

ESTRATEGIA
DE COOPERACIÓN
CON EL PAÍS

**República
Dominicana**
2007-2011

OPS
ONVS



ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON EL PAÍS

República Dominicana

2007-2011



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS

CATALOGACIÓN POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO
Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud
Estrategia de cooperación con el país: República Dominicana, 2007-2011.
Santo Domingo, D. N.: OPS, 2007.

1. Cooperación técnica. 2. Salud pública. 3. Cooperación internacional.
4. Agenda de prioridades en salud. 5. República Dominicana. I. Título
CDD 614

ISBN 978-99934-67-43-4

PARTICIPANTES DEL PROCESO

–Equipo de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

DR. BAUTISTA ROJAS GÓMEZ, Secretario de Estado

DR. TIRSIS QUEZADA

DR. FRANK FERNÁNDEZ

–Equipo técnico de la Representación OPS/OMS

DRA. CRISTINA NOGUEIRA, Representante OPS/OMS

LIC. LIDUVINA MOREL • ING. CARLOS MORALES • LIC. ROSARIO GUZMÁN

DRA. CELIA RIERA • DRA. ROSARIO CABRERA • DR. RAÚL MONTESANO • DR. OSCAR SURIÉL

LIC. CECILIA MICHEL • LIC. MARÍA ANTONIETA GONZÁLEZ • DR. GERARDO ALFARO

DRA. SELMA ZAPATA • LIC. DALIA CASTILLO • ING. ALBERTO NOBOA

–Misión internacional

DR. ALFREDO CALVO • DR. ALBINO BELOTTO • DR. LUIS ROBERTO ESCOTO • DRA. CECILIA ACUÑA

DRA. VIRGINIA CAMACHO • DRA. BEATRIZ BONNEVAUX • DR. RAÚL CASTELLANOS

DR. HERNÁN DELGADO • SR. ROBERT MERIWETHER • DRA. ELIZABETH P. DE CORDÓN

Santo Domingo, D. N., República Dominicana
© Organización Panamericana de la Salud, junio 2007

–El contenido de este documento puede ser reproducido y traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que no se use para fines comerciales siempre y cuando se cite la fuente original.

–La fotografía superior de la página 48 y las de las páginas 64 y 82 fueron suministradas por la Secretaría de Estado de Turismo.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OPS/OMS

Calle Pepillo Salcedo, Recta Final, Plaza de la Salud, Edificio OPS/OMS

Apartado Postal 1464, Santo Domingo, D. N., República Dominicana

Teléfono: 809-562-1519, Fax: 809-544-0322

Correo electrónico: e-mail@dor.ops-oms.org URL: <http://www.dor.ops-oms.org>

Diseño y arte final: NINÓN LEÓN DE SALEME

Impresión: AMIGO DEL HOGAR

Santo Domingo, República Dominicana

Diciembre, 2007

Tabla de contenido

Presentación	7
Lista de abreviaturas.....	9
Resumen.....	13
Introducción	17
I. Desafíos del Desarrollo y la Salud en República Dominicana ..	19
Contexto macroeconómico, político y social –macro determinantes–	19
Situación de salud.....	24
–Aspectos demográficos	24
–Daños y riesgos a la salud.....	26
–Determinantes ambientales y asociados al turismo y a desastres.....	37
Políticas, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud ..	39
–Caracterización general del Sector.....	39
–Avances en la Reforma del Sector Salud y Seguridad Social.....	41
Promoción de la salud y participación social.....	43
Información y gestión del conocimiento	44
Desafíos	46
II. Cooperación Internacional en República Dominicana	49
Gestión de la cooperación internacional	49
Principales agencias y programas de cooperación en el sector salud	50
Coordinación de la cooperación internacional en salud.....	53
Análisis de la cooperación internacional.....	54
III. Programa de Cooperación de OPS/OMS con República Dominicana	55
El programa de trabajo	55
Recursos financieros	58
Recursos humanos	60
Infraestructura física.....	60
Normas Mínimas de Seguridad Operacional	60
Análisis de las entrevistas realizadas a los actores claves del sector salud	61

IV. Marco de Políticas Corporativas: Directrices Globales y Regionales	65
Metas globales de la Organización Mundial de la Salud	65
Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2003-2007	66
V. Agenda Estratégica de la Cooperación de OPS con República Dominicana	69
Estrategia de cooperación OPS/OMS 2006-2007	69
Escenario de la estrategia de cooperación 2007-2011	70
Fortalezas y oportunidades para el desarrollo de la agenda de cooperación técnica	72
Hacia la articulación de esfuerzos para el Desarrollo Nacional de la Salud	73
Agenda estratégica de cooperación técnica de la OPS/OMS con el país	74
–Ejes estratégicos	74
–Ejes transversales	77
–Contexto	80
VI. Implementación de la Agenda Estratégica: Implicaciones y Estrategias	83
Implicaciones políticas	83
Implicaciones gerenciales	84
Implicaciones técnicas.....	85
Implicaciones en el recurso humano	85
Implicaciones administrativas.....	85
Recursos financieros	85
Estrategias para la implementación de la agenda de cooperación	86
Anexos	91
Bibliografía	97

Presentación

Desde el año 1999, la Organización Mundial de la Salud inició el proceso de formular estrategias de cooperación con cada uno de los países miembros, con el objetivo de definir un marco estratégico de colaboración a ser implementado en el mediano plazo.

Esta “Estrategia de Cooperación con los Países” (ECP), refleja un equilibrio entre las prioridades nacionales y las orientaciones y prioridades de la OMS/OPS. Constituye el marco de cooperación en y con el país, y señala las tareas que desempeñará la Organización, así como la forma de realizarlas y los colaboradores.

La ECP es una referencia para el conjunto de la Organización con respecto a las actividades en los países, y sirve de referente para diseñar planes, confeccionar presupuestos y asignar recursos. Además, se utiliza para movilizar recursos humanos y financieros con objeto de reforzar el apoyo de la Organización a los países, contribuyendo con ello de manera óptima al Desarrollo Nacional de la Salud. Este ejercicio se nutre de los escenarios de coordinación y coparticipación para la cooperación de las Agencias del Sistema, reflejados en el sistema de evaluación común para los países/Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CCA/UNDAF), a la vez que contribuye a enriquecerlo.

En República Dominicana, el ejercicio de preparación del ECP inició en el año 2006, con un intenso proceso de consultas y de análisis durante el cual el equipo nacional de OPS estuvo acompañado por las autoridades nacionales y por una misión de los niveles regional y global en dos momentos. En la primera misión, se realizaron más de ochenta entrevistas a autoridades e instituciones nacionales, y en la segunda, se realizó el análisis del resultado de estas entrevistas.

Con estos insumos, y tomando como base documentos y compromisos clave del país como son: el compromiso con el logro de las metas y objetivos del milenio al 2015; la Estrategia Tolerancia Cero; el proceso de reforma del sector salud y el Plan Decenal de Salud, entre otros, se estructuró la Agenda Estratégica de Cooperación con el país, en la que se definen los siguientes ejes estratégicos:

1. Políticas Públicas Saludables, Gobernabilidad y Gestión de Información y Conocimiento
2. Sistemas y Servicios de Salud y Protección Social.
3. Seguridad Humana y Desarrollo Sostenible.
4. Vigilancia de la Salud Pública para una Toma de Decisiones Basadas en Evidencia.
5. Salud Familiar y de la Comunidad.

La implementación de esta Agenda Estratégica en el período 2007-2011, que tiene como finalidad contribuir al Desarrollo Nacional, constituye un compromiso compartido de la OPS con el país, del cual participan a su vez no sólo las autoridades sanitarias, sino todos los actores que de una u otra manera están involucrados en el sector salud.

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

Dra. Ana Cristina Nogueira
Representante de la OPS/OMS
República Dominicana

Lista de abreviaturas

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AMEG	American Manufacturers Export Group
APA	Atención primaria ambiental
APS	Atención Primaria en Salud
ARS	Aseguradora de Riesgos de Salud
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPB	Programa de presupuesto bienal
BVS / BVSA	Biblioteca Virtual en Salud / Biblioteca Virtual en Salud y Ambiente
CENCET	Centro Nacional de Enfermedades Tropicales
CENISMI	Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CESDEM	Centro de Estudios Sociales y Demográficos
CLAD	Centro Latinoamericano de Demografía
CNE	Comisión Nacional de Emergencias
CNSIC	Comisión Nacional para la Sociedad de la Información y el Conocimiento
CNSS	Consejo Nacional de Seguridad Social
COE	Centro de Operaciones de Emergencias
CONSATUR	Comité Nacional de Salud y Turismo
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
CT	Cooperación Técnica
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DMS	Dirección Municipal de Salud
DOTS/TAES	Tratamiento acortado directamente observado
DPS	Dirección provincial de salud
DR/CAFTA	Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centro América y República Dominicana

ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECP	Estrategia de cooperación con el país
EE	Ejes estratégicos
EFRICARD	Estudio de Factores de Riesgos Cardiovasculares en la República Dominicana
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
EPA	Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos
ET	Ejes transversales
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FEDOMU	Federación Dominicana de Municipios
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
FFAA	Fuerzas Armadas
FOCARD	El Foro Centroamérica y República Dominicana sobre Agua Potable y Saneamiento
FONAP	Fondo de Atención Primaria
FONDOCYT	Fondo de ciencia y tecnología
HINARI	Iniciativa InterRed-Salud de acceso a la investigación
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
INAPA	Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados
INDOTEL	Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
INSTRAW	Instituto de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer
LGS	Ley General de Salud
LAVECEN	Laboratorio Veterinario Central
MOSS	Normas Mínimas de Seguridad Operacional
OEA	Organización de los Estados Americanos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAPLAN	Oficina Nacional de Planificación
ONFED	Oficina Nacional para los Fondos Europeos de Desarrollo
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Y SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PALTEX	Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción
PARSS	Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PDSPS	Proyecto de Desarrollo de los Servicios de Salud
PEA	Población económicamente activa
PEN	Plan Estratégico Nacional de VIH y SIDA
PIB	Producto Interno Bruto

PLANDES	Programa Nacional de Desarrollo
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMRSS	Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRONAISA	Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes
PROMESE	Programa de Medicamentos Esenciales
PROSISA	Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud
PRSP	Estrategia de Lucha de Reducción de la Pobreza
PSS	Proveedores de Servicios de Salud
RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana
SAN	Seguridad alimentaria y nutricional
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SICA	Sistema de Integración Centroamericano
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SISCA	Secretaría de la Integración Social Centroamericana
SNEM	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SRS	Servicios Regionales de Salud
SUMA	Sistema de Manejo Integral de Suministros Humanitarios
SWAP	Estrategia de Enfoque Sectorial
TB	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
TSS	Tesorería de la Seguridad Social
TLC	Tratado de Libre Comercio
UASD	Universidad Autónoma de Santo Domingo
UE	Unión Europea
UGAM	Unidades de Gestión Ambiental
UHF	Frecuencia Ultra Alta (Ultra High Frequency)
UNAP	Unidad de Atención Primaria de Salud
UNDAF	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UUNN	Naciones Unidas
UVN	Voluntario de Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Resumen

El plan estratégico de la Organización Mundial de la Salud para el período 2008-2013¹ define el marco de la cooperación técnica de la OPS para la Región de las Américas y es uno de los insumos claves para la definición de la estrategia de cooperación en el país. Tomando dicho instrumento como marco de referencia, y a partir de un proceso de consultas y de análisis para la definición de la Estrategia de Cooperación con el País (ECP), se han estructurado los siguientes elementos que constituyen la Agenda Estratégica de Cooperación con el País:

1. Los ejes estratégicos, que figuran como base de la respuesta de la cooperación a los aspectos de la agenda inconclusa en salud y a los nuevos desafíos.
2. Los ejes transversales, que son soporte importante en la implementación de los ejes estratégicos y en la sostenibilidad de los logros alcanzados, y
3. El contexto, definido por los más relevantes marcos de la acción nacional y de la cooperación internacional en salud, que constituyen los espacios de interacción en los que se desarrollará la implementación de los ejes estratégicos y transversales. Estos elementos se describen a continuación.

Los ejes estratégicos identificados son cinco, descritos más adelante en base a su concepción y prioridades:

1. Políticas Públicas Saludables, Gobernabilidad y Gestión de Información y Conocimiento
2. Sistemas y Servicios de Salud y Protección Social.
3. Seguridad Humana y Desarrollo Sostenible.
4. Vigilancia de la Salud Pública para una Toma de Decisiones Basadas en Evidencia.
5. Salud Familiar y de la Comunidad

Los ejes transversales de la cooperación son los siguientes:

- I. Desarrollo Institucional y Transparencia.
- II. Desarrollo de Recursos Humanos.

¹Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan estratégico a plazo medio 2008-2013: anteproyecto de presupuesto por programa. Ginebra: OMS, 2006.

- III. Mejora Continua de la Calidad.
- IV. Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).
- V. Generación y Análisis de Información en Salud.

El ejercicio de costeo de las intervenciones identificadas como necesarias para el logro de las metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Marco de Planificación de las Naciones Unidas (UNDAF) y las informaciones obtenidas a partir de las actividades del propio ejercicio de formulación de la Estrategia de Cooperación con el País (ECP), constituyen otros insumos de enorme valor para la construcción de esta agenda estratégica que ha de orientar la cooperación técnica de OPS/OMS en República Dominicana, para el corto plazo (período 2007-2011).

En el primer capítulo de este documento se describen las características generales del país y los aspectos socio-políticos y económicos más relevantes, insumos importantes para realizar el análisis de la situación nacional e identificar los problemas prioritarios de salud, sus determinantes, las condiciones de riesgo y la respuesta del sistema nacional de salud.

Entre los principales determinantes de la salud destaca la nutrición. Según FAO, la proporción de la población con déficit alimentario² ha disminuido de 27% para el periodo 1990-1992 a 25% para 1999-2001. En la población se presentan deficiencias de hierro, yodo, vitamina A y flúor, principalmente documentadas en niños escolares y mujeres embarazadas. El lactante y niño pequeño se ven afectados ya que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es prácticamente ausente, siendo amamantados en forma exclusiva sólo el 3.8% de los niños de 4 a 5 meses³. Otros problemas están asociados con la actividad turística, la contaminación ambiental, la insuficiencia de los servicios de agua, saneamiento y energía eléctrica, y la vulnerabilidad del país frente a los desastres naturales.

Para la respuesta a la situación de salud, el sector salud está conformado por instituciones del sector público, privado y no gubernamental. La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) es la entidad rectora de este sector y se organiza en los niveles central, regional y provincial. Actualmente es la principal proveedora de servicios de salud, la mayor empleadora de recursos humanos del sector salud y la entidad que administra la mayor cantidad de establecimientos de salud, contando con el mayor número de camas hospitalarias, cercana al 50% de la dotación nacional.

En relación con el financiamiento, el sector privado se sustenta por pago directo. En el sector de medicina pre-pagada existen las “iguales médicas”, denominadas administradoras de riesgos de salud (ARS), las cuales asumen la función de aseguramiento en el nuevo esquema de Seguridad Social.

²Consumo alimentario diario \leq 1900 Kcal.

³República Dominicana. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta demográfica y de salud: ENDESA 2002. Santo Domingo: CESDEM; 2003.

En cuanto a la provisión de servicios de salud, las ONG centran su trabajo fundamentalmente en acciones de base comunitaria, con prioridad en la población desprotegida.

El modelo de atención en salud aún es predominantemente curativo y asistencial, a libre demanda, con pocas acciones preventivas. Se caracteriza por una alta fragmentación y baja articulación entre niveles. El 75% de la atención médica ocurre en establecimientos de salud públicos, los cuales regularmente están desabastecidos.

En el año 2001 se promulgaron las dos leyes marco de la reforma del Sector Salud, la Ley General de Salud, Ley No. 42-01, y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Ley 87-01. La primera regula las acciones estatales que permitan hacer efectivo el derecho constitucional a la salud. Ordena la rectoría y el desarrollo de las funciones esenciales. La Ley 87-01 establece los mecanismos de financiamiento, la garantía del aseguramiento y las condiciones para la provisión. En el transcurso de la implementación de ambas leyes, en el marco del proceso de reforma, se han generado un conjunto de ajustes que marcan avances importantes, tales como la creación del Consejo Nacional de Salud y la preparación del Plan Nacional Decenal de Salud. Sin embargo, aún persisten muchos desafíos para lograr mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud y seguridad social.

Otros elementos importantes que contribuyen a dar respuesta a los problemas de salud han sido las estrategias de prevención y promoción de la salud, habiéndose implementado la de Municipios y Comunidades Saludables (MCS), la de escuelas promotoras de la salud, la iniciativa Niños Sanos y la iniciativa Tolerancia Cero, mediante la cual la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), pretende cumplir con los componentes de salud establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Ellas se encuentran en proceso de sistematización y evaluación para ser diseminadas y expandidas a otras áreas del territorio nacional. También se ha identificado la diseminación de información y documentación como elementos que facilitan el incremento de conocimientos sobre la situación de salud y sus respuestas, promoviendo la gestión del conocimiento para incorporarlo como una herramienta básica en el proceso de toma de decisiones en todos los niveles.

El segundo capítulo trata sobre las agencias de cooperación y otros socios estratégicos con los que el sector salud cuenta para enfrentar los desafíos que impone la situación de salud existente. Señala contenidos técnicos, recursos, coordinación y relaciones con las prioridades establecidas por el país. Esto permite obtener una visión más clara de la especificidad de los aportes de la OPS/OMS al desarrollo nacional de la salud y de las sinergias que es necesario fomentar entre las agencias de cooperación internacional.

El tercer capítulo presenta la cooperación actual de la OPS/OMS con el país, contenida en el programa de trabajo, y los recursos financieros con los que

se cuenta para el presente bienio 2006-2007. Igualmente, describe la estructura organizacional de la Representación OPS/OMS en República Dominicana, sus recursos humanos e infraestructura física.

Finalmente, en los tres últimos capítulos del documento se sustenta y describe la Estrategia de Cooperación con el País (ECP). El sustento se hace describiendo las metas globales de la Organización Mundial de la Salud y el plan estratégico de la Organización Mundial de la Salud para el período 2008-2013. Finalmente se describe la ECP y sus implicaciones en cuanto a cambios estructurales y funcionales, considerando los ajustes necesarios en lo que a recursos humanos y financieros se refiere.

La implementación de la agenda estratégica definida con este ejercicio tiene una serie de implicaciones políticas, gerenciales, técnicas, administrativas y financieras, entre otras, que demandan un conjunto de ajustes, en todos los niveles de la Organización, en el corto y mediano plazo.

El abordaje de estas implicaciones constituye el insumo principal para la preparación del plan de implementación de esta nueva agenda estratégica de cooperación con el país.

Introducción

Como parte de la reforma del Sistema de Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza la revisión, análisis y adecuación de su estrategia de cooperación técnica en cada país. En ese sentido, uno de los principios fundamentales que prima en el quehacer de la OPS/OMS es el de encontrar estrategias adecuadas para centrar y coordinar la cooperación de todos los niveles de la Organización en los países (Global, Regional y País), por lo que a partir de 1999, en algunos países se empezó a definir estrategias de cooperación, aplicando el criterio del aprendizaje mediante la práctica.

Estas experiencias de definición de estrategias de cooperación fueron presentadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2000 y 2003. Los resultados positivos llevaron a establecer una guía para ser utilizada por los países en el desarrollo de sus ejercicios para la definición de la Estrategia de Cooperación con el País (ECP) para ser utilizada por los países en el desarrollo de sus ejercicios.

Definir la ECP constituye una oportunidad para que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, determine las principales líneas de cooperación técnica, ajustadas a las realidades y prioridades de sus países miembros, para contribuir al desarrollo nacional de la salud. La implementación de las mismas se hace en el mediano plazo, con la participación coordinada de todos los niveles de la Organización.

En el 2006, se inició en República Dominicana este primer ejercicio para la definición de la ECP y entre los principales elementos que integran el contexto en el que se realizó, se encuentra el proceso de reforma del sector salud, que tiene como objetivo fundamental el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), mediante la consolidación de sus capacidades institucionales para regular la producción social de la salud, y para la formulación, dirección y conducción de las políticas y acciones sanitarias, tanto en el nivel central como regional, provincial y municipal. Se puede considerar que uno de los principales resultados de este proceso de reforma es la aprobación e implementación de la Ley General de Salud (Ley 42-01) y sus reglamentos, y de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Otros elementos importantes del contexto, son la existencia del Plan Decenal de Salud, 2006-2015, que constituye un instrumento fundamental para el desarrollo del sistema nacional de salud, los procesos que desarrolla el país para cumplir los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio al 2015, entre los que sobresalen la implementación de la estrategia de Tolerancia Cero.

El ejercicio incluyó un intenso y amplio proceso de compilación, análisis e interpretación de la situación en cuanto a fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de la Organización en el contexto nacional. Como parte del ejercicio se realizó la revisión de las prioridades y objetivos definidos por la Organización Mundial de la Salud para el período 2008-2013, y en el nivel regional, la misión, valores, mandatos y el conjunto de recursos de la OPS/OMS en todos sus niveles. Otro proceso importante del ejercicio fue la consulta con más de 80 instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la salud, mediante entrevistas individuales a las principales autoridades sanitarias del país y entrevistas grupales con importantes actores claves del sector salud (Ver listado de entrevistas en el anexo I).

Acompañaron a la Representación de la OPS/OMS en República Dominicana en el desarrollo del ejercicio la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y dos misiones integradas por funcionarios de la OPS/OMS del nivel global, regional y de país.

Esas actividades han permitido determinar los principales desafíos de la cooperación técnica y delinear los planteamientos estratégicos que orientarán su quehacer en los próximos años. Ello se resume en la Agenda Estratégica de Cooperación Técnica 2007-2011 de la Representación de la OPS/OMS en República Dominicana, la cual es presentada en este documento.

Desafíos del Desarrollo y la Salud en República Dominicana

Contexto político, macroeconómico y social —macrodeterminantes—

• SITUACIÓN GEOGRÁFICA

La República Dominicana ocupa las dos terceras partes de la Isla Española, con una superficie de 48,511 km². Comparte la isla con la República de Haití. Se localiza en la zona tropical del hemisferio norte o boreal y se sitúa en el centro del archipiélago antillano y de la región del Caribe.

• SISTEMA POLÍTICO

Posee un sistema de gobierno democrático-representativo, constituido por tres poderes del Estado: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. El legislativo está constituido por dos Cámaras, la de Diputados y la del Senado. El máximo órgano del Poder Judicial es la Suprema Corte de Justicia. El Ejecutivo incluye la Presidencia y Vicepresidencia de la República y el Gabinete de Gobierno, el cual está constituido por 17 secretarías de Estado, entre las que figura la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, como la entidad rectora del sector salud.

• CRECIMIENTO ECONÓMICO

En los años noventa, con un modelo de desarrollo basado en las exportaciones desde zonas francas, el turismo y las remesas, la República Dominicana experimentó un crecimiento económico sostenido de alrededor de un 5.2% anual.

Los principales sectores de origen que contribuyen al PIB son doce, entre los que destacan el sector agropecuario, el de manufacturas (zonas francas) y el de hoteles, bares y restaurantes (turismo). Una de las principales fuentes de ingreso para la República Dominicana está constituida por las remesas que envían los dominicanos residentes en el exterior. Según informes del Banco Central⁴, en el 2005, las remesas constituyeron la tercera fuente de ingresos de divisas líquidas al país. Según cifras preliminares del Fondo Multilateral de Inversión del Banco Interamericano, en el año 2004 el país recibió por este concepto la suma

⁴Disponible en <http://www.bancentral.gov.do>

de \$2.7 billones de dólares: \$1.6 billones (59%) procedentes de remitentes en los Estados Unidos; \$815 millones (30%) de Europa; \$240 millones (9%) de Puerto Rico, y el resto de Canadá y otros países latinoamericanos. La misma fuente estima que el promedio de dinero enviado cada vez es de \$150 dólares, siendo remitido con una frecuencia de 12 a 15 veces por año, con un repunte en la temporada navideña.

En el 2003 ocurrió un fraude bancario que provocó pérdidas del orden del 20% del PIB; el gobierno decidió solventar la deuda a los depositantes y se produjo un déficit cuasi-fiscal del orden de RD\$25,000 millones anuales. La inflación se hizo evidente y el país enfrentó una crisis económica y social que afectó al turismo, las zonas francas y la construcción, ejes dinámicos de la actividad económica nacional.

• POBREZA

El crecimiento económico no tuvo impacto en términos de inversión social y desarrollo humano⁵. El porcentaje de pobres en el área urbana se incrementó de 47.9% en 1992 a 66.5% en 1999⁶. La inversión pública en desarrollo social (educación, salud y asistencia social) se mantuvo en 5% del PIB. Según ONA-PLAN, el 28% de la población dominicana en el año 2000 vivía en pobreza extrema, situación que empeoró al aumentar a 33% en el 2003. Al mismo tiempo, mientras el 54% de la población estaba por debajo de la línea de pobreza en el 2000, para el 2003 esa proporción subió al 62%, afectando principalmente a grupos vulnerables.

Debido a la profunda crisis del período 2003-2004, el número de pobres se duplicó, alcanzando la categoría de pobres un millón y medio de personas (15.6% de la población total), y la categoría de pobres extremos, seiscientos setenta mil personas (7.2% de la población total).⁷

Distribución geográfica de la pobreza

Como puede verse en los mapas siguientes, el país presenta una situación de pobreza altamente heterogénea. En el mapa No. 1, en términos absolutos según datos del 2002, existe una concentración de mayor número de hogares y personas viviendo en pobreza en las provincias de Santo Domingo, Santiago, San Cristóbal y el Distrito Nacional. En el mapa No. 2, en términos porcentuales, las provincias con mayor pobreza son Elías Piña, Bahoruco, Monte Plata, San Juan, Independencia y el Seibo.

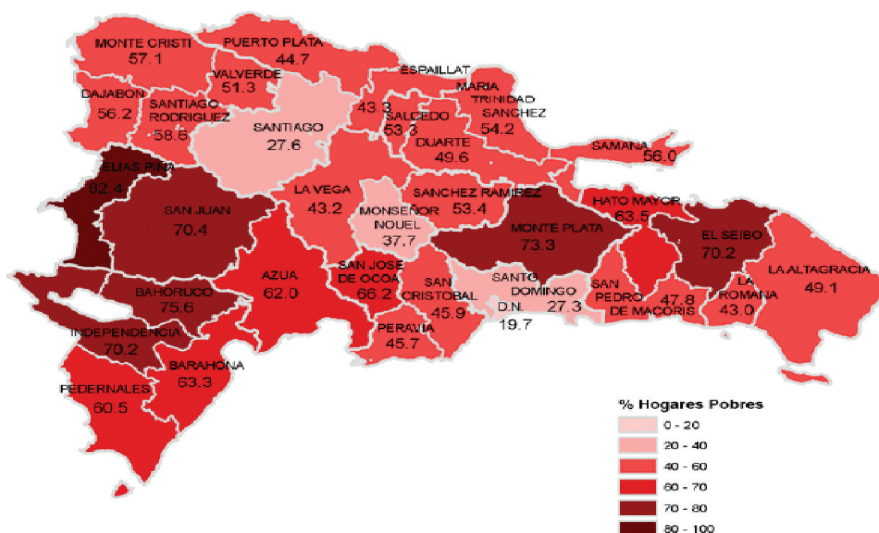
⁵Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo humano: informe nacional, República Dominicana 2005: hacia una inserción mundial incluyente y renovada. Santo Domingo: PNUD; 2005.

⁶Focalización de la pobreza en República Dominicana 2005. Disponible en:

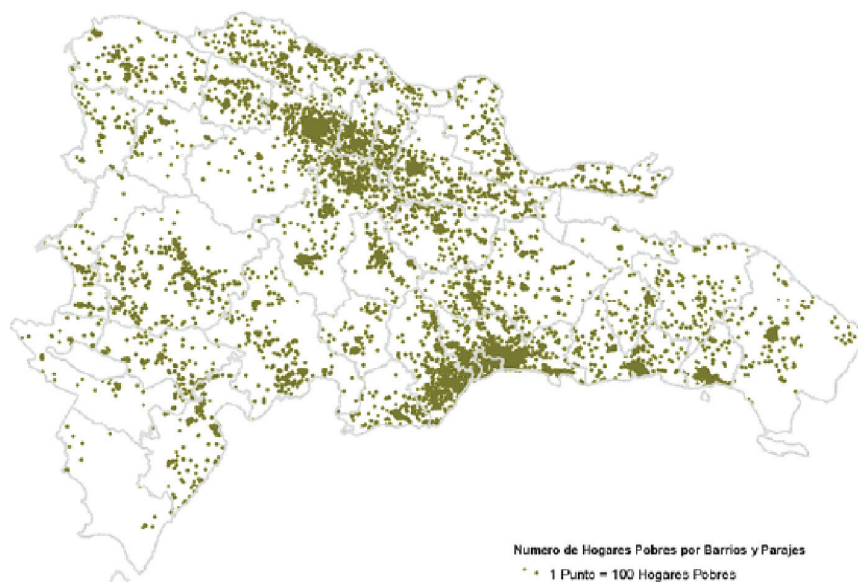
[http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Focalizacion%20de%20la%20Pobreza%20\(Resumen%20Ejecutivo\).pdf](http://www.onaplan.gov.do/publicaciones/Focalizacion%20de%20la%20Pobreza%20(Resumen%20Ejecutivo).pdf)

⁷Banco Mundial; Banco Interamericano de Desarrollo. Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres. Santo Domingo; agosto 2006.

MAPA DE POBREZA 1. REPÚBLICA DOMINICANA
PORCENTAJE DE HOGARES POBRES POR PROVINCIAS
2002



MAPA DE POBREZA 2. REPÚBLICA DOMINICANA
UBICACIÓN ESPACIAL DE LOS HOGARES POBRES EN LAS PROVINCIAS
2002



Fuente: República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación. Focalización de la pobreza en la República Dominicana, julio 2005.

Inequidad

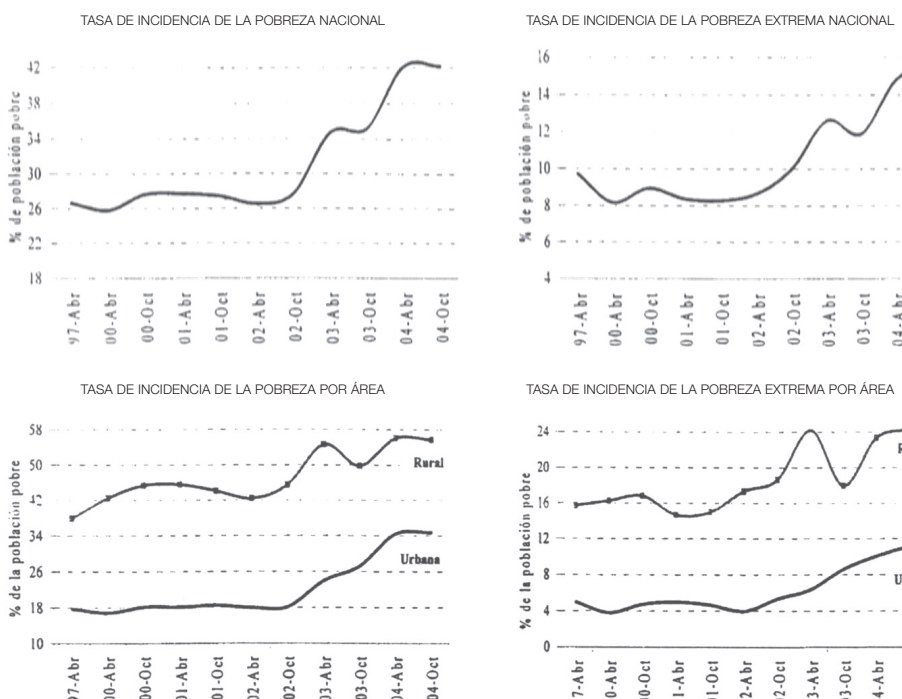
La República Dominicana es uno de los países con los niveles más altos de inequidad en la distribución del ingreso del Continente Americano. En el año 2002, aún antes de la crisis económica, el 20% más rico recibía el 53% del ingreso bruto, mientras que el 40% más pobre recibía sólo el 14%⁸.

Tendencia de la pobreza

Las gráficas⁹ siguientes muestran la tendencia que ha tenido la pobreza en el país, indicando el porcentaje de personas pobres y extremadamente pobres, a nivel nacional y por área urbana y rural.

• LOS INDICADORES SOCIALES: EL DÉFICIT SOCIAL

El déficit social de carácter estructural acumulado afecta la calidad y la garantía de acceso a la atención y la protección social en salud. Los indicadores sociales



Fuente: Banco Mundial; Banco Interamericano de Desarrollo. Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres. Santo Domingo; agosto 2006.

⁸Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2005: la infancia amenazada. New York: UNICEF; 2005.

⁹Banco Mundial; Banco Interamericano de Desarrollo. Informe sobre la pobreza en la República Dominicana: logrando un crecimiento económico que beneficie a los pobres. Santo Domingo; agosto 2006.

que se tratan a continuación, evidencian la inequidad del modelo de desarrollo dominicano.

El gasto público social ha sido tradicionalmente bajo (6.8% del PIB en el año 2003) colocándose como el segundo más bajo de América Latina y el Caribe.

Salud

El gasto público en salud continúa siendo insuficiente, apenas alcanzando el 2.2% en términos del PIB en el año 2001¹⁰, ocupando el puesto 98 en el Índice de Desarrollo Humano en ese período. En el 2003¹¹, se incrementó a 2.3% del PIB, pasando a la posición 94 del mismo Índice. Aún así, el gasto de bolsillo es alto (70.8% del gasto privado en salud y el 47.9% del gasto total en salud). De acuerdo a la World Health Statistics 2006, el gasto de bolsillo en República Dominicana corresponde al 70.8% del gasto privado en salud y al 47.9% del gasto total en salud. El gasto nacional en salud per cápita ascendió a US\$191 en el 2002. No obstante el gasto per cápita registrado por la SESPAS alcanzó solamente los US\$40, lo cual contrasta con el gasto de los hogares que promedia US\$93, y con el total privado, que se eleva a US\$131 por persona¹². El gasto per cápita en salud de República Dominicana es más alto que en países como Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Bolivia y Paraguay¹³.

Educación

Entre 1996 y 2002, la proporción de personas sin educación básica se redujo de 20% a 10%, se incrementó la educación secundaria o universitaria de 25% a 30% y el analfabetismo en la población de 10 años o más, se redujo de 15% a 13%, siendo menor en mujeres (12%).

Empleo

En 2003, el desempleo afectó al 16% de la población económicamente activa (PEA) y en 2004 se incrementó a 18.4%.¹⁴ El salario de la mujer, en promedio, es 30% inferior al del hombre, a paridad del trabajo, y en algunos casos es hasta 41% inferior, como ocurre en los sectores de zonas francas y turismo¹⁵. Según el PNUD, a pesar de que en el 2005 el PIB creció un 9.3%, la generación de empleo fue baja, de calidad deficiente, sin protección social y con salarios reducidos.

¹⁰Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano 2004. Madrid: Grupo Mundi Prensa; 2004.

¹¹Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de desarrollo humano 2004. Madrid: Grupo Mundi Prensa; 2006.

¹²Rathe M. Análisis de cuentas nacionales de salud en República Dominicana: Informe final. Santo Domingo: Fundación Plenitud; 2005.

¹³Idem.

¹⁴Banco Central de la República Dominicana. Encuesta Nacional de Fuerza de trabajo. Disponible en: http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/Mercado_de_Trabajo/tasa_desocupacion_anual.xls

¹⁵Idem.

* LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

El Proyecto Milenio eligió 8 países piloto para probar su modelo, entre ellos República Dominicana, a fin de que propusieran un plan concreto de acción para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2015 y para determinar las mejores formas de integrar las metas y los plazos de las estrategias nacionales de reducción de la pobreza. La metodología que sirvió de base para la definición de las metas, intervenciones y costos finales en el país, se ha convertido en lo que diferentes estados miembros de la ONU llaman el “Modelo Dominicano”.

Con miras a cumplir los ODM, en el país se creó una Comisión Presidencial y se desarrolló un plan de trabajo intersectorial que facilitó el establecimiento de las metas nacionales. Se ha estimado que es necesario invertir 29.5 mil millones de dólares (a precios del 2005), entre 2006 y 2015 para alcanzar los ODM¹⁶.

Por lo tanto, el Gobierno Dominicano ha asumido el reto de alcanzar los ODM como eje orientador del desarrollo y en las decisiones tomadas para enfrentar los desafíos de la globalización y de los tratados de libre comercio, así como en las metas sociales y sectoriales.

Situación de salud

—Aspectos demográficos

De acuerdo con las cifras del censo de 2002, la población total del país es de 8,230,722, de los cuales la población femenina alcanza la cifra de 4,127,842 (50.15%) y la masculina de 4,102,880 (49.85%).

El país se encuentra en una etapa de transición demográfica, caracterizada por el descenso de la mortalidad, natalidad y fecundidad, en la cual se desarrollan cambios en la estructura por edades, como se ilustra en el cuadro No. 1. También se ilustra, que la estructura de la población es predominantemente joven con una edad media de 25 años, pero con tendencia al envejecimiento, debido a los cambios de la estructura por edad. Asimismo, se registra un acelerado proceso de urbanización, que en poco más de tres décadas (1970 a 2002), aumentó de 35% a 63.6%.

En el cuadro No. 2, se presenta la evolución de la población por grupos de edad, basados en las cifras correspondientes a los años 1950, 1970, 2003 y con una proyección al 2015.

Las cifras de población a nivel nacional se ven afectadas, entre otros determinantes demográficos, por los altos flujos migratorios hacia y desde el territorio nacional, por el flujo de turistas y por la debilidad en los registros civiles que alteran la confiabilidad en los mecanismos e instrumentos oficiales para determinar la población del país.

¹⁶Araoz, Candelaria. Objetivos de Desarrollo del Milenio, proceso de planificación y costeo: informe final, Republica Dominicana. Washington, D.: OPS; 2005.

Cuadro No. 1
DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS
SELECCIONADOS, SEGÚN AÑO

INDICADOR	2000	2005	2010
Población total estimada (hab.)	8 396 164	8 900 000	9 629 400
–Menores de 15 años	2 812 714 (33%)	2 981 500(33.5%)	2 880 180(30%)
–Mayores de 64 años	419 808 (5%)	534 000(6%)	597 023(6.2%)
Razón de dependencia			
Población rural (%)	39.8	36.4	
Tasa de crecimiento anual (%)		1.8	1.1
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer)	2.8	2.7	2.5
Tasa bruta de natalidad (x 1000 hab.)	24.5	23.3	21.8
Tasa bruta de mortalidad (x 1000 hab.)	5.9	5.7	5.7
Esperanza de vida al nacer (años)	68.6	70.0	71.4
–Hombres	66.5	67.8	69.0
–Mujeres	70.8	72.4	73.9

Fuente: Construido con datos de ONAPLAN. Proyecciones Nacionales de Población 1990-2025

Cuadro No. 2
EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	1950		1970		2003		2015	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 15	1,047.613	44.5	2,093.134	47.3	2,733.637	31.1	2,919.687	28.0
15-64	1,229.594	52.3	2,197.639	49.7	5,645.288	64.1	6,872.082	65.9
65 y +	75.761	3.2	131.982	3.0	425.394	4.8	644.465	6.1
Total	2,352.968	100.0	4,422.755	100.0	8,804.318	100.0	10,436.236	100.0

Fuente: República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública. Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación de salud. Santo Domingo: SESPAS; 2005.

La inmigración es predominantemente masculina y compuesta en su mayoría por adultos jóvenes. Esta población demanda servicios, principalmente de la red pública de servicios de salud, sobrecargándola en algunos municipios donde se concentra por motivos laborales (construcción, hotelería, entre otros), como son los municipios fronterizos y otras zonas. La cantidad de extranjeros en el país se estima en 1.2 millones (año 2005), de los cuales 873,000 son haitianos¹⁷.

¹⁷Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Op. Cit.

Durante la última década, la emigración mantuvo su ritmo creciente, con una tendencia a la emigración irregular e indocumentada, a la diversificación de destinos, al aumento de las redes y de la “industria” migratoria, a las deportaciones y retornos forzados y a la feminización de la emigración. Se estima que residen en el exterior entre 1 y 1.5 millones de dominicanos y dominicanas. El saldo migratorio neto estimado para el 2002 fue de -1.4.

En el año 2006, el flujo de turistas extranjeros no residentes en el país ascendió a la suma de 3, 342,106¹⁸ personas, que ha simple vista constituye una cantidad considerable, que exige atenciones y servicios en el orden sanitario, ambiental y alimenticio. Este flujo de turistas, aunque tiene un impacto positivo en el área económica, demanda calidad en los servicios y atenciones, y por el otro lado crea una sobre demanda que tensa los sistemas de salud, alimentarios y ambientales, entre otros.

El registro civil y las estadísticas vitales muestran debilidades que afectan la disponibilidad de informaciones y datos estadísticos actuales y fidedignos. Algunas de ellas son: la falta de desagregación por sexo y por niveles geográficos, el difícil acceso a las mismas y el alto nivel de subregistro evidenciado. Esta situación afecta cualquier proceso de planificación que se haga a nivel del gobierno y, de otras instituciones y organismos nacionales e internacionales.

—Daños y riesgos a la salud

El análisis de la mortalidad en el país se ve afectado por el subregistro y por las deficiencias en el llenado del certificado de defunción. El subregistro en el 2000 se estimó en 53.5%, para el 2001, en 51.7% y para el 2005 en 50%.

La baja disponibilidad de instrumentos para el registro (CIE-10, formularios, equipos, entre otros), la subutilización de sistemas de información disponibles, la baja capacidad técnica y la alta rotación de los recursos humanos, así como problemas burocráticos en la tramitación de los formularios y certificados, son algunas de las causas del subregistro, las cuales afectan la disponibilidad de información, de estadísticas confiables en lo que respecta a morbilidad y mortalidad, que faciliten la toma de decisiones en materia de políticas, estrategias y acciones de salud. Tomando en cuenta las restricciones descritas, la información de mortalidad se muestra en el siguiente cuadro.

No obstante de que el 76% de la población tiene acceso a servicios de salud a menos de 2 kilómetros de distancia del hogar, que el porcentaje de atención prenatal es alto (98.5%, con un promedio de 4 controles prenatales por

¹⁸Disponible en:
http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/sector_turismo/lleg_total_2006.xls

Cuadro No. 3

DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES DE MORTALIDAD SELECCIONADOS SEGÚN PERÍODO, VALOR Y FUENTE

MORTANDAD	PERÍODO	VALOR
Materna/100,000 nacidos vivos	1992-2002** 2005***	178* 110
Infantil/1,000 nacidos vivos	2002 / 2005** ***	31 / 32
Neonatal / 1,000 nacidos vivos	1997-2002**	22
Postnatal/ 1,000 nacidos vivos	1997-2002**	10
En menores de 5 años	1997-2002**	38
General/ 1000 habitantes	1995-2000**** 2000-2005****	5.9 5.7

*Cifra promedio para el período.

**ENDESA 2002

*** DIGEPI/SESPAS

**** ONAPLAN

embarazada), que hay cultura de la gestante de acceder a los servicios y que el porcentaje de partos intrahospitalarios es alto (97%), es importante resaltar que la mortalidad materna no ha descendido en la proporción esperada. Todo esto refleja significativas debilidades de la calidad de atención prenatal, en el parto y en el período perinatal. Según los datos del sistema de vigilancia, el 85% de las muertes maternas que ocurrieron en el periodo 1992-2002, eran evitables. Las tres principales causas de muerte materna son la toxemia, las hemorragias y los abortos. Una de cada 5 mujeres que fallece por causas relacionadas al embarazo o a la maternidad, es adolescente. El riesgo obstétrico se duplica con respecto a las de 20 a 34 años. La meta 5 de los ODM, de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, no se alcanzará a menos que se implementen acciones para mejorar la calidad de la atención prenatal, parto y puerperio.

La mortalidad infantil muestra una tendencia a la reducción a expensas de la mortalidad postneonatal, mientras que la tendencia de la mortalidad neonatal se mantiene estable, lo cual se relaciona con la deficiente calidad de la atención en el parto y en el periodo perinatal. La mortalidad en niños menores de 5 años también tiende a la reducción. En el cuadro No. 4 se presentan las tres primeras causas de muerte, por grupos de población:

Cuadro No. 4
DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE POBLACIÓN
SEGÚN TRES PRIMEROS GRUPOS DE CAUSAS, 2002

MORTALIDAD	1ª.	2ª.	3ª.
Neonatal	Sepsis	Síndrome de dificultad respiratoria	Prematuridad
Menores de 5 años	Enfermedades transmisibles	Todas las demás enfermedades	Causas externas
Materna	Toxemia	Complicaciones del puerperio	Hemorragias
<i>Por Causa (todas las edades)</i>			
–Mujeres	Enfermedades	Neoplasias malignas	Enfermedades
–Hombres	aparato circulatorio	Causas Externas	Neoplasias malignas
<i>Por Causa (15 a 49 años)</i>			
–Mujeres	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Accidentes de tránsito	Eventos de intención no determinada.
–Hombres	Accidentes de tránsito	Eventos de intención no determinada	SIDA

Fuente: Dirección General de Epidemiología de la SESPAS.

Por otro lado, las enfermedades transmisibles que más afectan a la población dominicana son la tuberculosis, el VIH/SIDA, el dengue y la malaria.

Cuadro No. 5
DISTRIBUCIÓN DE PRINCIPALES ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
SEGÚN INCIDENCIA, PERÍODO Y FUENTE

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	PERÍODO	VALOR	FUENTE
<i>TB</i>			
–Casos/Año	2002	4,238	PNCT
	2005	5,312	
–Cobertura DOTS	2002	40%	
	2005	80%	
<i>VIH/SIDA: Seroprevalencia</i>			
–Población General	2002	1%	ENDESA
–Hombres	2002	1.1%	
–Mujeres	2002	0.9%	
–Embarazadas	2004 / 2005	1.4% / 2.3%	
–Bateyes: Población General	2002	5%	
–Bateyes: Hombres	2002	4.7%	
–Bateyes: Mujeres	2002	5.2%	
<i>Dengue</i>			
–Casos/año	2002 / 2005	3,268 / 2,949	DIGEPI
–Defunciones/año	2002 / 2005	15 / 19	

Cuadro No. 5 (continuación)

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	PERÍODO	VALOR	FUENTE
<i>Malaria</i>			
–Casos/año	2004 / 2005	2,355 / 3,713	CENCET
–Fallecidos	2004 / 2005	16 / 14	
–Hombres	2004	64%	
–Mujeres	2004	36%	
–Grupo de edad más afectado 10-49 años	2004	73.8%	
<i>Otras Enfermedades Transmisibles</i>			
–Rabia en humanos (periodo/casos/fuente)	1998-2001	0	DIGEPI
	2002-2004	4	
	2005	0	

Fuente: Dirección General de Epidemiología de la SESPAS.

La rabia humana ha tenido en los últimos decenios una evolución positiva, con incidencia fluctuante, con tasas entre 0.1 y 0.01 por 100,000 habitantes. Esta variación está vinculada a la eficacia de las medidas de prevención y a la sostenibilidad de la vigilancia. En el año 2005 y hasta julio de 2006 el país se mantiene con cero casos de rabia humana, los casos en animales ocurren en las zonas de Dajabón, frontera con Haití y en la zona del Este del país, principalmente San Pedro de Macorís, donde abundan las poblaciones (silvestres) de mangostas (*Herpestes aeropunctatus*); siendo ésta la segunda población animal de importancia, ocupando el primer lugar el perro.

Desde hace más de veinticinco años, el país produce vacunas para la prevención y control de la rabia, lo que ha significado uno de los principales aportes en la lucha contra esta enfermedad. No obstante, de acuerdo a las normativas de la Organización Mundial de la Salud para la inmunización en humanos, deben utilizarse vacunas tipo celular, por lo que el laboratorio productor, el Laboratorio Veterinario Central (LAVECEN), requiere ajustar su tecnología de producción a esta normativa, o el programa tendrá que realizar en un futuro próximo la compra exterior de este biológico para humanos.

La brucelosis y la leptospirosis están mal documentadas en el país. A partir de 1998, han sido introducidas como enfermedades objeto de vigilancia.

La tasa estimada de incidencia de tuberculosis en el país está entre las más altas de la Región de Las Américas, siendo cerca de 7,000 casos por año. Los indicadores operacionales del programa de control han mejorado y se espera un incremento de la morbilidad durante los próximos tres a cuatro años para luego pasar a una estabilización y posteriormente a una reducción. Se estima poder alcanzar la meta 8 del ODM 6, que establece haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de esta enfermedad para el año 2015.

En el Caribe, la seroprevalencia del VIH y SIDA ocupa el segundo lugar después de África, siendo Haití el país más afectado, seguido por República Dominicana. En el país, la epidemia se considera generalizada. Los datos disponibles relacionan la transmisión de la infección con alta concentración de turismo, zonas francas, alto flujo migratorio, facilidades portuarias y con condiciones de pobreza y pobreza extrema, como es el caso de los bateyes¹⁹. Algunos datos sugieren que la epidemia se está feminizando, la seroprevalencia de la mujer es más alta que la del hombre en el grupo de 15 a 29 años. Se espera que disminuya la mortalidad como consecuencia del incremento de la cobertura y acceso al tratamiento con antirretrovirales. Con los avances alcanzados en el país en la lucha contra el VIH y SIDA, se espera que la meta 7 del ODM 6, de “haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH y SIDA”, puede ser alcanzada si se prioriza la prevención, la información, educación y comunicación para el cambio de comportamientos, focalizando en los grupos en situación de vulnerabilidad.

Una evaluación externa de la respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH/SIDA/ITS, realizada en diciembre de 2006, consideró como aspectos relevantes la reforma fiscal, la reforma del sector salud, que incluye la separación de funciones, el financiamiento externo del que dispone el país para la respuesta al VIH-SIDA, la elaboración del Plan Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015) y la elaboración del Plan Estratégico Nacional del VIH-SIDA (PEN 2007-2010).

Se identificaron las fortalezas del sistema, pero se enfatizó en la necesidad de mejorar el impacto en la respuesta. El análisis de brechas demostró un incremento en la cobertura de la atención integral solo del 8% al 16% entre el año 2004 y 2006, a pesar de un alto financiamiento ejecutado. La disminución de la brecha en la cobertura del Programa de Reducción de la Transmisión Vertical no ha tenido el impacto esperado y se consideró entre los aspectos que han limitado la respuesta la no claridad de los roles y duplicación de funciones, la limitada inversión en prevención y búsqueda activa de casos, principalmente en grupos vulnerables.

Entre las barreras en el logro del acceso universal se identificó que la consejería y prueba no se ofrece de manera gratuita a poblaciones vulnerables en la red de servicios públicos, las Unidades de Atención Primaria no asumen la atención básica a personas con VIH, se concentra la oferta de servicios que crea barreras de acceso geográfico, gran parte del personal de salud discrimina y rechaza a las personas que viven con el VIH, la gestión es aún centralizada y vertical, encontrándose que hay un limitado poder de decisión para la gestión de la respuesta al

¹⁹Lugar ocupado por las casas de vivienda, calderas, trapiche, barracones, almacenes, etc. en los ingenios y demás fincas de las Antillas.

VIH/SIDA en el nivel local, la información que se genera en los diferentes niveles del sistema es poco analizada y poco utilizada estratégicamente, los proyectos con financiamiento externo son monitoreados fundamentalmente mediante metas de proceso y no de resultados e impacto, lo cual crea una imagen de avance que no corresponde con la realidad.

Se presentaron los hallazgos preliminares de esta evaluación a las autoridades nacionales, a actores claves y técnicos y se obtuvo un compromiso de las autoridades de utilizar los resultados de la evaluación en la elaboración del PLANDES y del PEN.

La República Dominicana durante años ha sido receptora de inmigrantes procedentes de Haití, los cuales son un grupo vulnerable a las enfermedades transmisibles como el VIH y SIDA, la malaria y tuberculosis. Es necesario desarrollar estrategias de abordaje binacional para el control de estas enfermedades y sus determinantes.

El dengue es una enfermedad endémica en el país y se ha confirmado la circulación de los cuatro serotipos. La enfermedad afecta a la población urbana y la transmisión está asociada a los niveles de densidad poblacional y a procesos de urbanización mal planificados. Las deficiencias en la disponibilidad de servicios públicos de agua potable y en el manejo de desechos sólidos, condicionan su comportamiento endémico con brotes periódicos. La malaria afecta predominantemente a poblaciones rurales y suburbanas de provincias clasificadas con mayor riesgo de transmisión (Bahoruco, Barahona, Azua, San Juan, Montecristi, Dajabón, Santo Domingo, La Altagracia, La Romana y El Seibo). La especie parasitaria autóctona es el *Plasmodium falciparum*, sensible a la cloroquina. Los brotes se asocian con migración interna y externa de trabajadores temporales, vinculados a la agricultura y a la construcción, a los fenómenos naturales que provocan altas precipitaciones, principalmente huracanes, y a la limitada capacidad de respuesta en el nivel local para el diagnóstico, detección oportuna de brotes e intervención para su control. Para el período 2002 al 2004, el promedio anual de casos fue de 1490; sin embargo, se observó un incremento anual de la incidencia que para el 2004 fue de 27.5 por 100 000 habitantes (2,355 casos). El 64% ocurre en hombres, y el grupo de edad más afectado es el de 10 a 49 años, para el que se reporta el 73.8% de los casos. La aparición de casos y brotes tiene impacto en la economía nacional. En diciembre de 2004, posterior a la ocurrencia de casos en turistas, se estimó en 90 millones de dólares los ingresos dejados de percibir por este sector. La meta ODM de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves, se podrá alcanzar, si se prioriza el fortalecimiento de las capacidades para la vigilancia y el control en los niveles provinciales y locales, unido al desarrollo de estrategias binacionales con Haití para el control de la enfermedad en la isla Hispaniola.

En cuanto a las enfermedades prevenibles por vacunación, en el siguiente cuadro se presentan los datos que permiten comparar la situación:

Cuadro No. 6

**CASOS POR PERÍODOS DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES
POR VACUNACIÓN**

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN	PERÍODO	CASOS	COBERTURA VACUNAL**
Poliomielitis	2000 / 2005	10* / 0	85.8
Sarampión	2000 / 2005	253 / 0	104.5
Haemophilus influenzae (Hib)	2005	5	86.6
TB Meníngea Infantil	2005	9	100.9
Tétanos en adultos	2000 / 2005	26 / 54	86.6
Tétanos neonatal	2000 / 2005	4 / 4	34.9***
Tos Ferina	2000 / 2005	41 / 57	86.6
Difteria	1999 / 2005	53 / 23	86.6
Rubéola	2000 / 2005	825 / 6	104.5

Fuente: Dirección General de Epidemiología de la SESPAS, 2006

* Casos derivados del virus vacunal

** Cobertura 2005, PAI, SESPAS

*** Cobertura en embarazadas

La difteria, tos ferina y tétanos se mantienen como enfermedades endémicas de baja transmisión, con casos aislados, sobre todo en asentamientos de población migrante y en los cinturones periurbanos. Después de la introducción de la vacuna pentavalente, en el 2001, la incidencia de las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* se redujo drásticamente, de un promedio de 250 casos anuales antes de la vacuna, a menos de 10 casos en los años recientes.

La vacuna contra sarampión rubéola y parotiditis (SRP) se introdujo en el 2004 al esquema nacional de vacunación y en el 2006 se realizará la Jornada Nacional para la Eliminación de la Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita, la cual consolidará además la eliminación del sarampión, gracias a la aplicación de vacuna SR al grupo de 7 a 39 años de ambos sexos.

Las coberturas administrativas a nivel nacional muestran una tendencia ascendente en los últimos años, con cobertura promedio aceptable para las provincias o a nivel nacional. Sin embargo, al analizar la información a nivel de municipios, se pone de manifiesto una distribución desigual de las coberturas, así como problemas en la interpretación de información, debido a falta de cifras poblacionales confiables, como resultado de intensos flujos migratorios internos y externos, deficiencia en el registro civil e incremento del turismo internacional.

Tabla 1

**RANGOS (%) DE COBERTURAS MUNICIPALES DE VACUNACIÓN REPORTADAS
REPÚBLICA DOMINICANA, 2005**

VACUNA	PORCENTAJE DE MUNICIPIOS SEGÚN COBERTURA							Se ignora
	<50	50-79	80-89	90-100	101-119	120-200	>200	
BCG	34	22	8	6	6	6	4	14
Hepatitis B	35	25	7	3	6	5	5	14
Pentavalente	18	39	9	8	12	11	3	0
Antipoliomielítica	20	36	16	6	10	8	3	1
SRP	13	25	8	15	17	19	3	0
DT Embarazadas	81	14	0	0	1	3	1	0
DT MEF	98	2	0	0	0	0	0	0

Fuente: Sistema de Información del Programa Ampliado de Inmunizaciones, SESPAS

Durante el primer semestre de 2006 se realizó la Evaluación Internacional del PAI, con un equipo de expertos de ocho países, en la que se analizaron a fondo las fortalezas y debilidades del Programa. Las conclusiones básicas de esa evaluación pusieron de manifiesto la necesidad de:

- Corregir las deficiencias encontradas en el nivel operativo, especialmente las relacionadas con la verificación de coberturas y el trabajo con la comunidad y sus líderes.
- Iniciar las acciones encaminadas a eliminar la rubéola y el SRC que consolidan además la eliminación del sarampión.
- Crear la Ley de Vacunas que garantice la vacunación como un bien público y que establezca un presupuesto nacional para el PAI.
- Fortalecer el nivel central del programa.
- Fortalecer acciones interfronterizas.

Un reto adicional para el PAI, los servicios de salud, la coordinación intersectorial y la comunidad en general es la potencial pandemia de influenza, la cual pondrá a prueba la capacidad nacional para coordinar acciones de salud y participación social para contener el impacto de la enfermedad. Dentro del Plan, el Programa de Inmunizaciones está preparándose para operar acciones de vacunación intensiva en poblaciones, principalmente mayores de 65 años y pacientes con enfermedades crónicas. Las autoridades nacionales han dado indicaciones para introducir la vacuna estacional contra la influenza, en las poblaciones de riesgo. Otros desafíos para el PAI son la introducción de nuevas

vacunas (rota virus, virus del papiloma humano), asegurar la sostenibilidad de los recursos humanos en los distintos niveles, desarrollar nuevos mecanismos y herramientas para la evaluación de coberturas de vacunación y fortalecer la capacidad para el diagnóstico de difteria y tos ferina.

La persistencia de casos de difteria en los últimos años, así como el brote de poliomielitis por el virus derivado de la vacuna, sugieren que las coberturas de vacunación pudieran tener niveles por debajo de lo reportado a través de la información administrativa.

La nutrición es un determinante importante de la salud, y en este sentido, el gobierno dominicano impulsa una serie de acciones entre las que destacan programas tales como el desayuno escolar, Comedores Económicos y el de “Comer es Primero”, entre otros. En el caso de los comedores económicos²⁰, en el 2005 el gobierno subsidió el 85% de las raciones alimenticias a más de 50 mil personas, siendo el costo unitario de la ración RD\$35.00 en promedio. Del Programa “Comer es Primero”²¹, en el año 2005 se beneficiaron 200 mil personas. La Dirección General de Bienestar Estudiantil de la Secretaría de Estado de Educación ejecuta el Programa de Alimentación Escolar (PAE), apoyado en tres modalidades, Urbano, Marginal y Fronterizo. Tiene una cobertura de 5,044 escuelas, beneficiándose 1, 594,759 estudiantes en todo el país, lo que equivale a un 94% de la población total.²² En total, la inversión del gobierno dominicano en 2005 en siete programas de asistencia alimentaria equivale al 2% del Presupuesto Nacional y a 7% del gasto social²³.

A pesar de estas acciones, no se ha logrado disminuir el hambre y la desnutrición. Según FAO, la proporción de la población con déficit alimentario²⁴ ha disminuido de 27% para el periodo 1990-1992 a 25% para 1999-2001. De mantenerse esta tendencia, se disminuirá a 21.7%, valor superior a la meta 2 del ODM 1 que persigue reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas con hambre (13.5% para el 2015). La desnutrición es la forma más grave del déficit alimentario y en el país sigue siendo importante indicador de inequidades. Como consecuencia de esta situación, se presentan deficiencias de hierro, yodo, vitamina A y flúor, principalmente documentadas en niños escolares y mujeres embarazadas. Un resumen del estado nutricional de la niñez se presenta en el siguiente cuadro:

²⁰www.gabsocial.gov.do

²¹Idem.

²²Disponible en:

<http://www.see.gov.do/sitesee/institucionesdesentralizadasDirecci%C3%B3n%20General%20de%20>

[Bienestar%20Estudiantil.htm](http://www.see.gov.do/sitesee/institucionesdesentralizadasDirecci%C3%B3n%20General%20de%20Bienestar%20Estudiantil.htm)

²³República Dominicana. Presidencia. Gabinete de Coordinación de la Política Social. Situación nutricional dominicana y programas de asistencia alimentaria: una aproximación. Santo Domingo; 2005.

²⁴Consumo alimentario diario \leq 1900 Kcal.

Cuadro No. 7
PRINCIPALES INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL
EN REPÚBLICA DOMINICANA

PREVALENCIA POR MORBILIDAD	PERÍODO	VALOR	FUENTE
Enfermedades Nutricionales y de Inseguridad Alimentaria			
1. Desnutrición en Preescolares (% de la población total <5 años)	1996	6%	Endesa 2002
–Desnutrición Global (P/E)	2002	5%	
–Desnutrición Aguda (P/T)	1996	1.2%	Endesa 2002
	2002	1.8%	
–Desnutrición Crónica (T/E)	1996	11%	Endesa 2002
	2002	9%	
2. Retardo de Crecimiento Lineal (T/E) en Escolares (% de la población total de 6-9 años)	1993	19%	Censo de Talla y Peso 2002
–Zona Rural	2002	8%	
–Zona Urbana		11%	
		8%	

Fuente: Gabinete de Coordinación de la Política Social de República Dominicana. Situación nutricional dominicana y programas de asistencia alimentaria: una aproximación, 2005

Para alcanzar la meta 2 del ODM 1, de reducir a la mitad los indicadores nutricionales, es necesario implementar intervenciones dirigidas específicamente hacia los grupos poblacionales que se encuentran en situación de pobreza, vulnerabilidad e inseguridad alimentaria, así como intervenciones dirigidas a toda la población para eliminar la desnutrición en escolares y mujeres embarazadas.

El contexto nacional de inseguridad alimentaria y nutricional se agrava por las prácticas inadecuadas de alimentación del lactante y niño pequeño. La nutrición inadecuada en todas sus formas, incluidas las carencias de micro nutrientes, compromete gravemente la eficacia de otras intervenciones sociales y económicas por la repercusión directa sobre el sistema inmunitario, el aumento del riesgo de enfermedad, así como la discapacidad y muerte.

El país está experimentando una transición nutricional y epidemiológica donde coinciden problemas por déficit y por exceso, y de enfermedades transmisibles y no transmisibles. La urbanización y los cambios en los estilos de vida, que no se acompañan de las adecuadas medidas de promoción de la salud y de prevención, están originando un aumento de sobrepeso y obesidad en la población, factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). El país no dispone de sistemas de información adecuados, ni de estudios recientes sobre prevalencia e incidencia de estas enfermedades y de sus factores de riesgo, que permitan caracterizar su situación. Sin embargo, los datos disponibles de mortalidad por causa y otras, muestran una tendencia a constituirse en un importante problema de salud.

Según el estudio EFRICARD²⁵, en 1996-1998, en adultos de 18 a 74 años, la prevalencia de obesidad fue de 16.4%, la de hipertensión arterial de 35% (33% en mujeres y 37% en hombres), la hipercolesterolemia fue de 9.1%, 20% eran fumadores. En 1996, un 20% de los escolares adolescentes se clasificó con sobrepeso u obesidad ($\geq +2$ DE del patrón nacional). Estos datos son indicativos de la importancia de las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y de la diabetes, todas con tendencia de mortalidad ascendente.

En cuanto a los adolescentes y jóvenes, tradicionalmente estos han tenido poco acceso a la atención en salud y a los servicios de salud sexual y reproductiva, a los métodos anticonceptivos y a la información, orientación, consejería y tratamiento psicosexual. Para estos fines, en la SESPAS se creó el Programa de Atención Integral para Adolescentes (PRONAISA). En el 2002 la proporción de embarazos en adolescentes (15 a 19 años) fue de 23%, siendo mayor en la zona rural (28%) que en la urbana (21%). Asimismo, una de cada 5 mujeres que fallecen por causas relacionadas con el embarazo o la maternidad, es adolescente.

Según la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes, para 2004, cerca de una cuarta parte de los alumnos de las escuelas del país, entre las edades de 13 a 15 años ya alguna vez habían probado tabaco (24.4%). La tendencia de la mortalidad por neoplasias es al incremento, según el registro hospitalario de tumores del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter. Las localizaciones más frecuentes en el 2002 fueron mama, cuello de útero y próstata. La SESPAS no cuenta con programas implementados de diagnóstico precoz, prevención y control de estas localizaciones de cáncer que permitan el tratamiento oportuno para incrementar la expectativa y calidad de vida.

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 2005 se estimó una tasa de mortalidad por accidentes de 27 por 100.000, tasa muy alta con relación al promedio en las Américas (17/100,000)²⁶. En relación a la violencia intrafamiliar, y en particular contra la mujer, en 2002 el 24% de las mujeres refirió haber sufrido violencia física desde los 15 años de edad. Entre las mujeres separadas o divorciadas, el 40% refirió haber experimentado violencia desde los quince años. En el país se están implementando intervenciones tendientes a su control y reducción, entre las que se pueden citar: el Plan de Seguridad Ciudadana, fiscalías especializadas para la atención de denuncias de violencia intrafamiliar y la coordinación de distintas instancias para el abordaje integral de los accidentes de tránsito y de su impacto en la sociedad.

²⁵Instituto Dominicano de Cardiología; Sociedad Dominicana de Cardiología. Estudio de Factores de Riesgos Cardiovasculares en la República Dominicana en una muestra de 6,400 personas.

²⁶Situación de salud en Las Américas: indicadores básicos 2005. Washington, D. C.: OPS; 2005.

–Determinantes ambientales y asociados al turismo y a desastres

En República Dominicana se ha incrementado el desarrollo del turismo y cada año se registra un mayor número de turistas que visitan el país. Por ejemplo, para el año 2006, el total de turistas extranjeros que ingresó al país fue de 3,342,106²⁷ personas. Como es lógico, el desarrollo de las actividades turísticas induce riesgos para la salud. En este sentido, el país debe garantizar las condiciones para un turismo saludable, así como los mecanismos para la seguridad de la población receptora. Por la importancia del tema, el Presidente de la República constituyó la Comisión Nacional de Salud y Turismo (CONSATUR), en la que participa la OPS.

Esta Comisión impulsa iniciativas relacionadas con la normativa sanitaria y ambiental en los polos de desarrollo turístico y promueve las intervenciones intersectoriales que favorecen la reducción de riesgos a la salud asociados con esta actividad económica, con el fin de lograr el desarrollo sostenible en dichos polos.

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 crecientes 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 y plantas eléctricas y por las emisiones de CO₂, las cuales han ido en aumento. La contaminación por agroquímicos es un problema preocupante en áreas de producción intensiva.

Según la evaluación regional de los servicios de agua y saneamiento, realizada en el año 2000²⁸, solamente el 48% de la población tenía conexión al servicio de abastecimiento de agua, y el 20% tenía cobertura de los servicios de saneamiento. El sector rural está más afectado que el urbano. Este es un desafío para la meta 10 del Objetivo 7 de los ODM, que busca reducir en 50% las personas con problemas de acceso a agua potable y saneamiento. Los servicios de agua potable presentan baja calidad debido a la falta de continuidad del abastecimiento, lo cual obliga al permanente almacenamiento domiciliario; además, evidencian el no tratamiento y desinfección del agua abastecida y la mala operación y mantenimiento de los sistemas.

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 de los residuos sólidos municipales se hace a través de vertederos a cielo abierto en el 57% de los municipios del país. En los municipios, estos vertederos se encuentran muchas veces cerca de las comunidades, ríos y arroyos, causando impactos ambientales y sanitarios significativos. El resto de

²⁷Disponible en: http://www.bancentral.gov.do/estadisticas_economicas/sector_turismo/lleg_total_2006.xls

²⁸Organización Panamericana de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación global de los servicios de agua potable y saneamiento 2000: informe analítico República Dominicana. Santo Domingo: OPS; 1999

los municipios operan los vertederos con algunas medidas técnicas y de control del tipo que se aplican en rellenos sanitarios o rellenos controlados.

La gestión de los residuos peligrosos, entre ellos los biomédicos, no cuenta con una gestión especializada 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.

La Atención Primaria Ambiental (APA) y la transferencia y adaptación de tecnologías alternativas de agua y saneamiento son estrategias que se están implementando para reducir los riesgos ambientales a la salud y contribuir a alcanzar las metas 9, 10 y 11 del ODM 7 dirigido a garantizar la sostenibilidad ambiental. Debido a la falta de ordenamiento institucional del sector de agua y saneamiento se preparó un proyecto de ley de reforma del sector, el cual está actualmente en proceso de revisión y aprobación por el Congreso Nacional. Las instituciones del sector, como INAPA y las Corporaciones Municipales de Agua y Saneamiento de las ciudades de Santiago, Puerto Plata, La Romana, Moca y Santo Domingo, proponen planes de inversión para mejoramiento de los servicios. Los planes de inversión en 2006 ascienden a US\$115 millones, de los cuales el 14.2% son fondos de gobierno, el 85.5% son financiamiento externo y el 0.3% son donaciones²⁹.

En relación con emergencias y desastres, por su ubicación geográfica el país presenta alta vulnerabilidad ante la amenaza de los huracanes durante la temporada ciclónica (junio 1 a noviembre 30), afectando el territorio con eventos de moderada a elevada intensidad, con una frecuencia promedio de dos años. También tiene alto riesgo sísmico por estar ubicada en el borde de la Placa del Caribe, siendo la falla septentrional la que ha generado los sismos de mayor magnitud, particularmente en las Regiones de Cibao Central, Norcentral, Nordeste y Noroeste. La probabilidad de ocurrencia de terremotos es de cada 40-50 años.

El mal manejo de cuencas, incluyendo la deforestación de los suelos, y la dinámica del cambio climático, hacen vulnerable al país frente a los fenómenos naturales. Las inundaciones afectan de manera regular en promedio cada 6 meses, siendo las regiones más expuestas las aledañas a las cuencas de los ríos Yaque del Norte, Yaque del Sur, Yuna y Soco; al igual que las zonas marginales a orillas de los ríos en las ciudades de Santo Domingo y Santiago.

En general, se puede decir que el 70% de la población total del país vive en zonas de riesgo con alta vulnerabilidad a situaciones de emergencias y desastres, lo que aunado a la situación de pobreza constituye un factor agravante que limita el desarrollo económico y social del país.

²⁹Subdirección de Supervisión y Fiscalización de Obras, Unidad Ejecutora de Proyectos Especiales-UEPE y Dpto. Financiero del INAPA, julio 2006.

La Comisión Nacional de Emergencias (CNE) y el Centro de Operaciones de Emergencias (COE), ejecutan con limitaciones el plan de prevención y mitigación contra desastres naturales.

Políticas, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

–Caracterización general del Sector

El sector salud está conformado por instituciones del sector público, privado y no gubernamental. La SESPAS es la entidad rectora de este sector y se organiza en los niveles central, regional y provincial. Actualmente es la principal proveedora de servicios de salud, la mayor empleadora de recursos humanos del sector salud y la segunda del sector público; además, es la entidad que administra la mayor cantidad de establecimientos de salud, con el mayor número de camas hospitalarias, cercana al 50% de la dotación nacional.

El sector privado se sustenta por pago directo. En el sector de medicina pre-pagada existen las “iguales médicas”, denominadas administradoras de riesgos de salud (ARS), las cuales asumen la función de aseguramiento en el nuevo esquema de Seguridad Social.

Las ONG centran su trabajo fundamentalmente en acciones de base comunitaria, con prioridad en la población desprotegida.

El modelo de atención en salud aún es predominantemente curativo y asistencial, a libre demanda, con pocas acciones preventivas. Se caracteriza por una alta fragmentación y baja articulación entre niveles. El modelo de atención público, si bien ofrece la provisión en forma gratuita, incluye cuotas de recuperación que le son transferidas directamente al usuario de los servicios, generando un alto gasto de bolsillo. El gasto público en salud continúa siendo insuficiente, apenas alcanzando el 2.2% en términos del PIB en el año 2001, ocupando el puesto 98 en el Índice de Desarrollo Humano en ese período. En el 2003, se incrementó a 2.3% del PIB, pasando a la posición 94 del mismo Índice. Aún así, el gasto de bolsillo es alto (70.8% del gasto privado en salud y el 47.9% del gasto total en salud). El 75% de la atención médica ocurre en establecimientos de salud públicos, los cuales regularmente están desabastecidos.

Las deficiencias crónicas en la planificación y programación local, conjuntamente con la alta rotación del personal y la inestabilidad laboral, contribuyen a la baja calidad en la entrega de los servicios y dificultan la consolidación de los procesos de reforma y de fortalecimiento institucional, lo cual se traduce en costos crecientes contra rendimiento decreciente, pérdida de credibilidad en el sistema de salud e incremento de la deuda social con mayor inequidad. Las faltas a la ética, la impunidad, el pobre poder del usuario y la ausencia de participación social en la gestión local de la salud, constituyen elementos adicionales que contribuyen a la baja calidad de la atención y de los servicios.

Debido a la alta rotación del personal y a las dificultades para institucionalizar un sistema de información, la gestión de los servicios de salud suele realizarse en ausencia de información confiable y actualizada. Las decisiones gerenciales no necesariamente se basan en evidencia y no siempre responden a un plan estratégico. En la historia de la SESPAS se identifican momentos en los que se tomaron decisiones estratégicas para favorecer la descentralización de la gestión. Con este propósito fueron creadas las Direcciones Regionales de Salud en el periodo 78-82. Posteriormente, en el año de 1997 fueron abolidas y reemplazadas por las Direcciones Provinciales de Salud, DPS (y el Distrito Municipal fue dividido en Áreas de Salud), llevando el nivel gerencial al seno de cada Provincia. Sin embargo, ante un nuevo cambio de gobierno, fueron reestablecidas las Direcciones Regionales, pero esta vez manteniendo concomitantemente las DPS, lo cual generó traslape de roles y funciones, incurriendo en duplicidades y mayores gastos administrativos.

En el año 2001 se promulgaron las dos leyes marco de la reforma del Sector Salud, la Ley General de Salud, Ley 42-01, y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Ley 87-01. La primera regula las acciones estatales que permitan hacer efectivo el derecho constitucional a la salud, ordena la rectoría y el desarrollo de las funciones esenciales.

Por su parte, la Ley 87-01 establece los mecanismos de financiamiento, la garantía del aseguramiento y las condiciones para la provisión. Favorece la extensión de la protección social en salud y seguridad social a través del incremento de la cobertura de afiliación. Reforma el sistema de pensiones y el seguro de riesgos laborales, introduce un Seguro Familiar de Salud (SFS) y crea un sistema de estancias infantiles.

Hoy día, aunque persiste una alta centralización en la toma de decisiones gerenciales y en la administración de los recursos, y aunque la supervisión de los procesos sustantivos es insuficiente, la SESPAS, asumiendo la separación de funciones, se encuentra modificando su organigrama y desarrollando una serie de estrategias para fortalecer su rol como rectora y para vigilar la salud colectiva. Simultáneamente, para descentralizar la provisión de servicios, impulsa la organización de redes de dimensión regional (Servicios Regionales de Salud, SRS), en las cuales se articulan las UNAP con su correspondiente hospital de referencia y los servicios intermedios, tales como laboratorio, radio-imágenes y medicamentos.

Las debilidades de regulación en el sector farmacéutico y en la modulación de los precios de los medicamentos condicionan el alto gasto de bolsillo para la adquisición de medicamentos, el cual se estima en 53,7%³⁰ del gasto privado en salud. Sin embargo, el financiamiento de los medicamentos y su inclusión en el PBS, representan importantes logros para garantizar el acceso. Ahora se requiere

³⁰ENDESA 2002.

concentrar mayores esfuerzos en la integración programática para la gestión de medicamentos e insumos en las redes de atención, así como la concretización de la prescripción por Denominación Común Internacional, para facilitar el acceso a medicamentos esenciales y mejorar la respuesta de los servicios a la demanda de la población.

La organización de los bancos de sangre regionales como centros de almacenamiento y dispensación de hemoderivados, la captación de donantes y la garantía de calidad en el tamizaje de la sangre representan otro enorme desafío de la agenda pública. El desarrollo de los recursos humanos, que son la base para lograr el avance de la reforma y el mejoramiento de la calidad de la atención, constituye otra de las prioridades de dicha agenda. La implementación de la carrera sanitaria, la aplicación del reglamento de recursos humanos en las redes de provisión, desarrollar planes de capacitación en servicio, definir y aplicar nuevas formas de contratación, incorporar procesos de evaluación del desempeño e introducir cambios sustantivos en las modalidades de pago e incentivos, son algunos de los temas centrales en los que se concentra la oferta de cooperación técnica.

–Avances en la Reforma del Sector Salud y Seguridad Social

Un elemento clave del proceso de reforma del sistema de salud, en el cual destaca la contribución de la OPS/OMS, fue la definición y diseño del nuevo Modelo de Atención en Salud (1998-99), el cual está caracterizado por el abordaje integral y el enfoque familiar. El Modelo fomenta la promoción de la salud, la participación comunitaria y el abordaje intersectorial de los determinantes de la salud. El mismo cobra mayor relevancia en el marco de la Seguridad Social, pues el mecanismo de financiamiento basado en el pago per cápita exige la adecuada administración del riesgo, privilegia la prevención y promoción de la salud, favorece la continuidad de la atención y la mejor coordinación entre niveles. El Modelo de Atención incorporado a la Seguridad Social facilita la articulación entre los niveles de atención, permite la entrega de las atenciones del Plan Básico de Salud y de los programas prioritarios y promueve el trabajo intersectorial para el alcance de los ODM. Sin embargo, aún el modelo no ha sido consolidado; los esfuerzos para su implementación y desarrollo no han sido suficientemente intensos ni constantes.

El Sistema Dominicano de Salud es de tipo segmentado, con múltiples instituciones y actores cuyas funciones frecuentemente se traslapan. Algunas instancias del gobierno, generalmente con acceso a mejores fuentes de financiamiento que la SESPAS, en ocasiones incurren en duplicidades en su desempeño. El Sistema Nacional de Salud sufre de las mismas deficiencias de todo sistema segmentado, incluyendo los problemas que conlleva la fragmentación de la provisión.

Sin embargo, la correcta aplicación de las Leyes 42-01 y 87-01 y el cumplimiento de sus principios rectores representan una oportunidad para reorganizar el

Sistema Nacional de Salud. Ambas leyes procuran disminuir las inequidades en el acceso a los beneficios de la salud y de la seguridad social, reducir el impacto de la carga de la enfermedad en la economía de las familias pobres y de la población en general, y avanzar hacia la cobertura universal en salud. No cabe duda de que en el futuro se requerirán ajustes y enmiendas al marco legal para que algunos de sus artículos no produzcan contradicciones con los principios rectores, para garantizar la libre elección (de aseguradora y de proveedor), permitir que el financiamiento sea solidario entre regímenes, reducir la segmentación y garantizar el financiamiento, disminuir la fragmentación en la provisión y sus efectos, así como los altos costos de intermediación. Pero también debe tomarse muy en cuenta que la aprobación de estas leyes representó un largo proceso de negociaciones y su aplicación ha sido demorada.

A partir de este nuevo marco legal se crean nuevas instituciones, asumiendo cada una de ellas la función que le compete. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y sus dependencias (DIDA, Tesorería, Gerencia General) constituye la instancia encargada de modular y garantizar el financiamiento para los diferentes seguros del SDSS. Transfiere en forma de per cápita los recursos correspondientes (según la cartera de afiliados) a las administradoras de riesgo de salud y a las de pensiones. Éstas a su vez están supervisadas por la Superintendencia de Salud y por la Superintendencia de Pensiones. Las ARS contratan con diversos proveedores la atención de sus afiliados, a quienes deben garantizar pleno acceso al conjunto de atenciones del Plan Básico de Salud.

El avance de la seguridad social ha sido lento y accidentado. A más de 5 años de promulgada la ley, únicamente ha entrado en vigencia el Seguro Familiar de Salud (SFS) para el Régimen Subsidiado. Movidos por diversos intereses, algunos sectores representados en el Consejo Nacional de Seguridad Social han hecho uso abusivo del poder de veto logrando 9 posposiciones del inicio del SFS. El costo del Plan Básico de Salud, el futuro del IDSS, las tarifas de los honorarios médicos y la doble cotización constituyen algunos de los puntos de diseño más sensibles.

El Régimen Subsidiado se inició en 2002 por la Región Sur. Al principio el proceso de afiliación fue inequitativo y fragmentado, excluyendo a los más vulnerables. Sin embargo, en los dos últimos años se han realizado ajustes que han permitido acelerar y mejorar significativamente el proceso de afiliación, contándose en la actualidad con aproximadamente 360.000 afiliados (4.2% de la población total) distribuidos en cuatro Regiones de Salud (50%). Estas regiones administran recursos provenientes de la Seguridad Social, los cuales son transferidos mediante Contratos de Gestión suscritos con el Seguro Nacional de Salud (SENASA).

El Consejo Nacional de Salud, creado a partir de la Ley General de Salud, constituye la máxima instancia para la conducción del sector salud y es presidido por el Secretario de Salud Pública. El proceso de reglamentación de la LGS ha producido ocho reglamentos a la fecha, con diverso grado de implementación entre

ellos, siendo el Reglamento de Recursos Humanos uno de los que menor avance presenta. En el año 2005 se oficializó la Política Farmacéutica Nacional, la cual tiene como propósito reorganizar y modular el sector farmacéutico. Está pendiente definir el plan de acción para facilitar su implementación. En marzo de 2006, la SESPAS realizó un ejercicio de evaluación del desempeño de la Rectoría del Sistema, lo cual permitió construir una línea de base e identificar las dimensiones y territorios que requieren mayor fortalecimiento. Casualmente, las provincias que obtuvieron menor desempeño se corresponden con las que conforman las Regiones en las que se ha iniciado el Seguro Familiar de Salud del SDSS.

La Ley General de Salud también ordena la elaboración de Planes Decenales de Salud. En el año 2004 fue elaborada una versión preliminar del primer Plan Decenal de Salud. Actualmente, la SESPAS ha retomado la elaboración del PLANDES, instrumento de gestión de la política pública en salud, que está siendo elaborado bajo la conducción del ente rector, mediante consultas ciudadanas y con una metodología ampliamente participativa.

Promoción de la salud y participación social

Asimismo, los sistemas internos de gobierno, en especial los que se refieren a la definición de competencias a nivel central y local y al establecimiento de la carrera civil y administrativa, deben ser reforzados. La igualdad, la equidad de género y el respeto a los derechos humanos, así como el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos y la generación de datos y análisis sociodemográficos son asignaturas que deben ser abordadas de manera integral.

La sociedad civil, por su parte, no está lo suficientemente fortalecida y carece de mecanismos institucionalizados que contribuyan a garantizar una participación real y efectiva. La Movilización Tolerancia Cero fue puesta en marcha por la SESPAS en el 2005 con el objetivo de movilizar la conciencia pública nacional para transformar la situación de salud de la población, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención y control de los problemas prioritarios de salud en las poblaciones más necesitadas. Pretende generar el compromiso de tener una actitud de intolerancia frente a los siguientes problemas: muerte materna y de niños menores de cinco años evitables; casos de tuberculosis sin tratamiento bajo la Estrategia DOTS; casos de rabia humana, muertes por malaria y brotes por malaria en poblaciones y territorios priorizados; muertes por dengue y transmisión vertical del VIH evitables. Esta estrategia, que puede lograr una participación social efectiva, debe ser implementada y monitoreada en todos los niveles del sistema nacional de salud.

Entre las estrategias de promoción de salud que se han implementado está la de Municipios y Comunidades Saludables (MCS), donde se destaca la participación conjunta de la SESPAS, la Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU), los municipios participantes y el apoyo técnico de la OPS/OMS para la construcción del

proceso, así como el trabajo intersectorial que es expresado con la formación del comité intersectorial en el municipio. El seguimiento de la experiencia es importante para la sistematización y expansión de la estrategia a otros municipios del país, en especial a los de mayor concentración de pobreza.

El trabajo con las escuelas promotoras ha sido limitado, se ha trabajado con adolescentes para la prevención de embarazos y en la prevención del VIH/SIDA. Este componente debe ser priorizado y desarrollado.

En el marco de la iniciativa Niños Sanos, se estableció un acuerdo regional firmado a finales del 2000 por la Cruz Roja Americana y la OPS/OMS para promover el componente comunitario de las estrategias de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) en diez países de la región, incluyendo República Dominicana. La Meta del 2002, lanzada por OPS/OMS en diciembre del 1999 para fortalecer la implementación y acelerar la expansión de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas, tiene como objetivo evitar 100,000 muertes en menores de cinco años, mediante la ejecución de actividades en ámbitos locales priorizados de promoción de las prácticas familiares y comunitarias claves para la salud y nutrición de los niños y las gestantes. Dentro de este marco se ha trabajado con la Cruz Roja Dominicana, la Cámara Junior, Plan Internacional, con las residencias de medicina familiar, con las escuelas de medicina y enfermería, los programas de atención a la primera infancia del Consejo Nacional de la Niñez y con ONGs.

En el 2003, OPS/OMS y Misión Médica Católica firman un convenio regional que beneficia a 5 países, siendo República Dominicana uno de los seleccionados para ejecutarlo. El propósito es el de fortalecer la red de salud de las diócesis de la Iglesia Católica, conjuntamente con la SESPAS, a través de la implementación del componente de AIEPI, de la prevención de la transmisión vertical y del uso racional de los medicamentos.

Estos acuerdos han facilitado una gran movilización de acciones interinstitucionales, lográndose una sinergia con el trabajo realizado en los servicios de salud, lo que ha acelerado la reducción de la mortalidad infantil, objetivo 4 de los ODM.

Información y gestión del conocimiento

En materia de producción científica se tienen grandes limitaciones, fruto de la escasa investigación, debilidades en su calidad e insuficientes recursos destinados a esta área. No existe cultura del uso de la información para la toma de decisiones, lo cual no estimula la producción científica. La Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología es la rectora de esta actividad en el país. Esta área requiere políticas específicas en el sector salud que favorezcan su desarrollo.

La disponibilidad y accesibilidad a información científico técnica sobre temas de salud se garantiza a través de bibliotecas y centros de documentación ubicados en

universidades, ONG, institutos de investigación, instituciones oficiales, organismos internacionales (especialmente UNICEF y OPS) y en la red de bibliotecas hospitalarias integrada por 8 hospitales docentes. Quince de estas instituciones participan en la HINARI³¹, lo que ha contribuido a mejorar la disponibilidad de información de calidad científica. El Centro de Gestión de Información y Conocimiento de la OPS, contiene la colección mas completa de temas de salud pública y funciona como memoria técnica de la salud pública en el país, apoyando en muchas ocasiones la continuidad en los procesos e iniciativas del sector.

El país se adhirió a la iniciativa de la Biblioteca Virtual en Salud³² desde el año 2002 y su desarrollo es resultado del compromiso de diecinueve instituciones nacionales que integran su comité consultivo. Uno de los productos de este esfuerzo es una propuesta de proyecto de ciber salud, dirigido al uso estratégico de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) por el sector salud, considerando que éstas son medios poderosos para mejorar la eficiencia, la calidad y el alcance en la entrega de los servicios de salud.

En el país ha habido varias iniciativas en materia de TIC aplicadas al sector salud. La CERSS promovió en años recientes la implementación de sistemas de información gerencial y vigilancia epidemiológica y sistemas de modernización hospitalaria con el apoyo del BM y del BID. De igual manera, el Instituto Dominicano de las Telecomunicaciones (INDOTEL) ha contribuido al desarrollo de esta línea estratégica mediante el proyecto de telemedicina implementado en el período 2000-2004 en los establecimientos de SESPAS de la región norte, a través de modernas salas de videoconferencia, acceso a Internet de banda ancha y equipos de radiocomunicación. Este proyecto ha sido relanzado en el 2006.

Hasta el momento, estas iniciativas han tenido escaso impacto por múltiples razones, entre las que podemos destacar el analfabetismo tecnológico y la falta de destrezas en la gestión del conocimiento, así como la escasa participación de SESPAS en la definición de una visión y una estrategia que oriente a todo el sector para el uso de las TIC en el sector sanitario.

Desafíos

Derivado del análisis de la situación de salud, de sus determinantes y de la capacidad de respuesta nacional, se ha identificado un conjunto de desafíos específicos, los cuales, junto con otros insumos, serán la base principal para la definición de los ejes estratégicos y transversales que constituirán la agenda estratégica de la cooperación de la OPS/OMS para los próximos cinco años, presentada en el capítulo 5 de este documento.

³¹Health InterNetwork Acces to Research Initiative: Iniciativa de OMS y las principales casas editoriales del mundo cuyo objetivo es proveer acceso electrónico al mayor número de revistas de biomedicina y otros temas en el campo de las ciencias sociales, de forma gratuita o casi gratuita, a instituciones de países en vías de desarrollo.

³²Disponible en: <http://www.bvs.org.do>

A continuación se presenta el listado de los desafíos identificados:

1. Lograr una mayor inversión en el gasto público en salud y una optimización en su uso.
2. Priorizar las intervenciones en salud en las áreas territoriales y grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos los de mayor pobreza, mejorando el acceso y calidad de la atención.
3. Desarrollar e implementar políticas públicas saludables. Abogar, favorecer, promover, lograr intervenciones multisectoriales dirigidas a promover salud, reducir pobreza, y aumentar oportunidades para el desarrollo.
4. Apoyar que se mantengan los ODM en la agenda política, implantar las intervenciones definidas, su monitoreo y evaluación en los diferentes niveles.
5. Apoyar, fortalecer la Movilización Tolerancia Cero, su implementación, monitoreo y evaluación en todos los niveles del SNS.
6. Priorizar la educación sexual y la información para cambio de comportamientos en adolescentes y jóvenes, como eje para la prevención de la infección del VIH.
7. Impulsar la Ley de Vacunas.
8. Priorizar el desarrollo de los recursos humanos, la implementación de la carrera sanitaria, un sistema de incentivos, la evaluación del desempeño, la bio-ética y ética profesional, dirigidos a mejorar la calidad de la atención en salud.
9. Priorizar la calidad de la atención prenatal, del parto y en el período perinatal.
10. Apoyar la implementación de la Estrategia de Acceso Universal en VIH/SIDA priorizando la población en situación vulnerable, a los adolescentes y jóvenes, para reducir la incidencia.
11. Implementar el Sistema de Información General de Salud, priorizar el subsistema de estadísticas vitales, aplicando las medidas que permitan reducir el subregistro y mejorar la calidad de la certificación de las causas de muerte.
12. Consolidar los logros obtenidos en los programas de salud pública dirigidos a la prevención y control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación.
13. Lograr la movilización social en las estrategias de prevención y control de enfermedades prioritarias y en la reducción de la mortalidad evitable.
14. Determinar la línea basal de la situación de morbilidad y factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles e implementar acciones- programas para la prevención y control.
15. Abordar los accidentes de tránsito y la violencia.
16. Desarrollar estrategias para el abordaje binacional de las principales enfermedades transmisibles.
17. Desarrollar la calidad y cobertura de los servicios de calidad ambiental y de agua y saneamiento.
18. Fortalecer los planes de prevención y mitigación de los desastres naturales.

19. Monitorear la implementación de la reforma y de la Seguridad Social para reorientar los aspectos que sean necesarios.

20. Actualizar, promover, difundir e implementar el Plan Nacional de Salud.

21. Aplicar los ajustes necesarios que permitan una adecuada inserción en los acuerdos y reglamentaciones del Tratado de Libre Comercio, con prioridad en medicamentos, alimentos, calidad de las técnicas y procedimientos en el área de salud, competencias y nivel científico-técnico de los recursos humanos, entre otros.

22. Amortiguar los efectos de la segmentación del Sistema Nacional de Salud.

23. Promover los ajustes que requiere el marco legal.

24. Apoyar el fortalecimiento de la rectoría y del nuevo concepto de Autoridad Sanitaria Nacional.

25. Reducir duplicidades y el costo de los medicamentos.

26. Implementar la Política Farmacéutica Nacional.

27. Desarrollar el PROMESE como la central de apoyo logístico del SNS.

28. Fomentar el uso racional de los medicamentos.

29. Implementar el Plan Nacional de Calidad.

30. Desarrollar iniciativas dirigidas a generar, difundir y compartir conocimientos sobre salud como evidencia científica para la toma de decisiones.

31. Incrementar el uso estratégico de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), como instrumentos poderosos para mejorar la eficiencia, la calidad y el alcance en la entrega de los servicios de salud.

Cooperación Internacional en República Dominicana

En la República Dominicana, la cooperación ofrecida por los organismos internacionales es mediante el financiamiento proveniente de fuentes reembolsables y no reembolsables, como donaciones, aportes específicos y cooperación técnica. En cuanto a su origen, la cooperación se da de dos formas, a manera bilateral, mediante acuerdos con otros países o instituciones internacionales sin fines de lucro, o mediante la cooperación multilateral con instituciones públicas internacionales, organismos financieros o especializados, del Sistema de Naciones Unidas o regionales, entre otros. En ese contexto, para la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, los organismos internacionales aportan recursos no reembolsables a través de 19 proyectos específicos para fortalecer programas y temáticas, cuyo monto alcanza RD\$659,851,861.00 (Euros \$2,915,000.00 y en dólares US\$3,031,000.00) para el período del 2003 al 2011. Estos organismos y agencias, de manera general, tienen un gran reto en la contribución al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015³³.

Gestión de la cooperación internacional

La Oficina Nacional de Planificación, ONAPLAN, es la instancia gubernamental coordinadora de la programación de la inversión pública, formula las recomendaciones para los acuerdos y convenios de los programas de asistencia y de cooperación internacional, en coordinación con la Subsecretaría de Cooperación Internacional. Ambas entidades pertenecen al Secretariado Técnico de la Presidencia, ente que coordina, supervisa y da seguimiento a la ejecución de proyectos y programas de inversión social no reembolsables, financiados por organismos de cooperación Internacional. Esta Subsecretaría plantea en un futuro próximo, constituir la Agencia Dominicana de Cooperación Internacional y crear un Sistema Nacional de Cooperación internacional para la articulación y la

³³Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Op. Cit.

sinergia de la cooperación. La Secretaría de Estado de Finanzas es la institución coordinadora de los fondos reembolsables de la cooperación al país.

En el sector salud, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con una oficina de asuntos internacionales, la cual da seguimiento a los proyectos relacionados con esta institución. En la actualidad está en proceso de activación y reorganización.

La inversión pública, para el año 2005, fue de RD\$36,892.9 millones de los que 88.5% correspondía a la inversión en proyectos, sumándose a éste las transferencias de capital a los ayuntamientos, con el 8.6%, y otras inversiones no en proyectos con el 3.0%. Dentro de los proyectos, el crédito externo correspondió al 45.3%, la tesorería nacional fue 35.9% y las donaciones externas fueron 7.3%. En el crédito externo, los bancos bilaterales aportaron 0.7% y los organismos multilaterales aportaron un 10.5%, mientras que otros bancos comerciales y el gobierno totalizaron 34.1%.

Principales agencias y programas de cooperación en el sector salud

Los principales organismos internacionales que en República Dominicana apoyan el área de la salud, tienen sus programas dirigidos, la mayor parte, al apoyo y consolidación de la reforma en salud, a través de préstamos y donaciones³⁴:

Banco Mundial (BM)

El Banco Mundial apoyó la reforma de salud en República Dominicana con el proyecto de Desarrollo de los Servicios Provinciales de Salud (PDSPS). Tal proyecto incluyó un préstamo de US\$30 millones y una contribución del Gobierno de US\$12 millones por un valor total de US\$42 millones. El proyecto inició en 1998 y concluyó en el 2004; en este mismo año, inició el Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSS) que busca profundizar el proceso de reforma del sector y de la seguridad social.

Para el período de cuatro años 2006-2009, el Banco Mundial busca apoyar al país con una cartera de US\$360 millones. Para su implementación, tratará de lograr más equidad social a través de programas que mejoren las condiciones de vida de los grupos de población más vulnerables, como la juventud y las mujeres - Fortalecimiento institucional (US\$10 millones); inversión social (US\$50 millones); desarrollo de la comunidad (US\$30 millones); agua y saneamiento (US\$20 millones), y otros como el energético y de desarrollo urbano.

³⁴Rathe, Magdalena. Op. Cit.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El Banco Interamericano de Desarrollo ha apoyado la reforma con el Proyecto de Modernización y Reestructuración del Sector Salud (PMRSS), el cual consta de cuatro componentes, dentro de los cuales está el de Fortalecimiento de los Servicios Básicos y Hospitalarios, que a su vez cuenta con diversos subcomponentes. Entre éstos está el Fondo de Atención Primaria (FONAP), apoyado en la estrategia de atención primaria en territorios seleccionados por una red plural de proveedores; la reestructuración de la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social (SESPAS) y del Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS); la reforma de la administración hospitalaria; el establecimiento de sistemas integrados de información; y la elaboración de políticas, leyes y reglamentos que respalden la reforma y modernización institucional.

Unión Europea (UE)

La Unión Europea apoyó a la reforma en salud a través del Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA), que comenzó en el año 2000 y terminó su primera etapa en el 2005. Contó con una donación de la Unión Europea de 12 millones de Euros y una donación gestionada por el ONFED de 1.5 millones de Euros. PROSISA tuvo tres componentes importantes: Refuerzo Institucional; Gestión de Recursos Humanos y Medicamentos. Otro proyecto del área social es el de “Saneamiento Ambiental en Barrios Marginales de Santo Domingo” –SABAMAR–, con un monto de RD\$404,298,949.00, a ejecutarse entre junio 2000 y agosto de 2006.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

La USAID en República Dominicana lanzó su nueva estrategia de desarrollo por cinco años durante el verano del 2002, con un monto global de US\$100 millones para diversas áreas. Esta contribución se enfocará en tres áreas principales de riesgos de salud de la población dominicana: prevención y atención de VIH/SIDA; supervivencia infantil; y salud reproductiva/planificación familiar (SR/PF). La cuarta área de énfasis, y la base organizacional para las otras tres, es la reforma del sector salud. Tiene un proyecto de manejo de desechos sólidos en 14 hospitales de la Región V, el cual está pendiente de ejecución en espera de la promulgación del Reglamento de Desechos Sólidos Hospitalarios. Dentro de la cooperación, ha contribuido con el fortalecimiento del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, la estrategia DOTS/TAES de la OMS/OPS, delegando en la oficina de OPS local, la ejecución financiera y técnica, con un monto de US\$1,300,000.00 en el período 2002-2006. En una primera etapa, USAID apoyó la reforma en salud con el proyecto Reforma y Descentralización en Salud (REDSALUD), que comenzó en 2000 y su primera fase concluyó en el 2005, con

una donación de US\$13.3 millones. El proyecto abarcó tres componentes: apoyo a la gestión local de servicios de salud, que se ejecutó en la Región V (Región Este); apoyo al nivel central de SESPAS; y apoyo al ambiente político. En el año 2005 se aprobó una extensión del proyecto por dos años adicionales³⁵.

Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)

La Agencia Española de Cooperación auspicia en el país iniciativas sobre reformas desde el año 1996, principalmente en el área de justicia y desarrollo. En la descentralización del Estado, ha tenido aportes de US\$264,127.52 para proyectos de fortalecimiento municipal³⁶; además, apoya a la Secretaría de Estado de la Mujer para impulsar las unidades de equidad de género en oficinas gubernamentales.

Dentro de las iniciativas de Centroamérica y República Dominicana, la AECI estará apoyando un *proyecto de salud con el SICA*, enmarcado en la SISCA, para el fortalecimiento institucional de la gestión del SICA en materia de salud. Este incluye *proyectos por países* sobre medicamentos esenciales y vigilancia epidemiológica.

Agencia Alemana de Cooperación (GTZ)

La GTZ, en el año reciente, ha terminado su apoyo directo al área de salud, enfocando su cooperación hacia el desarrollo local y ampliando su colaboración con proyectos hacia los municipios, en salud sexual y reproductiva. Continuará aportando hasta el final del 2012, con US\$3 millones³⁷, para el apoyo de proyectos sociales.

Sistema de Agencias de las Naciones Unidas

El Sistema de Agencias de Naciones Unidas, para el año 2005 elaboró un Análisis Común de País³⁸, en el cual se realiza un diagnóstico sobre la situación nacional, tomando como ejes transversales las perspectivas de los derechos humanos, equidad, género, ciclo de vida e institucionalidad. Con este ejercicio, realizado en el Marco de la Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (“UNDAF” por sus siglas en inglés), y con el objetivo de responder a las prioridades del país, se plantea planificar programas para 2007-2011. El Análisis Común de País es resultado de un proceso entre las agencias del sistema, el Gobierno de República Dominicana, la sociedad civil, y otros socios. La contribución, estimada en US\$100 millones, distribuidos en los siguientes cuatro ejes temáticos: Gobernabilidad democrática;

³⁵Rathe, Magdalena. Op. Cit.

³⁶VIII Congreso internacional del CLAD sobre la Reforma de Estado y de la Administración pública, Panamá, 28-31 Oct, 2003, Amanda Castillo Levisón.

³⁷Idem.

³⁸Análisis Común de País. Visión del Sistema de las Naciones Unidas sobre la Situación de República Dominicana. República Dominicana 2005.

Crecimiento y Desarrollo con Equidad; Servicios Sociales de Calidad; Gestión Ambiental Sostenible y de Riesgos frente a Situaciones de Emergencia y Desastre. Con esta iniciativa, el SNU espera contribuir al alcance de los compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Otros organismos internacionales

El **Fondo Global**, en cinco años, está apoyando con proyectos en malaria, VIH/SIDA y tuberculosis. La **JICA**, apoya el área de servicios de salud, con un *proyecto piloto de manejo de desechos sólidos hospitalarios*, con duración de un año, pero aún sin lograr su implementación por no contar con el reglamento de manejo de desechos sólidos hospitalarios. En Samaná, tienen un *proyecto de capacitación de enfermeras* con la SESPAS, basado en el desarrollo de una *metodología de calidad en salud*.

Es importante destacar a otros cooperantes en el sector salud, como el **Proyecto HOPE**, organización internacional no lucrativa que, junto a la Orden de Malta, desarrolla proyectos de atención primaria de salud auto-sostenibles, a través de las clínicas materno-infantiles, así como educación comunitaria en salud. Además, desarrolla iniciativas de bancos integrales en salud de mujeres y contribuye con donaciones de medicinas, vacunas, e insumos médicos; en las clínicas, se ofrecen servicios de atención y de prevención, el programa de transmisión vertical de VIH-SIDA en apoyo a SESPAS, y apoya a otras ONGs de ayuda social.

Otro organismo internacional cooperante en el área de salud es **PLAN Internacional**, quienes ejecutan actividades de educación comunitaria, en el área materno-infantil, VIH-SIDA, prevención de violencia, apadrinamiento de niños y niñas. Sus áreas de acción son las regiones de salud O, IV, y VI, en zonas marginales y rurales. Organismos religiosos también participan de la cooperación internacional, tales como **Visión Mundial**, que es una confraternidad internacional de cristianos que participan con los pobres en su proceso de transformación. Los programas que desarrolla en el país son: salud; desarrollo integral del niño y adolescentes; servicio al cliente; testimonio religioso; agro-ecología y ecoturismo; VIH-SIDA; fondo de inversión para microempresas y publicaciones.

La **Cooperación Francesa**: Apoya con el proyecto de salud escolar que se ejecuta con una duración de tres años y cobertura en cinco provincias fronterizas, en el municipio de Los Alcarrizos y en algunas provincias del Sur. Además, han suscrito acuerdos con el UNFPA para desarrollar los servicios de salud para adolescentes en las zonas fronterizas.

Coordinación de la cooperación internacional en salud

La Cooperación Internacional en República Dominicana se coordina a través de diferentes modalidades, como son los grupos temáticos, los comités interagenciales y la Mesa de Donantes en Salud. Estos comités, además de contar

con agencias de las Naciones Unidas, también integran a otras agencias fuera del sistema, ONGs y cooperantes del sector salud. Estos grupos y comités establecen sus reuniones periódicas para analizar los temas priorizados, programas y proyectos, con el fin de hacer eficientes las actividades y acciones conjuntas, movilizandorecursos de cada agencia y organismo internacional y de otros cooperantes. Acompañan a la autoridad sanitaria en los aspectos de la planificación y creación de evidencias, en búsquedas de recursos nacionales e internacionales, apoyo y acompañamiento en momentos de emergencias, brotes y crisis, en vigilancia epidemiológica. Realizan acciones masivas como campañas y lanzamiento de estrategias y orientan la agenda política en salud para la priorización de los temas relevantes.

Análisis de la cooperación internacional

A pesar de los esfuerzos que viene realizando el país para tener informaciones disponibles de las inversiones externas, es necesaria una mayor información de los cooperantes que permita realizar análisis de tendencias de las inversiones que aportan las agencias y organismos internacionales. Se espera que con la creación de la Agencia Dominicana de Cooperación Internacional y/o el fortalecimiento de la Subsecretaría de Cooperación Internacional pueda contarse con un sistema de información y análisis de estas donaciones y financiamientos.

Las áreas y temáticas que los organismos internacionales han venido apoyando, están acorde con las prioridades y políticas definidas por el gobierno en el marco de los ODM. A pesar de los aportes de la cooperación, específicamente en el sector salud, persisten debilidades estructurales y funcionales que limitan los resultados de programas y proyectos, y el impacto en la población.

La mayor parte de la cooperación internacional está enfocada a la reforma y el desarrollo social basados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La cartera de cooperantes internacionales es amplia y con tendencia a aumentar, sobre todo en la cooperación bilateral, lo que es una oportunidad para introducir modalidades innovadoras de cooperación basadas en la triangulación.

Programa de Cooperación de OPS/OMS con República Dominicana

El programa de trabajo

Durante los años 60 se inicia formalmente la cooperación técnica de OPS en República Dominicana. Las principales actividades identificadas durante esa década y la siguiente fueron el abastecimiento de agua y los servicios de alcantarillado, por lo cual la Organización dio prioridad a la salud ambiental; al mismo tiempo, durante esa década, se reintegraban a la comunidad las víctimas de lepra y la Organización integró actividades de cooperación para la detección y tratamiento de casos con esta enfermedad.

Durante las décadas 70 y 80, se enfatizó la cooperación para la erradicación de la malaria, control de tuberculosis, control de rabia, higiene de los alimentos, control de leptospirosis, saneamiento ambiental y desarrollo rural integral. En el área de servicios de salud, se asesoró en equipos hospitalarios, enfermería obstétrica, servicios rurales de salud, servicio social, planeamiento en educación médica, ingeniería sanitaria, odontología comunitaria, enfermería y medicina preventiva.

A mediados de los noventa se priorizó la recuperación de la eficiencia y eficacia del sistema de salud sobre la base de reestructurar la Secretaría de Salud, fortaleciendo su papel rector del sistema, promoviendo avances en la descentralización y nuevas formas de articulación entre sectores público y privado, para lograr una mayor equidad en la accesibilidad a servicios básicos y reducción de las inequidades sociales.

También en los años 90, la Cooperación Técnica fue reorganizada haciéndola congruente con el modelo de atención definido por las autoridades nacionales y con el objetivo de fortalecer el rol rector de la SESPAS, sus capacidades para liderar la reforma, para desarrollar la vigilancia epidemiológica con énfasis en grupos sociales y territorios postergados, y para el fortalecimiento de capacidades gerenciales. Esta cooperación prioriza el apoyo a la implementación del sistema sanitario, centrada en el modelo de atención, el fortalecimiento de la rectoría, la protección de los programas priorizados, el impulso a la separación de funciones y la organización de la provisión. Estos dos últimos aspectos incorporan el seguimiento de los indicadores para el logro de los ODM.

PROYECTOS DE COOPERACIÓN IMPLEMENTADOS 2000-2005 REPÚBLICA DOMINICANA

BIENIO	PROYECTOS	PROPÓSITO
2000-2001	001. Desarrollo e Implementación de la reforma y modernización del sector salud en el nivel nacional.	Reformar y modernizar el sector salud con especial énfasis en la implementación de una estrategia de atención primaria que permita disminuir las inequidades sociales.
	002. Implementación de la reforma del sector salud en las provincias descentralizadas.	Desarrollo de la capacidad de gestión en el contexto de la reforma del sector salud, focalizando en los programas prioritarios.
	003. Cooperación técnica entre países para la construcción de fronteras saludables y solidarias.	Establecer proyectos de cooperación inter fronteras y con otros países de la región, en las áreas prioritarias de necesidad de DOR.
2002-2003	005. Reforma y modernización del sistema de salud, salud ambiental y seguridad social.	Desarrollar los procesos de reforma y modernización de los sistemas de salud, salud ambiental y seguridad social, con amplia participación social.
	006. Gestión de los niveles descentralizados para intervenir en los problemas prioritarios y necesidades de salud.	Aumentar la capacidad de gestión de los niveles descentralizados para intervenir en los problemas prioritarios y necesidades de salud.
	007. Cooperación técnica entre países para el desarrollo de fronteras saludables y solidarias.	Fortalecer la cooperación inter frontera y con otros países de la región en las áreas prioritarias de salud de República Dominicana.
2004-2005	009. Reforma y modernización del sistema de salud, salud ambiental y seguridad social.	Reformar y modernizar los sectores salud, agua y ambiente; lograr la implementación del Sistema Nacional de Seguridad Social; Fortalecer de la rectoría de las Instituciones Nacionales (SESPAS, Secretaría de Medio Ambiente; INAPA).
	010. Gestión de los niveles descentralizados para intervenir en los problemas prioritarios y necesidades de salud.	Desarrollar la capacidad de gestión y de las FESP en los niveles descentralizados, regionales, provinciales y municipales.
	011. Cooperación técnica entre países para el desarrollo de fronteras solidarias.	Fortalecer la cooperación inter frontera y con otros países de la región, en las áreas prioritarias de salud de la República Dominicana.
	012. Desarrollo de la gestión interna de la oficina para el fortalecimiento de la cooperación técnica.	Ejecutar los proyectos de la cooperación técnica de la Representación en forma coordinada de acuerdo a las prioridades de cooperación del país, las OEP, los compromisos subregionales y regionales.

BIENIO 2006-2007

La definición de las áreas y prioridades de cooperación en este período programático, son producto del análisis de situación de salud, de las metas globales –en especial las metas relacionadas a los ODM– y las prioridades trazadas por las autoridades de salud. Otros factores claves son la demanda de las nuevas estructuras creadas por la Ley General de Salud y la Ley de Seguridad Social y la necesidad de ajustar la estructura orgánica de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), para que se especialice como institución rectora y vele por el buen desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), manteniendo la responsabilidad de atender la salud colectiva, organizar las redes de provisión y su descentralización como instancias autónomas, así como desarrollar los mecanismos requeridos por el Sistema de Seguridad Social.

El objetivo nacional está enfocado hacia la disminución de inequidades en salud y al abordaje focalizado a grupos vulnerables, con el fin de cerrar la brecha en salud de estos grupos especiales. En razón de los procesos que se han desarrollado en años anteriores, la programación mantiene los procesos generales, tales como el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la promoción de la salud, la búsqueda de la calidad y el trato humanizado en los servicios de salud, enfatizando la implementación del nuevo Sistema Nacional de Salud.

Para este período 2006-2007, el programa de trabajo está estructurado en base a cinco proyectos donde se articulan las áreas técnicas con sus aportes específicos.

EL PRIMER PROYECTO, *Fortalecimiento de la Rectoría Y Desarrollo Institucional del Sistema*, tiene como propósito contribuir al proceso de adecuación de la SESPAS y PROMESE/CAL en el marco de la Ley General de Salud y de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, mediante su reorganización y reestructuración funcional, a fin de mejorar la calidad, el acceso a la atención a la Salud, la capacitación de Recursos Humanos, la reorganización y transformación de Redes Regionales de Salud, el desarrollo de mecanismos alternos de transferencia presupuestaria, la ampliación de cobertura, el acceso a los medicamentos esenciales, a los servicios de laboratorio y a sangre segura.

EL SEGUNDO PROYECTO, *Control Integrado de Riesgos y Daños sobre las Personas, Comunidad y Ambiente para el Logro de los Objetivos de Desarrollo*, orienta su propósito al mejoramiento de la situación de salud de la población dominicana, fortaleciendo las acciones de la promoción de la salud y la prevención de riesgos y de daños, así como facilitando la participación de la población para alcanzar logros en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la estrategia “Tolerancia Cero”, con énfasis en los grupos vulnerables.

EL TERCER PROYECTO *Desarrollo de la Capacidad Nacional en Salud Ambiental y en Gestión de Riesgo en Situaciones de Emergencias y Desastres* hace énfasis en

mejorar la capacidad nacional en la gestión ambiental, con énfasis en la respuesta a situaciones de emergencias y desastres.

EL CUARTO PROYECTO, *Gestión de la Representación para el Fortalecimiento de la Cooperación Técnica y el Desarrollo Nacional de Salud* tiene como propósito desarrollar los proyectos de cooperación de la Representación con los soportes necesarios para su adecuada implementación e incluye la Cooperación Técnica entre Países.

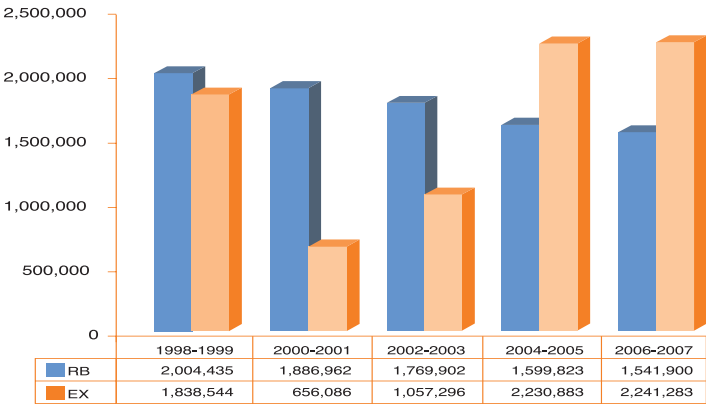
EL QUINTO PROYECTO, *Promoción de Políticas Públicas Saludables y Protección de la Salud con Enfoque de Género, Derechos y Equidad* orienta su propósito de fortalecimiento de la capacidad nacional para el desarrollo de políticas, del liderazgo, las estrategias de promoción de la salud y de la generación y transferencia de conocimiento.

Recursos financieros

Durante los últimos tres bienios, el presupuesto de Fondos Regulares (No Puesto) para República Dominicana ha experimentado un descenso gradual sostenido que alcanza la cifra de 23% acumulado tomando como base el presupuesto 1998-1999 que fué de US\$2,004,435. Como puede apreciarse en la próxima gráfica, el presupuesto para 2006-2007 también ha seguido la tendencia decreciente.

Por su parte los Fondos Extrapresupuestarios experimentaron un significativo aumento desde el 2002 hasta 2007 como resultado de la aprobación del Proyecto de Fortalecimiento del Programa de Control de la Tuberculosis, financiado por USAID. Originalmente este Proyecto fue elaborado para dos años (2002-2003), pero ha sido extendido e incrementado en dos ocasiones. La nueva fecha de vencimiento es septiembre del 2007.

FONDOS REGULARES (NO PUESTO) Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1998-2007



Desde el bienio 2000-2001 hasta el bienio 2004-2005, la Cooperación Técnica fué entregada a través de cuatro proyectos. Los recursos del presupuesto regular asignados a cada Proyecto se detallan en el siguiente cuadro:

ASIGNACIÓN DE RECURSOS POR PROYECTOS 2000-2005

TÍTULO DEL PROYECTO	2000-2001	%	2002-2003	%	2004-2005	%
Reforma y Modernización del Sistema de Salud, Salud Ambiental y Seguridad Social	891,106	47%	878,919	50%	863,040	56%
Gestión de los Niveles descentralizados para intervenir en los problemas prioritarios y necesidades de salud	407,863	22%	260,955	15%	174,759	11%
Cooperación Técnica entre países para el desarrollo de fronteras solidarias	72,073	4%	89,758	5%	26,753	2%
Desarrollo de la gestión interna de la oficina para el fortalecimiento de la cooperación técnica.	515,920	27%	540,270	30%	476,600	1%
TOTALES US\$	1,886,962	100%	1,769,902	100%	1,541,152	100%

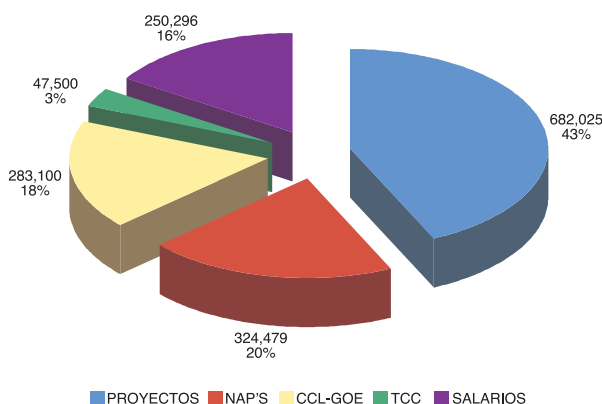
Para el bienio 2006-2007, el Programa de Trabajo fue reestructurado. Se establecieron cinco proyectos y los Fondos Regulares (No Puestos) fueron asignados como se detalla en el siguiente cuadro:

ASIGNACIÓN DE RECURSOS POR PROYECTOS 2006-2007

TÍTULO DEL PROYECTO	VALORES	%
PROYECTO 013 Fortalecimiento de la rectoría y desarrollo institucional del Sistema Nacional de Salud.	384,900	25%
PROYECTO 014 Control integrado de riesgos y daños sobre las personas, Comunidad y Ambiente para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	337,575	21%
PROYECTO 015 Desarrollo de la capacidad nacional en salud ambiental y engestión de riesgo en situaciones de emergencias y desastres.	82,850	5%
PROYECTO 016 Gestión de la Representación para fortalecimiento de la Cooperación Técnica y el desarrollo nacional de Salud.	464,000	29%
Cooperación Técnica entre países	47,500	3%
PROYECTO 017 Promoción de políticas públicas saludables y protección de la salud, enfoque de género, derechos y equidad.	270,575	17%
TOTAL US\$	1,587,400	100%

De acuerdo a los diferentes tipos de desembolsos los Fondos Regulares (No Puesto) para el bienio 2006-2007 fueron distribuidos de la siguiente manera:

**DISTRIBUCIÓN FONDOS REGULARES (NO PUESTO)
POR TIPO DE DESEMBOLSO
2006-2007**



Recursos humanos

La Representación de OPS/OMS en República Dominicana cuenta con 40 funcionarios, 28% de los cuales es personal técnico, 39% corresponde a apoyo secretarial y logístico y 33% es personal administrativo,. El personal técnico está conformado por 5 consultores internacionales y 6 profesionales nacionales. El personal administrativo está integrado por cuatro empleados regulares de PAHO (tres GS y un NO) y 24 empleados de SESPAS asignados a la Organización. Del total general, un 26% corresponde al sexo masculino y el 74% al sexo femenino.

Infraestructura física

La Representación de OPS/OMS ocupa 161 mts2 de la primera planta y 743 mts2 de la segunda planta del ala derecha del edificio de la Defensa Civil, ubicado en la Plaza de la Salud, cedido por las disposiciones 6-99 y 2-97 respectivamente, de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Estos espacios fueron cedidos por un período de 10 años. La disposición que nos otorga el espacio en la segunda planta del edificio, vence en el año 2007.

El mantenimiento de estas instalaciones es cubierto por OPS/OMS, así como también los servicios públicos necesarios. En lo inmediato, se hace necesaria la readecuación del mobiliario del área técnica, la remoción y sustitución del vinyl de las paredes y los plafones del techo, la adquisición de una nueva central telefónica, defensas anticiclones, y un sistema de control de incendios.

Normas Mínimas de Seguridad Operacional (MOSS)

La Representación OPS en República Dominicana ha satisfecho la mayoría de los requerimientos para estar acordes con el MOSS. Para estar totalmente

adecuados, es necesario comprar 6 radios para los vehículos y una estación base UHF, y adquirir y colocar material resistente a explosiones en las ventanas y puertas de vidrio del edificio. Estas medidas no han sido implementadas por falta de recursos financieros.

Análisis de las entrevistas realizadas a los actores claves del sector salud

Uno de los procesos importantes del ejercicio para definir la ECP fue la consulta con más de 80 instituciones nacionales e internacionales relacionadas con la salud, mediante entrevistas individuales a las principales autoridades sanitarias del país y entrevistas grupales con importantes actores del sector salud (Ver listado de entrevistas en el anexo I).

De acuerdo al análisis de las entrevistas realizadas, se pudo observar que la mayoría de los 111 enunciados emitidos en las entrevistas sobre la situación nacional de salud, proponen básicamente la atención a las siguientes prioridades:

- La debilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, de los servicios de salud y del proceso de reforma.
- La necesidad de promover políticas públicas saludables y de protección social con enfoque de género y de derechos humanos.
- Fortalecer la vigilancia, prevención y control de enfermedades, que implica mejorar el manejo y uso de la información en salud, así como el fortalecimiento de la gestión y descentralización de los servicios de salud.

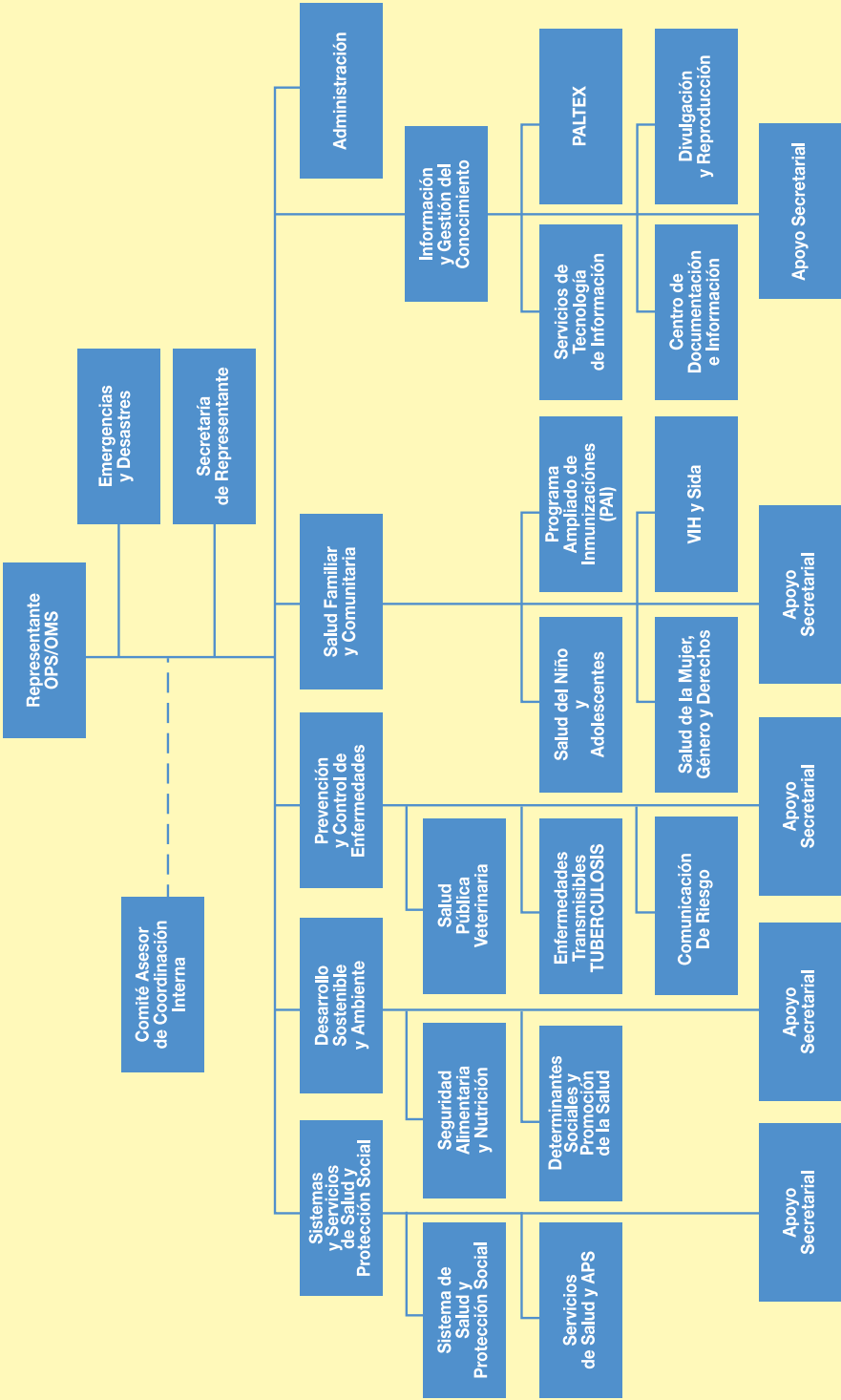
El resumen de los 77 enunciados emitidos con relación a la percepción del rol de la Organización a nivel de país, destaca principalmente:

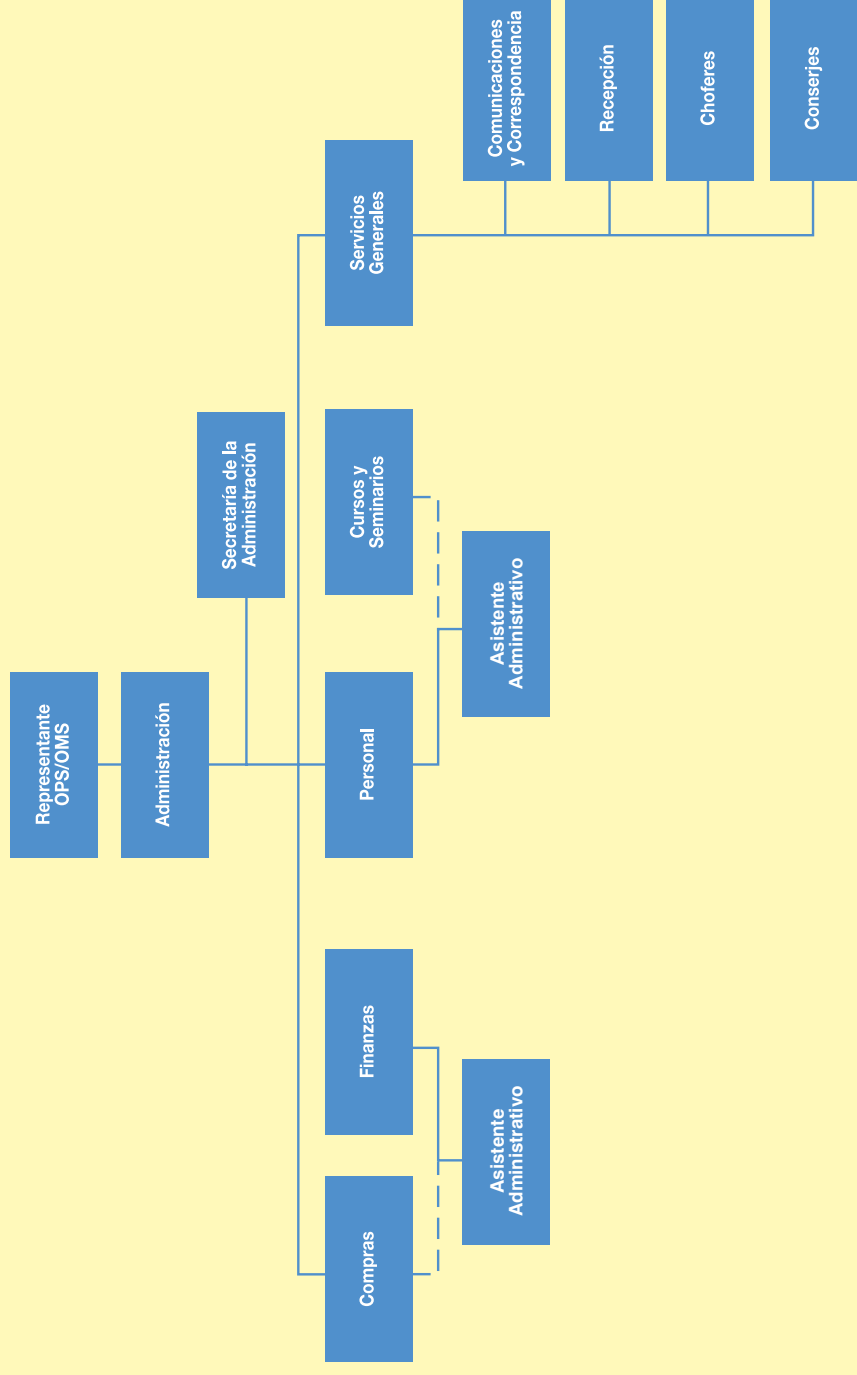
- El reconocimiento de su prestigio, capacidad técnica y carácter independiente;
- Su acceso e influencia al más alto nivel político;
- Su capacidad de respuesta en situaciones de emergencias y desastres;
- Sus destacados aportes en el acompañamiento permanente de todos los procesos que emprende el sector salud del país.

En relación a las expectativas a futuro de la Organización, la mayoría de los 46 enunciados reconocen:

- La necesidad de que la oficina asuma el liderazgo, a fin de que el país coloque en la agenda nacional los temas y procesos de salud prioritarios que permitan avanzar en el desarrollo nacional de la salud;
- La necesidad de promover el trabajo conjunto de los cooperantes y de mejorar la coordinación interagencial;
- Ejercer una visión más crítica de los procesos del sector salud y orientar su agenda de cooperación para que contribuya al logro de mejores impactos y consecuentemente, al incremento del nivel de salud de la población dominicana.

ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA REPRESENTACIÓN OPS/OMS. REPÚBLICA DOMINICANA





Ejes Transversales de Cooperación: Desarrollo Institucional y Transparencia • Desarrollo de Recursos Humanos
Mejora Continua de la Calidad • Gestión y Análisis de la Información en Salud para la Toma de Decisiones
Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)

IV. Marco de Políticas Corporativas: Directrices Globales y Regionales

Metas globales de la Organización Mundial de la Salud

La meta de la OMS consiste en promover poblaciones y comunidades sanas y combatir la mala salud. Dentro de los Objetivos estratégicos, varias esferas concretas muy importantes para la OMS durante el próximo sexenio, figuran como prioridades del Plan Estratégico 2008-2013. Estas esferas guardan relación con problemas de salud emergentes y cuestiones de gran relevancia para los Estados Miembros, que se han señalado en resoluciones recientes de la Asamblea de la Salud, ellas son:

- La aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), a fin de responder rápidamente a emergencias de salud pública de interés internacional (incluidas las provocadas por brotes de enfermedades emergentes y epidemiológicas), aprovechando la erradicación de la poliomielitis para establecer una infraestructura eficaz de vigilancia y respuesta;
- La lucha contra la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, con especial hincapié en las medidas destinadas a reducir los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, la alimentación inadecuada y la inactividad física;
- El estudio de los aspectos más amplios de la salud y de la relación de ésta con otros sectores, utilizando el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud;
- La debilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional, de los servicios de salud y del proceso de reforma. La reducción de la mortalidad materna, expandiendo las actividades destinadas a lograr el acceso y la cobertura universales respecto de intervenciones de salud pública eficaces, y fortaleciendo los servicios de salud;
- La mejora de los sistemas de salud, prestando especial atención a los recursos humanos, la financiación y la información sanitaria.

En la realización de sus actividades, el Secretariado de la OMS se centra en las seis funciones básicas siguientes:

- Articular posiciones de política y promoción coherentes, éticas y basadas en pruebas científicas;
- Gestionar la información, evaluando las tendencias y comparando los resultados; establecer el programa de acción de la investigación y del desarrollo, y estimularlo;
- Catalizar el cambio mediante apoyo técnico y normativo por medios que estimulen la cooperación y la acción y ayuden a crear capacidad sostenible a nivel nacional y entre los países;
- Negociar y sostener fórmulas de asociación nacionales y mundiales;
- Establecer, validar y vigilar normas y criterios y proseguir su adecuada aplicación;
- Estimular el desarrollo y la experimentación de tecnologías, instrumentos y directrices nuevos para la lucha contra las enfermedades, la reducción de riesgos, la gestión de la atención sanitaria y la prestación de servicios.

A pesar de que las directrices estratégicas y las funciones básicas de la OMS han proporcionado orientación, es indispensable definir mejor los ámbitos específicos de las prioridades, de modo que viabilicen el alcance de mejores impactos en la salud de la población de sus Estados Miembros. De acuerdo con un análisis de los principales desafíos de la acción sanitaria internacional, estas directrices reflejan también decisiones estratégicas internas con respecto a los diferentes sectores en los que la OMS tiene una ventaja en comparación con otros o en los que es necesario crear capacidad.

La OMS plantea que en la “mayoría de los países, los progresos hacia unos niveles de salud aceptables serán limitados y efímeros si no se desarrollan sistemas de atención sanitaria suficientemente robustos para responder a los actuales retos”³⁹. Para impulsar este proceso, la OMS está haciendo de los resultados en los países su principal objetivo.

Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2003-2007

El plan estratégico para el período 2003-2007⁴⁰ define el marco de la cooperación técnica de la OPS para la Región de las Américas y es uno de los insusos claves para la definición de la estrategia de cooperación en el país. Reúne los valores, la visión, la misión y las funciones de la oficina. La formulación de

³⁹Mensaje del Director General, Informe sobre la Salud del Mundo 2003.

⁴⁰Plan estratégico de la OPS para el período 2004-2007. CSP26/10.

la estrategia de cooperación de OPS para la Región, se basa en dos principios fundamentales: la equidad⁴¹ y el panamericanismo⁴².

En el plan estratégico se establecen las siguientes áreas prioritarias: prevenir, controlar y reducir las enfermedades transmisibles; prevenir, controlar y reducir las enfermedades no transmisibles; promover estilos de vida y ambientes sociales sanos, así como el crecimiento y el desarrollo saludables; promover entornos físicos seguros; prepararse, gestionar y responder en casos de desastres; garantizar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles; y promover un insumo eficaz de salud en las políticas sociales, económicas, culturales y de desarrollo.

En colaboración con los Estados Miembros, la Oficina desempeña las siguientes funciones:⁴³

- Proporciona la visión estratégica para el desarrollo sanitario en las Américas.
- Genera y comparte información para: vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente; informar, promover la causa y educar acerca de los temas de salud regionales; y producir conocimientos y encontrar soluciones innovadoras.
- Moviliza recursos y fomenta la estructuración de alianzas, en los planos nacional, regional e internacional, para aumentar la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes.
- Construye la capacidad nacional y regional.
- Adapta soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios.
- Formula normas y procedimientos para proteger la salud y conseguir la seguridad.

En forma especial, cabe destacar el compromiso asumido por la Organización en torno a la Declaración de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio. Las nuevas modalidades de trabajo de la OPS se orientan hacia la definición de políticas, estrategias y estándares, las alianzas para reducir la inequidad, la nueva cultura organizacional, los nuevos métodos de trabajo y la definición de prioridades. Para el período 2003-2007, la OPS afronta dos grandes retos: que los gobiernos ejerzan el liderazgo y la responsabilidad para mejorar la salud y que las personas, las familias, las comunidades y las instituciones estén empoderadas para la promoción

⁴¹Definida como la distribución de los medios necesarios para alcanzar salud de una manera justa. Sustenta la meta de salud para todos y refleja explícitamente la visión, la misión y los valores de la oficina.

⁴²Principio fundador de la OPS, expresado en el compromiso de los Estados Miembros de colaborar para mejorar el estado de salud en áreas de interés común y apoyar a los más necesitados directa e indirectamente.

⁴³Plan estratégico de la OPS para el período 2004-2007. CSP26/10.

de la salud y la protección de la vida. El cambio de la administración de la OPS y las bases de la nueva gestión implican cambios en la forma en como se venía desarrollando la cooperación técnica.⁴⁴ A continuación se destacan algunos aspectos relevantes:

La OPS aspira a profundizar el consenso en la Región, formar alianzas estratégicas, crear una genuina cultura de salud, ampliar entornos saludables, asegurar la calidad, y mejorar la comprensión y acción sobre los factores determinantes de la salud pública. Se continuará el énfasis en los grupos especiales, pobres, etnias minoritarias, mujeres, niños y ancianos. El énfasis de la cooperación será en el trabajo en y con los países, para mejorar los niveles de salud de la población. Se mejorará la planificación estratégica del país, intensificando el apoyo de la organización. Así, grupos de apoyo de la Sede colaboran para planificar, ejecutar y vigilar soluciones técnicas integradas, a la vez que los programas regionales deberán responder a las prioridades y metas establecidas en consenso con los países.

Se intentará aumentar la eficacia y la eficiencia de la cooperación técnica con los países mediante el máximo aprovechamiento de las nuevas tecnologías y conocimientos y la intensificación del intercambio de información entre países. Es importante reforzar las capacidades de los niveles locales, nacionales y subregionales y el fortalecimiento de las alianzas estratégicas con otros socios claves del desarrollo.

La Organización se compromete a facilitar la transformación institucional basada en el conocimiento, aprendizaje y crecimiento, a aplicar políticas de reforma de la OMS para la gestión de recursos humanos, así como a promover métodos de trabajo más participativos, a vigilar y a monitorear los cambios.

Durante el año 2007, la Oficina Sanitaria Panamericana está en el proceso de formular su Plan Estratégico para el período 2008-2012, el cual será presentado a su máximo Cuerpo Directivo, la Conferencia Sanitaria Panamericana, a celebrarse en el mes de septiembre.

⁴⁴La transición hacia un nuevo siglo de salud en Las Américas. Informe anual de la Directora, 2003. OPS/OMS.

V. La Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con República Dominicana

En este capítulo se concentran los resultados del proceso de análisis exhaustivo que se hace de la situación nacional de salud, de sus prioridades, causas y efectos; así como la capacidad de respuesta nacional. Se identifican también sus avances y limitaciones, y los aportes del sector no gubernamental y de la cooperación externa. Esto ha permitido definir con más claridad los aportes que puede brindar la Organización conforme a la Visión, Misión, Valores, mandatos y el conjunto de recursos en todos sus niveles. Se describen algunos aspectos que facilitan la definición más específica de la Agenda Estratégica de Cooperación con el País incluida al final de este capítulo.

Estrategia de cooperación OPS/OMS 2006-2007

En virtud de que el cambio de autoridades nacionales en la SESPAS coincidió con el proceso de transferencia de Representante, así como con la llegada de nuevos integrantes al equipo técnico de la Representación de OPS/OMS en la República Dominicana, se ha generado un proceso de cambios que requieren ajustes en forma dinámica, sin descuidar la agenda de CT ni los procesos modulares de la Reforma Sectorial.

Por su parte, la OPS realizó un rápido ajuste a su plan de CT para el bienio 06-07, fundamentado en los resultados del CCA/UNDAF y de la Ruta Crítica trazada para la Reforma Sectorial, insumos que permitieron reorganizar y ubicar los recursos de la CT en cinco grandes proyectos:

- Fortalecimiento de la rectoría y desarrollo institucional del sistema nacional de salud
- Control integrado de riesgos y daños sobre las personas, comunidad y ambiente para el logro de los ODM.
- Desarrollo de la capacidad nacional en salud ambiental y en gestión de riesgo en situaciones de emergencias y desastres.
- Gestión de la Representación para el fortalecimiento de la cooperación técnica y el desarrollo nacional de salud.

- Promoción de políticas públicas saludables y protección de la salud con enfoque de género, derechos y equidad.

La estrategia de CT de OPS/OMS con los proyectos mencionados para el bienio 06-07 responde a la Agenda Estratégica elaborada por las nuevas Autoridades de Salud, en la cual se destacan las siguientes líneas de acción:

- Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS
- Organización y estructuración de las Redes Públicas Prestadoras de los Servicios de Salud a nivel regional (Servicios Regionales de Salud)
- Garantía de acceso equitativo a medicamentos de calidad, seguros y efectivos.
- Garantía del aseguramiento, con énfasis en la población de menos ingresos.

Y dos ejes que se consideran transversales:

- Desarrollo de los recursos humanos del sector salud.
- Diseño e implementación del sistema de información general en salud.

El ejercicio de costeo de las intervenciones identificadas como necesarias para el logro de las Metas y Objetivos del Milenio, el Marco de Planificación de Naciones Unidas/UNDAF y las informaciones obtenidas a partir de las actividades del propio ejercicio de formulación de la ECP, constituyen otros insumos de enorme valor para la construcción de esta agenda estratégica que ha de orientar la CT para el corto plazo (período 2007-2011).

Escenario para la estrategia de cooperación 2007-2011

Como se ha señalado anteriormente, el marco jurídico del sistema sanitario de República Dominicana cambió sustancialmente con la promulgación, en el año 2001, de la Ley General de Salud (42-01) y de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). A partir de este momento se producen intensos cambios en la dinámica de las instituciones del sector, aunque evolucionan en medio de una transición que se prolonga más de lo previsto.

En el escenario actual, conviven una serie de prioridades y carencias sanitarias, en el cual se hace crónica la baja inversión pública en salud, el alto gasto de bolsillo para acceder a medicamentos y servicios de salud aún de baja calidad, la inestabilidad laboral, la falta de una ley de carrera sanitaria, las debilidades en la gestión del personal y de los servicios, la falta de acceso al agua potable y al saneamiento básico, el bajo nivel de poder de los usuarios y una escasa participación social en la gestión de la salud. La situación se agrava ante la falta de sistemas de información en salud que sean confiables y de calidad, que permitan el análisis crítico y la toma de decisiones basadas en evidencias.

Sin embargo, existen logros que deben ser protegidos para alcanzar la erradicación de enfermedades y evitar regresiones hacia la agenda inconclusa o el incremento de la misma. Se reconoce como logro la aprobación de las leyes antes mencionadas (42-01 y 87-01), pues el cumplimiento de sus principios rectores permitirá reducir las inequidades y extender la protección social en salud. Es igualmente importante el inicio del Seguro Familiar de Salud (SFS) en cuatro regiones sanitarias, mejorando el acceso al Plan Básico de Salud y a medicamentos esenciales. Este marco legal fortalecerá la función de rectoría, profundizará los procesos de descentralización y reducirá significativamente el gasto privado en los sectores más pobres y vulnerables. El modelo de atención es otro logro a resaltar y proteger. Pese a los desajustes que en ocasiones producen los cambios políticos, el modelo oficial sigue teniendo su fundamento en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Su implementación en el componente del primer nivel se ha mantenido, con diferentes énfasis y grados de desarrollo, durante los tres últimos períodos de gobierno.

La Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos y otras instituciones del sector ambiental implementan políticas, estrategias y acciones mediante las cuales fortalecen la gestión ambiental, lo que se considera un logro relevante. De igual manera, la afiliación del país al FOCARD-Agua Potable y Saneamiento fortalece el sector de agua y saneamiento en materia de intercambio de información, experiencia, normalización, procesos de compra y otros aspectos de interés para el mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios.

En la actualidad, el desarrollo nacional de la salud enfrenta nuevos desafíos tales como: incorporar en la nueva agenda de cooperación esfuerzos, recursos técnicos y nuevas modalidades que permitan analizar el marco legal y proponer los ajustes necesarios para lograr mayor solidaridad y equidad en el financiamiento, implementar el SFS, garantizar acceso y calidad de la atención en los servicios de salud, ambientales, de agua y saneamiento, mayor respeto a los derechos de los ciudadanos, avanzar hacia un Plan Básico de Salud más integral, reducir las duplicidades y los altos costos de transacción, disminuir la segmentación y paliar los efectos del fraccionamiento en la provisión, lograr el equilibrio financiero del SDSS y de la salud colectiva, entre otros.

Ante este escenario, cobra mayor relevancia el interés por fortalecer la capacidad institucional de rectoría, incrementar la inversión pública en salud, asegurar la eficacia de los aportes de la cooperación externa y de las entidades prestatarias internacionales, fortalecer en los servicios de salud el enfoque de derecho humano del usuario y la participación social en la gestión de salud. En contraposición con el gran poder que ejercen otros sectores, justifican mayores esfuerzos por fortalecer a la SESPAS como Autoridad Sanitaria Nacional, responsable del ejercicio de la rectoría, junto a otras instituciones e instancias que participan en el desarrollo del Sector (SISALRIL, CNS, CNSS, INAPA, entre otras).

A cinco años de promulgada la Ley 87-01, habiéndose pospuesto en nueve ocasiones el inicio del SFS para el Régimen Contributivo, se hace necesario dinamizar la afiliación en el Régimen Subsidiado y definir estrategias innovadoras que permitan superar las barreras actuales, iniciando cuanto antes la afiliación para los demás regímenes. El equilibrio financiero y el costo del Plan Básico de Salud constituyen temas afines que forman parte de los desafíos a afrontar. El desarrollo de la Unidad de Cuentas en Salud de la SESPAS, la generación de mayor y mejor evidencia, constituyen alternativas de gran valor para promover mayor inversión pública en salud.

Otros desafíos que deben ser incluidos en la nueva agenda estratégica son el desarrollo de sistemas y servicios de salud, ambientales, de agua y de saneamiento, fundamentados en la Atención Primaria, sistematización de las intervenciones para el logro de los ODM en los niveles subnacionales y con amplia participación intersectorial.

Fortalezas y oportunidades para el desarrollo de la agenda de cooperación técnica

En el marco del proceso de definición de la estrategia de cooperación con el país, fueron realizadas más de ochenta entrevistas a actores clave, contrapartes y representantes de instituciones del sector público, privado, de la sociedad civil y de la cooperación internacional. Entre las oportunidades identificadas están las siguientes:

- El ejercicio de costeo de los ODM y su incidencia en los planes y presupuestos nacionales
- La percepción de la APS como estrategia prioritaria a renovar y fortalecer, que ha sido incorporada a la agenda política del más alto nivel, junto con el programa de Movilización Tolerancia Cero.
- El país cuenta con recursos de la cooperación internacional para el desarrollo de proyectos de salud, ambiente, agua y saneamiento.
- Existe una ruta crítica y una agenda estratégica que cuenta con financiamiento para la reforma del sector salud, para apoyar el fortalecimiento institucional, la mejoría de los programas y servicios de salud; y la extensión de la protección social en salud a través de la seguridad social.
- A nivel de la subregión de Centroamérica y República Dominicana, se cuenta con nuevos instrumentos y estrategias de cooperación internacional (ej. CCA/UNDAF, SWAP, PRSP), los cuales son aplicables a procesos nacionales existentes y futuros.
- Interés manifiesto de la ASN para desarrollar procesos de evaluación, análisis y fortalecimiento de la rectoría.

- Reactivación del proceso de elaboración del Plan Nacional Decenal de Salud, con una metodología ampliamente participativa, bajo el liderazgo de la SESPAS.
- La isla cuenta con un plan binacional contra la TB, con financiamiento gestionado y refrendado por autoridades de ambos países, y la coyuntura política del momento favorece el desarrollo de una agenda binacional en salud.
- Los niveles subnacionales o locales demandan mayor apoyo técnico de la OPS/OMS, lo cual constituye una clara oportunidad para fortalecer los procesos de descentralización y favorecer el trabajo intersectorial.

Hacia la articulación de esfuerzos para el Desarrollo Nacional de la Salud

Se requiere de un cambio de paradigma de desarrollo sanitario, centrado en las personas y en los procesos, más que en la infraestructura de los servicios de salud, que fomente la rendición de cuentas, el trabajo en equipo, la participación activa de la comunidad y sus instituciones, que incremente y garantice la calidad de los servicios con enfoque de género, que contribuya a mitigar los efectos de la pobreza, la inequidad y la exclusión en salud. Estos esfuerzos deben integrar el desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública con un abordaje de derechos humanos, de justicia y de seguridad ciudadana que permita enfrentar temas de la complejidad y magnitud como el embarazo en adolescentes y la mortalidad materno-infantil, la violencia social e intrafamiliar creciente, la exclusión social en salud, la contaminación ambiental, la baja calidad y cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento, la inseguridad alimentaria y nutricional.

Es preciso recuperar la concepción del modelo de atención fundamentado en la estrategia de APS, como eje estratégico para optimizar y articular los esfuerzos intersectoriales en el abordaje de los determinantes de la salud y la consecución de los ODM, mejorando la gestión local de la salud con mayor descentralización de los recursos y responsabilidades. Los esfuerzos de planificación estratégica derivados del ejercicio de costeo de los ODM, deben ser acompañados de un seguimiento más estrecho, con mayor participación del nivel subnacional y de la comunidad, para asegurar la realización de los ajustes organizacionales y funcionales que son necesarios para ir progresiva y sucesivamente reduciendo las brechas detectadas.

La creación de la Unidad de Análisis Sectorial en SESPAS, la elaboración del Plan Nacional Decenal de Salud y su puesta en marcha, el fortalecimiento de la Unidad de Cuentas en Salud, resolver el “nudo gordiano” de la seguridad social, la creación de las unidades de gestión ambiental municipal (UGAM) e integrar a los municipios a la gestión local de la salud, son sólo algunos de los procesos trascendentales que se perfilan de largo plazo. Estos requieren de apoyo y soporte

técnico sostenido y continuado por parte de la OPS/OMS, apoyo que se materializa y desagrega en los siguientes componentes de la estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con República Dominicana para el período 2007-2011.

Agenda estratégica de cooperación técnica de la OPS/OMS con el país

Los elementos que constituyen la agenda de la ECP son:

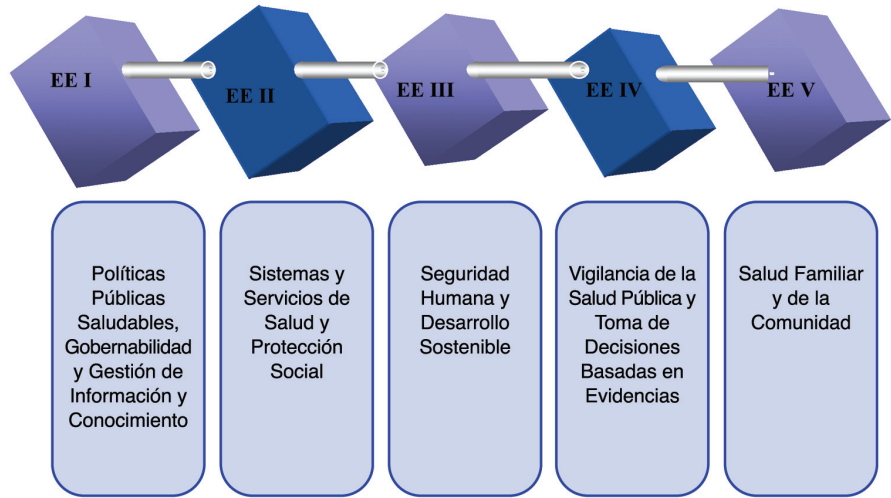
1. Los ejes estratégicos, que figuran como la base de la respuesta de la cooperación a los aspectos de la agenda inconclusa en salud y el enfrentamiento de los nuevos desafíos.
2. Los ejes transversales, que son soporte importante en la implementación de los ejes estratégicos y en la sostenibilidad de los logros alcanzados, y
3. El contexto, definido por los más relevantes marcos de la acción nacional y de la cooperación internacional en salud, que constituyen los espacios de interacción en los que se desarrollará la implementación de los ejes estratégicos y transversales. Estos elementos se describen a continuación.

–Ejes estratégicos (EE)

Los ejes estratégicos identificados son cinco, de acuerdo a lo que se ilustra en la siguiente figura y son descritos en base a su concepción y prioridades:

EE 1: POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES, GOBERNABILIDAD Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

El propósito de este eje estratégico es el de fortalecer la institucionalidad, la rectoría, el liderazgo y la capacidad nacional para el desarrollo de políticas y



estrategias de promoción y protección social en salud, con equidad e igualdad de oportunidades, género y derechos, así como la rendición de cuentas.

- Reposicionar la salud en la agenda política y de desarrollo mediante la abogacía, comunicación social, diálogos nacionales y locales, y alianzas estratégicas.

- Fortalecer la capacidad institucional de la Autoridad Sanitaria Nacional y descentralizada para el ejercicio de la rectoría y el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

- Desarrollar alianzas con los actores e interesados directos para promover el ejercicio de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, contribuyendo a una mayor participación social en salud.

- Fomentar la producción y la gestión de la información y el conocimiento al interior de la Organización y en las instituciones del sistema nacional mediante la coordinación con actores claves (información, investigación, diseminación).

- Facilitar el uso y democratización de la información y del conocimiento para la toma de decisiones y el empoderamiento de la sociedad civil y otros.

- Promover el desarrollo de un marco legal y de políticas para la gestión de la información y del conocimiento.

EE 2: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Este eje estratégico busca contribuir al proceso de transformación de los servicios de salud y de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a las nuevas funciones que se derivan de la Ley General de Salud y de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

- Cooperar con el fortalecimiento de las redes de provisión y la institucionalización del Modelo de Atención integral basado en el enfoque familiar y comunitario, la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

- Promover el desarrollo de observatorios para la sistematización y uso de las lecciones aprendidas en la reforma de la salud y la seguridad social, a nivel nacional e internacional.

- Monitoreo y evaluación de la aplicación de las políticas de salud, y del cumplimiento de normas de atención, estándares de calidad, e intervenciones costo-efectivas.

- Fortalecer el uso de la Planificación Estratégica para la gestión de los programas y redes de servicios de salud (medicamentos, laboratorio, tecnologías y bancos de sangre).

- Apoyar la implementación de las políticas para el desarrollo de los recursos humanos en salud (carrera sanitaria, planificación y gestión, formación en función de brechas y desafíos).

- Fortalecer la calidad técnica y humanización en la atención en salud, basados en la ética y los valores.

EE 3: SEGURIDAD HUMANA Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Este eje estratégico persigue fortalecer las capacidades nacionales para la protección de la salud, la prevención y control de los determinantes sociales y ambientales que afectan la seguridad humana y el desarrollo sostenible, en situaciones estables, de emergencia y desastre.

- Incorporar el proceso de planificación en salud para la atención de emergencias y desastres en los niveles nacional, provincial y local.
- Fortalecer la capacidad institucional de las instancias encargadas de la atención de emergencias y desastres en los diferentes niveles.
- Implementar las estrategias de atención a emergencias y desastres en los diferentes niveles.
- Colocar en la agenda política la reforma y modernización del sector agua y saneamiento.
- Reducir el impacto a la salud derivados de los factores de riesgo ambiental laboral.
- Contar con el marco legal, políticas, planes y programas para el desarrollo de la SAN.

EE 4: VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA PARA LA TOMA DE DECISIONES BASADAS EN EVIDENCIA

Con este eje se pretende el fortalecimiento institucional de la SESPAS para el cumplimiento normativo y regulatorio necesario para el desarrollo del Sistema General de Información en Salud y garantizar la calidad y oportunidad del dato. Busca también contribuir a la generación y sistematización de la información y gestión del conocimiento como insumos fundamentales para el desarrollo de la inteligencia sanitaria y para la toma de decisiones.

- Mejorar la capacidad de vigilancia, planificación, implementación, monitoreo y evaluación a nivel nacional, provincial y local.
- Favorecer el desarrollo de la veeduría social a través del acceso a la información en salud.
- Desarrollar la red de laboratorios de salud pública en apoyo a la vigilancia epidemiológica y los programas de salud pública.
- Apoyar la elaboración e implementación de planes para el desarrollo y la actualización tecnológica y del recurso humano, para mejorar la capacidad de análisis con énfasis en la determinación de inequidades y desigualdades geográficas.
- Lograr las publicaciones periódicas en diversos formatos, ajustados a las necesidades de las diferentes audiencias: institucionales, técnicas, políticas y ciudadanas.
- Transparencia y garantía de acceso oportuno a la información para la toma de decisiones

- Fortalecer la construcción de evidencia para favorecer el diálogo político e intersectorial con el objetivo de incrementar la inversión pública en salud e intervenir en los determinantes sociales.

EE5: SALUD FAMILIAR Y DE LA COMUNIDAD

El propósito de este eje es el de fortalecer la capacidad nacional en la aplicación de estrategias basadas en evidencias científicas, con un enfoque familiar y comunitario que contribuya a la prevención de enfermedades, reducción de la mortalidad en todo el ciclo de vida, con enfoque de género y equidad para mejorar la calidad de vida de las familias, enfatizando las acciones sinérgicas entre cada etapa de la vida.

- Apoyar la reorientación de los servicios de salud para responder a las necesidades de la familia, impulsando el modelo de atención que convierta a la familia en el objeto de la intervención y la considere un entorno para las intervenciones de salud.
- Apoyar el diseño, la ejecución y la evaluación de los modelos, los programas y los servicios de salud familiar.
- Apoyar la formulación y promoción de políticas y legislación que apoyen a las familias así como la creación de entornos físicos y sociales que capaciten para lograr una vida familiar saludable y productiva
- Fortalecer la construcción de evidencias que favorezcan el diálogo político e intersectorial para aumentar la inversión pública en salud e intervenir en los determinantes sociales.
- Desarrollar alianzas con otros actores que faciliten el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud con enfoque familiar, de género y equidad.
- Acompañamiento en el desarrollo de las acciones de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Estrategia Tolerancia Cero, como también en el monitoreo y evaluación de las intervenciones en proceso.

–Ejes transversales (ET)

Los ejes transversales identificados son cinco, y a continuación se describe el contenido y principales líneas de trabajo de cada uno de ellos:

ET1: DESARROLLO INSTITUCIONAL Y TRANSPARENCIA

Este eje persigue el fortalecimiento institucional interno de la Representación OPS/OMS, a fin de hacer más efectiva, eficaz y transparente la cooperación técnica de la Organización con el país. Entre sus principales líneas de trabajo están las siguientes:

- Actualizar el Convenio Básico entre el Gobierno y la Organización.
- Elaborar e implementar un plan de desarrollo corporativo institucional.
- Fomentar el desarrollo de los principios y valores organizacionales, y la proyección de la imagen corporativa de la Representación.

- Identificar estrategias para el mejoramiento del clima organizacional, la eficiencia y eficacia de la gestión administrativa.
- Estimular el desarrollo de distintas modalidades para la captación y movilización de recursos.
- Adecuación del recurso humano de acuerdo a competencias y necesidades de la Representación en función de la agenda estratégica.
- Apoyar el desarrollo de las áreas administrativas de las contrapartes en el uso de los instrumentos administrativos de la cooperación técnica.
- Fortalecer el rol mediador de la OPS como agencia técnica especializada en salud.
- Promover la seguridad laboral y la equiparación de beneficios con el resto de agencias del Sistema de Naciones Unidas.
- Adecuar el sistema administrativo a las demandas internas locales, regionales y globales.
- Asegurar la disponibilidad de instalaciones físicas adecuadas y accesibles para el funcionamiento de la Representación.
- Favorecer mayor integración del área de informática a la cooperación técnica.

ET2: DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Este eje transversal contribuye a viabilizar y potenciar los ejes estratégicos, mediante el desarrollo de políticas, estrategias y normativas nacionales que contribuyan a mejorar la gestión de los recursos humanos en salud y con ello el desempeño de éstos. El país ha definido un plan de acción para la década 2006-2015 basado en los cinco desafíos sugeridos por la Organización, cuyas principales iniciativas son las siguientes:

- Fortalecimiento de las capacidades nacionales en la gestión y desarrollo del observatorio de recursos humanos
- Caracterización, detección de necesidades y redistribución de recursos humanos para el alcance de los ODM.
- Desarrollo de la carrera sanitaria, de la capacidad institucional, educación permanente, certificación y recertificación, y salud de los trabajadores de la salud.
- Caracterización de la migración externa e interna y análisis de la regulación de los recursos humanos calificados en salud.
- Regulación de la formación, definición de perfiles y competencias de profesionales y técnicos en salud que se requieren, definición de nuevos perfiles de formación, y definición de una agenda conjunta de investigación en salud pública.
- Contribuir al fortalecimiento de los recursos humanos, promoviendo el desarrollo de las competencias, el compromiso y la multidisciplinariedad, así como el trabajo en equipo y la adecuación de los programas educativos y de capacitación continua de acuerdo a los contenidos y prácticas específicas de APS.

ET3: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Con este eje se procura el fortalecimiento institucional de la SESPAS y el desarrollo de sus competencias para garantizar la mejoría de la calidad de la atención y el acceso equitativo para toda la población. Las principales líneas de trabajo de este eje transversal son:

- Apoyar la incorporación de procesos de mejora continua y garantía de calidad y la definición de estándares para el conjunto de intervenciones clínicas, preventivas y de promoción de salud y para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- Apoyar el diseño e implementación de un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones.
- Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud.
- Apoyar el desarrollo de modelos apropiados, efectivos y eficientes, incorporando dimensiones de calidad tanto científico-técnica como percibida por los usuarios de los servicios de salud.

ET4: GESTIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN SALUD PARA LA TOMA DE DECISIONES

El propósito es fortalecer la capacidad para generar procesar, analizar y difundir información en salud para la toma de decisiones. Las acciones en este eje se dirigen hacia el apoyo del Sistema de Información General en Salud:

- Proporcionar apoyo para el logro de los objetivos generales de sistema, a través de soporte técnico para la elaboración de modelos estandarizados para la gestión de servicios de salud, la vigilancia y análisis de la situación de salud, las cuentas nacionales en salud y el monitoreo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, entre otros.
- Acompañamiento en el monitoreo y evaluación de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio y de la Estrategia Tolerancia Cero, así como en la evaluación de las estrategias e intervenciones utilizadas en los programas de prevención y control de riesgos y daños.
- Fortalecimiento de los Sistemas de Registro Civil y Estadísticas Vitales.
- Apoyar el diseño y ejecución de sistemas especiales de información para riesgos y daños prioritarios y la evaluación de coberturas y calidad de los servicios, con énfasis en influenza, vigilancia internacional, riesgos ambientales, infecciones nosocomiales, inmunoprevenibles, lesiones y violencias, nutrición y enfermedades transmitidas por vectores.
- Apoyo para la implementación de salas de situación en los niveles provinciales e intermedios.

ET5: ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

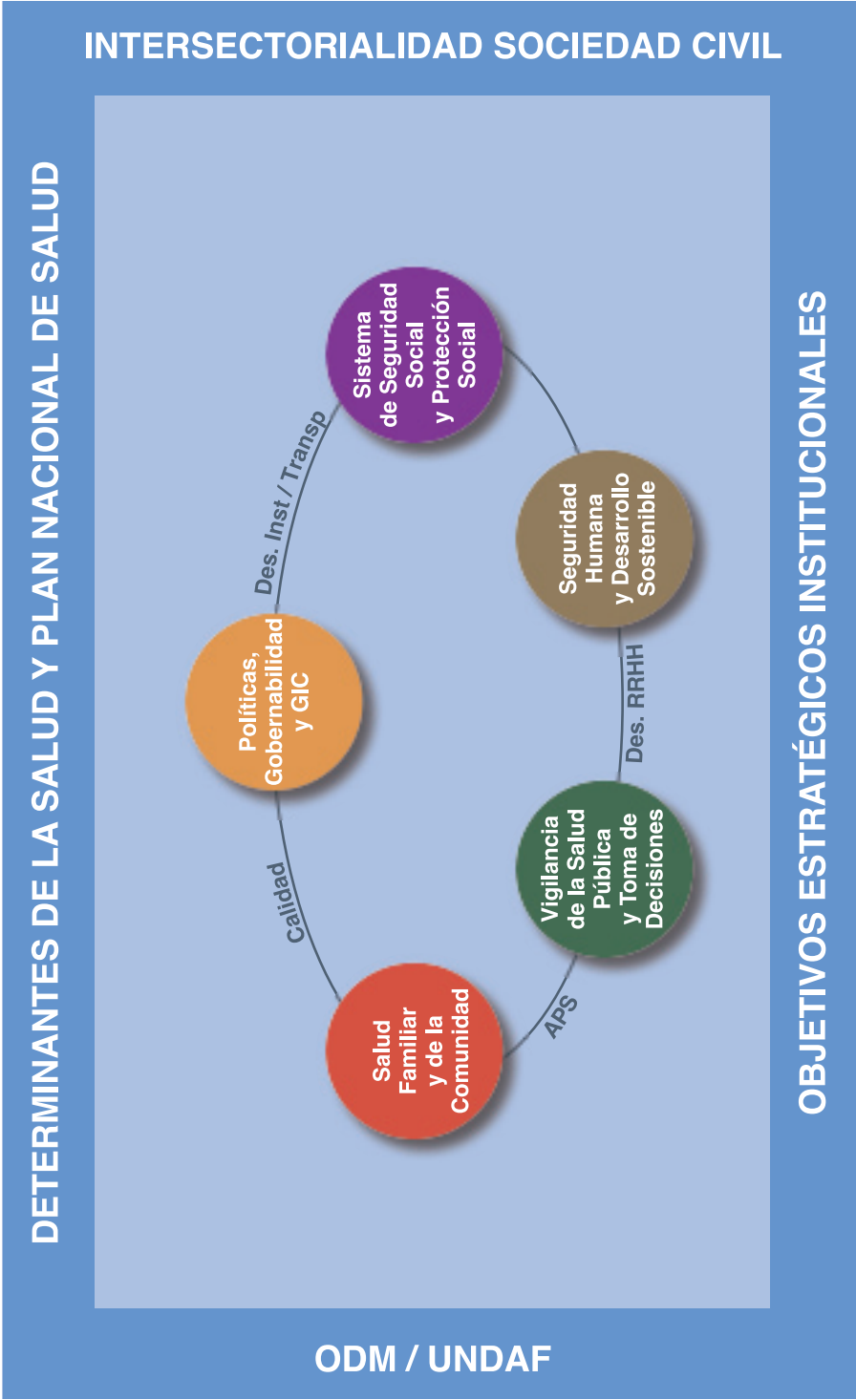
Los principios que sustentan un Sistema de Salud basado en la APS requieren un proceso de renovación e incluyen la responsabilidad y rendición de cuentas,

así como la capacidad del Sistema para dar respuesta, en forma justa y sostenible, a las necesidades de salud de los ciudadanos mediante la participación, la orientación hacia la calidad y el trabajo intersectorial, para el abordaje de los determinantes de la salud. Este eje transversal incluye las siguientes líneas de trabajo:

- Apoyar técnicamente los esfuerzos estatales por diseñar e implementar políticas que propicien la inclusión social y el acceso equitativo a la salud.
- Contribuir al fortalecimiento de la participación individual y colectiva en los Sistemas de Salud y promover el reconocimiento del protagonismo de la persona y la comunidad en el desarrollo de la APS.
- Apoyar la reorientación del sistema nacional hacia la promoción de salud, la integralidad, la complementariedad, y el desempeño de las funciones esenciales.
- Propiciar desde los servicios de salud el desarrollo del trabajo intersectorial, para que todos los actores y sectores contribuyan de forma coordinada e integrada.

–Contexto (C)

Los elementos del contexto que aparecen identificados en la siguiente figura, la cual incluye APS y ODM, el Country Cooperation Assessment/United Nations Assistance Framework (CCA/UNDAF), la legislación existente y el Plan Nacional Decenal de Salud, han sido desarrollados en los capítulos previos y resumidos en el numeral 5.3 de este capítulo, brindando importantes elementos de análisis que han sido considerados en la definición de la agenda estratégica de cooperación.



VI. Implementación de la Agenda Estratégica: Implicaciones y Estrategias

El desarrollo de esta ambiciosa agenda exige realizar ajustes orgánicos y funcionales, los cuales han sido identificados y tipificados para facilitar su descripción.

Implicaciones políticas

Identificamos como primera implicación la necesidad de reducir las brechas entre la programación y presupuesto (BPB) actual y los BPB futuros. De aquí se desprende la necesidad de redefinición de políticas. La participación de otros cooperantes con mayores recursos y agendas propias, que no necesariamente son congruentes con las prioridades establecidas por el país, junto a la debilidad institucional que aún persiste en las instituciones rectoras del Sector Salud y de la Seguridad Social, favorecen el desarrollo de procesos heterogéneos que no facilitan el desarrollo de un modelo nacional. Es necesario reforzar el liderazgo de la Representación en la Mesa de Donantes en Salud y en otros foros, y fortalecer su rol como catalizador, para apoyar y fortalecer el papel de rectoría de la SESPAS, promoviendo la alineación y armonización de las agencias de cooperación hacia las políticas, estrategias y prioridades determinadas por el Gobierno, para facilitar el Desarrollo Nacional de la Salud. Con el apoyo de la OPS/OMS, la SESPAS deberá extremar esfuerzos para reposicionar a la Salud como un determinante del Desarrollo Social y reducción de la pobreza, colocándola a la cabeza de la Agenda Política Nacional

La Representación debe reforzar su imagen de institución líder en el área de salud, que trabaja con transparencia, calidad e imparcialidad, lo cual implica fortalecer alianzas y estrechar lazos con las autoridades del más alto nivel, alianzas estratégicas con los distintos actores de la sociedad, con especial atención al empoderamiento de la población en la gestión local de la salud, fomentando la participación e integración de la comunidad organizada, de los gobiernos locales y de otras instituciones.

En respuesta a las características políticas, geográficas y sociales del país, considerando su situación en el desarrollo de la salud, las sedes de la OMS y OPS

deberán prestar una atención especial y priorizar el apoyo técnico y financiero, y favorecer la abogacía hacia República Dominicana, en especial durante el proceso de transición de la Reforma del Sector. Esto implica propiciar mecanismos técnicos, financieros y legales para la movilización de recursos locales y externos que permitan la sostenibilidad de los procesos de reforma, y su incorporación progresiva a la estructura y funciones de las instituciones nacionales. Se destaca la necesidad de promover el desarrollo de la práctica médica con ética, calidad y transparencia, mayor estabilidad laboral mediante la implementación de la carrera sanitaria, la despolitización de los esfuerzos por el Desarrollo Nacional de la Salud como garantía de mayor continuidad, así como promover la generación de espacios de análisis y reflexión al interior de la Representación, en la SESPAS, en la Mesa Sectorial de Salud y en otros foros académicos y de participación social. Estos mecanismos permitirán analizar de manera crítica y objetiva la problemática en salud a partir de las evidencias científicas y promover la aplicación de medidas e intervenciones efectivas y eficaces. Se requiere del apoyo regional y global para fortalecer el trabajo inter programático, especialmente en temas prioritarios para el país, tales como: Salud y Turismo, Violencia, Accidentes de Tránsito, Desarrollo de Marco Legal.

Implicaciones gerenciales

La Representación debe revisar sus prioridades, líneas de trabajo y modalidades de cooperación, y reorientar sus acciones con énfasis en los temas y aspectos en los que tiene mayor experiencia y capacidad técnica.

Es necesario lograr mayor interacción entre el equipo y las contrapartes, ampliar la red de alianzas estratégicas, así como la instrumentación de modalidades innovadoras de la cooperación técnica. De acuerdo con la nueva agenda estratégica y las políticas para la entrega de la cooperación técnica, será necesario revisar, analizar y adecuar la estructura, organización y funcionamiento de la Representación.

La creación de la Unidad de Análisis Sectorial en la SESPAS constituye una buena oportunidad para desarrollar el trabajo inter programático y nuevas competencias, a lo interno y a lo externo, para el desarrollo del Sistema General de Información en Salud y el análisis de la información. Esto permitirá fortalecer el componente de gestión de la información y del conocimiento.

Esta ambiciosa agenda de cooperación requiere de la movilización de recursos, aún readecuando la actual política de gastos. La inversión en tecnologías de comunicación y desarrollo informático permitirá la realización de videoconferencias, procesos de capacitación a distancia, mayor interacción con los niveles regional y global, lo cual constituye una alternativa de ahorro y mayor eficiencia que deberá ser considerada.

Implicaciones técnicas

El equipo técnico de la representación debe concentrar sus mejores esfuerzos en el abordaje de los ejes estratégicos y transversales, en los temas prioritarios y debe aprovechar su experticia. Es importante desarrollar destrezas para el trabajo en equipo y la programación conjunta, articular y compartir la información con apoyo de los niveles regional y global, desarrollar nuevas herramientas e implementar nuevas tecnologías.

Implicaciones en el recurso humano

El equipo técnico de la representación cuenta con las capacidades para el desarrollo de los ejes de la agenda estratégica. Tienen acceso y apoyo de centros y unidades especializadas. Sin embargo, la dotación de recursos humanos es insuficiente para garantizar la eficiencia y continuidad de los esfuerzos de cooperación técnica. Durante el desarrollo de la ECP se identificó la necesidad de mayores recursos y de explorar alternativas de reorganización de funciones, dada la cantidad de temas prioritarios y el volumen de la demanda de CT que recibe la Representación, congruente con las necesidades del país.

La composición de la nueva agenda estratégica orienta a revalorar la recuperación del puesto de comunicación social para fortalecer la competencia en este tema.

Algunas competencias deben ser fortalecidas en el equipo técnico, especialmente en el análisis de la información, planificación y gestión estratégica. De igual forma, se identifica la necesidad de incrementar progresivamente algunas competencias en el personal de apoyo, para aumentar su eficiencia y pro-actividad.

Implicaciones administrativas

También se hace necesario analizar y ajustar la estructura organizativa del área administrativa en función de la nueva agenda estratégica. La situación financiera y presupuestaria tiene implicaciones en la dinámica y estructura del gasto, así como en el establecimiento de prioridades en la Representación. Pero a la vez, el desarrollo de esta nueva agenda de cooperación técnica requiere de mayor apoyo logístico y renovación tecnológica, para garantizar mayor eficiencia, mayor presencia y visibilidad.

Recursos financieros

Las implicaciones financieras ya han sido abordadas recurrentemente en subtítulos previos. Sin embargo el tema cobra mayor relevancia cuando el presupuesto actual de la Representación para el bienio está resultando insuficiente y de seguir el curso actual del gasto, se agotará en un año. Existen temas de la cooperación que son prioritarios, pero que contradictoriamente no cuentan con

fondos regulares. Tal es el caso de la inocuidad alimentaria. El problema energético que afecta al país es muy sensible para el presupuesto de la Representación. La búsqueda de soluciones prácticas para la reducción del consumo y del costo, incluido el uso de fuentes alternativas de energía, es un tema que tiene carácter de alta prioridad.

**Estrategias para la implementación
de la agenda de cooperación**

Para facilitar la puesta en práctica de la ECP, la Organización apoyará programas, iniciativas y acciones en el marco de los siguientes lineamientos estratégicos, agrupados en áreas de implementación.

.....
AGENDA POLÍTICA Y MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

- Abogacía y diálogo con la Presidencia de la República, el Consejo Nacional de Salud y el Consejo Nacional de la Seguridad Social, el Gabinete Social, el Secretariado Técnico de la Presidencia, la Oficina Nacional de Planificación, la Oficina Nacional de Presupuesto y el Congreso de la República, para reposicionar las prioridades concertadas por los actores del sector salud, incluyendo la modernización del sector agua y saneamiento, en la agenda política y de desarrollo, incrementando el gasto público en salud y vinculándolo al cumplimiento de las metas de los ODM.
- Dinamización de la Mesa de Cooperantes del sector salud, promoviendo la convergencia o complementariedad de las áreas de apoyo de los organismos internacionales.
- Inserción del sector salud en los escenarios de decisión de los acuerdos comerciales y tratados de libre comercio con Estados Unidos y Centroamérica (DR-CAFTA), Caribe y Europa (EPA) y otros.
- Fomento a las publicaciones y estrategias de comunicación sobre la protección social en salud y el mejoramiento de las condiciones ambientales y de agua y saneamiento, para aumentar la visibilidad en los medios y la presión social en torno a la inversión, eficacia y eficiencia del sector salud.
- Promoción de alianzas estratégicas de SESPAS, el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y la Comisión Nacional para la Reforma del Sector Salud (CERSS), así como revitalización del Consejo Nacional de Salud, para la
- Movilización y optimización de recursos y la reducción de duplicidades.

.....
FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PRIORIDADES

- Ponderación y concertación de las prioridades de salud entre los actores del sector salud.
- Diseño de agendas de implementación de las prioridades de salud concertadas por los actores del sector salud.

- Fortalecimiento de los mecanismos, sistemas y experticio de análisis sectorial y construcción de evidencia para la toma de decisiones en torno a las prioridades y programas para la prevención, control, atención y rehabilitación en salud.
- Mejoramiento de los mecanismos de diseño de estrategias para la prevención, control, atención y rehabilitación relativos a las enfermedades priorizadas.
- Diagnósticos de necesidades institucionales para mejorar las capacidades de implementación de los programas relacionados con las prioridades de salud y las capacidades de los proveedores de servicios de salud.
- Creación o consolidación de unidades, y mejoramiento de la experticia, para el monitoreo de los avances en salud para el cumplimiento de las metas de los ODM.

COORDINACIÓN Y PLANIFICACIÓN

- Fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud (CNS) como instancia de coordinación del sector salud.
- Fortalecimiento de la coordinación operativa y/o temática de políticas y programas a nivel central (SESPAS, CERSS, SENASA)
- Mecanismo de Coordinación para la implementación de la Política Nacional de Medicamentos.
- Fortalecimiento del liderazgo de SESPAS en los espacios de coordinación y planificación sectorial.
- Mesa de Coordinación para el diseño e implementación de programas y la gestión de salud a nivel territorial (SESPAS, Servicios Regionales de Salud, CERSS, SENASA)
- Diálogo binacional entre República Dominicana y Haití para el desarrollo de programas sobre los determinantes de la salud y las principales enfermedades transmisibles.
- Mejoramiento de la coordinación con y entre los diversos actores que se relacionan con los determinantes de la salud.
- Fortalecimiento de las redes compuestas por instituciones gubernamentales y no gubernamentales y otros actores para mejorar los determinantes de la salud.
- Fortalecimiento de los métodos de gestión de redes para la atención de emergencias y desastres.

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

- Programa de fortalecimiento de la función de rectoría con la SESPAS, articulado a la evaluación bianual de su desempeño.
- Acciones de revitalización y fortalecimiento del liderazgo del Consejo Nacional de Salud.
- Investigación y elaboración de diagnósticos periódicos sobre el estado de situación de la función de rectoría en el sector salud.

- Fortalecimiento de la Unidad de Apoyo a las Direcciones Provinciales de Salud para mejorar el monitoreo de progreso en el ejercicio de la función de rectoría (SESPAS).
- Creación de mecanismo interno de diálogo (SESPAS) para la discusión de temas relacionados con los modelos de atención en salud, las estrategias de construcción de capacidades institucionales, el mejoramiento de las relaciones intergubernamentales entre nivel central y niveles descentralizados, etc.
- Programa de fortalecimiento de la función (descentralizada) de provisión de servicios de salud con énfasis en accesibilidad y calidad (SRS, PSS) y en la implementación exitosa de modelos de atención primaria, relacionado con el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría de SESPAS.
- Desarrollo de instrumentos de transparencia en la Política Nacional Farmacéutica (ej. Índice Comparativo de Precios de Medicamentos en los proveedores, a nivel regional).

.....
PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

- Creación de Observatorio de la Reforma del Sector Salud, compuesto por organizaciones y redes de la sociedad civil, como instrumento de monitoreo externo de la efectividad de las políticas, instituciones y programas del sector salud.
- Fortalecimiento de la participación y/o consulta de organizaciones de la sociedad civil en los organismos de planificación y coordinación del sector salud.
- Fortalecimiento de los Consejos de Administración de los Servicios Regionales de Salud y de los Proveedores de Servicios de Salud.
- Creación de veedurías sociales para la vigilancia de la salud pública, relacionadas con la generación y difusión de información y evidencias.
- Consolidación y réplica del programa Municipio Saludable, entre Ayuntamientos y autoridades del sector salud a nivel territorial.
- Realización de encuestas, sondeos y grupos focales de satisfacción de usuarios.

.....
MONITOREO Y EVALUACIÓN

- Formación de unidad o equipo (SESPAS) para el monitoreo del cumplimiento de las metas ODM en el sector salud.
- Fortalecimiento de las capacidades de monitoreo y evaluación en actores claves del sector salud, particularmente en SESPAS y en los Servicios Regionales de Salud, vinculada al ejercicio de la rectoría, al cumplimiento con las prioridades de salud y a la implementación de modelos para mejorar la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud.

.....
GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO

- Desarrollo de las tecnologías, instrumentos y capacidades institucionales del Sistema Nacional de Información en Salud, con énfasis en la vigilancia,

planificación, implementación, monitoreo y evaluación a nivel nacional, provincial y local.

- Incremento de acciones de investigación, información, publicación y disseminación de conocimientos.
- Articulación de las políticas y programas de salud al mejoramiento de las capacidades de construcción y monitoreo de evidencias.
- Consolidación del subsistema de estadísticas vitales, con estrategia para reducir el subregistro y mejorar la certificación de las defunciones.
- Programa de uso intensivo de las tecnologías de información y comunicación en el sector salud, a ser iniciado en áreas claves del nivel central y en las regiones prioritizadas, documentando y replicando las mejores prácticas.
- Consolidación de la Unidad de Análisis Sectorial de SESPAS y vinculación a uso intensivo del Sistema General de Información en Salud.
- Producción del Primer Análisis Sectorial.

.....
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Acuerdo entre SESPAS y la Oficina Nacional de Administración de Personal (ONAP) para el diseño e implementación de la carrera administrativa en el área sanitaria.
- Diseño de un sistema de incentivos articulado a un programa de gestión del desempeño en el sector salud.
- Programa de formación y capacitación, en acuerdo con instituciones de educación superior, enfocado en ejercicio de la rectoría, gestión de calidad, monitoreo y evaluación, modelos descentralizados de servicios, uso de nuevas tecnologías, y saneamiento ambiental.
- Fortalecimiento del Observatorio de Recursos Humanos de la OPS para monitorear la administración e implementación de la carrera sanitaria.

.....
Estos lineamientos estratégicos para orientar la implementación, potencian las posibilidades de poner en práctica la agenda estratégica establecida, en alianza con los actores del sector salud.

El siguiente cuadro plantea la lógica de este documento, el cual identifica un conjunto de desafíos básicos de la salud en República Dominicana, y agrupa las respuestas estratégicas a dichos desafíos en cinco ejes. La viabilidad de los ejes estratégicos se relaciona con el mejoramiento de una serie de áreas claves para la implementación exitosa de programas dirigidos a superar el estado de situación de los determinantes de la salud en el país.

Cuadro No. 8

DESAFÍOS BÁSICOS DE LA SALUD EN REPÚBLICA DOMINICANA, EJES ESTRATÉGICOS QUE LOS ABORDAN Y ÁREAS DE IMPLEMENTACIÓN

DESAFÍOS DE LA SALUD	EJES ESTRATÉGICOS EN QUE SE ABORDAN	ÁREAS DE IMPLEMENTACIÓN
Mayor inversión en Gasto Público en Salud	I	<ul style="list-style-type: none"> •Agenda política y movilización de recursos. •Formulación e implementación de prioridades. •Coordinación y planificación. •Fortalecimiento institucional. •Participación y empoderamiento. •Monitoreo y evaluación. •Gestión de información y conocimiento. •Gestión de recursos humanos.
Priorizar intervenciones en grupos vulnerables	I, II, III, IV, V	
Mejor acceso y calidad de atención	II	
Promover políticas públicas saludables e intervenciones multisectoriales	I	
Cumplimiento de ODM	I, II, III, IV, V	
Movilización Tolerancia Cero	I, II, III, IV, V	
Prevención y acceso universal en VIH/ISDA	I, II, IV	
Desarrollo de recursos humanos e implementación de la Carrera Sanitaria	II	
Prevención de enfermedades transmisibles	I, III, IV	
Reducción de la mortalidad materna e infantil	I, II, III, IV, V	
Prevención y mitigación de desastres	III	
Implementación de la reforma de salud y seguridad social	I, II	
Apoyar el Sistema de Información General de Salud y Estadística Vitales	IV	
Consolidar los programas de salud pública	I, IV	
Promover la movilización social en salud	I, V	
Abordar los accidentes de tránsito y la violencia	I, III	
Abordaje binacional en salud	I, II, III, IV, V	
Mejorar la calidad ambiental y de agua y saneamiento	I, III	
Actualizar, promover, difundir e implementar el Plan Nacional de Salud	I, II	
Abogar por acuerdos adecuados del TLC en salud	I, II, III	
Mejorar el acceso a medicamentos	I, II	
Implementar el Plan Nacional de Calidad	II	
Mejorar la generación y uso de evidencia científica y TIC en salud	I, IV	

Nota: Los ejes estratégicos están definidos en las páginas 74-77 de este documento.

Anexo

Procedimiento

El procedimiento utilizado para el análisis del cuadro de respuestas de las entrevistas a los actores claves del sector salud fue el siguiente:

PRIMERO: Clasificación de actores de acuerdo a la naturaleza de las instituciones entrevistadas, en cuatro grandes grupos: Gobierno, Cooperación Internacional, ONG’s, Sociedad Civil y Academias. Esta clasificación proporcionó información para construir el primer borrador del mapeo de actores. **SEGUNDO:** Sumatoria de la frecuencia de respuestas para cada uno de los enunciados obtenidos de cada una de las preguntas, ordenada en forma descendente. **TERCERO:** Presentación de los resultados por categorías de actores, lo cual permite ver las opiniones por cada clasificación, con el mismo procedimiento que se hizo para el total. **CUARTO:** Clasificación de los enunciados en función de las áreas temáticas de la CT. Se obtuvieron los siguientes resultados:

PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y PRIORIDADES NACIONALES		
Área Temática No. 1	.....	5 enunciados
Área Temática No. 2	.....	26 enunciados
Área Temática No. 3	.....	58 enunciados
Área Temática No. 4	.....	11 enunciados
Área Temática No. 5	.....	3 enunciados
Descartados	.....	9 enunciados
Total	.....	111 enunciados

PERCEPCIÓN DE LA OPS

De un total de 77 enunciados, 48 son clasificados como Fortalezas, 29 como Debilidades.

PERCEPCIÓN FUTURO OPS

Del total de enunciados 46 fueron clasificados para orientar la CT, siendo:		
Área Temática No. 1	.....	2 enunciados
Área Temática No. 2	.....	14 enunciados
Área Temática No. 3	.....	16 enunciados
Área Temática No. 4	.....	10 enunciados
Área Temática No. 5	.....	4 enunciados
Total	.....	46 enunciados.

En esta misma categoría, 36 enunciados fueron clasificados para orientar la Planificación Estratégica interna.

–Resumen

Los participantes señalaron las principales debilidades y prioridades, citadas en el punto 3.4 de este documento. Respecto a la OPS, destacaron el reconocimiento de su capacidad técnica, su acceso e influencia al más alto nivel político, su capacidad de respuesta en situaciones de emergencias y desastres y su acompañamiento al sector salud. En relación a las expectativas sobre el futuro de la Organización, reconocen la necesidad de que se reoriente su actuación, para retomar espacios y temas prioritarios de salud con la finalidad de colocarlos en la agenda nacional, promover el trabajo conjunto de los cooperantes y mejorar la coordinación interagencial, así como ejercer una visión más crítica de los procesos y ampliar su agenda de cooperación.

ENTREVISTADOS

Entrevistas grupales

SUBSECRETARIOS DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Dr. Rafael Schiffino, Sub-Secretario de Salud Colectiva – SESPAS
- Dr. Guillermo Serra, Sub-Secretario Técnico – SESPAS
- Dr. Héctor Otero, Sub-Secretario Atención a las Personas – SESPAS
- Dr. José Rodríguez, Sub-Secretario Asistencia Social – SESPAS
- Dra. Matilde Vásquez, Sub-Secretaria Salud en Nutrición – SESPAS
- Dra. María Villa, Sub-Secretaria Red Laboratorios y Bancos de Sangre – SESPAS

DIRECTORES GENERALES DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Dr. Roberto Peguero, Director UMDI – SESPAS
- Dr. Danubio Peguero, Director Planificación – SESPAS
- Dra. Elizabeth Gómez, Director General de Epidemiología – SESPAS
- Dr. José Manuel Puello, Director Centro de Congrol de Enfermedades Tropicales – SESPAS
- Dr. Mairéní Gautreau, Director General de Promoción de la Salud – SESPAS
- Dr. Lucas Gómez, Coordinador Unidad de Apoyo DPS – SESPAS
- Dr. Héctor Eusebio, Director Materno Infantil – SESPAS
- Dr. David Díaz, Director de Drogas y Farmacia – SESPAS
- Licda. Adelaida Orestes, Directora de Recursos Humanos – SESPAS
- Dra. Rosa María Suárez, Asistente Secretario de Salud Pública – SESPAS
- Lic. Luís Emilio Félix Roa, Director Salud Ambiental – SESPAS
- Dr. Angel Almánzar, Director Dirección General de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA – SESPAS
- Dra. Josefina Coen, Comisión Nacional de Lactancia Materna – SESPAS

- Dr. Zacarias Garib, Director PAI – SESPAS
- Dr. Guillermo Rosario, Director Centro Antirrábico Nacional – SESPAS
- Dr. Juan José Cordero, Director Programa Nacional de Control de la tuberculosis – SESPAS
- Dr. Sócrates Sosa, Laboratorios y Bancos de Sangre – SESPAS
- Lic. Marina Orsini, Encargada Laboratorio Nacional – SESPAS
- Lic. José Lucas, Director de Estadísticas – SESPAS

ONG 's y ASOCIACIONES DE PROFESIONALES

- Dra. Giselle Scanlon, Directora – INSALUD
- Lic. Santo Rosario, Presidente – Coalición ONGs y SIDA
- Licda. Magaly Caram, Directora – PROFAMILIA
- Sr. Félix Lantigua, Presidente – ECOCLUBES
- Lic. Josefa Encarnación, Presidente – Asociación Dominicana de Enfermeras Graduadas
- Lic. Ynelda Díaz, Presidente – COLABIOCLI
- Lic. Altagracia Moreta, Miembro – Círculo de Periodistas de la Salud
- Lic. Hilda Aristy – Asociación Farmacéutica Dominicana
- Padre José Navarro – Pastoral de la Salud
- Sor Trinidad Ayala, Coordinadora – Pastoral de la Salud
- Obispo Francisco Osoria – Pastoral de la Salud Iglesia
- Luz María Abreu – INTERMON OXFAN
- Sr. José Aybar – Cámara Junior
- Dra. Ivelisse Acosta – TB Fondo Global/PROFAM
- Dra. Rosalda Damiano, Presidenta – Sociedad Dominicana de Pediatría
- Dra. Judith Timyan – USAID-CONECTA
- Dr. Eduardo Gautreau, Presidente – Sociedad Dominicana de Nuemología

COOPERACION INTERNACIONAL

- Dr. David Losk, Director Salud y Población USAID – USAID
- Sr. Kiyoshi Yoshimoto, Directora – JICA
- Sr. Miguel Angel Encinas E., Coordinador General – Agencia Española Coop. Internacional
- Sra. Cristina Malmberg C., Directora – Banco Mundial
- Dr. Rafael Marte, Representante – IICA
- Sr. Moisés Pineda, Representante – BID
- Dra. Ana Navarro, Representante – ONUSIDA

UNIVERSIDADES

- Dr. Jorge Asjana, Decano Facultad de Medicina – Universidad Autónoma de Santo Domingo.

- Dr. Raimundo Jiménez, Decano Facultad de Medicina – InstitutoTecnológico Santo Domingo
- Dra. Carolina Martínez, Decano Facultad de Medicina – Pontificia Universidad. Católica Madre y Maestra
- Mons. Ramón Alonzo, Rector – Universidad Católica Santo Domingo

SECTOR AGUA Y SANEAMIENTO

- Ing. Víctor Rúa, Director – Inst. Nac. Aguas Potables y Alcantarillado (INAPA)
- Ing. Richard Martínez, Director – Corp. Acueductos y Alcantarillados Santo Domingo (CAASD)
- Ing. Frank Rodríguez, Director – Inst. Nac. Recursos Hidráulicos (INDRHI)
- Ing. Hamlet Otañez, Director – Corp. Acueductos y Alcantarillados Santiago (CORAASAN)
- Ing. Fausto Durán, Asoc. Dom. Ingeniería Sanitaria (ADIS)
- Ing. Aris Sánchez, Presidente Asociación Dominicana Ingeniería Sanitaria (ADIS)

DESASTRES

- Gral. R. Luis Luna Paulino, Director Defensa Civil
- Crl. Manuel Méndez, Director Comisión Nacional de Emergencias

AGENCIAS NACIONES UNIDAS

- Sr. Niky Fabiancic, Coordinador Residente – PNUD
- Sr. Tadeuz Palac, Representante – UNICEF
- Sra. Gilka Meléndez, Representante – UNFPA
- Sr. Antonio Morales, Representante – FAO
- Sra. María de la Paz S., Directora – PMA

.....

Entrevistas individuales

- Dr. Bautista Rojas Gómez, Secretario de Estado – SESPAS
- Dr. Rafael Alburquerque, Vicepresidente de la República – Palacio Nacional
- Dr. Sabino Báez García, Secretario de Estado – IDSS
- Dr. Pedro Ramírez, Administrador Riesgos de Salud – Salud Segura (ARL)
- Sr. Roberto Rodríguez, Presidente Comisión Medio Ambiente – Senado de la República
- Dr. José Tabaré Rodríguez, Presidente Comisión de Salud – Cámara de Diputados
- Sr. Mario José Hernández, Presidente Comisión Medio Ambiente – Cámara de Diputados
- Lic. Rosa Peña Paula, Presidenta – Consejo Nacional de la Discapacidad
- Dr. Bernardo Defilló, Superintendente – SISALRIL

- Dr. Alberto Fiallo Billini, Director Ejecutivo – Consejo Presidencial del SIDA
- Dra. Ana Navarro, Oficial de país – ONUSIDA
- Dr. Enriquillo Matos, Presidente – Colegio Médico Dominicano
- Lic. Cándido Rivera F., Director Ejecutivo – CONAPOFA
- Lic. Elena Fernández, Directora – PROMESE/CAL
- Dr. Rafael Cordero, Gerente Planificación – Seguro Nacional de Salud
- Lic. Mayra Minaya, Encargada Recursos Humanos – Seguro Nacional de Salud
- Sra. Bertha Santoscoy, Representante Residente – OEA
- Lic. Arismendi Díaz S., Director – Consejo Nacional de Seguridad Social
- Lic. Nélsida Marmolejos, Directora, DIDA
- Dr. Gustavo Rojas, Director Ejecutivo – CERSS
- Sra. Astrid Wintwr – Banco Interamericano de Desarrollo
- Sra. Clara Solís – Banco Interamericano de Desarrollo
- Sr. John Gagain, Director Ejecutivo – COPDES
- Dr. Onofre Rojas, Director – ONFED
- Lic. Félix Jiménez, Secretario de Estado – Secretaría de Estado de Turismo
- Lic. Luis Simó, Subsecretario de Estado – Secretaría de Estado de Turismo

Bibliografía

- Abreu, Rosa Urania. *Informe final: consultoría para el seguimiento del proyecto planeamiento hospitalario para la atención de situaciones de emergencia y desastres*. Santo Domingo: OPS; 2004.
- . *Plan Nacional de Salud: Salud Ambiental Infantil*. Santo Domingo: OPS; 2004. Proyecto ambientes saludables: niñ@s saludables.
- Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. *Agenda estratégica nacional para la reforma del sector salud*. Santo Domingo: CERSS; 2005.
- Documento preliminar marco estratégico para la reducción de vulnerabilidades y preparación para desastres, 2004-2008*.
- Naciones Unidas; República Dominicana. Oficina Nacional de Planificación. *Invirtiendo en el desarrollo sostenible de la República Dominicana: evaluación de necesidades para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Santo Domingo: ONAPLAN; s.f.
- Organización Mundial de la Salud. *Draft medium-term strategic plan 2008-2013. Draft proposed programme budget 2008-2009*. Geneva: WHO; 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007. Washington, DC: OPS; 2002. CSP26/10
- República Dominicana. [Leyes, etc.]. *Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social promulgada el 9 de 2001*. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Trabajo; 2001.
- . *Ley General de Salud 42-01*. Santo Domingo: Congreso Nacional; 2001.
- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud; Instituto Dominicano de Seguros Sociales; Asociación Médica Dominicana; República Dominicana. Banco Central; Instituto Nacional de la Salud. *Guía y Matriz para el Seguimiento y Evaluación de la Reforma del Sector Salud en la República Dominicana*. Santo Domingo: SESPAS; 2000.
- ; Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud; Organización Panamericana de la Salud. *Informe Preliminar Taller de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en la República Dominicana*. Juan Dolio, San Pedro de Macorís: SESPAS; 2001.
- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Epidemiología. *Análisis de situación de salud de la República Dominicana 2003: versión preliminar*. Santo Domingo: SESPAS; 2003.
- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. *Plan nacional de reducción de la mortalidad materna e infantil 2005-2008: orientaciones estratégicas*. Santo Domingo: SESPAS, 2005.

República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan de acción para impacto de corto y mediano plazo: SESPAS 2005-2006. Una propuesta para favorecer la humanización y efectividad sostenible del sector salud*. Santo Domingo: SESPAS; 2005.

República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan operativo sobre el compromiso nacional "Tolerancia Cero"*. Santo Domingo: SESPAS; 2005.

República Dominicana 2005: *Análisis común de país: visión del sistema de las Naciones Unidas sobre la situación de República Dominicana*. Santo Domingo: Sistema de Naciones Unidas; 2005.

Vélez Estrada B. *Lineamientos para un plan de desarrollo institucional en emergencias y desastres*. Santo Domingo: OPS; 2000.