Pública (MSP)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
150.	Xiomara Elizabeth Aquino Castillo Coordinadora Nacional de Consejería y Acompañamiento Psicológico Dirección General de Control de las ITS y Sida	Ministerio de Salud Pública (MSP)
151.	Yira Tavárez Villamán Coordinadora Estratégica DDF/SRS	Ministerio de Salud Pública (MSP)
152.	Yuderka Arrendel Directora de Planificación Viceministerio de Planificación y Desarrollo	Ministerio de Salud Pública (MSP)
153.	Zacarías Garib Arbaje Director Nacional Programa Ampliado de Inmunización	Ministerio de Salud Pública (MSP)
154.	Cy Winter Jefe de Misión	Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
155.	Jean-Filippe Antolin Jefe de Operaciones	Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
156.	Carmen Lambert Consultora	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
157.	Escarle Peña Consultora	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
158.	Padre José Navarro Coordinador	Pastoral Materno Infantil
159.	David J. Losk Coordinador	President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR)
160.	Altagracia Paulino Directora	PROCONSUMIDOR
161.	José Valenzuela Subdirector Técnico	PROCONSUMIDOR
162.	Bélgica Núñez Coordinadora	Programa Conjunto para el Fortalecimiento de la Cadena de Valor del Banano Mediante el Crecimiento de Mercados Inclusivos (PC Banano)
163.	Hernán Rodríguez Técnico	Programa Conjunto para el Fortalecimiento de la Cadena de Valor del Banano Mediante el Crecimiento de Mercados Inclusivos (PC Banano)
164.	Odite Johnson Coordinadora Operativa ODM	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
165.	Rita Licelot Cruz Santelises Monitoreo y Evaluación de Proyectos Unidad de Inclusión Social y Económica	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
166.	Alexandra Martínez Gobernadora del Distrito 4060	Rotary Internacional
167.	Hilda Cruz García Encargada de los Servicios de Salud	Seguro Nacional de Salud (SENASA)

## Anexo 2: lista de participantes, continuación

n.º	Nombre y cargo	Institución
168.	Ysidro Rodríguez Presidente	Sociedad Dominicana de Emergenciología
169.	Carmen Sarah Mota Tejada Miembro Directiva 2012 - 2014	Sociedad Dominicana de Infectología (SDI)
170.	Talía Feires Presidenta Comité División VIH/sida	Sociedad Dominicana de Infectología (SDI)
171.	Aidee Melania Cuás Ramírez Presidenta	Sociedad Dominicana de Medicina Familiar (SODOMEFA)
172.	Gianmarco Martínez Paulino Gerente de Operaciones	Sociedad Dominicana de Medicina Prehospitalaria (PROMED)
173.	Ruddy de los Santos Guerrero Presidente	Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología
174.	Leonardo de Jesús Reyes Madera Presidente	Sociedad Dominicana de Sísmica (SODOSISMICA)
175.	Pedro Emmanuel Ramírez Slaibe Director de Aseguramiento en Salud del Régimen Subsidiado	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
176.	Martín Esteban Acosta del Rosario Oficial de Asistencia Humanitaria	UN OCHA
177.	Amarilis Then Docente Área de Nutrición Facultad de Ciencias de la Salud	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
178.	Erodit de Jesús Calcaño Directora Escuela de Farmacia Facultad de Ciencias de la Salud	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
179.	Francisco Torres Lebrón Investigaciones en Crónicas	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
180.	Juana María Méndez Directora Escuela de Enfermería	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
181.	Luz Adalgisa Linares Vicedecana Facultad de Ciencias de la Salud	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
182.	María Virtudes Méndez Santana Encargada Docente Facultad de Ciencias de la Salud	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
183.	Mercedes Feliciano Directora Oficina Gestión de Riesgos	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
184.	Virgen Gómez Asesora en Rubéola y Sarampión	Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
185.	Wilfredo Mañón Decano Facultad Ciencias de la Salud	Universidad Evangélica (UNEV)
186.	Claridania Rafaela Rodríguez Berroa Directora de Posgrado Facultad de Ciencias de la Salud	Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)
187.	Démeter de Marchena Pérez Editora Acta Médica Dominicana	Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

# OPS/OMS

[www.paho.org/dor/](http://www.paho.org/dor/)

Representación de la Organización Panamericana de la Salud /  
Organización Mundial de la Salud en la República Dominicana  
Página web: [www.paho.org/dor/](http://www.paho.org/dor/)