

Planificación Familiar en
República Dominicana

Logros de
50 Años

JULIO 2015

Roberto Santiso-Gálvez, MD
Victoria M. Ward, PhD
Jane T. Bertrand, PhD, MBA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Planificación Familiar en República Dominicana

Logros de 50 Años

Roberto Santiso-Gálvez, MD

Victoria M. Ward, PhD

Jane T. Bertrand, PhD, MBA



MEASURE Evaluation está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Acuerdo de Cooperación AID-OAA-L-14-00004 e implementado por el Centro de Población Carolina de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill en asociación con Futures Group, ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health y la Universidad de Tulane. Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Prefacio

Esta publicación constituye uno de los ocho estudios de caso que se desarrollaron en el marco de un análisis más amplio denominado “Planificación Familiar en América Latina y el Caribe: Logros de 50 Años.” Como su título indica, el informe principal documenta y analiza los logros en toda la región desde que comenzó el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a inicios de la década de los años sesenta. El lector de este estudio de caso puede acceder al Resumen Ejecutivo o al informe principal ingresando en:

<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101>

Agradecimientos

Los autores agradecen a las personas que contribuyeron con una perspectiva histórica de gran valor para este estudio de caso: Sonia Britto-Anderson, María Castillo, Héctor Eusebio, Sarah Julia Jorge, José de Lánser Despradel, Sarah Majerowicz, Angela Polanco y Ramón Portes Carrasco. También agradecen a Sonia Britto-Anderson y María Rosa Garate el haber revisado una versión previa del documento. Roberto Santiso-Gálvez y María Cristina Rosales tradujeron el estudio de caso al español.

Queremos expresar un reconocimiento especial a tres personas que dedicaron enorme cantidad de tiempo y energía a este estudio de caso y al informe principal: Kime McClintock y Jerry Parks (principales asistentes de investigación en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane), y María Cristina Rosales (asistente editorial en Guatemala). Su dedicación para documentar antecedentes, comprobar hechos, verificar referencias y editar los textos enriquecieron en gran medida la calidad del producto final. También agradecemos a Nicole Carter, Alejandra Leyton y Maayan Jaffe su contribución como asistentes de investigación en secciones específicas del informe principal y/o de los estudios de caso. Mirella Augusto y María Carolina Herdoiza contribuyeron a este esfuerzo con valioso apoyo logístico y administrativo. Agradecemos a Erin Luben, Elizabeth T. Robinson y Nash Herndon en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill por su asistencia editorial, y a Denise Todloski por el diseño de la portada.

La Oficina para América Latina y el Caribe de USAID (USAID/LAC) encomendó este trabajo y dio directrices técnicas constructivas para su desarrollo. Queremos agradecer a Kimberly Cole su hábil manejo del proceso y su detallada síntesis de los comentarios de las personas que revisaron este estudio de caso. Otras personas de USAID/LAC que revisaron este estudio de caso fueron Maggie Farrell, Amber Hill, Lindsay Stewart, Verónica Valdivieso, Mary Vandembroucke y Natalia Machuca. Por último, los autores agradecen a un grupo de especialistas sobre América Latina y el Caribe, internos y externos a USAID, que revisaron parcial o totalmente los textos, a quienes se les da el reconocimiento correspondiente en el informe principal.

Citas sugeridas:

Bertrand JT, Ward VM, Santiso-Gálvez R. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Santiso-Gálvez R, Ward VM, Bertrand JT. *Planificación Familiar en República Dominicana. Logros de 50 Años*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Tabla de Contenido

Prefacio.....	2
Agradecimientos	2
VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS.....	4
LOS PRIMEROS AÑOS (1960-1980)	8
CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1981-2000).....	9
POST CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (2001-AL PRESENTE).....	11
EL PROCESO DE GRADUACIÓN.....	14
Políticas, Liderazgo y Gobernabilidad	15
Planificación Familiar y el Sistema de Salud	15
Modelos de Entrega de Servicios	17
Recursos Humanos	18
Sistemas de Información.....	19
Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos	20
Financiamiento.....	21
MIRANDO AL FUTURO	22

VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS

República Dominicana (RD) es el segundo país más grande del Caribe, después de Cuba. Comparte con Haití la isla La Española de la cual ocupa dos terceras partes y su población se estima en 9.5 millones de habitantes.¹ RD tiene una de las economías de mayor crecimiento en América Latina y el Caribe (ALC); el producto interno bruto (PIB) ha tenido una tasa promedio de aumento de 5.4 por ciento anual, aunque 33.2 por ciento de su población vive en la pobreza debido a grandes desigualdades en los ingresos.²

República Dominicana se encuentra en plena transición demográfica,³ como lo demuestra el descenso de la tasa de crecimiento de la población, el cambio en la estructura etaria de la misma y la migración internacional. Este país se caracteriza por enviar y recibir grandes flujos de migrantes. En 2012, la población de origen haitiano se estimó en 500,000 personas⁴ y aproximadamente 1.3 millones de dominicanos han migrado, principalmente a Estados Unidos. Se considera que un estimado 69.1 por ciento de los dominicanos tienen un familiar en el extranjero y que 38.1 por ciento de los hogares dominicanos reciben remesas familiares, lo que representa un importante aporte a su economía.⁵ Los jóvenes menores de 15 años constituyen el 30.0 por ciento de la población total.⁶

Aunque la transición demográfica está bastante avanzada en RD, el crecimiento urbano continúa, haciéndose más palpable en Santo Domingo, la ciudad capital. Aproximadamente tres cuartas partes de la población (74.3 por ciento) vive en zonas urbanas y una cuarta parte (25.7 por ciento) vive concentrada en la ciudad capital, Santo Domingo y en Santiago, la segunda ciudad más grande de RD.

La razón de mortalidad materna ha disminuido de 178 x 100,000 nacidos vivos en 2002 a 159 por 100,000 nacidos vivos en 2007, aunque sigue siendo una de las más altas de ALC, únicamente seguida por Haití y Bolivia.⁷ El gobierno se está esforzando en alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM)⁸ y ha implementado proyectos para disminuir la mortalidad materna infantil, incluyendo un programa piloto que comenzó en 2011 para mejorar la calidad de atención en diez hospitales.

¹ Oficina Nacional de Estadística (ONE), 2012. Características Demográficas Básicas. Santo Domingo: IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

² Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2012. Plan de Acción del Programa de País 2012-2016 entre el Gobierno de la República Dominicana y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

³ Según la clasificación de CEPAL/Celade (2008).

⁴ ONE, 2013. Primera Encuesta Nacional de Inmigrantes en la República Dominicana (ENI-2012). Santo Domingo: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

⁵ Orozco, Manuel, Sep. 2008. Migraciones y Remesas en República Dominicana. Sinopsis de los resultados de la última encuesta sobre remesas y migraciones.

⁶ ONE, 2012.

⁷ Banco Mundial 2013. Razón de Mortalidad Materna.

⁸ UNFPA, 2012.

Hace 50 años, el promedio de hijos por mujer en República Dominicana era 7.5.^{9,10} En 2013, la tasa global de fecundidad (TGF) era 2.5 hijos por mujer de acuerdo a datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA).

Cuadro 1: Tendencias en la fecundidad, uso de anticonceptivos, y necesidad insatisfecha entre mujeres casadas/ unidas, de 15-49 años de edad, 1986-2013

	1986	1991	1996	1999	2002	2007	2013
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	3.7	3.3	3.2	2.7	3.0	2.4	2.5
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (%)	49.8	56.4	63.7	69.2	69.8	73.0	71.9
TPA Métodos Modernos (%)	46.5	51.7	59.2	64.1	65.8	70.0	68.6
Necesidad Insatisfecha (%)	n/a	19.4	14.3	13.8	12.4	11.1	n/a

Fuente: ENDESA (1986, 1991, 1996, 1999, 2002, 2007, 2013).¹¹

La tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA) para todos los métodos es una de las más altas en la región y ha tenido un incremento continuo, de 49.8 por ciento en 1986, a 71.9 por ciento en 2013. El mismo incremento constante se observa en el uso de métodos modernos: de 46.5 por ciento en 1986, a 70.0 por ciento en 2007. El informe preliminar de la ENDESA-2013 muestra una TPA con métodos modernos de 68.6 por ciento.

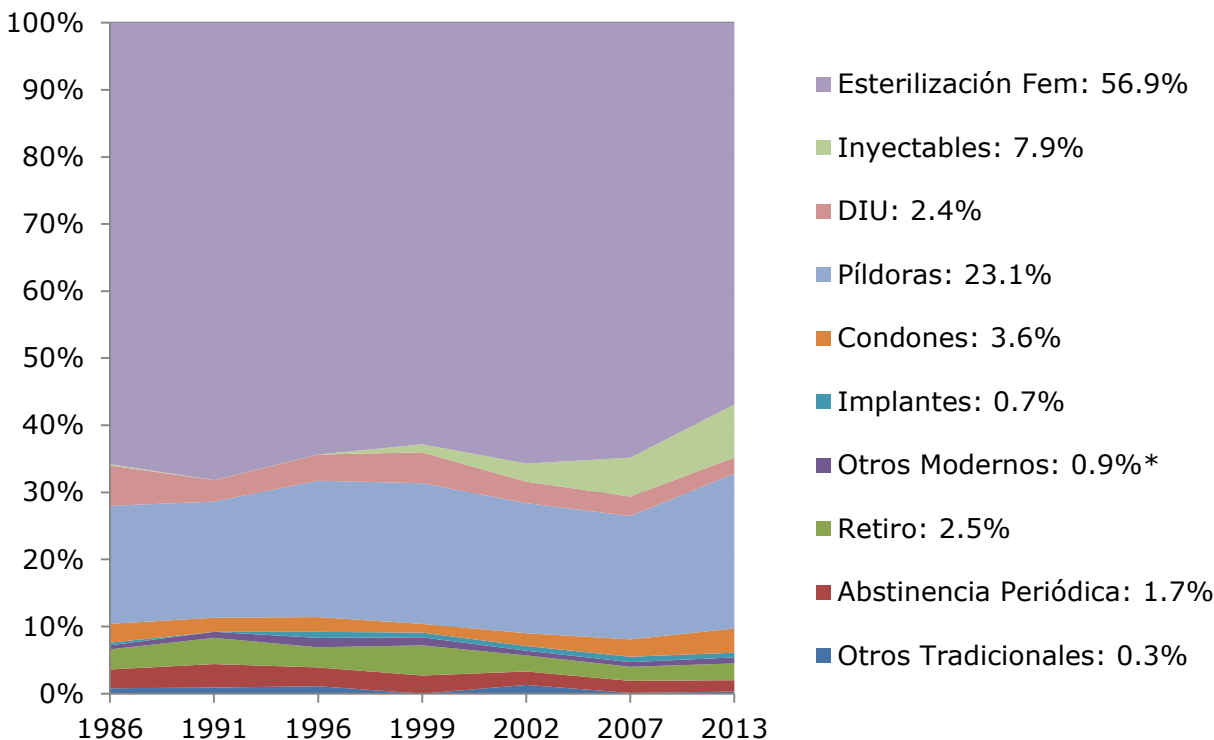
En 2007, último año para el cual estaba disponible este dato, la necesidad insatisfecha de planificación familiar (PF) para las mujeres casadas era de 11.1 por ciento. Esta cifra era dos veces y media más alta para las adolescentes (28.0 por ciento). La necesidad se hace más visible en áreas rurales donde buena parte de la población vive en pobreza extrema. A pesar que los servicios públicos de salud se ofrecen gratuitamente, tanto a dominicanos como a la población de origen haitiano, se sabe que muchos de los gastos en salud representan gastos de bolsillo para los usuarios.

⁹ CEPAL, 2010. El Proceso de Envejecimiento Demográfico y sus Tendencias Futuras. Colección de Documentos de Proyectos III.

¹⁰ Miller, S., Tejada, A., Murgueytio, P., 2002. *Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic*. New York: Population Council.

¹¹ Centro de Estudios Sociales y Demograficos (CESDEM). *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 2013*. Rockville, MD: ICF International; 2014. Retrieved from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>; Centro de Estudios Sociales y Demograficos (CESDEM). *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 2007*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2008 Retrieved from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR205/FR205.pdf>; CESDEM. *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 2002*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 2003. Retrieved from: http://www.cesdem.com/html/endesa_2002.pdf; CESDEM. *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 1999*. Calverton, MD: ICF Macro; 2000; CESDEM. *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 1996*. Calverton, MD: ICF Macro; 1997; CESDEM. *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 1991*. Calverton, MD: ICF Macro; 1992; Consejo Nacional de Poblacion y Familia. *Encuesta Demografica y de Salud (ENDESA) Republica Dominicana 1986*. Calverton, MD: Macro International Inc. 1987.

El acceso a información y educación en PF permite a las mujeres tomar mejores decisiones respecto al tema. La mezcla de métodos en RD tiene una preferencia marcada por la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) femenina que ha sido el método de mayor prevalencia durante más de 20 años. El concepto de mezcla de métodos “distorsionada” se discute en mayor detalle en el informe principal de este trabajo, en la sección “Evolución del Uso de Anticonceptivos, Mezcla de Métodos.”



Fuente: ENDESA (1986, 1991, 1996, 2002, 2007, 2013); EEDS (1999).

*Otros modernos incluye métodos vaginales, vasectomía, método de la amenorrea de la lactancia (MELA). En 1991 también incluye inyectables e implantes. Los porcentajes de la leyenda se refieren a los datos preliminares de la encuesta más reciente (2013).

Gráfica 1: Mezcla de Métodos (1986-2013).

Esta marcada preferencia por la AQV como método de PF, aún entre las jóvenes, es motivo de potencial preocupación. Sin embargo, según expertos locales, la causa parece estar culturalmente arraigada en este país. Las mujeres experimentan la iniciación sexual, unión o matrimonio y primer nacimiento a una edad muy temprana; hacen poco uso de métodos para espaciar los embarazos por lo que rápidamente llegan a tener el tamaño de familia deseado y van en busca de una temprana AQV.¹² Esto se refleja en las estadísticas: en promedio, las mujeres se operan a los 27.9 años de edad; 64.0 por ciento de las mujeres esterilizadas reportan haberse sometido al procedimiento antes de cumplir 29 años. Tres cuartas partes (75.7 por ciento) de las mujeres que escogieron la AQV tenían entre 3 y 4 hijos al someterse a la operación.¹³

¹² Ibid.

¹³ Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), 2008. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) República Dominicana 2007. Calverton, MD: Macro International Inc.

De acuerdo a los resultados preliminares de la ENDESA-2013, la AQV está disminuyendo como porcentaje de la mezcla de métodos anticonceptivos desde que se comenzó a reportar. Mientras que casi dos terceras partes de todas las mujeres casadas usuarias de PF habían optado por la AQV con muy pocas variantes en el transcurso de los años (65.8 por ciento en 1986 y 64.9 por ciento en 2007), la ENDESA-2013 muestra que 56.9 por ciento de mujeres casadas usuarias de PF escogieron este método.

La píldora sigue siendo el segundo método de mayor prevalencia. En 2013 este método representa 23.1 por ciento de la mezcla de métodos entre mujeres casadas, sin cambios importantes desde 1986. Los demás métodos modernos (DIU, implantes, condón y “otros métodos modernos”) tampoco han tenido cambios importantes durante este período. En conjunto representan 7.6 por ciento de la mezcla de métodos en 2013. El uso de inyectables aumentó, de 0.2 por ciento en 1986 a 7.9 por ciento en 2013. La disminución de la TGF en RD durante las últimas cuatro décadas evidencia un cambio cultural hacia familias más pequeñas, impulsando mayor demanda de servicios de PF y, por ende, incrementando la TPA en el país.

Un hallazgo interesante de la ENDESA-2007 fue una mayor TPA en las áreas rurales (74.0 por ciento) que en las áreas urbanas (72.4 por ciento). La TPA con métodos modernos también se reportaba más alta en las áreas rurales (72.5 por ciento) que en las urbanas (69.0 por ciento).¹⁴ La ENDESA-2013 muestra la misma tendencia: la TPA rural (73.2 por ciento) es más alta que la TPA urbana (71.4 por ciento), y el uso de métodos modernos es más alta en áreas rurales (70.7 por ciento) que en las urbanas (67.9 por ciento).¹⁵

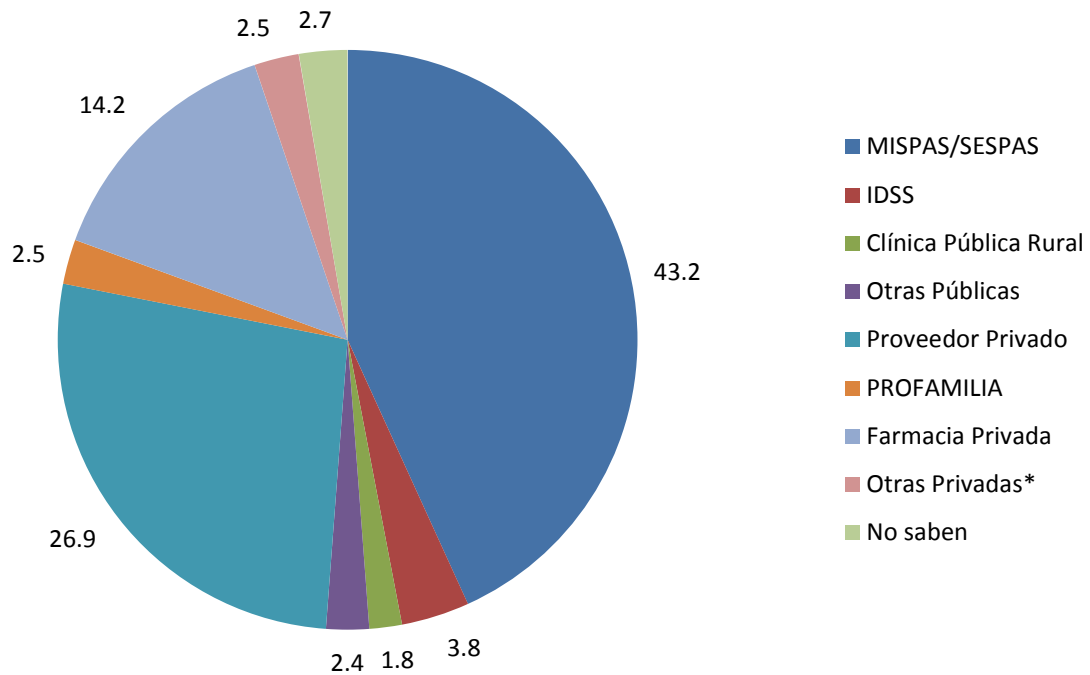
Hay varios factores que pueden explicar el incremento de la TPA en RD. Ha aumentado el acceso a información y servicios de PF; también ha sido importante el papel del sector no gubernamental, tanto en la provisión de servicios como en actividades de cabildeo e incidencia política por los derechos sexuales y reproductivos. Además, el nuevo Sistema de Seguridad Social empezó a ofrecer servicios a partir de 2001 y la PF se incluyó en el paquete de servicios cubiertos por el Seguro Familiar de Salud, particularmente en el régimen subsidiado que tiene más de dos millones de afiliados, siendo la mayoría mujeres y niños.

Para el año 2007, 51.2 por ciento de los usuarios de métodos modernos de PF obtenían sus métodos por medio del sector público, primordialmente en los hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP). Entre los que obtenían sus métodos por medio del sector privado (46.1 por ciento), 26.9 por ciento los obtenían en clínicas o médicos privados; 14.2 por ciento en las farmacias; 2.5 por ciento en Profamilia, la asociación afiliada a IPPF; 2.5 por ciento acudían a otras ONG o fuentes privadas como tiendas de abarrotes, supermercados, hoteles y moteles; por último, 2.7 por ciento de los usuarios de PF no dijeron dónde obtenían sus métodos.¹⁶ (Ver Gráfica 2).

¹⁴ CESDEM, 2008.

¹⁵ ENDESA 2013. Informe preliminar.

¹⁶ ENDESA-2013, Informe Preliminar.



Fuente: ENDESA 2007.
* Tienda de la esquina,, mercado, hotel, otras.

Gráfica 2: Fuente de Provisión 2007.

LOS PRIMEROS AÑOS (1960-1980)

El movimiento de planificación familiar (PF) inició formalmente en RD a mediados de la década de los años 60, en un período difícil de transición política tras haber sido asesinado en 1961 el dictador Rafael Trujillo, quien había gobernado el país durante 31 años.

En marzo de 1966 se fundó la Asociación Pro Bienestar de la Familia Dominicana como una institución privada, pionera de la PF, que dedicó sus primeros esfuerzos a informar y educar a la población sobre los beneficios que la PF conlleva para la salud materna y para evitar el aborto ilegal, causante de numerosas muertes maternas. El enfoque inicial de los programas fue promover la paternidad responsable y el derecho de las parejas a decidir de una manera libre e informada el número y espaciamiento de sus hijos. Esta institución se convirtió en miembro asociado de IPPF en 1969 y más adelante cambió su nombre a Profamilia.

Al igual que en otros países de América Latina, la PF en RD enfrentó fuerte oposición de diversos sectores durante la década de los 1960 y 1970. Por un lado, algunos políticos opinaban que la PF era un medio que obedecía a intereses foráneos para controlar el crecimiento poblacional. Mantenían una postura pronatalista, argumentando que el crecimiento de la población dominicana no podía limitarse debido a la elevada migración de ciudadanos haitianos. Por el otro, la iglesia católica manifestó su fuerte oposición a la promoción de cualquier método anticonceptivo “artificial”. Durante varios años, muchos hospitales de la red pública estuvieron administrados por monjas; por lo tanto, no participaban en los programas de PF. Sin embargo,

de acuerdo a expertos locales, aunque los gobiernos mostraban cierta indiferencia o falta de apoyo a la PF, algunos daban por lo menos cierto apoyo al programa, dependiendo de las autoridades de turno.

A finales de los años 60, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) comenzó a brindar apoyo técnico y financiero a la PF a través de Profamilia. Los primeros esfuerzos se dirigieron a actividades de información, educación y comunicación (IEC) y consejería. Junto con la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), USAID apoyó a Profamilia a implementar campañas bien diseñadas de IEC que promovían la paternidad responsable, la PF y las ventajas de las familias pequeñas a través de los medios de comunicación, y motivaban a los jóvenes a retrasar su actividad sexual. Durante los años 70, Profamilia produjo un programa radial de una hora llamado “Hacia una nueva familia,” primer programa de ese tipo realizado en el país. El programa dialogaba sobre PF, paternidad responsable, metodología anticonceptiva, educación sexual, relación entre crecimiento poblacional y desarrollo y otros temas afines. El programa se volvió muy popular y su formato sirvió de ejemplo para toda la región latinoamericana.

Durante los años 70, Profamilia orientó sus esfuerzos a incrementar el acceso a la anticoncepción e inició un programa innovador de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (DCA) a nivel nacional; a través de este programa se llevaba educación y métodos anticonceptivos a clientes potenciales utilizando un efectivo sistema de visitas domiciliarias. Así comenzó el trabajo de la red de voluntarias que en un momento dado llegó a tener más de 700 participantes, muchas de las cuales todavía están ligadas a Profamilia. Como estrategia novedosa, las voluntarias distribuían condones y material informativo de PF en barberías y salones de belleza en los barrios marginales de Santo Domingo y en otras ciudades.

En esa misma década, Profamilia implementó un novedoso modelo de servicios con clínicas médicas asociadas que promovían la toma anual del examen de Papanicolaou y ofrecían anticonceptivos modernos con un sistema de “costos compartidos” que permitía a las mujeres comprar anticonceptivos a precios más bajos.

Además, Profamilia comenzó a llevar a cabo investigaciones biomédicas sobre fecundidad y tecnología anticonceptiva y promovió estudios socio-demográficos a través del Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD). Creó el Centro de Investigación y Servicios en Reproducción Humana y Anticoncepción, el cual llegó a ser un recurso valioso en América Latina para capacitación en técnicas de AQR femenina y un centro de gran prestigio para investigaciones clínicas.

CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1981-2000)

A mediados de la década de los años 80, con el apoyo técnico y financiero de USAID, los servicios e insumos de PF estaban disponibles en todas las clínicas urbanas y rurales del Ministerio de Salud Pública (MSP) a nivel nacional, en hospitales públicos y en las clínicas de Profamilia.

En 1986 se creó otra institución privada de PF, la Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM), con el objetivo de ofrecer servicios de PF en el distrito nacional y en las provincias del sureste del país. Con apoyo de USAID y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), ADOPLAFAM realizó numerosos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en PF, así como sobre oferta y demanda de servicios de PF, paternidad responsable e infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH y otros.

El acceso a servicios de PF y salud sexual y reproductiva (SSR) se extendió a las áreas rurales y urbano marginales con la participación de varias organizaciones de la sociedad civil, como Mujeres en Desarrollo (MUDE), Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF), Colectiva Mujer y Salud (CMS) y otras. Estas instituciones abogaban por los derechos sexuales y reproductivos; ofrecían a las mujeres asesoría médica, legal y psicológica; distribuían métodos anticonceptivos modernos y promovían la participación del hombre en PF/SSR. También ofrecían capacitación en movilización comunitaria y estrategias de mercadeo social por medio de redes de promotoras de salud.

En 1986, PROFAMILIA promovió y apoyó la creación del Programa Nacional de Planificación Familiar. También ayudó a establecer el Consejo Nacional de Población y Familia, (CONAPOFA) como entidad descentralizada del MSP donde operó el programa de PF durante más de dos décadas.

Al igual que en otros países de la región, a mediados de los años 1990, IPPF y Profamilia comenzaron a explorar estrategias para buscar su auto sustentabilidad. Con fuerte apoyo de USAID, IPPF brindó asistencia técnica a Profamilia para incrementar el número de clínicas, establecer el mercadeo social de anticonceptivos para la población de escasos recursos económicos y ofrecer una amplia gama de servicios de salud con tarifas subsidiadas. Profamilia también incorporó el mercadeo comercial de anticonceptivos con sus propias marcas utilizando canales tradicionales y no tradicionales.¹⁷ Para ayudar a subsidiar los servicios de PF ofreció nuevos servicios, entre ellos detección temprana de cáncer cérvico uterino, pruebas de VIH y tratamientos específicos para las ITS.¹⁸

Con un enfoque de género que incorporó la prevención de la violencia sexual, Profamilia expandió sus servicios de atención materna infantil e incluyó la anticoncepción de emergencia (AE) y, posteriormente, el tratamiento de la infertilidad. Fuerte defensora de los derechos de la SSR, Profamilia fue pionera en establecer servicios accesibles a los jóvenes mediante sus “espacios amigables” en los que ofrece servicios integrales para adolescentes y jóvenes que se reclutan por medio de una estrategia de pares.

La asistencia técnica y financiera de USAID durante este período de consolidación del programa, contribuyó a capacitar promotores de salud, enfermeras y médicos en técnicas de inserción de DIU post parto y post aborto y a establecer estándares y protocolos para la prestación de servicios.

¹⁷ Profamilia, 2013.

¹⁸ International Planned Parenthood Federation (IPPF). Asociación Dominicana Pro-bienestar de la Familia (Profamilia) [Web page]. New York, NY: IPPF; 2013. Retrieved from: <http://www.ippfwhr.org/es/where-we-work/rep%C3%BAblica-dominicana>.

Entre la comunidad de donantes internacionales que apoyaron la PF/SSR en el transcurso de esos años sobresalió USAID y sus Agencias Cooperantes, así como UNFPA, GTZ y más recientemente Corea del Sur, a través de la Federación Coreana de Planificación Familiar.

Uno de los retos que ha enfrentado la evolución del programa de salud y otros programas de desarrollo en RD ha sido la corrupción. En 1997, durante el primer mandato del presidente Leonel Fernández, el gobierno admitió que había corrupción administrativa en RD, primordialmente debido a sistemas que permiten y promueven la corrupción generalizada en el gobierno y en otras entidades. El gobierno reconoció que estos sistemas estaban bien arraigados y funcionaban en detrimento de los intereses del país favoreciendo, en lugar, los intereses de personas y grupos social, económica y políticamente bien posicionados. Estos grupos han utilizado el gobierno como fuente de poder y enriquecimiento. El gobierno anunció una serie de planes e iniciativas para combatir la corrupción, incluida la creación del Departamento de Prevención de la Corrupción, de conformidad con el Decreto No. 322-97.¹⁹ No obstante, de acuerdo a analistas y expertos, la corrupción administrativa ha sido muy difícil de erradicar en RD.

POST CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (2001-AL PRESENTE)

A principios del nuevo milenio, RD mostraba altas tasas de mortalidad materna e infantil, a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno y los donantes externos. Un alto porcentaje de mujeres daban a luz en instituciones de salud (95 por ciento) y recibían atención prenatal (97 por ciento). Sin embargo, las altas tasas de mortalidad persistían. Esta contradicción se explicaba, en parte, por malas condiciones de trabajo para el personal de salud, sistemas de referencia deficientes, mala calidad de atención y poca capacitación del personal. La incidencia de VIH/SIDA también se mostraba en aumento.²⁰

Con el fin de tener un mejor conocimiento de las condiciones de salud reproductiva de la población dominicana, y con apoyo de USAID, se realizaron estudios sobre embarazo en adolescentes, PF y mortalidad materna. Los hallazgos indicaron que las altas tasas de mortalidad materna se debían a falta de cumplimiento de los protocolos de atención en las maternidades donde se atiende la mayoría de partos. Además, los centros de atención estaban sobrecargados y no eran adecuados; muchas pacientes se quejaron de la mala atención del personal y de que no se daba a las complicaciones la atención que estas requerían.²¹

De acuerdo a este estudio, las usuarias de PF frecuentemente enfrentaban problemas de oferta limitada de métodos temporales debido a que los proveedores no asistían con regularidad a los puntos de entrega de servicios. Cuando los médicos finalmente llegaban, se les limitaba el acceso artificialmente, dando turnos únicamente a 25 de las mujeres que esperaban ser atendidas. Esto las forzaba a tener que llegar tres o cuatro veces para recibir un método temporal de PF, por lo que se daban por vencidas y aceptaban cualquier método que el proveedor estuviera

¹⁹ Castellanos, P., 1998. "Corrupción Administrativa, el Caso de República Dominicana." Foro Iberoamericano sobre el Combate a la Corrupción, Centro Latinoamericano para la Administración del Desarrollo (CLAD).

²⁰ PNUD / UNFPA, 2001. Programa de País, República Dominicana.

²¹ Miller et al, 2002.

distribuyendo el día que finalmente lograban entrar. Esta situación ocurría en muchas de las instalaciones del sector público.²²

Otro problema que afecta a la RD es la alta tasa de embarazo en adolescentes. Los estudios confirmaron lo que los responsables de formular políticas, los investigadores, proveedores, usuarios y activistas de la salud asumían como causas subyacentes e interrelacionadas de algunos de los indicadores de una mala condición de salud reproductiva: el acceso limitado de los adolescentes a la anticoncepción y a la doble protección, particularmente de los pobres o los que tienen poca educación.

Entre otros factores que agravaban la situación se pueden mencionar: tradiciones patriarcales y religiosas respecto al papel de los géneros, falta de servicios educativos en los sistemas escolares para ofrecer una educación adecuada de SSR, inquietudes con relación a la privacidad y confidencialidad al acudir a los servicios de SR, costo de los insumos, temor a que los padres descubran los métodos y falta de percepción de las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección.²³

Las conclusiones del estudio señalaron la necesidad de crear mecanismos para la rendición de cuentas y la supervisión; ampliar la mezcla de métodos reversibles de PF; iniciar el mercadeo social de métodos reversibles de PF; actualizar los criterios médicos de elegibilidad; mejorar la contratación de personal en todos los establecimientos de PF; y mejorar la capacitación del personal de salud y la calidad de los servicios, entre otros.²⁴

Para mejorar la calidad de atención, se implementó una técnica que se conoce como Calidad Total de Atención (TQM, Total Quality Management), innovadora en ese entonces.²⁵ Además, el UNFPA y USAID apoyaron el diseño, producción, distribución e implementación de materiales de IEC y campañas de comunicación. Hasta entonces, el programa de PF era coordinado por CONAPOFA.

En febrero de 2001, el gobierno lanzó una iniciativa llamada “Paquete Social” que resaltó la importancia de mejorar la SSR y la condición de la mujer. La estrategia pretendía beneficiar a los grupos más vulnerables e incrementar la inversión gubernamental en programas sociales. En ese mismo año se promulgaron dos leyes: la Ley General de Salud (42-01) y la Ley 87-01 que estableció el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Ambas leyes forman parte del marco legal para la reforma del sector salud, la cual propone descentralizar los servicios e implementar mecanismos de financiamiento con base en la demanda real, siguiendo los lineamientos de la reforma colombiana y chilena. Sin embargo, según opinan informantes clave, aunque se ha logrado cierto avance la RD no ha logrado implementar totalmente la descentralización y ésta continúa en proceso (esto se discute en mayor detalle más adelante).

²² Ibid.

²³ Ibid.

²⁴ Miller et al. 2002.

²⁵ La Calidad Total o Total Quality Management (TQM) describe un enfoque gerencial para lograr el éxito de una operación con base en la satisfacción del cliente. En un esfuerzo de TQM, todos los miembros de la organización participan para mejorar los procesos, productos y servicios, así como la cultura de trabajo en la que se desenvuelven.

Una de las acciones políticas más importantes que demostró el mayor grado de compromiso del estado dominicano hacia la PF en el nuevo milenio, fue el traspaso del programa de salud reproductiva de CONAPOFA a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).²⁶ El proceso comenzó en 2006 y se concretó a finales de 2009 con la instalación de una bodega central en el MSP donde fueron trasladados todos los insumos de PF que ahora administra y distribuye el MSP a través de la Red de Servicios de Salud.²⁷ El proceso de traspaso no dejó de tener problemas, particularmente en lo que se refiere a la adquisición de anticonceptivos, lo que ocasionó repetidos desabastecimientos a nivel nacional durante 2009. Sin embargo, a raíz de este traspaso se han logrado resultados positivos, particularmente con relación a los sistemas de información y logística, calidad de atención, capacitación de personal, monitoreo y disponibilidad de una mayor variedad de métodos anticonceptivos en las instalaciones del MSP. No obstante, hay áreas clave que requieren atención, como la coordinación del personal y la eliminación de barreras a médicos y proveedores de servicios.²⁸

República Dominicana ha recibido importante apoyo técnico y financiero para PF/SSR de otros donantes, como la Comunidad Europea, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) y Banco Mundial, entre otros. El UNFPA está trabajando con el gobierno en un programa nacional de salud 2012-2016 que apoya temas de derechos reproductivos, población y desarrollo y equidad de género. También se formuló un plan estratégico para el control de ITS y VIH-SIDA. Hay nuevos países que han invertido en RD, como Corea del Sur, que otorgó apoyo financiero de 2003 a 2008 para un programa con actividades de IEC para prevenir el embarazo en adolescentes.²⁹

Sin embargo, RD es un país con una economía fortalecida, por lo que la cooperación internacional está disminuyendo y los donantes han enfatizado la necesidad de mejorar la coordinación entre todas las agencias y el gobierno, para no duplicar esfuerzos y lograr mejores resultados.

En el año 2004, USAID apoyó la creación del Comité Nacional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), cuya operación se oficializó en mayo de 2005.³⁰ Este comité está coordinado por el MSP e incluye miembros de varias de sus instancias, así como de CONAPOFA, SESPAS, PROFAMILIA, ADOPLAFAM, el Comisionado para la Reforma del Sector Salud, Secretaría de las Fuerzas Armadas, Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) que hoy se conoce como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), PROMESE-CAL,³¹ Secretaría de Estado de la Mujer, Seguro Nacional de Salud (SENASA), la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Colectiva Mujer y Salud (ONG), PSI

²⁶ SESPAS o MSP, en este documento se le referirá como Ministerio de Salud Pública (MSP).

²⁷ USAID/DELIVER Project, 2008. "República Dominicana: Manual de Procedimientos Logísticos." Arlington, VA: John Snow, Inc.

²⁸ USAID/DELIVER Project, 2010. "República Dominicana: Evaluación Cuantitativa de Indicadores Logísticos para Medicamentos Trazadores y Anticonceptivos." Arlington, VA: John Snow, Inc.

²⁹ Young, M.H., 2008. "New Donors: A New Resource for Family Planning and Reproductive Health Financing?" *Population Action International, Research Commentary*, 3(2).

³⁰ USAID/Health Policy Initiative, 2007. "Contraceptive Commodity Security Committees: Their Contribution in Latin America and the Caribbean." Washington, DC: Constella Futures.

³¹ Promese-Cal es la central de suministro de medicamentos e insumos para el Sistema Público Nacional en República Dominicana instituido por el gobierno en 1974 para velar por la calidad y la transparencia en el proceso de compras de medicamentos.

Internacional, la Sociedad de Obstetricia, entre otros. USAID, UNFPA Y OPS brindaron apoyo financiero y asesoría técnica para este proceso.

Uno de los principales logros del DAIA fue crear e implementar las Normas Nacionales de Planificación Familiar en el año 2006, “con el propósito de unificar principios, criterios operativos, políticas y estrategias para la prestación de servicios de PF, permitiendo a los usuarios la elección adecuada de métodos anticonceptivos, después de recibir consejería, así como garantizar mejores condiciones de bienestar a la persona, la familia y la comunidad”.³²

El DAIA ha jugado un papel importante para ampliar la cobertura del Programa de PF; para lograr un ahorro considerable en la adquisición de anticonceptivos a través del UNFPA; y para incorporar la PF en la agenda del MSP y otras agencias gubernamentales de salud.³³ El DAIA tuvo éxito en lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos dentro del IDSS, e incluir los anticonceptivos en el Programa de Medicamentos Esenciales que tiene presencia en todo el país y ofrece medicamentos e insumos a muy bajo costo.³⁴ De acuerdo a expertos locales, para 2014 los anticonceptivos están incluidos dentro del catálogo de medicinas esenciales en el MSP y en SENASA. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del programa de PF, algunas personas que atienden en las farmacias restringen el acceso a los anticonceptivos a su antojo por actitudes personales hacia la PF.

EL PROCESO DE GRADUACIÓN

El proceso de graduación de la asistencia financiera de USAID a la PF en RD inició en 2006, con la visita de un equipo de USAID/Washington para identificar las áreas que necesitaban refuerzo para garantizar la sustentabilidad futura del programa. Con ayuda de USAID, se diseñó e implementó una estrategia de salida que contempló el apoyo técnico y financiero a todas las instituciones participantes durante todo el proceso. La estrategia se enfocó básicamente en las siguientes áreas: diálogo político para lograr líneas presupuestarias específicas para la adquisición transparente de anticonceptivos y su disponibilidad asegurada en el programa de PF; capacidad técnica y liderazgo, particularmente en el proceso logístico; mayor acceso a información y servicios de PF para poblaciones vulnerables (primordialmente mujeres con ingresos económicos limitados y poca educación, adolescentes, inmigrantes haitianos y sus descendientes). La estrategia finalizó en 2007 y la graduación ocurrió en 2009.

Ante el retiro del apoyo de USAID, el Gobierno asumió el liderazgo del comité DAIA y asignó recursos financieros para la adquisición anual de anticonceptivos. A la vez, implementó una iniciativa política del sector público para incrementar los servicios de salud reproductiva y establecer planes de salud integral y prevención del embarazo en adolescentes. Como ocurrió en otros países, el retiro de la ayuda de USAID implicó un cambio radical para el programa nacional de PF, de ser un programa totalmente sustentado por donaciones, a convertirse en un programa financiado por el gobierno para adquirir los insumos anticonceptivos. Según varios

³² Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), 2006. “Normas Nacionales de Planificación Familiar.” Santo Domingo.

³³ USAID/Health Policy Initiative, 2007.

³⁴ USAID/DELIVER Project, 2008. Diagnóstico sobre la Logística y la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en República Dominicana. Arlington, VA: John Snow, Inc.

expertos, el comité DAIA continúa reuniéndose, principalmente para discutir aspectos relacionados con la disponibilidad asegurada de anticonceptivos, pero ha perdido parte de su influencia y poder de convocatoria.

Políticas, Liderazgo y Gobernabilidad

La RD cuenta con políticas públicas de población, género y SSR que han tomado en cuenta las prioridades establecidas en los convenios internacionales suscritos por el país. La SSR, así como los derechos de la mujer, los jóvenes y adolescentes se incorporaron a la Estrategia Nacional de Desarrollo para 2030 que representa el marco regulatorio nacional para la planificación del sector público. Desde el punto de vista normativo, se dispone de las Normas Nacionales de Planificación Familiar y de la Estrategia Nacional de Condones. El país ha logrado avances importantes en la formulación de políticas, pero su implementación continúa siendo un reto.

El apoyo político a la PF no ha sido constante y la oposición de grupos conservadores continúa. En 2010 se aprobó en la Constitución un artículo que prohíbe cualquier forma de aborto y lo penaliza, a pesar de fuertes críticas de los defensores de los derechos de SSR, particularmente de grupos organizados de mujeres de la sociedad civil que defienden los derechos reproductivos, la participación política de la mujer y mayor sensibilización sobre violencia de género.³⁵ Estos grupos – entre ellos Profamilia – han trabajado activamente para lograr cambios en el Código Penal, que descriminalicen el aborto cuando la vida de la madre está en peligro y cuando el embarazo es producto de violación o incesto.³⁶

En julio de 2013, Profamilia lanzó una campaña de IEC para promover el respeto a los derechos de SSR de los adolescentes e instar a las autoridades educativas a ofrecer información sobre estos temas en las escuelas. La iglesia católica romana se opuso rotundamente a esta campaña y presentó un amparo para suspenderla, pero éste no fue aceptado por la Corte Suprema de Justicia y la campaña continuó.

Planificación Familiar y el Sistema de Salud

Durante varias décadas, el sistema de salud pública en RD ha sido financiado por ingresos fiscales con la intención de cubrir a una buena parte de la población. La red del MSP cuenta con 1,853 instalaciones, compuestas por 1,703 unidades de atención primaria y 150 centros especializados del segundo y tercer nivel de atención (15 hospitales de especialidades, 11 hospitales regionales, 20 hospitales provinciales y 104 hospitales municipales). Sin embargo, las deficiencias del sistema público de salud han dado como resultado una mayor dependencia en la cobertura privada. Durante años, los gastos de bolsillo han sido la principal fuente de financiamiento de la atención de la salud. En RD, el gasto per cápita en salud (pública y privada) es relativamente alto y el sistema es ineficiente.³⁷

³⁵ BBC Mundo, 2009. “R. Dominicana: Aborto es Inconstitucional.”

³⁶ Profamilia, 2012. “Memoria de Labores.”

³⁷ Rathe M, Moliné A. 2011. Sistema de Salud de República Dominicana. *Salud Pública de México*. 2011. 53: 255-264.

El diseño adoptado para el Sistema Nacional de Salud (Ley 42-01) es complejo y da prioridad a la prevención y a la promoción de la salud a través de la SESPAS. El sector público consiste de dos entidades primarias: (1) El MSP y (2) el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) que está conformado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. Para marzo de 2011, había más de cuatro millones de personas afiliadas al programa Seguro Familiar de Salud. El sector privado comprende a las administradoras de riesgos de salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el área de la salud.³⁸ La principal aseguradora del sistema público, el programa de Seguro Nacional de Salud, cubre a la población en el régimen subsidiado. Existen otras 27 aseguradoras, en su mayoría privadas. Con esta gran cantidad de empresas aseguradoras, el sistema está bastante fragmentado y es costo-ineficiente.³⁹

Los servicios e insumos de PF/SSR se ofrecen en instalaciones del sector público. La mayoría de métodos reversibles de larga duración y métodos permanentes están disponibles únicamente en el nivel secundario y terciario, con referencias al primer nivel de atención. La red de proveedores públicos y privados ha aumentado el acceso a la PF, pero todavía quedan retos por resolver.

Uno de los principales problemas del sistema de salud dominicano es la calidad de atención. Persisten quejas por la mala calidad de los servicios estatales, la deficiente consejería y la poca disponibilidad de algunos métodos anticonceptivos. Los estudios indican que muchas personas requieren atención médica, pero no tienen recursos económicos para obtenerla. Consideran que la prestación de servicios de salud es deficiente y que los productos médicos, incluidos los anticonceptivos, muchas veces son difíciles de adquirir. Los horarios de atención son inconvenientes y las esperas, largas. En resumen, la implementación de la Ley 87-01 y la Ley 42-01 ha avanzado a un ritmo mucho más lento de lo originalmente programado y no se logró alcanzar la meta de cobertura universal por el Seguro Familiar de Salud en 2011.⁴⁰

El MSP enfrenta el reto de mejorar la calidad de los servicios en toda la red pública y fortalecer la atención primaria de la salud. Problemas tales como horarios limitados en los que se ofrecen los servicios tienen impacto en el acceso. El Plan Nacional de Salud sostiene que el principal reto que el sector enfrenta no es la cobertura sino la calidad de los servicios, la cual se asocia a problemas en el manejo clínico y administrativo de los servicios, poca supervisión y otras debilidades institucionales del sistema.⁴¹ La corrupción dentro del sistema de salud suma a estos otros retos.

El MSP ofrece anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina, además de una canasta básica de cinco métodos modernos.⁴² La oferta gratuita de servicios e insumos de

³⁸ Ibid, Diagrama en la página 1.

³⁹ Pan American Health Organization (PAHO). Dominican Republic. *Health in the Americas, 2012 Edition: Country Volume*. Washington, DC: PAHO; 2012.

⁴⁰ Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, 2010. "Propuesta de Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030: Un Viaje de Transformación Hacia un País Mejor." Santo Domingo: Consejo Nacional de Reforma del Estado.

⁴¹ Rathe & Moliné, 2011.

⁴² Pineda Gadea, Z. 2012. "Avances y Desafíos para el Aseguramiento de Anticonceptivos en la Región LAC." Coalición para el aseguramiento de insumos anticonceptivos Informe Regional.

PF/SSR a nivel nacional es obligatoria y se ofrecen en aproximadamente 1,500 establecimientos del MSP, que incluyen hospitales del nivel secundario y terciario y unidades de atención primaria. Se ha tratado de fortalecer el primer nivel de atención implementando el programa de PF en clínicas rurales. En algunos centros se logró implementar el servicio post-aborto, disponible las 24 horas. Sin embargo, hay informes que indican que las usuarias tienen que pagar gastos adicionales de sus bolsillos para obtener estos y otros insumos para el cuidado de su salud.⁴³

De acuerdo a un estudio realizado en 2008, 97 por ciento de las mujeres que ingresan a un hospital público a dar a luz indicaron estar interesadas en anticoncepción postparto. Sin embargo, únicamente 12 por ciento recibió algún método antes de salir del hospital. Para clientes post-aborto la situación era aún peor: únicamente 12 por ciento recibió consejería en PF y solamente 9 por ciento recibió algún método antes de salir del hospital.⁴⁴ De acuerdo a fuentes oficiales, el seguro social ofrece los mismos cinco métodos anticonceptivos que ofrece el MSP.⁴⁵ En términos de cobertura, el Observatorio Político Dominicano reportó que 47.4 por ciento de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social a finales de 2011.⁴⁶ Sin embargo, la puesta en marcha de este programa ha sido gradual y todavía no opera en la totalidad de clínicas de la seguridad social. Algunos observadores se quejan que el seguro social no ha comprado ningún anticonceptivo con fondos propios y frecuentemente refiere a sus afiliados al MSP para obtenerlos.

Como parte de la reforma del sector salud y en un esfuerzo por descentralizar y otorgar financiamiento con base en la demanda real, el MSP transfirió las responsabilidades programáticas y de prestación de servicios de las direcciones provinciales de salud a las oficinas regionales. Bajo ese sistema, los gerentes de insumos y de salud a nivel regional y de distrito deben promover la PF y preservar la integridad de la cadena de suministro.⁴⁷

Modelos de Entrega de Servicios

La prestación de servicios de PF a través del MSP y el IDSS se ha fortalecido, con lo que otros mecanismos han variado o disminuido en importancia. Por ejemplo, la DCA prácticamente ha desaparecido y solamente se utiliza para distribuir condones mediante la estrategia de doble protección. (proteger contra el embarazo y el VIH-SIDA). Profamilia y otras ONG participan en estrategias de mercadeo social para ofrecer insumos de PF/SSR a segmentos de la población que tienen cierta capacidad de pago y para contribuir a garantizar su auto sustentabilidad financiera.

En 2010, el MSP estableció el Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de los Adolescentes 2010–2015 que define las líneas de acción que el MSP debe tomar a favor de la

⁴³ Rathe & Moliné, 2011.

⁴⁴ Center for Health and Gender Equity, 2009. “The Case for Comprehensive: Dominican Republic.”

⁴⁵ Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), 2009. “Situation Analysis of the Integration of Family Planning Services in Postpartum, Postabortion and Prevention of Mother to Child Transmission Programs in the Dominican Republic.” Santo Domingo: USAID and Population Council.

⁴⁶ Observatorio Político Dominicano, 2011. “Estadísticas.”

⁴⁷ USAID/DELIVER Project, 2010. “El Enfoque Regional Mejora el Acceso a los Anticonceptivos. Creación de Programas de PF Sostenibles Mediante la Colaboración entre Países.” Arlington, VA: John Snow Inc.

salud integral de los adolescentes. El MSP creó un modelo de servicio para atender primordialmente a esta joven población: las Unidades de Atención Integral a Adolescentes o Servicios Amigables de Salud; actualmente existe un total de 103 unidades.⁴⁸

No obstante, estos servicios han sido sub utilizados y se han identificado deficiencias importantes en llegar a los adolescentes en materia de SSR, así como en ayudarlos a continuar sus estudios, o a obtener trabajos remunerados.⁴⁹ En cambio, Profamilia parece haber tenido más éxito en atraer a las y los adolescentes a sus servicios de SSR que operan con promotores voluntarios a nivel de pares.

Las farmacias privadas, supermercados y otros distribuidores comerciales han incrementado su participación en la provisión de anticonceptivos y continúan sirviendo a los quintiles medio y superior; es decir, a las personas que tienen mayor capacidad para cubrir el costo de sus necesidades de PF.

Recursos Humanos

La RD tiene vigente una extensa red de prestadores de servicios del sector público y privado que llega incluso a las áreas rurales más remotas. El país sabe que los recursos humanos son el componente más importante de cualquier sistema sanitario; sin embargo, la eficiencia y la calidad del sistema dominicano han sido históricamente limitadas por problemas del personal que presta los servicios. Durante la última década se han hecho numerosos esfuerzos para reforzar su capacidad para que pueda dar una atención eficiente, oportuna y de buena calidad.

A pesar que en RD ha aumentado la cantidad de médicos, de 13,262 en 2006, a 16,419 en 2010,⁵⁰ la distribución de médicos y enfermeras en todo el país sigue siendo desigual. En el Distrito Nacional hay 37.1 médicos por 10,000 habitantes, mientras que en la provincia de La Romana, por ejemplo, hay solamente 8.3 médicos por 10,000 habitantes. La inadecuada distribución de los recursos humanos limita el acceso, la equidad y la eficiencia de la atención de la salud.

Existen dos retos adicionales para administrar la atención sanitaria en RD: corrupción administrativa y alta rotación del personal. Los observadores locales hablan de “trabajadores fantasma” en sus nóminas: personas que reciben un salario pero no trabajan, o personas que han estado en proceso de jubilarse durante varios años. Este desperdicio de gastos representa aproximadamente 30 por ciento del presupuesto central (más de US\$600,000 mensuales), ha obligado a los hospitales a utilizar sus fondos internos para contratar más personal y compensar los vacíos para tener suficiente cobertura. Con base en estos hallazgos, USAID apoyó al MSP a través de una de sus agencias cooperantes para auditar y actualizar el sistema de nóminas, iniciativa con la que se lograron importantes ahorros. El Ministerio está reinvertiendo estos ahorros en contratar nuevo personal, dar aumentos a los médicos y enfermeras, e incrementar los

⁴⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2009. Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015.” *Serie de Normas Nacionales No.13*. Santo Domingo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

⁴⁹ OPS, 2012.

⁵⁰ Ibid.

fondos de jubilación. El Ministerio de Finanzas ordenó al Ministerio de Salud completar el proceso de limpieza y eliminar de la nómina a todos los trabajadores fantasma antes de poder entregar su presupuesto para 2014.⁵¹

El problema de rotación de personal ocurre cada vez que hay cambios de gobierno y se reemplaza o retira al personal calificado, causando interrupciones en los servicios. Recientemente, el Congreso Nacional aprobó la Ley de Carrera Sanitaria que está pendiente de ser promulgada por el Poder Ejecutivo. Esta ley ha sido aclamada como el mecanismo para formar cuadros técnicos de funcionarios públicos en el sector salud. Además de ayudar a disminuir la alta rotación de personal calificado, la ley está diseñada para mejorar el rendimiento de las inversiones hechas en capacitación del personal y para mejorar los sistemas operativos, con lo que a la vez se fortalecerá el sistema de salud.⁵²

Sistemas de Información

El Sistema de Información Logística en República Dominicana (SIAL) se diseñó e implementó en RD en 2009 con apoyo de USAID. Esta herramienta registra información diaria del consumo de anticonceptivos y genera informes mensuales para rastrear uso, niveles de inventarios y cantidades recibidas; de esta forma, el pronóstico de las adquisiciones se basa en necesidades reales y no en patrones de consumo. El SIAL rastrea el almacenamiento, envío, distribución y entrega final al usuario, que es el último objetivo.

El SIAL se considera un avance innovador para la recolección de datos. Según recuerdan los informantes clave, hace tan solo cinco años más de 1,500 establecimientos de la red pública enviaban informes mensuales al nivel central (CONAPOFA) para ser procesados. Hoy día, el sistema automatizado permite a los establecimientos de las 32 provincias reportar mensualmente al nivel provincial, y estas a su vez reportan al nivel central del MSP.

El SIAL tiene sus defensores y sus detractores. Los defensores opinan que este mecanismo funciona bien. Se ha capacitado a especialistas en logística en todos los aspectos del sistema y se han hecho grandes inversiones para garantizar el uso apropiado de esta herramienta. A pesar que el apoyo de USAID a RD en PF terminó en 2009, la exactitud de los datos sobre el uso de servicios de anticoncepción es alta. Los críticos sostienen que el SIAL es un sistema complejo que necesita constante monitoreo y que éste no se ha hecho. La transferencia de datos por medio de este sistema ha sido problemática, lo que produce datos de inferior calidad y cuestionable valor para el monitoreo y toma de decisiones. El sistema ha enfrentado problemas, tal como ha ocurrido en otros países después de “graduarse” de la ayuda de USAID. El propósito es seguir reforzando estos sistemas para que sean verdaderas herramientas útiles como se pretendió al diseñarlas, pero para esto se necesita compromiso y un constante monitoreo.

La ENDESA sigue siendo la principal fuente de datos estadísticos para aspectos demográficos, de salud materna infantil y PF/SSR y se utiliza en varios países para tomar decisiones. En RD,

⁵¹ USAID & Capacity Plus, 2013. “Dominican Republic: Significant Reinvestment through Elimination of Ghost Workers.”

⁵² United States Global Health Initiative (GHI), 2011. “Dominican Republic Global Health Initiative Strategy”.

la ENDESA se ha realizado cada 4 o 5 años desde 1986. La última ENDESA se condujo en 2013 y algunos de los datos preliminares se incluyen en este estudio de caso. La ENDESA-2013 se ejecutó por el Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM), en coordinación con el MSP, USAID, CONAVIHSIDA, el Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis (MSP-PNCT) y PEPFAR. Estas encuestas han recibido el apoyo técnico del Programa DHS, ICF International, Inc. Y CDC de Atlanta. Aunque USAID tuvo un papel importante en apoyar la realización de esta última ENDESA, el MSP se hizo totalmente responsable de dirigirla, así como de coordinar la recolección de datos.

Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos

El 9 de julio de 2007, el presidente de la República Dominicana estableció al Comité DAIA como la instancia líder del gobierno para garantizar la disponibilidad de los insumos anticonceptivos. Se asignó al MSP como el encargado de conseguir fondos para adquirir todos los insumos anticonceptivos a ser entregados gratuitamente por el gobierno en los servicios públicos de todo el país.⁵³

USAID dio apoyo técnico y financiero al MSP para logística anticonceptiva, lo cual contribuyó a mejorar el pronóstico de necesidades, la adquisición, almacenamiento y distribución de los anticonceptivos. No obstante, algunos informantes clave expresan preocupación porque el proceso de adquisición se ha fragmentado, no es eficiente, ni totalmente transparente.

Como parte de la reforma del sector salud, el país está en proceso de implementar gradualmente el Sistema Único de Gestión de Medicamento e Insumos (SUGEMI) en la red pública de servicios de salud. SUGEMI está diseñado para garantizar calidad en los servicios, transparencia en los procesos financieros y mejor acceso de la población a los medicamentos esenciales e insumos de buena calidad. El proceso también pretende apoyar la descentralización y el uso óptimo de los recursos disponibles. La implementación del SUGEMI empezó con medicamentos e insumos para los programas de VIH-SIDA, ITS, y TB. La segunda etapa del proceso ha comenzado y tiene contemplado incorporar medicamentos e insumos del programa materno-infantil, incluidos los anticonceptivos.

A pesar de los esfuerzos realizados por el sistema sanitario y el comité DAIA, persisten algunas debilidades, como falta de adquisición oportuna y no-disponibilidad de insumos, lo que deriva en desabastecimientos en las Unidades de Atención Primaria (UNAP) y en las clínicas rurales.

Parte del problema radica en la adquisición irregular de anticonceptivos debido a retrasos en los procedimientos internos del MSP en asignar recursos para realizar los pagos. Aún después que los fondos están disponibles, a veces hay retrasos adicionales por el proceso interno de adquisiciones del UNFPA.

⁵³ USAID/DELIVER Project, 2010. “La Adquisición de Anticonceptivos en América Latina y el Caribe: Un Análisis de Opciones Actuales y Futuras en Ocho Países.” Arlington, VA: John Snow Inc.

RD sigue enfrentando retos para mantener inventarios continuos de la gama completa de métodos anticonceptivos en todos los puntos de entrega de servicios del país. Los informantes clave opinan que se necesitan mecanismos de distribución más flexibles.

Para garantizar los avances en materia de SSR y evitar que las actividades de PF se interrumpan cada vez que hay un cambio de gobierno, el DAIA ha logrado conformar una Secretaría Ejecutiva dentro del comité. Esta Secretaría funciona como brazo operativo del comité para mantener su liderazgo y garantizar el flujo continuo de recursos financieros en un entorno político cambiante.⁵⁴

Financiamiento

A partir de 2004, EL MSP asignó fondos de la Tesorería Nacional para comprar anticonceptivos a través de un convenio de compras a terceros con el UNFPA. Aunque los niveles de financiamiento han variado desde entonces, algunos informantes consideran que los recursos asignados para mantener la cobertura actual de métodos de PF son suficientes. En 2011, cien por ciento de los insumos necesarios para todos los servicios públicos se compraron con fondos del presupuesto nacional protegidos por la Ley General de Salud.⁵⁵ Se han promulgado algunas leyes para garantizar transparencia en el manejo de estos fondos, tal como la Ley de Contrataciones Públicas del Estado. Esta ley decreta libre acceso a la información a cualquier persona interesada en monitorear la ejecución del gasto público a través de una página *web* del gobierno.⁵⁶ Los esfuerzos de cabildeo e incidencia política del Comité DAIA han dado como resultado la aprobación de desembolsos semestrales en lugar de trimestrales; de esta manera se pueden hacer pedidos más grandes, mantener un manejo más adecuado de los niveles de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de los insumos.⁵⁷ Sin embargo, no todos se sienten optimistas con las perspectivas de financiamiento gubernamental para la anticoncepción a largo plazo. El hecho que el gobierno de RD no haya asignado aún una partida presupuestaria específica, o un monto específico para adquirir estos insumos preocupa a los miembros del DAIA.

En 2014, el MSP proyectó las necesidades anticonceptivas en US\$1.5 millones de dólares. Sin embargo, los pronósticos técnicos del proyecto SUGEMI estimaron el doble (US\$3 millones de dólares) para evitar desabastecimientos a nivel nacional. De acuerdo a fuentes bien informadas, cada año el MSP solicita la cantidad necesaria al Ministerio de Finanzas. En 2013, este monto fue autorizado de acuerdo a informes de la encuesta anual de indicadores de SR que hace una de las agencias cooperantes de USAID. Sin embargo, esto no siempre ha sido así. Debido a que la PF no está definida como política pública, su aprobación depende de la voluntad política de las autoridades de turno.

Otros informantes opinan que la PF no es prioridad en la asignación de recursos presupuestarios. Gran parte de los fondos para servicios de PF provienen de gastos de bolsillo de los usuarios y de

⁵⁴ Pineda Gadea, 2012.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ USAID/DELIVER Project, 2010. “La Adquisición de Anticonceptivos en América Latina y el Caribe: Un Análisis de Opciones Actuales y Futuras en Ocho Países.”

los programas de mercadeo social. Algunas veces la disponibilidad de fondos se ve afectada por prioridades del momento (p.ej., una campaña de vacunación, un brote de dengue), o de otras necesidades que surjan en el país y se consideren más urgentes.

El Instituto Dominicano de Seguridad Social, los hospitales del ejército y de la policía nacional que ofrecen servicios de PF nunca han comprado anticonceptivos con fondos propios y los reciben del MSP en calidad de donación.⁵⁸

MIRANDO AL FUTURO

Más de una tercera parte (36.0 por ciento) de la población dominicana es adolescente o de menor edad.⁵⁹ Las tasas de fecundidad en adolescentes son altas. Para abordar adecuadamente este problema, la demanda de anticonceptivos tendrá que tener un incremento notable en el futuro cercano. Según datos de la ENDESA 2007, un 20.3 por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años ya eran madres o habían estado embarazadas alguna vez, y algunas habían tenido hasta tres embarazos. El informe preliminar de la ENDESA no reportó datos sobre embarazo en adolescentes, aunque no se esperan demasiados cambios en este sentido.

Desde 1996, la Secretaría de Educación comenzó a implementar un Programa de Educación Afectiva Sexual (PEAS).⁶⁰ En 2012, se hizo un estudio de línea basal para determinar la situación de la educación en violencia sexual y violencia de género en las escuelas del sector público. El estudio reveló que 39.2 por ciento de las instalaciones educativas han incorporado el PEAS de alguna manera, con el apoyo de USAID y CONAVIHSIDA. Profamilia también ofrece educación sexual para la juventud, como también lo hace la Asociación Dominicana de Profesores en distintos programas.⁶¹ UNFPA ha suscrito un acuerdo de cooperación con el gobierno dominicano para dar más educación sexual en las escuelas secundarias.⁶² A pesar de estos esfuerzos, existe gran necesidad de educación sexual integral en las escuelas, aunque la oposición de grupos conservadores hacia este tipo de iniciativas sigue siendo un reto.

La disponibilidad de insumos anticonceptivos modernos – aparte de condones – sigue siendo limitada en unidades para adolescentes y jóvenes. Algunos informantes creen que esto forma parte de los desabastecimientos que se mencionaron antes, pero otros creen que se debe a otras razones, como resistencia de los proveedores a dar anticonceptivos a los adolescentes. De acuerdo a algunos informantes clave, es necesario reforzar la calidad de la consejería en PF e implementarla con un enfoque integral. También es necesario eliminar barreras de acceso, como horarios limitados o falta de información adecuada.

Es evidente que el programa de PF en RD ha logrado enormes avances, particularmente en ampliar la cobertura. Sin embargo, la sostenibilidad del programa requiere coordinación de

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Alcántara Z.E., 2012. “Educación Sexual en la Escuela como Base para la Equidad Social y de Género.” Santo Domingo: United Nations Population Fund.

⁶⁰ UNICEF, 2011. “Estudio de Línea Basal del Programa de Educación Afectiva Sexual (Peas): Informe Final de Investigación.”

⁶¹ Alcántara, 2012.

⁶² UNFPA, 2012

esfuerzos, voluntad política, capacidad técnica y apoyo financiero para disminuir la necesidad insatisfecha. Los principales aspectos a tomar en cuenta incluyen:

- Garantizar la permanencia del comité DAIA y ampliar la participación de nuevos sectores (p.ej., representantes del sector privado, fabricantes farmacéuticos, organizaciones comunitarias y grupos organizados de mujeres y de la sociedad civil)
- Reforzar las acciones de cabildeo e incidencia política con grupos de la sociedad civil y autoridades locales a nivel central y regional para garantizar la disponibilidad de insumos anticonceptivos. El apoyo técnico para el comité DAIA es vital para que pueda lograr sus metas.
- Fortalecer el proceso de asignación de recursos para garantizar cantidades suficientes y desembolsos oportunos al MSP para atender la creciente demanda de anticonceptivos de todos los segmentos de la población. Es importante realizar actividades de cabildeo e incidencia política para garantizar que los fondos presupuestados para PF sean realmente asignados para adquirir los anticonceptivos.
- Continuar haciendo una buena segmentación del mercado con enfoque total de mercado para que las personas con niveles socioeconómicos altos sigan pagando los anticonceptivos de sus bolsillos o por medio de seguros privados, y los que no pueden comprar anticonceptivos tengan acceso a servicios públicos subsidiados o gratuitos. Puede contribuir a este fin tener un mejor mecanismo de distribución de anticonceptivos y comunidades bien informadas.
- Mejorar la calidad de los servicios, mantener capacitado y actualizado al personal médico y paramédico que presta servicios de PF en todos los niveles, incluido el personal de nuevo ingreso; monitorear el cumplimiento de normas y protocolos; eliminar barreras existentes (tales como machismo, actitud negativa entre prestadores de servicios, sesgos del personal en la selección de métodos, y falta de conocimiento adecuado sobre metodología anticonceptiva, particularmente entre el personal nuevo).
- Implementar estrategias y planes adecuados para satisfacer las necesidades de los y las adolescentes de acuerdo a sus circunstancias especiales; garantizar la educación sexual en las escuelas; incrementar el acceso de los y las adolescentes a información y servicios de anticoncepción que promuevan cambios de comportamiento y responsabilidad en términos de SSR.
- Fortalecer el sistema de información y logística con personal capacitado y calificado para eliminar los desabastecimientos; generar información precisa y oportuna para la toma de decisiones; y garantizar que la información se utiliza adecuadamente por quienes toman decisiones.
- Coordinar la cooperación externa para el MSP, el Seguro Social, las ONG y el sector privado para aprovechar las donaciones que se reciben y evitar la duplicación de esfuerzos.
- Abogar por mecanismos de adquisición más flexibles, tanto a lo interno del MSP como con los agentes de compra adecuados.

El país se ha comprometido a lograr la excelencia en sus esfuerzos de desarrollo, a reclutar personal calificado y a prestar servicios de salud de buena calidad para responder a las necesidades de toda su población. La reciente reforma del sector salud se está implementando en el país e incluye la descentralización de los servicios. Es necesario incorporar adecuadamente la

PF a dicho proceso para no obstaculizar su funcionamiento por los cambios que la reforma conlleva. El apoyo técnico es importante para lograr estas metas.

Durante los últimos 50 años, RD ha superado grandes obstáculos para mejorar las condiciones de vida de su población. La planificación familiar ha cambiado la vida de muchas personas, permitiéndoles gozar de los beneficios de una vida reproductiva saludable y segura y tener familias más pequeñas, de acuerdo a sus deseos.

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>