



República Dominicana

Contexto del País

Esperanza de vida al nacer (general):	76.7
Índice de desarrollo humano:	0.715
Índice de desarrollo humano ajustado por la desigualdad:	0.546
Coefficiente de desigualdad humana:	23.4
Índice de Gini (Desigualdad en el ingreso):	45.7
Inversión en Salud Pública (% PIB):	5.4

Fuente: Human Development Reports. UNDP.¹

Documentos firmados por República Dominicana para la reducción de la desigualdad:

- Declaración de Panamá
- Declaración de San Salvador

Notas Técnicas

¿Qué son las desigualdades sociales en salud?

Desigualdades en salud son diferencias cuantificables en la salud de dos o más grupos sociales de una población. Dichos grupos sociales pueden estar definidos por condiciones o circunstancias tales como el género, la etnicidad, la posición socioeconómica, el acceso a bienes y servicios sociales, entre otros.

¿Cuál es la diferencia entre "desigualdades" e "inequidades" en salud?

Las inequidades en salud son aquellas desigualdades en salud que se consideran injustas y evitables. Es decir, a diferencia de las desigualdades en salud —que solamente se miden— las inequidades en salud contienen un juicio de valor sobre la justicia o injusticia de tal diferencia. En otras palabras, se parte por medir las desigualdades en salud para valorar e identificar las inequidades en salud.

Además, las inequidades en salud son objeto de acción con políticas e intervenciones de salud pro-equitativas.

Situación de los determinantes sociales de la salud en República Dominicana, 2013.

En la siguiente tabla se enlistan las regiones de salud que están en la mayor y menor vulnerabilidad social medida a través de los determinantes sociales que se usó para estratificar a la población en grupos llamados cuartiles.

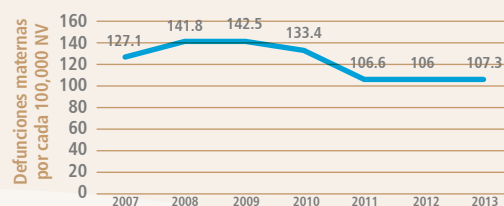
	Cuartil de mayor vulnerabilidad social	Cuartil de menor vulnerabilidad social
Analfabetismo femenino	El Valle Cibao Noroeste	Cibao Norte Cibao Nordeste
% hogares pobres	Enriquillo El Valle	Cibao Norte Metropolitana
% desocupación femenina	El Valle Enriquillo	Metropolitana Cibao Norte
Analfabetismo en población de 10 años más	El Valle Enriquillo	Metropolitana Este

¿Dónde se encuentra República Dominicana en términos de la salud materna, infantil y adolescente?

Durante la última década, República Dominicana ha hecho avances significativos en la promoción de la salud materna, infantil y de los adolescentes (SMIA). Como efecto de estos logros, los promedios nacionales de la SMIA han mejorado significativamente.

La razón de mortalidad materna pasó de 127 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos (NV) en 2007 a 107 defunciones maternas por 100,000 NV en 2013. Asimismo, la mortalidad en menores de 5 años se redujo de 36 muertes por 1,000 NV a 31 muertes por cada 1,000 NV entre 2007 y 2013. Por su parte el parto atendido por instituciones sanitarias aumentó de 97.5% en 2007 a 98.5% en 2013 a nivel nacional. El porcentaje de adolescentes que han comenzado su proceso reproductivo disminuyó de 23.3 en 2002 a 21.2 en 2013; paralelamente, la necesidad insatisfecha de planificación familiar en el grupo de 15 a 19 años pasó de 28% a 24.5%.

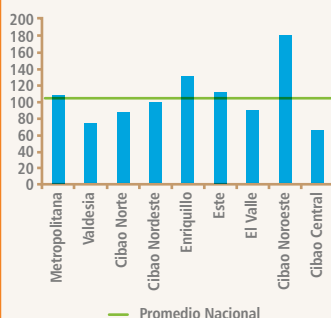
Razón de Mortalidad Materna. República Dominicana 2007-2013.



Fuente: Objetivos de Desarrollo del milenio, Informe de seguimiento 2010, República Dominicana.²

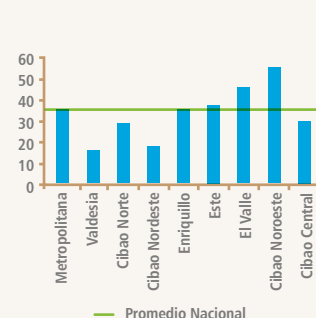
Los promedios a nivel nacional tienden a esconder la heterogeneidad de la situación de salud al interior del país, como se presenta en las siguientes gráficas que desagregan algunos indicadores por región de salud.

Razón de mortalidad materna. República Dominicana, 2013.



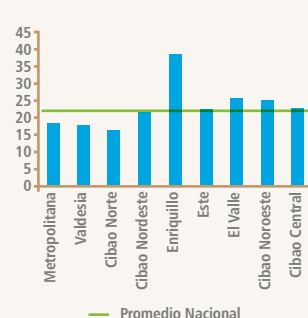
Fuente: Ministerio de Salud Pública. República Informe 2013³

Mortalidad en menores de 5 años. República Dominicana, 2013.



Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

Embarazo adolescentes para República Dominicana en el año 2013.



Desigualdades en Salud Materna y Reproductiva

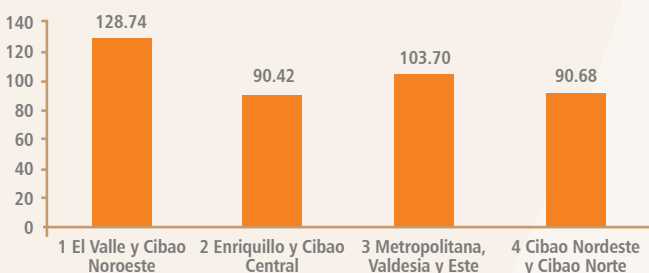
38.1

mueres maternas más por cada 100,000 NV en las regiones con mayor porcentaje de analfabetismo femenino que en las regiones con menor porcentaje de analfabetismo femenino, en 2013.

1.4

veces mayor mortalidad materna en las regiones con mayor porcentaje de analfabetismo femenino que en las regiones con menor porcentaje de analfabetismo femenino, en 2013.

Razón de mortalidad materna estratificando por % de analfabetismo femenino, 2013.

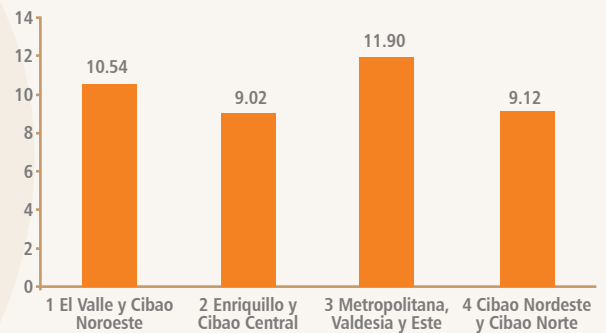


1.4

puntos porcentuales mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar en el cuartil de mayor analfabetismo femenino comparado con el cuartil de menor analfabetismo femenino, en 2013.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar fue 16% mayor en las regiones con mayor analfabetismo femenino, que en las regiones con menor analfabetismo femenino.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar estratificando por % de analfabetismo femenino, 2013.



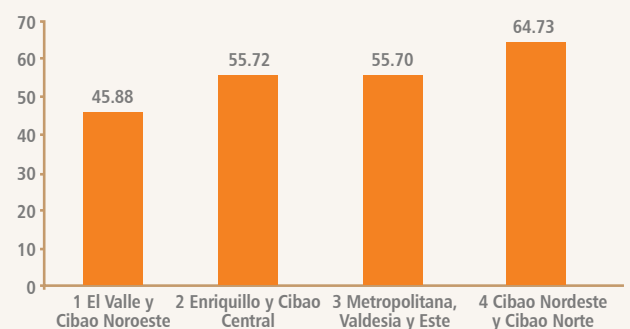
Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

18.9

puntos porcentuales de exceso en el porcentaje de nacimientos por cesárea en las regiones con menor analfabetismo femenino, comparado con las regiones con mayor analfabetismo femenino.

En 2013, la cesárea se practicó 40% más en las regiones con menor analfabetismo femenino, que en las regiones con mayor analfabetismo femenino.

Porcentaje de nacimientos por cesárea estratificando por % de analfabetismo femenino, 2013.



Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

Desigualdades en Salud Infantil

13.7

más muertes neonatales por cada 1,000 NV en el cuartil de mayor analfabetismo femenino, que en el cuartil de menor analfabetismo femenino en 2013.

El riesgo de que ocurra una muerte neonatal en las regiones con mayor analfabetismo femenino fue 1.8 veces el riesgo de que ocurra una muerte neonatal en las regiones con menor analfabetismo femenino en 2013.

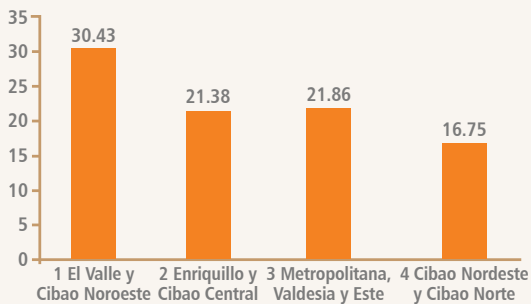


24.6

Asociado con las diferencias de alfabetismo entre regiones, el riesgo de que muriera un niño o niña menor de 5 años en El Valle o Cibao Noroeste fue el doble del riesgo de que muriera un niño o niña menor de 5 años que habita en Cibao Nordeste y Cibao Norte.

más muertes en niñas y niños menores de 5 años, por cada 1,000 NV en las regiones con mayor analfabetismo femenino, comparado con las regiones de menor analfabetismo femenino.

Mortalidad neonatal estratificando por % de analfabetismo femenino, 2013.

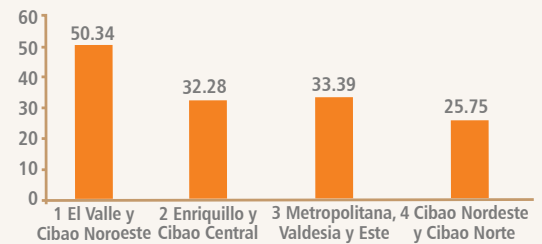


Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

La prevalencia de bajo peso al nacer fue 1.4 veces mayor en las regiones con mayor analfabetismo femenino, que entre las regiones con menor analfabetismo femenino.

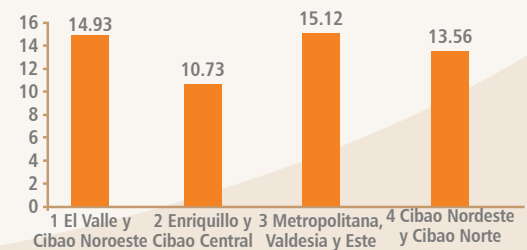
La prevalencia de bajo peso al nacer fue 10% mayor en las regiones con mayor analfabetismo femenino, que en las regiones con menor analfabetismo femenino en República Dominicana en 2013.

Mortalidad en menores de 5 años estratificando por % de analfabetismo femenino, 2013.



Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

Prevalencia de bajo peso al nacer estratificando por % de analfabetismo femenino, 2013.



Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

Desigualdades en Salud Adolescente

18.8

más muertes por cada 100,000 adolescentes entre 10 y 19 años de edad en las regiones menos pobres, en comparación con las regiones más pobres en República Dominicana en 2013.

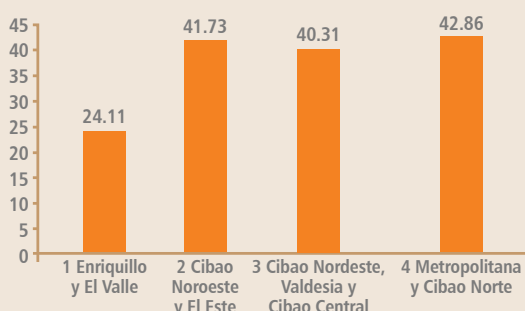
El riesgo de mortalidad en los adolescentes de las regiones menos pobres fue 1.8 veces el riesgo de mortalidad en los adolescentes que habitan las regiones más pobres.



La probabilidad de que ocurra un embarazo adolescente fue 1.8 mayor en las regiones con mayor desempleo femenino que en las regiones con menores tasas de desocupación femenina, en 2013.

En las regiones con mayor desocupación femenina se evidenció un exceso de 13.5 puntos porcentuales en el porcentaje de adolescentes que han tenido un embarazo, en comparación con las regiones de mayores niveles de ocupación femenina.

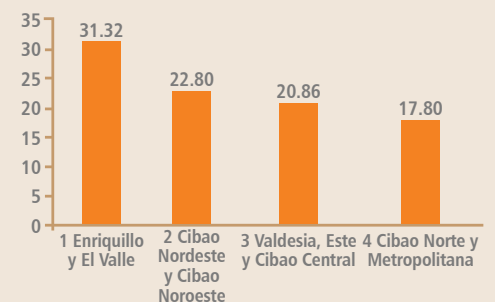
Mortalidad en adolescentes estratificado por % de hogares pobres, 2013.



Fuente: Ministerio de Salud Pública⁵.

La tasa de mortalidad por suicidio fue 43% mayor en los departamentos con menor porcentaje de analfabetismo que en los departamentos con mayor porcentaje de analfabetismo en 2013.

Embarazo adolescente, estratificando por desocupación femenina, 2013.



Fuente: Informe Encuesta Demográfica y de Salud 2013⁴

Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes estratificado por % de analfabetismo en población de 10 años y más, 2013.



Fuente: Ministerio de Salud Pública⁵



RECOMENDACIONES

Dado que se registraron brechas de desigualdad en la razón de mortalidad materna asociadas a factores como el analfabetismo femenino, se recomienda implementar acciones que involucren al sector educativo y a otros sectores relacionados con el desarrollo social para acelerar su reducción.

Considerando que las desigualdades sociales en la mortalidad de los niños y niñas se presentan en la edad neonatal y también en los menores de 5 años, afectando principalmente a las regiones de salud de El Valle y Cibao Noroeste, sería apropiado focalizar intervenciones intersectoriales en esas regiones para mejorar la salud infantil con equidad.

Dado que tanto la educación como el empleo están asociados a la desigualdad social en las coberturas de planificación familiar y embarazo adolescente, se requiere un abordaje integral de la salud reproductiva que priorice las regiones de El Valle, Enriquillo y Cibao Noroeste.

REFERENCES

1. Human Development Reports [UNDP]. NY: United Nations Development Programme; [27 Octubre 2016]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/DOM>
2. Sistema de Información de los ODM República Dominicana. Objetivos de Desarrollo del milenio, Informe de seguimiento 2010, República Dominicana. Última actualización Abril 2015. Disponible en: <http://odm.gob.do/Objetivos/Mejorar-la-salud-materna>
3. MSP/DASIS. Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas. Informe 2013. República Dominicana.

¿Cuáles son los beneficios de dar respuesta a las inequidades en salud?

- Los enfoques basados en equidad han demostrado ser más eficaces para cumplir las metas globales de salud.
- Los enfoques basados en equidad han demostrado ser más costo-efectivos que los enfoques tradicionales, reduciendo el gasto nacional de salud.
- La medición y monitoreo de las desigualdades en SMIA pueden apoyar a los tomadores de decisiones con información oportuna para alcanzar a las poblaciones vulnerables.

Herramientas para reducir las inequidades en salud:

1. "Manual para la revisión de estrategias nacionales de salud y planes de acción usando un lente de equidad" de APR-LAC: Una herramienta para revisar las estrategias nacionales de salud y los planes de acción, que evalúa el grado en que actualmente están respondiendo a la equidad, con el fin de que los tomadores de decisiones puedan decidir si es necesario realizar revisiones para poder responder a las desigualdades en SMIA.
2. "INNOV8" de la OMS: Un proceso que se puede utilizar para revisar los programas nacionales en SMIA, el cual identifica a los subgrupos que no tienen acceso a los servicios de salud y también las barreras afectando el acceso, con el fin de que los tomadores de decisiones puedan decidir si es necesario realizar revisiones para responder a las desigualdades en SMIA.
3. "Manual práctico para medir y monitorear las desigualdades de salud" de APR-LAC: Una herramienta para el análisis de desigualdades en salud a nivel local usando datos a nivel subnacional en un país.
4. "Health Equity Monitor" de la OMS: Una herramienta virtual que analiza las desigualdades en salud utilizando datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y Encuestas de Indicadores Múltiples (MICS) de 94 países.
5. "EQUIST" de UNICEF: Una herramienta que puede ayudar a los tomadores de decisiones y los encargados de programas en tomar decisiones responsables acerca de cómo invertir mejor los escasos recursos para reducir las desigualdades en salud materna e infantil.

¿Cómo está trabajando Una Promesa Renovada para las Américas (APR-LAC) para reducir las inequidades en SMIA?

1. Fortaleciendo las capacidades de los países para medir y monitorear las desigualdades en SMIA;
2. Fortaleciendo las capacidades de los países para analizar barreras multidimensionales que afectan el acceso y cobertura de servicios y programas de SMIA en las poblaciones vulnerables;
3. Fortaleciendo las capacidades de los países para implementar programas e intervenciones basados en equidad para alcanzar a las poblaciones vulnerables y reducir desigualdades en SMIA.

¡Las inequidades en SMIA no solo son injustas, sino que también amenazan los avances logrados en salud en las últimas décadas y sobre todo perjudican el crecimiento y desarrollo económico y social!



Para obtener más información, por favor contacte al **Secretariado Técnico de Una Promesa Renovada para las Américas** al: apramericas@paho.org