

# Plan Estratégico Institucional 2017-2020

# PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2017-2020

**Equipo de Coordinación de la Planificación Estratégica:**

- Despacho Ministerio de Salud Pública
- Viceministerio de Planificación y Desarrollo
  - Dirección de Planificación Institucional
  - Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud

Santo Domingo, República Dominicana  
Versión 1.1. Agosto 2016

## Índice de Contenido.

### Siglas y Acrónimos.

- I. Introducción.
  - 1.1. Justificación.
  - 1.2. Finalidad del Plan.
  - 1.3. Objetivo del Plan.
  - 1.4. Ámbito de aplicación.
- II. Marco legal de la planificación estratégica
- III. Análisis situacional del Ministerio Salud de Pública
  - 3.1. Aspectos conceptuales del análisis situacional del MSP
  - 3.2. Aspectos metodológicos para el análisis situación del MSP.
  - 3.3. Panorámica nacional y del sector salud para el análisis situacional del MSP.
    - 3.3.1. Contexto socio-económico de la República Dominicana.
    - 3.3.2. Situación de Salud de la República Dominicana.
      - 3.3.2.1. Situación General de Salud de la República Dominicana.
      - 3.3.2.2. Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana 2014.
      - 3.3.2.3. Gasto Nacional en Salud de la República Dominicana 2014.
    - 3.4. Acerca del Ministerio de Salud Pública.
      - 3.4.1. Marco funcional de la organización.
      - 3.2.1. Referencia documental sobre situación institucional.
- IV. Análisis FODA del Ministerio Salud de Pública
- V. Marco Estratégico del Ministerio Salud de Pública.
  - 5.1. Misión.
  - 5.2. Visión.
  - 5.3. Enfoques.
  - 5.4. Principios rectores.
  - 5.5. Valores Institucionales.
  - 5.6. Ejes estratégicos.
    - 5.6.1. Visión operativa del Ministerio de Salud.
    - 5.6.2. Descripción de los Ejes.
  - 5.7. Prioridades en salud que determinan los retos institucionales.
    - 5.7.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
    - 5.7.2. Estrategia Nacional de Desarrollo (END).
    - 5.7.3. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2011-2014 (PNPSP).
    - 5.7.4. Plan de Gobierno de la República Dominicana.
    - 5.7.5. Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES).
    - 5.7.6. Vinculación de las prioridades en salud y el rol del Ministerio de Salud como ente del Sistema Nacional de Salud.
- VI. Objetivos Estratégicos del Ministerio Salud de Pública
- VII. Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública.
- VIII. Presupuesto y Financiamiento del PEI - MSP.
- IX. Glosario de términos
- X. Anexos.
- XI. Referencias bibliográficas.

## Índice de Cuadros, Gráficos, Ilustraciones y Recuadros.

### Cuadros

- Cuadro 1: Informe de Gasto de Inversión Memoria 2012-2015, Valores en RD\$.
- Cuadro 2: Presupuestos aprobados /Ejecutados del Programa de Medicamentos de Alto Costo y Programa insuficiencia renal, 2012-2015. En RD\$.
- Cuadro 3: Porcentaje de la población total de jure que tuvo alguna enfermedad República Dominicana, 2013, 2007 y 2002.
- Cuadro 4: Causas de enfermedad en % y tasas por sexo y rango de edad de 50-69 años a 2013.
- Cuadro 5: Indicadores de Cuenta Nacional en Salud de la República Dominicana, 2014.
- Cuadro 6: Despliegue de la misión institucional 2017-2020.
- Cuadro 7: Despliegue de la visión institucional 2017-2020.
- Cuadro 8: Descripción y conducta asociada a los valores institucionales.
- Cuadro 9: Descripción de los Ejes Estratégicos.
- Cuadro 10. Áreas priorizadas con requerimientos financieros para el logro de los objetivos sanitarios, mediante colocación de recursos para el cierre de brechas, ampliación de prestación de bienes y servicios a la población, sostenibilidad financiera de programas en funcionamiento.
- Cuadro 11. Vinculación de la END y el Plan de Gobierno para la Protección Social.
- Cuadro 12. Despliegue de los Objetivos, Líneas Estratégicas, Resultados E Indicadores
- Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos.

### Gráficos

- Gráfico 1: Ejecución Presupuestaria Del Programa 13 – Salud Colectiva, 2012 - 2015 (RD\$ Millones)
- Gráfico 2: Evolución De La Inversión Presupuestaria En El Programa Para La Prevención De Enfermedades Evitables Por Vacunas (PAI), 2012-2015 (RD\$ Millones)
- Gráfico 3: Gasto corriente en salud por tipo de ingresos en 2014 (RD\$ millones).
- Gráfico 4: Gasto en salud por esquemas de financiamiento 2014 (RD\$ millones).
- Gráfico 5: Gasto en salud de agentes de financiamiento públicos (RD\$ millones).

### Ilustraciones

- Ilustración 1: Flujo de recursos en esquemas gubernamentales y de seguros obligatorios contributivos.
- Ilustración 2: Ejes Estratégicos para el ejercicio del rol rector.
- Ilustración 3: Dimensiones e interrelaciones de Desarrollo Sostenible.

### Recuadros

- Recuadro 1: Aspectos fundamentales del derecho a la salud – OOM/NU, 2008.
- Recuadro 2: Definición OPS/OMS sobre equidad de género, referida en el PLANDES.
- Recuadro 3: Visión de la nación de largo plazo.
- Recuadro 4: Establecimiento PLANDES.

### Siglas y acrónimos.

ASIS	Análisis Situación de Salud
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
AVP	Años de Vida Perdidos
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CdM	Cuadro de Mando
CEAS	Centros Especializados de Atención en Salud
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
CUEPS	Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales
DAS	Dirección de Área de Salud
DCNS	División de Cuentas Nacionales de Salud
DDESS	Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud
DIGEMIA	Dirección General Materno Infantil y Adolescentes
DIGENOR	Dirección General de Normas y Sistema de Calidad
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DNBS	Dirección Nacional de Bancos de Sangre
DNN	Dirección Nacional de Normas
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-Course (TAES - Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado)
DPI	Dirección de Planificación Institucional
DPS	Dirección Provincial de Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENDESA	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EUROSTAT	Statistical Office of the European Union (Oficina Estadística de la Unión Europea)
ETA	Enfermedades Transmitidas por Alimentos
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
EVO	Esperanza de Vida al Nacer
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
GpR	Gestión para Resultados
HF	Health Function (Función de Salud – FS)
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INDOCAL	Instituto Dominicano de la de Calidad
ITS	Infecciones de Trasmisión Sexual
MAP	Ministerio de Administración Pública
MEPyD	Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo
MESCyT	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
MIMSP-15	Memoria institucional del MSP para 2015
MSP	Ministerio de Salud Pública
M&E	Monitoreo y Evaluación
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivo Desarrollo Sostenible
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)
OMS	Organización Mundial de la Salud

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PARSS	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PBS	Plan Básico de Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PEI	Plan Estratégico Institucional
PIB	Producto Interno Bruto
PLANDES	Plan Decenal de Salud
PMAC	Programa de Medicamentos de Alto Costo
PNCS	Política Nacional de Calidad en Salud
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNPSP	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
POA	Plan Operativo Anual
PUCMM	Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra
RMM	Razón de Muertes Maternas
SAT	Modulo de Alerta Temprana
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SEESCyT	Secretaría de Estado de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SFS	Seguro Familiar de Salud
SHA	System of Health Account (Sistema de Cuentas de Salud – SCS)
SIGS	Sistema de Información General de Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SNPIP	Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPM	Salud Pública de México
SRC	Síndrome de Rubeola Congénita
SRSM	Servicio Regional de Salud Metropolitano
SVDS	Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TB	Tuberculosis
UAAES	Unidad Asesora de Análisis Económico y Social del MEPyD
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
USAID	United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
VMGC	Viceministerio de Garantía de la Calidad
VMPD	Viceministerio de Planificación y Desarrollo
VMSC	Viceministerio de Salud Colectiva

**DISPOSICION NO. 0000003 DE FECHA 18 DE AGOSTO DEL 2016.**

**QUE APRUEBA EL PLAN ESTRATEIO INSTITUCIONAL (PEI) DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MISPAS) PARA EL PERIODO 2017-2020.**

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 1-12 y su Reglamento de Aplicación precisan que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social elabore un Plan Estratégico Institucional que marque las directrices y el comportamiento a seguir por las diferentes dependencias del órgano rector de la salud pública dominicana, para lograr la eficiencia y calidad de la gestión a mediano plazo, estableciendo los resultados esperados, las medidas de políticas, las metas de producción prioritaria y su vinculación con los indicadores y metas de la Estrategia Nacional de Desarrollo.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 247-12 se fundamenta en una serie de principios, incluyendo el Principio de funcionamiento planificado y evaluación del desempeño y de los resultados, declarando que el funcionamiento de los entes y órganos que conforman la Administración Pública se sujetará a las políticas, estrategias, metas y objetivos que se establezcan en los respectivos planes estratégicos u operativos y a los convenios de gestión.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 498-06 que manda a que la Unidad Institucional de Planificación y Desarrollo prepare con base a las prioridades sancionadas por el Consejo de Gobierno y las políticas y dispositivos técnicos y normativos, el plan estratégico institucional que deberá servir de base para la actualización del Plan Nacional Plurianual del Sector Público.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 42-01 ordena al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a formular cada diez años una política y un plan nacional de salud, constituyendo estos los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud y por tanto son la base para la planificación estratégica institucional.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 42-01 dispone que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la encargada de aplicar en todo el territorio de la Republica, directamente o por medio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de la ley, sus reglamentos y otras disposiciones legales que al efecto se promulgaren.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 42-01 establece las funciones para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y su ejercicio requieren del diseño de un Plan que oriente el accionar cotidiano de la institución, en el marco de su visión, misión y de los objetivos de mediano y largo plazo.

**CONSIDERANDO:** Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones sobre los servicios a su cargo, de carácter interno; siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

**VISTA:** La Constitución de la República Dominicana, proclamada en fecha 26 de enero del 2010.

**VISTA:** La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 26 de enero del 2012.

**VISTA:** La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012.

**VISTA:** La Ley de Planificación e Inversión Pública, No. 498-06 de fecha 28 de diciembre del 2006.

**VISTA:** La Ley General de Libre Acceso a la Información Pública, No. 200-04 de fecha 28 de julio del 2004.

**VISTO:** El Decreto de Aplicación de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 134-14 de fecha 09 de abril del 2014.

**VISTA:** La Resolución Ministerial que aprueba la estructura organizativa de transición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, No. 000025 de fecha 15 de septiembre de 2015.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

### **RESOLUCIÓN**

**PRIMERO:** Se aprueba el “Plan Estratégico Institucional 2017-2020 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”.

**SEGUNDO:** Las unidades organizativas y organismos adscritos al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberán desarrollar anualmente su planificación operativa anual en el marco del plan estratégico aprobado y sus actualizaciones.

**TERCERO:** El Plan Estratégico Institucional será revisado y podrá ser actualizado anualmente.

**CUARTO:** La Unidad Institucional de Planificación y Desarrollo deberá proporcionar los medios que aseguren un efectivo monitoreo y evaluación de las acciones y compromisos contenidos en el Plan Estratégico Institucional.

**QUINTO:** De acuerdo a los mecanismos definidos en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la presente resolución será remitida a la Dirección de Planificación Institucional quien será responsable de comunicar su puesta en vigencia a las partes interesadas y a la Oficina de Acceso a la Información para proceder a publicar su contenido en el Portal Institucional, en cumplimiento de las Leyes de Administración Pública y de Libre Acceso a la Información Pública.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los dieciocho (18) días del mes de agosto del año dos mil dieciséis (2016).

**DRA. ALTAGRACIA GUZMÁN MARCELINO**  
**Ministra de Salud Pública y Asistencia Social.**

## **I. Introducción.**

### **1.1. Justificación.**

Los lineamientos trazados por el Gobierno Central para el cumplimiento a lo establecido en el Decreto No. 134-14 sobre la aplicación del Reglamento de la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley No. 1-12), obligan al Ministerio de Salud Pública (MSP) a elaborar un Plan Estratégico Institucional (PEI) que marque las directrices y el comportamiento a seguir por las diferentes dependencias del órgano rector de la salud pública dominicana, para lograr la eficiencia y calidad de la gestión a mediano plazo.

La gestión para resultados como nuevo modelo de gerencia pública, permite concebir y organizar los instrumentos de planificación con niveles aceptables de consistencia, operando como un principio de simplicidad porque ordena y sirve de referencia a esta diversidad de instrumentos y es denominado cadena de valor del sector público. La implementación y puesta en marcha de un modelo con estas características requiere de las instituciones un sistema de planificación que permita el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas, relacionando los resultados, productos y recursos para un determinado período de tiempo. En ese sentido, los planes estratégicos institucionales constituyen uno de los seis instrumentos del Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública (SNPIP).

En el marco del desarrollo de procesos integrales es oportuno proceder a la elaboración del PEI para el período 2016-2019, como base donde se fijan los objetivos y las estrategias que guiarán la gestión en salud por nuestra institución a lo largo de los próximos cuatro años, considerándolo como herramienta para incrementar el nivel de efectividad del Ministerio y como prioridad en la agenda institucional, de acuerdo a los lineamientos gubernamentales, incluyendo el calendario que dicta el Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD) a tales fines.

Para este proceso se asumirá el concepto de Planificación Estratégica como "una herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones".

En tal sentido, es necesario un ejercicio de reflexión colectiva de los equipos directivos y colaboradores en un clima de absoluta transparencia interna dentro de cada unidad y de apertura a un diálogo institucional, por lo que deben hacerse sesiones que involucren a todas las funciones sustantivas que se ejerce en el Ministerio para poder conocer la situación real en que se encuentra nuestra institución y poder planificar una estrategia futura coherente.

### **1.2. Finalidad del Plan.**

El objetivo Plan Estratégico Institucional es dotar a la organización y sus dependencias de una herramienta que constituya la carta de navegación y de fortalecimiento interno para ejercer la conducción sectorial, la regulación, la coordinación para el logro de los resultados y la prestación de servicios, así como el ejercicio de la autoridad sanitaria, desarrollando intervenciones de protección social en salud que protejan la dignidad de las personas y garanticen su derecho a la

salud, su protección financiera, el acceso a servicios integrales con oportunidad y calidad, funcionando en un sistema regulado.

**1.3. Objetivo del Plan.**

Establecer los objetivos y lineamientos estratégicos con base a las prioridades institucionales del Ministerio de Salud y sus dependencias, cónsone con el período de vigencia del Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP), que contenga los elementos misionales para la consecución de la visión institucional y su contribución a la de desarrollo nacional.

**1.4. Ámbito de aplicación.**

El Plan Estratégico Institucional es de observancia obligatoria para todas las dependencias del Ministerio en el marco de las Resolución Ministerial No. 00025 y No. 00028 de septiembre y octubre 2015 que establecen la estructura organizativa de transición.

## II. Marco legal de la planificación estratégica.

La planificación estratégica está concebida en la Ley No. 1-12 de la END, en efecto, el Considerando Décimo Cuarto reza lo siguiente: “Que el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública se sustenta, entre otros, en los principios de programación de políticas y objetivos estratégicos, viabilidad, continuidad, eficacia, consistencia y coherencia, participación ciudadana, eficiencia en la utilización de los recursos públicos, objetividad y transparencia en la actuación administrativa, responsabilidad por la gestión pública, continuidad de los programas y proyectos incluidos en los planes, planificación como proceso continuo y la cooperación y coordinación con los diferentes poderes del Estado, órganos de gobierno y niveles de administración”.

De esta manera, a lo largo de toda la END se ordena la articulación de las políticas sectoriales a los ejes estratégicos de la misma, pero que lo aterriza al plano operativo en su Artículo 19. Indicadores y Metas Sectoriales y Generales.- Los planes estratégicos institucionales, sectoriales y regionales, así como el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP), establecerán indicadores y metas intermedias, vinculadas a los indicadores y metas más generales, contenidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030.

El Decreto No. 134-14 sobre la aplicación del reglamento de la END retoma este mandato en su Artículo 44 estableciendo lo siguiente: “El Plan Nacional Plurianual del Sector Público y los planes sectoriales, institucionales, regionales, provinciales y municipales identificarán los resultados esperados, las medidas de políticas, las metas de producción prioritaria contenidas en los mismos y determinarán las vinculaciones con los indicadores y metas previstos en los Artículos 22, 24, 26 y 28 de la Ley No. 1-12.

Para el cumplimiento de los mandatos legislativos y normativos debe observarse la Ley No. 498-06 de Planificación e Inversión Pública que establece dentro de las funciones de las Unidades de Planificación y Desarrollo (Artículo 22) la siguiente: “Preparar, con base en las prioridades sancionadas por el Consejo de Gobierno, en las políticas definidas por la máxima autoridad de la respectiva institución y en las políticas, normas, instructivos, procedimientos y metodologías impartidas por el Secretariado Técnico de la Presidencia, los planes estratégicos institucionales, que servirán de base para la elaboración y actualización del Plan Nacional Plurianual del Sector Público”.

A ese fin, el Título III de la Planificación establece (Artículo 25) los instrumentos para el desarrollo de dicho proceso, señalando el PEI en su inciso d) Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales a mediano plazo, que expresarán las políticas, objetivos y prioridades a nivel sectorial e institucional. Los planes estratégicos institucionales deberán estar compatibilizados con los respectivos planes sectoriales que los comprenden.

A nivel sectorial, el MSP cuenta con el Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006-2015, el cual se autodefine como un instrumento fundamental para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco de los principios y orientaciones establecidos por el marco legal y reglamentario vigente. Está llamado a articular la gestión nacional de la salud, y la diversidad de instituciones y organizaciones que lo integran, con la finalidad de asegurar una clara

direccionabilidad hacia el logro de los objetivos estratégicos del sector, tanto en lo referente al desarrollo de sus subsistemas y diversos componentes del sistema como en lo relativo a la producción social de la salud con base en la participación social, y a la transformación de la situación de salud de las poblaciones con enfoque de equidad y justicia social.

El carácter del PLANDES responde a las estipulaciones normativas contenidas en el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud (Decreto No. 635-03), en sus artículos 35, 36, 37 y 38, cuyos contenidos especifican que el PLANDES ha de tener un carácter de plan estratégico y constituir el principal instrumento de conducción y regulación del Sistema Nacional de Salud y de la producción social de la salud, estableciendo que su elaboración debe contar con amplia participación activa de todos los sectores y actores que conforman el Sistema.

De esa manera, puede decirse que el PLANDES es un instrumento de carácter predominantemente estratégico más que normativo que, partiendo de un análisis de la situación, 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.

A partir de los lineamientos del PLANDES se han definido objetivos y estrategias que han sido soporte para la construcción de los Planes Operativos Anuales (POA) del MSP y que buscan orientar las acciones de las diferentes dependencias de normalización, regulación, vigilancia y evaluación, así como de prestación de servicios de salud colectivos e individuales para hacer posible el alcance de una mejor situación de salud, en el entendido que la salud es expresión de la calidad de vida de las personas y las poblaciones, de la cual la atención de las personas enfermas es solo un componente.

Sin embargo, de cara a los procesos de reforma institucional que, a partir de la promulgación de la Ley No. 123-15 que crea al Servicio Nacional de Salud (SNS) y ordena la separación de la función de provisión, se han venido dando en el MSP y en virtud de la cual fuera emitida la Resolución Ministerial No. 000025 del 15 de septiembre 2015 que establece la estructura organizativa de transición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) y la No. 000028 del 16 de octubre 2015 que la modifica, es pertinente abocarse a la definición del PEI, siguiendo la metodología propuesta por el órgano gubernamental responsable de la planificación, con lo cual, además, se da respuesta a la Resolución No. 78-06, del 23 de noviembre del 2006, que aprueba el Instructivo para el Análisis y Diseño de Estructuras Organizativas en el Sector Público, emitida por el Ministerio de Administración Pública (MAP), el cual indica en su Artículo 16 sobre el Marco Referencial que debe analizarse el plan estratégico para el diseño organizacional.

### III. Análisis situacional<sup>1</sup> del Ministerio de Salud Pública:

#### 3.1. Aspectos conceptuales del análisis situacional del MSP.

El documento <sup>2</sup> elaborado por el MEPyD como guía para apoyar a las instituciones gubernamentales en su planificación estratégica indica que el análisis situacional es el primer paso para desarrollar el PEI e indica que el objetivo del mismo es revisar la situación en la que se encuentra la institución (en el Servicio Público), tanto con respecto al ambiente o entorno en el que se desenvuelve como en relación con su propio funcionamiento. Este análisis situacional posibilita obtener una serie de recursos que son importantes a la hora de definir el plan y la estrategia más adecuada para lograrlo.

La guía sugiere preguntarse: ¿Qué da resultado en la institución, producto de la operación de sus procesos?, lo que implica identificar el conjunto de factores que definen al Servicio Público y su desempeño actual. Adicionalmente, propone cuestionarse y responder los elementos siguientes:

- **¿Cuáles son las prioridades que se plantean en las definiciones más estratégicas del Servicio Público (misión, objetivos estratégicos, u otras categorías de objetivos que se utilizaron)?**
  - ✓ Las estrategias e iniciativas de salud se han definido para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la END, el PLANDES y el PNPSP para lo cual el marco estratégico de la Institución debe fortalecerse con la finalidad de influir en la reducción de problemas y situaciones de salud priorizados, tales como: Mortalidad Materna, Mortalidad infantil, Enfermedades transmisibles (Inmunoprevenibles, Vectoriales, alimenticias y zoonóticas), Enfermedades Nutricionales y Enfermedades crónicas no transmisibles.
  
- **¿Cuáles bienes o servicios está entregando el Servicio Público? (¿qué les entrega?)**
  - ✓ Como ente rector del sistema de salud, el Ministerio está llamado a entregar servicios de salud colectiva, tales como:
    - *Protección de la Salud:* Evaluación de los riesgos sanitarios, Gestión de riesgos sanitarios, Ejercicio de la autoridad sanitaria, Promoción dirigida a etapas vitales, Promoción sobre problemas de salud prioritarios, Reducción de las desigualdades en salud, Educación para la salud;
    - *Prevención de la Enfermedad:* Dirigida a etapas vitales y sobre problemas de salud prioritarios;
    - *Vigilancia de la Salud Pública:* Vigilancia, monitoreo y control, Sistema de Alertas y Emergencias en Salud Pública, Evaluación de los impactos en salud, Sistemas de Información Sanitaria;
    - *Servicio de Salud Laboral:* Desarrollo de normativa y control, Asesoría y soporte técnico;

---

<sup>1</sup> Este concepto aquí no es usado de acuerdo a las categorías de análisis de Matus o Steiner, sino que simplemente se utiliza para dar inicio al análisis de la organización.

<sup>2</sup> Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Viceministerio de Planificación. Dirección General de Desarrollo Económico y Social. “¿Qué es la Planificación Estratégica y cómo se utiliza en el sector público? República Dominicana, Octubre 2011.

- Laboratorios de Salud Pública;
  - Coordinación, Colaboración y Enlace Inter Institucional;
  - *Docencia e Investigación*: Investigación aplicada de riesgos sanitarios, Asesoría en el ámbito de la formación en salud pública, Investigación en el ámbito de la Salud Pública, Fomento de la investigación entre los profesionales de la Salud Pública.
- 
- ✓ Estos servicios, articulados con la atención directa garantizan intervenciones en salud relacionadas con la promoción, prevención, curación y rehabilitación de las personas. En conjunto se entregan servicios de inmunización, servicios de promoción, prevención, tratamiento y control para: ITS, VIH y Sida, Tuberculosis, malaria, dengue, zika, chikungunya, diabetes, hipertensión, entre otras.
  - ✓ También entrega las políticas públicas, el marco de actuación y regulación del sistema, certificados de registro y habilitación de establecimientos de salud, de servicios farmacéuticos, de servicios de sangre, así como certificados y autorizaciones de registro y control sanitario de productos de riesgo en consumo.
  - ✓ Produce estadísticas del gasto nacional en salud con desagregación de acuerdo a las dimensiones del financiamiento (esquemas, fuentes y agentes) y dimensiones del uso de los fondos (proveedores, funciones, factores de provisión, cuenta de capital).
- 
- ***¿A quiénes entrega esos bienes o servicios? (¿es decir, quiénes son sus beneficiarios o población objetivo?).***
    - ✓ La provisión directa de servicios de atención a las personas está dirigida a cubrir la totalidad de la población, en especial a la población que vive en condiciones que lo colocan en estado vulnerable.
    - ✓ Las políticas que norman el sistema público de salud están dirigidas especialmente a la población priorizada: Niños y Niñas menores de 5 años, Mujeres en edad fértil con énfasis en embarazadas adolescentes, los envejecientes y las personas con discapacidad.
    - ✓ Una forma de ver la población objetivo es organizar las mismas por grupos de enfoque. En ese sentido y a partir del acervo sanitario fueron identificados los siguientes:
      - Autoridades sanitarias y otros funcionarios,
      - Investigadores, estadísticos, científicos,
      - Mujeres embarazadas, madres lactantes y niños /as,
      - Población de infantes (menor de 5 años),
      - Personas Viviendo con VIH/SIDA,
      - Personas con Discapacidad,
      - Personas con trastornos mentales,
      - Población no asegurada,
      - Población afiliada al SDSS,

- Población adolescentes,
  - Población femenina en edad reproductiva,
  - Población usuaria de los servicios públicos y privados de salud,
  - Población general,
  - Población general usuaria de los servicios de establecimientos farmacéuticos
  - Población usuaria de los servicios de los PSS del primer nivel y complementario
  - Recurso humano en salud,
  - Trabajadores Públicos y Privados,
  - Usuarios de servicios de laboratorios clínicos,
  - Usuarios de servicios de sangre y transfusión,
  - Usuarios de los datos generados en el SIGS.
- ✓ En el caso de las informaciones estadísticas de gasto y financiamiento, puede decirse que a nivel primario los beneficiarios son los técnicos, tomadores de decisiones y los hacedores de políticas públicas, y a nivel secundario el público en general e investigadores desde el Ministerio de Salud o los sistemas de información que se alimentan con los datos de las Cuentas de Salud.
- **¿Cuáles son los efectos o resultados esperados que se proponen en el Servicio Público?**
    - ✓ En términos más generales se espera contribuir al alcance de las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y que se relacionan con el sector salud:
      - Lograda la salud y bienestar en todas las edades, mediante reducción mortalidad materna, reducción mortalidad neonatal e infantil, poner fin a enfermedades transmisibles como el VIH/Sida, TB, malaria; combatir hepatitis, ETA; reducida mortalidad prematura por ENT; reducida mortalidad por accidentes de tránsito y lesiones; garantía acceso universal a servicios; cobertura universal y protección financiera, entre otros.
    - ✓ Visto el MSP como órgano rector del Sistema Nacional de Salud y tomando en consideración los desafíos planteados en el PLANDES, los resultados principales son:
      - Superada la deuda social acumulada en términos de salud y cerradas las brechas relacionadas con la inequidad social y de género.
      - Reorganizado el sector salud, con un órgano rector fortalecido y un sistema público de provisión de servicios actuando bajo un modelo de atención integral, organizado en redes y niveles de atención.
      - Financiado adecuada y de manera sostenible el SNS.
      - Lograda la cobertura universal de toda la población bajo el régimen de aseguramiento establecido a partir de la Ley 87-01.
      - Recursos humanos en Salud comprometidos con los objetivos estratégicos y los resultados esperados del SNS.
      - Fortalecida y articulada la participación ciudadana y la intersectorialidad.

- Asegurado en todos los servicios e intervenciones de salud el enfoque de equidad social y de género.
- ✓ Los resultados priorizados esperados están contentivos en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016 e incluye los siguientes:
  - Disminuida la mortalidad materna.
  - Disminuida la mortalidad infantil.
  - Alcanzada la cobertura de inmunizaciones, mediante vacunación con esquema completo.
  - Controladas las mujeres durante el embarazo.
  - Disminuida de la desnutrición en niños de 0 a 5 años.
  - Detectados y curados los casos de TB.
  - Disminuidas las Enfermedades Transmitidas por Vectores.
  - Reducida la propagación de las ITS y el VIH-SIDA.
  - Controlada la rabia, mediante vacunación de caninos y felinos.
  - Mejorado el acceso a servicios de salud, mediante la ampliación de la oferta.
  - Mejorado el acceso a medicamentos, mediante el aseguramiento de medicamentos esenciales.
- ✓ Un resultado relacionado con la investigación, el monitoreo de las inversiones y gasto en salud es consolidado el “hacer” de las Cuentas de Salud para que se produzcan rutinariamente, con estudios especiales, de forma que se pueda asesorar a las autoridades en materia de política de financiamiento y asignación de recursos, tal como lo establece la Disposición Ministerial No. 00010-04.
- **¿A qué problemas críticos está respondiendo el Servicio Público?**
  - ✓ A problemas prioritarios de salud, tales como: elevada tasa de mortalidad materna e infantil, embarazos en adolescentes, enfermedades de alto costo, ECNT (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión), enfermedades prevenibles por vacuna (sarampión, tétanos, difteria, influenza, polio, entre otros), enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, zika, chickungunya), enfermedades trasmisibles (TB, VIH y Sida, ITS, ETA, etc.), enfermedades nutricionales, entre otras.
  - ✓ Al desarrollo de normativas para el funcionamiento y regulación del SNS, en cuanto a los proveedores de bienes y servicios en salud, incluidos entre ellos: prestadores de servicios de atención directa y servicios relacionados con la salud, establecimientos de fabricación, distribución y dispensación de medicamentos y productos sanitarios; establecimientos de fabricación, distribución y expendio de alimentos; establecimientos de servicios de banco y transfusión de sangre, entre otros.
  - ✓ La aplicación de la metodología a nivel de proveedores y funciones de salud responde a brechas de información para el monitoreo del gasto y financiamiento sanitario, así como las políticas, programas y metas establecidas en las reformas

de los últimos 15 años. Por ejemplo, la separación de funciones vista desde el gasto en salud o el desarrollo de los servicios de atención primaria.

- **¿Qué capacidades tiene el Servicio Público (recursos humanos e infraestructura)?**
  - ✓ Para asegurar los resultados en salud el Ministerio cuenta con dependencias, con limitado personal técnico y profesional para:
    - Planificación estratégica y conducción del sector en el nivel central y local, a través de las unidades desconcentradas de la rectoría. En el caso de las CNS el servicio se desarrolla en la División de Cuentas Nacionales de Salud (DCNS).
    - Regulación del sistema, con inspectores para la habilitación de establecimientos y servicios de salud, para el control de las condiciones laborales y sanitarias, control sobre las viviendas, empresas y lugares públicos, control sobre la calidad del agua, control sobre alimentos, bebidas, medicamentos y productos sanitarios.
    - Vigilancia sanitaria sobre situación y tendencias de enfermedades, síndromes, riesgos, amenazas y su determinación; Vigilancia sobre los perfiles de enfermedad, de exposición, vulnerabilidad en poblaciones; Vigilancia sobre los riesgos y daños laborales, radiaciones, efectos adversos, contaminación.
    - Garantía de la calidad de los servicios, establecimientos de salud, productos farmacéuticos y sanitarios.
    - Normalización del sistema.
    - Gestión de la salud de la población, de riesgos y atención a desastres, de apoyo a la promoción y educación para la salud.
  - ✓ Por otro lado, tiene adscrito al Servicio Nacional de Salud<sup>3</sup>, el cual está llamado a proveer, a través de los Servicios Regionales de Salud que aglutinan las sus estructuras hospitalarias, la atención directa a las personas.
- **¿Cuáles son las expectativas de la población beneficiada por el Servicio Público?**
  - ✓ Garantía de atención oportuna y con calidad en el servicio, con recursos humanos en salud debidamente calificado para dar respuesta a las diversas urgencias.

---

<sup>3</sup> La capacidad de respuesta del sistema obedece a la Ley General de Salud No. 42-01 y al modelo de atención en salud basado en la estrategia de atención primaria que establece el cumplimiento de una red de atención por nivel de complejidad compuesta por las estructuras correspondientes al primer nivel de atención (clínicas rurales, dispensarios y consultorios), tienen que garantizar la atención sin internamiento de menor complejidad, mediante la estrategia de atención primaria en salud. Las estructuras de nivel especializado básico que corresponden al segundo nivel de atención, en donde se incluyen los hospitales generales (municipales o provinciales), que han de garantizar la atención en salud especializada de menor complejidad con régimen de internamiento según el caso. La tercera estructura corresponde a Hospitales Regionales y especializados o de tercer nivel de atención, cuya cartera de servicios cubre todas las contingencias en régimen de internamiento para la prestación de servicios en los casos de mayor complejidad, incluyendo los que se han definido como de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos. El SNS cuenta con 196 Hospitales y 1,517 Centros de primer nivel de atención a nivel nacional, cuyo número de camas hospitalarias para el 2015 fue de 12,653.

- ✓ Garantía de acceso y disponibilidad de suministros e insumos médicos, instalaciones físicas y mobiliario de atención, en condiciones aptas para el servicio.
  - ✓ Disminución de los niveles de mortalidad materna e infantil (31 muertes por cada 1,000 nacidos vivos).
  - ✓ Aumento del porcentaje de niños/as cubiertos con todas las vacunas.
  - ✓ Cobertura de la población que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica.
  - ✓ Calidad de los medicamentos y productos sanitarios y no sanitarios de uso y consumo humano.
  - ✓ Recuperar la salud y superar los daños ocurridos, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social.
  - ✓ Que se hayan identificado sus necesidades de salud y que la respuesta de los servicios sea para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida, mediante la Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
  - ✓ Desarrollo de intervenciones en salud que permitan detectar oportunamente, prevenir la ocurrencia y tratar adecuadamente el cáncer, las enfermedades transmisibles y los accidentes de tránsito, a fines de reducir las muertes por dichas causas.
  - ✓ Disposición de cifras que puedan ser utilizadas y que cuenten con un respaldo metodológico y continuidad en el tiempo, pues a nivel histórico el desempeño en la construcción de las cifras ha sido muy heterogéneo y con debilidades en la legitimidad técnica.
- **¿Qué se ha priorizado en el presupuesto del Servicio Público, en los últimos 3 años (es de continuidad o existe algún énfasis en la inversión)?**
    - ✓ En los últimos tres años se han priorizado las inversiones en infraestructura y equipamiento hospitalario con fines de ampliar la cobertura; sin embargo, ha faltado disponer de recursos financieros para la contratación del personal de salud de los nuevos servicios y de los que han ampliado su oferta, así como para los gastos operativos que conllevan su funcionamiento.
    - ✓ Por otro lado, se ha destinado recursos para la adquisición y entrega de medicamentos de alto costo, incrementándose la asignación. Estos recursos son la expresión de la meta presidencial denominada “fondo para gasto de enfermedades catastróficas”, la cual busca reducir el gasto de bolsillo de las familias con menos ingresos, así como disminuir los altos índice de morbi-mortalidad por dichas enfermedades. En efecto, a través de dicho fondo de protección social, desde 2012 a septiembre 2015 se ha ejecutado un monto de RD\$5,649.3 millones y a través de otros fondos destinados al tratamiento de la insuficiencia renal la cantidad de RD\$973.2 millones, tal como se observa en el cuadro siguiente:

**Cuadro 1: Informe de Gasto de Inversión Memoria 2012-2015, Valores en RD\$.**

Denominación	Período				Total
	2012	2013	2014	2015	
<b>Equipamiento</b>	<b>1,807,787,591.41</b>	<b>460,153,923.94</b>	<b>0.00</b>	<b>473,809,299.38</b>	<b>2,741,750,814.73</b>
Equipamiento Centros de Salud	1,364,557,394.60	460,153,923.94	0.00	363,718,372.86	2,188,429,691.40
Reparaciones Equipos y Obras Menores	443,230,196.81	0.00	0.00	110,090,926.52	553,321,123.33
<b>Infraestructura</b>	<b>4,116,435,279.22</b>	<b>167,377,229.32</b>	<b>771,262,328.81</b>	<b>855,127,592.26</b>	<b>5,910,202,429.61</b>
Reparación de 56 hospitales a nivel nacional*			757,317,394.30	855,127,592.26	1,612,444,986.56
Construcciones de Centros de Salud	4,116,435,279.22	167,377,229.32	13,944,934.51		4,297,757,443.05
<b>Otros Proyectos</b>	<b>0.00</b>	<b>174,055,943.25</b>	<b>757,762,782.34</b>	<b>382,404,423.35</b>	<b>1,314,223,148.94</b>
Otros Proyectos de Inversión		174,055,943.25	757,762,782.34	382,404,423.35	1,314,223,148.94
<b>Total RD\$</b>	<b>5,924,222,870.63</b>	<b>801,587,096.51</b>	<b>1,529,025,111.15</b>	<b>1,711,341,314.99</b>	<b>9,966,176,393.28</b>

Nota: Incluye Recursos Nacionales y Externos.

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Financiera año 2012, SIGEF y Unidades Ejecutoras de Proyectos con Recursos Externos.

**Cuadro 2: Presupuestos aprobados /Ejecutados del Programa de Medicamentos de Alto Costo y Programa insuficiencia renal, 2012-2015. En RD\$.**

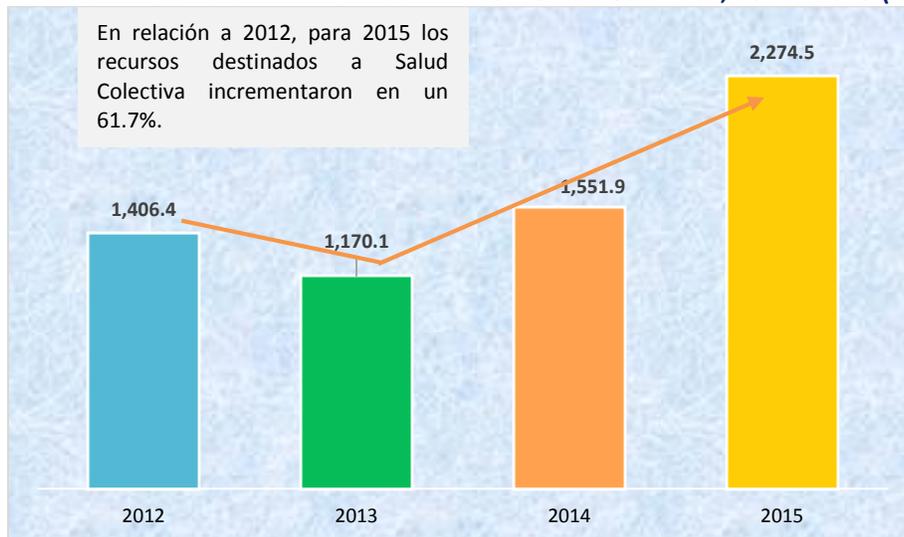
Años	Presupuestado	Ejecutado	%
2012	1,064,000,000.00	977,114,016.59	91.83
2013	500,000,000.00	453,365,501.22	90.67
2014	942,187,952.00	1,805,394,455.16	191.62
2015	2,428,693,976.00	3,386,650,077.97	139.44
<b>Total</b>	<b>4,934,881,928.00</b>	<b>6,622,524,050.94</b>	<b>134.20</b>

Fuente: Elaborado por la DPI a partir de reportes del Sistema Integrado de Gestión Financiera 2012-2015 y con base a informaciones del Dpto. de Ejecución Financiera.

Nota: La ejecución de los años 2014 y 2015 incluye el pago de deudas a través de la cuenta disminución de pasivos.

En el caso de la salud colectiva, de 2012 a 2014 el presupuesto fue el presentado en el gráfico I:

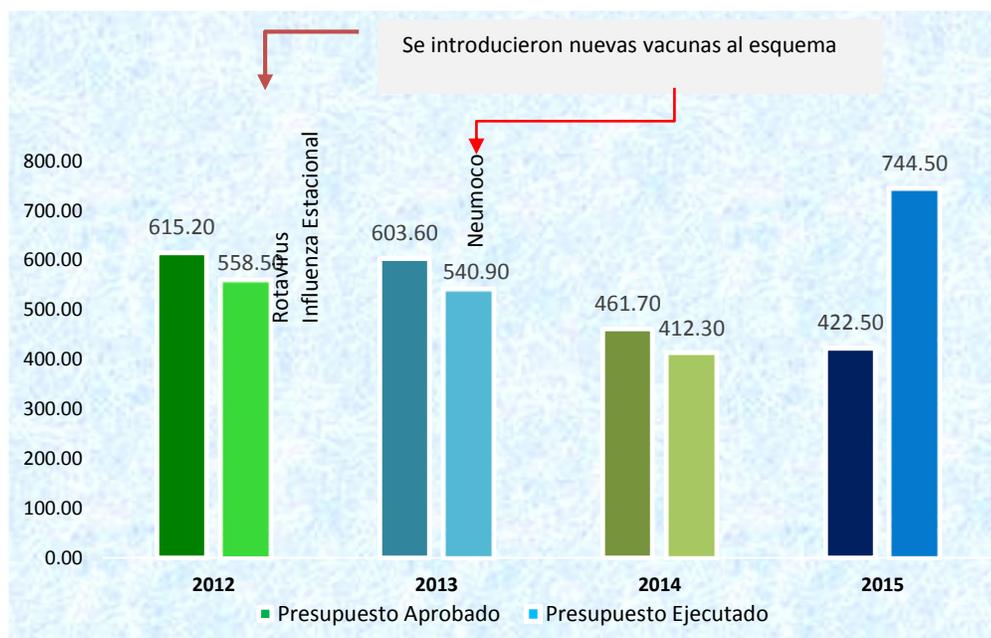
**GRAFICO 1: EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA 13 – SALUD COLECTIVA, 2012 - 2015 (RD\$ MILLONES)**



El grueso de los recursos incrementados en el presupuesto para Salud Colectiva (ver cuadro detallado en Anexo VI) se debió principalmente a lo siguiente:

- Asunción del Gobierno del compromiso de adquisición de los ARV, por el desmonte financiero de la cobertura realizada por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para proporcionar medicamentos antirretrovirales para los más de 31 mil pacientes adscritos al Programa Nacional de Atención Integral (PNAI). Los montos consignados en 2015 representaron un 380% adicional a lo que tenía la Actividad 3 para la Prevención y Control de Infecciones Transmisión Sexual en el 2012.
- Colocación de recursos para cubrir los recursos humanos (personal médico, paramédico, técnicos de transporte sanitario, radio-operadores y apoyo técnico-administrativo) del Componente Salud del Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad Ciudadana (911). Sin embargo, es pertinente señalar que el MSP al ser el responsable operativo de este componente se ve obligado a realizar modificaciones presupuestarias para cubrir los costos de mantenimiento y reparación de las ambulancias y URI, así como el combustible, medicamentos e insumos requeridos para la atención prehospitalaria. Esta situación es la que lleva a que el incremento en 2014 sea equivalente a un 274% en relación a 2012, en tanto, para 2015 se dispara a un 714%.
- Ampliación del Esquema Básico de Inmunización de la República Dominicana, con lo cual, el Gobierno se vió obligado a colocar más recursos para incorporar nuevas vacunas, tal como se observa en el grafico siguiente:

**GRAFICO 2: EVOLUCIÓN DE LA INVERSIÓN PRESUPUESTARIA EN EL PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EVITABLES POR VACUNAS (PAI), 2012-2015 (RD\$ MILLONES)**



Si bien, las respuestas a las preguntas iniciales pudiesen resultar incompletas, al menos, como resultado del ejercicio, se tiene una “radiografía” rápida de lo que es y produce la institución.

### 3.2. Aspectos metodológicos para el análisis situación del MSP.

Para efectuar el análisis situacional se ha considerado partir de los documentos existentes en la literatura nacional e internacional que aportan elementos sobre cómo se encuentra posicionado el Ministerio. De esta manera se incluye en la revisión los siguientes:

- i. Plan Decenal de Salud (PLANDES).
- ii. PEI de diversas áreas.
- iii. Libro “Problemas de la calidad en salud”.
- iv. Libro “El nuevo sistema de salud: inicios, rutas y dificultades”.
- v. Borrador del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2014.
- vi. Documentos de perfiles de salud de la República Dominicana.
- vii. Balance y perspectivas de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) en República Dominicana.
- viii. Documento base GESAWORLD tablero mando.
- ix. Documento Modelo de Atención, entre otros.
- x. Estructura orgánica institucional, normativas relacionadas.
- xi. Estrategia Nacional de Desarrollo y Plan Nacional Plurianual del Sector Público.
- xii. Documento MEPyD sobre planificación estratégica sector público.
- xiii. Ley General de Salud No. 42-01, Ley que crea el SDSS No. 87-01, Ley que crea el SNS No. 123-15, así como normativas sectoriales y adyacentes, importantes para redefinir la misión, visión y valores institucionales.

Se considera que algunos de los documentos aunque no son recientes reflejan problemas sectoriales sobre los cuales el hacer institucional debe enfocarse para fortalecer su capacidad de respuesta. Lo temas extraídos de la revisión bibliográfica, relacionados con los ejes y variables definidos previamente, constituyen el punto de partida para la discusión con actores clave para su enriquecimiento, previo a la consulta general. La organización de la data compilada, sintetizada sobre los ejes de análisis contemplan: recursos humanos, intersectorialidad, participación social, sistema de información, monitoreo y evaluación de resultados, garantía de la salud, desconcentración de funciones, entre otros.

Tomando en cuenta los trabajos desarrollados bajo la coordinación de la Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud (DDESS) para el fortalecimiento del rol rector y sobre cuya base se trabajó en la definición de un tablero de mando institucional, fueron considerados los ejes estratégicos propuestos y analizadas las preguntas para definir las variables que servirían tanto para el análisis situacional como para el análisis FODA (ver anexo I).

### **3.3. Panorámica nacional y del sector salud para el análisis situacional del MSP.**

El Sistema Nacional de Salud enfrenta retos importantes, principalmente en articular los servicios de promoción y prevención con los complementarios, basados en la definición e implementación de políticas saludables y tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud de las poblaciones.

En cuanto a la calidad de los servicios sus resultados deben apuntar a mejorar los principales indicadores de salud a un ritmo consistente con el cumplimiento de las metas nacionales e internacionales relacionadas con objetivos de desarrollo, así como los asociados a las acciones de promoción y control para prevenir enfermedades infecto-contagiosas y crónicas no transmisibles. En este sentido, en los últimos años se ha venido creando las bases para la reforma del sector salud para garantizar el acceso a los servicios a la totalidad de la población dominicana y, en consecuencia, permitir una satisfactoria resolución de sus demandas y unos mejores resultados de salud.

Dichas bases, fundamentadas en leyes y sus respectivos reglamentos, incluyen la necesidad de disponer de unos servicios de atención a la salud articulados e integrados, en los cuales la atención primaria actúa como puerta de entrada a la red, que representa uno de los compromisos más importantes del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que dispongan de la adecuada capacidad resolutoria centrada en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades, las acciones de vigilancia epidemiológica y el seguimiento a pacientes especiales, que cubra la emergencia y la atención domiciliaria con enfoque de equidad en salud y de género para reducir las brechas de desigualdad, basado en un “Modelo de Atención” que garantiza a los ciudadanos, independientemente de quien gestione su aseguramiento o a que régimen de financiamiento pertenecen, en el marco de la separación de funciones de rectoría y provisión de servicios de atención directa.

Por otro lado, las últimas reformas han generado nuevos mecanismos de financiamiento del sector salud, emergiendo el de carácter público, a través del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), el cual se ha instrumentado a través de entidades de administración de riesgos. En el proceso de implementación ha habido un incremento de la cobertura del Seguro Familiar de Salud (SFS), pero el mecanismo mixto (contributivo – subsidiado) aún está pendiente.

Con el objetivo de apoyar el desarrollo de políticas públicas, sus hacedores y los tomadores de decisiones están en continua definición y revisión de los instrumentos legales para eliminar los obstáculos para el acceso a los servicios de salud, con la calidad, oportunidad y calidez mandatoria de las leyes. La separación de funciones, el fortalecimiento de la rectoría y el reordenamiento del marco normativo permitirá que toda la red pública se constituya plenamente en oferente de servicios de salud al SDSS, contribuyendo además a generar otras fuentes de recursos para enfocarse en la gestión por resultados, dejando de lado la dependencia de las subvenciones del Gobierno Central para cubrir sus insumos, principalmente los recursos humanos, que conjuntamente con otros rubros son los de mayor peso en el gasto en salud. Esto implica la implementación de sistemas de costos, facturación y cobro, así como contar con una mayor capacidad gerencial en los prestadores (Artículo Nº 167 de la Ley Nº 87 – 01 que crea el SDSS).

Las estrategias clave para la transformación del Sistema Nacional de Salud se sustentan en el marco regulatorio siguiente:

- Ley General de Salud No. 42-01.
- Ley de Seguridad Social No. 87-01.
- Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo No. 01-12 en su segundo eje estratégico y su reglamento de aplicación.
- Compromisos asumidos por el país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hasta 2015 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a partir del 2016.
- Plan Decenal de Salud 2006-2015.
- Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009- 2018.
- Ley que crea el Servicio Nacional de Salud No. 123-15.

Los retos y desafíos para los próximos años están orientados a:

- Promoción de la salud como estrategia para alcanzar una mejoría en las coberturas de los programas de salud colectiva, con participación activa de la comunidad creando corresponsabilidad en la ciudadanía en lo relativo a su rol como ente social.
- Habilitación de la red pública e implementación de planes y programas para reducción de la mortalidad materna e infantil, con inversiones focalizadas en los principales hospitales del país.
- Garantía del acceso a medicamentos de calidad a toda la población, promoviendo su uso racional, priorizando la disponibilidad de medicamentos de fuentes múltiples (genéricos) en el mercado nacional, mediante una reingeniería en la gestión y dispensación de los mismos.
- Profesionalización de los servicios públicos de salud y estabilización del personal a través de la implementación de la carrera administrativa y sanitaria, a fin de garantizar mayor calidad y humanización en la prestación de servicios con énfasis en la Atención Primaria en Salud.
- Implantación de la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) y el Plan de Calidad con sus indicadores de monitoreo.
- Reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil acorde a lo planteado en los ODS.

La protección social en salud, en el marco del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), tiene como reto la incorporación de la población que actualmente carece de seguro de salud, particularmente en el Régimen Subsidiado y Contributivo – Subsidiado, con la finalidad de que puedan disfrutar de una cobertura efectiva, a través de un Plan Básico de Salud (PBS) acorde a sus necesidades, orientados a la administración del riesgo antes que a la administración del pago. De su parte, el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia (SVDS) presenta todavía importantes lagunas en cobertura y organización. Con respecto a la cobertura, para lograr su ampliación se prevé el inicio de las Pensiones Solidarias, que constituyen el Régimen Subsidiado en Pensiones.

En este mismo tenor, es evidente la significativa dispersión del sistema, plasmada en la convivencia de múltiples sistemas individuales, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, que deberán irse integrando en un sistema único. Perduran, igualmente, problemas sin resolver generados a raíz de la reforma, como el reconocimiento de los aportes de los

trabajadores en el viejo sistema, para que formen parte de su capitalización individual en el nuevo sistema y la definición clara de los mecanismos de afiliación de la población contributiva – subsidiada y sus respectivos aportes.

### 3.3.1. Contexto socio-económico de la República Dominicana.

El panorama nacional frente al cual se debe fortalecer la capacidad de respuesta institucional del MSP presenta para República Dominicana, país con una extensión territorial de 48,311 km<sup>2</sup>, cuya división política administrativa está organizada en 32 provincias, las cuales a su vez están subdivididas en 158 municipios y 231 distritos municipales. Los principales indicadores son:

**Demografía<sup>4</sup>:** La población estimada para el 2015 fue de 9,980,243 habitantes, de los cuales 4.991 M son hombres y 4.988 mujeres. Hay una mayor concentración de habitantes en la ciudad capital y cabeceras provinciales, lo que incrementa la influencia de factores determinantes en la salud, tales como hacinamiento, densidad poblacional, inequidad, pobreza, desbalance entre la demanda y acceso a servicios básicos. La tasa de crecimiento demográfico natural (por mil) anual al 2014 fue de 13.71. La relaciones viejos / jóvenes (por 100) para 2015 es de 22.01. La esperanza de vida para 2014 fue de 72.81 años (70.43 para hombres y 75.35 para mujeres). La tasa global de fecundidad en 2014 fue de 2.36 presentando una ligera disminución. El índice de masculinidad (por 100) es de 100.05 en 2015. Las tasas de fecundidad y natalidad representan 3 hijos por mujer. Para 2014 la tasa de migración decreció, presentando un valor de -3.83.

**Pobreza y distribución del ingreso<sup>5</sup>:** Al 2015 un porcentaje de 32.1 de la población se encontraba en la línea de pobreza, mientras que el 5.4% se encontraba en la indigencia o extrema pobreza. El ingreso real per cápita de los hogares tuvo un crecimiento acumulado de 11.9%, aumentando 5.9% en el período 2013-2014 y 5.9% en 2014-2015. La proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar PPA (paridad del poder adquisitivo) por día es 1.20 en 2014. Aún persiste la brecha entre ricos y pobres; sin embargo, al 2015 se presenta una tendencia lenta, pero perceptible, a la reducción de los niveles de desigualdad en la distribución del ingreso, pues el coeficiente de Gini logró una disminución sostenida en los últimos dos años, acumulando una disminución de 0.023, cayendo de 0.475 en 2013 a 0.463 en 2014 hasta el 0.452 de 2015.

**Empleo<sup>6</sup>:** La tasa de ocupación nacional al 2014 fue de 49.00%, mientras que la tasa de informalidad fue de 55.58%; la tasa de desempleo ampliado fue de 14.50%, la relación de dependencia económica (PEA) fue de 74.44; la tasa de cobertura del Seguro de Riesgo Laboral fue de 88.50; la brecha salarial de las mujeres respecto de los hombres es de 76.68.

**Educación<sup>7</sup>:** Para el 2014 la tasa analfabetismo se aproximó a un 8.24% en población de 15 y más años de edad (para ambos sexos), presentando cifras muy elevadas en las zonas rurales con un 14.31; al 2013, la tasa de escolarización de la población de 5 años de edad es de un 80.19

---

<sup>4</sup> ONE (2016). Estimaciones y proyecciones de población. Proyecciones subnacionales de población 2000-2030. Abril 2016. Sistema Nacional de Indicadores Integrados para el Desarrollo (SINID). <http://sinid.one.gob.do/> Revisado a julio 2016.

<sup>5</sup> MEPYD (2015). República Dominicana: Estimaciones oficiales de pobreza monetaria en marzo 2015 y determinantes agregados de los cambios recientes. PPT UAAES. Santo Domingo, 29 de octubre 2015.

<sup>6</sup> Sistema Nacional de Indicadores Integrados para el Desarrollo (SINID). <http://sinid.one.gob.do/> Revisado a julio 2016.

<sup>7</sup> Opus Cit. SINID 2016 (Nº. 5).

**Salud:** Al 2014 el porcentaje de partos atendidos en establecimientos de salud fue de 97.90, con una proporción de 98.60 (2013) asistidos por personal de salud cualificado y cobertura de atención prenatal de 99.30 considerando 4 consultas o más. La estimación para 2013 de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años alcanzó la cifra de 31.0 por cada mil nacidos vivos, de acuerdo con los datos de la ONE y una tasa general de MMI de 27; mientras se consigna una tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) de 107.1<sup>8</sup> al 2013.

### **3.3.2. Situación de Salud de la República Dominicana.**

#### **3.3.2.1. Situación General de Salud de la República Dominicana.**

Un punto importante para analizar el contexto en que el MSP actúa como ente rector del sistema de salud dominicano es la situación de salud del país, es decir, las condiciones de salud la población, la cual se desarrolla como un sistema complejo por su producción multisectorial y multifactorial, donde intervienen aspectos sociales, demográficos, económicos, culturales, ambientales nutricionales, familiares, individuales y de los servicios de salud.

La situación general de salud es estudiada quinquenalmente mediante la realización de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA), la cual presenta datos de morbilidad. Tal como recoge el estudio sobre la eficiencia del gasto público en educación y salud en RD 2003-2013<sup>9</sup>, la ENDESA 2013 indica que el 33.8% de los “residentes habituales de los hogares tuvieron alguna enfermedad o problema de salud, sin internamiento, en los 30 días previos a la encuesta” durante el año 2013, el 19.7% reportó al menos una enfermedad crónica, y un 5% de discapacidad.

Dichas cifras reflejan un deterioro en las condiciones generales de salud de la población. Sin embargo, ENDESA 2013 señala que, si bien el incremento entre 2007 y 2013 en la proporción de personas con enfermedades crónicas puede deberse en parte a que en la presente [la del 2013] encuesta se investigó sobre tres condiciones adicionales de este tipo, respecto de las consideradas en 2007: las enfermedades del hígado, los problemas visuales y la obesidad (...), en lo que concierne a los problemas de salud en los últimos 30 días el incremento relativo no puede atribuirse a una causa similar, y, por el contrario, estaría reflejando un cambio real en la incidencia de episodios agudos de morbilidad, principalmente de los problemas respiratorios (ver cuadro No. 2). ENDESA 2013 indica que el mayor padecimiento de la población dominicana está asociado a enfermedades respiratorias, que afectó al 77% que tuvo algún problema de salud en los últimos 30 días antes de la encuesta, seguido por enfermedades infecciosas y parasitarias y del sistema nervioso.

---

<sup>8</sup> ASIS 2014 con base a MSP/MEPyD/ONE Estimaciones nacionales de mortalidad materna ajustada por subregistro del SINAVE y registro de nacimientos. Datos actualizados el 11 de octubre del 2013.

<sup>9</sup> BID (2016). La eficiencia del gasto público en Educación y Salud en República Dominicana, 2003 -2013. Grupo de Consultoría Pareto. Nota Técnica N° IDB- TN- 980. Abril 2016.

Cuadro 3: Porcentaje de la población total que tuvo alguna enfermedad República Dominicana, según ENDESAS.				
AÑOS ENDESAS	% tuvo algún problema de salud últimos 30 días (sin internamiento)	% que padece enfermedades crónicas (diagnosticado por un médico)	% que tiene alguna discapacidad *	% con al menos una de las condiciones anteriores
2002	27.8	16.3	29.1	38.9
2007	23.4	14.5	2.6	33.7
2013	33.8	19.7	5.0	46.2

Fuente: Tomado de la Nota Técnica N° IDB- TN- 980. Abril 2016 (pág. 87).  
Fuente original dato: ENDESA 2002, p. 300; ENDESA 2007, p. 343 y ENDESA 2013, p. 347  
\* Las categorías investigadas en ENDESA 2002 no son comparables con las dos encuestas siguientes.

**Datos de morbilidad<sup>10</sup>:** De manera general se presentan los datos de los indicadores epidemiológicos que permiten medir el riesgo de contraer una enfermedad, útil en salud pública en la elaboración de programas de prevención y detección precoz y realizar una mejor planificación sanitaria de los recursos disponibles.

#### Enfermedades transmisibles:

- **Enfermedades inmunoprevenibles:** Se estima que la proporción de niños de 12-23 meses con esquema completo de vacunación al 2009 fue de 42 y para 2010 la cobertura con Pentavalente (difteria/tosferina/tétanos/hepatitis B/meningitis habitantes) fue de 93.40. La Memoria institucional del MSP para 2015 (MIMSP-15) revela que la cobertura contra Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita (SRC) se mantuvo por encima del 95% y que se ha mantenido la ausencia de casos autóctonos o importados de poliomielitis, control de los casos de diarrea grave de lactante por Rotavirus, control de las enfermedades provocadas por el Haemophilus influenzae B, cero caso de tétanos neonatal, cero caso de difteria.
- **Enfermedades transmitidas por vectores (ETV):** En 2014 la tasa de incidencia por dengue fue de 63.50, presentando una baja considerable respecto de 2013 que estaba en 168.30. Tal como se señala en la MIMSP-15 siendo 2015 un año epidémico, con 13,174 casos notificados, en comparación con el 2013 donde hubo 14,501 casos notificados, indica una reducción de alrededor de un 9%. Hasta la semana 27 habían sido notificados 5,374 casos probables de dengue y 28 muertes confirmadas por dicha causa.

En el caso de la malaria la incidencia por cada 100 mil habitantes fue de 5.00, manteniendo la tendencia a la baja experimentada desde 2010 que presentaba una tasa de 25.10; sin embargo, los datos de la MIMSP-15 resalta la reducción, prevención y control de la Malaria al llevar la tasa de incidencia de 9.4 en el año 2012 a 6.5 por cien mil habitantes. Hasta la semana 27 el total de casos confirmados que se han detectado es de 361.

<sup>10</sup> Los datos de esta sección se corresponden a los presentados en el SINID a julio 2016, borrador ASIS 2014 octubre 2015, Memoria Institucional MSP 2015, Boletín epidemiológico Semana 27 DIGEPI y ENDESA 2013.

Los casos reportados de Zika virus hasta la semana epidemiológica 27 fueron de 4,878, incluyendo 828 embarazadas. 229 casos complicados con Síndrome de Guillain Barré (SGB) y un (1) caso de microcefalia en un recién nacido. La tasa de mortalidad asociada a paludismo (por 100 mil habitantes) al 2012 fue 0.10.

- **Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA):** Hasta la semana 27 han sido notificados 1,003 casos sospechosos de cólera, incluidas 17 defunciones.
- **Enfermedades por micobacterias:** En el año 2012, la proporción de casos de tuberculosis detectados con DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) fue de 67. La proporción de casos curados bajo dicha estrategia fue de 82.90 en 2011. La tasa de incidencia asociada a la tuberculosis por 100,000 habitantes se situó 47 en 2014. Para 2015, según la MIMSP la Estrategia Alto a la Tuberculosis en República Dominicana, alcanzando a detectar el 71% de los casos estimados de tuberculosis con baciloscopía positiva, llegando al 90% de la meta que para el 2013 era de detección del 80% de los casos. Para 2015, se registraron 77,653 casos de TB de los cuales y 4,606 entraron a tratamiento. En el ASIS 2014 la TB se presenta como una de las causas que contribuye a una mayor reducción de APV con -25%. La carga de enfermedad ha disminuido en 38%.
- **Infecciones respiratorias agudas (IRA):** En el boletín epidemiológico de la semana 27 al 2016 se indica que 54,093 episodios de IRA fueron atendidos. Los indicadores a 2008 presentan que el porcentaje de defunciones en menores de 5 años por IRA fue de 3.60, para el año 2013 constituyen una de las enfermedades con mayor carga en la etapa postneonatal y postinfantil, siendo la 4 en niños con AVAD de 8.5% y una tasa de 5,087 por 100 mil, mientras que en las niñas es de 8.6% con una tasa de 4,128.
- **Enfermedades por zoonosis:** En 2015 se reportaron 29,944 personas mordidas por animales sospechosos. Las coberturas de vacunación canina/felina se mantuvieron a la fecha en promedio de 80%. En cuanto a la leptospirosis, a la semana epidemiológica No. 27 se habían notificado 244 casos sospechosos, incluyendo 13 fallecimientos.
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS):** VIH/Sida – La epidemia ha clasificado como concentrada (<1%), en la cual la prevalencia en grupos vulnerables es hasta cinco veces superior a la observada en la población general. En 2013 la tasa de prevalencia del VIH fue de un 0.8%. La prevalencia más baja de VIH se da en los adolescentes de 15 a 19 años, de apenas 0.1%. La tasa de incidencia reportada a 2013 fue de 4.25 por 100 mil habitantes. Se presenta como la primera causa de mayor reducción de AVP por orden de frecuencia con un 50%. La carga específica por VIH/SIDA, tanto en hombre como mujeres, es de 57%.

#### **Enfermedades nutricionales:**

En 2013 la ENDESA presenta datos de prevalencia con valores de <1 para desnutrición aguda (P/T) en niños <de 2 años; 4.4 para desnutrición crónica (T/E) en niños <de 5 años; desnutrición global (P/E) en niños <de 5 años. En tanto, la Encuesta de micronutrientes referido en el ASIS 2014 presenta valores de prevalencia <10 por carencia de Vitamina A en niños <de 5 años y anemia <de 5 años. La prevalencia de bajo peso para la talla en menores de 5 Años fue de 2%,

mientras que el porcentaje de población debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria se reporta de 15.4% en el informe de seguimiento a los ODM RD. La desnutrición proteino-energética (-25%) se presenta como una de las causas que mayor reducción de AVP.

**Enfermedades crónicas no transmisibles:**

Las ECNT aportan el 86% de la carga de enfermedad en este grupo poblacional. Las enfermedades cardiovasculares aportan el 28% de la carga ajustada por discapacidad.

En cuanto al cáncer, en la mujer, el de mama representa el mayor carga de enfermedad con 3.2% y ocupando el ranking No. 8, mientras que para el hombre es de próstata, con un 2.3% ocupa la posición No. 9. En ambos casos, de 50-69 años, la insuficiencia renal crónica es relevante, ocupando el No. 5 del ranking con un 3.6 y una tasa de 1,866 en hombres de 50-69 años y el No. 9 con 3.2% y una tasa de 1,250 en mujeres.

**Cuadro 4: Causas de enfermedad en % y tasas por sexo y rango de edad de 50-69 años a 2013.**

Ranking de la enfermedad	Hombres		Mujeres	
	%	Tasa	%	Tasa
1. Enfermedad isquémica del corazón	18.5	9512	13.2	5159
2. Enfermedad cerebrovascular	9.3	4801	8.5	3318
3. Diabetes	6.2	3165	8.2	3195

**Fuente:** Tomado del borrador del ASIS 2014 de octubre 2015.  
**Fuente original dato:** Estudio de Carga Global de Enfermedad 2013. Instituto sobre la Métrica de la Salud y Evaluación/Universidad de Washington. Recuperado de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/>. Actualización 15 de septiembre de 2015.

**Accidentes y violencia:**

El ASIS indica que los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal representan el 5.2% de las primeras 25 causas de enfermedad y ocasionan el 65% de la mortalidad prematura en los hombres jóvenes de 20-24 años. Los accidentes de tránsito ocupan la posición No. 3 en el ranking de enfermedades a 2013 según AVP, con tasas de 132 y porcentaje de 7.2. Las estadísticas<sup>11</sup> indican que el número de muertes por accidentes y violencias ocurridas y registradas a 2014 fue de 4,684, de las cuales las de accidentes de tránsito fueron 1855 (39.6%).

**Enfermedades mentales:**

La extrapolación de los datos epidemiológico de ALC (OPS/OMS, 2009) sobre morbilidad por trastornos mentales en miles de casos indican el comportamiento siguiente: depresión mayor 227, abuso o dependencia del alcohol 160, psicosis no afectiva 43, ansiedad generalizada 37, trastorno bipolar 24 y deambulantes 8. En Rep. Dominicana el índice de consultas es de 167 por cada 10,000 habitantes para 2013, estando las provincias de: Hermanas Mirabal, el Distrito Nacional, Peravia, Santiago, Samaná y Duarte por encima de la media nacional.

Los resultados preliminares del ASIS 2014 (DIGEPI) indican de manera agrupada los trastornos mentales y comportamiento aportan la mayor carga de enfermedad (17.3%), sin diferencia

<sup>11</sup> ONE (2014). Boletín de estadísticas de muertes accidentales y violentas. Enero-junio, 2013. Julio 2014. ONE (2015). Compendio de estadísticas de muertes accidentales y violentas, 2006-2014. Octubre 2015.

significativa entre hombres y mujeres (16.3% versus y 18.3%). Entre los problemas de salud mental de mayor frecuencia destacan la depresión mayor (6.1%), los desórdenes de ansiedad (4.2%), uso abusivo de alcohol (3.0%) y de drogas (2.6%).

#### **Mortalidad materna**<sup>12</sup>:

Los datos preliminares<sup>13</sup> de mortalidad materna para 2015 indican que el número de muertes maternas para el calcula de la Razón de Muertes Maternas (RMM) fue de 195, en cuyo año se consideró el número de nacimientos estimados por la ONE de 197,408, arrojando una RMM de 98.8 por 100 mil nacidos vivos.

#### **Mortalidad infantil:**

La tasa de muertes infantiles según la MIMSP-15 se redujo en un 22% en relación a lo reportado en 2014. En el período el Sistema de Vigilancia captó y se notificaron 2, 875 muertes infantiles. El boletín epidemiológico hasta la semana 27 del 2016 reporta 1182 defunciones. La última ENDESA indica que Tasa de Mortalidad Infantil (por 1,000 nacidos vivos) es de 27; sin embargo, la TMI estimada con corrección nacimientos y factor de corrección encuestas al 2015 fue de 21.7, considerando los subregistros en los reportes. Para dicho año, el número de muertes infantiles registradas fue de 2,758.

#### **3.3.2.2. Análisis de Situación de Salud de la República Dominicana 2014.**

En el documento borrador del Análisis de Situación de Salud República Dominicana 2014<sup>14</sup> se destacan los resultados presentados más abajo, algunos de los cuales parecieran ser positivos y otros constituyen retos que conllevan al cierre de brechas en salud y por tanto al desarrollo de políticas públicas sobre los determinantes sociales de la salud que son abordados en el documento borrador del ASIS que constituye una referencia bibliográfica para la comprensión del estado de salud de la población y los efectos alcanzados con las intervenciones en salud o la mejora de las condiciones que determinan dichos cambios.

- ✓ Reducción del ritmo de crecimiento poblacional y continuo envejecimiento de la misma, explicado por la reducción sostenida de la natalidad y la mortalidad, el aumento de las migraciones y de la esperanza de vida.
- ✓ Elevación del Índice de Desarrollo Humano (IDH) a 0.702, con una mejora de 0.189 en relación a 2005 que presentaba 0.513.
- ✓ Reducción de la pobreza extrema, pero quedando por debajo de la meta del milenio de 5.14%.

---

<sup>12</sup> MSP (2016). Registro de Estadísticas vitales (certificado médico de defunción) integrando información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica 2008-2015.

<sup>13</sup> El Ministerio de Salud incorpora a los procedimientos de la gestión de las estadísticas vitales la búsqueda intencionada de muertes de mujeres en edad fértil (10-49) desde el 2013 y retrospectivamente aplica los criterios de exclusión al número de muertes para el cálculo de la RMM. Desde el 2008 la base de datos del certificado médico de defunción (estadísticas vitales) presenta las causas de las muertes maternas integrando las subregistradas y corregidas por mala clasificación. A partir del 2013 con el procedimiento de búsqueda intencionada e integración de las muertes captadas se ha mejorado la cobertura de información y la calidad de los datos de las muertes en mujeres en edad fértil y la identificación de todas las muertes maternas.

<sup>14</sup> MSP (2015). Análisis de Situación de Salud República Dominicana 2014. Borrador 22-9-15. VMSC, octubre 2015.

- ✓ Mejora de la seguridad alimentaria y condiciones de saneamiento básico, alcanzando la meta del milenio en relación al consumo calórico mínimo y el acceso a agua y servicios sanitarios mejorados de >80%.
- ✓ Cobertura de un 62.2% de la población total en el Seguro Familiar de Salud del SDSS; sin embargo, la población más pobres y sin nivel educativo tienen las más bajas coberturas, a pesar de la focalización de los subsidios.
- ✓ Aumento en diez años de la esperanza de vida al nacer (EVO), pasando de 70.1 a 74 años promedio de edad, superándose la meta prevista en el PLANDES de 73 años.
- ✓ Estancamiento en la reducción de la mortalidad neonatal, donde cerca del 80% de las muertes infantiles ocurren en los primeros 28 días del nacimiento y cerca de la mitad se deben a dificultad respiratoria y sepsis del recién nacido.
- ✓ Prevalencia altas tasas de mortalidad materna, pese a la atención prenatal y los partos atendidos por personal calificado.
- ✓ Reducción en 5 años (2005-2010) en un 8% la mortalidad prematura (Índice de Años de Vida Potencialmente Perdidos - IAVPP) al pasar de 20,138 AVPP por cada 100,000 habitantes (1.80 millones) a 18,366 AVPP por cada 100,000 habitantes (1.74 millones).
- ✓ Las tres causas de mayor reducción de AVPP observadas en orden de frecuencia VIH-SIDA (-50%), enfermedades diarreicas (-28%), tuberculosis (-25%). En cambio, ha aumentado la relacionadas cáncer de mama (+40%), cáncer de hígado (+25%), enfermedad renal crónica (+24%), diabetes (+23%), cáncer de próstata (+22%), enfermedad isquémica del corazón (+21.5%) y enfermedad hipertensiva del corazón (+20%).
- ✓ Aumento sostenido con la edad y por quintiles de ingreso per cápita del hogar de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y de las discapacidades, desde 16% en el quintil más bajo hasta 25% en el más alto.
- ✓ Reducción en la morbilidad y mortalidad causada por VIH, epidemia clasificada a nivel nacional como concentrada (<1%), con prevalencia en grupos vulnerables es hasta cinco veces superior a la observada en la población general.
- ✓ Relevancia de una mayor capacidad en la detección oportuna de nuevos casos de TB.
- ✓ Disminución en incidencia de malaria, pero aún no se alcanza la meta del PLANDES que indicaba “Cero muerte por malaria”.
- ✓ Letalidad considerable por dengue, debido a comportamiento endémico con variaciones cíclicas, estacionales y brotes periódicos que presenta.
- ✓ Relevancia de los problemas de salud mental, cuya magnitud, debido a la debilidad en los registros no pudo ser cuantificada; sin embargo, los recursos destinados a este problema, de carácter multifactorial, son insuficientes para atender las demandas de la población en términos de prevención y asistencia sanitaria.
- ✓ Preponderancia de los homicidios que representan el 50% del total de las muertes violentas en el país.
- ✓ Alta representatividad de las muertes por accidentes de tránsito, con un 38% de las muertes por causas externas que representaron el 12.5% del total causas en el período 2008-2012.
- ✓ Contribución significativa de los mecanismos de alerta temprana y respuesta rápida en la mitigación del impacto de los eventos meteorológicos y epidémicos en el país.

Las principales conclusiones del ASIS son:

- Transición demográfica con un descenso de la fecundidad y un aumento en la esperanza de vida, lo que ha producido un cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por una doble carga de enfermedad: la permanencia o el resurgimiento de enfermedades transmisibles y problemas de salud materno-infantil propios de los países en desarrollo y una carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles (ENT) que afectan a los países de más altos niveles socioeconómicos.
- Cifras de mortalidad materna e infantil elevadas, identificándose que la calidad de los servicios de salud materna es uno de los aspectos críticos, por lo que se requiere un abordaje con una visión más integral, con metas y estrategias concretas para reducir el embarazo en las adolescentes, las cesáreas innecesarias y la mortalidad evitable.
- Identificación de determinantes sociales relacionadas con la inequidad que parecen influir en negativamente en la presentación de varios eventos de salud principalmente relacionados con las ENT.
- Predominio de factores de riesgo correlacionados con el nivel de educación y los quintiles de riqueza presentes en el estilo de vida de la población, lo que la coloca en situación de vulnerabilidad, generada por la presencia de la obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y diabetes.
- Discapacidad en población económicamente activa (PEA) y costos económicos de la atención médica asociados a la inseguridad vial.

### 3.3.2.3. Gasto Nacional en Salud de la República Dominicana 2014.

Desde el 2015, el MSP, a través de la División de Cuentas Nacionales de Salud (DCNS), ha estado trabajando en fomentar la institucionalización de la producción sistemática y rutinaria de las CNS, implementando la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) 2011, que ha sido consensuada entre expertos en materia de desarrollo y salud, así como organizaciones internacionales que han impulsado el tema, tales como OMS/OPS, EUROSTAT, OECD, BID, BM, USAID, entre otras. La introducción de los esquemas de financiamiento en el SHA 2011 permiten ver cuáles son los módulos de movilización de los recursos económicos en el sistema de salud y el gráfico siguiente presenta como es el flujo en los esquemas gubernamentales (HF.1.1) y los esquemas de seguros obligatorios contributivos (HF1.2).

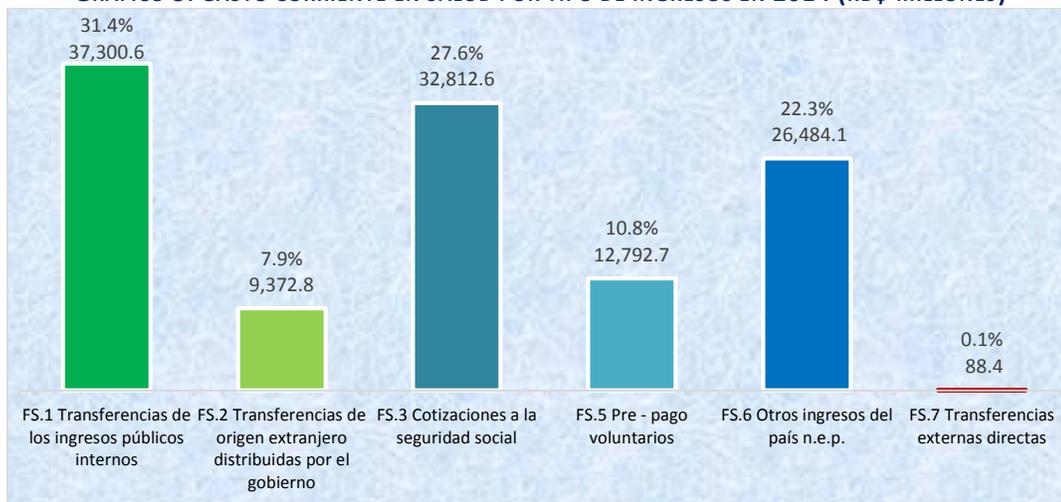


Los resultados preliminares del gasto en salud para el 2014 se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 5: Indicadores de Cuenta Nacional en Salud de la República Dominicana, 2014	
Gasto corriente en salud (RD\$ millones)	118,851.32
Formación bruta de capital fijo (RD\$ millones)	3,067.79
Gasto corriente y formación bruta de capital fijo como proporción del Producto Interno Bruto (PIB)	4.4%
Gasto corriente como proporción del PIB	4.3%
Ingresos de fuentes públicas y cotizaciones sociales en el gasto corriente de esquemas públicos como proporción del PIB	2.9%
Gasto en salud per cápita (US\$)	283.2
Gasto corriente en salud per cápita (US\$)	276.0
Fuente: DPI/DCNS - Informe preliminar del CNS RD 2014	

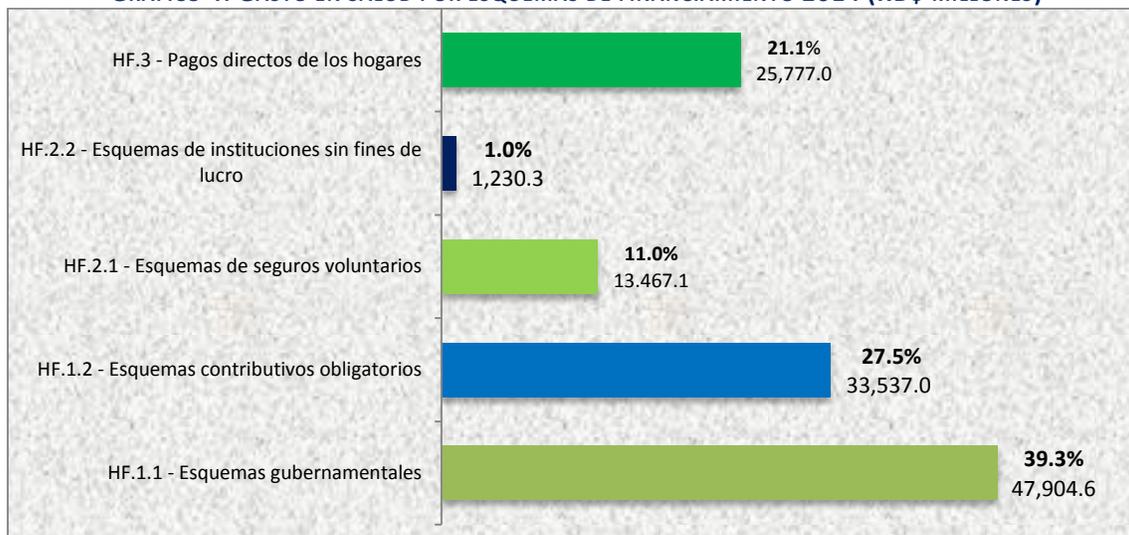
La República Dominicana es un país de ingreso medio alto, con un 4.4% del PIB destinado a salud, más cercano a lo que invierten los de ingreso medio bajo, 4.2%, que lo que dedica el resto de los de su categoría, 6.3%, lo que refleja una brecha del 1.9%. Los ingresos públicos (FS.1 – FS.3) representan un 66.9% del gasto corriente y se presenta en el gráfico anterior el cual excluye el gasto de capital, cuyo gasto fue destinado en mayor proporción a infraestructura (RD\$1,754.6 millones) con un 57% del total.

GRAFICO 3: GASTO CORRIENTE EN SALUD POR TIPO DE INGRESOS EN 2014 (RD\$ MILLONES)



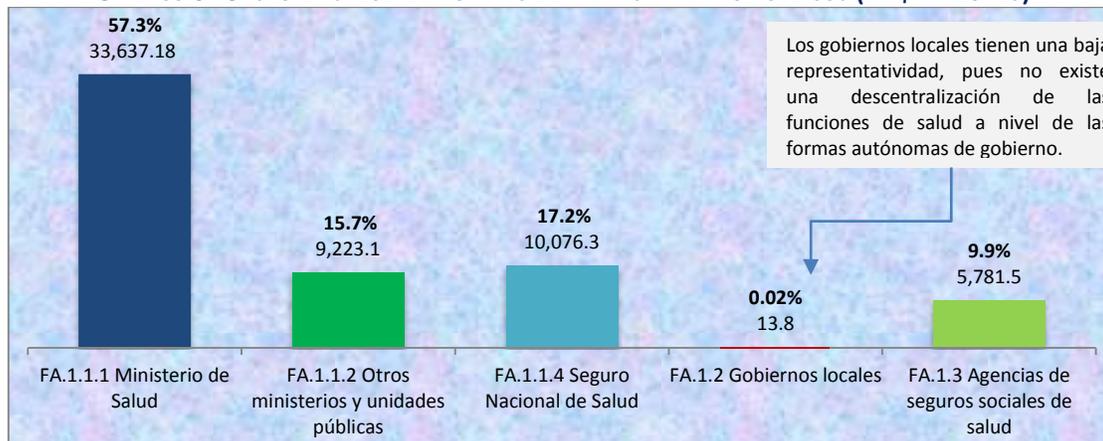
El gasto en salud por tipo de ingresos fue de un 67% en los esquemas públicos (RD\$81,441.7 millones) y de un 33% en los esquemas privados (40,474.4 millones). Esto se explica con el 62.2% de cobertura en el SFS, el cual empuja a un incremento de los esquemas de seguros contributivos obligatorios, que constituyen el segundo mecanismo de financiamiento.

**GRAFICO 4: GASTO EN SALUD POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO 2014 (RD\$ MILLONES)**



La tendencia del gasto de bolsillo ha de ser a la baja, tal como se aprecia en el gráfico anterior. Pese a que el 33% del gasto corresponde a esquemas públicos, los agentes de financiamiento privados concentran un 51.2% de los recursos (RD\$63,184.27). Esto se sustenta principalmente en las compañías de seguros que se reconstituyeron para poder operar bajo la seguridad social con creación del SDSS, y a la vez, continuar ofertando planes voluntarios primarios y complementarios.

**GRAFICO 5: GASTO EN SALUD DE AGENTES DE FINANCIAMIENTO PÚBLICOS (RD\$ MILLONES)**



El Ministerio de Salud se constituye como el primer agente de financiamiento del sector público (57.3%), mientras que el Seguro Nacional de salud es el segundo (17.2%), producto de que maneja dos esquemas (gubernamentales y de seguros contributivos obligatorios).

Los pagos directos de los hogares pasaron de representar un 44.1% del gasto en salud en el 2007 a un 21.1% en el 2014. La evidencia muestra que en los países en que esta proporción es inferior al 15% pocos hogares incurren en gastos catastróficos de salud (Ke Xu et al, 2005). Las estimaciones indican que para 2007 el pago directo de los hogares fue de RD\$26,512.8 millones, mientras que en 2014 fue de RD\$25,777.0. Esto muestra que los hogares han disminuido su

participación como agente de financiamiento en el sistema de salud, lo que puede deberse al inicio del régimen contributivo del SFS y el despegue del régimen subsidiado, que hasta el 2006 tuvo un gasto con poco dinamismo. No obstante, la literatura internacional sugiere que el monto reportado ha de ser menor al real porque no se utiliza data administrativa o triangulación, sino encuestas.

Algunas conclusiones y expectativas sobre el gasto en salud para 2016 es que mostrará una reingeniería de los flujos económicos del sector salud, en virtud de la Ley N° 123 – 15 que crea el SNS y que se reflejará en que:

- El MSP perderá su peso como el mayor agente de financiamiento del gobierno, mientras que el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) únicamente financiará servicios de salud por la vía de la demanda, a través de su ARS. Obviamente, esto último ocurrirá una vez se haga efectivo el traspaso de la PSS Salud Segura al SNS.
- El SNS será el nuevo agente de financiamiento público y el principal proveedor primario de salud del sistema.
- El gasto del MSP estará orientado principalmente a las funciones de administración y rectoría del sistema; la provisión de atención preventiva por la función de la salud colectiva; así como la provisión de medicamentos con prescripción en virtud del Programa de Medicamentos de Alto Costo (PMAC) para enfermedades catastróficas, en el marco del análisis funcional del SHA 2011.
- Dado que la separación de funciones restará actividades al MSP, los programas vinculados a enfermedades o áreas (TB, ITS/VIH, Zoonosis, Vectores, otras) pudieran explicitar las funciones en dos vertientes: cuando se previene y cuando se da tratamiento, con el fin de conocer mejor el propósito del gasto en salud.

### 3.4. Acerca del Ministerio de Salud Pública.

#### 3.4.1. Marco funcional de la organización.

Con la promulgación de la Ley General de Salud No. 42-01 se redefinen las funciones de la Secretaría, hoy Ministerio de Salud, quedando establecida en varios de sus Artículos, a saber:

- Artículo 5 le denomina como la encargada de aplicar en todo el territorio de la República, directamente o por medio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de la ley, sus reglamentos y otras disposiciones legales que al efecto se promulgaren.
- Artículo 8 le instruye a ser, conjuntamente con sus expresiones territoriales, locales y técnicas, el órgano rector del Sistema Nacional de Salud, con lo cual adquiere la facultad de ser la máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud; y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.
- Artículo 12 indica que es la promotora y desarrolladora de las estrategias de: a. Descentralización y desconcentración de los servicios; b. Promoción y protección de la salud y la prevención de las enfermedades; c. Separación de funciones de regulación, provisión de servicios, financiamiento y supervisión; d. Promoción y garantía de la participación social; e. Promoción de la intersectorialidad; f. Promoción de satisfacción del personal sanitario en el sistema; g. Promoción y concertación de las políticas públicas; h. Condiciones para creación de redes de servicios públicos.
- Artículo 14 amplía el marco de actuación y dispone como funciones:
  - a) El diseño y ejecución de las políticas del sector salud.
  - b) Propender por la realización de los principios consagrados en la presente ley al interior del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y de éste frente a los demás sectores públicos y privados cuya actividad esté relacionada con la administración de recursos o prestación de servicios de salud;
  - c) Garantizar los derechos de los y las pacientes a la información comprensible y veraz sobre sus casos y su condición de salud, así como sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios e informar a los usuarios de los servicios del sector salud o vinculados a él, de sus derechos y deberes a través de las instituciones competentes del Sistema Nacional de Salud.
  - d) Garantizar a los y las pacientes una atención oportuna, de calidad y prestada con calidez, respetuosa de su ambiente cultural y de sus derechos humanos y de ciudadanía consagrados en la normativa constitucional;
  - e) Garantizar que toda persona física o moral o institución que pertenezca o se relacione con el sistema de salud y sus áreas afines, cumpla con los criterios de la bioética, siempre que respeten la condición y dignidad de la persona humana, acorde a los convenios internacionales ratificados y las normas jurídicas dominicanas vigentes;

- f) Coordinar la adecuada aplicación y desarrollo de los recursos disponibles cuya administración compete a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS);
- g) Formular todas las medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes;
- h) Promover el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la educación adecuada de la misma, asumiendo esta educación en sentido integral como base de las políticas sanitarias del país.
- i) Garantizar que las instituciones del sistema desarrollen acciones de promoción de la salud, prevención de las diferentes enfermedades y de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud;
- j) Garantizar la creación de condiciones necesarias para asegurar un adecuado acceso de la población a los servicios de salud;
- k) Coordinar el funcionamiento integrado de las entidades que se encuentren vinculadas al Sistema Nacional de Salud;
- l) Coordinar con las instituciones educativas en los niveles superiores y técnicos y con las demás instituciones del Estado competentes, la formulación y ejecución de los planes y programas de desarrollo del recurso humano para el área de salud, de acuerdo a las necesidades del sistema;
- m) Promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente;
- n) Coordinar y promover la participación sectorial y extrasectorial del sector privado y los subsectores públicos, nacionales e internacionales, en el desarrollo y consolidación del sistema de salud;
- o) Nombrar, supervisar y evaluar los programas y servicios que desarrollen sus expresiones descentralizadas y estructuras organizativas correspondientes;
- p) Propender por la descentralización y desconcentración del sistema, sus expresiones territoriales mediante el fortalecimiento y desarrollo institucional y sus estructuras organizativas correspondientes;
- q) Colaborar con la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales por la preservación y el mejoramiento del medio ambiente.
- r) Establecer y coordinar las políticas de supervisión que demande el sistema, con el fin de garantizar una eficaz y eficiente aplicación de las normas científicas, técnicas y administrativas que fueren expedidas;
- s) Disponer las acciones disciplinarias o administrativas previstas por la presente ley o cualquier otra disposición legal;
- t) Definir los grupos prioritarios de la población, y los problemas sobre los que el Estado debe hacer una mayor inversión en la política nacional de salud;
- u) Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud.

Una descripción concisa de las responsabilidades del Ministerio de Salud se recoge en el documento “Problemas de la calidad en salud”<sup>15</sup> y que indica que el “MSP es la entidad que en el marco de la Ley 42-01 es la rectora del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y tiene como una de sus funciones la regulación del mismo, incluyendo la calidad de la atención (art. 8 párrafo II) y su mejora continua (art. 12 inciso f), la prestación oportuna con calidad a los pacientes (art. 13 inciso g), introducción de mecanismos que estimulen a los recursos humanos en salud a tomar conciencia sobre la calidad (art. 26 párrafo II), calidad de la data del Sistema de Información General de Salud – SIGS (art. 35), calidad sanitaria y normas para el abastecimiento del agua para consumo humano (art. 42), coordinar con el Ministerio de Medio Ambiente para normar respecto a la calidad del aire (art. 49 párrafo único), vigilar y regular la calidad de los servicios de salud en las instituciones prestadoras (Título II, Capítulo I, Sección I, arts. 98 al 102), velar por el cumplimiento de los establecimientos farmacéuticos de las normas correspondientes para asegurar la calidad de los servicios que prestan (Título II, Capítulo I, Sección II, art. 103), normar los establecimientos que intervengan con la sangre como producto de salud para asegurar el cumplimiento de los requisitos de calidad (arts. 107 y 108), regular lo referido a otros productos y servicios sanitarios, así como a productos farmacéuticos y alimentos de uso médico (Libro cuarto, Título único, arts. 109 al 132).

En cuanto al último punto deberá coordinar con Dirección General de Normas y Sistema de Calidad (DIGENOR) – hoy INDOCAL - y con las demás instituciones competentes, para asegurar el cumplimiento de las normas relacionadas con los alimentos. Por otro lado, el art. 155 establece como delito el expendio, envase, suministro y comercialización del agua potable que no cumpla con las normas de calidad establecida en los artículos 42 y 43 de la Ley; también la transfusión de sangre que carezca de la debida certificación de calidad”.

En la Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12 del 12 de agosto del 2012, en las cuales se incluyeron nuevas funciones a este Ministerio:

- Artículo 15.- Conducir estratégicamente del Estado, mediante el diseño, formulación, aprobación y evaluación de las políticas públicas, el seguimiento de su ejecución y la evaluación del desempeño institucional y de sus resultados. Asimismo, de conformidad a esta ley, ejercerá el control de la actividad y de las políticas desarrolladas por los órganos inferiores y los entes autónomos que le estén adscritos, a los cuales evaluarán en su funcionamiento, desempeño y resultados.

#### **3.4.2. Referencia documental sobre situación institucional:**

Tal como se indicara previamente para el análisis situacional hemos revisado el contenido de los documentos referenciados y que contienen elementos descriptivos que se relacionan con las variables incluidas en el anexo I de este informe:

---

<sup>15</sup> MSP (2013). Problemas de la Calidad en Salud – Revisión documental. VMGC, octubre 2013.

### **Debilidades identificadas:**

- **Sistema de Información y vigilancia de la salud:**

Algunos de los aspectos considerados en este eje es la calidad de la información producida en el país y en la evaluación sobre el desempeño y fortalecimiento de la función rectora (OPS, 2006)<sup>16</sup> quedó calificada como de desempeño intermedio, entre pobre (2) y normal (3), indicando que para lo relacionado con el control de *calidad* de la información la puntuación alcanzada fue de 2.2.

Dentro de ello, en la dimensión de conducción, la producción de datos para el análisis de situación de salud quedó valorado como el más bajo, con un 2.1, concluyendo que la información que produce el sistema de salud es un *factor restrictivo* para sustentar adecuadamente la formulación de estrategias, políticas y planes; la definición de prioridades y objetivos sanitarios y la evaluación del desempeño del sistema de salud.

La evaluación realizada en 2007<sup>17</sup> (OPS 2007 pág. 12) apunta a la necesidad de que el MSP, como autoridad sanitaria desarrolle y/o fortalezca su capacidad para analizar la situación de salud, con énfasis en la *recolección* y garantía de *disponibilidad* y *calidad* de la información sanitaria. Como lección aprendida señala que el establecimiento de prioridades y objetivos sanitarios requiere contar con *información veraz, oportuna y confiable*.

En 2009, los análisis realizados sobre el nuevo modelo del sistema de salud<sup>18</sup> señalaban la falta de un sistema de información que permita a la autoridad sanitaria contar con datos sobre los cuales sustentar la defensa del bien común, por la falta de información que pueda clarificar, direccionar y colocar los espacios de discusión y/o negociación. Incluso, resalta las violaciones de derechos para los afiliados al SDSS que la asimetría de información produce.

La construcción de la END conllevó a realizar un levantamiento de las condiciones del sistema de salud, incluyendo sus instituciones y en el documento de insumos<sup>19</sup> se destaca la pobre información para la toma de decisiones.

Los documentos de “planes estratégicos” desarrollados por algunas dependencias destacan lo siguiente:

- PEI 2009-2016 ENCT<sup>20</sup>: información para caracterizar la morbilidad general presenta deficiencias, relacionadas con la ausencia de registros válidos de morbilidad atendida,

---

<sup>16</sup> OPS (2006). Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional - Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en República Dominicana. Colección Rectoría en Acción. SESPAS/CERSS/OPS- Juan Dolio, San Pedro de Macorís, República Dominicana, 9, 10 y 11 de marzo de 2006

<sup>17</sup> OPS (2007). Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Edición Especial No. 17. Washington, D.C: OPS/USAID, 2007.

<sup>18</sup> PUCMM (2009). El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades. Castellanos, PL et al. PUCMM-CUEPS/ Friedrich Ebert Stiftung. Santo Domingo, RD, 2009.

<sup>19</sup> MEPyD (2010). Insumos para la elaboración de la Estrategia Nacional De Desarrollo. Documento Temático Sobre Salud y Seguridad Social.

<sup>20</sup> SESPAS (2009). Plan Estratégico 2009-2016 Control Integrado de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. SESPAS/OPS/INCAP. República Dominicana 2009.

escaso desarrollo de trabajos de investigación, ya que tradicionalmente se limita a la descripción y análisis a las enfermedades objeto de vigilancia (pág. 12).

- PEI 2015-2020 PNCT<sup>21</sup>: los estimados de información que existen desde 1996 indican la persistencia de brechas importantes en la detección de los TB DR (pág. 23); falta de registro adecuado de las intervenciones en poblaciones de riesgo para la detección y diagnóstico de TB (pág. 50); no documentación en algunos CEAS sobre la notificación de casos diagnosticados de TB infantil y su referencia a los centros de provisión de tratamiento (pág. 50).
- PEI 2013-2017 DNBS<sup>22</sup>: no disponibilidad de información que permita caracterizar los servicios de transfusión, segmentada porque solo se refiere a lo público en relación al uso de la sangre (pág. 12).

Más recientemente, el Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP en el marco del proceso de separación de funciones<sup>23</sup> en su análisis de brecha en cuanto a la FESP 1: monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población señala que se evidencia la existencia de información para el ASIS pero que no hay una integración y análisis de los indicadores dentro de un enfoque de sistema.

Por otro lado, destaca que para el cumplimiento de la FESP 7 no se dispone de información que permita evidenciar inequidad en el acceso conforme a determinadas características económicas, sociales, culturales; desglosado por edad, género y lugar de residencia.

En cuanto a la FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública indica que hay poca evidencia de la existencia de un sistema de información que apoye la toma de decisiones en materia de RRHH. En efecto, destaca que las informaciones sobre el desempeño, movimiento y decisiones con relación al personal se encuentran en soporte físico, con lo cual no hay facilidad para la integración y procesamiento de la data que contribuya al establecimiento de políticas generales en el sistema SASP, el cual no es utilizado en toda su capacidad, solo para el proceso de nómina.

Es importante considerar que una fuerte base de información que genere los indicadores relevantes para la toma de decisiones y monitoreo y evaluación de procesos y resultados, es lo que sustenta la inteligencia sanitaria, es decir, poder transformar los datos y la información en conocimiento que ayude a tomar decisiones que lleven a mejoras de la salud de la población y de los pacientes. En ese sentido, nuestro país, tal como revela la Nota de Políticas del Sector Salud<sup>24</sup> y los actores clave consultados para su construcción presenta problemas relacionados con el “subregistro de datos (principalmente de morbilidad y mortalidad), ausencia de un sistema de

---

<sup>21</sup> MSP (2015). Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2015-2020. MSP-VMSC-PNCT. República Dominicana Marzo 2015.

<sup>22</sup> MSP (2013). Plan Estratégico Institucional Dirección Nacional de Bancos de Sangre – Proceso de fortalecimiento institucional y desarrollo organizacional 2013-2017. MSP-VMGC-PNCT. República Dominicana, Abril 2013.

<sup>23</sup> MSP (2014). Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP en el marco del proceso de separación de funciones. GESAWORLD. Producto 13 Consultoría CON-SBCC-01-2013/PARSS2. Mayo 2014.

<sup>24</sup> BID (2011). Nota elaborada por Iñez Tristao (BID), Magdalena Rathe (Fundación Plenitud RD), Ursula Giedion (BID) y Diana Pinto (BID) para la identificación del apoyo del BID al Gobierno Dominicano durante 2012-2016.

información gerencial unificado, sin vinculación entre la información clínica y la financiera, ausencia de mecanismos para cruzar y articular la información proveniente de distintas instancias. También se recalcó que hay deficiencias en la capacidad del recurso humano para recopilación, consolidación y análisis de la información.”

- **Marco Técnico y Normativo:**

La FESP 6 es la que expresa que la ASN debe contar con: a) La capacidad institucional para desarrollar el *marco regulador* para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento; b) La capacidad de generar *nuevas leyes y regulaciones* dirigidas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables; c) La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud y d) La ejecución de todas estas actividades para *asegurar el cumplimiento de la regulación* en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

El ASIS-RD 2014 señala que “durante los últimos años el Ministerio de Salud Pública ha realizado esfuerzos importantes para desarrollar un modelo de atención adecuado a los requerimientos y necesidades del Sistema Nacional de Salud y de la población Dominicana, sin embargo la debilidad en las funciones de rectoría, incluidas las de formulación de estrategias y políticas nacionales de salud y las posibilidades de regulación y control de los diferentes agentes del sistema de salud, se traducen en la tendencia al predominio de intereses particulares. A las anteriores se suma la existencia de múltiples niveles y espacios de autoridad no siempre convergentes en líneas de acción comunes (Portes & Castellanos, 2008)”<sup>25</sup>.

Castellanos et al (2009)<sup>26</sup> señalan que uno de los problemas del modelo a reformar era la limitada regulación y normativas de las atenciones (pág. 147), mientras que previamente, el análisis nacional en la materia, realizado por OPS<sup>27</sup>, apuntaba la necesidad de: “Fortalecer la regulación, dimensión que crea las bases para la articulación de las demás dimensiones de la función rectora, la cual parece ser un requisito indispensable para que el país avance en el ejercicio de las FESP”. Este elemento apoya sustantivamente el que el MSP se aboque a identificar las documentaciones técnicas y normativas en salud que ha evacuado, con la finalidad de esgrimir dicha base para el análisis de brechas en la materia.

Otros autores analizan el rol del Ministerio en materia de regulación, señalando debilidades en su ejercicio, todo ello, a pesar de que “el artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01) le asigna las funciones de rectoría del Sistema Nacional de Salud del país. No obstante, se reconoce que dichas funciones se ejercen en forma compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil, siendo deficientemente desarrolladas por dicho Ministerio, lo que ha ocasionado conflictos de competencia entre diferentes órganos de los sistemas de salud y de la seguridad social. El nuevo marco legal otorga la autoridad sanitaria y la conducción sectorial al MSP, pero en la práctica la institución no ha sido capaz de ejercer un verdadero liderazgo. La

---

<sup>25</sup> Opus Cit. MSP 2015 (Nº. 3).

<sup>26</sup> Opus Cit. PUCMM 2009 (Nº. 5).

<sup>27</sup> OPS. SESPAS. Balance y Perspectivas de las FESP en República Dominicana. Taller Lima, Perú. 29-31 de mayo de 2007.

incipiente aplicación de la carrera administrativa es un obstáculo en la profesionalización del personal y la atracción de nuevos talentos”<sup>28</sup>.

Los documentos de planes sectoriales y estratégicos desarrollados por algunas dependencias destacan lo siguiente:

- PLANDES 2006-2015<sup>29</sup>: es un desafío a mediano y largo plazo el impacto de las modificaciones a las regulaciones sanitarias que inciden en la importación y comercialización de productos alimenticios e insumos sanitarios, con lo cual se deberá revisar y derogar muchas disposiciones regulatorias, consideradas como “barreras no arancelarias al comercio internacional” y desarrollar nuevos procedimientos regulatorios y capacidades operativas que permitan mantener la protección de la población, la fauna y la flora... (pág. 23). Tradicionalmente se ha operado con incumplimiento de regulaciones laborales nacionales relacionadas con la salud (pág. 23). El modelo de atención predominante en el sector salud se caracteriza por limitada regulación y normalización de las atenciones (pág. 47).

El PLANDES propone: a. Promover mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos eficientes y aseguran la calidad; b. Desarrollar un sistema de aseguramiento de calidad y regulación sanitaria de los medicamentos, y de vigilancia farmacológica y de sus efectos secundarios en la población; c. Regular, controlar y apoyar técnicamente y con normativas a la provisión de servicios de salud, medicamentos y otros insumos, así como de los procesos ambientales más relacionados con la salud; d. Regular y desarrollar la investigación en coordinación con la SEESCyT (hoy MESCyT). *El resultado esperado al 2015 con base a las prioridades y estrategias definidas es el ejercicio en forma efectiva la función de regulación del Sistema Nacional de Salud, asegurando la calidad y el logro de los objetivos y resultados del PLANDES 06-15.*

- PEI 2015-2020 PNCT<sup>30</sup>: las pérdidas de pacientes en el seguimiento están relacionadas con diversas condiciones, entre ellas, la falta de diseño de guías, procedimientos e instrumentos para prestar soporte psicosocial a los afectados y su familia (pág. 53).
- PEI 2012-2016 SRSM<sup>31</sup>: reconoce como una fuerza restrictiva interna la falta de aplicación de las normas y protocolos de atención (pág. 47), el desconocimiento de las políticas que regulan el quehacer institucional, la resistencia al cumplimiento de los aspectos normativos, poca difusión y capacitación en las reglamentaciones, deficiencia en su monitoreo y evaluación (pág. 49).

---

<sup>28</sup> SPM (2011). Rathe M, Moliné A. Sistema de salud de República Dominicana. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S255-S264.

<sup>29</sup> SESPAS (2006). Plan Decenal de Salud 2006-2015 – Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud. Documento para consulta nacional. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Noviembre 2006. Versión revisada 2008 Primera parte. CERSS.

<sup>30</sup> Opus Cit. MSP 2015 (10). Pág. 53.

<sup>31</sup> SRSM (2011). “Plan Estratégico Institucional 2012-2016”. Servicio Regional de Salud Metropolitano. Santo Domingo, Noviembre 2011.

En el documento No. 2 del acervo<sup>32</sup> normativo sanitario de la República Dominicana se señala que las lecciones aprendidas concluyen que el marco legal que respalda a la Autoridad Sanitaria en el ejercicio de su función debe ser congruente con la conducción que — como ente rector— ésta pretende ejercer sobre el sector y que para que la regulación fuera efectiva, la función normativa debía complementarse con la fiscalización. Para esto, es necesario verificar que existan todos los documentos técnicos normativos necesarios, evitando con ello que hayan elementos sustantivos o áreas que impactan la salud funcionando en forma desregulada.

El producto 3 sobre la definición metodológica<sup>33</sup> para el acervo normativo sanitario y el producto 4 sobre su aplicación a los instrumentos de regulación del área materno – infantil evidencia que, a pesar de que el MSP cuenta con un Manual para la elaboración de documentos técnicos y normativos<sup>34</sup>, puesto en vigencia mediante Disposición Ministerial N°. 0000043 de diciembre del 2010, el mismo no era observado por todas las instancias regulatorias. Como corolario de ello, los elementos identificados como los principales problemas se relacionan con:

- ✓ **Contenido:** a. La estructura de las normativas vigentes difieren en contenido, mezclando en algunos casos secciones propias de manuales, guías y procedimientos; b. Hay duplicidad de documentos para regular temas específicos, con lo cual se contribuye a un exceso de normativas; c. Los términos y el estilo de redacción utilizados son complejos y por ende pueden llevar a generar confusión e incertidumbre en la interpretación jurídica; d. No se toma en cuenta el estado de jerarquía de las normativas emitidas, ya que a mayor nivel debía imperar el enfoque estratégico, donde el contenido es más general y abstracto, mientras que a más bajo nivel el contenido debe ser más operativo y específico, imperando el enfoque táctico- práctico.
- ✓ **Difusión:** No hay una responsabilidad directa asignada sobre quién debe vigilar por el cumplimiento de la difusión de una norma, a pesar de que en el punto 8.23 se indica lo siguiente: a norma, luego de su impresión, será difundida para su conocimiento público a través de los canales de difusión oficiales y siguiendo la normativa de la Oficina de Acceso a la Información Pública: a) la página web del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, b) la publicación en un medio de comunicación escrito de alcance nacional y c) disponible en formato de almacenamiento electrónico en la DNN.

Las consideraciones finales del informe metodológico del acervo normativo sanitario de la República Dominicana destacan:

- Falta de institucionalización y permanencia de una política de gobernanza regulatoria que contempla las 4 C: Consulta, Coordinación, Cooperación y Comunicación.
- No reconocimiento de la Dirección Nacional de Normas como ente técnico para apoyar el proceso de diseño y revisión de las normativas.

---

<sup>32</sup> MSP (2014). Inventario de documentos identificados para la construcción del acervo normativo sanitario de la República Dominicana. D. Guzmán. Producto 2 Consultoría PARSS.

<sup>33</sup> MSP (2014). Propuesta metodológica y operativa para la reedición y/o actualización del catálogo de documentos normativos sanitarios de la República Dominicana e implementación piloto. D. Guzmán. Producto 3 y 4 Consultoría PARSS.

<sup>34</sup> MSP (2010). Manual de elaboración de normas y documentos técnicos. MSP-DNN. Santo Domingo: MSP, Diciembre 2010.

- Inexistencia de una base de datos actualizada que contenga, por tipo de normativa las características principales de las mismas, tales como: tipo, número, asunto que regula, fecha de publicación, vigencia, archivo adjunto, entre otros.
- Incumplimiento de las secciones que deben contener los manuales, guías y protocolos, según el Manual de la DNN.
- Falta de los instrumentos que en las normativas se infieren o establecen deben desarrollarse para cumplir con la etapa de monitoreo y evaluación.
- Inexistencia de un procedimiento para la emisión de Disposiciones Ministeriales que incluya definir las secciones que deberá contener, el responsable de elaboración, revisión y aprobación, plazos para agotar dichos pasos, entre otros elementos que se consideren necesarios.
- Evacuación de normativas sin efectuar un diagnóstico previo que permita determinar la competencia para ello del emisor, sustento legal y tipo de normativa que debe ser emitida.
- Desactualización del manual de la DNN para corregir contenido, cerrar brechas e indicar los criterios o secciones que para algún tipo de normativa se consideran obligatorios.

Dichas consideraciones son nuevamente recogidas en el documento del Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP en el marco del proceso de separación de funciones<sup>35</sup> el cual indica que se debe realizar una revisión de las normativas actualmente en vigor, considerando las tres líneas de acción que para la función de regulación se encuentra en manos del ente rector de la salud, a saber: (i) desarrollo del marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública; (ii) generación de leyes y reglamentos para mejorar la salud de la población y fomentar entornos saludables; y (iii) protección de los ciudadanos en sus comunidades.

Así, dicho documento evaluativo resalta que se debe reforzar, más allá de la calidad dispositiva, la capacidad para realizar un fomento y promoción de las políticas que enmarcan la regulación, la gestión de autorizaciones, el sistema de control e inspección, y las consiguientes sanciones en el ámbito de la regulación, identificando tres líneas de acción para la función del ejercicio de la autoridad sanitaria: (i) fiscalizar el cumplimiento del marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública; (ii) asegurar el cumplimiento de las normas de manera oportuna, correcta y completa; y (iii) emitir autorizaciones que prueben la capacidad de prestadores, personal y suministros en salud.

La brecha identificada en el referido documento en cuanto a la FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública indican que las normas encontradas cuentan con limitados instrumentos de seguimiento y control. En efecto, señala que el MSP no dispone de un sistema de gestión del conjunto del ciclo regulatorio y que presenta obstáculos hacia la mejora de la capacidad institucional de regulación y fiscalización, considerando necesario el impulso del desarrollo y fortalecimiento de las DPS/DAS.

Las debilidades antes señaladas inciden en el cumplimiento de la FESP 9 sobre Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, individuales y colectivos, no solo por la no actualización del marco regulatorio de habilitación, sino también por las limitaciones en el

---

<sup>35</sup> Opus Cit. MSP 2014 (Nº. 10). Pág. 28.

conjunto de instrumentos de gestión del ciclo de la misma. Por otra parte, no hay una medición sistemática de la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud, es decir, un sistema de M&E de la calidad y el cumplimiento de estándares.

- **Gestión Institucional:**

El Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP en el marco del proceso de separación de funciones<sup>36</sup> plantea muchas debilidades institucionales en cuanto a las dimensiones de rectoría y el cumplimiento de las FESP, abordando varios elementos, a saber:

- **Organización institucional:** a. Falta de documento que contenga lineamientos estratégicos a mediano y largo plazo (plan estratégico y plan decenal de salud; b. No desarrollo de competencias y generación de instrumentos para la gestión que permitan la adopción de decisiones basadas en la evidencia que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos; c. No se dispone de un coste para el ejercicio del rol rector y la financiación de los servicios de salud colectiva.
- **Competencias dependencias:** a. Enfoque de trabajo orientado a las atención a las personas no a las comunidades ni a la promoción y la prevención de la salud; b. No establecimiento de estrategia integral para garantizar la accesibilidad al sistema de salud y cubrir las brechas de cobertura existentes; c. Falta consolidación de la estructura organizativa que potencie la investigación en salud con un enfoque inter y multisectorial.
- **Comunicación estratégica:** a. Falta de organización de los ámbitos centrales que deben potenciar la estrategia comunicativa institucional; b. Falta de una visión sinérgica con las estrategias de atención a las personas y de salud colectiva; c. No implementación de un plan de comunicación para el desarrollo de la función de rectoría; d. Debilidad en el liderazgo de las políticas y en el posicionamiento de la salud en la agenda política y social, como un instrumento clave para el desarrollo humano.
- **Desconcentración de funciones:** a. Debilidad en el nivel local para ejecutar programas de carácter nacional; b. Calificación técnica especializada limitada para fiscalizar en el ámbito laboral, industrias, restaurantes, entre otras; c. Debilidad en la implementación territorial de las estrategias de prevención; d. Falta de lineamientos operativos para la atención a emergencias y desastres en el nivel desconcentrado.
- **Recursos humanos:** a. Gestión de recursos orientada a la administración de personal y no a la planificación estratégica de los mismos; b. Falta de definición de las funciones conforme a la estructura organizativa y las normativas vigentes; c. Indefinición de los manuales de puestos y descripción de cargos para el ejercicio de las funciones de rectoría; d. No disponibilidad de datos de perfiles o categorizaciones de los diferentes grupos laborales; e. Desarrollo débil de los subsistemas de gestión de los recursos humanos; f. Falta de definición de los mecanismos de incentivos y/o política salarial; g. Debilidad en el manejo de las informaciones sobre desempeño, movimientos y decisiones con relación al personal; h. Subutilización del Sistema de Administración de Servidores

---

<sup>36</sup> Opus Cit. MSP 2014 (Nº. 10). Pág. 64 a 76.

Públicos (SAPS); i. Falta de reglamentación de la Ley de Carrera Sanitaria; j. Falta de un plan de desarrollo y formación de recursos humanos en salud; k. Debilidad en el sistema de evaluación del desempeño del personal e inexistencia de un sistema de consecuencias; l. No descripción de procedimientos estandarizados para la distribución de los RRHH con base a criterios poblacionales; m. No desarrollo de políticas regulatorias en el ámbito de migración y el monitoreo de la misma.

- **Capacidad de respuesta:** a. Falta de una red de laboratorios y existencia de uno nacional que no responde al nivel deseado; b. Falta desarrollo y sistematización de la red programática de emergencias en el nivel territorial.
- **Transparencia y rendición de cuentas:** a. Necesidad de instaurar un sistema que ofrezca información sobre los resultados de las políticas en salud implementadas; b. Requerimientos de transparencia y rendición de cuentas en los distintos niveles de responsabilidad.
- **Responsabilidad en monitoreo y evaluación (M&E):** a. Falta de integración de metodologías y organización en M&E; b. Atomización de la inteligencia institucional, con desarrollos en M&E en diferentes instancias; c. Falta de integración de la información recopilada y análisis de los indicadores bajo un enfoque de sistema que permita contar con un análisis recurrente del estado de salud de la población; d. Centralización en vigilancia epidemiológica del monitoreo e investigación en salud; e. Falta de instrumentos para el monitoreo del cumplimiento de las actividades de promoción y prevención por parte de los entes prestadores; f. Falta de establecimiento de un sistema de evaluación del PLANDES.

- **Articulación con actores:**

El Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP<sup>37</sup> destaca aspectos relacionados con la articulación con actores para promover la participación social y lograr coordinación para el logro de los resultados en salud:

- **Participación social:** a. Insipiente en el desarrollo de redes sociales; b. No internalización de la población de los beneficios a largo plazo de las acciones de promoción y prevención; c. No aplicación de una estrategia de participación de los ciudadanos en salud; d. Enfoque de representación caracterizada por el individualismo no de la comunidad.
- **Coordinación interna:** a. No garantía de coordinación a nivel local con los equipos de prevención y promoción de las DPS.
- **Coordinación externa:** a. Inexistencia de un modelo de acuerdo de gestión marco que permita trasladar a los prestadores de salud los objetivos de las políticas de salud a la población.

---

<sup>37</sup> Opus Cit. MSP 2014 (Nº. 10). Pág. 64 a 76.

- **Financiamiento:**

En cuanto al financiamiento, el Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP<sup>38</sup> señala lo siguiente:

- **Presupuesto:** a. Limitada disponibilidad de recursos para la promoción y la prevención en la comunidad; b. No consideración de la experiencia de los presupuestos participativos a nivel municipal para orientar recursos a salud; c. Falta de sistema informatizado satisfactorio para la formulación y la ejecución presupuestaria.
- **Mecanismo:** a. Limitada disponibilidad de recursos para la promoción y la prevención en la comunidad; b. No consideración de la experiencia de los presupuestos participativos a nivel municipal para orientar recursos a salud.

En términos del rol rector del MSP para modular el financiamiento sugiere la necesidad de cuantificar el coste que supone el ejercicio del rol rector y la financiación de los servicios de salud colectiva.

**Principales avances y fortalezas identificadas:**

- **Sistema de Información y vigilancia en Salud:**

La institución cuenta estructuras internas, soporte documental y tecnológico que sustenta el sistema de información y la vigilancia sanitaria. Si bien, requiere de fortalecer su arquitectura y desarrollo, se cuenta con:

- ✓ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica con módulos y plataformas electrónicas que se encuentran desarrollados y funcionando, tales como el Modulo de Alerta Temprana (SAT) del SINAVE para la notificación semanal que permite el monitoreo gráfico y análisis de cambios en el comportamiento endémico de episodios, con enfoque sindrómico de importancia para la detección temprana de enfermedades emergentes e indicar la pertinencia de la investigación y control de brotes. La plataforma de notificación individual de casos y consolidado de eventos no transmisibles que permite integrar 72 eventos y alcanzar mayor cobertura y oportunidad en el sistema a muy bajo costo.
- ✓ Módulos automatizados para la captura de información de registros vitales (nacimientos y defunciones), población adscrita (ficha familiar), gestión clínica del primer nivel, registro de centros, que cuentan con documentación de guías y manuales de procedimientos que hay que armonizar y adecuar a la automatización.
- ✓ Producción de estudios estratégicos con documentos de base para realizar el análisis de situación y la elaboración de cuentas nacionales en salud. Se cuenta con información de salud materna e infantil a partir de la ENDESA que se aplica cada cinco años de manera sistemática y con la misma metodología (NC BID). El país ha logrado avances en la institucionalización de una unidad técnica en el MSP a cargo de las Cuentas de Salud (CS)<sup>39</sup> así como de un Comité

---

<sup>38</sup> Opus Cit. MSP 2014 (Nº. 10). Pág. 64 a 76.

<sup>39</sup> OECD, WHO, EU, A System of Health Accounts (SHA), Paris, France, 2011. Esta es la metodología estándar internacional recomendada por la OMS para dar seguimiento al gasto y financiamiento a la salud.

Interinstitucional compuesto por los principales actores del sector que suplen la información básica. Esta unidad elabora indicadores globales de gasto en salud.

- **Marco Técnico y Normativo:**

Algunos de los documentos revisados para el análisis situacional del Ministerio de Salud como ente público develan la capacidad del MSP para regular la producción social de la salud, mediante un proceso permanente de formulación de normas que, además de un ordenamiento legal de las estructuras del Sistema Nacional de Salud, está llamado a nutrir y mejorar la integración de la calidad y servicio del mismo. De esta manera, el acervo sanitario permitió la identificación de dispositivos legales y la brecha que se evidencia en dicho levantamiento para completar el marco regulatorio nacional. Como resultado de ese proceso, se compilaron en formato electrónico los siguientes: 53 leyes (que contienen mandatos para el sector), 39 normas de salud pública, 8 de medio ambiente y 3 del SIDOCAL, 67 reglamentos emitidos y 6 propuestas, 61 Decretos, 180 disposiciones y/o resoluciones ministeriales de 2000-2015, 1 resolución de medio ambiente y 1 de SIDOCAL, 5 protocolos, 38 guías, 27 manuales, 19 planes, 4 documentos de política, 86 instrumentos operativos, 7 documentos de promoción y 3 compendios normativos.

El inventario normativo sanitario revela para las leyes, reglamentos, normas, guías y manuales los organismos o dependencias responsables del monitoreo de su cumplimiento por parte de los sectores y prestadores de los bienes o servicios que regulan los grupos poblacionales de enfoque sujetos y objetos de dichas regulaciones. De igual manera identifica el área sustantiva de la salud pública a la que se orienta y las funciones de salud de Rectoría: promoción de la salud; capacidad institucional de reglamentación; monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población; la vigilancia y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública; aseguramiento de la calidad de la atención y de Provisión de Servicios: entrega de servicios de forma individual y colectiva - promoción de la salud, de prevención de las enfermedades, de diagnóstico y de recuperación de la salud (atención sobre la enfermedad).

La nota conceptual del BID señala que en cuanto a la Formulación de planes y estrategias, el MSP logró formular el Plan Decenal de Salud que deberá actualizar. Cuenta con la legislación que fundamenta la reforma y la correspondiente normatividad para su implementación. También ha creado las instituciones vinculadas al financiamiento, aseguramiento y supervisión del sistema. Está pendiente el desarrollo de un sistema de monitoreo funcional del desempeño del sistema de salud.

- **Articulación con actores:**

BID plantea que hay un liderazgo del MSP para el fomento de alianzas y la participación de los diversos actores de la sociedad pero que se ha limitado a los programas de salud colectiva y lo concerniente a la red pública.

#### IV. Análisis FODA del Ministerio de Salud Pública.

Las sesiones de trabajo desarrolladas, así como las referencias documentales han permitido identificar las fuerzas y debilidades internas y las oportunidades y amenazas externas más importantes que consideramos pueden afectar, positiva o negativamente la gestión durante el período planificado. Con base a ello, además de definir nuestras potencialidades, hemos determinado los desafíos, limitaciones y riesgos que tendremos que enfrentar para cambiar la realidad actual por una situación deseada. En las matrices siguientes se presentan los resultados de dicho análisis:

<b>Cuadro 6: Análisis FODA Sistema de Información en Salud.</b>	
<b>Levantamiento y disponibilidad de información:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tiene identificadas fuentes documental para tener metas como expresión de la Gestión por Resultados: ENDESA, END, ENHOGAR, Estudios de Pobreza, IDH, Plan Estadístico Nacional.</li> <li>2. Se tienen identificadas las fuentes de información de fuentes de financiamiento, agentes y proveedores de servicios de salud, así como de sistematización de datos para la construcción de las cuentas nacionales de salud.</li> <li>3. Se tienen identificados los actores clave institucionales para ser incorporados en el análisis de situación de salud.</li> <li>4. Se conocen los actores clave donde se puede obtener información para realizar los reportes periódicos sobre producción y utilización de servicios de salud en el nivel público. En cuanto a la vigilancia epidemiológica incorpora a actores del sector privado en salud y de otros sectores, tales como hotelero, agropecuario.</li> <li>5. Operan algunos sistemas de información para la gestión clínica que pueden ser adecuados para la interoperabilidad y la producción de información de acuerdo al CMBD.</li> <li>6. Los actores clave tienen información sobre el período en que la data debe ser levantada, procesada y remitida al MSP. Se notifica vía carta, correo electrónico, vía web.</li> <li>7. Se han establecido los mecanismos para el levantamiento de información relacionados con: a. Vigilancia epidemiológica; b. Planificación operativa; c. Cuentas nacionales de salud (CNS); d. Ejecución presupuestaria; e. Proyectos de inversión pública y financiamiento externo; f. Estadísticas vitales.</li> <li>8. Se han definido los criterios / formato para la recolección de información relacionada con estadísticas vitales, vigilancia epidemiológica, habilitación de establecimientos, concesión de permisos sanitarios, planificación operativa y monitoreo programático.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se cuenta con un registro oficializado de fuentes de información para cada tipo de estudio estratégico, que identifique el responsable institucional para el contacto y canalización de información, según necesidad, tanto para usuarios internos y externos.</li> <li>2. No existe una metodología que identifique los actores y tipo de información a proporcionar para el análisis de situación de salud.</li> <li>3. No se cuenta con una codificación única que permita identificar a las entidades proveedoras de información el sistema de información para la gestión clínica.</li> <li>4. Con la separación de funciones se ha profundizado la no remisión oportuna de la información desde los PSS públicos para fines de monitoreo programático.</li> <li>5. A pesar de conocer los plazos para la entrega de informaciones, hay retrasos en la entrega de la data que soportan los estudios estratégicos e informes de rendición de cuentas periódicos, lo que evidencia problemas relacionados con la cultura institucional y gestión.</li> <li>6. Aunque los estándares metodológicos están claros, existe debilidad en la fluidez de la información en los plazos contemplados a fin de que tenga posibilidad de influir en la toma de decisiones.</li> <li>7. A pesar de que los mecanismos se han definido hay debilidad en la asignación de responsabilidad para el intercambio de información.</li> <li>8. No se realiza revisión periódica de los formatos existentes a la luz de los cambios en las normativas y/o procedimientos institucionales, para que a la vez recojan información que contribuyan al análisis de las intervenciones en salud que se realizan.</li> <li>9. No se cuenta con guías que indiquen a los</li> </ol>

**Cuadro 6: Análisis FODA Sistema de Información en Salud.**

<p>9. Se ha avanzado en la incorporación de los actores en la recolección de datos sobre estadísticas vitales, ejecución presupuestaria, CNS, vigilancia epidemiológica, entre otros, con lo cual se ha logrado tener una mayor representatividad.</p> <p>10. Se conocen las metodologías internacionales disponibles para la producción de estudios estratégicos de Análisis de Situación de Salud (ASIS), ISS (Informe del Sector Salud), CNS y Recursos Humanos en Salud (RHS).</p> <p>11. Se han desarrollado algunos estudios estratégicos de ASIS, CNS y RHS. Los mismos toman en consideración ejes transversales como género, calidad, entre otros.</p> <p>12. Se cuenta con información general sobre condiciones socio – económicas disponibles para apoyar estudios estratégicos específicos.</p> <p>13. Se cuenta con informes de evaluación de los sistemas de información para la gestión clínica existentes.</p>	<p>recolectores de dato el tipo de información requerida en cada renglón o casilla que contenga el instrumento desarrollado.</p> <p>10. En el caso del sistema de información de gestión clínica no se cuenta con conjunto mínimo de datos definido.</p> <p>11. Dispersión de SIGC con niveles y variables de datos disímiles.</p> <p>12. Aunque el número de actores recolectores de datos es relevante, la continuidad o remisión rutinaria afecta la representatividad en el sistema de información, pues se tiene números similares de informantes, pero disparidad en los niveles y conjunto de datos reportados.</p> <p>13. No se ha adoptado ninguna de metodología mediante una disposición ministerial para ISS y ASIS, ni definido una que contemple un análisis de brecha y calidad de recursos humanos, ya que el de las metas se enfoca en densidad, distribución, es decir, otro tipo de métricas.</p> <p>14. No se han definidos procesos para los estudios de ISS, ASIS, CNS y RHS.</p> <p>15. Falta la definición de los mecanismos para la captura de información relacionados con: a. Producción del Sistema Nacional de Salud (SNS, Privado, SPCG), utilización de servicios y recursos disponibles.</p> <p>16. Limitada la recolección de datos sobre producción de servicios y regulación sanitaria.</p> <p>17. No se han definido los criterios y mecanismos de recolección de información en el ámbito sectorial.</p> <p>18. No existe interconectividad con otras instituciones gubernamentales que aportan datos para la integración de las plataformas.</p> <p>19. No se ha desarrollado estudios estratégicos de Análisis Sectorial en Salud.</p> <p>20. No se cuenta con una evaluación del PLANDES.</p> <p>21. No hay estandarización de la codificación de la morbilidad de consulta externa.</p>
<p><b>Oportunidades</b></p>	<p><b>Amenazas</b></p>
<p>1. En la ONE se dispone de perfiles estadísticos a nivel provincial con datos sobre variables de sexo, edad, condiciones económicas y sociales generales.</p> <p>2. El país cuenta con un plan estadístico nacional que aporta operaciones estadísticas estructurales coordinadas por la ONE, con meta data y micro data disponible con nuevos análisis de interés para el ASIS y el ISS.</p> <p>3. Se cuenta con el mapa de pobreza que aporta datos para el enfoque de determinantes, sobre todo para focalización.</p>	<p>1. Falta de asignación de recursos para la elaboración de la encuesta nacional de salud.</p> <p>2. Que la diversidad de sistemas de información de gestión clínica (SIGC) que operan en el Sistema Nacional de Salud dificulten la obtención de los datos incluidos en el CMBD.</p> <p>3. Que no se cuente con financiamiento para garantizar la implementación del SIGC acorde a lo requerido para el despliegue del Modelo de Atención, incluyendo el desarrollo del sistema y la infraestructura tecnológica y de comunicación</p>

**Cuadro 6: Análisis FODA Sistema de Información en Salud.**

<p>4. Se cuentan con sistemas de información que aportan datos socio-económicos: Sistema Nacional de Indicadores para el Desarrollo (SINID), Sistema de Información de los Objetivo del Milenio para el Desarrollo (SIODM), Sistema de Información Estadística Territorial (SIET), Sistema Interactivo de Consulta Nacional de Censo (SICEN), SIUBEN. .</p> <p>5. Existencia de metodologías nacionales e internacionales estandarizadas para el desarrollo de los estudios estratégicos: a. ISS – Metodologías propuestas por OPS y USAID; b. CNS – SHA 2011; c. ASIS - Propuesta DIGEPI Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud y c. Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud.</p> <p>6. Instituciones gubernamentales y/o de cooperación internacional responsables de la producción sistemática de los informes de monitoreo y/o encuestas: ONE, MEPYD, PNUD.</p> <p>7. Existen otras instituciones (PNUD, USAID, OPS-OMS, AECID, BID, BM) que promueven y financian proyectos de análisis y estudios relevantes al ISS, ASIS.</p> <p>8. Tendencia de otras instancias vinculadas al sistema de información de integrar sus datos al del sector salud.</p> <p>9. Existe marco legal de otros sectores que le da la responsabilidad al MSP de levantamiento de la información.</p> <p>10. Existen parámetros internacionales que permiten el levantamiento de la información.</p> <p>11. Existencia de plataformas gubernamentales con datos relevantes (JCE, Impuestos Internos, ONE, ONAPI, SIUBEN).</p> <p>12. Se cuenta con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), con lo cual puede garantizarse el procesamiento automatizado de la producción asistencial de CE.</p>	<p>necesarias para la ejecución óptima del mismo.</p> <p>4. Que las decisiones políticas sobre el desarrollo e implementación de soluciones tecnológicas para el fortalecimiento del SIGS se realicen al margen de las opiniones técnicas del sector salud.</p> <p>5. Que no haya articulación entre los que definen el modelo conceptual y los usuarios finales del SIGC (personal asistencial, de dirección y gestión de establecimientos de salud) para el desarrollo de capacidades en el uso continuo del sistema y la oportunidad y calidad con la cual debe operar el mismo.</p>
<b>Calidad de la información:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<p>1. Se cuenta con instrumentos definidos y estandarizados para la recopilación de datos para CNS, ASIS.</p> <p>2. Se cuentan con series de datos que permiten la comparabilidad en el tiempo.</p>	<p>1. Inexistencia de instrumentos para la recopilación de datos para ISS, calidad y brecha de RRHH, equidad y acceso en salud.</p> <p>2. La no institucionalización de metodologías e inexistencia de guías operativas contribuye al levantamiento no homogéneo de los datos.</p> <p>3. Falta de verificación aleatoria sobre la consistencia de la data compilada.</p>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<p>1. Experiencias de otros países en la instrumentación y desarrollo de los estudios estratégicos prioritarios al</p>	<p>1. No destino de recursos a mejorar los sistemas de información y la generación de las variables</p>

<b>Cuadro 6: Análisis FODA Sistema de Información en Salud.</b>	
SNS.	necesarias para tener estudios de calidad por parte de los productores de datos.
<b>Análisis de la información:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidad institucional para realizar estudios estratégicos, tales como: a. Análisis del sector salud; b. Cuentas nacionales en salud; c. Análisis de situación de salud; d. Recursos humanos en salud.</li> <li>2. Áreas específicas para la producción y análisis de los estudios estratégicos en el nivel central.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducido conocimiento del recurso humano sobre la metodología para la realización de CNS, lo que dificulta el procesamiento y análisis de las variables que afectan los esquemas de financiamiento, funciones de salud y otros aspectos.</li> <li>2. Disponibilidad tardía de los resultados del ASIS.</li> <li>3. Limitado recursos financieros, humanos y físicos para el apoyo en la producción de los estudios estratégicos.</li> <li>4. Falta de datos para el análisis de las intervenciones y su impacto en la mejora de la salud de la población.</li> </ol>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay ofertas en el mercado de capacitación en temas relacionados con CNS, determinantes sociales, entre otros.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo financiero y mayor credibilidad en estudios privados sobre gasto y financiamiento en salud.</li> </ol>
<b>Utilidad de la información:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los estudios producidos sirven como referencia de la situación para los reportes a órganos responsables de las estadísticas, tales como el MEPyD, la ONE, entre otros.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No hay estudios periódicos divulgados de ISS y ASIS.</li> <li>2. No hay evidencias de políticas definidas o toma decisiones a partir de los estudios estratégicos.</li> <li>3. No se utilizan la CNS como apoyo a la toma de decisiones sobre gasto y financiamiento en salud.</li> </ol>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existencia de sistemas de información que se nutren de la información producida por el MSP, tales como el SISDOM, SINID, entre otros.</li> <li>2. Existencia de base de datos de organismos de financiamiento técnico y financiero que utilizan los datos de CNS, tales como: OPS-OMS, Banco Mundial, entre otros.</li> </ol>	

**Cuadro 7: Análisis FODA Marco técnico y normativo.**

<b>Definición:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidad de formular y dirigir planes operativo y proyectos: a. Plan Plurianual del Sector Salud.</li> <li>2. Capacidad para formular políticas sanitarias a. Plan Decenal de Salud; b. Política Nacional de Calidad en Salud; Política de gestión de riesgo, Política Nacional de Sangre Segura, Política Farmacéutica Nacional, Plan Estratégico para la Respuesta Nacional VIH/SIDA, Política de Manejo de Desechos Sólidos, Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica y República Dominicana; Política Nacional de Investigación, entre otras.</li> <li>3. Marco regulatorio definido para el establecimiento del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGS).</li> <li>4. Marco regulatorio definido para las patologías priorizadas.</li> <li>5. Existe un Manual de Elaboración de Normas y Documentos Técnicos desarrollado observando las Normas ISO 690 y 690-2 que orienta sobre la elaboración de normas sanitarias, manual de procedimientos de atención en salud, guías de práctica clínica, protocolos de atención.</li> <li>6. El MSP para sus normativas ha adoptado el sistema de documentación internacional y tiene en la Dirección de Normas el gestor del ISBN.</li> <li>7. Se cuenta con la Dirección de Normas y Reglamento Técnico como dependencia que busca planificar y dar seguimiento al desarrollo de los documentos técnicos, reglamentarios y normativos necesarios para ejercer la rectoría y la regulación del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>8. Se cuenta con dependencias que funcionan o pueden funcionar como instancias reguladoras dentro del SNS y dentro de ellas, técnicos con capacidad de generar y conocimiento del marco normativo sanitario.</li> <li>9. Existencia de una Dirección Jurídica.</li> <li>10. Existe una amplia gama de dispositivos normativos para las áreas de acción que deben ser regulados en el SNS en el marco de la Ley General de Salud No. 42-01.</li> <li>11. Se cuenta con una propuesta para la conformación de un Comité de Calidad y Revisión Regulatoria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falta de: a. Definición del Plan Nacional de Calidad en Salud; b. Vinculación de la política de investigación y su plan a las prioridades del sector; c. Identificación responsable directa para el seguimiento a la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional.</li> <li>2. Implementación incompleta de los módulos del SIGS, según reglamento vigente.</li> <li>3. Falta de institucionalización y permanencia de una política de gobernanza regulatoria que contempla las 4 C: Consulta, Coordinación, Cooperación y Comunicación.</li> <li>4. La formulación y actualización de normas no es un proceso permanente, ni se han acogido instrumentos que permitan documentar los cambios a las normativas vigentes.</li> <li>5. Inobservancia de los estándares establecidos en el manual para la definición: a. Esquema de contenido; b. Términos y estilo de redacción llevan generar confusión e incertidumbre en la interpretación jurídica; c. Jerarquía normativas; d. Duplicidad de regulación de temas y brechas en otros.</li> <li>6. Poca claridad en el SNS para diferenciar un tipo de normativa de otra.</li> <li>7. Inexistencia de un procedimiento para la emisión de Disposiciones y/o Resoluciones Ministeriales que incluya definir las secciones que deberá contener, el responsable de elaboración, revisión y aprobación, plazos para agotar dichos pasos, entre otros elementos que se consideren necesario.</li> <li>8. En la formulación de normativas no se involucran a los implementadores de las mismas.</li> <li>9. No se establecen los temas comunes o de competencia de otras áreas técnicas, a fin de no dejar vacíos o brechas regulatorias o en su defecto vincular a las reglamentaciones existentes sobre los mismos.</li> <li>10. No se estima el costo financiero para la implementación de las normativas a emitir, ni las tramitologías que las mismas pudiesen acarrear.</li> <li>11. No se ha actualizado el manual de normas para revisar su contenido e incorporar otro tipo de documentos que deben ser estandarizados en su definición.</li> <li>12. No se realiza una revisión exhaustiva de las normativas existentes previo a la emisión de una relacionada con un tema en particular.</li> <li>13. No hay uniformidad en las normativas vigentes clasificadas como un mismo tipo.</li> </ol>

**Cuadro 7: Análisis FODA Marco técnico y normativo.**

	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Algunas documentaciones tipificadas como normativa tienen un alto contenido técnico.</li> <li>15. No se constituyen los equipos de expertos temáticos conforme a las indicaciones del manual. Normalmente, los equipos constituidos pertenecen a la dependencia que actúa como autoridad regulatoria.</li> <li>16. No hay diagnóstico previo para la evacuación de un documento normativo.</li> <li>17. Inexistencia de un Comité de Calidad y Revisión Regulatoria.</li> <li>18. Ambigüedad sobre ámbito de aplicación, propósito, nivel.</li> <li>19. Las instancias reguladoras no incluyen en sus planes operativos la revisión sistemáticas de las que son de su competencia.</li> <li>20. Cumplimiento del proceso de publicación en portal de transparencia, no así de las etapas de consenso, aprobación y puesta en vigencia establecido en el "Manual".</li> <li>21. Volumen considerable de normativas con más de 10 años de vigencia.</li> <li>22. La emisión no necesariamente responde a las prioridades sanitarias.</li> <li>23. Hay duplicidad y contradicción de las normativas.</li> </ol>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cuenta con el INDOCAL, entidad facultada por la Ley 166-12 sobre Sistema Dominicano para la Calidad (SIDOCAL) para emitir las NORDOM, RTD u otro tipo de regulación relacionado con bienes y productos de uso y consumo humano que impactan en la salud de la población dominicana.</li> <li>2. Se cuenta con autoridad local como Agencia Internacional del ISBN que regula la aplicación de la norma ISO 2108-1992 y es la Biblioteca Nacional que funciona como tal por Decreto de junio de 1999.</li> <li>3. Se cuenta con entidades gubernamentales destinadas a normalizar los sistemas de gestión financiera (Ministerio de Hacienda), de inversión pública, de planificación y presupuestación (MEPyD), de tecnologías de la información y comunicación (OPTIC).</li> <li>4. Se cuenta con normativas que rigen la de transparencia y rendición de cuentas: Ley General de Libre Acceso a la Información Pública; Ley de Compras, Contrataciones de Bienes y Servicios de la Administración Pública, Ley de Administración Pública Ley sobre Derecho Administrativo, Decreto de la Comisión Nacional de Ética y Combate a la Corrupción.</li> <li>5. Se han desarrollado iniciativas que apuntan a</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que los roles de las entidades gubernamentales se confundan y las normativas que corresponden ser emitidas por el órgano rector del Ministerio sean puestas en vigencia por estos.</li> <li>2. Que las propuestas de políticas, reglamentos y leyes que se relacionan con el sector salud se presenten ante instancias superiores sin el conocimiento y anuencia previa del Ministerio, con base a las opiniones técnicas emitidas al efecto.</li> <li>3. Los riesgos asociados a la desregulación sanitaria considerando que el desarrollo, por ejemplo, de la farmacovigilancia es incipiente en el país.</li> <li>4. Que las normativas se constituyan en barreras regulatorias de entrada al mercado para productos de bajo riesgo.</li> <li>5. Incomprensión de la complejidad del sistema sanitario por parte de los órganos gubernamentales "rectores" en temas comunes al entramado estatal que conlleven a la toma de decisiones erróneas sobre el ámbito de actuación de algunas dependencias del Ministerio.</li> </ol>

<b>Cuadro 7: Análisis FODA Marco técnico y normativo.</b>	
<p>vigilar el cumplimiento de las regulaciones, tales como la Iniciativa Participativa Anti Corrupción (IPAC) donde se analizó lo concerniente a medicamentos.</p> <p>6. El Ministerio preside o es miembro de Consejos que según sus ordenanzas deben emitir normativas y regulaciones relacionadas con el ámbito de la salud.</p>	
<b>Procedimientos (instrumentación):</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cuenta con profesionales con experiencia en la emisión de normativas para desarrollar los instrumentos para su M&amp;E.</li> <li>2. Se cuenta con dependencias relacionadas al campo jurídico – normativo para definir el flujo e instrumentos para la emisión de una normativa.</li> <li>3. Se cuenta con propuestas sobre instrumentos para la definición del tipo de normativa requerida y el nivel de la autoridad regulatoria.</li> <li>4. Se cuenta con procedimientos definidos en temas clave: a. Estadísticas vitales, b. Permisos de funcionamiento como prestador de servicios, c. Permisos para comercializar bienes y productos, d. Planificación operativa, e. M&amp;E programática, f. Administración de recursos humanos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual DNN incompleto a la luz de los diferentes instrumentos técnicos y normativos que produce el MSP.</li> <li>2. La mayoría de las normativas no cuentan con los instrumentos para su operatividad, monitoreo, registro y reporte (formularios, fichas, formatos).</li> <li>3. La no definición de los procedimientos conlleva a que los entes de supervisión y control no cuenten con las herramientas para realizar su trabajo en los entes regulados y reportar a los reguladores.</li> <li>4. La diversidad de instrumentos que se han diseñado recogen información duplicada, por lo cual se conlleva a pérdida de tiempo y a la proporción de información errónea en algunos casos, debido a la inconsistencia y la fuente de datos.</li> <li>5. Las instancias regulatorias no tienen una visión clara para desarrollar y completar los procedimientos incluidos en sus respectivas normativas.</li> <li>6. Existencia de instrumentos sin procedimientos.</li> <li>7. Existencia de Procedimientos parciales y desvinculados.</li> </ol>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<p>Existencia de órganos gubernamentales responsables de la administración de recursos humanos, planificación institucional, sistema de gestión financiera, presupuestación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que los entes regulados no realicen los reportes correspondientes a la prestación de bienes y/o servicios por no contar con las herramientas para ello.</li> <li>2. Que los entes de fiscalización y control no presenten adecuadamente sus reportes por no disponer de instrumentos definidos para ello.</li> </ol>
<b>Difusión:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Existe un portal institucional donde se pueden colocar las normativas emitidas.</li> <li>2. Se cuenta con una sección de transparencia donde es obligatorio colocar la base legal.</li> <li>3. Hay mecanismos internos de comunicación masiva que puede ser utilizado para notificar sobre los documentos en desarrollo y en consulta.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opacidad de facto: problemas de acceso a la regulación.</li> <li>2. No hay una responsabilidad directa asignada sobre quién debe vigilar por el cumplimiento de la difusión de una norma.</li> </ol>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instituciones vinculadas al sector con conocimiento e involucramiento en los planes y políticas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento por desconocimiento de la existencia de una normativa.</li> </ol>

<b>Cuadro 7: Análisis FODA Marco técnico y normativo.</b>	
<p>definidas.</p> <p>2. Procedimiento establecido para el acceso a la información pública y la puesta en consulta de las normativas.</p>	
<b>Monitoreo &amp; Evaluación:</b>	
<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<p>1. Se cuenta con expresiones locales para gestión desconcentrada de la rectoría que puede fiscalizar y controlar el cumplimiento de las normativas.</p> <p>2. Se cuenta con un acervo normativo sanitario al 2014 que cataloga y recoge documentación técnico – normativa: planes, políticas, normas, manuales, guías, procedimientos, leyes, decretos, disposiciones y resoluciones, con cerca de 500 documentos en formato digital.</p> <p>3. Se ha contemplado un departamento de planificación y políticas sectoriales en salud que deberá dar seguimiento al PLANDES, las estrategias en salud y las políticas que se definan.</p>	<p>1. No se controla y evalúa la aplicación de las normativas en estructura, procesos y resultados en áreas de importancia estratégica, tales como: políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.</p> <p>2. Indefinición de mecanismos de control del flujo regulatorio.</p> <p>3. No se realiza una evaluación previa de los recursos necesarios para el M&amp;E de las normativas definidas.</p> <p>4. No hay informes de monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud.</p> <p>5. Inexistencia de una base de datos actualizada que contenga, por tipo de normativa las características principales de las mismas, tales como: tipo, número, asunto que regula, fecha de publicación, vigencia, archivo adjunto, entre otros.</p> <p>6. No se efectúan evaluaciones de cumplimiento de las normativas y procedimientos definidos por parte de las entidades regulatorias, con miras a su revisión, adecuación, etc.</p>
<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
<p>1. La presión de los organismos que ejercen la rectoría en materia de planificación, presupuestación y acceso a la información pública para monitorear el cumplimiento de normativas gubernamentales.</p>	<p>1. Pérdida de autoridad ante los órganos y entes regulados por la no aplicabilidad de un régimen de consecuencias por incumplimiento de las normativas.</p> <p>2. Indeterminación del nivel e incumplimiento por parte de los entes regulados por la dispersión, amplitud y complejidad de las normativas.</p>

## V. Marco Estratégico del Ministerio Salud de Pública.

### 5.1. Misión.

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de los habitantes del país y su acceso equitativo a servicios integrados e integrales de salud, promoviendo la producción social y orientando las intervenciones a la protección social en salud, desarrollando la función de rectoría y alcanzando el objeto del Sistema Nacional de Salud, en el marco de sus principios para lograr la satisfacción de las necesidades de la población, con énfasis en los grupos prioritarios.

<b>Cuadro 6: Despliegue de la misión institucional 2017-2020.</b>	
Garantía del derecho a la salud de los habitantes	Implica garantizar un derecho inclusivo (acceso a la atención sanitaria y la intervención en los factores determinantes de la salud para contribuir a una vida sana), con ciertas libertades (consentimiento previo de la atención y trato humanizado), que abarca otros derechos (protección social, igualdad y oportunidad en el acceso a los servicios, acceso a medicamentos esenciales, entre otros), que no discrimina y que dispone de infraestructura, bienes y servicios accesibles, aceptables y de calidad.
Garantía de acceso equitativo a servicios integrados e integrales de salud	Logrado a través de la entrega de servicios de salud donde no permean las diferencias injustas, reorganizados en una red articulada, basada en un modelo de atención, orientados hacia la calidad y que dé respuesta a las necesidades de salud de la población, que rinde cuenta por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.
Promoción de la producción social y orientando las intervenciones a la protección social en salud	Entendiendo la salud como elemento de desarrollo humano y cuya producción social se ve incidido por factores biológicos, ambientales, socioeconómicos y relacionados con los servicios de atención a las personas que requieren de la interrelación de sectores e instituciones para el logro del bienestar individual y colectivo. Cuidado de que las intervenciones en salud observe los elementos de protección social: derecho a la salud, protección financiera, atención integral e integrada y bajo un sistema regulado.
Desarrollo de la función de rectoría y el alcance del objeto <sup>40</sup> del Sistema Nacional de Salud en el marco de los principios sobre los cuales se basa el sistema sanitario	Capacidad de: a. Conducir el sector definiendo las políticas en salud, las metas y objetivos; b. Regular mediante instrumentos de carácter técnico y normativo y la fiscalización de los mercados básicos relacionados con la salud y de la prestación de servicios; c. Modular el financiamiento para garantizar diversas modalidades, guiando y corrigiendo las desviaciones y vigilancia del proceso; d. Vigilar el aseguramiento, es decir, contenido y cumplimiento de planes básicos de salud; e. Armonizar la provisión, con lo cual habría un mayor aprovechamiento de la capacidad instalada, tanto público como privada, estableciendo las condiciones básicas de calidad de los servicios y f. cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.
Satisfacción de las necesidades de la población, con énfasis en los grupos prioritarios	Colocar al ser humano como centro del accionar del sistema de salud, cuyo estado de salud condiciona su calidad de vida y su grado de desarrollo intelectual, económico, productivo y social. El mayor énfasis lo hará, sin desmedro de los derechos constitucionales del resto de la población, hacia las personas que se encuentran en y por debajo de la línea de pobreza, principalmente mujeres – en estado de embarazo, niños/as hasta 14 años de edad, envejecientes y discapacitados.

<sup>40</sup> La Ley No. 42-01 en su Artículo 7 establece que el objeto del Sistema Nacional de Salud es promover, proteger, mejorar y restaurar la salud de las personas y comunidades; prevenir las enfermedades y eliminar inequidades en la situación de salud y accesibilidad de los servicios, garantizando los principios fundamentales consagrados en la ley, a saber: Universalidad, Solidaridad, Equidad, Eficiencia, Eficacia, Integralidad y Cooperación.

## 5.2. Visión.

Ser reconocida como la máxima autoridad sanitaria nacional que desempeña su rol rector y cumple las funciones esenciales de la salud pública, con capacidad de articular una efectiva coordinación intra e inter institucional y multisectorial para garantizar a toda la población el acceso a servicios y bienes de salud con calidad, gestionados por recursos humanos competentes y comprometidos con los principios básicos de la ética.

Cuadro 7: Despliegue de la visión institucional 2017-2020.	
Máxima autoridad sanitaria nacional que desempeña su rol rector y cumple las funciones esenciales de la salud pública	Reconocimiento por todos los actores y sectores de que el Ministerio es quien conduce el sistema de salud y con base a ello toma la responsabilidad que como rector le han sido delegadas sobre las funciones sustantivas y competencias de la política pública sanitaria, con miras a lograr reducir inequidades y desigualdades en el acceso a bienes y servicios de salud y la carga financiera que conlleva.
Articular una efectiva coordinación intra e inter institucional y multisectorial	Planifica, implementa, monitorea y evalúa el desarrollo de las políticas, programas y proyectos de salud generando sinergias y participación de las diferentes dependencias y organismos gubernamentales, así como fomentando la integración de la sociedad civil, las empresas, las comunidades en pro del bienestar colectivo e individual.
Garantía a toda la población al acceso a servicios y bienes de salud con calidad	Se encarga de definir los criterios y condiciones mínimas que deben cumplir los productos y servicios ofertados y entregados en el sistema para garantizar pertinencia, oportunidad y calidad de los mismos cuando estos sean usados o consumidos por la población. Para ello, regula efectivamente a través de normas y guías de actuación, emite certificación de registro y de habilitación, realiza inspecciones y auditorías, sanciona el incumplimiento de las normativas, entre otras. De esta manera, garantiza que los insumos y productos sanitarios, infraestructura, tecnología y recursos operativos y económicos son idóneos para la prestación de los bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población usuaria del sistema de salud.
Gestionados por recursos humanos competentes y comprometidos con los principios básicos de la ética <sup>41</sup> .	Se asegura de que los recursos humanos contratados en el sistema son competentes, es decir, poseen los conocimientos, habilidades y las motivaciones para desarrollar bien su trabajo al más alto nivel de la organización, ya sea rectora o de provisión, para lo cual define con claridad sus funciones, describe el perfil requerido y recluta conforme a ellos, establece mecanismos de compensación que contribuyan al empoderamiento y mide su desempeño. Espera que sus recursos humanos estén comprometidos con los principios de la ética, de tal manera que orienten su hacer en el sistema sanitario e incidan en el desarrollo de sus funciones respetando a las personas, sus derechos y velando porque sea en su beneficio, sin maleficencia y con justicia.

<sup>41</sup> Los principios son una afirmación fundamental de la que se derivan una serie de consecuencias o conclusiones, no son algo añadido a la persona, como cualquier calificativo, sino que fluyen como atributos de su misma realidad y se fundamentan en su naturaleza. Se caracterizan por lo absoluto de sus exigencias, la universalidad de su validez y la inmutabilidad de su contenido. (García de Alba, Juan Manuel: Ética Profesional, Págs. 179-180). Los principios éticos básicos son: humanización, autonomía, igualdad, complejidad, totalidad, solidaridad y subsidiaridad.

### 5.3. Enfoques.

El Ministerio de Salud en sus intervenciones aplica los enfoques que fueron establecidos en el PLANDES, la PNCS y los ODS, mismos que cruzan cada uno de los componentes de intervención y estrategias del Plan Estratégico Institucional 2017-2020.

**Derecho a la salud:** Garantizado a través del desarrollo de una agenda socio – política, la definición de los marcos jurídicos necesarios y el logro de la participación social. Generando las condiciones de disponibilidad de servicios de salud de calidad, entorno laboral saludable y seguro, viviendas adecuadas y alimentos nutritivos para que la población pueda vivir lo más saludable posible. En ese sentido deben considerarse los aspectos fundamentales del derecho a la salud que van más allá de estar sanos:

#### RECUADRO 1: ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL DERECHO A LA SALUD – OOM/NU, 2008.

- **Es un derecho inclusivo:** No se limita al acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales, sino que comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana, denominados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "factores determinantes básicos de la salud": a. Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, b. Alimentos aptos para el consumo, c. Nutrición y vivienda adecuadas, d. Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres, e. Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud y f. Igualdad de género.
- **Comprende algunas libertades:** Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- **Comprende algunos derechos:** Incluyen: a. El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; b. El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; c. El acceso a medicamentos esenciales; d. La salud materna, infantil y reproductiva; e. El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; f. El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; g. La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.
- **Facilita servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación.**
- **Garantiza que los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad:** a. Disponibles en número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud; b. Accesibles físicamente (al alcance geográfico de toda la población, en especial de los grupos vulnerables) y desde el punto de vista económico, así como de la información en salud sin menoscabo de la confidencialidad; c. Aceptables, con respeto hacia la ética médica, sensible a los requisitos de género y culturalmente apropiados; d. De buena calidad, apropiados desde el punto de vista científico y médico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

**Garantía de calidad:** Considerando su vinculación con la evolución de los paradigmas en la mejora de la calidad en la atención en salud y asumiéndolo como un enfoque de gestión de los servicios de salud orientado hacia la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los

usuarios. Implica, desde el proveedor, calidad técnica, efectividad, eficiencia, y, desde la perspectiva del usuario, calidez, accesibilidad y comodidad.

**Producción social de la salud:** En tanto aborda los aspectos de calidad relacionados con los factores biológicos, ambientales, socioeconómicos y culturales, así como los relacionados con los servicios de salud de atención a las personas, partiendo del artículo 2 de la Ley No. 42-01 que refiere, entre otros aspectos, que debe brindarse a la población las mejores opciones políticas y apoyándose en el PLANDES que enfatiza sobre el modelo de atención integral que incluye el fortalecimiento de las estrategias intersectoriales de promoción de la salud y el desarrollo de espacios saludables.

**Equidad de género:** Como concepto relacional y objetivo de desarrollo humano, en virtud del cual se vincula con la justicia, imparcialidad e igualdad social en el uso de los bienes y servicios, donde la población, la ciudadanía, las personas son el eje central de la intervenciones en salud. El PEI se orienta al logro de la equidad social donde se apuesta a la igualdad de oportunidades sin desventajas por consideraciones de raza, género, etnia o condición socioeconómica.

**RECUADRO 2: DEFINICIÓN OPS/OMS SOBRE EQUIDAD DE GÉNERO, REFERIDA EN EL PLANDES.**

La equidad de género busca contribuir a la reducción de las disparidades remediables e injustas entre hombres y mujeres que se hayan asociadas a desventajas sistemáticas, generalmente de las mujeres frente a los hombres, en los diferentes contextos socioeconómicos y culturales, expresados en problemas como la pobreza, el desempleo, la participación política y la toma de decisiones en todos los ámbitos, incluidas las parejas y las familias.

**Participación social:** Considerando que permite ampliar la base del capital social en las acciones a favor de la salud de la población, para definir prioridades, generar compromisos y vigilar su cumplimiento. Entendida como un derecho y un deber de la comunidad de usuarios en la planificación, estructuración, financiación, gestión, evaluación y control del sistema de salud y de los servicios de salud, en guarda de los principios consignados en la Ley General de Salud.

#### 5.4. Principios rectores.

La Ley N° 42-01 contempla los principios sobre los cuales se fundamenta el Sistema Nacional de Salud y por el cual debe velar el Ministerio de Salud Pública, como su órgano rector:

- a. **Universalidad:** El Estado reconoce a todos los residentes en el territorio nacional, el derecho de que todas las personas dispongan de servicios de salud, y a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud.
- b. **Solidaridad:** El Estado canalizará una parte de los recursos obtenidos de la población de más altos ingresos en función de su capacidad de pago, por medio de la cotización obligatoria u otros mecanismos establecidos por los instrumentos jurídicos pertinentes, hacia aquella parte de la población cuyos ingresos sean insuficientes para autofinanciar su atención, ya fuere por condición social, vejez o enfermedad. Este principio se aplicara

dentro de cada una de las instituciones que forman parte del sistema, respetando su autonomía y objeto social.

- c. **Equidad:** El Estado debe garantizar un nivel mínimo de prestaciones en favor de todos los residentes en el territorio nacional, que permita su atención integral mediante una adecuada distribución de las cargas financieras necesarias para su financiación, contando además con una correcta inversión del gasto social hacia la población más pobre y vulnerable, independientemente del poder adquisitivo o diferencias sociales, generacionales, laborales, de raza o de género.
- d. **Eficiencia:** Equilibrio entre la disponibilidad de recursos y las necesidades de salud, buscando satisfacer las necesidades del mayor número posible de personas. Esto implica priorizar las intervenciones en salud más costoefectivas para resolver problemas de salud de la población.
- e. **Eficacia:** El Sistema de Salud articula a varias instituciones y garantiza una correcta interacción entre los recursos humanos, de infraestructura física, de tecnología y de gestión, que asegure la máxima eficacia de su utilización mediante un modelo de atención integral con énfasis en la prevención y desarrollando una conveniente y gradual separación de funciones, desconcentración y descentralización de las entidades que integran el sistema, en un ambiente de cooperación, competencia, información adecuada y supervisión.
- f. **Integralidad:** Abordar los problemas de salud desde sus diferentes vertientes y en todas las fases de su desarrollo, garantizando, al mismo tiempo, educación y promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades y rehabilitación de sus secuelas; todo ello a partir de una política de salud que se fundamente en perspectiva intersectorial.
- g. **Cooperación:** Las organizaciones habilitadas por disposiciones legales para prestar la atención a la salud, deberán coordinar entre sí y extra-sectorialmente una óptima utilización de su capacidad institucional, pública o privada, frente a las necesidades del sistema y de la población.

### 5.5. Valores institucionales.

Además de velar, como ejecutor del Estado en el sector, por el cumplimiento y prevalencia de los principios rectores del sistema de salud, el Ministerio ha definido una serie de valores organizacionales prioritarios sobre los cuales fundamenta su accionar, haciéndolos congruentes para los funcionarios y usuarios de los productos institucionales brindados y los objetivos y resultados esperados, a saber: Calidad, Compromiso, Efectividad, Humanización, Liderazgo, Probidad, Respeto, Responsabilidad, Transparencia.

Cuadro 8: Descripción y conducta asociada a los valores institucionales.	
Descripción del valor	Conducta asociada
<p><b>Calidad:</b> Generar satisfacción en los usuarios de los servicios públicos bajo los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad de la entrega.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar con profesionalidad los servicios y productos institucionales con el objetivo de llenar las expectativas de los usuarios de los mismos.</li> <li>• Cumplir con los estándares definidos en los procesos organizacionales.</li> <li>• Implementar planes de mejora para la producción y entrega de los servicios, acorde a las metas definidas.</li> <li>• Desarrollar competencias en el uso de las herramientas y tecnologías disponibles para la entrega de los servicios públicos.</li> <li>• Contribuir al desarrollo (diseño y ejecución) de procesos que consideres los más alto estándares de calidad y efectividad posibles y eleven el nivel a la excelencia institucional.</li> </ul>
<p><b>Compromiso:</b> Actuar acorde con su responsabilidad y en el marco de los objetivos de desarrollo nacional y los planes de Gobierno para maximizar los esfuerzos institucionales para satisfacer las necesidades de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar sus funciones apegado a las normativas y procedimientos definidos para la administración pública.</li> <li>• Ser un agente de cambio y promover y sostener los aspectos que dan valor positivo y elevan el nivel de la organización.</li> <li>• Conocer y medir el desempeño de los programas y/o proyectos que implementa respecto a los objetivos institucionales y las prioridades establecidas en los programas gubernamentales.</li> <li>• Identificarse con la misión y visión organizacional y apoyar las iniciativas desarrolladas para el logro de las mismas.</li> </ul>
<p><b>Efectividad:</b> Ser capaces de lograr el objetivo deseado, desplegando las acciones estratégicas para ello y en el marco institucional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar las competencias logrando un resultado (eficacia) con el mínimo de recursos posibles viables (eficiencia).</li> <li>• Cumplir con los tiempos establecidos para la entrega de los productos institucionales.</li> <li>• Orientar sus esfuerzos a los objetivos, metas y planes institucionales.</li> <li>• Generar la capacidad de trabajo en equipo, el fortalecimiento de las habilidades y destrezas.</li> <li>• Asumir las responsabilidades con proactividad y disposición al cambio organizacional para el logro de los resultados.</li> </ul>
<p><b>Humanización:</b> Entregar los servicios públicos orientado al ser humano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de identificar las oportunidades de mejora en los procesos establecidos y desarrollo del talento humano.</li> <li>• Generar empatía, calidez en la atención, propiciando un ambiente agradable a los usuarios de los servicios.</li> <li>• Brindar información clara, precisa y suficiente acerca de los servicios entregados.</li> <li>• Mantener el vínculo institución – usuario, generando confianza en los productos entregados.</li> </ul>
<p><b>Liderazgo:</b> Ser capaces de interactuar con otros actores y sectores, para concertar, consensuar y articular los planes y programas a las políticas públicas y al alcance de los resultados sectoriales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducir estratégicamente las intervenciones de los diferentes entes de la sociedad para el alcance de los objetivos sanitarios y el logro de resultados en beneficio de la población.</li> <li>• Gestionar los convenios de gestión y acuerdos interinstitucionales que permitan ejecutar las políticas del sector.</li> <li>• Capacidad de coordinar con diferentes organismos las iniciativas, programas</li> </ul>

Cuadro 8: Descripción y conducta asociada a los valores institucionales.	
Descripción del valor	Conducta asociada
	<p>o proyectos que operativizan las políticas, estrategias y prioridades del sector.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la articulación de los diferentes sectores, organizaciones en planes y proyectos que observen los objetivos comunes, identificando procesos mecanismos operativos bajo relaciones de interacción horizontal y democrática.</li> </ul>
<p><b>Probidad:</b> Desarrollar sus funciones con honestidad y rectitud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar una conducta intachable, desempeño veraz y leal de la función pública encomendada.</li> <li>• Cumplir las normas establecidas por las leyes, denunciando las acciones ilegales.</li> <li>• Respetar los procedimientos establecidos para el desempeño de sus funciones.</li> </ul>
<p><b>Respeto:</b> Tener capacidad de no invadir el espacio y los derechos de las personas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un trato educado y digno, reconociendo la igualdad y diversidad de las personas.</li> <li>• Entregar los servicios públicos sin aplicar distinciones de ningún tipo, relacionados con género, raza, condición social, cultura, entre otros aspectos que den lugar a actitudes discriminatorias.</li> <li>• Ponderar la discrecionalidad en el trabajo respecto de los servicios entregados a los usuarios (personas e instituciones).</li> <li>• Estar abierto a considerar las ideas y creencias de los demás y aceptar las críticas como elemento colaborativo para la mejora laboral.</li> <li>• Mantener la actuación en el marco de un clima laboral amigable.</li> </ul>
<p><b>Responsabilidad:</b> Ejercer sus funciones de manera consiente, orientando sus actos apegado a las normas éticas y reflexionando sobre las consecuencias de los mismos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser capaces de reconocer sus actos y medir las consecuencias de los mismos, cuando han sido ejercidos en plena conciencia y libertad, rindiendo cuenta por ello.</li> <li>• Planear a tiempo las actividades que debe desarrollar para alcanzar los productos y lograr los resultados, notificando oportunamente las desviaciones y aplicando los correctivos de lugar.</li> </ul>
<p><b>Transparencia:</b> Ejercer la gestión, conforme a los principios y normativas de la administración pública, cultivando la rendición de cuentas y suministrando información completa y oportuna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer de conocimiento público todas las informaciones relacionadas con los procesos de compra y contrataciones así como de ejecución presupuestaria de proyectos, planes y programas.</li> <li>• Poner a disposición de los diferentes grupos sociales: tomadores de decisiones, formuladores de políticas, investigadores, personal sanitario, estadísticos, organizaciones de la sociedad civil, público en general y organismos internacionales de cooperación técnica y financiera, entre otros, los datos e informaciones con calidad y oportunidad para su uso en el mejoramiento de las condiciones de salud y de las operaciones del sistema.</li> <li>• Brindar a la ciudadanía información veraz y confiable sobre el logro alcanzado con base a las intervenciones o acciones ejecutadas.</li> </ul>

### 5.6. Ejes Estratégicos:

El hacer institucional se ve condicionado a las capacidades que debe desarrollar o fortalecer para responder a los resultados esperados en el ámbito del desarrollo nacional, sectorial y de los objetivos internacionales, para la producción social de salud, es decir, la actuación sobre los determinantes de la situación de salud a nivel colectivo e individual, redundado en la mejora de la calidad de vida y del estado de salud de la población.

En ese contexto el Ministerio de Salud, como órgano rector del sistema debe estar en capacidad de desarrollar su liderazgo del sector para abogar por la salud y negociar con otros sectores; de fortalecer la capacidad de desarrollar intervenciones con el propósito de reducir las inequidades en las condiciones de salud en el marco de un desarrollo humano integral y sostenible y de abatir las desigualdades injustas en cuanto acceso y carga financiera relacionadas con los servicios. Esto conlleva al desarrollo de las competencias necesarias para cumplir con su misión y lograr la visión planteada en los ejes estratégicos siguientes:

**ILUSTRACIÓN 2: EJES ESTRATEGICOS PARA EL EJERCICIO DEL ROL RECTOR.**



#### 5.6.1. Visión operativa del Ministerio de Salud:

Los Ejes Estratégicos o Áreas Estratégicas, son las principales líneas de acción de la entidad, estrechamente vinculados a su Misión y Visión.



### 5.6.2. Descripción de los Ejes.

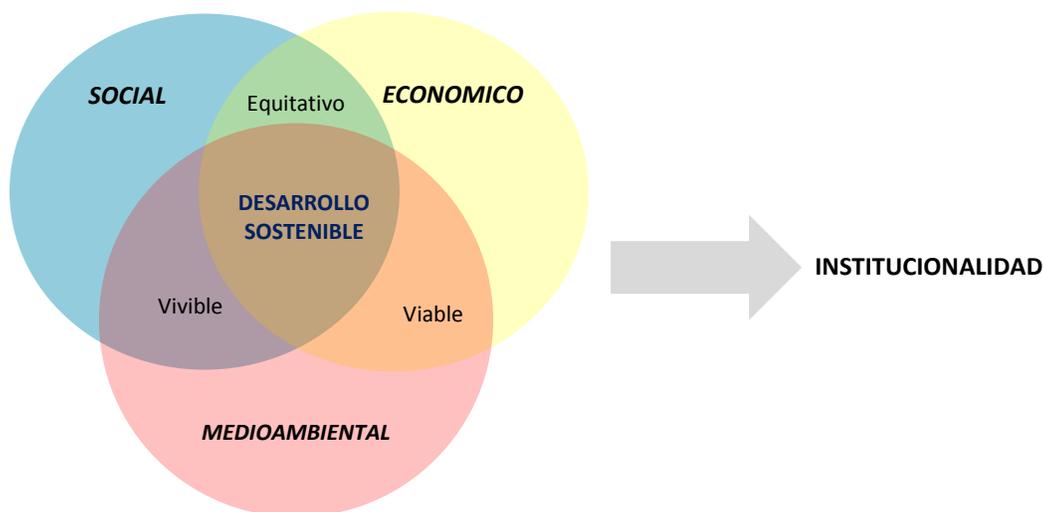
Cuadro 9: Descripción de los Ejes Estratégicos.			
NO.	Nombre	Descripción	Articulación END
1	<b>Conducción y Regulación del Sistema Nacional Salud</b>	Orientar la organización y funcionamiento del sector y condicionar el funcionamiento del sistema de salud para el logro de las metas en salud, mediante el ejercicio del liderazgo y su reconocimiento por partes de los actores para ejercer la formulación y dirección de las políticas y planes sectoriales, normalizar el sistema, armonizar la provisión, modular el financiamiento, orientar la cooperación y asegurar la protección social en salud.	<p><b>Eje 2.</b> “Sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”</p>
2.1	<b>Coordinación para lograr resultados en salud</b>	Coordinar las acciones y promover la participación entre los actores del sector salud, así como negociar el apoyo de las intervenciones con actores extra sectoriales para la realización de acciones que conduzcan al logro de resultados en salud. Para ello, debe analizar la situación de la salud, analizar las intervenciones que se ejecutan para dar respuesta a los problemas y sus determinantes, desarrollar y coordinar con otros actores la implementación de las intervenciones y evaluar los resultados logrados en función de las intervenciones implementadas.	
2.2	<b>Provisión de servicios de salud colectiva</b>	Gestionar la prestación de los servicios de salud colectiva de: a. Proporción de información en salud y sobre los servicios; b. Promoción de conocimiento y aptitudes sobre salud en la población; c. Promoción del desarrollo de entornos y comportamientos saludables; d. Relación de investigación y tamizajes en salud colectiva; e. Identificación y control de situaciones que amenacen la salud colectiva; f. Consejerías e intervenciones para el desarrollo de ambientes y relaciones saludables; g. Desarrollo de intervenciones para protección social y salud.	
3	<b>Ejercicio de la Autoridad Sanitaria, fiscalización y control</b>	Condicionar o restringir las actividades de los actores del sistema de salud para garantizar el bien común y para disminuir los riesgos y evitar daños a la salud. En ese marco, debe comunicar las normas y regulaciones definidas para condicionar el accionar de todos los proveedores de servicios, productos e insumos sanitarios y de las actividades que implican riesgo a la salud pública, a la salud de consumidores y aquellas dirigidas a la promoción de ambientes saludables. De igual manera debe auditar e inspeccionar sobre lo normado y controlar el cumplimiento del marco legal.	
4	<b>Capacidad y gestión institucional</b>	Fortalecer la estructura interna, definiendo políticas clara y estableciendo procedimientos eficientes para el desarrollo de las funciones, bajo un modelo organizacional que actúe horizontalmente y personal competente y comprometido con el logro de los resultados esperados en todos los niveles (institucional, sectorial y nacional). Generar un clima organizacional adecuado, transparente y sostenible y con un manejo de información confiable y oportuna, en la dinámica interna y externa, que apoye la toma decisiones y la definición de políticas e intervenciones en salud.	

## 5.7. Prioridades en salud que determinan los retos institucionales.

### 5.7.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>42</sup>.

Uno de los principales resultados de la Conferencia de Río + 20 fue el acuerdo de los Estados miembros para poner en marcha un proceso para desarrollar un conjunto de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que se basara en los objetivos de desarrollo del Milenio (Martínez-Agut, M. P., 2012) y que converge con la Agenda de Desarrollo Post 2015. Además de los acuerdos de respeto a los compromisos previos se acordó centrarse en áreas prioritarias para su logro, con lo cual se deben abordar e incorporar de manera equilibrada las tres dimensiones del desarrollo sostenible (económica, social, ambiental) y sus interrelaciones.

ILUSTRACIÓN 3: DIMENSIONES E INTERRELACIONES DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Los ODS, de aquí al 2030 nos enfrentan a cambios importantes: factibilidad de erradicación de la pobreza, drástico impacto del hombre sobre la tierra, rápido cambio tecnológico, aumento de la desigualdad, creciente difusión y complejidad en la gobernabilidad. En este contexto los desafíos en salud que se vislumbran son:

- Alcanzar la igualdad de género, inclusión social y derechos humanos para todos: Implicará garantizar igualdad de género, derechos humanos, estado de derecho y acceso universal a servicios públicos. Reducir la pobreza relativa y otras desigualdades que causen exclusión social. Prevenir y eliminar la violencia y la explotación, especialmente para mujeres y niños.
- Lograr salud y bienestar en todas las edades: Implicará alcanzar cubrimiento de salud en todas las etapas de la vida, con especial énfasis en servicios primarios de salud, incluida salud reproductiva, para lograr que todas las personas reciban servicios de salud de calidad sin que pasen privaciones económicas. Se plantea reducir la mortalidad infantil, la mortalidad materna y, la mortalidad de menores de 70 años contra enfermedades no

<sup>42</sup> Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD). Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016 (PNPSP). Sto. Dgo. RD. Diciembre 2012.

contagiosas por al menos 30 por ciento en comparación con el nivel alcanzado en 2015. Promover conductas saludables.

Específicamente, las metas del Objetivo 3 de los ODS que establece que: “para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. Se han logrado grandes avances en cuanto al aumento del acceso al agua limpia y el saneamiento, la reducción de la malaria, la tuberculosis, la poliomielitis y la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud”, las metas son:

- Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a

utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

### 5.7.2. Estrategia Nacional de Desarrollo (END).

La Ley N° 1-12 de la END da lugar a este instrumento de planificación, desarrollado en el marco de la Ley N° 498-06 que crea el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública, con la finalidad de definir la imagen-objetivo del país a largo plazo y los principales compromisos que asumen los poderes del Estado y los actores políticos, económicos y sociales, tomando en cuenta su viabilidad social, económica y política, identificando los problemas prioritarios que deben ser resueltos y las líneas centrales de acción necesarias para su resolución y la secuencia de su instrumentación.

#### RECUADRO 3: VISIÓN DE LA NACIÓN DE LARGO PLAZO.

República Dominicana es un país próspero, donde las personas viven dignamente, apegadas a valores éticos y en el marco de una democracia participativa que garantiza el Estado de derecho y promueve la equidad y la justicia social, que aprovecha sus recursos para desarrollarse de forma innovadora, sostenible y territorialmente equilibrada y se inserta competitivamente en la economía global.

La estructura de la END define ejes estratégicos sobre los cuales se articula y que orientan las acciones del país. Si bien es cierto, el Segundo Eje es el que contiene el Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral, no menos cierto es hay objetivos y líneas de acción de los restantes que vinculan el accionar institucional del Ministerio como ente público.

El Primer Eje que procura un Estado Social Democrático de Derecho establece como Objetivo General 1.1. una *Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados*, el cual indica en su línea de acción 1.1.1.13 que se debe “establecer un modelo de gestión de calidad certificable, que garantice procedimientos funcionales, efectivos y ágiles en la prestación de servicios públicos y que tome en cuenta su articulación en el territorio y las necesidades de los distintos grupos poblacionales”.

El segundo eje es el que enfatiza la necesidad de que la población tenga garantizada la salud y servicios básicos de calidad: *“Sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”*. Los objetivos y líneas de acción derivados se presentan en el Anexo X y sucintamente abordan los tópicos siguientes:

- Redes de salud, públicas y privadas, articuladas por niveles de atención.
- Servicios de salud colectiva por curso de vida, con involucramiento de las comunidades.
- Vigilancia epidemiológica y nutricional.
- Formación continua de los recursos humanos en salud para mejorar la atención a víctimas de violencia de género y NNA.
- Promoción y participación social en temas relacionados con control epidemias y enfermedades emergentes.
- Garantía acceso a medicamentos calidad y promoción uso racional.
- Fortalecimiento rol rector MSP y DPS/DAS.
- Impulso gestión por resultados a través del uso de las TIC en los SRS.
- Autonomía administrativa PSS.
- Desarrollo sistema capacitación continua y motivación laboral RHS.
- Uso adecuado TIC para cobertura territorial y elevar la eficiencia en la prestación servicios salud.
- Provisión efectiva de información a la población sobre sus derechos a la protección social en salud.
- Fortalecimiento investigaciones en salud.
- Implementación sistema de prevención contra riesgos laborales.
- Prestación ágil servicios de salud a personas desplazadas por desastres.
- Provisión de servicios de salud mental de calidad.
- Modelo de atención fundamentado en el primer nivel de atención.
- Sistema de supervisión y control para el cumplimiento de las normativas de servicios de salud.
- Desarrollo unidades atención y sistema de reportes violencia basada en género.

### **5.7.3. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2011-2014 (PNPSP)<sup>43</sup>.**

El PNPSP es el instrumento de planificación que orienta el gasto, planteando como reto persistente y apremiante la mejora de la calidad de los servicios de salud, para que se reduzcan las tasas de la mortalidad materna y la mortalidad infantil a ritmo consistente con el cumplimiento de las metas de los ODS (antes ODM). Para ello consideró que una medida de política para garantizar la producción de servicios de salud de calidad era fortalecer la función rectora del MSP y acelerar los procesos de separación de funciones, desconcentración y descentralización.

Para lograr los resultados esperado en salud, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha dispuesto en su PNPSP las medidas de política siguientes:

- Profundización de la reglamentación y aplicación del marco jurídico vigente.
- Prestación particular atención al desarrollo del Subsistema de Salud Colectiva.
- Implementación de la Estrategia de la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de los servicios médicos a menores de cinco años.
- Garantía de la atención a las mujeres embarazadas.
- Vigilancia alimentaria y nutricional.
- Promoción de la lactancia materna.
- Adopción de medidas para disminuir las muertes por cáncer cérvico-uterino.

---

<sup>43</sup> Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD). Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016 (PNPSP). Sto. Dgo. RD. Diciembre 2012.

- Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles.
- Obligatoriedad de mantener la cobertura útil a la población en riesgo de contraer enfermedades inmuno-prevenibles (programa de inmunización),
- Garantía de la prevención y control de la tuberculosis.
- Atención y apoyo a pacientes de VIH, entre otros.

#### **5.7.4. Plan de Gobierno de la República Dominicana.**

Los lineamientos del plan de gobierno para el período 2016-2020 han sido basados en el análisis de las condiciones de vida digna que se propugnan para continuar avanzando y acelerar el paso hacia el país que los dominicanos y las dominicanas quieren, por lo cual el Gobierno seguirá articulando coherentemente las políticas económicas, las políticas sociales, las políticas ambientales y las iniciativas de transformación de la gestión pública.

En ese sentido, considerando que la salud es un derecho humano y un derecho constitucional, el conjunto de intervenciones son orientadas a la protección social del derecho a la salud como un deber del Estado y la sociedad que se concreta en políticas públicas que se promueven y ejecutan en alianza con el Estado, el empresariado, los trabajadores, las comunidades y los movimientos sociales.

La salud, vista como un componente básico de la calidad de la vida, un moderador de las desigualdades sociales, un condicionante clave para un crecimiento económico centrado en las personas, y un requisito esencial para la productividad laboral y el desarrollo de nuestras capacidades productivas, requiere de alcanzar la plena protección del derecho a la salud requiere superar importantes desafíos.

Históricamente se ha acumulado una pesada deuda social expresada en pobreza y en limitaciones del sistema de servicios de salud para responder adecuadamente ante los cambios en el perfil de problemas de salud y las dinámicas demográficas y cada día más nos constituimos en una población más concentrada en pocas ciudades y con una mayor proporción de habitantes jóvenes y con el deber pendiente de superar las limitaciones de salud materna e infantil y de transformar nuestro sistema de salud que se desarrolló concentrando las atenciones en los servicios curativos, de mayor tecnología y costo, en detrimento de la calidad, de la integralidad y de la Atención Primaria de la Salud.

Ante ese panorama y esa visión de cambio, el Ministerio de Salud Pública, con miras a que los resultados en salud evidencien los cambios en el estado de salud de la población y que los mismos sean derivados de la atención provista o las intervenciones en salud realizadas en el sistema y en consonancia con las actividades realizadas por los entes gubernamentales que intervienen en el sistema, acoge las líneas de acción definidas por el Gobierno Dominicano para el período 2016-2020, las cuales se destacan a continuación:

- Fortalecimiento de la DIGEMAPS y el Sistema Nacional de calidad de servicios de salud, con la actualización de las normas regulatorias de calidad de medicamentos y productos sanitarios, y desarrollaremos el sistema nacional de calidad de servicios y seguridad de los pacientes.
- Reestructuración y fortalecimiento del Programa de Medicamentos de Alto Costo.

- Ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral garantizada para enfermos crónicos, que proveerá actividades de prevención, servicios de salud y medicamentos a personas hipertensas, diabéticas, VIH, con afecciones crónicas cardíacas, renales y respiratorias, entre otros; articulado en redes por niveles de atención.
- Atención integral a los menores de cinco años, a nivel nacional.
- Fortalecimiento de los programas y campañas de prevención de VIH y hacer énfasis en la transmisión vertical del VIH y Sífilis Congénito, mediante el estricto cumplimiento de los protocolos de atención, la dotación oportuna de ARV, la descentralización y monitoreo de los servicios, la integración de las familias y comunidades y la puesta en marcha de programas de comunicación y mediación que disminuya el estigma y fortalezca la adherencia al tratamiento.
- Impulso de más y mejores programas de prevención y atención en salud sexual y reproductiva tanto de mujeres, como de hombres, incluyendo cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y cáncer de próstata.
- Inclusión de un componente preventivo que garantice los servicios de salud a todas las víctimas de accidentes de tránsito del país.
- Profesionalización de la administración hospitalaria y fortalecimiento de la gestión por resultados en todo el sistema de salud.
- Implementación del expediente clínico único y digital.
- Implantación del Modelo de Atención Integral, a partir del desarrollo de primer nivel de atención, protocolización clínica, consolidación de la Red Única de Servicios Públicos.
- Implantación del Plan Nacional de cirugías electivas en la Red Única de Servicios Públicos de Salud.
- Continuación de la implementación de la política de atención de la salud mental prioriza la atención ambulatoria en una red de unidades especializadas de los hospitales generales, con una orientación de manejo integral, impulsando la atención primaria de la salud mental, con un enfoque predominantemente de prevención y promoción.

Acogiendo los lineamientos gubernamentales para el próximo cuatrienio, las prioridades institucionales, aunque no limitativamente, se presentan en el cuadro siguiente:

**Cuadro 10. Áreas priorizadas con requerimientos financieros para el logro de los objetivos sanitarios, mediante colocación de recursos para el cierre de brechas, ampliación de prestación de bienes y servicios a la población, sostenibilidad financiera de programas en funcionamiento.**

Áreas priorizadas	Iniciativas	Finalidad
Regulación / fiscalización	Habilitación de PSS y control de otros proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento DIGEMAPS, conversión en un instituto especializado de vigilancia, regulación sanitaria y control de calidad de los medicamentos, alimentos y productos sanitarios                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulación mercado farmacéutico, alimenticio y productos sanitarios. Programa de vigilancia, Inspección y control. Plan de ordenación. Sistema de Gestión de Calidad. Base de datos proceso de autorizaciones y registros sanitarios.</li> <li>- Equipos y adecuación Laboratorio Nacional para control calidad alimentos, medicamentos y productos sanitarios.</li> </ul> </li> <li>• Fortalecimiento Dirección Habilitación para la supervisión y control de las condiciones mínimas de operación en el sistema de salud de los prestadores</li> </ul>

**Cuadro 10. Áreas priorizadas con requerimientos financieros para el logro de los objetivos sanitarios, mediante colocación de recursos para el cierre de brechas, ampliación de prestación de bienes y servicios a la población, sostenibilidad financiera de programas en funcionamiento.**

Áreas priorizadas	Iniciativas	Finalidad
		<p>públicos y privados de servicios de salud: clínicas, hospitales, laboratorios, centros diagnósticos y de imágenes, centros odontológicos, clínicas de cirugía y estética.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotar de recursos humanos especializados en supervisión (inspectores sanitarios).</li> <li>- Desarrollar sistema de información de prestadores a nivel nacional.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento Salud Ambiental, para controlar el riesgo y daño a la salud provocado por las emisiones de gases, ruido, contaminación de los afluentes y aprovisionamiento de agua, entre otros.</li> <li>• Fortalecimiento Dirección de Sangre para el control de los productos sanguíneos y el funcionamiento de la red de bancos de sangre.</li> <li>• Normalización para la atención integral y articulada en redes. Implantación modelo de atención (protocolos, normas, guías).</li> </ul>
<b>Enfermedades de alto costo</b>	Programa de medicamentos de alto costo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostenibilidad de los pacientes en el programa, inclusión de nuevos pacientes y de nuevas patologías.</li> </ul>
<b>Salud mental</b>	Unidades de Intervención crisis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación servicios ambulatorios, mediante creación estructura en los PSS públicos y fortalecimiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial.</li> </ul>
<b>Traslado sanitario</b>	Fortalecimiento CRUED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulación del Sistema de Emergencias 911 con el traslado intrahospitalario como mecanismo de aseguramiento de la integralidad de las acciones en salud.</li> </ul>
<b>Enfermedades transmisibles</b>	Provisión de medicamentos y otras prestaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de ARV y realizar pruebas según protocolo a las PVVS que están en el programa e incluir nuevos captados. Cumplimiento estrategias 90-90-90 (FM) y Test Star (USAID).</li> <li>• Consolidación del control de la TB y proveer según estrategia DOTS/TAES.</li> <li>• Mejora de la capacidad de prevención y respuesta ante brotes de dengue, zika, chikungunya y otras enfermedades vectoriales.</li> <li>• Control de la rabia animal para evitar la humana.</li> </ul>
<b>Enfermedades crónicas no transmisibles</b>	Programa Nacional de Prevención y Atención Integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidación y ampliación a las patologías priorizadas: diabetes, hipertensión, IRA, renal, cardíaca.</li> <li>• Prevención de enfermedades para las que hay atención garantizada y tienen alto costo.</li> </ul>
<b>Intervenciones de salud colectiva</b>	Elevar el financiamiento para las funciones de Salud Colectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de las iniciativas relacionadas con la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, por alimentos, zoonóticas, relacionadas con el medio ambiente y las condiciones laborales, entre otras.</li> <li>• Realización de intervenciones de promoción de la salud, incluyendo la creación de espacios saludables y prevención de accidentes de tránsito.</li> </ul>
<b>Rectoría</b>	Elevar el financiamiento para las funciones de Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos (profesionalización y contratación) para el desempeño de las funciones de planeación, conducción y regulación/fiscalización del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>• Desarrollo del Sistema de Información en Salud.</li> <li>• Fortalecimiento del liderazgo sectorial.</li> <li>• Fortalecimiento de la expresión desconcentrada del órgano rector (Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud).</li> </ul>

**Cuadro 10. Áreas priorizadas con requerimientos financieros para el logro de los objetivos sanitarios, mediante colocación de recursos para el cierre de brechas, ampliación de prestación de bienes y servicios a la población, sostenibilidad financiera de programas en funcionamiento.**

Áreas priorizadas	Iniciativas	Finalidad
Provisión de bienes de salud	Entrega de bienes de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos e insumos programas: nutrición, planificación familiar.</li> <li>• Ampliación de las actuaciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones para prevenir enfermedades inmunoprevenibles y mantener las coberturas actuales de un 90%.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción en el esquema de vacunación nacional de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV por sus siglas en inglés).</li> <li>- Cobertura poblacional con vacuna contra Neumococo.</li> </ul> </li> </ul>
Calidad servicios salud (Sistema de Información)	Implementación del expediente clínico único y digital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la eficiencia y mejorar la calidad en la prestación de cuidados de la salud:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo Sistema de Expediente Clínico (plataforma de interoperabilidad e integral de información en salud).</li> <li>- Dotación de equipos informáticos para el registro, manejo y control de los componentes funcionales del sistema en todos los niveles operativos (equipo de cómputos, periféricos, redes de datos o inalámbricas y servidores).</li> <li>- Dotación de conectividad (internet / banda ancha) en los niveles operativos (incluyendo a los establecimientos de salud en todo el país).</li> <li>- Contratación y desarrollo de capacidades de los recursos humanos para el registro oportuno datos del paciente, sus consultas y su seguimiento, historia clínica, estudios, etc.</li> </ul> </li> </ul>

**Fuente:** Elaborado por DPI MSP para presentación Ministra al Presidente de la República Dominicana, Julio 2016.

### 5.7.5. Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES)<sup>44</sup>.

Es el instrumento de política nacional fundamental para el desarrollo del sistema nacional de salud, en el marco de los principios y orientaciones establecidos por el marco legal y reglamentario vigente. En efecto, la LGS de salud lo establece en su Artículo 8, párrafo II:

#### RECUADRO 4: ESTABLECIMIENTO PLANDES.

La SESPAS, en su calidad de institución rectora del Sistema Nacional de Salud, formulara cada diez años una política y un plan nacional de salud, constituyendo estos los principales instrumentos para la regulación continua, integral y sistémica de la producción social de la salud.

La construcción del PLANDES tuvo como propósito contar con un instrumento que permitiera articular la gestión nacional de la salud y la diversidad de instituciones y organizaciones que lo integran, con la finalidad de asegurar una clara direccionalidad hacia el logro de los objetivos estratégicos del sector, tanto en lo referente al desarrollo de sus subsistemas y diversos componentes del sistema como en lo relativo a la producción social de la salud con base en la participación social, y a la transformación de la situación de salud de las poblaciones con enfoque de equidad y justicia social.

Su contenido se desarrolló en dos partes, la primera donde se presenta la situación de salud y la respuesta social, analizando las brechas e identificando los retos para superarlas; la segunda, que

<sup>44</sup> Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Plan Decenal de Salud 2006-2015 – Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud. Documento para consulta nacional. Noviembre 2006.

traduce las brechas y retos en desafíos y prioridades que forman parte del Plan formulado con su propósito, objetivos, resultados y proyectos estratégicos, con sus respectivos indicadores, los cuales se presentan en el Anexo X, recogidos en seis prioridades orientadas a:

- Articular el sector con el desarrollo humano, contribuir a elevar las expectativas de vida y a reducir de las brechas e inequidades sociales y de género.
- Reducir la deuda social acumulada, así como las inequidades y desigualdades sociales y de género en la situación de salud.
- Estructurar el sector como parte del Sistema Nacional de Salud y desarrollar armónicamente los subsistemas, conforme al marco legal vigente y con enfoque de derecho, género y equidad social.
- Ejercer la función de rectoría a nivel central y desconcentrado.
- Fortalecer la participación social y la intersectorialidad del SNS.
- Transversalizar el enfoque de equidad de género.

#### **5.7.6. Vinculación de las prioridades en salud y el rol del Ministerio de Salud como ente del Sistema Nacional de Salud.**

Un elemento importante en la construcción del PEI del MSP es la comprensión de su doble rol, por un lado, es el Rector del Sistema Nacional de Salud, por el otro es un agente del Gobierno Central que participa desarrollando sus funciones como parte del engranaje que mueve el mismo hacia la consecución de los resultados en salud. En ese ámbito, el PLANDES constituye el Plan Estratégico del Sector y el PEI contempla los ejes de acción que debe desarrollar y/o fortalecer para contribuir al logro de los objetivos y metas, mediante la producción pública identificada.

De forma preliminar, la vinculación de la END, el PNPS, el Programa de Gobierno y las Estrategias Institucionales permiten establecer los temas comunes en los ejes de conducción, regulación y fiscalización y salud colectiva, identificados en dichos planes, a saber:

##### Conducción:

- END, PNPS y PEI - Políticas y planes sectoriales del SNS y el SDSS.
- END, PNPS, PG y PEI - Implantación modelo de atención integral e integrada.
- PEI - Firma, seguimiento y evaluación Acuerdo Marco Ley 123-15.
- END, PNPS y PEI - Desarrollo del sistema de información en salud.

##### Regulación / Fiscalización:

- END, PNPS, PG y PEI - Normalización del sector (guías, manuales, protocolos y procedimientos).
- END, PNPS, PG y PEI - Habilitación de establecimientos de salud, regulación de productos de uso y consumo humano (medicamentos, alimentos, agua embotellada, cosméticos, dispositivos sanitarios, entre otros).

##### Salud Colectiva:

- END, PNPS, PG y PEI - Gestión para alcanzar los resultados en salud (definición catálogo de prestaciones de salud colectiva).
- END, PNPS, PG y PEI - Provisión de servicios colectivos (salud mental, inmunizaciones, planificación familiar, VIH, TB, gestión de riesgo, traslado hospitalario, ECNT).

- END, PNPS y PEI - Vigilancia de la salud colectiva.

Para ilustrar lo antes expuesto, si consideramos los elementos presentados en la sección sobre la protección social, identificando los objetivos de la END y su alineación con el Plan de Gobierno, veremos que para su alcance intervienen otros actores del Sistema:

Cuadro 11. Vinculación de la END y el Plan de Gobierno para la Protección Social				
Ejes	Derecho a la salud	Protección financiera	Atención integral e integrada	Sistemas regulados
Objetivos END y Líneas Programa de Gestión de Gobierno	<p>Aseguramiento de la provisión de servicios de salud a las personas en los esquemas de protección social no contributivos (OE.3).</p> <p>Definición del paquete de intervenciones de salud colectivas (OE.3).</p> <p>Universalizar el aseguramiento en salud para asegurar el derecho a los planes de beneficios de salud en los regímenes de financiamiento del SDSS y los grupos poblacionales (pensionados y residuales) que no han podido ser incluidos (END – OE.2.2.2).</p>	<p>Implantación del nuevo Plan Básico de Salud.</p> <p>Elevar la afiliación al 90% de la población y el 100% de la población de bajos ingresos.</p>	<p>Implantación del modelo de atención integral (OE.3).</p> <p>Conformación de la red única de establecimientos de salud (END – OE.2.2.1.9).</p>	<p>Sistemas de Información en Salud y fortalecimiento de los subsistemas de información (OE.1).</p> <p>Regulación de prestadores públicos y privados (OE.1).</p> <p>Regulación de medicamentos, productos de salud y alimentos (OE.1)</p> <p>Supervisión y fiscalización de las ARS/ARL del subsistema de salud y seguridad social (OE.1)</p>
Principales involucrados	MSP, CNSS, HACIENDA, SIUBEN, GCPS, SENASA, CONGRESO NACIONAL	MSP, SENASA, CNSS, HACIENDA	MSP, SNS – IDSS, Farmacias del Pueblo, Sistema Integrado de Emergencias y Seguridad	MSP, SISALRIL, SNS-SRS-PSS

Fuente: DPI-MSP PPT Iniciativas sector salud 2016-2020, junio 2016.

## VI. Objetivos Estratégicos del Ministerio Salud de Pública.

Corresponden a los logros que el MSP persigue en un corto y mediano plazo para tener un accionar coherente con la misión institucional, llevándola conjuntamente con la visión a términos concretos a cada nivel de la organización, vinculándola al logro de los resultados.

Vistos los documentos precedentes, ODS, END, PNPSP, PLANDES, PG los objetivos sanitarios nacionales apuntan a lograr resultados que permitan:

- Reducir la tasa de mortalidad materna al menos hasta 70 por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad Infantil a 18 por cada mil nacidos vivos, en menores de 5 años de 35 a 26 por 1,000 nacidos vivos y la neonatal reducirla en al menos 40%, llevándola de 24 a 14 por cada mil nacidos vivos.
- Reducir la mortalidad infantil, principalmente la perinatal.
- Reducir la desnutrición infantil.
- Reducir en un 25% la mortalidad por accidentes y lesiones.
- Controlar las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Controlar las enfermedades prevenibles por vacuna.
- Mejorar la atención de la salud mental.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Mejorar el acceso y calidad de la atención directa a las personas.
- Reducir la mortalidad asociada al dengue a menos del 2%.
- Reducir en un 20% la mortalidad prematura por enfermedades transmisibles.
- Reducir en un 20% la mortalidad por cáncer.
- Garantizar el acceso a medicamentos esenciales.
- Garantizar el acceso a productos alimenticios inocuos, farmacéuticos y otros de calidad.
- Promover la participación social, la rendición de cuentas.

### 6.1. Objetivo Estratégico del Eje Estratégico 1 - Conducción y regulación del Sistema Nacional de Salud.

**Objetivo Estratégico No. 1.** Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud y sus expresiones desconcentradas en cuanto a la planificación<sup>45</sup>, conducción<sup>46</sup> y regulación<sup>47</sup> del Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>45</sup> Implica la definición de las áreas estratégicas y las prioridades en salud para contribuir a mejorar, dados los conocimientos y recursos disponibles, el nivel de la salud de la población en su conjunto, considerando sus dimensiones, determinantes y condicionantes, así como los aspectos metodológicos y las acciones para abordarlas.

<sup>46</sup> Orientando las instituciones del sector y movilizándolo los actores sociales e institucionales en pos de la política sectorial, cuyo abordaje debe contribuir a elevar los niveles de equidad y bienestar social esperado por la población.

<sup>47</sup> La regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos (Ley General de Salud No. 42-01, Art. 8, párrafo I). En ese sentido, el MSP se ve compelido al desarrollo de la competencia para regular el funcionamiento del sistema de salud y factores relacionados con la preservación y promoción de la salud de la sociedad. Regulación de la atención en salud, la regulación sanitaria y la evaluación de los servicios, programas políticas, instituciones y sistemas, en colaboración con otros actores y con los mecanismos definidos, tales como, la habilitación, la acreditación, la certificación profesional, entre otros y con base a los instrumentos jurídicos –

**Objetivo Estratégico Específico No. 1.1:**

- ✓ Desarrollar los instrumentos para el ejercicio de la función de planificación y conducción estratégica sectorial e institucional, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios de salud, para mejorar la capacidad de respuesta, las inversiones en salud y tener resultados sanitarios oportunos y de calidad.
- ✓ Desarrollar las competencias institucionales y los instrumentos técnicos - normativos para elaborar y gestionar los planes sectoriales, el plan estratégico institucional y los planes operativos, en coherencia con las estrategias y planes nacionales para el desarrollo, así como los compromisos internacionales asumidos por el Estado Dominicano, para el logro de los resultados en salud esperados.
- ✓ Fortalecer el ejercicio de la función de regulación y vigilancia de la autoridad sanitaria y su capacidad de respuesta para garantizar la calidad de los productos de uso y consumo humano, la tecnología en salud, de las entidades prestadoras de servicios y otras áreas que impactan la salud de la población.
- ✓ Implementar un sistema de información en salud<sup>48</sup>, con criterios y estándares definidos que favorezcan la calidad de los datos, que facilite el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población y el desempeño del sector salud vinculado a los planes institucionales y el Plan Decenal de Salud.

**6.2. Objetivo Estratégico del Eje Estratégico 2 - Coordinación y provisión para lograr resultados.**

**Objetivo Estratégico No. 2.** Fortalecer las acciones de salud colectiva, mediante la promoción de la salud, la gestión del riesgo, así como la prevención y control de las enfermedades, con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria en Salud, facilitando la participación de la población y los demás entes sociales en la creación de espacios saludables y el cumplimiento de los objetivos de desarrollo nacional.

**Líneas estratégicas del Objetivo Estratégico 2:**

- ✓ Establecer un modelo de gestión de intervenciones colectivas de salud que contemple los determinantes sociales de la salud y se desarrollen en el marco del derecho a la salud, con enfoque diferencial y poblacional.
- ✓ Definir el paquete de salud de intervenciones colectivas, que incluya el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades que debe desarrollar el Estado, dirigidas a

---

normativos que permitan ordenar la producción y distribución de los recursos, bienes, servicios y oportunidades de salud.

<sup>48</sup> El SIGS constituye la principal herramienta para la rendición de cuentas, pues a través del mismo se pueden generar datos para el análisis sectorial, la producción de cuentas nacionales de salud y el monitoreo y evaluación sistemática del sistema.

promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en los planes de desarrollo, sectoriales e institucionales.

- ✓ Establecer en los convenios y contratos de gestión los compromisos, metas e indicadores que contribuyan a mejorar la capacidad de respuesta de los prestadores, con base en los instrumentos técnicos y procedimientos determinados por el MSP para el diagnóstico, tratamiento y manejo de las enfermedades que constituyen una prioridad de salud pública.
- ✓ Implementar acciones orientadas al empoderamiento de los individuos y las comunidades en relación al mejoramiento de su salud y su calidad de vida, mediante la cohesión, participación y la movilización social.
- ✓ Fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de la coordinación de acciones intersectoriales/transectoriales, con la participación de la población (individuos y comunidades) en la adopción de una cultura orientada a la creación de espacios (convertir los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud) y adopción de estilos de vida saludables.
- ✓ Fortalecer el sistema de vigilancia de la salud, mediante la recolección sistemática, continua, oportuna de información confiable, relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población, con miras a monitorearlas y tomar decisiones oportunas y acertadas, evaluando el impacto de las mismas.
- ✓ Desarrollar investigaciones y orientar la gestión del conocimiento e innovación en salud de acuerdo con las prioridades y necesidades del país, aportando evidencia científica para la toma de decisiones y la elaboración de políticas en materia de salud pública.
- ✓ Desarrollar el liderazgo en cuanto a la coordinación, preparación y ejecución de planes de emergencia y preparación ante eventos que ocasionan desastres, con miras a reducir la vulnerabilidad de los servicios de salud y definir/adoptar las medidas de saneamiento necesarias para, entre otras cosas: a. Reducir los factores de riesgos de la población, b. Proteger la salud de las personas afectadas; c. Reducir la mortalidad y el impacto general en la salud de la población.

**Objetivo estratégico No. 3.** Asegurar la provisión efectiva de servicios de salud y atención a las personas, tomando en cuenta las necesidades de los distintos grupos poblacionales, ciclos de vida y un enfoque preventivo, a través del desarrollo de las redes regionales de salud con la implantación del nuevo modelo de atención.

**Líneas estratégicas del Objetivo Estratégico 3:**

- ✓ Implementar progresivamente el modelo de atención, el plan de gestión del cambio, definiciones operativas y planes de redimensionamiento de los recursos en el mapa sanitario.

- ✓ Propugnar porque las inversiones en salud se orienten al cierre de brechas tal como ha identificado el proceso de implantación del Modelo
- ✓ Desarrollar la capacidad institucional para la armonización de la provisión de los servicios de salud mediante:
  - a. Planificación de los servicios;
  - b. Definición de mecanismos regulatorios que garanticen estándares mínimos de calidad (habilitación, acreditación, normas de atención en salud, programas de calidad, medición del desempeño);
  - c. Fomento de la conformación de coaliciones y la incorporación de incentivos que contribuyan a la autorregulación;
  - d. Actuación como mediador entre inversionistas, proveedores y usuarios del sistema de salud para asegurar la protección y satisfacción de estos últimos;
  - e. Normalización de la incorporación de tecnología apropiada, de manera que se pueda planificar la asignación de recursos y disponibilidad;
  - f. Fiscalización y control de la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud, en temas relacionados con la capacidad resolutoria para atender las demandas de la población y las prioridades en salud.
- ✓ Desarrollar capacidades e instrumentos de evaluación de acceso (utilización) y cobertura efectiva de los servicios de atención a las personas de las poblaciones con distintas características y cobertura del financiamiento (afiliados según regímenes del SFS, no afiliados beneficiarios o no de programas sociales).
- ✓ Firmar, implantar y evaluar el cumplimiento del Acuerdo Marco de Gestión para la provisión de servicios de salud a través del Servicio Nacional de Salud, en virtud de las estipulaciones de la Ley No. 123-15.
- ✓ Revisión y adecuación del conjunto de prestaciones a ser garantizadas a toda la población con base en las prioridades del MSP, incluyendo los servicios y procedimientos de atención a las personas, insumos, medicamentos y biológicos, según las prioridades definidas.

**Objetivo estratégico No. 4.** Fortalecimiento institucional y desarrollo organizacional, a través una nueva expresión organizativa y desarrollo de los recursos humanos en salud.

**Líneas estratégicas del Objetivo Estratégico 4:**

- ✓ Completar el despliegue del organigrama como nueva expresión organizativa y funcional del MSP, incluyendo la elaboración de los manuales de puestos y descripciones de cargo para la desarrollar la función de rectoría con base en la estructura definida para el MSP.
- ✓ Realizar un análisis de brecha de los recursos humanos sobre la base de una propuesta de estructura que responda a las funciones de rectoría; incluyendo la reorganización del RRHH de la institución para dar respuesta a los requerimientos institucionales en términos organizacionales y funcionales y la separación de la función de provisión.

- ✓ Diseñar e implementar un sistema de certificación y recertificación de los RH en el marco de la reglamentación de la carrera sanitaria.
- ✓ Realizar un diagnóstico de necesidades de capacidades y sobre dicha base establecer un plan de desarrollo de recursos humanos vinculado al hacer institucional.

**Cuadro 12. Despliegue de los Objetivos, Líneas Estratégicas, Resultados E Indicadores**

OBJ	LÍNEA ESTRATÉGICA	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR DE RESULTADO	METAS (Respecto del Indicador)				
EJE ESTRATÉGICO 1. CONDUCCIÓN Y REGULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL SALUD				2017	2018	2019	2020	
Objetivo Estratégico 1. Fortalecer la función de rectoría y conducción	LE1.1. Desarrollar y/o actualizar los instrumentos de política, planificación y conducción estratégica sectorial e institucional y para modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios de salud, para mejorar la capacidad de respuesta, las inversiones en salud y tener resultados sanitarios oportunos y de calidad.	R1.1.1. Disponibilidad de Plan Sectorial, plan plurianual sectorial y plan estratégico institucional monitoreado y evaluado.	IR1.1.1. Número de Informes de monitoreo y evaluación del plan sectorial y del PEI.	Formular el Plan Sectorial.	1			
				Disponer de una evaluación anual del plan sectorial.	1	1	1	1
				Actualizar y evaluar cumplimiento del PEI.		1	1	1
		R1.1.2. Desarrollada la política para modular distorsiones en el financiamiento sectorial que incluya mecanismos complementarios para avanzar en la cobertura universal.	IR1.1.2. Número de política de modulación de financiamiento emitida.	Formular la política de modulación sectorial del financiamiento.	1			
		R1.1.3. Disponibilidad de un conjunto garantizado de prestaciones definidos y actualizados.	IR1.1.3. Número de política conjunto garantizado de prestaciones actualizado.	Actualizar el conjunto garantizado de prestaciones.			1	
		R1.1.4. Impulsar la implementación de la política farmacéutica nacional y desarrollar la política de tecnología sanitaria aplicada.	IR1.1.4. Numero de política de tecnología sanitaria aplicada a la gestión, control y prestación de servicios implementada.	Disponer de una política de tecnología sanitaria.		1		
	R1.1.5. Disponibilidad de una política de calidad y seguridad del paciente.	IR1.1.5. Numero de política de calidad y seguridad del paciente	Disponer de una política de calidad y seguridad del paciente.		1			
	R1.1.6. Impulso política de formación de recursos humanos en salud con énfasis en salud pública y atención primaria.	IR1.1.6. Numero de formación de recursos humanos en salud elaborada.	Contar con una política de formación de recursos humanos en salud.	1				
	LE1.2. Desarrollar las competencias institucionales y los instrumentos técnicos - normativos para elaborar y gestionar los planes sectoriales, el plan estratégico institucional y los planes operativos, en coherencia con las estrategias y planes nacionales para el desarrollo, así como los compromisos internacionales asumidos por el Estado Dominicano, para el logro de los resultados en salud esperados.	R1.2.1. Disponibilidad de Plan Orientado a Resultados con metas físicas y financieras monitoreadas rutinariamente.	IR1.2.1. Número de Informes de monitoreo del Plan Orientado a Resultados.	Monitorear trimestralmente el Plan Orientado a Resultados.	4	4	4	4
		R1.2.2. Actualizados y socializadas las guías de planificación operativa anual por niveles.	IR1.2.1. Número de guías de elaboración y monitoreo del POA actualizadas y socializadas.	Disponer de guías operativas.	2			
		R1.2.3. Actualizados y socializadas las guías de planificación operativa anual por niveles.	IR1.2.1. Número de guías de elaboración y monitoreo del POA actualizadas y socializadas.	Actualizar y socializar las guías para la planificación operativa.	1			
		R1.2.3. Disponibilidad de Plan Operativo Anual monitoreados rutinariamente.	IR1.2.1. Número de Informes de monitoreo del POA.	Monitorear trimestralmente el POA.	4	4	4	4

**Cuadro 12. Despliegue de los Objetivos, Líneas Estratégicas, Resultados E Indicadores**

OBJ	LÍNEA ESTRATEGICA	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR DE RESULTADO	METAS (Respecto del Indicador)			
EJE ESTRATEGICO 1. CONDUCCIÓN Y REGULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL SALUD				2017	2018	2019	2020
LE1.3. Fortalecer el ejercicio de la función de regulación y vigilancia de la autoridad sanitaria y su capacidad de respuesta para garantizar la calidad de los productos de uso y consumo humano, la tecnología en salud, de las entidades prestadoras de servicios y otras áreas que impactan la salud de la población.	R1.3.1. Actualizado el acervo normativo sanitario.	IR1.3.1. Porcentaje de normativas relacionadas con el sector salud registradas en una base de datos.	Disponer de un acervo normativo sanitario actualizado y registrado en una base de datos.	95%	100%		
	R1.3.2. Vinculación de la política de investigación y su plan a las prioridades del sector.	IR1.3.2. Numero de documento de política y plan de investigación adecuados a las prioridades sanitarias.	Disponer de una política y plan de investigación adecuado.	2			
	R1.3.3. Actualizado el Manual de Documentos Técnicos Normativos.	IR1.3.3. Numero de documento manual de DTN actualizado	Disponer de una política y plan de investigación adecuado.	1			
	R1.3.4. Definido e implementado el procedimiento para la emisión de disposiciones y resoluciones ministeriales.	IR1.3.4. Numero de procedimiento de emisión de disposiciones y resoluciones establecidas.	Disponer de un procedimiento para emitir disposiciones y resoluciones ministeriales.	1			
	R1.3.5. Actualizados por áreas prioritarias los documentos normativos existentes para su adecuación a los estándares.	IR1.3.5. Porcentaje de normativas actualizadas.	Implementar un sistema de calidad regulatoria.	40%	70%	100%	
	R1.3.6. Establecido el Comité de Calidad y Revisión Regulatoria.	IR1.3.6. Numero de Comité funcionando.	Disponer de un equipo técnico que garantice la calidad de la normativa emitida	1			
LE1.4. Implementar un sistema de información en salud, con criterios y estándares definidos que favorezcan la calidad de los datos, que facilite el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población y el desempeño del sector salud vinculado a los planes institucionales y el Plan Decenal de Salud.	R1.4.1. Definido e implementado el Conjunto Mínimo Básico de Datos, para conocer la realidad sanitaria de una población.	IR1.4.1. Numero de documento Conjunto Mínimo Básico de Datos definido.	Mejorar los sistemas de información en salud con el CMBD establecido.	1			
		IR1.4.2. Porcentaje de prestadores públicos reportando el Conjunto Mínimo Básico de Datos definido.	Lograr el reporte de las variables del CMBD por parte de los Prestadores de servicios públicos.	30%	45%	60%	75%
	R1.4.3. Disponibilidad de Plan Operativo Anual monitoreados rutinariamente.	IR1.4.3. Número de procesos críticos <sup>49</sup> que contribuyen al repositorio nacional de información.	Aumentar a 10 el número de procesos críticos* que contribuyen al repositorio nacional de información.	2	5	8	10
	R1.4.4. Sistema de planificación	IR1.4.4. Porcentaje de	Aumentar el número de	70%	90%	100%	

<sup>49</sup> Aquel priorizado como esencial dentro del funcionamiento en la red asistencial y en Salud Publica, Por ej.: referencia y contar referencia, GES, ENO, inmunizaciones, defunciones, etc.

**Cuadro 12. Despliegue de los Objetivos, Líneas Estratégicas, Resultados E Indicadores**

OBJ	LÍNEA ESTRATEGICA	RESULTADO INSTITUCIONAL	INDICADOR DE RESULTADO	METAS (Respecto del Indicador)			
<b>EJE ESTRATEGICO 1. CONDUCCIÓN Y REGULACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL SALUD</b>				<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
		<i>institucional alimentado oportunamente.</i>	<i>dependencias notificadoras que envían la información oportunamente.</i>	<i>dependencias que notifican oportunamente.</i>			

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
<b>Conducción del Sistema Nacional de Salud</b>		<b>Función 1: Realiza/apoya estudios estratégicos sector salud.</b>					
Población local estratificada  Identificación territorios y capacitación para estratificación poblacional	- No. de áreas y territorios con información levantada y procesada para la estratificación poblacional  - No. de personas capacitadas en modelo teórico estratificación  - Informe de estratificación poblacional elaborado	1. Identificación de áreas y territorios a estratificar. 2. Capacitación en el modelo teórico, uso e instalación de la herramienta tecnológica. 3. Levantamiento de la información para la estratificación del territorio seleccionado. 4. Procesamiento de datos para alimentar la herramienta tecnológica. 5. Análisis y ajuste de la data resultante. 6. Elaboración informe y discusión de resultados.	¿Quién define el <b>modelo teórico y la herramienta a utilizar</b> ? ¿Quién y porque medio la aprueba? En la definición del modelo teórico deberán indicarse las fuentes de información, las variables a incluir, registro y presentación datos.  Para tener este producto concluido el Nivel Central (dependencia responsable) deberá desarrollar el modelo teórico y capacitar en el uso de la herramienta a utilizar al menos en el 3er trimestre.				
<p><b>NOTA:</b> Para 2017 solo hemos contemplado el primer indicador, ya que el informe de estratificación será para 2018 previo a las actividades que para este año desarrolle la Dirección de Análisis de Situación y Evaluación de Intervenciones en Salud haya desarrollado el marco metodológico y capacitado en el mismo. De esta manera solo se contempla en la plataforma la actividad 1. La actividad 2 será realizada en el 4to trimestre, conforme a la capacitación que la DASIS realice en el 3er trimestre. Para el 2016 el producto que abarca las actividades previstas para dicho año se denominará <b>Identificación territorios y capacitación para estratificación poblacional</b>.</p> <p><b>NOTA 2:</b> Es posible que para la realización del mapa de población por estrato se incluyan variables relacionadas con pobreza general, pobreza extrema, densidad y tamaño de población, tasa de analfabetismo, ruralidad, educación; pero esto estará condicionado a la definición del modelo teórico.</p>							
Cartera de servicios de los PSS locales (municipios y/o áreas)	- Informe de levantamiento de PSS locales realizado  - PSS públicas con cartera de servicios establecida  - PSS privada con cartera de servicios establecida  - Informe de cartera de servicios PSS efectuado	1. Levantamiento de datos sobre PSS a visitar. 2. Reuniones de coordinación para delegación de responsabilidades. 3. Aplicación de instrumentos durante visitas a PSS públicas. 4. Aplicación de instrumentos durante visitas a PSS privadas. 5. Procesamiento de datos cartera de servicios levantadas. 6. Elaboración informe de diagnóstico sobre cartera de servicios PSS.	Definición en el Nivel Central (vigilancia al desarrollo del sector salud) del modelo a emplear y los instrumentos para levantamiento de la cartera de servicios (homogeneidad).  Directrices sobre formato presentación informe diagnóstico PSS.				
Capacitación personal DPS/DAS en estudios estratégicos sectoriales	- No. de personal sanitario capacitado  - No. de eventos de capacitación realizados	1. Jornadas de capacitación del personal de las DPS/DAS. 2. Jornadas de capacitación con personal responsable de la información en las PSS.	Es necesario que el <b>Nivel Central defina los estudios estratégicos sectoriales</b> que requerirá y proveer los <b>criterios metodológicos para la elaboración</b> de los mismos y apoyar las jornadas de capacitación.				
<p><b>NOTA:</b> La DASIS propone capacitarlos en la medición de desigualdades en la prestación de servicios, con lo cual a dicha área le correspondería desarrollar el programa y metodología de la o las jornada/s.</p>							

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
<b>Conducción del Sistema Nacional de Salud</b>		<b>Función 2: Difunde/comunica políticas y plan sectorial.</b>					
Estrategia de comunicación de políticas públicas implementada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento de Estrategia de comunicación elaborada</li> <li>- No. de intervenciones de difusión/comunicación de las prioridades, objetivos y metas a actores dentro del territorio</li> <li>- No. de actores alcanzados en las intervenciones de difusión/comunicación de las prioridades, objetivos y metas</li> <li>- Informe de monitoreo de implementación de la estrategia de comunicación realizado</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones con actores clave locales para la definición de la estrategia.</li> <li>2. Elaboración de la estrategia de comunicación.</li> <li>3. Jornadas de difusión de las políticas públicas - prioridades, objetivos y metas - realizadas.</li> <li>4. Elaboración del informe de monitoreo de implementación de la estrategia.</li> </ol>	<p>La estrategia de comunicación puede ser un <b>plan de difusión de las políticas públicas y/o de comunicación para la salud</b>, cuyas acciones van a ser coordinadas con los actores clave del sistema a nivel local. De esta manera usted indicará los canales (visitas, reuniones, talleres) y/o medios (murales, impresos, redes sociales, cuñas radiales, entre otros) a utilizar para ello.</p>				
<b>Conducción del Sistema Nacional de Salud</b>		<b>Función 3: Promueve el desarrollo del sistema de información.</b>					
Monitoreo del Sistema de información local	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reporte de necesidades realizado</li> <li>- Informe de situación base de desarrollo de ámbitos de información</li> <li>- Informe de monitoreo de sistema de información realizado</li> <li>- No. de PSS que están actualizadas y aplican módulos, herramientas y procedimientos del SIGS</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levantamiento de necesidades de tecnología apropiada, recursos humanos, catálogos (División territorial, CIE-10), manuales de procedimientos y de capacitación.</li> <li>2. Reporte de necesidades de tecnología, recursos humanos, catálogos, manuales de procedimientos y de capacitación.</li> <li>3. Identificación de la situación base sobre el desarrollo de los ámbitos de información.</li> <li>4. Visitas de supervisión a las PSS para el monitoreo de la cobertura de la notificación y la calidad de la información.</li> <li>5. Elaboración y socialización del informe de monitoreo de las PSS con el despliegue de información por municipios o comunidades.</li> </ol>	<p>El nivel central debe definir las especificaciones técnicas necesarias para la corrida de los módulos del sistema.</p> <p>En el reporte de monitoreo deberán considerarse cuantos reportan, lo hacen de manera oportuna, rutinariamente y adecuadamente.</p> <p>Deberán desplegarse todos los eventos de notificación obligatoria y los sistemas de registro y reporte (SINAVE, módulo de estadísticas vitales, TB, VIH, otros).</p>				
<p><b>NOTA 1:</b> Las DPS tienen la obligatoriedad de informar y promocionar las definiciones de casos y variables, los procedimientos para el acceso a plataformas, los formatos y procedimientos establecidos para cada subsistema y módulo del SIGS.</p> <p><b>NOTA 2:</b> Los ámbitos: 1. Información sociodemográfica, 2. Información epidemiológica, 3. Información atención en salud, 4.</p>							

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
Información administrativa y financiera, 5. Información ejercicio autoridad sanitaria y 6. Información gerencial y tecnología de la información.							
<b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b>		<b>Función 1:</b> Realiza/apoya análisis situación salud y sus determinantes.					
<p>Capacitación Personal DPS/DAS en ASIS y AIS</p> <p>Reporte de fuentes de información ASIS</p> <p>Análisis de situación de salud local</p>	<p>- Personal capacitado en ASIS y AIS</p> <p>- Documento de fuentes de información elaborado</p> <p>- Informe de ASIS realizado</p>	<p>1. Jornadas de capacitación en metodología para elaboración ASIS realizada.</p> <p>2. Identificación de fuentes primarias y secundarias de información para elaboración ASIS.</p> <p>3. Recopilación de datos para elaboración ASIS local.</p> <p>4. Procesamiento datos para elaboración ASIS.</p> <p>5. Jornadas para análisis de información y elaboración de informe de ASIS.</p> <p>6. Jornadas de priorización de problemas de salud y territorios con participación ciudadana.</p>	<p>El nivel central debe definir la <b>metodología para la elaboración del ASIS y del AIS</b> y capacitar a las DPS/DAS en el mismo para desarrollar las competencias para su elaboración a nivel local.</p>				
<p><b>NOTA:</b> Para 2016 solo hemos contemplado el primer y segundo indicador, ya el análisis de situación será para 2017 cuando la Dirección de Análisis de Situación y Evaluación de Intervenciones en Salud haya desarrollado el marco metodológico y capacitado en el mismo. De esta manera solo se contemplan en la plataforma las actividades 1 y 2, con los productos relacionados a la misma que son el de <b>Personal DPS/DAS capacitado en ASIS y AIS y Reporte de fuentes de información realizado.</b></p>							
<b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b>		<b>Función 2:</b> Gestión para alcanzar los resultados en salud.					
<p>Conformación de Mesas intersectoriales de trabajo en salud (MITS)</p>	<p>- No. de Acta de reunión de mesas de actores por problemas</p>	<p>1. Identificación de actores clave por problemas priorizados de salud realizado.</p> <p>2. Contacto con actores clave para organización de mesas efectuado.</p> <p>3. Reuniones de conformación de mesas de actores efectuadas.</p> <p>4. Redacción de actas de conformación de las mesas de actores.</p>	<p>Las mesas intersectoriales deben considerarse como un espacio para la gestión de Políticas Públicas, un recurso para la solución de los problemas de salud y el bienestar de las comunidades. Su conformación depende de la trama de actores existentes en cada demarcación. Se adjunta una propuesta de <b>guía para la conformación de la MITS.</b></p>				
<p>Funcionamiento de Mesas intersectoriales provinciales y de áreas</p>	<p>- Reporte de seguimiento mesas intersectoriales elaborados</p>	<p>1. Reuniones para coordinar acciones a nivel provincial o de área con MixP.</p> <p>2. Visitas in situ para verificar trabajo de las MixP.</p> <p>3. Reuniones con MixP de seguimiento a la implementación de intervenciones.</p> <p>4. Jornadas de trabajo para evaluar avances a nivel provincial o de área de las MixP.</p> <p>5. Elaboración de reportes de seguimiento y resultados trabajo MixP.</p>					
<b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b>		<b>Función 3:</b> Vigilancia epidemiológica.					
<p>Vigilancia Epidemiológica de Provincia /área de salud</p>	<p>- No. de reportes de resultados Encuestas Entomológicas</p> <p>- No. de reportes de</p>	<p>1. Jornadas de trabajo semanales para recopilación de los instrumentos de reporte epidemiológicos de enfermedades y eventos de notificación obligatoria.</p>	<p>El Nivel Central (DIGEPI) es el responsable de definir todo lo relacionado con la vigilancia indicadores, formatos de investigación</p>				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
	intervenciones de prevención y control de foco en reservorios de enfermedades zoonóticas  - Informe trimestral de VE realizado	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Vigilancia de la actualización semanal de la sala de situación a nivel provincial o de área.</li> <li>3. Reuniones para análisis de frecuencia de casos para la detección oportuna de brotes.</li> <li>4. Visitas a las comunidades para la verificación de alarmas del sistema de alerta temprana e investigación y control de brotes.</li> <li>5. Realización y análisis de Encuestas Entomológicas Municipales.</li> <li>6. Visitas para vigilancia y toma de muestras en animales agresores.</li> <li>7. Elaboración de informe trimestral sobre vigilancia epidemiológica, desglosado por municipios y por PSS, a partir de reportes y boletines SINAVE.</li> </ol>	toma de muestra, definiciones operativas.				
Perfil epidemiológico actualizado de provincia/área de salud	- Informe anual de perfil epidemiológico realizado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visitas para el relevamiento sobre situación y tendencias de enfermedades, síndromes, riesgos, amenazas y sus determinantes realizados.</li> <li>2. Jornadas de trabajo para procesamiento de datos recopilados.</li> <li>3. Reuniones para el análisis de los resultados.</li> <li>4. Reuniones de coordinación y análisis para elaboración informe de perfil epidemiológico.</li> <li>5. Elaboración del informe de perfil epidemiológico.</li> </ol>	El Nivel Central debe establecer el <b>contenido de los reportes y las variables comunes</b> que deben ser consideradas en los <b>perfiles anuales</b> . Los perfiles constituyen una herramienta de monitoreo de resultados del estado de salud anual por lo que es función de DASIS.				
<p><b>NOTA:</b> Para 2016 solo hemos contemplado el primer producto, ya el informe de perfil será para 2017 y corresponde a la Dirección de Análisis de Situación y Evaluación de Intervenciones en Salud la elaboración del mismo. De esta manera solo se contemplan en la plataforma las actividades del producto <b>Provincia /área de salud con informe de VE trimestral realizado</b>.</p>							
<b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b>			<b>Función 4:</b> Vigilancia de la salud colectiva.				
Control de Sistema de abastecimiento de agua, establecimientos de salud, alimentos, bebidas, medicamentos y laborales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento de inventario de lugares a inspeccionar realizado</li> <li>- No. de inspecciones de control realizadas</li> <li>- No. de establecimientos y áreas visitadas</li> <li>- Informe trimestral de reporte inspecciones</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización de inventario por áreas y temas y calendarización de lugares a ser inspeccionados.</li> <li>2. Visitas de inspecciones para control y toma de muestras de agua de uso y consumo humano en sistemas de abastecimiento, almacenaje y uso de agua.</li> <li>3. Visitas de inspecciones a plantas procesadoras de agua para consumo humano.</li> <li>4. Visitas de inspecciones para control de establecimientos de alimentos y bebidas.</li> <li>5. Visitas de inspecciones a establecimientos farmacéuticos para</li> </ol>	En coordinación con la Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría deberá desarrollarse un instrumento que homogenice el o los formularios de inspección y control, de tal manera que se observen variables comunes que puedan ser analizadas en su conjunto.				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
		control de medicamentos y productos sanitarios. 6. Visitas de inspecciones para control de residuos y desechos sólidos. 7. Visitas de inspecciones para control de condiciones sanitarias y laborales. 8. Reporte trimestral de visitas de inspecciones realizados.					
<p><b>NOTA 1:</b> Tome en consideración que en este producto hemos querido colocar de manera agregada los diferentes tipos de lugares / establecimientos a los cuales realizan visitas con fines de inspecciones sanitarias. Como sistema de abastecimiento de agua hemos considerado los acueductos, los dispensadores de agua (camiones). Los establecimientos de alimentos y bebidas deben considerar los que procesan, expenden y/o manipulan alimentos y bebidas.</p> <p><b>NOTA 2:</b> El inventario debe realizarse tomando en consideración los ámbitos y áreas de supervisión y/o inspección. Por ejemplo, si son establecimientos / áreas de alimentos debe separar por restaurantes, mataderos, carnicerías, pescaderías, etc. Si son establecimientos farmacéuticos debería considerar: laboratorios, farmacias, distribuidoras, etc.</p> <p><b>NOTA 3:</b> Inicialmente los controles sobre condiciones laborales, así como manejo de desechos pueden efectuarse en los establecimientos de salud, de tal manera que se fomente el cumplimiento de las normativas y estrategias relacionadas en estos espacios.</p>							
<p><b>NOTA:</b> Tomar en consideración que aunque las funciones de vigilancia epidemiológica y de vigilancia de salud colectiva o vigilancia sanitaria se han presentado separadas, las mismas tienen que coordinarse y analizarse en conjunto en el territorio, pues sabemos que, por ejemplo, la vigilancia de la calidad del agua tiene como resultado la disminución de la morbimortalidad por diarrea y otras afecciones que son objeto de vigilancia epidemiológica, también se vincula a la vigilancia y control de brotes. De hecho cuando se evalúa la función esencial de vigilancia o las capacidades del país para vigilancia se toman en cuenta ambas. El reglamento No. 309-07 contempla la vigilancia de riesgos ambientales y laborales. El informe trimestral de vigilancia debe contener los hallazgos y controles efectuados a través de la inspección sanitaria.</p>							
<b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b>			<b>Función 5:</b> Respuesta ante riesgos y emergencias colectivas.				
Caracterización de la provincia/áreas sobre los riesgos y vulnerabilidades	- Reporte técnico sobre áreas para caracterizar realizado  - No. de municipios / áreas caracterizados  - Informes de caracterización realizados	1. Jornadas de capacitación en la guía de caracterización de riesgos y vulnerabilidades. 2. Identificación de las áreas con mayor potencial de riesgo y vulnerabilidad. 3. Visitas para levantamiento de información sobre riesgos ambientales, estructurales, sanitarios, entre otros. 4. Procesamiento de la data levantada. 5. Jornadas de trabajo para discusión de los datos levantados. 6. Elaboración de informe de caracterización de la provincia sobre riesgos y vulnerabilidades.	La Dirección de Gestión de Riesgos y Emergencias VMSC debe producir la guía para caracterización de riesgos y vulnerabilidades y coordinar con los DPS. La guía de Asís contempla el uso de indicadores elaborados con esta caracterización. En coordinación con la Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría deberá orientarse sobre los elementos a ser considerados en la caracterización de la provincia sobre riesgos y vulnerabilidades.				
Organización Provincia / áreas para respuesta ante emergencias y desastres	- No. de CSPMRD fortalecidos y/o conformados  - Planes de Respuestas elaborados  - Reportes de	1. Reuniones para fortalecimiento y/o conformación de Comités de Salud para Prevención, Mitigación y Respuestas ante Desastres. 2. Reuniones para seguimiento a los CSPMRD. 3. Encuentro de coordinación con instituciones que apoyan a la DPS en	Actividad coordinada con la Dirección de Gestión de Riesgos y Atención a Desastres.				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
	implementación planes elaborados	situaciones de emergencia y desastres. 4. Elaboración Planes acorde al Programa Preparativos para Desastres de MSP (Ar. 16, párrafo II). 5. Jornadas de capacitación en gestión de riesgos.					
<p><b>NOTA 1:</b> Una "Provincia o Área organizada para respuesta ante emergencias y desastres" no depende solamente del sector salud. Intervienen diferentes instituciones que son los que aportan sus planes de emergencias o respuestas y cada cual incluye la formación de comités, capacitaciones, inventarios de recursos, etc., que es la fase de preparación.</p> <p><b>NOTA 2:</b> Los Comités a conformarse serán efectuados en función de lo establecido en los Artículos 23 y 24 del Reglamento del MSP para la Prevención, Mitigación y Respuesta ante Emergencias y Desastres, Decreto No. 213-09, que indican los integrantes y funciones, respectivamente.</p> <p><b>NOTA 3:</b> Sin desmedro de otras intervenciones, los planes deberán considerar y/o coordinar acciones tendentes a la capacitación, la identificación de las estructuras para protección y albergue de la población previamente definidos por la Comisión de Emergencia que coordina la Defensa Civil con la finalidad de evaluar las intervenciones sanitarias en los mismos, así como la identificación de los medios de comunicación efectiva en situaciones de emergencias y desastres, entre otras.</p>							
<b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b>			<b>Función 6:</b> Promoción de la participación social.				
Grupos de participación social (GPS) operando	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de conformación y funcionamiento de GPS realizadas</li> <li>- Reportes autoridades sobre hallazgos efectuados</li> <li>- Reportes de impacto GPS realizados.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniones para conformación de GPS por Municipios y Provincias realizadas.</li> <li>2. Desarrollo de capacidades en mecanismos, niveles y estrategias de PS.</li> <li>3. Reuniones para coordinación y despliegue de actividades a desarrollar.</li> <li>4. Reuniones de seguimiento a acciones de veeduría en salud y protección de derecho ciudadanos realizados.</li> <li>5. Reportes de acciones de los GPS elaborados.</li> <li>6. Comunicaciones a las autoridades competentes realizadas.</li> <li>7. Evaluación anual del impacto en las decisiones públicas de los GPS.</li> </ol>	El Nivel Central deberá definir el <b>modelo de participación social y el tipo de actores por intervención</b> a desarrollar. La Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría deberá coordinar con la instancia correspondiente el desarrollo de esta actividad.				
<p><b>NOTA 1:</b> Se han colocado como ejemplo indicadores una serie de tipos de grupos de participación social que pueden conformarse; sin embargo, los mismos dependerán de lo que se establezca por Disposición Ministerial o que se contemplen en normativas que promuevan la participación social. Algunos de estos pueden ser y se verán reflejados en sus respectivos reportes: - No. de grupos de veedurías en salud conformados; - No. de ligas de usuarios del SNS y SDSS conformados; - No. de Comité de Ética Hospitalaria conformados.</p>							
Mapeo de actores sociales locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos de mapeo de actores municipales / áreas realizados, revisados y actualizados</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación de las áreas a intervenir y establecimiento de contactos.</li> <li>2. Colección de datos para realización mapeo de actores.</li> <li>3. Procesamiento datos recopilados.</li> <li>4. Informe de mapeo de actores realizados, revisado y actualizado.</li> </ol>	Deberán definirse los instrumentos para la realización del mapeo de actores sociales, en coordinación con la OCGDR.				
<p><b>NOTA 1:</b> Tome en consideración que para 2016 el producto será <b>Mapeo de actores sociales realizado</b>, a partir de 2017 figurará como <b>Mapeo de actores sociales revisado y actualizado</b>. El ejercicio de revisión de si los representantes institucionales son los mismos debe efectuarse cada año para dar entrada y/o salida, según se requiera.</p>							
Mapeo de puntos de atención e información a	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No. de puntos de atención a usuarios identificados y de</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visitas para la identificación y verificación de los puntos de atención a usuarios para servicios y bienes</li> </ol>	Deberá definirse los criterios, instrumentos y áreas de bienes o servicios que deben				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
usuarios Sistema Nacional de Salud	información establecidos.  - Informe de mapeo de puntos de atención.  - Reportes de funcionamiento de puntos atención e información a usuarios	relacionados con la salud. 2. Elaboración de mapa de puntos de atención e información a usuarios. 3. Visitas aleatoria a puntos de atención para verificación de funcionamiento. 4. Identificación y establecimiento de puntos de información. 5. Elaboración de informe sobre funcionamiento puntos de atención e información.	ser considerados para este levantamiento. Estos puntos deberán servir como centros de información a los usuarios y receptores de quejas y reclamaciones.				
<p><b>NOTA 1:</b> Algunas instituciones, principalmente las de seguridad social, tienen puntos de atención al usuario, las mismas deben conformarse en puntos de información en salud para la población afiliada. Sin embargo, deben conformarse o identificarse los puntos clave de información para los ciudadanos que no están adscritos o en espacios específicos como centros de trabajo, de estudio, etc., que permita mantener a la población informada sobre los eventos de importancia a la salud pública, tanto para la prevención como para la promoción de estilo de vida saludables.</p>							
<p><b>Coordinación y provisión para lograr resultados</b></p>			<p><b>Función 7:</b> Provisión de servicios colectivos de salud.</p>				
Estrategia de educación en salud y servicios	- No. documento Estrategia de educación elaborada  - No. de Informe de monitoreo de la estrategia de educación realizado  - No. de jornadas de educación y promoción realizadas	1. Elaboración de la estrategia de educación para la salud. 2. Jornadas de educación en salud y servicios realizadas. 3. Jornadas de promoción del conocimiento y aptitudes sobre salud en la población. 4. Elaboración del informe de monitoreo de implementación de la estrategia.	La estrategia de comunicación puede ser un <b>plan de comunicación en y para la salud</b> , cuyas acciones van a ser coordinadas con los actores clave del sistema a nivel local. De esta manera usted indicará los canales (visitas, reuniones, talleres) y/o medios (murales, impresos, redes sociales, cuñas radiales, entre otros) a utilizar para ello. Los informes de monitoreo deberán indicar el No. de áreas y personas alcanzadas con cada tipo de intervención.				
<p><b>NOTA 1:</b> Se ha incluido un formato de plan de comunicación enlazado a las actividades 2 y 3 en la plataforma diseñada a tales fines, con lo cual se recogerá información cuantificada de las jornadas. Su llenado se explica en una guía diseñada con ese objetivo.</p> <p><b>NOTA 2:</b> Las jornadas de educación en salud y servicios deberán realizarse para: Tuberculosis (TB), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Chikungunya (Chik), Dengue, Malaria, Zika, Influenza, Salud Mental (SM), Salud Bucal (SB), Salud Materna e Infantil (SMI), Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).</p> <p><b>NOTA 3:</b> Las jornadas de promoción del conocimiento y aptitudes sobre salud en la población deben incluir los temas sobre violencia, autocuidado, prevención, embarazo adolescentes, entre otros.</p> <p><b>NOTA 2:</b> Algunos indicadores específicos a considerar en el informe de monitoreo son: - No. de áreas intervenidas; - No. de personas alcanzadas; - No. de instituciones involucradas. Los mismos deben ser especificados por cada tema tratado para poder medir el alcance y eficacia de la estrategia.</p>							
Intervenciones para la protección social y salud de la población	- No. personas por ciclos de vida y sexo intervenidas por vacunación (según tipo de biológico y	1. Diagnóstico situación de las áreas y poblaciones a intervenir – escuelas, municipios (barrios, sectores), cañadas, cementerios, parques, asilos, focos de transmisión de	<p><b>Nota:</b> se deberá conformar una mesa técnica entre técnicos de la dirección de gestión de salud de la población, la dirección de</p>				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
	<p>dosis) por municipios, por programa regular y/o jornadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No. de intervenciones de prevención y control de foco en reservorios de enfermedades zoonóticas (vacunación, eliminación)</li> <li>- No. reportes de actividades de control de vectores realizados (fumigación, distribución de abate, eliminación de criaderos y descacharrización)</li> <li>- No. de Jornadas de control, tratamiento o profilaxis comunitarias (vacunación de bloqueo, quimioprofilaxis para malaria, leptospirosis o meningitis, desparasitación en escolares).</li> <li>- No. personas por ciclos de vida, tipo de afiliación y sexo intervenidas con tamizaje (según tipo) por municipios para detección y tratamiento oportuno.</li> <li>- No. de Jornadas de concienciación sobre prevención en trabajadores ganaderos y agrícolas y en manipuladores, productores y de expendio de alimentos.</li> <li>- No. de reportes intervenciones en</li> </ul>	<p>enfermedades.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identificación de los puestos fijos y móviles para ofertar la intervención (vacunación, tamizaje, sensibilización).</li> <li>3. Promoción local de las actividades a desarrollar.</li> <li>4. Jornadas de vacunación a personas realizadas.</li> <li>5. Jornadas control de vectores realizados (distribución de abate, eliminación de criaderos y descacharrización).</li> <li>6. Jornadas de fumigación realizadas.</li> <li>7. Jornadas de vacunación y/o eliminación de animales realizadas.</li> <li>8. Jornadas de saneamiento ambiental efectuadas.</li> <li>9. Jornadas de desparasitación escolar realizadas.</li> <li>10. Jornadas de concienciación a trabajadores ganaderos y agrícolas para prevención enfermedades provenientes animales.</li> <li>11. Jornadas de concienciación para la prevención de las ETA (negocios de manipulación, producción y expendio de alimentos).</li> <li>12. Realización de tamizajes en población afiliada y no afiliada para identificación: sintomáticos respiratorios, pacientes crónicos.</li> <li>13. Realización de reportes trimestrales de intervenciones preventivas y de control realizadas.</li> </ol>	<p>análisis de situación, dirección de epidemiología, el departamento de información en salud, la DDESS y la dirección de tecnología para diseñar y establecer un modelo único de reporte que permita a las DPS/DAS, la OCGDR y las demás instancias consolidar la data y analizarla.</p>				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
	salud realizadas						
<p><b>NOTA 1:</b> Algunos indicadores específicos a considerar en el informe de monitoreo son: - No. de áreas intervenidas; - No. de personas alcanzadas y - No. de instituciones involucradas-</p> <p><b>NOTA 2:</b> Los tamizajes de salud colectiva buscan detectar condiciones o eventos en grupos de población con riesgos específicos, para su abordaje oportuno que permita su reducción o mitigación en beneficio de la comunidad a la cual pertenecen.</p> <p><b>NOTA 3:</b> Para todas las jornadas es preciso que se efectuó la tarea de identificación y distribución de los recursos humanos e insumos para realizar la intervención.</p>							
Promoción Entornos saludables <sup>50</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No. de informe de diagnósticos de ES</li> <li>- No. de instituciones / espacios involucrados en la Estrategia de Entornos Saludables</li> <li>- No. de Acuerdos para la creación de ES firmados</li> <li>- No. de reportes sobre implementación de la EES</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación de los espacios a intervenir con la EES.</li> <li>2. Diagnostico situacional sobre los ES en las áreas a intervenir.</li> <li>3. Identificación de actores clave para al apoyo a la EES.</li> <li>4. Integración de espacios (laboral, educativo, recreativo) a la EES.</li> <li>5. Conformación de los Grupos de Implementación de la EES.</li> <li>6. Firma de Acuerdos para la creación de ES.</li> <li>7. Elaboración de informes trimestrales de implementación EES.</li> </ol>	<p>Deberá definirse que espacios abordar cada año: vivienda saludable, escuela saludable, entorno laboral saludable<sup>51</sup>).</p> <p>Los Grupos de implementación de la EES deberán considerar la promoción, prevención y atención en salud, la salud ambiental.</p> <p>La OCGDR deberá desarrollar un esquema del Acuerdo para la creación de ES. Dicho esquema deberá ser aprobado por la máxima autoridad del MSP.</p>				
<b>Ejercicio autoridad sanitaria y regulación</b>			<b>Función 1: Comunicación de normas y regulaciones.</b>				
Comunicación sobre marco técnico y normativo del Sistema Nacional de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No. de establecimientos de servicios y bienes de salud informados y/o notificados</li> <li>- No. de materiales TyN impresos distribuidos</li> <li>- No. de acompañamiento en jornadas de capacitación realizados</li> <li>- No. de personas</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Notificación sobre marco técnico – normativo desarrollado, actualizado y/o derogado por tipo de establecimientos.</li> <li>2. Distribución de materiales técnico y normativo por tipo de establecimientos.</li> <li>3. Acompañamiento a establecimientos para la capacitación en el marco técnico – normativo vigente.</li> <li>4. Elaboración reportes trimestrales sobre comunicación de normas y procedimientos utilizados en el Sistema Nacional de Salud.</li> </ol>	<p>La comunicación sobre el marco técnico – normativo debe realizarse conforme los aspectos y eventos priorizados y objeto de seguimiento continuo definidos por el órgano rector. Para ello, la OCGDR deberá canalizar los materiales a distribuir.</p>				

<sup>50</sup> Un entorno no es más que el espacio, físico, social y cultural donde se habita cotidianamente y donde se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y ser (trabajo, escuela, vivienda, otros). En ellos hay un espacio físico definido, un grupo de personas con sus roles asignados y una estructura organizacional. La estrategia de entorno saludable buscan contar con espacios donde se apoya la salud, ofreciendo a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades, desarrollar autonomía y respeto a la salud.

<sup>51</sup> Un entorno laboral saludable pueden ser los establecimientos de salud, los cuales constituyen uno de los lugares de trabajo más complejos, misma que puede exponer a riesgos y situaciones prevenibles pero no evitables, en algunos casos. Por otro lado, los hábitos y estilo de vida individual del personal de salud, sus actitudes y competencias pueden influir en la forma en que manejan los temas de prevención.

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
	capacitadas - No. de reportes de actividades de comunicación realizados						
<b>Ejercicio autoridad sanitaria y regulación</b>		<b>Función 2: Supervisión sobre observancia de normas y regulaciones.</b>					
Supervisión Establecimientos de bienes y servicios de salud en cumplimiento normas sanitarias vigentes	- No. de ESS que cuentan con programas de atención obligatorios  - No. EES que cuentan con Comités obligatorios conformados y funcionando  - No. de reportes de inspecciones y verificación de cumplimiento realizados	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cronograma de visitas según vigencia de la Licencia de Habilitación de ESS.</li> <li>2. Cronograma de inspecciones – verificaciones coordinadas con instancia nivel central.</li> <li>3. Inspecciones verificación establecimientos públicos de salud con programas de atención obligatorios.</li> <li>4. Inspecciones de verificación cumplimiento estándares de habilitación.</li> <li>5. Verificación de conformación y operación Comités Hospitalarios Obligatorios.</li> <li>6. Diagnóstico sobre tenencia y uso de normas en áreas prioritarias.</li> <li>7. Verificación del cumplimiento de las normas sanitarias vigentes relacionadas con la atención directa a las personas.</li> <li>8. Verificación del funcionamiento de los puestos fijos de vacunación acorde a las normas del PAI.</li> <li>9. Verificación del cumplimiento de las normas sobre manejo y disposición de desechos hospitalarios.</li> <li>10. Verificación del cumplimiento de requisitos mínimos para la tenencia de permisos sanitarios: funcionamiento establecimientos, expendio de bienes y/o servicios relacionados con la salud, etc.</li> </ol>	<p>Es preciso que desde la Oficina de Coordinación se establezcan los mecanismos para informar oportunamente a las DPS/DAS de los documentos técnicos y normativos que hayan sido evacuados, revisados, modificados.</p> <p>Las normas indicadas en el punto 6 y 7 abarcan todas las que hayan sido priorizadas: Materno – Infantil, ITS, VIH, TB, entre otras.</p>				
<b>Ejercicio autoridad sanitaria y regulación</b>		<b>Función 3: Control del cumplimiento de normas y regulaciones.</b>					
Intervenciones de control cumplimiento normativas sanitarias	- No. de establecimientos notificados.  - No. de establecimientos verificados.  - No. de establecimientos cerrados.  - No. de reportes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Notificaciones sobre incumplimiento de normas sanitarias.</li> <li>2. Verificación de cumplimiento posterior a la notificación.</li> <li>3. Decomiso de productos que ponen en riesgo salud de población.</li> <li>4. Cierre de establecimientos que incumplen con las normas.</li> <li>5. Reportes trimestrales de notificaciones, verificaciones y cierres.</li> </ol>	<p>La OCGDR, conjuntamente con las áreas competentes del Nivel Central deberá identificar y/o contribuir a desarrollar los formatos de notificación para cada caso. Los decomisos y cierres deben darse según los procedimientos y con las autoridades definidas en cada caso.</p>				

**Cuadro 13. Catálogo de Productos Institucionales Por Ejes Estratégicos**

Producto	Unidad de medida	Actividades	Requerimientos	Programación trimestral			
				1	2	3	4
	elaborados.						
<b>NOTA 1:</b> Los tres primeros indicadores pueden ser parte de las especificaciones incluidas en el reporte trimestral remitido.							
<b>Ejercicio autoridad sanitaria y regulación</b>		<b>Función 4: Fortalecimiento institucional</b>					
Intervenciones para el fortalecimiento de las DPS/DAS	- Reportes de acciones de fortalecimiento institucional desarrollado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jornadas de capacitación interna en temas relacionados con la función de las DPS/DAS.</li> <li>Reparaciones de equipos de trabajo efectuadas.</li> <li>Acondicionamiento de planta física realizada.</li> <li>Pagos de servicios efectuados.</li> <li>Adquisiciones de materiales e insumos realizados.</li> <li>Reuniones de coordinación del trabajo de la DPS/DAS.</li> <li>Reportes trimestrales y anual realizados.</li> </ol>					
<b>NOTA 1:</b> En el reporte se detallara el tipo de reparación, si fue equipo de cómputos, de transporte, etc. Los servicios incluyen agua, luz, teléfono, alquiler, internet, basura. Los materiales e insumos incluyen los de limpieza, de cocina, de oficina y combustible que no haya sido incluido como insumo propio de una actividad relacionada a un producto. Los reportes trimestrales son los de monitoreo que estarán automatizados y los de memoria anual que deberán desprenderse de estos, entre otros que se relacionen con el hacer institucional y no estén contemplados en ninguna actividad anterior.							

## **VII. Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública.**

El monitoreo y la evaluación de los avances y resultados del Plan Estratégico Institucional se efectuará de acuerdo a las líneas estratégicas de intervención y los indicadores definidos, priorizando aquellos que son objeto del presupuesto orientado a resultados, del Plan Nacional Plurianual del Sector Público y la Estrategia Nacional de Desarrollo, así como el Plan Nacional de Salud.

El proceso de M&E constituye un componente esencial del PEI y tiene por finalidad la medición de la eficacia, eficiencia y equidad de las intervenciones e iniciativas realizadas. El presente plan deberá ser socializado con todas las dependencias del Ministerio de Salud, las cuales deberán considerarlo en sus actividades programáticas anuales, asegurando con ello el cumplimiento del mismo y la toma de decisiones adecuadas para el logro de las metas anuales propuestas y el uso eficiente de los recursos disponibles.

### **7.1. Metodología para el monitoreo y evaluación del PEI.**

Se aplicará un abordaje cualitativo y cuantitativo en la compilación y análisis de la información, ya que esto ayudará a comprender mejor los avances del Plan, así como garantizar la comparación de fuentes de datos y reducir los sesgos de la información recabada.

En este proceso, se tomarán como insumos los datos del Ministerio de Salud, los Acuerdos Marco y de Gestión, las funciones en materia de Salud en el proceso de transferencia a las expresiones desconcentradas, las encuestas nacional de salud, los informes y boletines de las Direcciones de Epidemiología y de Análisis de Situación de Salud, entre otros.

Se utilizarán además otras fuentes de verificación, tales como:

- Informes de la ejecución financiera, metas programáticas, vigilancia epidemiológica y otros que sean solicitados periódicamente a las dependencias del Ministerio.
- Los informes de las visitas de evaluación llevadas a cabo por el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Planificación Estratégica y por las agencias cooperantes, las cuales deberán ser programadas y cumplidas según cronograma.
- Resultados de estudios de investigación operacionales y epidemiológicos realizados a nivel nacional.

### **7.2. Cronograma para el monitoreo y evaluación del PEI.**

Los procesos de monitoreo serán de manera permanente y la supervisión será desconcentrada y por niveles operacionales, considerando el avance en los indicadores, de acuerdo al período de tiempo para la ejecución de los planes operativos.

La evaluación nacional se hará con cortes semestrales y de manera conjunta anualmente; considerando el avance en los resultados propuestos y haciendo los ajustes correspondientes que permitan alcanzar los objetivos propuestos. Las Direcciones Provinciales de Salud podrán definir resultados intermedios que permitan una evaluación más objetiva.

El plan será elaborado para aplicarlo cuatrienalmente, sin embargo será revisado, analizado y evaluado de forma anual según la información recopilada. Los resultados de la revisión, análisis y

evaluación serán comunicados a la Autoridad Sanitaria y expuestos a las diferentes dependencias del Ministerio de Salud, Cooperación Nacional e Internacional y otras instituciones del Sector Salud que contribuyen con el hacer institucional, con el fin de recibir retroalimentación sobre las responsabilidades a su cargo y la utilización de los recursos . Durante el cuatrienio se realizará la medición de los indicadores de los objetivos estratégicos elaborados para el plan.

### **7.3. Responsabilidad en la recolección de datos, análisis y toma de decisiones.**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social será el responsable de la recolección de los datos enviados por sus dependencias a través de la Dirección de Planificación Institucional, la cual realizará el procesamiento y análisis de la información para la elaboración del informe respectivo al Despacho Ministerial, quien mantendrá comunicación directa con sus dependencias para reconocer el trabajo realizado.

## **VIII. Presupuesto y Financiamiento del PEI - MSP.**

Para la ejecución del PEI se contará con financiamiento proveniente de los ingresos fiscales del Estado que constituyen los recursos de la administración central originados en la recaudación tributaria, los cuales tienen como objetivo financiar gastos sin asignación predeterminada en el marco legal vigente y que se plasma en el Presupuesto Anual de Ingresos y Ley de Gastos Públicos, el cual es aprobado por el Congreso Nacional de la República y que se compone de los recursos del Tesoro recaudado a partir de los impuestos (Fondo 100), los recursos provenientes de préstamos y agencias cooperantes a ser ejecutadas por el Ministerio de Salud y los recursos generados por el Ministerio.

En el caso de los recursos del Tesoro, el Ministerio de Salud, desarrollará su planificación operativa – programática y financiera - conforme a los lineamientos estratégicos del PEI y presentará sus requerimientos financieros anuales para las áreas prioritarias, definidas conforme al análisis de situación de salud y/o que correspondan a proyectos de ejecución plurianual.

El financiamiento vía ingresos propios por disposiciones autorizadas, se constituyen como los recursos provenientes del cobro de tasas y derechos relacionados con la emisión de licencias y el registro sanitario.

Otra de las fuentes de financiamiento del PEI se originará a través de las gestiones realizadas con organismos de cooperación nacional e internacional para la salud, dentro de las modalidades de Crédito Interno, Crédito Externo, Donaciones Internas y Donaciones Externas. En el caso de los créditos serán gestionados conforme a los mecanismos definidos por el Ministerio de Hacienda y en concordancia con los criterios establecidos en el Sistema Nacional de Inversión Pública.

Para la obtención de recursos adicionales serán identificados otros organismos financiadores para proyectos especiales y se orientará la cooperación internacional para el apoyo financiero y técnico orientado al cumplimiento de las metas establecidas.

El Ministerio de Salud propondrá, anualmente, un incremento progresivo de la cantidad y calidad del gasto público en salud, en el marco de la presupuestación orientada a consolidar la gestión por resultados, cuidando un manejo transparente y eficiente de los recursos, incluida la rendición de cuentas.

## IX. Glosario de términos:

**Autoridad Sanitaria:** En el contexto de la ley 42-01 se entiende por autoridad sanitaria a los niveles gerenciales tanto de nivel nacional como expresiones territoriales responsable de la rectoría del sistema nacional de salud.

**Desarrollo Humano:** El Desarrollo Humano es un paradigma de desarrollo que va mucho más allá del aumento o la disminución de los ingresos de un país. Comprende la creación de un entorno en el que las personas puedan desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. Fuente: <http://hdr.undp.org/es/desarrollohumano/>.

**Desarrollo sostenible:** El desarrollo sostenible se define como aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Incorpora numerosos elementos y sectores, incluido el sector sanitario, que deben contribuir a lograr dicho desarrollo. Fuente: OMS. Promoción de la Salud. Glosario. 1998.

**Descentralización:** es el acto de delegar o transferir competencias a instituciones que gozan de personería jurídica diferente a la institución descentralizadora. (Ley 42-01).

**Desconcentración:** es el acto de transferir competencias técnicas o administrativas a instituciones o expresiones territoriales de ellas pertenecientes a la institución rectora o central. (Ley 42-01).

**Determinantes de la salud:** Factores personales, sociales, económicos y medioambientales que determinan la situación de salud de las personas o las poblaciones. Los factores que afectan la salud son múltiples e interactivos. La promoción de la salud hace referencia, fundamentalmente, a las actuaciones y a la defensa de los valores, orientadas a hacer frente a todo la escala de los determinantes de la salud potencialmente modificables, y no únicamente a aquellos determinantes relacionados con las acciones de los individuos, tales como los comportamientos y los estilos de vida, sino también a factores tales como el nivel de ingresos y la categoría social, la educación, el empleo y las condiciones laborales, el acceso a unos servicios de salud adecuados y los entornos físicos. La combinación de estos determinantes crea condiciones de vida diferentes que afectan la salud. La consecución del cambio de los estilos de vida y de las condiciones vitales que determinan el estado de salud se considera un resultado sanitario intermedio. Fuente: Nutbeam, D. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/HPR/HEP/98.1).

**Gestión para Resultados (GpR):** Estrategia de gestión pública que conlleva tomar decisiones sobre la base de información confiable acerca de los efectos que la acción gubernamental tiene en la sociedad y que se adopta para mejorar la eficiencia y la eficacia de las políticas públicas.

**ISBN:** Sigla que ve en la página de los créditos de los libros acompañada por 13 dígitos es el International Standard Book Number o Número Normalizado Internacional para Libros. Es un sistema numérico internacional que permite identificar el título y la edición de libros y folletos mediante la adjudicación de un número exclusivo a una edición concreta. Puede decirse que es la cédula de identidad de esa obra.

**Monitoreo:** Es una actividad de evaluación sistemática de procesos y resultados así como de las normativas destinadas a controlar desviaciones respecto de estándares establecidos.

**Morbilidad:** La morbilidad se define como cualquier separación subjetiva u objetiva del estado de bienestar psicológico o fisiológico. Las estadísticas de morbilidad permiten conocer por qué enferman o qué padecen los habitantes de determinada región. El conocimiento de estadísticas de morbilidad permite calcular la población a servir con determinados programas y la demanda de servicios que su atención exigirá. Fuente: CIPS - 2007.

**Mortalidad:** Es un indicador global que representa el riesgo más alto al que está sometida una población. Es un indicador muy inespecífico y no puede ser empleado para medir el fenómeno de la mortalidad en dos poblaciones distintas, ya que las diferentes estructuras etáreas pueden falsear el resultado. Para realizar comparaciones se

debe aplicar la tipificación de tasas por método directo o indirecto. El análisis de la evolución de las tasas tipificadas a lo largo del tiempo permite conocer la tendencia. Fuente: [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

**Mortalidad Infantil:** La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año.

**Muerte materna:** Es toda muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio hasta los 42 días de finalizada la gravidez, por una causa que se desencadena por el embarazo (causa obstétrica directa) o que, siendo preexistente, se agrava con el desarrollo del mismo (causa obstétrica indirecta). Fuente: CIPS - 2007.

**Norma:** Regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades. En los servicios y establecimientos de salud son las reglas que determinan la uniformidad de las estructuras, de los procesos y de los resultados. Algunas de ellas deben cumplirse obligatoriamente, mientras otras son sugieren la conducta a seguir por creer que es la más conveniente.

**NORDOM:** Las normas técnicas oficializadas por la Comisión Técnica se denominarán “Normas Dominicanas” (NORDOM). Las NORDOM constituyen la referencia básica para determinar la calidad de los productos y los servicios, y serán el punto de partida para la elaboración de los RT cuando, para el tema a ser reglamentado, ellas existan y estén vigentes. Las NORDOM podrán ser normas técnicas elaboradas, homologadas, adaptadas, adoptadas o armonizadas. En el caso de elaboración de nuevas normas, serán referentes obligatorios las normas internacionales, cuando ellas existan y estén vigentes.

**Objetivos de Desarrollo del Milenio:** La Declaración del Milenio es un marco para el trabajo conjunto de los países y la mejora de su desarrollo; reconoce como valores esenciales, para las relaciones internacionales en el Siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto por la naturaleza y la responsabilidad compartida. Los objetivos del Desarrollo del Milenio fueron formulados en el marco de los acuerdos internacionales contenidos en la Declaración del Milenio, estos objetivos incluyen: la erradicación de la pobreza extrema y el hambre; el logro de la educación primaria universal; la promoción de la equidad de género y la transferencia de poder a las mujeres; la reducción de la mortalidad infantil; la mejora de la salud materna; la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; la garantía de la sostenibilidad ambiental; y el establecimiento de una alianza mundial para el desarrollo. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005.

**ONG:** Sigla de Organización No Gubernamental. Se utiliza para designar un sinnúmero de entes, por lo general sin fines de lucro, que ejercen actividades de apoyo al desarrollo humano en casi todos sus ámbitos.

**Producto Bruto Interno:** Es el valor de todos los bienes y servicios finales producidos por un país en un periodo determinado. No comprende transacciones de mercaderías existentes, como viviendas ya construidas. En cambio, sí comprende la comisión por su venta. Fuente: CIPS - 2007.

**Proveedores:** Son las personas u organizaciones que aportan insumos a un determinado proceso. Por analogía con la definición de usuarios, los proveedores pueden ser internos, si generan productos intermedios o servicios de apoyo dentro de la cadena productiva interna de la organización; o externos, si ofrecen insumos a la organización.

**Salud Pública:** es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. Fuente: OMS. Promoción de la Salud. Glosario. 1998.

**Sector salud:** Conjunto de organismos e instituciones públicas, centralizadas y descentralizadas, autónomas y semi-autónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias cuya competencia u objeto es brindar algún tipo de acción sanitaria, entendida ésta, como administración de las

*acciones de salud, incluyendo las que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud; y la educación en salud a nivel de la comunidad.*

**Seguro Familiar de Salud:** Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros, reconocimientos y prestaciones en dinero y especie que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de su incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

**Sistema Nacional de Salud:** es el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población (art. 6 Ley 42-01).

**Usuario:** el que utiliza o demanda servicios de salud. (Ley 42-01).

ANEXO I: EJES Y VARIABLES A CONSIDERAR PARA EL ANALISIS SITUACIONAL Y FODA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
EJES →	PLANIFICACION Y CONDUCCION SECTORIAL	COORDINACION Y PROVISION DE SERVICIOS PARA LOGRAR RESULTADOS	REGULACION Y EJERCICIO AUTORIDAD SANITARIA	EJERCICIO DESCONCENTRADO DE LA FUNCIÓN DE LA RECTORÍA
VARIABLES ↓				
QUE CONSIDERAR	QUE REVISAR	QUE CUESTIONAR		
<b>SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD</b>				
<b>Levantamiento de información</b>	Fuente de información (FI)	Identificación, clasificación por nivel, registro oficializado y autoridad responsable de la decisión y/o certificación de la FI.		
	Periodicidad	Conocimiento de los plazos para la recolección y entrega de la información.		
	Disponibilidad por variables económicas y sociales	Existencia de datos que permiten hacer análisis por variables económicas y sociales, maduración de los sistemas y/o actores que generan este tipo de datos.		
	Mecanismos	Definición de los mecanismos para la recolección, registro y sistematización de datos, recuperación e intercambio de información.		
	Continuidad	Generación permanente. Consideración de los riesgos asociados a la pérdida de información sensible, impacto en los reportes sobre logro de metas y resultados esperados.		
	Responsabilidad	Claridad en la responsabilidad para la recolección, procesamiento y entrega de los datos.		
	Criterios	Definición de parámetros y/o requisitos mínimos, formatos, pertinencia.		
	Representatividad	Correspondencia entre la información suministrada y los fenómenos que ésta pretende describir, muestra aceptada.		
Oportunidad	Fluidez en los plazos contemplados a fin de que tenga posibilidad de influir en la toma de decisiones.			
<b>Calidad de la información</b>	Instrumentos	Definición de herramientas que permitan obtener datos y procesar información objetiva y confiable.		
	Homogeneidad	Uniformidad y/o estandarización en los reportes de datos.		
	Comparabilidad	Correspondencia de datos de un período a otro, de los productores y fuentes de información.		
	Racionalidad	Aplicación de un método adecuado, fundado en la aplicación del razonamiento lógico.		
	Verificabilidad	Comprobación mediante demostraciones, conocimiento de las fuentes de datos.		
	Veracidad	Representación fidedigna del fenómeno que se pretende describir, consistencia.		
<b>Análisis de la información</b>	Capacidad analítica	Capacidad de realización de estudios estratégicos a partir de la data recolectada y procesada, resaltando aspectos financieros, resultados e impacto de las intervenciones. Interpretación de los datos. Definición de enfoque y metodología. Capacidad de retroalimentación y ajuste.		
<b>Utilidad de la información</b>	Toma de decisiones	Utilización por parte de las autoridades para fundamentar decisiones adecuadas para la excelencia de la gestión y las mejoras organizativas.		
	Definición de políticas	Base para definir políticas en salud que atiendan los problemas identificados.		
	Investigación	Sustenta la investigación en los temas y prioridades nacionales.		
	Comunicación	Puesta de la información relevante al alcance de los usuarios, lenguaje y medio apropiado.		
<b>MARCO TECNICO Y NORMATIVO (Analizar considerando regulación sectorial y desempeño organizacional)</b>				
<b>Definición</b>	Coherencia	Correspondencia con las prioridades sanitarias y sin generación de incompatibilidades con otras normativas existentes. Desvirtúa el sentido de la decisión política o dispositivo de mayor jerarquía.		

ANEXO I: EJES Y VARIABLES A CONSIDERAR PARA EL ANALISIS SITUACIONAL Y FODA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
EJES →	PLANIFICACION Y CONDUCCION SECTORIAL	COORDINACION Y PROVISION DE SERVICIOS PARA LOGRAR RESULTADOS	REGULACION Y EJERCICIO AUTORIDAD SANITARIA	EJERCICIO DESCONCENTRADO DE LA FUNCIÓN DE LA RECTORÍA
VARIABLES ↓				
QUE CONSIDERAR	QUE REVISAR	QUE CUESTIONAR		
	Sustento	Se describen basadas en evidencia, acorde a la realidad y los lineamientos estratégicos definidos. Se basa en una evaluación social, política y económica de viabilidad, identificando quiénes son los actores y destinatarios de ésta. Prevee un diagnóstico previo / justificación regulatoria.		
	Mecanismos	Definición de criterios de priorización, flujo (ruta), actores y procesos para la evacuación de un documento técnico o normativo. Contempla legalidad.		
	Consenso	Considera todas las partes interesadas para su desarrollo, aceptando la existencia de disenso o desacuerdo. Consulta a los agentes económicos y sociales previos a la promulgación de nuevas regulaciones o reforma de las existentes.		
	Visión sistémica	Toma en consideración los intereses que afecta y el impacto en los recursos humanos, físicos y financieros. Incluso contempla como afecta otras normativas, evitando suplencia o solapamiento. Conocimiento claro de la materia a abordar, de los supuestos que impulsan y justifican la normativa.		
	Límites	Establecimiento de las responsabilidades de los interventores – regulados, regulador, supervisor -, competencias e interacción con otras instancias.		
	Responsabilidad	Se basa en el principio de legalidad, con apego estricto del mandato que ordena la elaboración de la documentación normativa y las facultades y competencias del proponente.		
	Brechas	Aborda los temas que en función del marco jurídico son de competencias de la organización y sobre los cuales no se han evacuado ninguna normativa.		
	Tipología	Claridad en el tipo de documento técnico – normativo a evacuar (Reglamentos técnicos, Guías, Manuales, Procedimientos, Estándares, Políticas, Planes, Metodologías, Circular, Lineamientos, entre otros).		
	Homogeneidad	Estandarización de procesos y contenidos por tipo de normativa.		
	Calidad	Observancia de los atributos relacionados con la calidad regulatoria: Eficacia (apropiada para alcance objetivos), eficiencia (genera mayor beneficio que los costos para su cumplimiento), consistencia (estructura y contenido estandarizados) y claridad lingüística (Interpretación univoca de su contenido, evitando ambigüedades entre que, quien, como, cuando regula, así como, anfibologías, términos confusos y errores sintácticos).		
	Jerarquía	Acorde con el enfoque (estratégico o táctico- práctico) y el nivel de normativa existente que modifica.		
	Ámbito	Claridad del carácter de aplicación (geográfico, sectorial, institucional), del propósito (normar, instruir, facultar, informar, etc.), nivel del ordenamiento (regular vacíos, complementar, abrogar o derogar, modificar), de la vigencia.		
	Presentación	Sujeta a identidad organización, no es un vehículo de otras normativas, a disposiciones existentes sobre estructura y contenido.		
Instrumentación	Desarrollo de documentación	Diseño de herramientas para operativizar normativas propuestas.		
	Mecanismos de implementación	Contempla los recursos físicos y humanos para la implementación de la normativa, incluyendo la capacidad de quienes deben monitorear y evaluar su efectividad.		
Difusión	Conocimiento actores	Las partes interesadas son puestas en conocimiento de los contenidos clave (objetivo, vigencia, áreas) de los documentos técnicos normativos. Se consideran los implementadores, regulados, supervisores, beneficiarios directos e indirectos.		

ANEXO I: EJES Y VARIABLES A CONSIDERAR PARA EL ANALISIS SITUACIONAL Y FODA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
EJES →	PLANIFICACION Y CONDUCCION SECTORIAL	COORDINACION Y PROVISION DE SERVICIOS PARA LOGRAR RESULTADOS	REGULACION Y EJERCICIO AUTORIDAD SANITARIA	EJERCICIO DESCONCENTRADO DE LA FUNCIÓN DE LA RECTORÍA
VARIABLES ↓				
QUE CONSIDERAR	QUE REVISAR	QUE CUESTIONAR		
	Medios, lenguaje, mensaje	Utilización de medios y lenguaje adecuado para la difusión de la normativa. Mensaje claro por tipo de público.		
<b>Monitoreo &amp; Evaluación</b>	Cumplimiento	Observancia del acatamiento de las normativas emitidas. Se incentiva el cumplimiento de las poblaciones objetivo, concentrando los recursos para inspección en las áreas en las que los riesgos para la sociedad son mayores.		
	Periodicidad	Plazos para la realización de M&E del cumplimiento. Responsabilidad de informar.		
	Plan de mejora	Realización e implementación de planes de mejora con base a los hallazgos en el cumplimiento de las normativas.		
	Revisión sistémica y actualización	Institucionalización y permanencia de una política de gobernanza regulatoria que permite mejorar la capacidad para generar normativas, adecuándolas con oportunidad, acorde a las mejores evidencias disponibles y de manera sistemática en los plazos que a los fines se definen.		
	Responsable	Liderazgo institucional para la revisión/emisión de normativas, para el M&E de cumplimiento, para la toma de decisiones.		
<b>GESTION INSTITUCIONAL (CAPACIDAD)</b>				
<b>Organización</b>	Prioridades	Definición de las prioridades institucionales en el marco de las funciones de regulación, vigilancia y provisión de servicios.		
	Procesos	Identificación clara y documentación de los procesos para la entrega de los bienes y servicios a la población. Nivel de aprobación establecido y respetado.		
	Costeo	Costeo de las intervenciones que realiza para la entrega de productos a la población y tomar medidas que incrementen la eficiencia en el uso de los recursos.		
<b>Comunicación estratégica</b>	Imagen institucional	Posicionamiento frente a quienes garantiza la salud, a quienes regula y dirige. Reconocimiento como autoridad del sector y en el nivel desconcentrado.		
	Apropiación	Sentido de pertenencia de los miembros de la organización para el logro de los objetivos misionales.		
	Medios y lenguaje	Utilización de medios y lenguaje adecuado. Mensaje claro por tipo de público.		
	Niveles y claridad	Claridad en el que, cómo, cuándo y dónde se comunica. Decisión sobre quien delega y decide medios, público objetivo.		
	Vocería	Claridad en la autoridad para ejercer vocería institucional.		
<b>Dependencias</b>	Funciones	Claridad sobre competencias, canales de autorización y comunicación.		
	Intervenciones	Intervenciones planificadas, implementadas, acorde con las prioridades y en coherencia con las metas institucionales.		
	Manejo de información	Conocimiento de las normativas y procesos institucionales para orientar su accionar.		
<b>Desconcentración</b>	Fortalecimiento	Desarrollo de acciones tendentes a fortalecer la desconcentración de las funciones de rectoría.		
	Estructura	Definición de la estructura para el nivel desconcentrado en correspondencia con las normativas vigentes. Claridad sobre competencias y ejercicio de las funciones de rectoría.		
	Mecanismos	Disponibilidad y uso de las herramientas que faciliten el ejercicio de la función rectora. Planificación de intervenciones acorde con las prioridades sanitarias, objetivos de desarrollo y condiciones locales. Reporte, medición y análisis de las		

ANEXO I: EJES Y VARIABLES A CONSIDERAR PARA EL ANALISIS SITUACIONAL Y FODA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
EJES →	PLANIFICACION Y CONDUCCION SECTORIAL	COORDINACION Y PROVISION DE SERVICIOS PARA LOGRAR RESULTADOS	REGULACION Y EJERCICIO AUTORIDAD SANITARIA	EJERCICIO DESCONCENTRADO DE LA FUNCIÓN DE LA RECTORÍA
VARIABLES ↓				
QUE CONSIDERAR	QUE REVISAR	QUE CUESTIONAR		
		intervenciones.		
	Recursos	Disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos para asumir las funciones delegadas por la Autoridad Nacional.		
Recursos humanos	Planificación	Levantamiento de información sobre RH. Capacidad de identificar brechas para la prestación de servicios y la función de rectoría. Organización de los recursos según las necesidades. Definición de perfiles, puestos y cargos acorde a normativas vigentes Administración Pública. Contratación acorde a necesidades y capacidad instalada. Gestión del ciclo de vida laboral (reclutamiento y selección, carrera sanitaria, sistemas de incentivos y retribuciones). Medición de desempeño y productividad.		
	Desarrollo de capacidades	Mejora de las capacidades para el desarrollo de las funciones en la organización. Diagnóstico de necesidades de capacidades y plan de implementación.		
	Responsabilidad	Sobre la gestión administrativa y estratégica del recurso humano.		
Regulación externa	Cumplimiento	Observancia de los lineamientos y normas de control que regulan el accionar de las entidades gubernamentales centralizadas.		
	Reconocimiento autoridad	Respeto a las exigencias de las autoridades competentes en materia de administración pública.		
	Verificación y control	Mecanismos de fiscalización y control interno para la mejora de la gestión y operación de la organización.		
Respuesta	Concesión de permisos sanitarios	Capacidad de emitir permisos sanitarios en los plazos establecidos y observando las normativas vigentes. Claridad ofrecida a los usuarios sobre los procesos a agotar por cada servicio ofrecido.		
	Vigilancia y atención a eventos de interés de la salud pública	Desarrollo de planes y sistemas que permitan la detección, notificación, verificación y reporte oportuno de eventos sanitarios. Observancia de compromisos y eventos de notificación obligatoria. Protocolos de vigilancia definidos e implementados		
	Activación equipos de trabajo	Capacidad de establecer enlace operativo para responder oportuna y adecuadamente sobre eventos de importancia.		
Transparencia y rendición de cuentas	Fiscalización y control	Mecanismos definidos, incluyendo metodología e instrumentos para la captura y reporte. Definición y utilización de las herramientas de consulta y reporte. Identificación clara de los receptores. Disponibilidad, responsabilidad del repositorio de evidencias.		
Mediciones	Instrumentos	Herramientas para el seguimiento a los planes institucionales y para el reporte de desempeño, logros y alcance de metas. Descripción de los requisitos para presentación, contenido y periodicidad establecidos. Información oportuna y relevante sobre las revisiones efectuadas.		
	Responsabilidad	Identificación por dependencia de los contactos para la entrega de las informaciones, previo control de calidad. Autoridad competente para la captura, procesamiento y permiso de divulgación de los resultados.		
ARTICULACION CON ACTORES				
Participación Social	Medios para fomentar	Definición de los mecanismos para fomento y articulación de la participación social, criterios identificación actores clave, áreas de involucramiento, disponibilidad de datos abiertos.		

ANEXO I: EJES Y VARIABLES A CONSIDERAR PARA EL ANALISIS SITUACIONAL Y FODA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA				
EJES →	PLANIFICACION Y CONDUCCION SECTORIAL	COORDINACION Y PROVISION DE SERVICIOS PARA LOGRAR RESULTADOS	REGULACION Y EJERCICIO AUTORIDAD SANITARIA	EJERCICIO DESCONCENTRADO DE LA FUNCIÓN DE LA RECTORÍA
VARIABLES ↓				
QUE CONSIDERAR	QUE REVISAR	QUE CUESTIONAR		
<b>Coordinación con actores</b>	Intra, inter y mecanismos	<b>Interna</b> (entre dependencias nivel central, con nivel desconcentrado, con nivel descentralizado para suministro y acopio de información, implementación de acciones, M&E) <b>Externa</b> (entes regulados, OG con temas transversales, OG involucradas en acciones interinstitucionales (salud colectiva), OG con responsabilidad compartida de fiscalización y control). <b>Mecanismos utilizados</b> (acuerdos, mandatos, observancia normativas).		
<b>FINANCIAMIENTO</b>				
<b>Recursos financieros</b>	Mecanismos	Reglamentación para modular, análisis de sostenibilidad de las intervenciones y regulaciones, descentralización de recursos.		
	Presupuesto	Vinculación a metas, gestión por resultados, calidad del gasto.		

<b>ANEXO II: SEGUNDO EJE DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO – END - 2030</b>
<b>Objetivo General 2.2 - Salud y seguridad social integral</b>
<b>2.2.1 Garantizar el derecho de la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.</b>
<b>2.2.1.1</b> Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que <b>brinden atención integral con calidad</b> y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.
<b>2.2.1.2</b> Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva atendiendo las particularidades de cada sexo, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, dengue, malaria, VIH y SIDA, entre otras), crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares, obesidad, entre otras) y catastróficas (cáncer de mama, cérvix y próstata, entre otras), así como el fomento de estilos de vida saludables garantizando el acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema.
<b>2.2.1.3</b> Fortalecer el sistema de vigilancia y educación epidemiológica y nutricional como instrumento fundamental de la seguridad alimentaria de la población.
<b>2.2.1.4</b> Sensibilizar y proveer formación continuada al personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de violencia de género y contra niños, niñas y adolescentes.
<b>2.2.1.5</b> Promover la capacitación y participación de actores comunitarios en temas de control de epidemias y de enfermedades recurrentes y emergentes.
<b>2.2.1.6</b> Garantizar a toda la población, el acceso a medicamentos de calidad, promover su uso racional y priorizar la disponibilidad de medicamentos de fuentes múltiples (genéricos) en el mercado nacional.
<b>2.2.1.7</b> Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas, en relación a los servicios de salud individual y colectiva ofertados por los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios prestados.
<b>2.2.1.8</b> Fortalecer las capacidades gerenciales de los Servicios Regionales de Salud y los centros de salud, apoyadas en el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de información gerencial en salud, para impulsar la gestión por resultados.
<b>2.2.1.9</b> Dotar de autonomía administrativa a los centros hospitalarios que forman la red pública de salud y conformar un Consorcio Nacional de Hospitales, autónomo, adscrito al Ministerio de Salud, con funciones de carácter técnico administrativo.
<b>2.2.1.10</b> Desarrollar y consolidar un sistema de capacitación continua y motivación laboral para los recursos humanos en salud, que tome en cuenta la equidad de género e incluya un mecanismo de pago por servicios prestados, con el fin de fortalecer la carrera sanitaria y elevar la calidad de los servicios.
<b>2.2.1.11</b> Impulsar el uso adecuado de las tecnologías de información como medio para ampliar el alcance territorial y elevar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
<b>2.2.1.12</b> Asegurar a la población la provisión efectiva de información en torno a su derecho a la salud y a la seguridad social en salud, tomando en cuenta las necesidades de los distintos grupos poblacionales, ciclos de vida y un enfoque preventivo.
<b>2.2.1.13</b> Fortalecer las capacidades de investigación en salud, tanto clínica como experimental, incluyendo la relativa a la situación de personas con discapacidad.
<b>2.2.1.14</b> Desarrollar e implementar un sistema integral de prevención de los riesgos laborales.
<b>2.2.1.15</b> Desarrollar mecanismos que faciliten la ágil prestación de servicios de salud a las poblaciones desplazadas por desastres.
<b>2.2.1.16</b> Asegurar la provisión de servicios de salud mental de calidad, a la población que lo requiera.
<b>2.2.1.17</b> Superar el modelo actual de atención, aumentando la capacidad del primer nivel de atención, reestructurando los servicios por ciclos de vida, orientado a la promoción y prevención por prioridades.
<b>2.2.1.18</b> Diseñar un sistema de supervisión y sanción del incumplimiento de los protocolos de actuación por parte del personal clínico y administrativo del sistema de salud.
<b>2.2.1.19</b> Desarrollar en el sistema de salud, unidades de atención a la violencia basada en el género, intrafamiliar y/o sexual, que reporten a las autoridades competentes.
<b>Fuente:</b> Construcción propia a partir de la Ley 1-12 sobre la END 2010-2030.

<b>ANEXO III: Vinculación Líneas de Acción con END, PNPS y PLANDES</b>			
<b>Estrategia Nacional de Desarrollo 2012-2030, (END)</b>	<b>Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016, (PNPS)</b>	<b>Plan Decenal de Salud 2006-2015 (PLANDES)</b>	<b>Plan Operativo Institucional</b>
2.2.1.1 Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.	<b>Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario</b> , que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.	2. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	3- Desarrollar las Redes Regionales de Salud para contribuir a la articulación efectiva de los servicios de salud.  4- Fortalecer el primer nivel de atención mediante el desarrollo e implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
2.2.1.2 Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva atendiendo las particularidades de cada sexo, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, dengue, malaria, VIH y SIDA, entre otras), crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares, obesidad, entre otras) y catastróficas (cáncer de mama, cervix y próstata, entre otras), así como el fomento de estilos de vida saludables garantizando el acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema.	<b>Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida</b> , en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva atendiendo las particularidades de cada sexo, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, dengue, malaria, VIH-SIDA, entre otras) , crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares y obesidad, entre otras) y catastróficas (cáncer de mama, cervix y próstata, entre otras), así como el fomento de estilos de vida saludables, garantizando el acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema.	3. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	2- Fortalecer las acciones de promoción, prevención del riesgo y control de las enfermedades, facilitando la participación de la población en la creación de espacios saludables, y avanzando en el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio, con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria.
2.2.1.3 Fortalecer el sistema de vigilancia y educación epidemiológica y nutricional como instrumento fundamental de la seguridad alimentaria de la población.	<b>Fortalecer el sistema de vigilancia y educación epidemiológica y nutricional</b> como instrumento fundamental de la seguridad alimentaria de la población.	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.	2- Fortalecer las acciones de promoción, prevención del riesgo y control de las enfermedades, facilitando la participación de la población en la creación de espacios saludables, y avanzando en el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio, con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria.
2.2.1.4 Sensibilizar y proveer formación continuada al personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de violencia de género y contra niños, niñas y adolescentes.	<b>Sensibilizar y proveer formación continuada al personal sanitario</b> con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de violencia de género y contra niños, niñas y adolescentes.	8. Transversalización de la Equidad de Género en el Sistema Nacional de Salud.	1. Fortalecer el rol rector del Ministerio, para favorecer el desarrollo y consolidación de su capacidad para regular la producción social de la salud, la formulación, dirección y conducción de las políticas y acciones sanitarias a nivel nacional.
2.2.1.5 Promover la capacitación y participación de actores comunitarios en temas de control de epidemias y de enfermedades recurrentes y emergentes.	<b>Promover la capacitación y participación de actores comunitarios</b> en temas de control de epidemias y de enfermedades recurrentes y emergentes.	9. Desarrollar la participación ciudadana en todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud.	3- Desarrollar las Redes Regionales de Salud para contribuir a la articulación efectiva de los servicios de salud.
2.2.1.6 Garantizar a toda la población, el acceso a medicamentos de calidad, promover su uso racional y	Garantizar a toda la población, el <b>acceso a medicamentos de calidad, promover su uso racional</b>	2. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el	5- Mejorar la calidad de atención en los establecimientos públicos de salud,

priorizar la disponibilidad de medicamentos de fuentes múltiples (genéricos) en el mercado nacional.	<b>y priorizar la disponibilidad de medicamentos de fuentes múltiples</b> (genéricos) en el mercado nacional.	Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	implementando estrategias de gestión gerencial, mejoramiento de la productividad y la calidad del empleo, para favorecer la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, el posicionamiento positivo de la imagen hospitalaria en la percepción social dominicana
2.2.1.7 Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas, en relación a los servicios de salud individual y colectiva ofertados por los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios prestados.	<b>Fortalecer la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública y sus expresiones desconcentradas</b> , en relación a los servicios de salud individual y colectiva ofertados por los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados, para garantizar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios prestados.	1. (Función de Rectoría) Desarrollar la Rectoría Pública en el Sistema Nacional de Salud para la producción social de la salud.	1. Fortalecer el rol rector del Ministerio, para favorecer el desarrollo y consolidación de su capacidad para regular la producción social de la salud, la formulación, dirección y conducción de las políticas y acciones sanitarias a nivel nacional.
2.2.1.8 Fortalecer las capacidades gerenciales de los Servicios Regionales de Salud y los centros de salud, apoyadas en el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de información gerencial en salud, para impulsar la gestión por resultados.	<b>Fortalecer las capacidades gerenciales de los Servicios Regionales de Salud y los centros de salud</b> , apoyadas en el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de información gerencial en salud, para impulsar la gestión por resultados.	4. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud	1. Fortalecer el rol rector del Ministerio, para favorecer el desarrollo y consolidación de su capacidad para regular la producción social de la salud, la formulación, dirección y conducción de las políticas y acciones sanitarias a nivel nacional.
2.2.1.9 Dotar de autonomía administrativa a los centros hospitalarios que forman la red pública de salud y conformar un Consorcio Nacional de Hospitales, autónomo, adscrito al Ministerio de Salud, con funciones de carácter técnico administrativo.	<b>Dotar de autonomía administrativa a los centros hospitalarios</b> que forman la red pública de salud y conformar un Consorcio Nacional de Hospitales, autónomo, adscrito al Ministerio de Salud, con funciones de carácter técnico administrativo.	5. (Función de financiamiento) Asegurar la disponibilidad y buena gestión de los recursos en salud.	1. Fortalecer el rol rector del Ministerio, para favorecer el desarrollo y consolidación de su capacidad para regular la producción social de la salud, la formulación, dirección y conducción de las políticas y acciones sanitarias a nivel nacional.
2.2.1.10 Desarrollar y consolidar un sistema de capacitación continua y motivación laboral para los recursos humanos en salud, que tome en cuenta la equidad de género e incluya un mecanismo de pago por servicios prestados, con el fin de fortalecer la carrera sanitaria y elevar la calidad de los servicios.	<b>Desarrollar y consolidar un sistema de capacitación continua y motivación</b> laboral para los recursos humanos en salud que tome en cuenta la equidad de género e incluya un mecanismo de pago por servicios prestados, con el fin de fortalecer la carrera sanitaria y elevar la calidad de los servicios.	6. Desarrollar los Recursos Humanos para el Sistema Nacional de Salud.  8. Transversalización de la Equidad de Género en el Sistema Nacional de Salud.	5- Mejorar la calidad de atención en los establecimientos públicos de salud, implementando estrategias de gestión gerencial, mejoramiento de la productividad y la calidad del empleo, para favorecer la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, el posicionamiento positivo de la imagen hospitalaria en la percepción social dominicana
2.2.1.11 Impulsar el uso adecuado de las tecnologías de información como medio para ampliar el alcance territorial y elevar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.	<b>Impulsar el uso adecuado de las tecnologías de información</b> como medio para ampliar el alcance territorial y elevar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.		6. Favorecer el fortalecimiento institucional y desarrollo organizacional del Ministerio, a través del mejoramiento de gestión gerencial, el clima laboral y la productividad, para contribuir con la calidad de los servicios y el posicionamiento de su imagen.
2.2.1.12 Asegurar a la población la provisión efectiva de información en torno a su derecho a la salud y a la seguridad social en salud, tomando en cuenta las necesidades de los distintos grupos poblacionales, ciclos de vida y un enfoque preventivo.	<b>Asegurar la provisión efectiva de información a la población en torno a su derecho a la salud y a la seguridad social en salud</b> , tomando en cuenta las necesidades de los distintos grupos poblacionales, ciclos de vida y un enfoque preventivo.		3- Desarrollar las Redes Regionales de Salud para contribuir a la articulación efectiva de los servicios de salud.

2.2.1.13 Fortalecer las capacidades de investigación en salud, tanto clínica como experimental, incluyendo la relativa a la situación de personas con discapacidad.	<b>Fortalecer las capacidades de investigación en salud</b> , tanto clínica como experimental, incluyendo la relativa a la situación de personas con discapacidad.	11. Desarrollo de la investigación aplicada al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.	2- Fortalecer las acciones de promoción, prevención del riesgo y control de las enfermedades, facilitando la participación de la población en la creación de espacios saludables, y avanzando en el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio, con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria.
2.2.1.14 Desarrollar e implementar un sistema integral de prevención de los riesgos laborales.	Desarrollar e implementar un sistema integral de prevención de los riesgos laborales.		6. Favorecer el fortalecimiento institucional y desarrollo organizacional del Ministerio, a través del mejoramiento de gestión gerencial, el clima laboral y la productividad, para contribuir con la calidad de los servicios y el posicionamiento de su imagen.
2.2.1.15 Desarrollar mecanismos que faciliten la ágil prestación de servicios de salud a las poblaciones desplazadas por desastres.	Desarrollar mecanismos que faciliten la <b>ágil prestación de servicios de salud a las poblaciones desplazadas por desastres.</b>	10. Desarrollar integralmente y fortalecer las capacidades del Sistema Nacional de Salud sobre emergencias y desastres.	2- Fortalecer las acciones de promoción, prevención del riesgo y control de las enfermedades, facilitando la participación de la población en la creación de espacios saludables, y avanzando en el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio, con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria.
2.2.1.16 Asegurar la provisión de servicios de salud mental de calidad, a la población que lo requiera.			2- Fortalecer las acciones de promoción, prevención del riesgo y control de las enfermedades, facilitando la participación de la población en la creación de espacios saludables, y avanzando en el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio, con énfasis en la Estrategia de Atención Primaria.
2.2.1.17 Superar el modelo actual de atención, aumentando la capacidad del primer nivel de atención, reestructurando los servicios por ciclos de vida, orientado a la promoción y prevención por prioridades.			4- Fortalecer el primer nivel de atención mediante el desarrollo e implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.
2.2.1.18 Diseñar un sistema de supervisión y sanción del incumplimiento de los protocolos de actuación por parte del personal clínico y administrativo del sistema de salud.			1. Fortalecer el rol rector del Ministerio, para favorecer el desarrollo y consolidación de su capacidad para regular la producción social de la salud, la formulación, dirección y conducción de las políticas y acciones sanitarias a nivel nacional.
2.2.1.19 Desarrollar en el sistema de salud, unidades de atención a la violencia basada en el género, intrafamiliar y/o sexual, que reporten a las autoridades competentes.			
<b>Fuente:</b> Elaboración DPI a partir de lineamientos estratégicos.			

#### **ANEXO IV: PRIORIDADES E INDICADORES PLANDES**

**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.**

- a) La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 73 años.
- 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, reflejando la elevación de la tasa de participación femenina.
- d) 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.

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

- 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 porcentuales.
- 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%.
- 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).

**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.**

- a) Se ha estructurado la Red Única 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.

<b>ANEXO IV: PRIORIDADES E INDICADORES PLANDES</b>	
	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>b)</b>	Se habrá reestructurado la salud colectiva en Redes programáticas, con enfoque de equidad social y de género, evaluado en las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>b.1.- Con base en tres ejes transversales: Epidemiología, Promoción de Salud y Salud Ambiental.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>b.5.- Se habrán desarrollado el Sistema Nacional de Promoción de la Salud y Participación Social, y el Sistema Nacional de Salud Ambiental.</li> </ul>
<b>c)</b>	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. <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>c.2.- PROMESE-CAL se convierte en el principal mecanismo de provisión de medicamentos y productos farmacéuticos para el Sistema Nacional de Salud.</li> <li>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.</li> <li>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."</li> </ul>
<b><i>PRIORIDAD CUATRO. Reestructurar y fortalecer el nivel central y desconcentrado de la SESPAS (DPS) para asumir efectivamente las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.</i></b>	
<b>a)</b>	A nivel nacional y en las Direcciones Provinciales de Salud se habrá fortalecido las capacidades de Rectoría de la SESPAS; en las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>a.2.- Planificación y conducción estratégica del sector salud.</li> <li>a.3.- Habilitación, supervisión, y evaluación de servicios y establecimientos del Sector Salud.</li> <li>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 más relacionados con la salud.</li> <li>a.5.- Sistemas de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud.</li> </ul>
<b>b)</b>	Se ha desarrollado y está en pleno funcionamiento el Sistema de información Gerencial y de Vigilancia Epidemiológica, evaluado en las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>b.1.- Carácter modular interconectado y tecnológicamente actualizado.</li> <li>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.</li> <li>b.3.- Monitoreo permanente de las enfermedades y problemas de notificación obligatoria, riesgos y signos de alerta temprana.</li> </ul>
<b>c)</b>	Desarrollado y en aplicación en toda la SESPAS, Redes y Servicios Regionales de Salud, un modelo de gestión financiera, evaluado en las siguientes dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>c.1.- Articulado con el SIGEF nacional.</li> <li>c.2.- Asegura la transparencia ante la sociedad.</li> <li>c.3.- Contabilidad de costos de cada intervención, establecimiento, servicios y programa.</li> <li>c.4.- Factura en tiempo adecuado a SENASA, las ARS, al Seguro de Riesgos Laborales y al Seguro de Accidentes de Tránsito (FONAMAT).</li> <li>c.5.- Procesos de planificación y de presupuestación ligados a resultados de impacto y que permiten monitorear la vinculación del gasto con los resultados.</li> </ul>
<b>d)</b>	En el nivel central se habrá organizado y estarán en pleno funcionamiento, Comités Técnicos Nacionales

**ANEXO IV: PRIORIDADES E INDICADORES PLANDES**

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.
- d.5- Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

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.

**PRIORIDAD CINCO. Fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud.**

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 todos la Provincias y Municipios, los Consejos de Desarrollo participan en la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de los planes provinciales y municipales de salud.

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

a) Se habrá elaborado y aplicado un Plan Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, acorde con la 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

**ANEXO IV: PRIORIDADES E INDICADORES PLANDES**

Transversalización de Género en Salud.

- e) Han sido definidas las necesidades de investigación sobre el impacto sobre las brechas de género.
- f) Se han definido las necesidades de formación y capacitación sobre género y se han desarrollado planes y acciones para superarlas.

**Fuente:** Construcción propia a partir de la PLANDES 2006-2015.

### ANEXO V: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

**Objetivo 1.** Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo

**Objetivo 2.** Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible

**Objetivo 3.** Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

**Objetivo 4.** Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.

**Objetivo 5.** Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.

**Objetivo 6.** Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.

**Objetivo 7.** Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.

**Objetivo 8.** Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

**Objetivo 9.** Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.

**Objetivo 10.** Reducir la desigualdad en y entre los países.

**Objetivo 11.** Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

**Objetivo 12.** Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.

**Objetivo 13.** Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (Reconociendo que la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es el principal foro intergubernamental internacional para negociar la respuesta mundial al cambio climático).

**Objetivo 14.** Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.

**Objetivo 15.** Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica.

**Objetivo 16.** Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

**Objetivo 17.** Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

**Fuente:** Consultado en Naciones Unidas (2014). Resolución 68/970. Informe del Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (A/RES/68/970) p. 11.

<b>ANEXO VI: SERIE HISTORICA PRESUPUESTO APROBADO, VIGENTE Y EJECUTADO 2012-2015, PROGRAMA PRESUPUESTARIO 13 - SALUD COLECTIVA</b>											
<b>Año 2012</b>			<b>Año 2013</b>			<b>Año 2014</b>			<b>Año 2015</b>		
<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0001 - Vigilancia Epidemiológica</b>											
13,605,000.00	15,739,398.03	13,939,707.19	7,605,000.00	7,539,746.17	7,233,824.83	7,344,000.00	7,103,553.00	3,793,723.84	6,550,720.00	4,214,299.03	2,851,310.76
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0002 - Promoción y Control Materno Infantil</b>											
107,593,959.00	101,917,955.70	101,914,134.34	100,000,000.00	97,295,163.01	71,477,371.06	100,000,000.00	101,104,450.27	91,192,043.03	33,626,469.00	75,937,609.00	72,343,601.30
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0003 - Prevención y Control de Infecciones Transmisión Sexual</b>											
79,574,782.00	73,728,576.96	72,567,419.90	144,024,461.00	144,024,461.00	107,635,500.07	300,000,000.00	298,660,000.00	259,574,487.92	397,916,615.00	395,377,862.00	348,198,528.40
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0004 - Prevención y Control de la Tuberculosis</b>											
80,496,492.00	209,553,458.73	209,463,457.53	60,496,492.00	59,914,642.00	45,391,894.03	98,645,439.00	195,408,918.33	147,545,854.67	81,822,257.00	162,830,524.00	142,122,411.10
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0005 - Promoción y Control de la Salud Bucal</b>											
27,780,000.00	26,515,220.31	26,515,219.31	17,258,226.00	17,258,226.00	16,900,120.00	17,258,226.00	17,351,843.95	11,351,603.43	4,500,000.00	4,958,334.00	1,086,918.73
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0006 - Promoción y Control de la Salud Mental</b>											
10,326,400.00	8,155,159.62	8,111,267.58	3,869,127.00	3,939,127.00	2,877,136.22	3,869,127.00	3,869,218.33	2,340,410.70	216,800.00	1,034,301.00	629,943.84
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0007 - Prevención y Control de la Desnutrición</b>											
36,856,099.00	33,919,197.25	33,483,694.58	30,000,000.00	30,092,760.00	26,143,938.64	30,000,000.00	29,200,400.00	28,798,367.74	230,000.00	5,415,540.00	2,915,443.29
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0008 - Prevención y Control de las Enfermedades Trasmitada por Vectores</b>											
81,819,367.00	111,800,279.36	111,655,233.15	81,819,367.00	142,691,269.44	131,660,551.64	81,819,367.00	156,837,651.00	153,868,111.50	119,306,367.00	140,180,327.80	135,475,115.70
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0009 - Servicios de Inmunización</b>											
615,188,000.00	563,204,900.00	558,484,279.60	603,649,177.00	603,649,177.00	540,880,176.90	461,681,425.00	423,681,425.00	412,270,263.90	422,490,425.00	745,063,226.80	744,497,351.80
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0010 - Prevención y Control de las Zoonosis</b>											
29,740,000.00	24,189,801.37	24,107,229.36	20,000,000.00	20,000,002.00	19,764,699.24	40,000,000.00	38,767,894.10	32,392,438.18	39,925,000.00	35,521,691.60	31,104,148.55
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0011 - Control y vigilancia sanitaria de riesgos ambientales</b>											
20,674,320.00	21,215,262.21	20,971,627.83	20,674,320.00	20,674,320.00	13,604,382.63	20,674,000.00	20,674,000.00	5,842,239.09	6,057,675.00	9,883,675.00	7,037,129.35
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0012 - Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas</b>											
10,000,000.00	8,053,773.05	7,973,389.20	6,500,000.00	6,807,461.00	4,816,500.00	6,500,000.00	7,167,988.45	4,434,861.42	350,000.00	1,180,000.00	487,973.60
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0013 - Atención a Emergencias y Desastres</b>											
8,700,000.00	90,876,442.00	84,923,602.31	20,000,000.00	20,000,000.00	10,349,110.01	20,000,000.00	339,007,184.33	317,748,671.59	130,907,000.00	725,489,240.90	691,374,195.40
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0014 - Promoción y Educación para la Salud</b>											

<b>ANEXO VI: SERIE HISTORICA PRESUPUESTO APROBADO, VIGENTE Y EJECUTADO 2012-2015, PROGRAMA PRESUPUESTARIO 13 - SALUD COLECTIVA</b>											
<b>Año 2012</b>			<b>Año 2013</b>			<b>Año 2014</b>			<b>Año 2015</b>		
<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>	<b>Apropiación Original</b>	<b>Presupuesto Final Vigente</b>	<b>Presupuesto Ejecutado</b>
7,478,855.00	2,955,180.00	2,841,053.77	5,478,855.00	5,801,520.00	3,641,306.49	5,478,855.00	6,180,858.85	1,750,342.66	915,000.00	840,467.00	627,001.93
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0015 - Prevención y Control del HIV/SIDA</b>											
50,868,073.00	50,868,073.00	50,377,087.24	50,868,073.00	265,615,438.00	128,458,429.22	70,868,073.00	70,868,073.00	70,685,754.94	74,989,531.00	90,823,195.00	88,251,655.45
<b>Actividad Programática Presupuestaria No. 0016 - Gestión Técnica Administrativa</b>											
83,854,436.00	79,117,180.66	79,114,939.31	45,687,258.00	46,423,869.38	39,295,163.36	9,460,060.00	12,088,970.39	8,339,003.60	129,159,012.00	8,056,454.23	5,518,134.96
<b>1,264,555,783.00</b>	<b>1,421,809,858.25</b>	<b>1,406,443,342.20</b>	<b>1,217,930,356.00</b>	<b>1,491,727,182.00</b>	<b>1,170,130,104.34</b>	<b>1,273,598,572.00</b>	<b>1,727,972,429.00</b>	<b>1,551,928,178.21</b>	<b>1,448,962,871.00</b>	<b>2,406,806,747.36</b>	<b>2,274,520,864.16</b>
<b>Fuente:</b> Elaborado por DPI en base a las informaciones del Sistema Integrado de Gestión Financiera (SIGEF).											
<b>Nota:</b> Para el año 2014-2015, la actividad presupuestaria 0011: "Control y vigilancia sanitaria de riesgos ambientales" pasa a ser un programa presupuestaria 17 "Control y vigilancia de riesgos ambientales". Para 2016 se procedió a colocar como una actividad de salud colectiva.											

## Referencias bibliográficas.

1. BID (2005). *“Apoyo a la instrumentación de un sistema de gestión por resultados (DR-T1017). Plan de operaciones”*. Banco Interamericano de Desarrollo. Roberto García López, Mauricio García Moreno. Washington, 2010.
2. BID (2010). *“La gestión para resultados en el desarrollo: avances y desafíos en América Latina y el Caribe”*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, 2005.
3. BID (2011). *“Nota de política para la identificación del apoyo del BID al Gobierno Dominicano durante 2012-2016”*. Banco Interamericano de Desarrollo. Ignez Tristao, Magdalena Rathe, Úrsula Giedion y Diana Pinto para la identificación del apoyo del BID al Gobierno Dominicano durante 2012-2016.
4. BID (2016). *“La eficiencia del gasto público en Educación y Salud en República Dominicana, 2003 - 2013”*. Banco Interamericano de Desarrollo. Grupo de Consultoría Pareto. Nota Técnica N° IDB- TN-980. Abril 2016.
5. BID (2016). *“Una mirada al gasto social en Centroamérica, Panamá y República Dominicana: 2007-2013”*. Banco Interamericano de Desarrollo. Jordi Prat, Javier Beverinotti. 2016.
6. CONAVIHSIDA (2015). *“Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta a las ITS, VIH y SIDA 2015-2018”*. Consejo Nacional para el VIH y el SIDA. República Dominicana, Febrero tra2015.
7. COPRESIDA, SESPAS (2007). *“Plan Estratégico Nacional (PEN) para la Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA 2007-2015”*. Volumen I. Versión Preliminar. Consejo Presidencial del SIDA, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana, 2007.
8. DPD, MM, MSP, MINERD, CONANI, INFOTEP, CONAVIHSIDA, Profamilia, AJA, KOICA, OPS/OMS, Real Embajada de Noruega, UNICEF, UNFPA (2011). *“Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes 2011-2016 – Costos estimados y presupuesto anual para su implementación”*. Despacho de la Primera Dama, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Consejo Nacional Para la Niñez y la Adolescencia, Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional, Consejo Nacional para el VIH y el SIDA, Profamilia, Adelante Jóvenes Adelante (Centro de Promoción para el Desarrollo Integral de Adolescentes y Familia), Korea International Cooperation Agency, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Real Embajada de Noruega, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas. República Dominicana, 2011.
9. HMRA (2013). *“Plan Estratégico de Desarrollo y Producción 2013-2016 y Plan Operativo Anual (POA) 2014”*. Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar. República Dominicana, Noviembre 2013.
10. MAP. MEPyD (2013). *“Resolución No. 14-2013 que aprueba los Modelos de Estructura Organizativa de las Unidades de Planificación y Desarrollo (UIPyD)”*. Ministerio de Administración Pública. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. República Dominicana, Junio 2013.
11. MEPyD (2010). *“Insumos para la elaboración de la Estrategia Nacional De Desarrollo. Documento Temático Sobre Salud y Seguridad Social”*. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. República Dominicana, 2010.

12. MEPyD-VMP-DGDES (2011). *“¿Qué es la Planificación Estratégica y cómo se utiliza en el sector público?”* Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Viceministerio de Planificación. Dirección General de Desarrollo Económico y Social. República Dominicana, Octubre 2011.
13. MEPyD (2015). *“República Dominicana: Estimaciones oficiales de pobreza monetaria en marzo 2015 y determinantes agregados de los cambios recientes”*. PPT UAAES. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo – Unidad Asesora de Análisis Económico y Social. Santo Domingo, 29 de octubre 2015.
14. MEPyD (2015). *“Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016. Actualización 2015”*. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Santo Domingo, Enero 2015.
15. MINSA (2011). *“Plan estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2012-2016. Documento Preliminar”*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Perú, 2011.
16. MSP, DNN (2010). *“Manual de elaboración de normas y documentos técnicos”*. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normas. Santo Domingo: MSP, Diciembre 2010.
17. MSP - DGRR (2006). *“Plan Estratégico de la Dirección General de Recursos Humanos 2006-2011”*. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Recursos Humanos. República Dominicana, Noviembre 2006.
18. MSP, PRONAISA, UNFPA, UNICEF, OP/OMS, Embajada Real de Noruega (2010). *“Plan Estratégico Nacional para la Salud Integral de Adolescentes 2010-2015”*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los/las Adolescentes, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Real Embajada de Noruega. República Dominicana, Enero 2010.
19. MSP, VMSC, DIGECITSS (2010). *“Plan Estratégico 2011-2015”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, Dirección General de Control de las ITS/VIH/Sida. República Dominicana, Diciembre 2010.
20. MSP, VMSC (2011). *“Plan Estratégico Salud Colectiva 2011-2015”*. Documento borrador. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva. República Dominicana, Abril 2010.
21. MSP - OEGyD, UNFPA, OPS (2011). *“Plan Estratégico Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, 2012-2017”*. Ministerio de Salud Pública, - Oficina de Equidad de Género y Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. República Dominicana, Agosto 2011.
22. MSP, DTI (2011). *“Plan Estratégico Tecnología de la Información y Comunicación, Año 2012-2015”*. Ministerio de Salud Pública, Dirección Tecnología de la Información. República Dominicana, Julio 2011
23. MSP, SRSM (2011). *“Plan Estratégico Institucional 2012-2016”*. Ministerio de Salud Pública, Servicio Regional de Salud Metropolitano. República Dominicana, Noviembre 2011.
24. MSP, OPS, UNICEF (2011). *“Perfil de Salud Infantil ODM 4 República Dominicana”*. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. República Dominicana, Septiembre 2011.

25. MSP, VMSC, DN (2012). *“Plan Estratégico 2013-2016”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, Dirección Nutrición. República Dominicana, 2012.
26. MSP (2012). *“Plan Estratégico Plurianual 2012-2015”*. Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo, Enero 2012.
27. MSP, VMSC, DIGEMIA (2012). *“Plan Estratégico para la reducción de la mortalidad materna e infantil 2012-2016”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. República Dominicana, Noviembre 2012.
28. MSP, VMSC (2013). *“Memoria de gestión 2008-2012”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva. Santo Domingo, 2013.
29. MSP, VMGC (2013). *“Problemas de la Calidad en Salud – Revisión documental”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Garantía de la Calidad. Santo Domingo, Octubre 2013.
30. MSP, VMGC, DNBS (2013). *“Plan Estratégico Institucional (DNBS) 2013-2017”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Garantía de la Calidad, Dirección Nacional de Banco de Sangre. República Dominicana, Abril 2013.
31. MSP (2014). *“Plan de evaluación del proceso para el desarrollo de la capacidad rectora del MSP en el marco del proceso de separación de funciones”*. Ministerio de Salud Pública. GESAWORLD. Producto 13 Consultoría CON-SBCC-01-2013/PARSS2. República Dominicana, Mayo 2014.
32. MSP (2014). *“Inventario de documentos identificados para la construcción del acervo normativo sanitario de la República Dominicana”*. Ministerio de Salud Pública. D. Guzmán. Producto 2 Consultoría PARSS. República Dominicana, Marzo 2014.
33. MSP (2015). *“Lineamientos estratégicos institucionales. Planificación Operativa 2015”*. Ministerio de Salud Pública. República Dominicana, Enero 2015.
34. MSP (2015). *“Propuesta metodológica y operativa para la reedición y/o actualización del catálogo de documentos normativos sanitarios de la República Dominicana e implementación piloto”*. Ministerio de Salud Pública. D. Guzmán. Producto 3 y 4 Consultoría PARSS. República Dominicana, Febrero 2015.
35. MSP, VMSC, PNCT (2015). *“Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis Republica Dominicana 2015-2020”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. República Dominicana, Marzo 2015.
36. MSP, VMSC -DIGEPI (2015). *“Análisis de Situación de Salud Republica Dominicana 2014”*. Borrador 22-9-15. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, Dirección General de Epidemiología. República Dominicana, Octubre 2015.
37. MSP (2016). *“Definición conceptual y operativa del Plan de Servicios Preventivos de Carácter General armonizado con los compromisos nacionales e internacionales”*. Ministerio de Salud Pública. GESAWORLD. Producto 11-9 Consultoría CON-SBCC-01-2013/PARSS2. República Dominicana, Octubre 2015.

38. MSP, VMPyD – DPI (2015). *“Informe preliminar construcción Plan Estratégico Institucional (PEI) del Ministerio de Salud Pública 2016-2019”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Planificación y Desarrollo - Dirección de Planificación Institucional. República Dominicana, Diciembre 2015.
39. MSP (2016). *“Registro de Estadísticas vitales (certificado médico de defunción) integrando información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica 2008-2015”*. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Información y Estadísticas en Salud. República Dominicana, 2016.
40. MSP (2016). *“Memoria Institucional 2015”*. Ministerio de Salud Pública. República Dominicana, Enero 2016.
41. MSP (2016). *“Definición de los procesos para el ejercicio de rectoría, la gestión de los servicios de salud colectiva y la participación de los ciudadanos – Nivel desconcentrado”*. Ministerio de Salud Pública. GESAWORLD. Producto 11-8 Consultoría CON-SBCC-01-2013/PARSS2. República Dominicana, Febrero 2016.
42. MSP (2016). *“Monitoreo del desarrollo de la capacidad rectora del MSP”*. Ministerio de Salud Pública. Prueba piloto del uso de la herramienta – Cuadro de Mando (CdM). República Dominicana, Abril 2016.
43. MSP – DDESS (2016). *“La Rectoría en las Direcciones Provinciales de Salud”*. Ministerio de Salud Pública - Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud en Salud. Santo Domingo, julio 2016.
44. MSP, VMSC -DIGEPI (2016). *“Boletín epidemiológico semanal – semana epidemiológica No. 27”*. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Salud Colectiva, Dirección General de Epidemiología. República Dominicana, julio 2016.
45. MSPAS (2010). *“Plan estratégico Institucional del MSPAS”*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, mayo 2010.
46. OECD, WHO, EU (2011). *“A System of Health Accounts (SHA)”*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Organización Mundial de la Salud, Oficina Estadística de la Unión Europea. Paris, France, 2011.
47. ONE (2014). *“Boletín de estadísticas de muertes accidentales y violentas”*. Enero-junio, 2013. Oficina Nacional Estadística. Santo Domingo, Julio 2014.
48. ONE (2015). *“Compendio de estadísticas de muertes accidentales y violentas, 2006-2014”*. Oficina Nacional Estadística. Santo Domingo, Octubre 2015.
49. ONE. CTP. (2015). *“Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria”*. Año 1, No. 2 Boletín semestral. ISSN 2415-0312- Oficina Nacional Estadística. Comité Técnico Interinstitucional de Medición de Pobreza. Santo Domingo, 2015.
50. ONE. (2015). *“Anuario de estadísticas vitales 2014”*. Oficina Nacional Estadística. Santo Domingo, octubre 2015.
51. ONE - SINID (2016). *“Estimaciones y proyecciones de población. Proyecciones subnacionales de población 2000-2030”*. Volumen IV. Oficina Nacional Estadística. Sistema Nacional de Indicadores Integrados para el Desarrollo. República Dominicana, Abril 2016. <http://sinid.one.gob.do/> Revisado a julio 2016.

52. OMS. ONUACDH (2008). *“El derecho a la salud”*. Folleto informativo No. 31. Organización Mundial de la Salud, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra, Suiza, junio 2008.
53. OMS (2011). *“Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud”*. Documento de Trabajo. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre 2011.
54. OPS. SESPAS. CERSS (2006). *“Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional - Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en República Dominicana”*. Colección Rectoría en Acción. Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. Juan Dolio, San Pedro de Macoris, República Dominicana, 9, 10 y 11 de marzo de 2006.
55. OPS. SESPAS (2007). *“Balance y Perspectivas de las FESP en República Dominicana”*. Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Taller Lima, Perú. 29-31 de mayo de 2007.
56. OPS. USAID (2007). *“Función rectora de la autoridad sanitaria en acción: lecciones aprendidas en conducción y regulación”*. Edición Especial No. 17. Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Washington, D.C., septiembre 2007.
57. OPS. USAID (2007). *“La función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico”*. Edición Especial No. 17. Organización Panamericana de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Washington, 2007.
58. OPS (2009). *“Módulo II Ejes críticos del desempeño de los sistemas de salud. V Curso Internacional Desarrollo de Sistemas de Salud”*. Organización Panamericana de la Salud. Nicaragua, abril-mayo 2009.
59. OPS (2010). *“Guía para documentar iniciativas de promoción de la salud”*. Organización Panamericana de la Salud. Junio 2010.
60. OMS/OPS (2013). *“Protección social en salud”*. 52º Consejo Directivo – 65ª sesión del Comité Regional Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013.
61. PLD (2016). *“Programa de Gobierno 2016-2020”*. Partido Liberación Dominicana. República Dominicana, Mayo 2016.
62. PNUD (2016). *“Informe sobre Desarrollo Humano 2015”*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York, 2016.
63. PR, CNECC (2009). *“Plan Estratégico República Dominicana Transparente, de Ética y Prevención de la Corrupción 2009-2012”*. Presidencia de la República, Comisión Nacional de Ética y Combate a la Corrupción. República Dominicana, 2009.
64. PU – TCMD (2008). *“La Reforma del Sistema Público de Salud en la República Dominicana”*. Proyecto Institucionalidad y Desarrollo. Serie Documento de Trabajo. Versión borrador. Princeton University –

- The Center for Migration and Development. TCMD, Portes, A; iDesarrollo, Castellanos, PL. Nueva Jersey, julio 2008.
65. PUCMM-CUEPS (2009). *“El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades”*. Castellanos, PL et al. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra - Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales / Friedrich Ebert Stiftung. Santo Domingo, RD, 2009.
  66. RD (2001). *“Ley No. 42-01 General de Salud”*. Marzo 2001.
  67. RD (2006). *“Ley No. 12-06 sobre Salud Mental”*. Febrero 2006.
  68. RD (2007). *“Decreto No. 493-07 del Reglamento de Aplicación No. 1 para la Ley No. 498-06, de Planificación e Inversión Pública”*. Publicada en la Gaceta Oficial No. 10437, del 4 de septiembre de 2007.
  69. RD (2008). *“Ley No. 41-08 de Función Pública y crea la Secretaría de Estado de Administración Pública”*. Enero del 2008.
  70. RD (2010). *“Constitución de la República Dominicana”*. Publicada en la Gaceta Oficial No. 10561, del 26 de enero de 2010.
  71. RD (2012). *“Ley Orgánica de la Administración Pública No. 247-12”*. Publicada en la Gaceta Oficial No. 10691 del 14 de agosto de 2012.
  72. RD (2012). *“Ley No. 1-12 sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo”*. Publicada en la Gaceta Oficial No. 10656, del 26 de enero del 2012.
  73. SESPAS, CERSS (2006). *“Informe de situación de salud de República Dominicana 2003”*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. República Dominicana, Agosto 2006.
  74. SESPAS (2006). *“Plan Estratégico de la Dirección general de Recursos Humanos 2006-2011”*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana, Noviembre 2006.
  75. SESPAS (2006). *“Plan Decenal de Salud 2006-2015 – Un acuerdo nacional por la excelencia de la salud”*. Documento para consulta nacional. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Versión revisada 2008 Primera parte. Noviembre 2006.
  76. SESPAS (2006). *“Plan Decenal de Salud 2006-2015 – Propósito, objetivos, metas y ejes transversales para enfrentar el desafío del sector salud en la República Dominicana”*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Noviembre 2006.
  77. SESPAS, OPS/OMS (2008). *“Plan para la Década de Recursos Humanos en Salud 2006-2015”*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. República Dominicana, Julio 2008.
  78. SESPAS, OPS/OMS, INCAP (2009). *“Plan Estratégico 2009-2016 Control Integrado de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)?”*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. República Dominicana, Noviembre 2009.

79. SISALRIL (2015). *“Plan Estratégico Institucional”*. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. República Dominicana, Marzo 2015.
80. SPM (2011). *“Sistema de salud de República Dominicana”*. Salud Pública México. Rathe M, Moliné A. Revista 53 supl 2:S255-S264. México, 2011.