



PLAN DECENAL DE SALUD 2006 – 2015.

SEGUNDA PARTE

**PROPOSITO, OBJETIVOS, METAS Y EJES TRANSVERSALES PARA
ENFRENTAR EL DESAFIO DEL SECTOR SALUD EN LA REPÚBLICA
DOMINICANA**

Presentación:

El documento operativo del Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015, segunda parte) que presentamos a continuación, constituye la expresión de la agenda estratégica del conjunto del sector salud del país y la base para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años.

Refleja el compromiso de todos los sectores de la vida nacional, con las prioridades, los objetivos y los proyectos estratégicos consensuados que lo componen, a partir de una visión de largo plazo sobre la situación de salud y del sistema de salud que, con un amplio consenso técnico e institucional ha sido considerada deseable y posible de ser producida en el período 2006 al 2015, y que se espera que la consulta nacional enriquezca y ratifique.

Es un instrumento de carácter predominantemente estratégico, mas que normativo, que partiendo de un análisis de la situación actual presentado en la primera parte de éste documento, define las grandes orientaciones y prioridades estratégicas de los procesos a desarrollar, y que ha de servir de marco de referencia para la elaboración de los planes operativos anuales y específicos de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud.

Ha sido formulado a para responder a cada una de las brechas identificadas en el documento de análisis de situación (primera parte), y a las cuales debe dar respuesta. Por tanto esta concebido como una herramienta de acuerdo nacional entre todos los actores, mediante la cual nos comprometemos con:

1. Alcanzar los Objetivos y Metas de desarrollo del Milenio y fortalecer el desarrollo humano y sostenible y la gobernabilidad democrática.
2. Coordinar sus esfuerzos para alcanzar sus objetivos estratégicos que harán posible alcanzar una mejor situación de salud, en el entendido que la salud es reflejo de la calidad de vida de las personas y las poblaciones, de la cual la atención de las personas enfermas es solo un componente.
3. Satisfacer el derecho a la protección social de la salud de toda la población mediante el pleno desarrollo del Sistema Nacional de Salud en forma coherente con el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social y las políticas y estrategias nacionales de desarrollo. Este enfoque de derechos, supera los enfoques predominantemente asistencialistas que históricamente han prevalecido en el desarrollo del sistema público de salud del país y se relaciona con un concepto de ciudadanía, como sujetos de derechos y deberes.
4. Desarrollar el Sistema Nacional de Salud con base en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con base en las formulaciones de la Conferencia de Alma Ata en 1978¹ y en La Renovación de la APS en las Américas acordada en 2003².
5. Lograr acceso universal, de toda la población al nivel primario de atención del Sistema Nacional de Salud y al mismo tiempo reformular el conjunto del Sistema y de sus Redes de Servicios, en función de fortalecer el nivel primario

¹ Organización Mundial de la Salud.- Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata. URSS. 1978.

² Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.- Renovación de la Atención primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición. Washington 2005.

- de atención hasta lograr que tenga capacidad para resolver alrededor del 80% de la demanda y los motivos de consulta en los diferentes sectores de la población. .
6. Desde esta perspectiva además, las relaciones internacionales del Sistema nacional de salud deberán ser redefinidas y fortalecidas a fin de tratar de asegurar el aprovechamiento de las oportunidades y la superación de los desafíos que para la salud derivan de los cambios que se están produciendo en el entorno internacional en el que tendrá que ser ejecutado el PLANDES 2006-2015.
 7. Alcanzar una mortalidad de menor de 5 años inferior a 19.7 por mil en todas la regiones y provincias del país, reducir considerablemente las diferenciales entre grupos sociales para la sobrevivencia infantil a los 5 años
 8. En cuanto a las inmunizaciones, dentro del PLANDES 2006-2015 será necesario asegurar que se mantienen los avances alcanzados y se consolidan hasta lograr que toda la población meta de cada vacuna sea efectivamente protegida cada año, a fin de dar cumplimiento a la meta establecida por la Movilización Tolerancia Cero, de lograr la cobertura universal con el esquema nacional de inmunización
 9. Reducir la Razón de Mortalidad Materna hasta 44.5 por 100,000, en todas las regiones y provincias del país, para lo cual nos comprometemos con mejorar considerablemente la calidad de la atención obstétrica esencial (prenatal, del parto y del puerperio), en reducir los embarazos en adolescentes, aumentar el espaciamiento ínter genésico. Sobre todo en las mujeres mas jóvenes y mas pobres y de menor nivel educativo. Esto supone un compromiso de la sociedad y del Estado con las intervenciones necesarias y un esfuerzo sostenido de empoderamiento de las mujeres y de las organizaciones de la sociedad. La veeduría social aparece como una estrategia con gran potencial para mejorar la calidad de la atención obstétrica esencial
 10. En relación con VIH-SIDA, los desafíos son diversos, particularmente la transmisión del virus VIH de madre a hijo(a) y el manejo de la coinfección VIH/Tuberculosis. Igualmente son la reducción de la transmisión, sobre todo en adolescentes y jóvenes, y sobre todo por vía sexual, reducir a su mínima expresión la transmisión madre hijo(a), asegurar el manejo integral de las personas VIH+ y la coinfección VIH/Tb. incluyendo el uso de ARV cuando corresponda, de acuerdo a los protocolos nacionales, y superar la estigmatización y exclusión social de las personas VIH+. Además, será necesario lograr un mayor empoderamiento de las mujeres sobre su sexualidad.
 11. En tuberculosis el Plan nos compromete a mantener y fortalecer los avances logrados en la captación tratamiento de los casos, con base en la estrategia DOTS/TAES a nivel de todo el país y en todas las poblaciones, asegurando que se diagnostica mas del 70% de los casos Bk+. cada año y que se cura mas del 85% de ellos, al mismo tiempo que se desarrollo el servicio para el tratamiento de pacientes con multiresistencia
 12. En cuanto al Sistema Nacional de Salud, desarrollar las estrategias de promoción de salud para mejorar la calidad de vida, mediante el empoderamiento de las comunidades para mejorar la calidad de vida y sobre todo el suministro de agua y el manejo adecuado de los tanques, tinacos y cisternas domiciliarias, de acuerdo a las normas nacionales establecidas, a fin de reducir los niveles de infestación. Al mismo tiempo es necesario mantener cada año los esfuerzos de capacitación y actualización periódica del personal de salud para asegurar el mejor manejo de los casos severos.

13. Otro desafío que destaca, es lograr reducir el riesgo de aparición de brotes de gran envergadura y de reducir las muertes a su mínima expresión, así como empoderar a la población de los procedimientos de prevención y control para evitar situaciones de pánico
14. En cuanto a salud animal, el PLANDES nos compromete a mantener una alta cobertura de vacunación animal, por lo menos del 80% de la población canina estimada cada dos años en cada Provincia y municipio del país, asegurar que se brinda adecuada atención médica, de acuerdo a normas nacionales e internacionales a las personas agredidas, y asegurar que por lo menos el 80% de los animales agresores son observados por personal capacitado. Además, es necesario asegurar las acciones de vigilancia y de control de brotes, mantener la producción nacional y suministro de vacunas en forma oportuna y con calidad, y desarrollar la producción de una nueva generación de vacunas para uso en personas.
15. El perfil de morbimortalidad del país incluye un conjunto de problemas prioritarios de salud que representan importantes desafíos científico-técnicos, además de administrativos y operativos. En la mayoría de los casos no se trata de problemas nuevos, pero son problemas ante los cuales no se ha definido políticas ni estrategias de demostrada efectividad, o bien los servicios de salud no han desarrollado experiencia suficiente ni capacidades. En el contexto del PLANDES 2006-2015, nos comprometemos a desarrollar las capacidades nacionales para la prevención y control de estos problemas, que ya son importantes para la población y que lo serán mucho más en la medida que los problemas del grupo anterior vayan siendo superados.
16. En el período de ejecución del PLANDES 2006-2015 el Sistema Nacional de Salud asume el desafío de definir políticas y estrategias, y desarrollar capacidades, que permitan prevenir y controlar estos problemas de salud a nivel individual y poblacional.
17. Por otra parte, desde el Sistema Nacional de Salud, en el período del PLANDES 2006-2015, asumimos el desafío de desarrollar políticas, estrategias y capacidades para la prevención y detección temprana y tratamiento efectivo de las principales localizaciones de cáncer en el país, al menos para el Cáncer de próstata, el de cuello uterino, el de mama y los de vías digestivas y vías respiratorias, con efectividad para revertir la tendencia ascendente de sus tasas de mortalidad.
18. Además, fortalecer la atención de los lesionados, y de contribuir con los esfuerzos de prevención de los accidentes. La atención de los lesionados requiere el fortalecimiento de las capacidades en los diferentes niveles de las redes de servicios y el desarrollo de un subsistema de traslado y atención de emergencias traumáticas en forma de red. El aporte a la prevención implica fortalecer la educación de la población sobre los riesgos de accidentes de tránsito y como reducirlos. Particularmente importante es la influencia del alcohol y el consumo de tabaco y otras sustancias adictivas
19. En el marco del PLANDES 2006-2015, nos comprometemos a asumir el desafío de contribuir a los esfuerzos de la sociedad y el Estado para fortalecer la aplicación de una estrategia integral y de un Plan Nacional sobre drogas, de carácter intersectorial. Que incluya los siguientes componentes: Legislación, coordinación interinstitucional, servicios de tratamiento y rehabilitación, atención en ambientes laborales y poblaciones vulnerables, capacitación y monitoreo y evaluación. Para el mejor éxito será necesario un esfuerzo

articulado entre la sociedad y el Estado que permita superar la estigmatización y haga posible la rehabilitación de los afectados. Desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, el tratamiento y rehabilitación de las personas adictas constituye una importante prioridad.

20. En cuanto al sector público, aun cuando persisten barreras de acceso territorial para sectores minoritarios socialmente excluidos, los principales problemas del sector salud no están en la cobertura, ni siquiera en la cobertura por los servicios públicos, sino sobre todo en la calidad y en la efectividad de las intervenciones tanto curativas como de prevención y control. Estas limitaciones se relacionan básicamente con las limitaciones de financiamiento y aseguramiento, con el modelo de atención y el de gestión del sistema, con la muy limitada participación ciudadana y enfoque de equidad social, y con las limitaciones en la aplicación de enfoque de equidad de género. Estos elementos deben ser enfrentados y combatidos desde el PLANDES.
21. Por otra parte, desde el PLANDES asumimos el compromiso de dar respuesta al modelo de atención predominante en el sector salud caracterizado como vimos en la primera parte del documento, por a) Débil capacidad resolutive, sobre todo en el nivel primario, b) Enfoque predominantemente curativo e individual de la salud. c) Limitada regulación y normatización de las atenciones.
22. Por otra parte, asumimos el concepto de “producción social de la salud” que ha establecido la ley General de Salud (42-01). Es decir, asumir que la situación de salud de las poblaciones guarda relación con sus condiciones de vida y de trabajo y, por lo tanto, son necesarias intervenciones de carácter intersectorial y con participación social, que contribuyan a elevar la calidad de vida, para transformar esta situación de salud.
23. Nos comprometemos también a elaborar los protocolos básicos de atención en los diferentes niveles y asegurar su permanente actualización y la capacitación del personal de salud para su aplicación, es parte de las funciones de rectoría de la SESPAS sobre la Redes de Servicios Públicos y privados de salud.
24. Nos comprometemos con profundizar los procesos de reforma y conformar una estructura sistémica, compuesta por diferentes subsistemas articulados entre si en forma sinérgica y complementaria, con clara separación de las funciones y responsabilidades entre los subsistemas de Atención a las Personas, la Salud Colectiva y la Rectoría pública y con una fuerte rectoría que asegure la conducción y direccionalidad del conjunto.
25. Asumimos el reto de desarrollar una administración mas profesionalizada, y desarrollar una carrera sanitaria que haga posible la mejor gestión de los recursos humanos.
26. Asumimos también el compromiso de completar las reformas sanitarias y de la seguridad social, y de asegurar la complementaridad y sinergismo en el desarrollo de ambos sistemas, en beneficio de la salud y la protección social de todos y todas los ciudadanos
27. Finalmente, reconocemos que la equidad de género en la implementación del PLANDES remite a que hombres y mujeres reciban atención acorde con sus necesidades diferenciadas, estimando que la naturaleza y la cultura han impuesto distintas características y condiciones desiguales en unos y otras, según ciclos de vida y contexto socioeconómico.

I.- LOS DESAFIOS EN EL SECTOR SALUD 2006-2015.

Los grandes desafíos del Sector Salud para el período 2006-2015, se pueden resumir en dos:

- a) Superar la deuda social acumulada y las inequidades sociales y de género en la situación de salud, y asegurar la prevención y control de los problemas y riesgos prioritarios de salud del país.*
- b) Desarrollar las diferentes funciones y subsistemas del Sistema Nacional de Salud, con base en un enfoque de derechos y los principios y estrategias establecidos en el marco jurídico vigente, en la participación ciudadana y con un enfoque de equidad social y de género.*

1.1.- Desafíos de impacto en la situación de salud:

- *1.- Superar la deuda social acumulada:* Alcanzar las Metas del Milenio y las de Tolerancia Cero, superar las Brechas entre la situación actual y tendencias, con respecto a las metas y compromiso y reducir las Brechas de inequidad. social y de género.
- *2.- Modificar la tendencia ascendente de los nuevos problemas de salud:* Principalmente con relación al síndrome metabólico, a violencia social, familiar y de género, los accidentes, al cáncer, y a la salud mental y las adicciones.

1.2.- Desafíos sobre el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, en concordancia con el derecho a la salud y los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia, integralidad, y cooperación, y las estrategias de descentralización y desconcentración, promoción y prevención, separación de funciones, participación social, intersectorialidad, satisfacción del personal, concertación, y conformación de redes (Ley 42-01):

- *1.- Reorganizar el Sector Salud como un Sistema Nacional de Salud* y su adecuada articulación con el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus diferentes regímenes de financiamiento, bajo la Rectoría Pública de la SESPAS..
- *2.- Lograr la efectiva separación de funciones* (Rectoría, Aseguramiento, Provisión y Financiamiento) y desarrollo de los subsistemas que componen el Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo al mismo tiempo la integralidad del sistema.
- *3.- Implementar un modelo de atención de carácter integral*, basado en el derecho a la salud y en la *producción social de la salud*, con enfoque de equidad social y de género.
- *4.- Aumentar la efectividad e impacto* del Sistema Nacional de Salud y reducir las desigualdades e inequidades sociales y de género, sobre acceso, calidad e impacto sobre la situación de salud: territoriales, sociales y de género, mediante el desarrollo de un *Modelo de Atención integral*, organizado por subsistemas, redes y niveles de atención.

- 5.- Asegurar *financiamiento adecuado y sostenible* para todos los subsistemas. *Gasto público en salud hasta 5% del PIB*. Protección del gasto público en salud, ante situaciones coyunturales.
- 6.- Lograr cobertura universal, de toda la población, con el Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social
- 7.- Modernizar los procesos administrativos y de gestión en la SESPAS y otras instituciones del sector salud, para hacerlos mas eficientes y asegurar la mayor *transparencia* en la gestión financiera fortaleciendo la confianza ciudadana.
- 8.- Asegurar el mejor desarrollo de los *Recursos Humanos de salud*, fortaleciendo su compromiso con los objetivos estratégicos y resultados del Sistema nacional de salud, y fortaleciendo un clima de armonía y satisfacción laboral.
- 8.- Fortalecer la *participación ciudadana y la intersectorialidad*, articulándose con los procesos de desarrollo humano y sostenible del país.
- 9.- Asegurar un *enfoque de equidad social y de género* en todos los servicios e intervenciones.

II.- CARTA DE PRIORIDADES 2006-2015.

Para el periodo 2006-2015, el sector salud asume como principal prioridad el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, para reducir las inequidades sociales y de género en la situación de salud y en el acceso a servicios, alcanzar las Metas del Milenio en Salud y contribuir al Desarrollo Humano y Sostenible.

Para los fines del presente Plan Decenal de Salud, y a fin de favorecer los aportes de toda la sociedad y para facilitar el monitoreo y evaluación de los avances y del impacto del Plan por los diferentes componentes del Sistema Nacional de Salud, esta prioridad general ha sido operacionalizada en las siguientes 6 prioridades específicas, con sus respectivos indicadores.

2.1.- PRIORIDAD UNO. *Articular el sector salud con los procesos de desarrollo humano y sostenible del país, y contribuir a la elevación de la Expectativa de Vida al Nacer (EV.0), y la reducción de las brechas e inequidades sociales y de género, en coordinación intersectorial con otros sectores del estado y la sociedad.*³

³ El **índice de desarrollo humano relativo al género (IDG)** mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres, a partir de indicadores de vida larga y saludable, educación escolarizada, y nivel de vida digno, según ingresos percibidos por sexo.

El **índice de potenciación de género (IPG)** mide el nivel de oportunidades a que acceden las mujeres a partir de indicadores como participación política (% de mujeres en el Congreso y en puestos de decisiones) participación económica, a partir de % de puestos ocupados por hombres y por mujeres en puestos decisivos, incluidos profesionales y técnicos, e indicadores de control sobre recursos económicos, medidos por ingresos percibidos por hombres y por mujeres.

Para el periodo 2000-2005 la esperanza de vida al nacer ha sido estimada por CEPAL y ONE en 70.1 años. En los últimos años se ha incrementado la diferencia por sexo en la esperanza de vida, de 3.63 en el quinquenio 1980-1985 a 4.60 en el 2000-2005. La esperanza de vida para los hombres aumento de 61.42 años en el periodo 1980-85 a 67.83 años en el 2000-2005. Para las mujeres aumento de 65.05 a 72.43 años en el mismo periodo. Se proyecta que para el 2010-2015 la esperanza de vida para ambos sexos será de 72.56 años. Sin embargo, el promedio en América Latina, para el 2010-2015 será de 73.3 años y otros países del continente, con similar o menor PIB per cápita (PPP), estarán por encima de este promedio.

Para lograr esta meta de EV.0 de 73 años, será necesario reducir la mortalidad infantil, por lo menos hasta los compromisos de las Metas de Desarrollo del Milenio, y aumentar la probabilidad de sobrevivencia de menores de cinco años por lo menos hasta los niveles que ya tienen otros países del continente y las metas de Tolerancia Cero. Así mismos será necesario reducir el impacto de la violencia y de los accidentes, sobre todo en adolescentes y jóvenes, y reducir las tasas de mortalidad por cardiovasculares y cáncer.

El IDH para 2003 fue de 0.749. Para ese mismo año, el promedio de América latina fue de 0.777, Chile tenía 0.854 y Barbados 0.878. Por lo tanto, la meta propuesta es similar la que Chile tenía para este año. Para datos del 2002, la Brecha del IDH entre la Región mas favorecida y las menos favorecida del país era de 95.1%.

De acuerdo a la información disponible, alrededor del año 2002, el IDG era de 0.728. La meta de 0.850, implica una reducción de las diferencias de género en el IDH de 0.855 que se ha indicado como meta para toda la población.

Indicadores de monitoreo y evaluación:

Para el año 2015:

- La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 73 años.
- El Índice de Desarrollo Humano (IDH) nacional será por lo menos de 0.855 y la Brecha entre Regiones no será mayor de 50%.
- El Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG), a nivel nacional, será por lo menos de 0.850, reflejando la elevación de la tasa de participación femenina..
- El gasto público en salud alcanza al 5% del PIB. Por lo menos el 25% del presupuesto público del Sistema Nacional de Salud se asigna a salud colectiva para la promoción, prevención y control de problemas prioritarios de salud y el 10% a las funciones de rectoría.

2.2.- PRIORIDAD DOS. Reducir la deuda social acumulada, así como las inequidades y desigualdades sociales y de género en la situación de salud.

Indicadores de monitoreo y evaluación.

Para el año 2015:

- a) La Mortalidad Materna nacional se habrá reducido en dos terceras partes con relación a 1990, y será menor de 44.5 por 100,000 nacidos vivos.
- b) La mortalidad infantil se habrá reducido en dos terceras partes con respecto a 1990 y será menor de 16 por mil nacidos vivos.

- c) La mortalidad en menores de cinco años se habrá reducido en dos terceras partes con respecto a 1990 y será menor de 19.7 por mil nacidos vivos.
- d) La probabilidad de sobrevivencia a los 5 años será por lo menos de 98.5% y la brecha de la probabilidad de sobrevivencia a los cinco años entre los grupos de mayor y de menor ingreso se habrá reducido a la mitad, con respecto al año 2003 y será menor de 1.8 puntos porcentuale
- e) Las Normas Nacionales de Salud Reproductiva se aplican en todo el Sistema Nacional de Salud.
- f) Al menos el 70% de los casos de tuberculosis BK+ estimados, habrán sido diagnosticados e incorporados a tratamiento, con base en la estrategia DOTS/TAES, y al menos el 85% de ellos serán curados.
- g) Las muertes por Malaria se reducirán a cero en todo el territorio nacional, y se habrá eliminado la transmisión autóctona en poblaciones y territorios priorizados de interés económico estratégico nacional.
- h) Los casos humanos de Rabia se mantendrán en cero durante todo el período del plan.
- i) La incidencia anual de casos de Dengue se habrá reducido en un 50% con respecto al año 2000 y la letalidad de los casos será menor de 2%.

La probabilidad de sobrevivencia infantil en el país en 2003 era de 96.5%, pero en el 20% de menores ingresos era de 94.8% y en el 20% de mayores ingresos era de 98.5%. Por tanto las Brechas actuales son alrededor de 3.7 puntos porcentuales. La meta propuesta en el indicador es que esta brecha sea menor de 1.8 puntos porcentuales. PNUDGAPMINDER).- www.gapminder.org

INDICADORES DE MONITOREO EN NUTRICION

República Dominicana

INDICADORES	AÑO BASE	2015
Bajo peso al Nacer	21 % (2002)	< 11%
Desnutrición aguda (P/T) < 2 años	2.4% (2002)	< 1%
Desnutrición crónica (T/E) < 5 años	9% (2002)	< 5%
Desnutrición global (P/T) < 5 años	5% (2002)	< 2.5%
Prevalencia carencia Vit. A < 5 años	>20% (2002)	< 10%
Anemia < 5 años	>20% (2002)	< 10%
Carencia YODO < 5 años	> 80% en Algunas poblaciones (2002)	< 30% en toda población

Fuentes: Informe Grupo Técnico Metas del Milenio. COPDES 2005

- j) El 95 % de las embarazadas VIH+ detectadas, han cumplido el protocolo nacional de prevención de la transmisión vertical.
- k) Al menos el 90% de las Personas Viviendo con VIH/SIDA, reciben atención integral, de acuerdo a los protocolos nacionales.
- l) Se reduce al menos en 50% los casos de transmisión sexual de VIH en población femenina, con respecto al 2000.

- m) El bajo peso al nacer y la desnutrición en menores de 5 años habrá disminuido en un 50% con respecto a la prevalencia en el año 2002.
- n) La tasa de mortalidad por Cáncer se reduce en un 30 % para el 2015, con respecto al año 2000. (Al menos el 70 por ciento de los casos estimados de neoplasias de mamá y de útero, y prostático habrán sido diagnosticados oportunamente y sometidos a los procedimientos correspondientes)..

2.3.- PRIORIDAD TRES. Estructuración del Sector Salud como Sistema Nacional de Salud, y desarrollo armónico de sus funciones y subsistemas según los principios y estrategias establecidas en la Ley 42-01 y sus Reglamentos, con enfoque de derechos, y de equidad social y de género.

Indicadores de monitoreo y evaluación.

- a) Se ha estructurado la Red Unica de Servicios Públicos de Salud, conformada por los *Servicios Regionales de Salud*, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - a.1.- *Basados en las redes de Servicios Públicos de Salud y el modelo de atención* establecido por la SESPAS, con enfoque de equidad social y de género, organizadas por niveles de atención y aplican protocolos de atención según el nivel, aprobados por la SESPAS.
 - a.2.- Se habrá desarrollado una Red de Servicios de Atención a *Emergencias y Desastres*. Dicha red ha incorporado las necesidades diferenciadas por género.
 - a.3.- El nivel central de la SESPAS se habrá reestructurado y asegura la adecuada *supervisión y apoyo técnico y normativo* de los Servicios Regionales y Redes.
 - a.4.- *El IDSS se habrá reestructurado* de acuerdo al marco legal vigente y se habrá articulado las Redes de Servicios Públicos, conjuntamente con la SESPAS.
- b) Se habrá reestructurado la *salud colectiva* en Redes programáticas, con enfoque se equidad social y de género, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - b.1.- Con base en tres ejes transversales: Epidemiología, Promoción de Salud y Salud Ambiental.
 - b.2.- Los Programas se han reestructurado en Grupos Nacionales, interinstitucionales, interdisciplinarios e interprogramáticos, como estructuras centrales de planificación, coordinación, supervisión y control normativo de las intervenciones de prevención y control de los problemas y riesgos prioritarios de salud.

b.3.- Las Redes programáticas han sido desconcentradas hacia las Direcciones Provinciales de Salud, en sus funciones de ejecución y operan con base en las Normas Nacionales.

b.4.- Se habrá estructurado y estará en funcionamiento el Instituto Nacional de Epidemiología y el Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica, con las funciones establecidas en la Ley 42-01.

b.5.- Se habrán desarrollado el Sistema Nacional de Promoción de la Salud y Participación Social, y el Sistema Nacional de Salud Ambiental.

c) Se ha desarrollado un sistema que asegura el acceso a los medicamentos básicos de calidad a la población, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

c.1.- La SESPAS, el IDSS y PROMESE CAL establecen convenios que regulan y promueven mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos eficientes y aseguran la calidad.

c.2.- PROMESE-CAL se convierte en el principal mecanismo de provisión de medicamentos y productos farmacéuticos para el Sistema Nacional de Salud.

c.3.- El Sistema Nacional de Salud adquiere a través de la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales, los medicamentos e insumos que, por su relevancia para la salud pública, han sido definidos mediante acuerdos y convenios internacionales, a fin de asegurar su calidad y costos razonables.

c.4.- La SESPAS desarrolla un sistema de aseguramiento de calidad y regulación sanitaria de los medicamentos, y de vigilancia farmacológica y de sus efectos secundarios en la población.

Todos estos sistemas estarán estructurados con niveles centrales predominantemente normativos y con niveles operativos desconcentrados en las Direcciones Provinciales de Salud.

2.4.- PRIORIDAD CUARTA. *Reestructurar y fortalecer el nivel central y desconcentrado de la SESPAS (DPS) para asumir efectivamente las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.*

Indicadores de monitoreo y evaluación.

a) A nivel nacional y en las Direcciones Provinciales de Salud se habrá fortalecido las capacidades de Rectoría de la SESPAS; en las siguientes dimensiones:

a.1.- Capacidades de Análisis de Situación del Sector Salud y de Análisis Sectorial de Salud, con enfoque estratégico y de equidad social y de género.

- a.2.- Planificación y conducción estratégica del sector salud.
 - a.3.- Habilitación, supervisión, y evaluación de servicios y establecimientos del Sector Salud.
 - a.4.- Regulación, control y apoyo técnico normativo a la provisión de servicios de salud, medicamentos y otros insumos, así como de los procesos ambientales mas relacionados con la salud.
 - a.5.- Sistemas de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud.
- b) Se ha desarrollado y está en pleno funcionamiento el *Sistema de información Gerencial y de Vigilancia Epidemiológica*, evaluado en las siguientes dimensiones:
- b.1.- Carácter modular interconectado y tecnológicamente actualizado.
 - b.2.- Monitoreo permanente, con cortes evaluativos anuales, de las desigualdades e inequidades sociales y de género en la situación de salud y en la accesibilidad a los servicios, así como del impacto diferencial de los costos de las atenciones y del gasto familiar en salud.
 - b.3.- Monitoreo permanente de las enfermedades y problemas de notificación obligatoria, riesgos y signos de alerta temprana.
- c) *Desarrollado y en aplicación en toda la SESPAS, Redes y Servicios Regionales de Salud, un modelo de gestión financiera*, evaluado en las siguientes dimensiones:
- c.1.- Articulado con el SIGEF nacional.
 - c.2.- Asegura la transparencia ante la sociedad.
 - c.3.- Contabilidad de costos de cada intervención, establecimiento, servicios y programa.
 - c.4.- Factura en tiempo adecuado a SENASA, las ARS, al Seguro de Riesgos Laborales y al Seguro de Accidentes de Tránsito (FONAMAT).
 - c.5.- Procesos de planificación y de presupuestación ligados a resultados de impacto y que permiten monitorear la vinculación del gasto con los resultados.
- d) En el nivel central se habrá organizado y estarán en pleno funcionamiento, *Comités Técnicos Nacionales* correspondientes a cada una de las funciones esenciales del Sistema Nacional de Salud:
- d.1.- Provisión de servicios de atención a las personas.

d.2.- Salud Colectiva (promoción, prevención y control de problemas prioritarios de salud).

d.3.- Aseguramiento y articulación del SNS con el SDSS.

d.4.- Financiamiento y desarrollo del sistema financiero del Sistema Nacional de Salud..

4.5- Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

Estos Comités Técnicos Nacionales, de carácter interinstitucional, intersectorial, e interdisciplinarios, ejercen *funciones de asesoría y de apoyo* a los órganos centrales y desconcentrados de la SESPAS en la conducción y coordinación del Sistema Nacional de Salud en sus diferentes subsistemas.

e) Se ha desarrollado el *Sistema Nacional de Recursos Humanos* del Sector Salud, evaluado en las siguientes dimensiones:

e.1.- bajo la Rectoría de la SESPAS.

e.2.- En estrecha coordinación y articulación con las Secretarías de Educación Superior, las instituciones formadoras, la Oficina Nacional de Administración de Personal y otras dependencias oficiales relacionadas con la planificación, formación, capacitación y gestión de recursos humanos.

e.3.- El Sistema Nacional de Salud aplica a todos sus niveles y componentes el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

e.4.- Se ha desarrollado la carrera sanitaria y la carrera administrativa en el sector salud, con base en la Ley de Servicios Público y Carrera administrativa.

f) Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Investigaciones en Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS, en estrecha coordinación y articulación con la Secretaría de Educación Superior, las instituciones de educación superior y otras instituciones y dependencias nacionales de promoción, producción, regulación y desarrollo de la investigación.

g) Se ha ejecutado un plan de formación en género para el personal en servicio en todas las instancias del SNS, con especificaciones según responsabilidades y funciones.

h) En coordinación con la SEESCyT y las instituciones formadoras, y los Colegios y Gremios de la Salud, se ha aplicado un plan de reforma curricular para el pensum de las carreras de ciencias de la salud, y se ha desarrollado un sistema de certificación y recertificación, de acuerdo a los principios, prioridades, estrategias y orientaciones del Plan Nacional de Salud.

2.5.- PRIORIDAD QUINTA. *Fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud.*

Indicadores de monitoreo y evaluación.

- a) En todos los niveles y subsistemas del Sistema Nacional de Salud se habrá fortalecido la participación ciudadana, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - a.1.- Estructurados y operando los Comités de Administración e incorporación a los procesos de planificación, gestión, monitoreo y evaluación, de representantes calificados y seleccionados por las organizaciones comunitarias y sociales correspondientes, de conformidad con el marco legal y reglamentario vigente.
 - a.2.- En todos los establecimientos, redes de servicios de atención a las personas, y redes programáticas de salud colectiva estarán en funcionamiento los organismos y espacios de participación ciudadana y veeduría social previstos.
- b) En todas las Redes de Servicios de Atención a las Personas y en los Servicios Regionales de Salud, están funcionando los Consejos de Planificación, Consejos de Administración, Consejos de Administración y Planificación y los Comités de Salud establecidos en las reglamentaciones vigentes, con plena participación de la ciudadanía y sus organizaciones.
- c) En todas las Provincias y Municipios, los Consejos de Desarrollo participan en la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de los planes provinciales y municipales de salud.

2.6.- PRIORIDAD SEXTA. *En todo el sistema nacional de salud se ha transversalizado el enfoque de equidad de género.*

Indicadores de monitoreo y evaluación.

- a) Se habrá elaborado y aplicado un Plan Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, acorde con las Metas del Milenio y las recomendaciones de la Conferencia de Beijing, y se hace monitoreo anual de los avances en los indicadores de género y de las intervenciones establecidas en dicho Plan.
- b) Se ha conformado y funciona adecuadamente un Comité Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, el cual está articulado con la Secretaría de Estado de la Mujer y con los planes y estrategias sobre enfoque de género propuestas en el marco de la COPDES con relación a las Metas del Milenio.
- c) En cada Dirección Regional de Salud y Dirección provincial de Salud, y en cada nivel y dependencia del Sistema Nacional de Salud existe un punto focal para la transversalización de género en el Sistema Nacional de Salud.

- d) El sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica recopila, procesa y divulga las informaciones sobre salud y servicios, de forma que permiten monitorear y evaluar las tendencias de las desigualdades e inequidades de género, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Nacional de Transversalización de Género en Salud.
- e) Han sido definidas las necesidades de investigación sobre el impacto sobre las brechas de género.
- f) Se ha definido las necesidades de formación y capacitación sobre género y se han desarrollado planes y acciones para superarlas.

III.- PROPOSITO DEL PLAN DECENAL DE SALUD 2006-2015.

El Plan Nacional Decenal de Salud 2006-2015 es *contribuir a prolongar y mejorar la calidad de la vida, reduciendo las inequidades sociales y de género en la salud, mediante el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la producción social de la salud, como derecho y deber ciudadano y como medio y fin para el desarrollo humano y sostenible.*

Lograr este propósito requiere un compromiso con el pleno desarrollo del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, en concordancia con el marco jurídico vigente, hasta alcanzar la cobertura universal de aseguramiento, y el acceso a los servicios y programas de salud, con calidad, para toda la población. Requiere así mismo un esfuerzo de carácter intersectorial para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones como determinante de la situación de salud.

En el marco del Plan Nacional Decenal de Salud, la sociedad y el Estado dominicano asumen el compromiso de elevar de la Esperanza de Vida al Nacer y de lograr una reducción considerable de las Brechas en la Probabilidad de Supervivencia Infantil y en el Índice de Desarrollo Humano existentes entre diferentes niveles de ingreso familiar, entre territorios y entre géneros.

INDICADORES DE PROPOSITO	AÑO BASE	META 2015
1.- Redes de Servicios y Servicios Regionales de Salud.	0 (2005)	100%
2.- Población incorporada al SDSS	5% (2006)	100%
3.- Esperanza de Vida al Nacer.	70.1 (2000-2005)	73
4.- Índice de Desarrollo Humano	0.749 (2003)	0.855
5.- Brechas Máximas Regionales en IDH	95.1% (2003)	< 50%
6.- IDG	0.728 (2002)	0.850
7.- Probabilidad de sobrevivencia a los 5 años.	96.5% (2002)	98.5%
8.- Brecha entre grupos de ingresos.	3.7% (2002)	1.8%
9.- Gasto público en salud. Salud Colectiva	1% PIB (2005)	5% PIB
Rectoría	11% al 15% (2005)	>25%
	¿?	>10%

Fuentes: SESPAS. ASIS 2003, CEPAL. Bol. Demog. N° 69-2002, Inf. Desarrollo Humano Rep. Dominicana 2005. Informe Desarrollo Humano Mundial 2005.

INDICADORES:

- a) La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 73 años y las diferencias regionales serán menores del 3 %..
- b) El Índice de Desarrollo Humano (IDH) nacional será por lo menos de 0.855 y la Brecha entre Regiones no será mayor de 50%.
- c) El Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG), a nivel nacional, será por lo menos de 0.850. porque se han reducido las brechas de género en la PEA ocupada, en el acceso a puestos de trabajo, a ingresos y niveles salariales, y en el acceso a la propiedad de tierra y viviendas.
- d) Toda la población del país está incorporada al Sistema Dominicano de Seguridad Social, en sus diferentes regímenes.
- e) El gasto público en salud equivale al 5% del PIB, el 20 % del cual se dedica a la salud colectiva, el 10% a las funciones de rectoría y el 70% a los servicios y redes de atención a las personas.

IV.- LOS OBJETIVOS, RESULTADOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS.

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Estructurar el Sector Salud en un Sistema Nacional de Salud, y desarrollar todas sus funciones, orientado prioritariamente a lograr las Metas del Milenio en salud, reducir la deuda social acumulada y las inequidades sociales y de género en salud.

El objetivo general asume e incorpora las Metas de Desarrollo del Milenio en salud, las Metas de la Agenda Estratégica de la Reforma del Sector Salud (2004-2008), las Metas de la Movilización Tolerancia Cero y las

OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO	
OBJETIVOS	METAS
1.- ERRADICAR EL HAMBRE Y LA POBREZA EXTREMA	1.- Reducir A la mitad el porcentaje de personas con ingresos menores de 1 US\$ diario (PPP) entre 1990 y 2015. 2.- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufre de hambre, entre 1990 y 2015.
2.- ALCANZAR COBERTURA UNIVERSAL DE LA ESCOLARIDAD PRIMARIA.	3.- Asegurar que para el 2015 los niños y niñas en el mundo pueden completar el ciclo completo de educación primaria.
3.- PROMOVER LA EQUIDAD DE GENERO Y LA AUTONOMIA DE LAS MUJERES.	4.- Eliminar las inequidades de genero en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y a todos los niveles educativos antes del terminar el 2015.
4.- REDUCIR LA MORTALIDAD DE LA INFANCIA.	5.- Reducir la tasa de mortalidad de menores de cinco años en dos tercios entre 1990 y 2015.
5.- MEJORAR LA SALUD MATERNA.	6.- Reducir la mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015.
6.- COMBATIR EL VIH/SIDA, MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES.	7.- Haber detenido y comenzado a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el 2015. 8.- Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de malaria y otras enfermedades severas para el 2015.
7.- ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL.	9.- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales y revertir la pérdida de recursos ambientales. 10.- Reducir el porcentaje de persona sin acceso al agua de consumo, a la mitad para el 2015. 11.- Haber mejorado considerablemente las condiciones de vida de por lo menos 100 millones de habitantes de viviendas miserables para el año 2020..
8.- CONSTRUCCION DE ALIANZAS INTERNACIONALES Y COMPROMISOS DE LOS PAISES DESARROLLADOS.	

AGENDA ESTRATEGICA PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD 2004-2008

Líneas estratégicas:

- 1.- Fortalecimiento del rol Rector de la SESPAS..
2. Organización de las Redes Públicas de Servicios a nivel regional.
- 3.- Acceso equitativo a medicamentos.
- 4.- Garantía de aseguramiento con énfasis en menores ingresos.

Ejes transversales:

- a) Sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica.
- b) Gestión de recursos humanos

SESPAS/CERSS. 2004.

Metas de desarrollo del Seguro Familiar de salud del Sistema Nacional de Seguridad Social. Este conjunto de Metas constituye una visión compartida sobre el Sistema Nacional de Salud y sobre la Situación de Salud para el año 2015.

INDICADOR PROBLEMAS DE SALUD.	MINIMOS DE	AÑO BASE	META 2015
1.- Expectativa de Vida al Nacer Brechas Regionales y Provinciales		70.1 años (2002) ¿?	73 años < 3%
2.- Tasa de Mortalidad Materna		178 (1992-2002)	44.5
3.- Tasa de Mortalidad Infantil		31 (1997-2002)	16
4.- Tasa Mortalidad <5 años		37.7 (1997-2002)	19.7
5.- Probabilidad supervivencia 5 años. Brechas por grupos de ingreso.		96.5 % (2002) 3.7 puntos (2002)	98.5 % 1.8 puntos
6.- Cobertura inmunizaciones en pob. objetivo		80 a 95% (2005)	100 % en todos municipios.
7.- Tuberculosis Incidencia Detección Curación		>85 (2003) < 70% (2005) < 85% (2005)	70/100,000 > 70% > 85%
8.- Malaria. Incidencia por municipios		> 10/100,000 algunos municipios (2005)	< 10/100,000 todos municipios
Casos y brotes en zonas priorizadas		Presentes (2005)	Ausentes
9.- Rabia. Casos humanos		0 (2005)	0
10.- Dengue Incidencia Letalidad		42.4/100,000 >2 %	22/100,000 < 2%
11.- VIH/SIDA Embarazadas con pruebas VIH Emb. VIH+ protocolo completo PVVS con atención integral Prevalencia nacional VIH+.		< 50% > 70% < 20% (2004) 1% (2002)	100 % 95% > 90% 1% (15 a 49 años)
12.- Nutrición Bajo peso al nacer		21% (2002)	< 10%
Desnutrición aguda (peso/talla <2 a)		> 2% (2002)	< 1 %
Desnutrición crónica (talla/edad 5a)		9% (2002)	< 5%
Anemia y carencia Vit. A < 5ª a		10-40%	< 10%
Carencia Iodo		8 – 16 %	< 5%

4.2.- LOS OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS:

Los objetivos estratégicos específicos del PLANDES 2006-2015, se corresponden con el compromiso de desarrollar las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud.

4.2..1.- (Función de Rectoría).

Objetivo: Desarrollar la Rectoría Pública en el Sistema Nacional de Salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, para que ejerza con efectividad las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

4.2..2.- (Función de Provisión de servicios de atención a las personas)

Objetivo: Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud. Completar el desarrollo de las Redes de Servicios Públicos de Salud y los Sistemas Regionales de Salud, en forma descentralizada, así como los órganos centrales de apoyo técnico y normativo, comprometidos con la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.

4.2.3.- (Función de Provisión de servicios de Salud Colectiva).

Objetivo: Desarrollar el Subsistema de Salud Colectiva del Sistema Nacional de Salud. Estructurar y desarrollar las Redes Programáticas, en forma desconcentrada, y orientado a la prevención y control de los problemas prioritarios de salud de las poblaciones y a la reducción de las inequidades sociales y de género en salud.

4.2.4.- (Función de aseguramiento).

Objetivo: Desarrollar el Seguro Familiar de Salud. Lograr que para el año 2011 toda la población dominicana esté cubierta y sea beneficiaria del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

4.2.5.- (Función de financiamiento).

Objetivo: Asegurar la disponibilidad y buena gestión de los recursos en salud. Disponer del 5% del PIB como inversión pública en el Sistema Nacional de Salud, y asegurar que la gestión administrativa y financiera se hace en forma eficiente y transparente, orientada a lograr los resultados del Plan Decenal de Salud.

4.3.- OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES.

Los objetivos estratégicos transversales del PLANDES se corresponden con el compromiso de asegurar la mayor participación social, de transversalizar el enfoque de género, de desarrollar los principales sistemas de información y de desarrollar los Recursos Humanos, en el Sistema nacional de Salud. Todos ellos constituyen parte de procesos que son indispensables para asegurar la mayor eficiencia e impacto del Sistema.

4.3.1.- (Desarrollo de los Recursos Humanos).

Objetivo: Desarrollo de la carrera sanitaria y administrativa en el Sistema Nacional de Salud. Desarrollar la planificación y gestión estratégica de los recursos humanos en salud.

4.3.2.- (Desarrollo del Sistema de Información General de Salud)

Objetivo: Desarrollo del Sistema de Información Gerencial y del Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica.

4.3.3.- (Desarrollo de la participación ciudadana en salud)

Objetivo: Fortalecimiento del papel de las municipalidades en salud. Planificación local participativa en salud. Participación ciudadana en la planificación y gestión y en el monitoreo y evaluación de resultados y la fiscalización social en salud.

- 4.3.4.- (Transversalización de la equidad de género).
 Objetivo: Enfoque integral de salud de la mujer. Cultura institucional. Capacitación.
 Normativas nacionales. Monitoreo de resultados. Información Estudios e investigaciones.

V.- MATRIZ DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS, RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
<p>1.- (Función de Rectoría) Desarrollar la Rectoría Pública en el Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>1.1. El Sistema Nacional de Salud se ha desarrollado en todos sus subsistemas, bajo la Rectoría de la SESPAS, en consonancia con las políticas y planes nacionales de desarrollo humano y sostenible, en articulación con el Sistema Dominicano de Seguridad Social y basado en la Ley General de Salud y en el PLANDES 06-15.</p> <hr/> <p>1.2.- La SESPAS ejerce con efectividad la <i>conducción estratégica</i> del Sistema Nacional de Salud asegurando la <i>direccionabilidad</i> de su desarrollo hacia el logro de la mayor efectividad e impacto sobre los problemas prioritarios de salud, y con enfoque de equidad social y de género, en el marco del PLANDES 06-15 y con enfoque de equidad social y de género.</p>	<p>1.1.1.- La SESPAS ejerce en forma satisfactoria y efectiva las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la Ley General de Salud y en armonía con el Sistema Dominicano de Seguridad Social y se alcanzan los Objetivos Estratégicos, Resultados y Metas del PLANDES 06-15..</p> <p>1.1.2.- Los subsistemas de Atención a las Personas, y de Salud Colectiva se han desarrollado a plenitud de acuerdo al marco legal y reglamentario vigente.</p> <p>1.1.3.- La consolidación del Sistema Nacional de Salud ha contribuido a alcanzar los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio y al cumplimiento de los resultados de las políticas nacionales de desarrollo humano y sostenible.</p> <hr/> <p>1.2.1.- Se ha elaborado y ejecutado satisfactoriamente el plan de modernización y desarrollo institucional de la SESPAS, a nivel central y de las Direcciones Provinciales de Salud, como órganos desconcentrados, así como en las Direcciones Regionales como órganos descentralizados, basado en las Funciones Esenciales de la</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		<p>Salud Pública.</p> <p>1.2.2.- Cada dos años se ha actualizado y publicado los documentos: Análisis de la Situación de Salud y Análisis Sectorial de Salud, los cuales incorporan un enfoque de equidad y analizan las brechas por género, por territorios, por grupos sociales y otros factores de exclusión e inequidad social en salud y calidad de vida.</p> <p>1.2.3.- Se ha desarrollado el sistema de planificación, monitoreo y evaluación, del Sistema Nacional de Salud, el cual prioriza el desarrollo humano y la superación de las brechas de inequidad social y de género, el cual se basa en una amplia participación ciudadana a todos os niveles.</p> <p>1.2.4.- La SESPAS ha conducido la evaluación del PLANDES 06-15, y la formulación del PLANDES 16-25.</p> <hr/> <p>1.3.- La SESPAS ejerce sus funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud mediante una <i>gestión concertada y de responsabilidad compartida</i> con la ciudadanía, orientada a conseguir los objetivos estratégicos y resultados del PLANDES 06-15.</p>
		<p>1.3.1.- El Consejo Nacional de Salud, bajo la conducción de la SESPAS, se ha consolidado como espacio de coordinación sectorial y de asesoría en las funciones de Rectoría y en la corresponsabilidad en la ejecución del PLANDES 2006-2015.</p> <p>1.3.2.- Se ha desarrollado un sistema nacional de monitoreo y contraloría social del desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de la ejecución del PLANDES 06-</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>1.4.- La SESPAS ejerce en forma efectiva la <i>función de regulación</i> del Sistema Nacional de Salud, asegurando la calidad y el logro de los objetivos y resultados del PLANDES 06-15.</p>	<p>15.</p> <p>1.3.3.- Se ha organizado y consolidado Comités Técnicos Nacionales de asesoría y coordinación sectorial, para cada una de las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud y los objetivos estratégicos del PLANDES 2006-2015..</p> <hr/> <p>1.4.1.- La SESPAS; con la participación activa del Consejo Nacional de salud, ha establecido y actualizado los Reglamentos que rigen el Sistema Nacional de Salud, con base en la Ley General de Salud y los objetivos y resultados del PLANDES 06-15.</p> <p>1.4.2.- El Sistema Nacional de Salud dispone de un cuerpo de Normas y disposiciones administrativas, que rigen normativamente su desarrollo, organización y funcionamiento.</p> <p>1.4.3.- La totalidad de las Redes,, establecimientos de atención a la salud, laboratorios y otras instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, han cumplido con los requisitos y procedimientos de habilitación definidos por la SESPAS.</p> <p>1.4.4- La SESPAS ha desarrollado un sistema nacional de acreditación y de aseguramiento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, de carácter obligatorio, que ha incorporado a la totalidad de los</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		<p>establecimientos, servicios y programas del Sistema Nacional de salud, públicos y privados,</p> <p>1.4.5.- La SESPAS ha supervisado y controlado todos los establecimientos, servicios y programas del Sistema Nacional de Salud, públicos y privados, y estos cumplen satisfactoriamente las Normas Nacionales, con énfasis en las relacionadas con la Movilización Tolerancia Cero, las de salud sexual y reproductiva, las de violencia familiar.</p> <p>1.4.6.- La SESPAS, en coordinación con PROMESE CAL, ha desarrollado un sistema de aseguramiento del acceso y de la calidad de los medicamentos y productos farmacéuticos del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>1.4.7.- La SESPAS ha desarrollado un sistema nacional de aseguramiento de la calidad y vigilancia farmacológica y de efectos secundarios, en coherencia con la Política Nacional de Medicamentos y el Reglamento Nacional de Medicamentos.</p> <p>1.4.8.- Todos los establecimientos y empresas de producción, comercialización, y manipulación de alimentos y bebidas cumplen satisfactoriamente con las regulaciones sanitarias para su habilitación y para el aseguramiento de la calidad.</p> <p>1.4.9.- La SESPAS, en</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>1.5.- El Sistema Nacional de Salud ejecuta una política y planes de fortalecimiento de la cooperación internacional en salud.</p>	<p>coordinación con la Secretaría de Ambiente, las Municipalidades y otras instituciones públicas y privadas, han desarrollado sistemas y procedimientos conjuntos para la preservación y aseguramiento de la calidad ambiental en beneficio de la salud, con énfasis en aseguramiento de la calidad del agua y los alimentos, y en la adecuada disposición de residuos domésticos e institucionales.</p> <hr/> <p>1.5.1.- La SESPAS, en conjunto con los órganos financieros y de planificación del Gobierno Central, ha formulado y ejecutado una política de cooperación internacional con el Sistema nacional de salud, coherente con el PLANDES 06-15.</p> <p>1.5.2.- La SESPAS;, en el marco de la política de cooperación internacional del SNS, en conjunto con las agencias y organizaciones de cooperación multilateral y bilateral, ha formulado y ejecutado planes de fortalecimiento de la cooperación técnica internacional para el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>1.5.3.- La SESPAS; en coordinación con los organismos del Gobierno Central responsables de la gestión financiera y de la planificación, ha elaborado y ejecutado planes de fortalecimiento de la cooperación financiera reembolsable y no reembolsable para el Sistema Nacional de salud.</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		<p>1.5.5.- La cooperación internacional técnica y financiera reembolsable y no reembolsable con el Sistema Nacional de Salud alcanza por lo menos a 15 millones de US\$ promedio anual durante el período del PLANDES 2006-2015.</p>
<p>2.- (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>2.1.- Se ha organizado todas las Redes de Servicios Públicos de Salud, conformando una Red Unica Nacional de Servicios Públicos de Salud, articulando los establecimientos de la SESPAS, del IDSS y otras instituciones públicas, y con base en dichas Redes se ha conformado todos los Servicios Regionales de Salud, de forma descentralizada.</p>	<p>2.1.1.- En todas las Regiones del país, los servicios públicos de atención a la salud de las personas, de la SESPAS; el IDSS y otras instituciones, se han organizado en forma de redes únicas, por niveles de atención y por ciclo de vida, con base poblacional, bajo un comando único, con un Modelo de Atención integral y un Modelo de Gestión definidos por la SESPAS que incorporan un enfoque de equidad social y de género.</p> <p>2.1.2.- En todas las Regiones del país, y con base en las redes de Servicios Públicos, se ha organizado y están en funcionamiento los Servicios Regionales de Salud, con carácter descentralizado y autónomo, con Consejos de Administración y bajo la Rectoría Pública en el marco del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>2.1.3.- A nivel nacional y en todas las Regiones del país y a nivel nacional, se ha desarrollado la Red de Servicios de Emergencia, articulada con las redes de servicios Públicos de Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS y como parte del</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>2.2.- El nivel central de SESPAS, en coordinación con el IDSS y otras entidades del sector, han desarrollado los órganos y dependencias normativos y de asistencia técnica central para las Redes y Servicios Regionales de Salud, que constituyen el nivel central de la Red Unica de Servicios Públicos de Salud.</p> <p>2.3.- Se ha organizado las Redes de Servicios Privados de Salud, de acuerdo al marco jurídico</p>	<p>Sistema Nacional de Salud. Estas redes asumen y están preparadas para atender las necesidades específicas de género, de diferentes grupos sociales y de personas con discapacidad.</p> <p>2.2.1.- Se ha diseñado y desarrollado un Instituto Nacional de Apoyo a las Redes de Servicios Públicos de Salud, como parte del Sistema Nacional de Salud y bajo la Rectoría de la SESPAS; el cual ha elaborado y ejecutado un Plan Nacional de desarrollo de la atención hospitalaria y ambulatoria, con enfoque de equidad social y de género.</p> <p>2.2.2.- La SESPAS; el IDSS y el Instituto Nacional de Apoyo a las Redes de Servicios Públicos de Salud, han definido las funciones de los Servicios Regionales de Salud que deben ser centralizadas por razones de interés estratégico, de economía de escala y de efectividad. Estas funciones son desarrolladas a través del Instituto Nacional de Apoyo a las Redes de Servicios Públicos de Salud y otros órganos del Sistema Nacional de Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS; gestionados con responsabilidad compartida (financiera y administrativa) entre los niveles centrales y los Servicios descentralizados, mediante convenios y acuerdos.</p> <p>2.3.1.- Todos los establecimientos y servicios privados de salud se han</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>vigente.</p> <hr/> <p>2.4.- La SESPAS y el PROMESE/CAL aseguran la disponibilidad y accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales de calidad en los diferentes niveles de atención de las Redes de Servicios Públicos de Salud y Servicios Regionales de Salud.</p> <hr/>	<p>reestructurado y organizado en forma de Redes de Servicios Privados de Salud, por niveles de atención y con adecuada definición y operación de las puertas de entrada y flujos internos de pacientes en las Redes, incorporando el Modelo de Atención integral establecido para el Sistema nacional de Salud, de acuerdo al marco jurídico vigente.</p> <hr/> <p>2.4.1.- Con base en acuerdos y convenios, PROMESE/CAL constituye el principal proveedor de medicamentos esenciales de calidad y otros suministros básicos, a los establecimientos de los diferentes niveles de atención, de las Redes de Servicios Públicos de Salud y los Servicios Regionales de Salud, con excepción de los que por acuerdos y decisiones internacionales deban ser adquiridos directamente vía organizaciones internacionales de salud.</p> <p>2.4.2.- La red de Farmacias Populares y de provisión de medicamentos y otros productos farmacéuticos de PROMESE CAL alcanza a todos los municipios y otros centros poblados del país.</p> <p>2.4.3.- La SESPAS, de acuerdo al marco jurídico vigente, ha elaborado y mantiene actualizado el cuadro básico de medicamentos para los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.</p> <hr/>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>2.5.- La SESPAS; ha establecido y opera satisfactoriamente un sistema de aseguramiento de la calidad en la atención médica del Sistema Nacional de Salud, en forma directa o mediante acuerdos de gestión con otras instituciones.</p> <hr/> <p>2.6.- Se ha elevado el nivel técnico profesional de la gestión hospitalaria y de las Redes de Servicios Públicos de Salud.</p> <hr/> <p>2.7.- La SESPAS, en conjunto con las otras organizaciones centrales del Sistema nacional de</p>	<p>2.5.1.- Se dispone de reglamentaciones que definen y hacen obligatoria la participación de todos los establecimientos de atención médica del Sistema nacional de salud, públicos y privados en el sistema de aseguramiento de calidad de la atención médica, bajo la Rectoría de la SESPAS:</p> <p>2.5.2.- La totalidad de los establecimientos de atención médica del país, públicos y privados, están incorporados al sistema de aseguramiento de la calidad de la atención médica y al menos el 80% de ellos cumplen satisfactoriamente con los indicadores básicos definidos por dicho sistema.</p> <hr/> <p>2.6.1.- Todos los Directores de Hospitales y de las Redes de Servicios Públicos de Salud han sido seleccionados mediante concursos públicos, por contratos de duración definida y tienen al menos nivel académico de Maestría en Gerencia Hospitalaria, o de Administración de Servicios Públicos de Salud o su equivalente.</p> <p>2.6.2.- Todos los Directores de Servicios Regionales de Salud han sido contratados mediante concursos públicos, por contratos de duración definida y tienen nivel académico al menos de Maestría en Salud Pública, Administración y gerencia de servicios públicos de salud o su equivalente.</p> <hr/> <p>2.7.1.- la Red Unica de Servicios Públicos de Salud ha cumplido</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>salud y los órganos centrales del Gobierno en finanzas y planificación, ha elaborado y ejecutado un Plan Decenal de Inversiones en construcción y mantenimiento de infraestructura, y en equipos para la Red Unica de Servicios Públicos de Salud, en coherencia con los objetivos y resultados del PLANDES 2006-2015.</p>	<p>satisfactoriamente las metas de construcción, y mantenimiento de infraestructura y de adquisición de equipos del Plan Decenal de inversiones del Sistema nacional de Salud, en el marco del PLANDES 2006-2015.</p> <p>2.7.2.- por lo menos el 90% de la infraestructura de los establecimientos de la Red Unica de Servicios Públicos de Salud, en los diferentes niveles de atención, ha cumplido con los indicadores de adecuación de su infraestructura y equipos establecidos en el Plan Decenal de Inversiones del Sistema nacional de Salud.</p>
<p>3.- (Función de Salud Colectiva. Prevención y control de problemas prioritarios de salud). Desarrollar el Subsistema de Salud Colectiva del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>3.1.- Se ha reestructurado la Subsecretaría de Salud Colectiva y las Direcciones Provinciales de Salud, como órganos centrales y desconcentrados de la SESPAS; para conformar las Redes Programáticas de Salud Colectiva, de acuerdo al marco jurídico vigente.</p> <p>3.2.- Se ha desarrollado los sistemas nacionales de</p>	<p>3.1.1.- Los Programas Nacionales de Salud Colectiva de la SESPAS se han reestructurado en Grupos Interprogramáticos que comparten objetivos, estrategias de intervención, procesos de planificación y recursos comunes, han fortalecido las sinergias y reducido las duplicidades.</p> <p>3.1.2.- Cada Grupo Interprogramático ha incorporado como ejes transversales de sus estrategias de intervención, la Epidemiología, la Promoción de Salud y participación social, y la Salud Ambiental, y asume redominantemente un enfoque de equidad social y de género.</p> <p>3.2.1.- Los niveles centrales de Epidemiología, Salud</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>Epidemiología, de Salud Ambiental y de Promoción de Salud y Participación social, como expresión de las estrategias básicas de la Salud Pública, con enfoque de equidad social y de género.</p> <hr/> <p>3.3.- Se ha desarrollado las Redes Programáticas que ejecutan las intervenciones establecidas normativamente para la prevención y control de los problemas prioritarios de salud.</p>	<p>Ambiental y Promoción de Salud y participación social, participan activamente en todos los Grupos Interprogramáticos de nivel central, y fortalecen las estrategias de intervención correspondientes mediante la incorporación de las estrategias básicas de la Salud Pública.</p> <p>3.2.2.- Todas las Direcciones Provinciales de Salud se han reestructurado y desarrollado puntos focales o unidades de Epidemiología, de Salud Ambiental y de Promoción de Salud y Participación Social, las cuales dependen normativamente del nivel central correspondiente y ejecutivamente del Director Provincial de Salud.</p> <hr/> <p>3.3.1.- Al menos se ha desarrollado Redes Programáticas (nacionales, provinciales y locales) de prevención y control de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Salud Reproductiva, con énfasis en mortalidad materna, mortalidad infantil y el embarazo en adolescentes. b) Enfermedades transmitidas por vectores, con énfasis en malaria y dengue. c) Infecciones de Transmisión Sexual-VIH y Tuberculosis, con énfasis en acceso universal a estrategia DOTS/TAES, a la atención integral de las PVVS (incluyendo ARV), y en la transmisión materno infantil del VIH, así como la prevención de las ITS. d) Zoonosis, con énfasis en Rabia. e) Enfermedades del síndrome metabólico. Con énfasis en la

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		<p>promoción de actividad física, reducción de adicción a tabaco y alcohol, y alimentación mas balanceada.</p> <p>f) Salud mental y violencia familiar, basada en género y social..</p> <p>g) Nutrición. Con énfasis en carencias de oligoelementos.</p> <p>3.3.2.- Las Redes Programáticas están conformadas por un nivel central normativo, representado por el Grupo Interprogramático correspondiente, y un nivel ejecutivo desconcentrado en las direcciones provinciales de Salud, y al menos el 60% de los recursos asignados a Salud Colectiva son programados y ejecutados a nivel desconcentrado, en el marco de las normativas nacionales técnicas y financieras y las orientaciones de los Grupos Interprogramáticos..</p> <p>3.3.3.- Las Redes Programáticas promueven estrategias sectoriales e intersectoriales de prevención y control, con base en las Normas Nacionales de Prevención y Control. Las estrategias de intervención orientadas por los Grupos Interprogramáticos correspondientes., con enfoque de efectividad y de equidad social y de género..</p>
	<p>3.4.- Se ha desarrollado el Instituto Nacional de Epidemiología, como ente público desconcentrado, de la SESPAS.</p>	<p>3.4.1.- El Instituto Nacional de Epidemiología, asume funciones de investigación, capacitación y asesoría técnica, en el Análisis de Situación de Salud, Vigilancia Epidemiológica, Investigación</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		y estudio de focos y cadenas epidemiológicas, y en la evaluación epidemiológica de políticas, planes y programas de salud, como apoyo al desarrollo de los subsistemas de atención a las personas y de Salud Colectiva, así como a las funciones de Rectoría, con un enfoque de producción social de la salud, y de equidad social y de género.
<p>4.- (Función de aseguramiento) Desarrollar el Seguro Familiar de Salud y otros Beneficios del Sistema Dominicano de Seguridad Social.</p>	<p>4.1.- La totalidad de la población dominicana está incorporada al Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social y tiene garantizado el financiamiento del Plan Básico de Salud, en sus tres regímenes de financiamiento.</p> <p>4.2.- La Red Unica Nacional de Servicios Públicos de Salud, todos las Redes descentralizadas de Servicios Públicos de Salud, y posteriormente todos los Servicios Regionales de Salud, han establecido convenios con el SENASA, con la ARS SS y otras ARS.</p>	<p>4.1.1.- El 100% de la población dominicana y el 70% de los problemas de salud que demandan atenciones personales en los diferentes niveles de las Redes de Servicios Públicos de Salud y Servicios Regionales de Salud son cubiertos por el Seguro Familiar de Salud, en sus diferentes regímenes.</p> <p>4.1.2.- El Plan Básico de Salud, del Seguro Familiar de Salud incorpora la atención integral de las PVVS, de las personas con discapacidad y las necesidades de género.</p> <p>4.1.3.- El nivel de satisfacción expresada por los usuarios de las Redes de Servicios Públicos de Salud, en todas las Regiones, es por lo menos de un 80%.</p> <p>4.2.1.- Todos los establecimientos de la Red Unica Nacional de Servicios Públicos de Salud, integrada por las Redes descentralizadas de Servicios Públicos de Salud, han desarrollado mecanismos eficientes de contabilidad de costos y de facturación, en</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		<p>tiempo real, a las Aseguradoras del Sistema Dominicano de Seguridad Social; y reciben puntualmente los pagos correspondientes.</p>
<p>5.- (Función de financiamiento) Asegurar la disponibilidad y buena gestión de los recursos en salud</p>	<p>4.3.- Se ha desarrollado el Fondo Nacional de Atención Médica por Accidentes de Tránsito (FONAMAT), de carácter obligatorio y ha incorporado a todos los vehículos matriculados del país.</p> <p>5.1.- El Sistema Nacional de Salud cuenta con el financiamiento público necesario para lograr los objetivos del PLANDES 2006-2015.</p>	<p>4.3.1.- La Red Unica nacional de Servicios Públicos de Salud, las Redes descentralizadas de Servicios Públicos de Salud y los Servicios Regionales de Salud que la conforman, facturan oportunamente al FONAMAT los costos correspondientes a la atención de lesionados en accidentes de tránsito.</p> <p>4.3.2.- FONAMAT paga puntualmente las facturas por atenciones de lesionados por accidentes de tránsito.</p> <p>5.1.1.- La inversión pública en el Sistema Nacional de Salud corresponde al menos al 5% del P.I.B. promedio anual para el período 2006-2015.</p> <p>5.1.2.- Por lo menos el 20% del total de la inversión pública en salud y seguridad social se ha destinado a la Salud Colectiva (prevención y control de problemas prioritarios de salud a nivel individual y colectivo).</p> <p>5.1.3.- Al menos el 10% del total de la inversión pública en salud es asignado a las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, durante el período 2006-2015.</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
	<p>5.2.- La SESPAS y otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud han completado la separación contable de los recursos asignados a las diferentes funciones de Rectoría, de Atención a las Personas y de Salud Colectiva.</p>	<p>5.1.4.- la estructura y distribución del presupuesto público en salud, es coherente con el PLANDES, asegura los recursos necesarios para la ejecución de los proyectos estratégicos, y responde a criterios de efectividad y de equidad social y de género.</p> <p>5.2.1.- Los fondos presupuestarios públicos del Sistema Nacional de Salud, están contablemente separados, asignados a las funciones respectivas y canalizados mediante los mecanismos correspondientes, de acuerdo al marco jurídico vigente.</p>
	<p>5.3.- El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado e incorporado sistemas y procedimientos de asignación presupuestaria y gestión financiera vinculados a los resultados de los planes nacionales, provinciales y locales.</p>	<p>5.3.1.- Los sistemas y procedimientos de asignación presupuestaria pública en el Sistema Nacional de Salud están vinculados a los procesos de planificación, monitoreo y evaluación, a nivel nacional, y provincial.</p> <p>5.3.2.- Al menos el 60% de los recursos asignados a Salud Colectiva y a Rectoría son planificados y ejecutados a nivel desconcentrado mediante acuerdos con los niveles centrales normativos y con participación ciudadana.</p>
	<p>5.4.- La gestión financiera en el Sistema Nacional de Salud es transparente y honesta.</p>	<p>5.4.1.- Se ha desarrollado y está en funcionamiento un sistema de información financiera que es accesible al público en tiempo real.</p> <p>5.4.2.- Todas las dependencias e instituciones de la SESPAS, del IDSS y de la Red Unica de Servicios Públicos de Salud y otras</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (monitoreo y evaluación)
		<p>instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud mantienen en forma pública y en tiempo real, vía la Internet, toda la información correspondiente a presupuesto, ingresos, gastos, compras, y cualquier otra transacción financiera. Se dispone de una normativa reglamentaria que define sanciones por incumplimiento de esta obligación.</p> <p>5.4.3.- Todas las dependencias del Sistema Nacional de Salud cumplen con las recomendaciones establecidas por la Comisión Nacional por la Transparencia y contra la Corrupción, así como con las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con el manejo de fondos públicos.</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
<p>6.- Desarrollar los Recursos Humanos para el Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>6.1.- El Sistema Nacional de Salud ha definido y están en ejecución políticas y planes de mediano y largo plazo para la adecuación del personal de salud a las necesidades de la situación de salud, a la estructura de la organización sanitaria y al desarrollo de sus funciones.</p>	<p>6.1.1.- Se dispone de un documento consensuado y actualizado sobre las políticas y planes de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, coherente con los objetivos y proyectos estratégicos del PLANDES 2006-2015.</p> <p>6.1.2.- Se ha constituido y funciona regularmente la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud y todas las Direcciones Provinciales y Direcciones Regionales de Salud cuentan con una unidad de Recursos</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
		<p>Humanos que depende normativamente del nivel central y ejecutiva y operativamente de la Dirección territorial correspondiente.</p> <p>6.1.3.- Se ha organizado y funciona regularmente un Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, el cual produce monitoreos mensuales y trimestrales y análisis semestrales y anuales de la situación y tendencias en los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, con base en los indicadores establecidos.</p> <hr/> <p>6.2.- Se ha alcanzado una distribución territorial y social de los Recursos Humanos mas equitativa y relacionada con las necesidades de salud y de desarrollo de las Redes y Servicios del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>6.2.1.- Se dispone de un censo y registro actualizado del personal de salud y su caracterización por competencias y perfiles ocupacionales.</p> <p>6.2.2.- Se dispone de normativas e inventarios actualizados de requerimientos estandarizados de personal en los diferentes niveles, establecimientos y programas del Sistema Nacional de Salud, según nivel de complejidad y servicios.</p> <p>6.2.3.- Se ha diseñado y está en funcionamiento un modelo de reclutamiento, selección y gestión de Recursos Humanos en el Sistema nacional de Salud, basado en competencias laborales, concursos públicos y méritos</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>6.3.- Se ha actualizado el marco reglamentario y normativo sobre las condiciones de trabajo y acuerdos laborales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud con base en las necesidades del sistema y con criterio de equidad social y de género.</p>	<p>profesionales.</p> <p>6.3.1.- Se ha revisado y actualizado las condiciones de contratación y de trabajo.</p>
	<p>6.4.- En el Sistema Nacional de Salud prevalece un ambiente laboral positivo, de satisfacción y de compromiso de los Recursos Humanos con la calidad, con la Misión y con los objetivos y metas de servicio a la salud de la poblaciones.</p>	<p>6.4.1.- Se ha establecido y aplicado un sistema de incentivos y beneficios laborales individuales y colectivos, asociados a resultados institucionales que estimulan el buen desempeño..</p> <p>6.4.2.- Se ha desarrollado la Carrera Sanitaria y todo el personal del Sistema nacional de salud está incorporado a la Carrera Administrativa, de acuerdo al marco jurídico vigente para el servicio público.</p> <p>6.4.3.- Se ha desarrollado un sistema de educación permanente para los diferentes perfiles profesionales y funciones del personal del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>6.4.4.- Se ha establecido y desarrollado un programa integral de Salud de los Trabajadores del Sistema Nacional de salud, que cubre la promoción de la salud, la prevención de riesgos laborales y la protección del personal según los riesgos de su puesto de trabajo.</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>6.5.- La formación de los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se adecua a la situación de salud de las poblaciones y a las necesidades del Modelo de Atención, con un enfoque de equidad social y de género y con un compromiso con la calidad.</p>	<p>6.4.5.- Se ha definido y se ha desarrollado mecanismos y espacios de negociación y concertación de situaciones de conflicto laboral.</p> <hr/> <p>6.5.1.- La SESPAS ha establecido y actualizado convenios con las Universidades y otros centros de formación de Recursos Humanos para la salud, y con los Colegios Profesionales de la salud, y conjuntamente han impulsado las reformas y actualizaciones curriculares y las estrategias consensuadas de articulación entre los espacios formativos y los de servicio, sobre la base del mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención a las poblaciones y con criterios de equidad social y de género.</p> <p>6.5.2.- Las políticas nacionales de formación de Recursos Humanos en Salud, que definen los perfiles educativos y profesionales requeridos para el desarrollo del Sistema nacional de Salud, cuentan con el consenso de los centros de formación y de los Gremios Profesionales.</p> <hr/> <p>6.6.1.- la SESPAS, en coordinación con otras entidades prestadoras de servicios de salud, ha establecido acuerdos y convenios con las universidades y otras entidades formadoras, con los Colegios y Gremios de profesionales de la salud y con</p>
	<p>6.6.- Se ha desarrollado un sistema de certificación y recertificación del personal profesional del Sistema Nacional de Salud.</p>	

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
		<p>otras instituciones, un sistema de certificación y recertificación de los profesionales de la salud.</p> <p>6.6.2.- El sistema de certificación y recertificación de los profesionales de la salud está vinculado al sistema de incentivos y estímulos del Sistema Nacional de Salud.</p>
<p><i>7.- Desarrollar el Sistema General de Información del Sistema Nacional de Salud, integrado por el sistema de información gerencial y el sistema de información epidemiológica.</i></p>	<p>7.1.- El Sistema Nacional de Salud dispone de un sistema de información gerencial, de estructura modular y carácter obligatorio, que le permite monitorear y evaluar los procesos de financiamiento, de gestión y de producción de los servicios y redes, y tomar decisiones para asegurar la mayor eficiencia y la mayor equidad social y de género en el desempeño del Sistema.</p>	<p>7.1.1.- El sistema de información gerencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con las directivas, manuales operativos, el personal capacitado, los equipos y programas de procesamiento de datos necesarios para asegurar la captación y procesamiento oportuno de los datos establecidos normativamente..</p> <p>7.1.2.- Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema Nacional de Salud están incorporados al sistema de información gerencial y cumplen satisfactoriamente sus normativas de calidad.</p> <p>7.1.3.- El sistema de información gerencial produce informaciones mensuales, monitoreos trimestrales y evaluaciones semestrales sobre la ejecución financiera y la producción de los servicios y programas, la evolución del gasto en salud y de la producción de los servicios, su estructura y tendencias, de acuerdo a los objetivos,</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>7.2.- El Sistema Nacional de Salud dispone de un sistema de información epidemiológica, de estructura modular y de carácter obligatorio, que apoya al sistema de vigilancia de la salud y monitorea el impacto de las intervenciones y acciones de las Redes de Servicios de Salud (públicos y privados), sobre la situación de salud y sobre la equidad social y de género.</p>	<p>proyectos y resultados del PLANDES 2006-2015.</p> <p>7.1.4.- El sistema de información gerencial del Sistema Nacional de Salud es compatible y está articulado con Sistema Unico de información del Sistema Dominicano de Seguridad Social, con el SIGEF y con los sistemas de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) o quien ejerza sus funciones..</p> <p>7.1.5.- El Sistema Nacional de Salud, en coordinación con el Banco Central de la República Dominicana, produce y analiza las Cuentas Satélites del Sector Salud, en el contexto de la producción de las Cuentas Nacionales.</p> <hr/> <p>7.2.1.- El sistema de información epidemiológica cuenta con las directivas, manuales operativos, el personal capacitado, los equipos y programas necesarios para asegurar la captación y procesamiento de los datos sobre la situación de salud de las diferentes poblaciones.</p> <p>7.2.2.- Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema Nacional de Salud (públicos y privados) están incorporados al sistema de información epidemiológica y cumplen satisfactoriamente sus indicadores de calidad.</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>7.3.- El sistema general de información del Sistema Nacional de Salud ha desarrollado un portal de comunicación digital, accesible a la población interesada, vía Internet.</p>	<p>7.2.3.- El sistema de información epidemiológica produce informaciones de monitoreo mensual y análisis trimestrales, y anuales, sobre las tendencias en los perfiles de salud y las brechas de inequidad en la situación de salud según territorios, grupos socioeconómicos y género..</p> <p>7.2.4.- El sistema de información epidemiológica del Sistema Nacional de Salud produce oportunamente las informaciones periódicas sobre enfermedades y eventos de notificación obligatoria establecidas normativamente por el sistema de vigilancia de la salud.</p> <p>7.2.5.- El sistema de información epidemiológica del Sistema Nacional de salud es compatible y está articulado con el sistema de información gerencial y con los sistemas de información de la Oficina Nacional de Información (ONE) o de quien ejerza sus funciones.</p> <hr/> <p>7.3.1.- El portal informativo del Sistema Nacional de Salud es accesible a la población interesada y dispone, en forma actualizada y oportuna, de las informaciones básicas producidas por el sistema general de información, en el marco de las normativas de confidencialidad establecidas.</p> <p>7.3.2.- Todos los establecimientos, programas y</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>7.4.- El sistema general de información del Sistema Nacional de Salud, facilita el acceso de los trabajadores de salud a las informaciones científico-técnicas y oportunidades de actualización y capacitación a distancia disponibles a través de Internet.</p>	<p>servicios del Sistema Nacional de Salud promueven y facilitan las consultas de la población al portal informativo.</p> <hr/> <p>7.4.1.- Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema nacional de salud disponen de acceso a Internet, tecnológicamente actualizado, y con capacidad de acceso a bibliotecas y otras fuentes bibliográficas científico-técnicas.</p> <p>7.4.2.- El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado, en forma propia y/o por convenios y acuerdos con otras instituciones nacionales e internacionales, oportunidades de actualización y capacitación a distancia, así como el intercambio de experiencias y apoyo mutuo, vía la Internet, y promueve el acceso del personal a las mismas.</p>
<p>8.- Transversalización de la equidad de género en el Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>8.1.- Se han reducido las brechas de inequidad de género en salud que afectan el Desarrollo Humano y Sostenible.</p>	<p>8.1.1.- El Índice de desarrollo Humano Relativo al Género, a nivel nacional, será por lo menos de 0.850.</p> <p>8.1.2.- Todas las Metas de Desarrollo del Milenio en Salud han sido alcanzadas, incluyendo las directamente relacionadas con la equidad de género y la morbilidad y mortalidad materna..</p> <p>8.1.3.- La SESPAS, en coordinación con la Secretaría de Estado de la Mujer, ha</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>8.2.- Se ha incorporado en todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud, el enfoque de equidad de género.</p>	<p>diseñado y ejecutado el Plan de empoderamiento de las mujeres en el Sistema Nacional de Salud, coherente con el Objetivo de Desarrollo del Milenio N° 3.</p> <p>8.1.4.- El Sistema Nacional de Salud aplica en todos sus componentes el Plan Nacional de Equidad de Género.</p> <p>8.1.5.- El Sistema Nacional de Salud se articula y coordina funcionalmente con la Secretaría de Estado para la Mujer y los otros órganos y mecanismos responsables de la equidad de género.</p> <hr/> <p>8.2.1.- Se ha constituido y funciona regularmente, el Comité Nacional de Transversalización de Género en el Sistema Nacional de Salud, adscrito al Despacho del Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, , articulado con la Secretaría de Estado de la Mujer, y con los planes y estrategias sobre enfoque de género definidas por la Comisión Presidencial para las Metas del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES).</p> <p>8.2.2.- Se ha desarrollado un sistema nacional de monitoreo de la transversalización del enfoque de género en el Sistema Nacional de Salud, el cual produce información mensual, monitoreos</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
		<p>trimestrales y evaluaciones semestrales y anuales sobre los avances en los resultados y metas establecidos.</p> <p>8.2.3.- Todos los Planes Operativos Anuales, de todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud definen acciones para avanzar hacia las metas de equidad de género y los resultados del proyecto estratégico sobre transversalización de género del PLANDES.</p> <p>8.2.4.- En todos los establecimientos, servicios, programas y niveles organizativos del Sistema Nacional de Salud se ha designado al menos una persona con responsabilidades de punto focal sobre el enfoque de género. Estas personas dependen desde el punto de vista normativo del Comité Nacional de Transversalización de Género en el Sistema Nacional de Salud, y desde el punto de vista ejecutivo y operativo de los Directores de las unidades respectivas.</p>
<p><i>9.- Desarrollar la participación ciudadana en todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud.</i></p>	<p>9.1.- Se ha desarrollado el sistema de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, del Sistema Nacional de Salud, a nivel central y desconcentrado del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>9.1.1.- El Sistema Nacional de Salud dispone de un Reglamento actualizado que define la estructura y operación del sistema de promoción de salud y participación ciudadana y las modalidades de participación</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p data-bbox="581 1734 943 1902">9.2.- Todos los Ayuntamientos y Sindicaturas del país han establecido convenios con la SESPAS que definen su participación</p>	<p data-bbox="966 281 1341 453">social en la planificación, gestión, monitoreo y evaluación de los servicios, programas y niveles, centrales y desconcentrados.</p> <p data-bbox="966 491 1341 863">9.1.2.- El sistema de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana cuenta con un nivel central, con capacidad técnica y normativa para impulsar estrategias de organización y participación ciudadana en la producción social de la salud y calidad de vida, en espacios saludables.</p> <p data-bbox="966 900 1341 1245">9.1.3.- Todas las Direcciones Provinciales de Salud y en todos los niveles municipales, funcionan unidades de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, que dependen del nivel central, para aspectos normativos, y de cada D.P.S. para aspectos ejecutivos y operativos.</p> <p data-bbox="966 1283 1341 1692">9.1.6.- Todos los establecimientos, servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud, cuentan con Consejos de Administración y/o de Planificación, con participación ciudadana, de acuerdo al marco jurídico vigente y las normativas de Promoción y Participación Ciudadana.</p> <p data-bbox="966 1734 1341 1902">9.2.1.- En todos los municipios de país, se ha elaborado planes de salud y calidad de vida, de carácter estratégico (5 años) y</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
	<p>en el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>operativo (anual), mediante la planificación local participativa, articulados a los planes municipales y provinciales de desarrollo.</p> <p>9.2.2.- Todos los Ayuntamientos y Sindicaturas del país participan activamente en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de los planes municipales y provinciales de salud y calidad de vida.</p>
	<p>9.3.- Se ha desarrollado la Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida, como expresión permanente del movimiento ciudadano por la salud y la calidad de vida, y como órgano máximo nacional de participación y corresponsabilidad de la ciudadanía en la formulación de políticas y planes de salud y calidad de vida, así como en el monitoreo, fiscalización social y evaluación de los mismos.</p>	<p>9.3.1- La Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida está sustentada en un Reglamento de la Ley General de Salud, y ha sido declarada de interés público y como componente básico del Sistema Nacional de Salud, con autonomía e independencia de los órganos oficiales a nivel nacional, regional, provincial y local..</p> <p>9.3.2.- Al menos cada dos años se realiza la Conferencia Nacional de Salud, con participación de delegados electos en forma democrática, y de acuerdo con las disposiciones vigentes, asegurando la representatividad de las diferentes Regiones, Provincias y territorios, así como de grupos sociales, étnicos, de género, y de organizaciones de poblaciones minoritarias y con problemas específicos de salud.</p> <p>9.3.3.- Las Conferencia</p>

OBJETIVOS ESTRATEGICOS TRANSVERSALES	RESULTADOS ESPERADOS (2015)	INDICADORES (Monitoreo y evaluación)
		<p>Nacionales de Salud y Calidad de Vida constituyen un espacio de encuentro y de diálogo entre las autoridades nacionales de salud y seguridad social y las comunidades organizadas, sobre las políticas, planes, servicios y programas de salud y calidad de vida del país, así como de compromisos de los diferentes órganos del Estado y de la ciudadanía para lograr mejor salud y calidad de vida.</p> <p>9.3.4.- Las expresiones locales, municipales, provinciales y regionales de la Conferencia Nacional de Salud, participan en forma permanente en la planificación, ejecución monitoreo y evaluación de los servicios, programas y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>9.3.5.- El presupuesto público nacional de salud incluye asignaciones específicas para la organización y funcionamiento de la Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida en forma permanente.</p>

VI.- PROYECTOS ESTRATEGICOS DEL PLANDES 2006-2015.

Los objetivos estratégicos del PLANDES, se operacionalizarán en 9 proyectos estratégicos, los cuales asegurarán la direccionalidad y la coherencia de la gestión en el Sistema nacional de Salud, así como la distribución adecuada de las responsabilidades y recursos. La ejecución técnica y financiera de las instituciones públicas, servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud se ajustará a los proyectos estratégicos siguientes:

- 1.- Proyecto estratégico de **reestructuración y desarrollo institucional de la** SESPAS a nivel central y desconcentrado, y de fortalecimiento de las **funciones de Rectoría** del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de equidad social y de género y basadas en la participación ciudadana.
- 2.- Proyecto estratégico de estructuración y desarrollo del **Subsistema de Atención a las Personas**, con base en la Red Única de Servicios Públicos de Salud, la descentralización y el desarrollo de las Redes de Servicios Públicos de Salud, de los Sistemas Regionales de Salud, y de las instituciones centrales de apoyo técnico de los mismos, y la implantación de un Modelo de Atención integral nacional y un Modelo de Gestión, definidos por la SESPAS, y con enfoque de equidad social y de género.
- 3.- Proyecto estratégico de desarrollo del **Subsistema de Salud Colectiva**, con base en el desarrollo de las Redes Programáticas de Salud, en forma desconcentrada, orientadas prioritariamente a asegurar los objetivos y metas de la Movilización Tolerancia Cero y de las Metas de Desarrollo del Milenio en Salud, con enfoque de equidad social y de género, y gestionadas en forma normativa por el nivel central de la SESPAS y en forma ejecutiva y operativa por las Direcciones Provinciales de Salud..
- 4.- Proyecto estratégico de aseguramiento universal de la población por el **Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social**, en sus tres regímenes de financiamiento del Plan Básico de Salud.
- 5.- Proyecto de **aseguramiento del financiamiento público** del Sistema Nacional de Salud y de reestructuración y desarrollo de los sistemas de presupuestación y de gestión financiera en salud para garantizar la eficiencia, la efectividad y la transparencia.
- 6.- Proyecto estratégico de **desarrollo de los Recursos Humanos** para el Sistema Nacional de Salud y de la **carrera sanitaria y administrativa**, con base en el fortalecimiento de la planificación, formación y capacitación y del desarrollo de sistemas y procedimientos de reclutamiento, selección, remuneración, promoción y gestión de los recursos humanos, acordes con los principios y objetivos del Sistema Nacional de Salud.
- 7.- Proyecto estratégico de **desarrollo del Sistema de Información General en Salud** del Sistema Nacional de Salud, con base en sus componentes de información epidemiológica y de información gerencial, en forma tecnológicamente actualizada y acordes con las necesidades del Sistema Nacional de Salud.
- 8.- Proyecto estratégico de **desarrollo de la participación ciudadana en salud**. Incluyendo el fortalecimiento del papel de las municipalidades, de la planificación estratégica local y de los espacios y procedimientos de participación en la gestión y en la fiscalización social y el monitoreo de los planes y programas del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, a nivel local, provincial, regional y nacional.
- 9.- Proyecto estratégico de **transversalización del enfoque de género** en el Sistema Nacional de Salud. Incluyendo el desarrollo de una cultura institucional de equidad de género, el desarrollo de los sistemas de información, revisión de normas y de su

aplicación, capacitación del personal, estudios e investigaciones, así como de monitoreo de los avances de género en la situación de salud y en el Sistema nacional de Salud.

VII.- SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL PLAN DECENAL DE SALUD 2006-2015.

Como ya fue señalado en el Análisis de Situación, la inversión pública en salud se ha mantenido en los últimos años entre el 1.2 y el 1.7% del PIB.

Esto se relaciona con el hecho de que solo el 21.1% de la población está cubierta por un seguro de salud y apenas el 5.2% está cubierta por el seguro social, el resto son básicamente seguros privados, cuyo costo de mercado los hace menos accesibles a la mayoría de la población empobrecida. En consecuencia, el 50% de quienes obtienen atención debe pagar total o parcialmente por el servicio. El 32.4% de ellos pagaron por servicios de la SESPAS: Por otra parte, si se considera el gasto total de las familias por las atenciones en salud que demanda, el 54% corresponde a medicamentos y el 11% a exámenes de laboratorio⁴. Otras estimaciones han encontrado que el gasto en medicamentos puede llegar hasta el 60% del gasto total familiar en salud. Este elevado gasto familiar, mayor en las familias más pobres, representa una pesada carga para los(as) jefes(as) de hogar que incide diferencialmente más en las mujeres, por su rol en el seno familiar que se suma al hecho de que el 35% de las mujeres se declaran jefas de hogar y que el 51% de los hogares pobres en el país son comandados por mujeres, y considerando que el desempleo femenino es 2.5 veces mayor que en los hombres y los salarios son 27% menores⁵.

7.1.- El Seguro Familiar de Salud.

En el año 2001 fue promulgada la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01). Dicho sistema incluye el Seguro Familiar de Salud el cual, de acuerdo a la mencionada Ley deberá tener cobertura universal, de toda la población dominicana para el año 2011, mediante sus tres regímenes de financiamiento, con un Plan Básico de Salud y un catálogo de prestaciones común..

El sistema contempla los siguientes regímenes:

a) Régimen subsidiado.

Este régimen, cuyo financiamiento es totalmente público, ha sido previsto para asegurar a todas las familias sin un empleo estable, los desempleados, discapacitados e indigentes y sus familiares, los que corresponden la sector informal de la economía y cuyos ingresos sean equivalentes o menores al salario mínimo nacional. Las estimaciones sobre la proporción de la población total que deberá ser cubierta por el régimen subsidiado varían y necesariamente están relacionadas con la evolución de la capacidad de generación de empleo de calidad por la economía. En la actualidad. (2006), el 44.14 % de la población económicamente activa ocupada está en el sector

⁴ CESDEM, SESPAS, CERSS, COPRESIDA, USAID, BID, ORC Macro.- Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Santo Domingo 2002.

⁵ Idem.

informal, y el 16.4% está desempleada⁶. Si bien no todos los trabajadores del sector informal tienen ingresos menores que el salario mínimo, como el número de dependientes familiares es mayor entre los pobres, puede considerarse que por lo menos entre el 40 y el 50% de la población total del país deberá ser cubierta por este régimen de financiamiento del Seguro Familiar de Salud.

b) Régimen contributivo.

Este régimen ha sido previsto para cubrir a todos los trabajadores y patronos del sector formal de la economía, es decir quienes tienen empleo e ingresos fijos y estables. Su financiamiento es compartido entre los patronos y los trabajadores mediante cuotas obligatorias. Para los trabajadores del Estado, el financiamiento de la cuota patronal provendrá del presupuesto público respectivo. En la actualidad, este régimen debería cubrir alrededor del 55 % de la población económicamente activa.

c) Régimen contributivo-subsidiado.

Este régimen ha sido concebido para cubrir a las personas y sus familiares, trabajadores por cuenta propia, cuyos ingresos provienen de actividades liberales e independientes, no ligadas a un empleo en el sector formal, pero superan el salario mínimo nacional. En este régimen, el financiamiento es compartido entre la persona afiliada, de acuerdo a su nivel de ingresos familiares y el Estado, el cual deberá completar el costo del Plan Básico de Salud. Las estimaciones sobre cual proporción de la población será cubierta por este régimen son muy variadas. Dependerá mucho de los incentivos que el sistema ofrezca para que los trabajadores por cuenta propia prefieran cubrir parte del costo del PBS, y también de la efectividad de los mecanismos de supervisión y evaluación sobre las condiciones laborales y de ingresos de los afiliados al régimen subsidiado. Dada la diversidad social de la población objetivo, es poco probable que, al menos en los primeros años de cobertura universal del Seguro Familiar de salud, este régimen incorpore más del 10% de la población nacional.

El costo del Plan Básico de Salud se ha calculado entre RD\$ 4,500 y RD\$5,000, por los primeros años de aplicación y progresivamente variarán en la medida que se incorporen las prestaciones, diferidas en los primeros años, y en la medida que el desarrollo de la Red Pública y las Redes Privadas, organizadas por niveles y ciclos de vida, se reduzcan los costos por intervenciones. Es probable, sin embargo, que la incorporación progresiva de las prestaciones diferidas se haga con un ritmo adecuado a la evolución de los recursos disponibles en el sistema.

Estimaciones recientes concluyen que para lograr la cobertura del Seguro Familiar de Salud, para el 77% de los beneficiarios potenciales del régimen subsidiado, para el año 2010, considerando las tendencias demográficas y económicas, se requerirá una inversión del 3.2% del PIB, solo para cubrir los costos del Plan Básico de Salud⁷, es decir desarrollar el subsistema de atención a las personas, con base predominantemente

⁶ Banco Central de la República Dominicana.- Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo. Santo Domingo abril 2006.

⁷ Lizardo Jeffrey.- "Dime de cuanto dispones y te diré para cuanto te alcanza. La reforma de salud y seguridad social en la república Dominicana". Conferencia en IDESARROLLO y documento reproducido por PNUD 2004.

individual. Para cubrir el 100% de los beneficiarios potenciales del régimen subsidiado, por lo tanto, se requerirá alrededor del 4.1% del PIB. Estas estimaciones podrían variar según se modifique la proporción de la Población Económicamente Activa ocupada en el sector formal (actualmente 44.14%) y el costo per cápita del Plan Básico de Salud.

7.2.- La Salud Colectiva, la Rectoría y la infraestructura.

Por su parte los costos de desarrollo del subsistema de salud colectiva han sido calculados en el 0.53% del PIB, promedio anual para el período 2006-2015⁸, considerando las estrategias definidas, los procesos de desconcentración y la cobertura necesaria en la población objetivo.

Estimados de necesidades de inversión pública para el Sistema Nacional de Salud. República Dominicana 2006-2015		
FUNCIONES	NECESIDADES (% del PIB)	US\$ millones Estimados Promedio anual
Subsistema de atención a las personas (SFS) (1)	4.1	10,946.62
Subsistema de salud colectiva (promoción, prevención y control). (2)	0.53	1,415.05
Funciones de Rectoría, financiamiento (3)	0.1	266.99
<i>SUBTOTAL</i>	<i>4.73</i>	<i>12,628.66</i>
Infraestructura (4)	1.09	2,910.20
TOTALES	5.82	15,538.86
1) Calculado con base en: Lizardo J.- “Dime de cuanto dispones y te diré para cuanto te alcanza. La reforma de salud y seguridad social en la república Dominicana”. Conferencia en IDESARROLLO y documento reproducido por PNUD 2004. 2) Tomado de: Castellanos, P.L.- Informe consultoría CERSS. “Consultoría para apoyar la separación de funciones de la salud colectiva y su costeo 2006-2015”. Santo Domingo julio 2005. 3) Tomado de: COPDES.- Informe Metas del Milenio 2005. Santo Domingo 2005. NOTA: TASA DE CAMBIO PROMEDIO ANUAL DE RDS 30 POR US\$ 1		

Los costos de desarrollar las funciones de Rectoría no han sido estimados de forma confiable, pero probablemente no serán superiores al 0.1% del PIB.

Los costos de mantenimiento y construcción de nueva infraestructura de la Red Unica de Servicios Públicos de salud, han sido calculados por la COPDES, aplicando una metodología validada internacionalmente, y las mas recientes evaluaciones disponibles sobre el estado y necesidades de infraestructura de salud, en alrededor del 1.09 % del PIB promedio anual, hasta el 2015⁹.

7.3.- La inversión pública total.

Aunque en estas estimaciones no se ha incluido los costos para el Estado de cubrir sus compromisos con los regímenes contributivo (como empleador) y contributivo-subsidiado (parcial), se ha considerado que están contenidos dentro de las estimaciones realizadas para el régimen subsidiado, puesto que en la medida que se amplíe el

empleo formal se reduce sus beneficiarios. Como el costo del Plan Básico de Salud es similar para los tres regímenes, la inversión pública total deberá mantenerse aproximadamente dentro de los mismos márgenes estimados.

Estas estimaciones y cálculos significan que la necesidad de inversión pública total en salud, incluyendo el Seguro Familiar de Salud, que deberá realizar el Estado Dominicano, para el período 2006-2015, está alrededor del 5.8 % del PIB (4.75 % si

⁸ Castellanos Pedro L.- Informe de consultoría CERSS.- Informe “Consultoría para apoyar la separación de funciones de la salud colectiva y su costeo 2006-2015”. Santo Domingo julio 2005.

⁹ COPDES.- Informe Metas del Milenio 2005. Santo Domingo 2005.

los costos de infraestructura no se incluyeran), como promedio anual, en el período 2016-2015.

A fin de unificar el conjunto de estas estimaciones de costos de los diferentes componentes del Sistema Nacional de salud, incluidos en el recuadro anexo, hemos considerado válida la metodología aplicada por la Comisión Presidencial para las Metas del Milenio y el Desarrollo Humano y Sostenible (COPDES) para estimar el crecimiento esperado del PIB en el período.

Esta cifra significa que para el 2010 se deberá multiplicar por más de 4 el porcentaje del PIB que se invirtió en salud en 2005 y posteriormente mantener este nivel hasta el 2015. Si bien esto representa un considerable esfuerzo de la sociedad y el Estado dominicanos para fortalecer la inversión social y redistribuir mejor el ingreso nacional, es un porcentaje inferior al que ya invierte Costa Rica (5.8%), Cuba (6.3%), El Salvador (8.0%) y varios otros países del tercer mundo a nivel internacional que han hecho esfuerzos efectivos por mejorar la calidad de vida y de salud de sus poblaciones¹⁰.

Las estimaciones de la COPDES, exclusivamente para las intervenciones relacionadas con las Metas del Milenio, han considerado necesaria una inversión de 3.23 % del PIB, es decir alrededor de US\$ 79.34 per cápita, promedio anual, para el período 2006-2015¹¹. Si bien estas intervenciones constituyen sin duda la primera prioridad, no abarcan la totalidad de los gastos requeridos en salud para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y el Seguro Familiar de Salud. Por ejemplo excluye zoonosis, salud mental, violencia, accidentes, adicciones, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y varios otros problemas prioritarios de salud en el país que necesariamente deben ser incluidos en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en el contexto del PLANDES. Consideramos que aplicando una metodología comparable para el resto de las necesidades el total estaría alrededor del 6% del PIB, lo que es bastante coincidente con las estimaciones utilizadas en este Plan.

Por estas razones, en el contexto del PLANDES 2006-2015, se asume el compromiso de elevar el gasto público en salud hasta el 5% del PIB, además de una inversión complementaria correspondiente al plan de construcciones y mantenimiento de infraestructura del Sistema Nacional de Salud.

7.4.- La inversión privada en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema nacional de salud tiene carácter mixto y está conformado por la Red Unica de Servicios Públicos de salud y por las Redes Privadas de Servicios de Salud, ambas conformadas por Redes descentralizadas de servicios organizados por niveles de atención.

La inexistencia de un plan de desarrollo para el conjunto del sector privado, en el marco del Sistema Nacional de Salud no ha permitida calcular o estimar en forma total las inversiones privadas en el contexto del PLANDES 2006-2015.

Sin embargo, el desarrollo del Seguro familiar de Salud en forma universal, implicará el desarrollo del régimen contributivo. Como el 55% de la población económicamente

¹⁰ CEPAL.- Anuario estadístico de América latina y el caribe. Santiago de Chile 2005.

¹¹ COPDES.- Op. Cit.

activa y sus familiares, y el costo actual del Plan Básico se ha calculado alrededor de RD\$ 5,000 en los primeros años y alrededor de RD\$ 6,500 en los años sucesivos, puede calcularse que la inversión privada por este concepto estará alrededor de los RD\$ 24,750 millones en los primeros años y alrededor de RD\$ 40,000 millones hacia el final del período. Es decir RD\$ 32,375 en promedio anual. De estos montos, el 70% será cubierto por los patronos y el 30% por los trabajadores.

El Seguro de Riesgos Laborales del Sistema Nacional de salud, de acuerdo a proyecciones recientemente realizadas, consideran que las cotizaciones por este concepto, para el año 2015 podrían estar alrededor de los RD\$ 4,000 millones. Estos aportes son cubiertos en su totalidad por los empleadores¹².

Aunque estos cálculos y estimaciones son muy parciales y se refieren solo a algunas de las inversiones obligatorias por la ley 87-01, ellas permiten conocer que la inversión privada en atenciones de salud, legalmente establecida, en el período del PLANDES podría estar alrededor del 05% del PIB promedio anual.

Puede considerarse que la inversión privada familiar en salud disminuirá progresivamente en tanto se incremente la afiliación al Seguro Familiar de Salud. Esto significará un importante aporte a la economía familiar, sobre todo de los más pobres y de los sectores trabajadores y de clase media del país. Es probable que la composición de la inversión privada en salud vaya entonces variando con una tendencia más equitativa y justa, tendiendo a reducir el pesado gasto de las familias e incrementando la inversión empresarial obligatoria.

7.5.- La cooperación internacional.

Es importante señalar, sin embargo, que en el período 1997-2000, la cooperación internacional (no reembolsable y préstamos) aportó un promedio anual de US\$ 14 millones. Parece razonable asumir que estos niveles se podrán mantener e incluso incrementar a lo largo del período del PLANDES, si se asume que la economía retomará los niveles de crecimiento que han sido habituales en los últimos quinquenios. Por lo tanto, se requerirá una política agresiva de captación de fondos internacionales no reembolsables y de negociación de préstamos para apoyar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud que alcance por lo menos a US\$ 15 a 20 millones promedio anual entre 2006 y 2015, para mantener la inversión pública procedente del fisco nacional entre el 3% y el 4% del PIB.

Este esfuerzo intensivo de captación de cooperación financiera internacional reembolsable y no reembolsable para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, deberá complementarse con un esfuerzo de similar intensidad para incentivar y orientar la cooperación técnica internacional (no financiera), la cual se considera que aportaría un importante valor agregado en el fortalecimiento técnico y desarrollo de los procesos del Sistema. Para esto, deberá fortalecerse la capacidad de negociación de la SESPAS, con base en el PLANDES y sus objetivos estratégicos, así como fortalecer los esfuerzos

¹² ECOCARIBE, SA.- Diagnóstico del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y Recomendaciones para su reestructuración. Informe final de consultoría contratada para la Comisión sobre reestructuración del IDSS de la Cumbre Presidencial por el Seguro Familiar de Salud. Santo Domingo julio 2006.

de programación compartida de la cooperación, en conjunto con las organizaciones multilaterales y bilaterales con mandatos en el campo de la salud y la calidad de vida

Anexo:
Metodología de Elaboración

Metodología de elaboración.

Como se ha señalado, la presente constituye una versión actualizada, y enriquecida de la versión preliminar del Plan elaborada en 2004.

1.4.1.- Metodología de elaboración de la versión preliminar 2004.

La elaboración de la versión preliminar estuvo regida por la Disposición Administrativa N° 0007-2003 del 4 de septiembre 2003, la cual fue precedida de la Disposición Administrativa N° 00012-2002, del 28 de agosto 2002, sobre el Análisis e Situación de Salud como parte del proceso. En esta oportunidad se consideraron 5 componentes:

1. Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana;
2. Elaboración de la propuesta del Plan Nacional Decenal de Salud;
3. Consenso y Mercadeo;
4. Instrumentos de evaluación, supervisión y control;
5. Puesta en funcionamiento del Plan Nacional Decenal de Salud.

El conjunto de los contenidos fueron organizados en tres documentos: a) El Plan Nacional Decenal de Salud 2004-2014, versión preliminar, b) Propuesta de Estrategias para la Ejecución del Plan Nacional de Salud y c) Propuesta Metodológica para el Mercadeo del Plan Nacional Decenal de Salud, los cuales fueron publicados en forma conjunta¹³.

El punto de partida para al elaboración de la versión preliminar del Plan Nacional Decenal de Salud fue la identificación de los principales problemas de salud de la población, para lo cual se conformaron 14 grupos de trabajo agrupados en 4 áreas temáticas. Con base en el producto de estos grupos y áreas, se definió posteriormente los objetivos, metas y estrategias y se procedió a establecer las responsabilidades por institución. A continuación, los 14 grupos de trabajo y su agrupación por áreas temáticas:

- 1) Grupo salud:
 - a. Enfermedades transmisibles.
 - b. Enfermedades no transmisibles.
 - c. Salud Reproductiva y aspectos demográficos.
- 2) Grupo social.
 - a. Alimentación y nutrición.
 - b. Medio ambiente.
 - c. Problemas de carácter social.
- 3) Grupo estratégico.
 - a. Financiamiento del sector.
 - b. Rectoría y separación de funciones.
 - c. Gestión, organización y calidad.
 - d. Desarrollo y funcionamiento del Seguro familiar de Salud.

¹³ SESPAS.- Plan Nacional Decenal de Salud 2004-2014. Santo Domingo agosto 2004.

- 4) Grupo transversal
 - a. Medicamentos.
 - b. Recursos humanos.
 - c. Sistema de información.
 - d. Promoción de la salud.

El proceso fue enriquecido con su presentación ante el Diálogo Nacional, de carácter interinstitucional, y la invitación a las instituciones participantes para formular comentarios. En total hubo 250 participantes en las diferentes sesiones de trabajo para la elaboración de la versión preliminar, aunque algunos participaron en varias sesiones, se registró que 70 instituciones estuvieron representadas en por lo menos alguna de las sesiones de trabajo.

El equipo responsable de coordinar este proceso consideró que la propia elaboración de la versión preliminar, las sesiones de trabajo con participación intersectorial y la presentación ante el Diálogo nacional ya debían ser consideradas parte del proceso de construcción de los consensos necesarios para la ejecución del Plan, por lo tanto, asumieron que estas actividades ya deberían ser consideradas parte importante de la ejecución del mismo.

1.4.2.- Metodología para la actualización, enriquecimiento y finalización del Plan Nacional Decenal de Salud 2006-2015.

Poco tiempo después de la publicación de la versión preliminar del Plan tomó posesión un nuevo equipo de gobierno y el país adoptó compromisos y definiciones de alta relevancia para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Se estableció así la necesidad de completar el proceso y de actualizar la versión preliminar de acuerdo a las nuevas realidades, tomando como punto de partida la versión preliminar elaborada en 2004. El proceso destinado a actualizar y enriquecer la versión preliminar y completar la elaboración del Plan, ha estado organizado con base en la Disposición Administrativa N° 0002.2006 de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

La Comisión de Actualización, Consulta y Finalización del Plan Decenal de Salud ha estado conducida directamente por el Despacho del Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, e integrada por las Subsecretaría Técnica, la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional (UMDI), la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) y el Centro para la Gobernabilidad de la Universidad INTEC. Esta Comisión fue ampliada, en varias sesiones, con la participación de las Subsecretarías de Atención a las Personas y Salud Colectiva, y por la Comisión Nacional para el Desarrollo Sostenible (COPDES), responsable de coordinar las acciones relacionadas con los Objetivos y Metas del Milenio, con la Comisión Presidencial para VIH/SIDA (COPRESIDA), y con la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN).

Inicialmente, la comisión realizó una exhaustiva revisión de la versión preliminar y del conjunto de disposiciones legales, reglamentarias y normativas vigentes, con especial referencia a sus implicaciones para la definición de los objetivos estratégicos del PLANDES 2006-2015 y los proyectos y estrategias del mismo.

Los principales documentos considerados en este análisis de concordancia, además de la versión preliminar del Plan Nacional Decenal de Salud 2004, fueron los siguientes: Ley 42-01 y sus Reglamentos, Ley 87-01 y sus Reglamentos, Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud 2004, Acuerdo Marco de Compromiso Institucional para Acelerar la Reforma del Sector Salud, Informe Nacional 2005 sobre Objetivos y metas del Milenio, Decreto Presidencial N° 1522-04 sobre Desarrollo de las Redes de Servicios, Disposición Administrativa N° 00024-05 sobre el desarrollo de las redes de servicios, Disposición Administrativa N° 00023-05 sobre Salud Colectiva, la Disposición Administrativa N° 00015-2005 sobre el desarrollo de las Direcciones Provinciales de Salud y los Lineamientos de Política de Desarrollo del Secretariado Técnico de la Presidencia^{14, 15}.

Como resultado se definieron las premisas para completar el proceso de elaboración del Plan. Entre estas premisas se destacaron:

- Reforzar el carácter estratégico del Plan, y transferir los contenidos mas normativos y operativos a los planes operativos que de él deben derivarse posteriormente, enfatizando el carácter del Plan como agenda estratégica del país en salud, con una perspectiva de mediano y largo plazo..
- Fortalecer su carácter sectorial y de compromiso nacional, no limitado a la SESPAS.
- Asumir el marco jurídico, reglamentario y normativo vigente, evitando en lo posible que la ejecución del Plan implique como prerrequisito modificaciones de dicho marco.
- Asumir y expresar los compromisos nacionales con los Objetivos y metas del Milenio.
- Reforzar la participación de la ciudadanía y la construcción de consensos, tanto a nivel nacional como regional, provincial y municipal, a fin de fortalecer la viabilidad y sostenibilidad del Plan en el tiempo.
- Fortalecer el enfoque de equidad social y de equidad de género, así como la participación ciudadana, como abordajes transversales.

Posteriormente se elaboró una Metodología para el proceso de actualización, enriquecimiento y finalización del Plan. Dicha metodología fue presentada ante el Consejo Nacional de Salud el 6 de junio 2006. Esta metodología estableció un proceso basado en consultas en dos etapas. Una primera limitada a informantes clave, con el propósito de elaborar una versión revisada del Plan. Una segunda etapa de consultas ampliadas, dirigida a fortalecer el empoderamiento de los diferentes sectores institucionales y sociales del país y a producir la versión final del Plan, completada con claros compromisos de los diferentes actores sociales para la ejecución del mismo.

Para los fines de la consulta de informantes clave, se elaboró un documento de trabajo sobre los Lineamientos Estratégicos para el Plan Decenal de Salud 2006-2016¹⁶ y las

¹⁴ Secretariado Técnico de la Presidencia.- Lineamientos Generales para una Política de Desarrollo y Financiamiento Internacional en la República Dominicana. Santo Domingo 2005.

¹⁵ Para mayor información puede consultarse el documento de trabajo de la Comisión para el PLANDES “Sobre los Objetivos Estratégicos Prioritarios del Sistema Nacional de Salud”. Santo Domingo junio 2006.

¹⁶ “Lineamientos Estratégicos para el Plan Decenal de Salud 2006-2015. Borrador de trabajo de la Comisión del PLANDES. Santo Domingo junio 2006.

correspondientes guías orientadoras de la consulta. El documento incluyó una propuesta de revisión del propósito, objetivo general y objetivos los objetivos específicos, así como de los proyectos estratégicos del Plan. Estos lineamientos, conjuntamente con la versión preliminar 2004 fueron presentados ante el Consejo Nacional de Salud el 8 de agosto 2006 y fueron sometidos a consulta en 13 talleres a nivel nacional y de las diferentes regiones del país, en los cuales participaron 640 diferentes técnicos informantes clave, tanto de la SESPAS, como de otras instituciones del sector salud y de la sociedad civil.

Con el producto de las consultas a informantes clave se ha elaborado la presente versión, la cual será presentada ante el Consejo Nacional de Salud y será la base para la consulta ampliada y movilizadora de la segunda etapa. Se espera que la versión final del Plan podría estar lista para los primeros meses del 2007.

Al igual que con la versión preliminar, se considera que todos los procesos que han hecho posible la construcción de los consensos y el empoderamiento y la movilización social alrededor de los objetivos e intervenciones prioritarias en salud, ya constituyen parte de la ejecución del Plan en si mismo. Por esto se mantiene el período 2006-2015, por considerar que el año 2006 ha sido el año inicial del mismo.