

PlanDES

Plan Decenal de Salud

2006-2015



Un Acuerdo Nacional por la Excelencia de la Salud

Segunda parte
PROPÓSITO, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y TRANSVERSALES,
METAS, RESULTADOS, INDICADORES,
LINEAMIENTOS DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS
Y ANEXO METODOLÓGICO

Actualizado 19 de febrero 2008 / Edición Preliminar



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)





PlanDES
Plan Decenal de Salud
2006-2015

**Un Acuerdo Nacional
por la Excelencia de la Salud**

Segunda parte
PROPÓSITO, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Y TRANSVERSALES, METAS,
RESULTADOS, INDICADORES,
LINEAMIENTOS DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS
Y ANEXO METODOLÓGICO

Actualizado 19 de febrero 2008
Edición Preliminar



Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

Dr. Bautista Antonio Rojas Gómez
Secretario de Estado

Dr. Nelson Rodríguez
Subsecretario de Estado de Salud Colectiva

Dr. José Rodríguez
Subsecretario de Estado de Atención Especializada

Dr. Guillermo Serra
Subsecretario de Estado Técnico

Dr. Héctor Otero
Subsecretario de Estado Administrativo y Financiero

Dr. Luis Tomas Oviedo
Subsecretario de Estado de Asistencia Social



Elaboración Versión Preliminar Plan Decenal de Salud 2004- 2014.

Dr. José Rodríguez Soldevila	Secretario de Estado
Dr. Eusebio Garrido	Sub-Secretario de Estado Atención Especializada
Dr. Manuel Tejada Beato	Sub-Secretario de Estado Atención Primaria
Lic. José Colón	Sub-Secretario de Estado Técnico.
Dra. Adalgiza Abreu	Sub-Secretaria de Estado Asistencia Social
Dr. Joaquín Rodríguez	Sub-Secretario de Estado
Dr. Plutarco Arias	Sub-Secretario de Estado

UNIDAD DE MODERNIZACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL (UMDI/SESPAS)

Dr. Daniel Guzmán	Secretario Técnico
Dra. Francini Placencia González	Responsable apoyo al proceso descentralización
Ing. Luz Días Estrella	Responsable apoyo al Sistema de Información
Lic. Nancy Josefina Ventura Valerio	Apoyo área económica
Lic. Francisca Margarita Lara	Asistente Técnico

COLABORACIÓN TÉCNICA ESPECIAL DE:

Dr. Gerardo Alfaro	OPS/OMS
Lic. Bernardo Matías	Coordinador Técnico de Políticas CERSS
Lic. Bienvenido Liviano	Consultor CONAR

Proceso de Revisión y Actualización del Plan Decenal de Salud 2006- 2015

Comisión de Revisión y Actualización

Dr. Bautista Rojas	Secretario de Estado de Salud Pública, Presidente
Dr. Gustavo Rojas	Director de la Comisión Ejecutiva Para la Reforma del Sector Salud (CERSS)
Dr. Guillermo Serra	Subsecretario de Estado de Salud Pública
Dra. Tirsis Quezada	Asistente Técnica Despacho/ SESPAS
Dr. Lucas Gómez	Director Unidad de Desarrollo de las DPS,
Dr. Roberto Peguero	Director Unidad de Modernización y Desarrollo (UMDI)
Lic. Bernardo Matías	Coordinador de Políticas (CERSS)
Lic. Rafael Toribio	Director Ejecutivo CEGES/INTEC
Dr. Pedro Castellanos	Director Ejecutivo IDESARROLLO
Lic. Lourdes Contreras	Directora Centro de Estudios del Género/INTEC
Dr. Héctor Otero	Subsecretario de Atención a las Personas
Dr. Nelson Rodríguez	Subsecretario de Salud Colectiva
Dra. Altagracia Guzmán	Directora del SENASA
Dra. Elena Fernández	Directora del PROMESE
Dr. Alberto Fiallo	Asesor Médico del Poder Ejecutivo
Dr. Guarocuya Félix	Director de ONAPLAN
Lic. John Gagain	Director COPDES
Dra. Maritza Martínez	PROISS-INTEC

Miembros Comisión Ampliada

Equipo Técnico Responsable de las Consultas:

Dra. Tirsis Quezada	SESPAS
Lic. Ana Selman	CEGES-INTEC
Lic. Rafael Toribio	CEGES-INTEC
Dr. Pedro Luis Castellanos	IDESARROLLO
Lic. Lourdes Contreras	Centro de Estudios del Género- INTEC
Dra. Maritza Martínez	PROISS- INTEC
Lic. Eusebio Etxarren	SESPAS

Instituciones Asociadas al proceso de consulta Municipal:

Federación Dominicana de Municipios, FEDOMU
Foro Ciudadano
Asociación para el Desarrollo de la Provincia Espaillat.
Fundación Solidaridad.
Comunidad Cosecha.

Personal del CEGES/INTEC de Apoyo a las Consultas

Sr. José López	Asistente Soporte y Logística
Lic. Lucrecia Martínez	Asistente Administrativa
Sra. Oadis Tavarez	Asistente/Secretaria Coordinador
Lic. Juana Hernández	Apoyo Coordinación Consultas Municipales
Sra. Indira Saldaña	Asistente Soporte y Logística
Lic. Teresita González	Asistente Bases de Datos de las Consultas

Presentación

El Plan Decenal de Salud constituye un instrumento fundamental para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, en el marco de los principios y orientaciones establecido en la Ley General de Salud (ley 42-01). Está llamado a articular la gestión nacional de la salud, y la diversidad de instituciones y organizaciones que lo integran, con una clara direccionalidad hacia el logro de los objetivos estratégicos del sector.

En el año 2004 la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS–, condujo el proceso de elaboración de la primera versión del Plan Decenal con la participación de 250 profesionales. Entre 2006 y 2008, la SESPAS actualizó esta primera versión mediante un amplio proceso de consultas técnicas (869 participantes) y municipales. Esta última modalidad, movilizó más de 1,000 personas de los 158 municipios de país en 32 consultas simultáneas en todo el territorio nacional.

El documento contempla los objetivos, estrategias y metas para alcanzar en el 2015, el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, sus subsistemas y diversos componentes para lograr la transformación de la situación de salud de la población, con enfoque de equidad y justicia social.

El PLANDES, sin embargo, no es un documento estático. Los objetivos y metas propuestos deben incorporar periódicamente los cambios en salud, las situaciones internas o externas de impacto en el sector, y los resultados del monitoreo y evaluación de su aplicación.

El PLANDES tampoco se reduce a ser un documento: uno de sus principales aportes es haber instituido la Conferencia Nacional por la Salud y Calidad de Vida, como órgano máximo de participación y corresponsabilidad de la ciudadanía en la formulación

de políticas y planes de salud, así como en el monitoreo, fiscalización social y evaluación de los mismos. Esta Conferencia Nacional que proponemos, está concebida como parte de las acciones transversales del PLANDES que garanticen la participación social, la veeduría y la rendición de cuentas. Deberá realizarse cada dos años, con participación de delegados electos en forma democrática en Conferencias de Salud Municipales y Provinciales, asegurando la representatividad de los distintos territorios, grupos sociales, género, y organizaciones de poblaciones minoritarias y con problemas específicos de salud.

Deseamos agradecer a todas y todos los que participaron en este amplio proceso de formulación y actualización. Agradecer al equipo de conducción del PLANDES en la SESPAS, a la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud CERSS, al CEGES-INTEC-IDESARROLLO, y de forma muy especial a la Federación Dominicana de Municipios –FEDOMU–, al Foro Ciudadano y todas sus organizaciones asociadas, a la Asociación para el Desarrollo de la Provincia Espaillat –ADEPE–, la Fundación Solidaridad y Comunidad Cosecha, por el esfuerzo realizado para garantizar la participación social a nivel municipal

Confiamos que el PLANDES, hoy actualizado, será un instrumento estratégico para la direccionalidad del sector, y la “Conferencia Nacional por la Salud y Calidad de Vida”, el espacio para rendir cuentas, revisar el proceso, exigir el cumplimiento de los acuerdos, y celebrar los éxitos del sector salud en la República Dominicana.

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

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.	5
1.1.	Introducción	6
1.2.	Antecedentes	7
II.	LOS PRINCIPALES DESAFÍOS EN EL SECTOR SALUD 2006-2015.	9
2.1.	Desafíos de impacto en la situación de salud	10
2.2.	Desafíos sobre el desarrollo del Sistema Nacional de Salud	10
III.	CARTA DE PRIORIDADES 2006-2015.	11
IV.	PROPÓSITO DEL PLAN DECENAL DE SALUD 2006-2015.	19
V.	LOS OBJETIVOS, RESULTADOS E INDICADORES.	21
5.1.	Objetivo general	22
5.2.	Los objetivos estratégicos específicos	24
5.3.	Objetivos estratégicos transversales	25
VI.	MATRIZ DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, RESULTADOS E INDICADORES.	27
VII.	MATRIZ DE OBJETIVOS TRANSVERSALES RESULTADOS E INDICADORES.	37

Contenido

VIII. PROYECTOS ESTRATÉGICOS DEL PLANES 2006-2015.	45
IX. SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y EL PLAN DECENAL DE SALUD 2006-2015.	47
9.1. El Seguro Familiar de Salud	49
9.2. La Salud Colectiva, la Rectoría y la infraestructura	50
9.3. Otros gastos de Atención a las Personas	51
9.4. Otros gastos públicos	51
9.5. La inversión pública total en salud	52
9.6. La distribución del Gasto Público en Salud por programas	53
X. LA CORRELACIÓN INTERNACIONAL EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	54
XI. ANEXO METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLANES.	57
1.4.1. Metodología de elaboración de la versión preliminar 2004	58
1.4.2. Metodología para la actualización, enriquecimiento y finalización del Plan Nacional Decenal de Salud 2006-2015	59



I Introducción y Antecedentes

1.1 Introducción.

El Plan Decenal de Salud (PLANDES) responde a un mandato de la Ley 42-01, en su artículo 8, como parte de las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, ejercidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

La formulación del PLANDES ha sido un proceso iniciado en el año 2003, con la formulación del Análisis de Situación de Salud y en 2004 con la formulación de la versión preliminar del Plan. En el 2006, esta versión preliminar fue sometida a consultas técnicas con el Consejo Nacional de Salud y con diferentes sectores de la sociedad a nivel nacional y por regiones, con base en la metodología formulada por la SESPAS y acogida por el Consejo Nacional de Salud el 6 de junio 2006, en un proceso de consultas técnicas y de consenso que culminó en febrero 2008. Es destacable que la formulación del PLANDES 2006-2015 ha correspondido a dos períodos de Gobierno nacional, y que su ejecución abarca más de 2 períodos, y que en su formulación han participado tanto diferentes instituciones del Estado, de nivel central y descentralizado, autoridades municipales y organizaciones de la sociedad civil.

El proceso de consultas y consenso se tradujo en una mayor vinculación entre los contenidos del PLANDES y el marco legal y reglamentario vigente, tanto en su contenido como en el proceso de formulación, en un enriquecimiento de los contenidos, al cubrir todas las funciones del Sistema Nacional de Salud, incorporar un enfoque de equidad y de género, y al definir objetivos referidos a procesos transversales necesarios para el desarrollo integral del SNS, tales como recursos humanos, sistemas de información, participación social y municipal, emergencias y desastres, salud ambiental, entre otros. Así mismo, el PLANDES adoptó un carácter y formato de plan estratégico y sienta las bases para que cada institución y organización del SNS formule a continuación sus planes específicos, de carácter más operativo.

El PLANDES, constituye un instrumento consensuado de conducción estratégica del sector salud. En el mismo se

plasman los principales y mayores compromisos y acuerdos del país sobre los grandes propósitos y objetivos estratégicos mínimos que entre todos y todas los dominicanos, en una estrecha alianza y compromiso mutuo del Estado y la Sociedad, nos proponemos alcanzar en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, hasta el año 2015, con el explícito propósito de transformar la situación de salud, elevar la calidad de vida, disminuir las inequidades sociales y contribuir al desarrollo humano y sostenible.

A partir de estos compromisos y lineamientos estratégicos, contenidos en el PLANDES, habrán de formularse y ejecutarse los planes y proyectos específicos por parte de las diferentes instituciones y componentes del Sistema Nacional de Salud, a fin de asegurar la direccionalidad común de los esfuerzos y la mayor efectividad e impacto de los mismos. Así mismo, se aspira a que el PLANDES sea un instrumento dinámico que pueda ser periódicamente revisado y actualizado, con base en el monitoreo de su ejecución y los cambios que ocurrieran en el país.

Esta edición del PLANDES consta de dos tomos. La primera parte contiene los antecedentes, fundamentos, bases conceptuales y una síntesis del análisis de situación de salud y del sistema de salud.

Esta segunda parte incluye los contenidos propositivos. A partir de la definición de los principales desafíos y de la carta de prioridades, establece el propósito y los objetivos estratégicos y transversales, los resultados y los indicadores correspondientes, así como los lineamientos de los principales planes estratégicos específicos que orientan la formulación posterior de los planes específicos institucionales y una revisión sobre el financiamiento del Sistema Nacional de Salud en el contexto del PLANDES. Se incluye también un anexo metodológico en el cual se detallan los procesos cumplidos en las diferentes etapas de formulación del PLANDES, así como las personas, instituciones y organizaciones que participaron.

1.2 Antecedentes.

El 28 de marzo del 2001 fue promulgada la Ley General de Salud (N° 42-01)¹ y el 9 de mayo del mismo año fue promulgada la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01). En agosto 2002, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social dictó la Disposición Administrativa 00012-2002, con la cual se dio inicio a los esfuerzos para producir un Análisis de Situación de Salud, con miras a elaborar el Plan Decenal de Salud. En septiembre del 2003, mediante la Resolución 0007 se estableció el proceso para la elaboración del Plan Decenal de Salud. En agosto del 2004, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) produjo una versión preliminar de dicho Plan², expresión de un intenso trabajo de grupos técnicos en los que participaron 250 personas de 70 instituciones y organizaciones. En ese mismo mes tomó posesión un nuevo Presidente de la República y se producen cambios en los equipos conductores de las principales instituciones de salud. La versión preliminar fue presentada ante el Diálogo Nacional, pero no llegó a ser sometida a consulta ante el Consejo Nacional de Salud ni ante la sociedad civil, como lo establece el marco legal y reglamentario vigente. La elaboración de esta versión preliminar fue apoyada por la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y por el proyecto CONECTA financiado por Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID).

Con posterioridad a la elaboración de la versión preliminar 2004, el país ha fortalecido y definido sus compromisos con los Objetivos y Metas del Milenio, estableciendo las estrategias, intervenciones prioritarias y costos de las mismas³. Así mismo, se han establecido diversas reglamentaciones del

marco legal vigente en salud⁴, y definido una Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud⁵, cuyos contenidos contribuyen a favorecer y hacer más aplicables las disposiciones legales y a lograr una mayor coordinación entre el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y el del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Por otra parte, en los años 2003 y 2004 ocurrió una importante crisis económica que afectó considerablemente el desempeño institucional y la calidad de vida de grandes contingentes poblacionales en los años sucesivos. También, se ha firmado tratados de libre comercio con Centro América, los Estados Unidos y la Unión Europea que tienen incidencia en el campo de la gestión de salud, sobre todo en los insumos estratégicos básicos. Al mismo tiempo, se ha definido y aplicado políticas y estrategias como la Movilización Tolerancia Cero para tratar de concentrar esfuerzos de prevención y control sobre problemas prioritarios, se ha avanzado en la definición del Modelo de Atención de la salud y en la organización de la redes de servicios, y se ha desarrollado progresivamente el Seguro Familiar de Salud en sus regímenes subsidiado y contributivo hasta incluir alrededor de 2.8 millones de personas en la actualidad.

Todos estos hechos, sumados a la necesidad de abrir consultas con el Consejo Nacional de Salud y con diversos sectores de la sociedad, en cumplimiento del marco legal y reglamentario vigente, condujeron a la revisión, actualización y enriquecimiento de la versión preliminar del PLANDES antes de su promulgación definitiva.

El 13 de abril del 2005 fue dictada la Disposición Administrativa 00013, con base en la cual se establecieron las orientaciones para completar la elaboración del PLANDES.

En enero 2006, las autoridades declararon de alta prioridad concluir el proceso, decidieron asumir la versión preliminar 2004 como su principal insumo y mediante la

1 CERSS: Ley General de Salud (42-01). Primera Edición. Santo Domingo. Abril 2001.

2 SESPAS (UMDI). Plan Nacional Decenal de Salud 2004-2014. Santo Domingo 2004.

3 ONAPLAN, COPDES y Naciones Unidas. "Invirtiendo en el Desarrollo Sostenible de la República Dominicana". Informe sobre los Objetivos y metas del Milenio 2005. Santo Domingo 2005.

4 SESPAS, CERSS. Reglamentos de la Ley General de Salud (42-01). Volúmenes 1 y 2. Santo Domingo 2004.

5 SESPAS, CERSS. Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud 2004. Santo Domingo 2005.

Disposición Administrativa N° 0002-2006 se estableció una Comisión de Actualización, Consulta y Finalización del Plan Decenal, de carácter interinstitucional, con la finalidad de completar el proceso, asegurar la más amplia participación de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y sectores sociales, y fortalecer el carácter estratégico, más que normativo, del Plan.

La SESPAS estableció un Acuerdo con el Centro de Gobernabilidad y Gerencia Social de la Universidad INTEC (CEGES/INTEC) para formar parte de la mencionada Comisión, a fin de coordinar técnicamente estos procesos y aprovechar su amplia experiencia previa en procesos de consulta nacional, en la elaboración del Plan Decenal de Educación y otros procesos similares. Por su parte, CEGES/INTEC estableció acuerdos con el Centro de Estudios del Género y el Programa INTEC de Seguridad Social (PROISS), ambos de la Universidad INTEC, así como con el Instituto Dominicano para el Desarrollo Social (IDESARROLLO), para fortalecer los aspectos técnicos y logísticos del proceso.

Instalada el 19 de mayo del 2006, la Comisión comenzó por realizar una exhaustiva revisión de la versión preliminar, en un taller celebrado el 14 de junio 2006, posteriormente elaboró una metodología de trabajo, la cual fue presentada en consulta al Consejo Nacional de Salud el 6 de junio. Posteriormente, el 27 de junio, se elaboró un documento de Lineamientos Estratégicos para el Plan Decenal de Salud, como marco para el proceso de actualización y enriquecimiento de la versión preliminar, y un calendario de consultas de informantes clave, correspondientes a la primera etapa del proceso. Ambos fueron presentados en consulta al Consejo Nacional de Salud el 8 de agosto.

A partir de la versión preliminar 2004 y los aportes obtenidos en 13 talleres de consulta técnica en las diferentes regiones del país, en los que participaron 716 informantes clave, en las diferentes regiones del país y a nivel nacional, que incluyeron funcionarios y técnicos de la SESPAS de nivel central, y de las Direcciones Regionales y provinciales de Salud, así como representantes de organizaciones de la sociedad civil, de la cooperación internacional y de partidos políticos⁶. Con el producto de estas consultas técnicas

se elaboró la versión borrador que a partir de noviembre 2006 ha estado disponible para consultas ampliadas por vía electrónica en las páginas de la SESPAS y de la CERSS y que en 2007 y hasta febrero 2008 ha sido sometida a consulta y consenso con los diferentes sectores de la sociedad.

Esta última etapa de consultas, incluyó una sesión con un Grupo Consultivo integrado por personalidades, pasados Secretarios de Salud y representantes calificados de sectores políticos, una sesión de consulta temática especializada, con una mesa dedicada específicamente a cada objetivo del PLANDES, y una consulta de nivel municipal con representantes de las municipalidades y organizaciones sociales de todo el país. En esta última fase de consultas y consensos a nivel municipal, la participación activa y protagónica de la Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU) y de Foro Ciudadano, Fundación Solidaridad, Comunidad Cosecha y numerosas organizaciones de la sociedad civil, aseguraron la mayor representatividad posible de organizaciones y personas interesadas, a nivel municipal, en las 156 mesas que sesionaron simultáneamente el 9 de febrero 2008 y en las cuales participaron más de 1,200 personas.

Todo este proceso de revisión, actualización y consenso del PLANDES ha contado con el apoyo técnico y financiero de la Comisión para la Reforma del Sector Salud (CERSS), en el marco de proyectos apoyados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial.

6 Informe CEGES/INTEC. Santo Domingo octubre 2006.



II Los Principales Desafíos en el Sector Salud 2006-2015

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

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

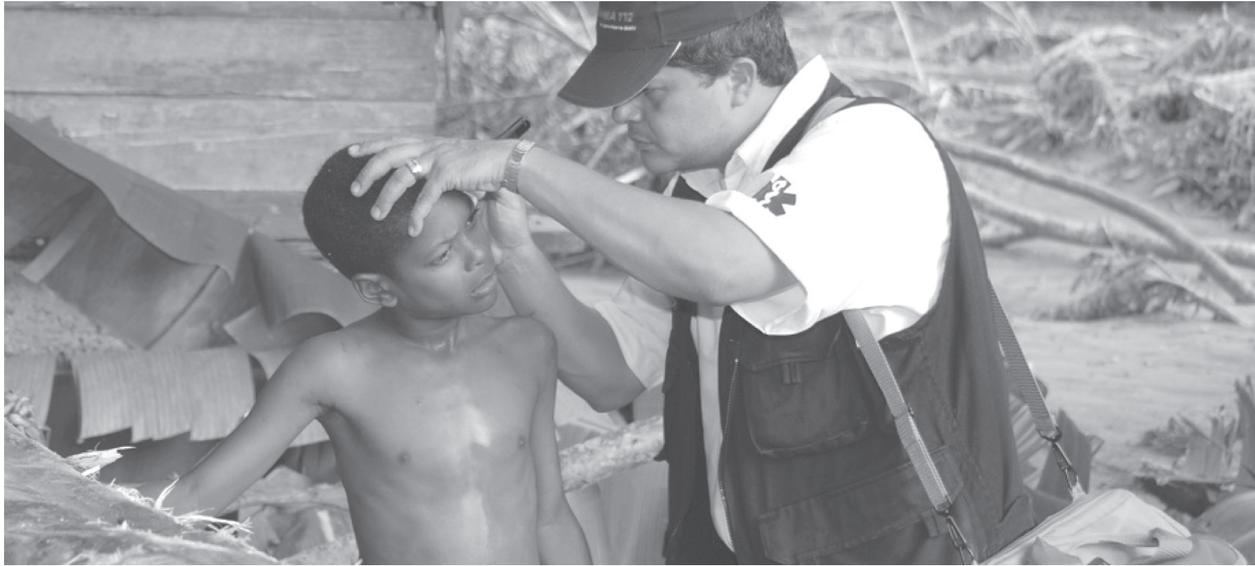
2.1. Desafíos de impacto en la situación de salud.

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

2.2. Desafíos sobre el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

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

1. **Reorganizar el Sector Salud como un Sistema Nacional de Salud** y su adecuada articulación con el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus diferentes regímenes de financiamiento, bajo la Rectoría Pública de la SESPAS.
2. Lograr la **efectiva separación de funciones** (Rectoría, Aseguramiento, Provisión y Financiamiento) y desarrollo de los subsistemas que componen el Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo al mismo tiempo la integralidad del sistema.
3. Desarrollar un **modelo de atención de carácter integral**, basado en el derecho a la salud y en la **producción social de la salud**, con enfoque de equidad social y de género.
4. **Aumentar la efectividad e impacto** del Sistema Nacional de Salud y reducir las desigualdades e inequidades sociales y de género, sobre acceso, calidad e impacto sobre la situación de salud: territoriales, sociales y de género, mediante el desarrollo de un Modelo de Atención integral, organizado por subsistemas, redes y niveles de atención.
5. Asegurar **financiamiento adecuado y sostenible** para todos los subsistemas. **Gasto público en salud hasta 5%** del PIB. Protección del gasto público en salud, ante situaciones coyunturales.
6. Lograr cobertura universal, de toda la población, con el Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social, y asegurar la protección social de los más vulnerables, incluidos los envejecientes, personas con discapacidad y los que son socialmente más vulnerables.
7. Modernizar los procesos administrativos y de gestión en la SESPAS y otras instituciones del sector salud, para hacerlos más eficientes y asegurar la mayor **transparencia** en la gestión financiera fortaleciendo la confianza ciudadana.
8. Asegurar el mejor desarrollo de los **Recursos Humanos de salud**, fortaleciendo su compromiso con los objetivos estratégicos y resultados del Sistema Nacional de Salud, y fortaleciendo un clima de armonía y satisfacción laboral.
8. Fortalecer la **participación ciudadana y la intersectorialidad**, articulándose con los procesos de desarrollo humano y sostenible del país.
9. Asegurar un **enfoque de equidad social y de género** en todos los servicios e intervenciones.
10. Reducir los riesgos ambientales para la salud.
11. Asegurar adecuada respuesta del Sistema Nacional de Salud ante emergencias y desastres.



III Carta de Prioridades 2006-2015

La carta de prioridades constituye la agenda de cambios prioritarios que se deberán producir en el marco del PLANDES. El conjunto de ellas y los indicadores que definen las metas en cada prioridad, conforman una visión del país y del Sistema Nacional de Salud para el año 2015.

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

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

3.1. **PRIORIDAD UNO.** Articular el sector salud con los procesos de desarrollo humano y sostenible del país, y contribuir a la elevación de la Expectativa de Vida al Nacer (EV.0), y la reducción de las brechas e inequidades sociales y de género, en coordinación intersectorial con otros sectores del Estado y la sociedad.⁷

Indicadores de monitoreo y evaluación:

Para el año 2015:

- | | |
|--|--|
| <p>a) La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 78.5 años.</p> | <p>menos de 0.850, reflejando la elevación de la tasa de participación femenina.</p> |
| <p>b) El Índice de Desarrollo Humano (IDH) nacional será por lo menos de 0.860 y la Brecha entre Regiones no será mayor de 50%.</p> | <p>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.</p> |
| <p>c) El Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG), a nivel nacional, será por lo</p> | |

⁷ El índice de desarrollo humano relativo al género (IDG) mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres, a partir de indicadores de vida larga y saludable, educación escolarizada, y nivel de vida digno, según ingresos percibidos por sexo. El índice de potenciación de género (IPG) mide el nivel de oportunidades a que acceden las mujeres a partir de indicadores como participación política (% de mujeres en el Congreso y en puestos de decisiones) participación económica, a partir de % de puestos ocupados por hombres y por mujeres en puestos decisivos, incluidos profesionales y técnicos, e indicadores de control sobre recursos económicos, medidos por ingresos percibidos por hombres y por mujeres.

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

Indicadores de monitoreo y evaluación:

Para el año 2015:

- a) La Mortalidad Materna nacional se habrá reducido en dos terceras partes con relación a 1990, y será menor de 44.5 por 100,000 nacidos vivos.
- b) La mortalidad infantil se habrá reducido en dos terceras partes con respecto a 1990 y será menor de 16 por mil nacidos vivos.
- c) La mortalidad en menores de cinco años se habrá reducido en dos terceras partes con respecto a 1990 y será menor de 19.7 por mil nacidos vivos.
- d) La probabilidad de sobrevivencia a los 5 años será por lo menos de 98.5% y la brecha de la probabilidad de sobrevivencia a los cinco años entre los grupos de mayor y de menor ingreso se habrá reducido a la mitad, con respecto al año 2003 y será menor de 1.8 puntos 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 y social 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%.

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

FUENTE: INFORME GRUPO TÉCNICO METAS DEL MILENIO. COPDES 2005.

- j) El 95 % de las embarazadas VIH+ detectadas, han cumplido el protocolo nacional de prevención de la transmisión vertical.
- k) Al menos el 90% de las Personas Viviendo con VIH/SIDA, reciben atención integral, de acuerdo a los protocolos nacionales.
- l) Se reduce al menos en 50% los casos de transmisión sexual de VIH en población femenina, con respecto al 2000.
- m) El bajo peso al nacer y la desnutrición en menores de 5 años habrá disminuido en un 50% con respecto a la prevalencia en el año 2002.
- n) La tasa de mortalidad por Cáncer se reduce en un 30 % para el 2015, con respecto al año 2000. (Al menos el 70 por ciento de los casos estimados de neoplasias de mama y de útero, y prostático habrán sido diagnosticados oportunamente y sometidos a los procedimientos correspondientes).

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

Indicadores de monitoreo y evaluación:

- a) Se ha estructurado la Red 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 un modelo de atención integral, con enfoque de equidad social y de género, organizadas por niveles de atención y aplican protocolos de atención según el nivel, aprobados por la SESPAS.
 - a.2. Se habrá desarrollado una Red de Servicios de Atención a Emergencias y Desastres. Dicha red ha incorporado las necesidades diferenciadas por género.
 - a.3. El nivel central de la SESPAS se habrá reestructurado y asegura la adecuada supervisión y apoyo técnico y normativo de los Servicios Regionales y Redes.
 - a.4. El IDSS se habrá reestructurado de acuerdo al marco legal vigente y se habrá articulado las Redes de Servicios Públicos, conjuntamente con la SESPAS.

- b) Se habrá reestructurado la salud colectiva en Redes programáticas, con enfoque de equidad social y de género, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - b.1. Con base en tres ejes transversales: Epidemiología, Promoción de Salud y Salud Ambiental.
 - b.2. Los Programas se han reestructurado en Grupos Nacionales, interinstitucionales, interdisciplinarios e interprogramáticos, como estructuras centrales de planificación, coordinación, supervisión y control normativo de las intervenciones de prevención y control de los problemas y riesgos prioritarios de salud.
 - b.3. Las Redes programáticas han sido desconcentradas hacia las Direcciones Provinciales de Salud, en sus funciones de ejecución y operan con base en las Normas Nacionales.
 - b.4. Se habrá estructurado y estará en funcionamiento el Instituto Nacional de Epidemiología y el Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica, con las funciones establecidas en la Ley 42-01.
 - b.5. Se habrán desarrollado el Sistema Nacional de Promoción de la Salud y Participación Social, y el Sistema Nacional de Salud Ambiental.

- c) Se ha desarrollado un sistema que asegura el acceso a los medicamentos básicos de calidad a la población, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.
 - c.1. La SESPAS, el IDSS y PROMESE CAL establecen convenios que regulan y promueven mecanismos de adquisición y distribución de medicamentos eficientes y aseguran la calidad.
 - c.2. PROMESE-CAL se convierte en el principal mecanismo de provisión de medicamentos y productos farmacéuticos para el Sistema Nacional de Salud.
 - c.3. El Sistema Nacional de Salud adquiere a través de la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales, los

medicamentos e insumos que, por su relevancia para la salud pública, han sido definidos mediante acuerdos y convenios internacionales, a fin de asegurar su calidad y costos razonables.

- c.4. La SESPAS desarrolla un sistema de aseguramiento de calidad y regulación sanitaria de los medicamentos, y de

vigilancia farmacológica y de sus efectos secundarios en la población.

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

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

Indicadores de monitoreo y evaluación:

- a) A nivel nacional y en las Direcciones Provinciales de Salud se habrá fortalecido las capacidades de Rectoría de la SESPAS; en las siguientes dimensiones:
- a.1. Capacidades de Análisis de Situación del Sector Salud y de Análisis Sectorial de Salud, con enfoque estratégico y de equidad social y de género.
 - a.2. Planificación y conducción estratégica del sector salud.
 - a.3. Habilitación, supervisión, y evaluación de servicios y establecimientos del Sector Salud.
 - a.4. Regulación, control y apoyo técnico normativo a la provisión de servicios de salud, medicamentos y otros insumos, así como de los procesos ambientales más relacionados con la salud.
 - a.5. Sistemas de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud.
- b) Se ha desarrollado y está en pleno funcionamiento el Sistema de información Gerencial y de Vigilancia Epidemiológica, evaluado en las siguientes dimensiones:
- b.1. Carácter modular interconectado y tecnológicamente actualizado.
 - b.2. Monitoreo permanente, con cortes evaluativos anuales, de las desigualdades e inequidades sociales y de género en la situación de salud y en la accesibilidad a los servicios, así como del impacto diferencial de los costos de las atenciones y del gasto familiar en salud.
 - b.3. Monitoreo permanente de las enfermedades y problemas de notificación obligatoria, riesgos y signos de alerta temprana.

- c)** Desarrollado y en aplicación en toda la SESPAS, Redes y Servicios Regionales de Salud, un modelo de gestión financiera, evaluado en las siguientes dimensiones:
- c.1. Articulado con el SIGEF nacional.
 - c.2. Asegura la transparencia ante la sociedad.
 - c.3. Contabilidad de costos de cada intervención, establecimiento, servicios y programa.
 - c.4. Factura en tiempo adecuado a SENASA, las ARS, al Seguro de Riesgos Laborales y al Seguro de Accidentes de Tránsito (FONAMAT).
 - c.5. Procesos de planificación y de presupuestación ligados a resultados de impacto y que permiten monitorear la vinculación del gasto con los resultados.
- d)** En el nivel central se habrá organizado y estarán en pleno funcionamiento, Comités Técnicos Nacionales correspondientes a cada una de las funciones esenciales del Sistema Nacional de Salud:
- d.1. Provisión de servicios de atención a las personas.
 - d.2. Salud Colectiva (promoción, prevención y control de problemas prioritarios de salud).
 - d.3. Aseguramiento y articulación del SNS con el SDSS.
 - d.4. Financiamiento y desarrollo del sistema financiero del Sistema Nacional de Salud.
 - d.5. Rectoría del Sistema Nacional de Salud. Estos Comités Técnicos Nacionales, de carácter interinstitucional, intersectorial, e interdisciplinarios, ejercen funciones de asesoría y de apoyo a los órganos centrales y desconcentrados de la SESPAS en la conducción y coordinación del Sistema Nacional de Salud en sus diferentes subsistemas.
- e)** Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud, evaluado en las siguientes dimensiones:
- e.1. Bajo la Rectoría de la SESPAS.
 - e.2. En estrecha coordinación y articulación con las Secretarías de Educación Superior, las instituciones formadoras, la Oficina Nacional de Administración de Personal y otras dependencias oficiales relacionadas con la planificación, formación, capacitación y gestión de recursos humanos.
 - e.3. El Sistema Nacional de Salud aplica a todos sus niveles y componentes el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
 - e.4. Se ha desarrollado la carrera sanitaria y la carrera administrativa en el sector salud, con base en la Ley de Servicios Público y Carrera Administrativa.
- f)** Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Investigaciones en Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS, en estrecha coordinación y articulación con la Secretaría de Educación Superior, las instituciones de educación superior y otras instituciones y dependencias nacionales de promoción, producción, regulación y desarrollo de la investigación.
- g)** Se ha ejecutado un plan de formación en género para el personal en servicio en todas las instancias del SNS, con especificaciones según responsabilidades y funciones.
- h)** En coordinación con la SEESCyT y las instituciones formadoras, y los Colegios y Gremios de la Salud, se ha aplicado un plan de reforma curricular para el pensum de las carreras de ciencias de la salud, y se ha desarrollado un sistema de certificación y recertificación, de acuerdo a los principios, prioridades, estrategias y orientaciones del Plan Nacional de Salud.

3.5. **PRIORIDAD QUINTA.** Fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud y fortalecimiento del papel de las municipalidades en el primer nivel de atención y en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Indicadores de monitoreo y evaluación:

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

3.6. **PRIORIDAD SEXTA.** Transversalizar el enfoque de equidad de género en todo el sistema nacional de salud

Indicadores de monitoreo y evaluación:

- 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 COP-DES con relación a las Metas del Milenio.
- c) En cada Dirección Regional de Salud y Dirección provincial de Salud, y en cada nivel y dependencia del Sistema Nacional de Salud existe un punto focal para la transversalización de género en el Sistema Nacional de Salud.
- d) El sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica recopila, procesa y divulga las informaciones sobre salud y servicios, de forma que permiten monitorear y evaluar las tendencias de las desigualdades e inequidades de género, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Nacional de Transversalización de Género en Salud.
- e) Han sido definidas las necesidades de investigación sobre el impacto sobre las brechas de género.
- f) Se han definido las necesidades de formación y capacitación sobre género y se han desarrollado planes y acciones para superarlas.

3.7. **PRIORIDAD SÉPTIMA.** Controlar los factores ambientales que constituyen riesgo para la salud de la población.

Indicadores de monitoreo y evaluación:

- a) Se ha reducido a la mitad, con respecto al año 2000, el porcentaje de personas que carecen de acceso permanente a agua potable y saneamiento básico.
- b) Se ha reducido al menos en un 30%, con respecto al año 2000, la tasa de incidencia de enfermedades diarreicas agudas en la población menor de 5 años.
- c) Se ha reducido, con respecto al año 2000, la tasa de incidencia de malaria y de dengue.
- d) Se ha mejorado la calidad sanitaria ambiental integral de las viviendas beneficiando al menos a un millón de personas, con respecto al año 2000.

IV Propósito del Plan Decenal de Salud 2006-2015

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

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

de carácter intersectorial para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones como determinante de la situación de salud.

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

Para monitorear el cumplimiento del propósito se ha definido los siguientes indicadores, para cada uno de los cuales se ha establecido la meta correspondiente:

INDICADORES DE PROPÓSITO	AÑO BASE	META 2015
1.- Redes de Servicios y Servicios Regionales de Salud.	0 (2005)	100%
2.- Población incorporada al SDSS	5% (2006)	100%
3.- Esperanza de Vida al Nacer.	70.1 (2000-2005)	78.5
4.- Índice de Desarrollo Humano	0.749 (2003)	0.860
5.- Brechas Máximas Regionales en IDH	95.1% (2003)	< 50%
6.- IDG	0.728 (2002)	0.850
7.- Probabilidad de sobrevivencia a los 5 años.	96.5% (2002)	98.5%
8.- Brecha entre grupos de ingresos.	3.7% (2002)	1.8%
9.- Gasto público en salud.	1% PIB (2005)	5% PIB
Salud Colectiva.	11% al 15% (2005)	>20%
Rectoría.	¿?	>1%

FUENTES: SESPAS. ASIS 2003, CEPAL. BOL. DEMOG. N° 69-2002, INF. DESARROLLO HUMANO REP. DOMINICANA 2005. INFORME DESARROLLO HUMANO MUNDIAL 2005.



V Los Objetivos, Resultados e Indicadores

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

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

nal de Seguridad Social. Este conjunto de Metas constituye una visión compartida sobre el Sistema Nacional de Salud y sobre la Situación de Salud para el año 2015. Para monitorear los avances en la búsqueda del objetivo general, se han identificado los siguientes indicadores y metas:

INDICADORES MÍNIMOS DE PROBLEMAS DE SALUD	AÑO BASE	META 2015
1.- Expectativa de Vida al Nacer Brechas Regionales y Provinciales	70.1 años (2002) ¿?	78.5 años < 3%
2.- Tasa de Mortalidad Materna	178 (1992-2002)	44.5
3.- Tasa de Mortalidad Infantil	31 (1997-2002)	<16
4.- Tasa Mortalidad <5 años	37.7 (1997-2002)	<19.7
5.- Probabilidad supervivencia 5 años Brechas por grupos de ingreso	96.5 % (2002) 3.7 puntos (2002)	>98.5 % <1.8 puntos
6.- Cobertura inmunizaciones en población objetivo	80 a 95% (2005)	100 % en todos municipios.
7.- Tuberculosis. Incidencia Detección Curación	>85 (2003) < 70% (2005) < 85% (2005)	<70/100,000 > 70% > 85%
8.- Malaria. Incidencia por municipios Casos y brotes en zonas priorizadas	> 10/100,000 algunos municipios (2005) Presentes (2005)	< 10/100,000 todos municipios Ausentes
9.- Rabia. Casos humanos	0 (2005)	0
10.- Dengue. Incidencia Letalidad	42.4/100,000 >2 %	22/100,000 < 2%
11.- VIH/SIDA. Embarazadas con pruebas VIH Emb. VIH+ protocolo completo PVVS con atención integral Prevalencia nacional VIH+.	< 50% > 70% < 20% (2004) 1% (2002)	100 % 95% > 90% <1% (15 a 49 años)
12.- Nutrición. Bajo peso al nacer Desnutrición aguda (peso/talla <2 a) Desnutrición crónica (talla/edad 5a) Anemia y carencia Vit. A < 5ª a Carencia Iodo	21% (2002) > 2% (2002) 9% (2002) 10-40% 8 – 16 %	< 10% < 1 % < 5% < 10% < 5%

FUENTES: SESPAS. ASIS 2003, CEPAL. BOL. DEMOG. N° 69-2002,
INF. DESARROLLO HUMANO REP. DOMINICANA 2005. INFORME DESARROLLO HUMANO MUNDIAL 2005.

**AGENDA ESTRATÉGICA
PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD 2004-2008**

Líneas estratégicas:

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

Ejes transversales:

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

SESPAS/CERSS. 2004.

OBJETIVOS Y METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OBJETIVOS	METAS
1. ERRADICAR EL HAMBRE Y LA POBREZA EXTREMA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir A la mitad el porcentaje de personas con ingresos menores de 1 US\$ diario (PPP) entre 1990 y 2015. 2. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufre de hambre, entre 1990 y 2015.
2. ALCANZAR COBERTURA UNIVERSAL DE LA ESCOLARIDAD PRIMARIA.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Asegurar que para el 2015 los niños y niñas en el mundo pueden completar el ciclo completo de educación primaria.
3. PROMOVER LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Eliminar las inequidades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y a todos los niveles educativos antes del terminar el 2015.
4. REDUCIR LA MORTALIDAD DE LA INFANCIA.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Reducir la tasa de mortalidad de menores de cinco años en dos tercios entre 1990 y 2015.
5. MEJORAR LA SALUD MATERNA.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Reducir la mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015,
6. COMBATIR EL VIH/SIDA, MALARIA Y OTRAS ENFERMEDADES.	<ol style="list-style-type: none"> 7. Haber detenido y comenzado a reducir la transmisión de VIH/SIDA para el 2015. 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de malaria y otras enfermedades severas para el 2015.
7. ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas nacionales y revertir la pérdida de recursos ambientales. 10. Reducir el porcentaje de persona sin acceso al agua de consumo, a la mitad para el 2015. 11. Haber mejorado considerablemente las condiciones de vida de por lo menos 100 millones de habitantes de viviendas miserables para el año 2020.
8. CONSTRUCCIÓN DE ALIANZAS INTERNACIONALES Y COMPROMISOS DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS.	

5.2. Los objetivos estratégicos específicos:

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

5.2.1.- (Función de Rectoría).

Objetivo: Desarrollar la Rectoría Pública y la capacidad de conducción estratégica en el Sistema Nacional de Salud, para la producción social de la salud. Reestructurar, modernizar y fortalecer institucionalmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

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

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

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

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

5.2.4.- (Función de aseguramiento).

Objetivo: Desarrollar el Seguro Familiar de Salud. Lograr que para el año 2011 toda la población dominicana esté incorporada al Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social y esté protegida por el FONAMAT.

5.2.5.- (Función de financiamiento).

Objetivo: Asegurar la disponibilidad y buena gestión de los recursos en salud. Disponer del 5.44 % del PIB como gasto pública en el Sistema Nacional de Salud, y asegurar que la gestión administrativa y financiera se hace en forma eficiente y transparente, orientada a lograr los resultados del Plan Decenal de Salud.

5.3. Los objetivos estratégicos transversales:

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

5.3.1.- (Desarrollo de los Recursos Humanos).

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

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

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

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

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

5.3.4.- (Transversalización de la equidad de género).

Objetivo: Enfoque integral de salud de la mujer. Cultura institucional. Capacitación. Normativas nacionales. Monitoreo de resultados. Información Estudios e investigaciones.

5.3.5.- (Desarrollo de capacidades en emergencias y desastres).

Objetivo: Fortalecer las capacidades del Sistema Nacional de Salud para atender emergencias y situaciones de desastre.

5.3.6.- (Desarrollo de la investigación).

Objetivo: Fortalecer la investigación aplicada al desarrollo del Sistema Nacional de Salud y articulada a la ejecución del PLANDES y al logro de sus objetivos.

VI Matriz de Objetivos Estratégicos, Resultados e Indicadores

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
1. (Función de Rectoría) Desarrollar la Rectoría Pública en el Sistema Nacional de Salud para la producción social de la salud.	1.1. El Sistema Nacional de Salud se ha desarrollado en todos sus subsistemas, de acuerdo a la Ley 42-01 y en el PLANDES 06-15, bajo la Rectoría de la SESPAS, en consonancia con las políticas y planes nacionales de desarrollo humano y sostenible, en articulación con el Sistema Dominicano de Seguridad Social.	1.1.1. La SESPAS ejerce en forma satisfactoria y efectiva las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la Ley General de Salud y en armonía con el Sistema Dominicano de Seguridad Social y se alcanzan los Objetivos Estratégicos, Resultados y Metas, del PLANDES 06-15. 1.1.2. Los subsistemas de Atención a las Personas, y de Salud Colectiva se han desarrollado a plenitud, en forma articulada, de acuerdo al marco legal y reglamentario vigente y bajo la Rectoría de la SESPAS.. 1.1.3. Las funciones de aseguramiento y financiamiento del Sistema Nacional de Salud se han desarrollado satisfactoriamente y se ha alcanzado los resultados, de acuerdo a los indicadores del PLANDES 06-15, bajo la Rectoría pública. 1.1.4. Se ha alcanzado satisfactoriamente los Objetivos transversales del PLANDES 06-15, de acuerdo a sus resultados e indicadores. 1.1.5. El Sistema Nacional de Salud ha contribuido a alcanzar los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio y los resultados de las políticas nacionales de desarrollo humano y sostenible, mediante la elevación de la Expectativa de Vida, la superación de la deuda social acumulada en salud y superado la exclusión y las inequidades sociales y de género en salud. 1.1.6. El Sistema Nacional de Salud se articula con los planes nacionales de desarrollo y con los procesos de reforma y modernización de los otros sectores del Estado dominicano.
	1.2. La SESPAS ejerce con efectividad la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud asegurando la direccionalidad de su desarrollo hacia el logro de la mayor efectividad e impacto sobre los problemas prioritarios de salud, y con enfoque de equidad social y de género, en el marco del PLANDES 06-15 y con enfoque de equidad social y de género.	1.2.1. La SESPAS ejerce satisfactoriamente las responsabilidades y atribuciones de autoridad sanitaria nacional, definidas por el marco jurídico vigente, en todo el Sistema Nacional de Salud. 1.2.2. Se ha elaborado y ejecutado satisfactoriamente el plan de modernización y desarrollo institucional de la SESPAS, a nivel central y de las Direcciones Provinciales de Salud, como órganos desconcentrados, así como en las Direcciones Regionales como órganos descentralizados, basado en las Funciones Esenciales de la Salud Pública. 1.2.2. Cada dos años se ha actualizado y publicado los documentos: Análisis de la Situación de Salud y Análisis Sectorial de Salud, los cuales incorporan un enfoque de equidad y analizan las brechas por género, por territorios, por grupos sociales y otros factores de exclusión e inequidad social en salud y calidad de vida. 1.2.3. Se ha desarrollado el sistema de planificación, monitoreo y evaluación, del Sistema Nacional de Salud, el cual prioriza el desarrollo humano y la superación de las brechas de inequidad social y de género, el cual se basa en una amplia participación ciudadana a todos los niveles. 1.2.4. La SESPAS ha conducido la evaluación del PLANDES 06-15, y la formulación del PLANDES 16-25. 1.2.5. Los procesos de monitoreo y evaluación del PLANDES muestran una reducción progresiva de las brechas sociales y de género en salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
<p>1. (Función de Rectoría) Desarrollar la Rectoría Pública en el Sistema Nacional de Salud para la producción social de la salud.</p>	<p>1.3. La SESPAS ejerce sus funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud mediante una gestión concertada y de responsabilidad compartida con la ciudadanía, orientada a conseguir los objetivos estratégicos y resultados del PLANDES 06-15.</p>	<p>1.3.1. El Consejo Nacional de Salud, bajo la conducción de la SESPAS, se ha consolidado como espacio de coordinación sectorial y de asesoría en las funciones de Rectoría y en la corresponsabilidad en la ejecución del PLANDES 2006-2015.</p> <p>1.3.2. Se ha desarrollado un sistema nacional de monitoreo y contraloría social de desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de la ejecución del PLANDES 06-15.</p> <p>1.3.3. Se ha organizado y consolidado Comités Técnicos Nacionales de asesoría y coordinación sectorial, para cada una de las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud y los objetivos estratégicos del PLANDES 2006-2015.</p>
	<p>1.4. La SESPAS ejerce 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.</p>	<p>1.4.1. La SESPAS; con la participación activa del Consejo Nacional de salud, ha establecido y actualizado los Reglamentos que rigen el Sistema Nacional de Salud, con base en la Ley General de Salud y los objetivos y resultados del PLANDES 06-15.</p> <p>1.4.2. El Sistema Nacional de Salud dispone de un cuerpo de Normas y disposiciones administrativas, que rigen normativamente su desarrollo, organización y funcionamiento.</p> <p>1.4.3. La totalidad de las Redes,, establecimientos de atención a la salud, laboratorios y otras instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, han cumplido con los requisitos y procedimientos de habilitación definidos por la SESPAS.</p> <p>1.4.4. La SESPAS ha desarrollado un sistema nacional de acreditación y de aseguramiento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud, de carácter obligatorio, que ha incorporado a la totalidad de los establecimientos, servicios y programas del Sistema Nacional de Salud, públicos y privados,</p> <p>1.4.5. La SESPAS ha supervisado y controlado todos los establecimientos, servicios y programas del Sistema Nacional de Salud, públicos y privados, y estos cumplen satisfactoriamente las Normas Nacionales, con énfasis en las relacionadas con la Movilización Tolerancia Cero, las de salud sexual y reproductiva, las de violencia familiar.</p> <p>1.4.6. La SESPAS, en coordinación con PROMESE CAL, ha desarrollado un sistema de aseguramiento del acceso y de la calidad de los medicamentos y productos farmacéuticos del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>1.4.7. La SESPAS ha desarrollado un sistema nacional de aseguramiento de la calidad y vigilancia farmacológica y de efectos secundarios, en coherencia con la Política Nacional de Medicamentos y el Reglamento Nacional de Medicamentos.</p> <p>1.4.8. Todos los establecimientos y empresas de producción, comercialización, y manipulación de alimentos y bebidas cumplen satisfactoriamente con las regulaciones sanitarias para su habilitación y para el aseguramiento de la calidad.</p> <p>1.4.9. Se han elaborado, actualizado y aplicado los protocolos de atención en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, con especial énfasis en los problemas priorizados por la Movilización Tolerancia Cero y los que inciden directamente en la salud reproductiva y la violencia intrafamiliar.</p> <p>1.4.10. La SESPAS, en coordinación con la Secretaría de Ambiente, las Municipalidades y otras instituciones públicas y privadas, han desarrollado sistemas y procedimientos conjuntos para la preservación y aseguramiento de la calidad ambiental en beneficio de la salud, con énfasis en aseguramiento de la calidad del agua y los alimentos, y en la adecuada disposición de residuos domésticos e institucionales.</p>

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
1. (Función de Rectoría) Desarrollar la Rectoría Pública en el Sistema Nacional de Salud para la producción social de la salud.	1.5. El Sistema Nacional de Salud ejecuta una política y planes de fortalecimiento de la cooperación internacional en salud.	1.1.1. La SESPAS, en conjunto con los órganos financieros y de planificación del Gobierno Central, ha formulado y ejecutado una política de cooperación internacional con el Sistema Nacional de Salud, coherente con el PLANDES 06-15. 1.5.2. La SESPAS, en el marco de la política de cooperación internacional del SNS, en conjunto con las agencias y organizaciones de cooperación multilateral y bilateral, ha formulado y ejecutado planes de fortalecimiento de la cooperación técnica internacional para el Sistema Nacional de Salud. 1.5.3. La SESPAS; en coordinación con los organismos del Gobierno Central responsables de la gestión financiera y de la planificación, ha elaborado y ejecutado planes de fortalecimiento de la cooperación financiera reembolsable y no reembolsable para el Sistema Nacional de Salud. 1.5.5. La cooperación internacional técnica y financiera reembolsable y no reembolsable con el Sistema Nacional de Salud alcanza por lo menos a 15 millones de US\$ promedio anual durante el período del PLANDES 2006-2015.
	1.6. El Sistema Nacional de Salud cumple los mandatos y compromisos establecidos por los Pactos y Convenciones Internacionales de protección de los Derechos Humanos, incluyendo los correspondientes a población, desarrollo social, género y medio ambiente.	1.6.1. Las relatorías e informes sobre Derechos Humanos en la República Dominicana no muestran incumplimientos o déficit relacionados con el Sistema Nacional de Salud. 1.6.2. Los informes internacionales reflejan el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos por el Estado dominicano sobre Derechos Humanos y salud.
2. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	2.1 Se ha organizado todas las Redes de Servicios Públicos de Salud, conformando una Red Única Nacional de Servicios Públicos de Salud, articulando los establecimientos de la SESPAS, del IDSS y otras instituciones públicas, y con base en dichas Redes se ha conformado todos los Servicios Regionales de Salud, de forma descentralizada.	2.1.1. En todas las Regiones del país, los servicios públicos de atención a la salud de las personas, de la SESPAS; el IDSS y otras instituciones, se han organizado en forma de redes únicas, por niveles de atención y por ciclo de vida, con base poblacional, bajo un comando único, con un Modelo de Atención integral y un Modelo de Gestión definidos por la SESPAS que incorporan un enfoque de equidad social y de género. 2.1.2. En todas las Regiones del país, y con base en las redes de Servicios Públicos, se ha organizado y están en funcionamiento los Servicios Regionales de Salud, con carácter descentralizado y autónomo, con Consejos de Administración y bajo la Rectoría Pública en el marco del Sistema Nacional de Salud. 2.1.3. El primer nivel de atención ha sido fortalecido y reestructurado, con base poblacional y cobertura universal, con un modelo de atención integral, y con alta capacidad de resolución para al menos el 80% de la demanda de salud de las poblaciones. 2.1.4. La oferta de servicios de los establecimientos de salud de todos los niveles se ha reorganizado con atención a las necesidades específicas en los diferentes estadios del ciclo de vida y las relacionadas con el género y con grupos con necesidades especiales para eliminar la exclusión. 2.1.5. A nivel nacional y en todas las Regiones del país y a nivel nacional, se ha desarrollado la Red de Servicios de Emergencia, articulada con las redes de servicios Públicos de Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS y como parte del Sistema Nacional de Salud. Estas redes asumen y están preparadas para atender las necesidades específicas de género, de diferentes grupos sociales y de personas con discapacidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
2. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	2.1. Se ha organizado todas las Redes de Servicios Públicos de Salud, conformando una Red Única Nacional de Servicios Públicos de Salud, articulando los establecimientos de la SESPAS, del IDSS y otras instituciones públicas, y con base en dichas Redes se ha conformado todos los Servicios Regionales de Salud, de forma descentralizada.	2.1.6. A nivel nacional, en todas las regiones y niveles de atención se ha desarrollado la red de servicios de rehabilitación integral de personas con discapacidad, articulada interinstitucional e intersectorialmente. 2.1.7. El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado e incorporado la atención de salud mental en todos los niveles de atención y en forma progresiva.
	2.2. El nivel central de SESPAS, en coordinación con el IDSS y otras entidades del sector, han desarrollado los órganos y dependencias normativos y de asistencia técnica central para las Redes y Servicios Regionales de Salud, que constituyen el nivel central de la Red Única de Servicios Públicos de Salud, de acuerdo al marco legal y reglamentario vigente.	2.2.1. Se ha diseñado y desarrollado un Instituto Nacional de Apoyo a las Redes de Servicios Públicos de Salud, como parte del Sistema Nacional de Salud y bajo la Rectoría de la SESPAS; el cual ha elaborado y ejecutado un Plan Nacional de desarrollo de la atención hospitalaria y ambulatoria, con enfoque de equidad social y de género. 2.2.2. La SESPAS; el IDSS y el Instituto Nacional de Apoyo a las Redes de Servicios Públicos de Salud, han definido las funciones de los Servicios Regionales de Salud que deben ser centralizadas por razones de interés estratégico, de economía de escala y de efectividad. Estas funciones son desarrolladas a través del Instituto Nacional de Apoyo a las Redes de Servicios Públicos de Salud y otros órganos del Sistema Nacional de Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS; gestionadas con responsabilidad compartida (financiera y administrativa) entre los niveles centrales y los Servicios descentralizados, mediante convenios y acuerdos.
	2.3. Se ha organizado las Redes de Servicios Privados de Salud, de acuerdo al marco jurídico vigente.	2.3.1. Todos los establecimientos y servicios privados de salud han cumplido los requisitos de habilitación y acreditación. 2.3.2. Todos los establecimientos privados de atenciones de salud, se han reestructurado y organizado en forma de Redes de Servicios Privados de Salud, por niveles de atención y con adecuada definición y operación del primer nivel de atención y de los flujos internos de pacientes en las Redes. 2.3.3. Los establecimientos privados de atención de la salud han incorporado el Modelo de Atención integral establecido para el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al marco jurídico vigente y la Rectoría de la SESPAS. 2.3.4. El subsistema privado y el subsistema público de atención a la salud han formalizado acuerdos y convenios para el desarrollo armónico y coordinado de ambos, en función del interés público nacional.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
2. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	2.4. La SESPAS y el PROMESE/CAL aseguran la disponibilidad y accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales de calidad, así como el uso racional de los mismos en los diferentes niveles de atención de las Redes de Servicios Públicos de Salud y Servicios Regionales de Salud.	2.4.1. Con base en acuerdos y convenios, PROMESE/CAL constituye el principal proveedor de medicamentos esenciales de calidad y otros suministros básicos, a los establecimientos de los diferentes niveles de atención, de las Redes de Servicios Públicos de Salud y los Servicios Regionales de Salud, con excepción de los que por acuerdos y decisiones internacionales deban ser adquiridos directamente vía organizaciones internacionales de salud. 2.4.2. La red de Farmacias Populares y de provisión de medicamentos y otros productos farmacéuticos de PROMESE CAL alcanza a todos los municipios y otros centros poblados del país. 2.4.3. La SESPAS y PROMESE/CAL han garantizado la disponibilidad, accesibilidad y uso racional de los medicamentos esenciales en los diferentes niveles de la red de servicios públicos. 2.4.3. La SESPAS, de acuerdo al marco jurídico vigente, ha elaborado y mantiene actualizado el cuadro básico de medicamentos para los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. 2.4.4. El Sistema Nacional de Salud cuenta con mecanismos y procedimientos reguladores que aseguran el uso racional de los medicamentos a nivel nacional. 2.4.5. Se ha desarrollado mecanismos de regulación, bajo la Rectoría de la SESPAS; que garantizan la estructuración y racionalización del mercado farmacéutico y aseguran la disponibilidad de los medicamentos esenciales para toda la población.
	2.5. La SESPAS; ha establecido y opera satisfactoriamente un sistema de aseguramiento de la calidad en la atención médica del Sistema Nacional de Salud, en forma directa o mediante acuerdos de gestión con otras instituciones.	2.5.1. Se dispone de reglamentaciones que definen y hacen obligatoria la participación de todos los establecimientos de atención médica del Sistema nacional de salud, públicos y privados en el sistema de aseguramiento de calidad de la atención médica, bajo la Rectoría de la SESPAS. 2.5.2. La totalidad de los establecimientos de atención médica del país, públicos y privados, están incorporados al sistema de aseguramiento de la calidad de la atención médica y al menos el 80% de ellos cumplen satisfactoriamente con los indicadores básicos definidos por dicho sistema. 2.5.3. Los instrumentos y sistemas de monitoreo de calidad incorporan indicadores sobre equidad social y de género. 2.5.3. El sistema de aseguramiento de la calidad incorpora la valoración y satisfacción de los usuarios como un componente principal del monitoreo y evaluación. La calidez en la atención y la humanización de los servicios son consideradas esenciales para la calidad.
	2.6. Se ha elevado el nivel técnico profesional de la gestión hospitalaria y de las Redes de Servicios Públicos de Salud.	2.6.1. Todos los Directores y Directoras de Hospitales y de las Redes de Servicios Públicos de Salud han sido seleccionados mediante concursos públicos, por contratos de duración definida y tienen al menos nivel académico de Maestría en Gerencia Hospitalaria, o de Administración de Servicios Públicos de Salud o su equivalente. 2.6.2. Todos los Directores y Directoras de Servicios Regionales de Salud han sido contratados mediante concursos públicos, por contratos de duración definida y tienen nivel académico al menos de Maestría en Salud Pública, Administración y gerencia de servicios públicos de salud o su equivalente.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
2. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	2.7. La SESPAS, en conjunto con las otras organizaciones centrales del Sistema nacional de salud y los órganos centrales del Gobierno en finanzas y planificación, ha elaborado y ejecutado un Plan Decenal de Inversiones en construcción y mantenimiento de infraestructura, y en equipos para la Red Única de Servicios Públicos de Salud, en coherencia con los objetivos y resultados del PLANDES 2006-2015.	2.7.1. La Red Única de Servicios Públicos de Salud ha cumplido satisfactoriamente las metas de construcción, y mantenimiento de infraestructura y de adquisición de equipos del Plan Decenal de inversiones del Sistema nacional de Salud, en el marco del PLANDES 2006-2015. 2.7.2. Por lo menos el 90% de la infraestructura de los establecimientos de la Red Única de Servicios Públicos de Salud, en los diferentes niveles de atención, ha cumplido con los indicadores de adecuación de su infraestructura y equipos establecidos en el Plan Decenal de Inversiones del Sistema nacional de Salud. 2.7.3. Por lo menos el 90% de los establecimientos de salud, en los diferentes niveles, cumplen con las normativas de accesibilidad universal para personas con discapacidad, envejecientes y población general.
3. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	3.1. Se ha reestructurado la Subsecretaría de Salud Colectiva y las Direcciones Provinciales de Salud, como órganos centrales y desconcentrados de la SESPAS; para conformar las Redes Programáticas de Salud Colectiva, de acuerdo al marco jurídico vigente.	3.1.1. Los Programas Nacionales de Salud Colectiva de la SESPAS se han reestructurado en Grupos Interprogramáticos que comparten objetivos, estrategias de intervención, procesos de planificación y recursos comunes, han fortalecido las sinergias y reducido las duplicidades. 3.1.2.- Cada Grupo Interprogramático ha incorporado como ejes transversales de sus estrategias de intervención, la Epidemiología, la Promoción de Salud y Participación Social, y la Salud Ambiental, y asume predominantemente un enfoque de equidad social y de género. 3.1.3.- Todos los niveles del Sistema Nacional de Salud han desarrollado y priorizado las capacidades y actividades de educación para la salud a nivel individual y colectivo. 3.1.4.- Los grupos programáticos han incorporado un enfoque de la promoción, prevención y control de problemas prioritarios según estadio del ciclo de vida, y con atención a las necesidades relacionadas con la equidad social y de género y la eliminación de la exclusión de personas con necesidades especiales. 3.1.5.- Se ha desarrollado un mecanismo de monitoreo y evaluación de la gestión y desempeño de los diferentes grupos interprogramáticos y de cada integrante de las Redes Programáticas.
	3.2. Se ha desarrollado los sistemas nacionales de Epidemiología, de Salud Ambiental, de Promoción de Salud y de Participación Social, como expresión de las estrategias básicas de la Salud Pública, con enfoque de equidad social y de género.	3.2.1. Los niveles centrales de Epidemiología, Salud Ambiental, Promoción de Salud y Participación Social, participan activamente en todos los Grupos Interprogramáticos de nivel central, y fortalecen las estrategias de intervención correspondientes mediante la incorporación de las estrategias básicas de la Salud Pública. 3.2.2. Todas las Direcciones Provinciales de Salud se han reestructurado y desarrollado puntos focales o unidades de Epidemiología, de Salud Ambiental, de Promoción de Salud y de Participación Social, las cuales dependen normativamente del nivel central correspondiente y ejecutivamente del Director Provincial de Salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
3. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	3.3. Se ha desarrollado las Redes Programáticas que ejecutan las intervenciones establecidas normativamente para la prevención y control de los problemas prioritarios de salud.	3.3.1. Al menos se ha desarrollado Redes Programáticas (nacionales, provinciales y locales) de prevención y control de: <ul style="list-style-type: none"> a) Salud Reproductiva, con énfasis en mortalidad materna, mortalidad infantil y el embarazo en adolescentes. b) Enfermedades transmitidas por vectores, con énfasis en malaria y dengue. c) Infecciones de Transmisión Sexual-VIH y Tuberculosis, con énfasis en acceso universal a estrategia DOTS/TAES, a la atención integral de las PVVS (incluyendo ARV), y en la transmisión materno infantil del VIH, así como la prevención de las ITS. d) Zoonosis, con énfasis en Rabia. e) Enfermedades del síndrome metabólico. Con énfasis en la promoción de actividad física, reducción de adicción a tabaco y alcohol, y alimentación mas balanceada. f) Salud mental y violencia familiar, basada en género y social.. g) Nutrición. Con énfasis en carencias de oligoelementos. 3.3.2. Las Redes Programáticas están conformadas por un nivel central normativo, representado por el Grupo Interprogramático correspondiente, y un nivel ejecutivo desconcentrado en las direcciones provinciales de Salud, y al menos el 60% de los recursos asignados a Salud Colectiva son programados y ejecutados a nivel desconcentrado, en el marco de las normativas nacionales técnicas y financieras y las orientaciones de los Grupos Interprogramáticos. 3.3.3. Las Redes Programáticas promueven estrategias sectoriales e intersectoriales de prevención y control, con base en las Normas Nacionales de Prevención y Control. Las estrategias de intervención orientadas por los Grupos Interprogramáticos correspondientes., con enfoque de efectividad y de equidad social y de género. 3.3.4. Se ha conformado una red nacional de prevención y control de las discapacidades. 3.3.5. Se han desarrollado las redes programáticas para la promoción, prevención y control de los problemas prioritarios de salud que constituyen nuevos desafíos de salud pública en el país, entre ellos: la violencia social e intrafamiliar y la violencia contra la mujer, las enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico, cáncer y salud mental. 3.3.6. Las Redes programáticas aplican las Normas Nacionales formuladas por la SESPAS de forma participativa.
	3.4. Se ha desarrollado el Instituto Nacional de Epidemiología, establecido por la Ley 42-01, como ente público desconcentrado, de la SESPAS, adscrito a la Subsecretaría de Salud Colectiva, como cabeza técnica normativa del Sistema Nacional de Epidemiología.	3.4.1. El Instituto Nacional de Epidemiología, asume funciones de investigación, capacitación y asesoría técnica, en el Análisis de Situación de Salud, Vigilancia Epidemiológica, Investigación y estudio de focos y cadenas epidemiológicas, y en la evaluación epidemiológica de políticas, planes y programas de salud. 3.4.2. El Instituto Nacional de Epidemiología apoya al desarrollo de los subsistemas de Atención a las Personas y de Salud Colectiva, así como a las funciones de Rectoría, con un enfoque de producción social de la salud, y de equidad social y de género. 3.4.3. El Instituto Nacional de Epidemiología apoya técnicamente y fortalece las Direcciones Provinciales de Salud, como órganos desconcentrados, en las funciones epidemiológicas. 3.4.4. El Instituto Nacional de Epidemiología promueve el desarrollo del sistema nacional de epidemiología y cumple satisfactoriamente las funciones normativas técnicas centrales del mismo. 3.4.5. El Instituto Nacional de Epidemiología incorpora en todas sus actividades un enfoque de equidad social y de género.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
3. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	3.5. Se ha fortalecido institucionalmente la salud ambiental y se ha reducido los riesgos ambientales para la salud.	3.5.1. Las instituciones y organizaciones públicas responsables de la salud ambiental han conformado un sistema articulado y de acción coordinada, bajo la Rectoría de la SESPAS: 3.5.2. Todos los Grupos Interprogramáticos de Salud Colectiva, a nivel nacional y provincial, cuentan con la participación de personal vinculado a la salud ambiental. 3.5.3. Se ha reducido en un 50%, con respecto al año 2000, las personas que carecen de acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico. 3.5.4. La tasa de incidencia de enfermedades diarreicas en menores de 5 años se ha reducido al menos en un 30% con respecto al año 2000. 3.5.5. Se ha mejorado las condiciones sanitarias ambientales de las viviendas de por lo menos 1 millón de personas, con respecto al año 2000.
	3.6. Se ha fortalecido la promoción, prevención y control en salud mental.	3.6.1. Se ha conformado un Grupo Interprogramático nacional sobre salud mental. 3.6.2. Se ha desarrollado una Red Programática de Salud Mental, desconcentrada en todas las Direcciones provinciales de Salud, de carácter interinstitucional e intersectorial. 3.6.3. Se dispone de normativas nacionales, estrategias y procedimientos para la promoción de salud, prevención y control de la salud mental, para todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.
4. (Función de Provisión de servicios de atención a las personas). Desarrollar el Subsistema de Atención a las Personas del Sistema Nacional de Salud.	4.1. La totalidad de la población dominicana está incorporada al Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social y tiene garantizado el financiamiento del Plan Básico de Salud, en sus tres regímenes de financiamiento.	4.1.1. El 100% de la población dominicana y el 90% de los problemas de salud que demandan atenciones personales en los diferentes niveles de las Redes de Servicios Públicos de Salud y Servicios Regionales de Salud son cubiertos por el Plan Básico del Seguro Familiar de Salud, en sus diferentes regímenes. 4.1.2. El Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud incorpora la atención integral de las PVVS, de las personas con discapacidad (incluidas las ayudas técnicas, prótesis otros) y las necesidades de género. 4.1.3. El Plan Básico de Salud ha incorporado los problemas prioritarios de salud en los diferentes estadios del ciclo de vida, y las necesidades específicas de salud de las mujeres en diferentes edades, envejecientes, discapacitados y personas viviendo con VIH, así como personas con discapacidad y atención integral de la salud mental. 4.1.3. El nivel de satisfacción expresada por los usuarios de las Redes de Servicios Públicos de Salud, en todas las Regiones, es por lo menos de un 80%
	4.2. La Red Única Nacional de Servicios Públicos de Salud, todas las Redes descentralizadas de Servicios Públicos de Salud, y posteriormente todos los Servicios Regionales de Salud, han establecido convenios con el SENASA, con la ARS SS y otras ARS.	4.2.1. Todos los establecimientos de la Red Única Nacional de Servicios Públicos de Salud, integrada por las Redes descentralizadas de Servicios Públicos de Salud, han desarrollado mecanismos eficientes de contabilidad de costos y de facturación, en tiempo real, a las Aseguradoras del Sistema Dominicano de Seguridad Social; y reciben puntualmente los pagos correspondientes.
	4.3. Se ha desarrollado el Fondo Nacional de Atención Médica por Accidentes de Tránsito (FONAMAT), de carácter obligatorio y ha incorporado a todos los vehículos matriculados del país.	4.3.1. La Red Única Nacional de Servicios Públicos de Salud, las Redes descentralizadas de Servicios Públicos de Salud y los Servicios Regionales de Salud que la conforman, facturan oportunamente al FONAMAT los costos correspondientes a la atención de lesionados en accidentes de tránsito. 4.3.2. FONAMAT paga puntualmente las facturas por atenciones de lesionados por accidentes de tránsito.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
5. (Función de financiamiento) Asegurar la disponibilidad y buena gestión de los recursos en salud.	5.1. El Sistema Nacional de Salud cuenta con el financiamiento público necesario para lograr los objetivos del PLANDES 2006-2015.	5.1.1. La inversión pública en el Sistema Nacional de Salud corresponde al menos al 5% del P.I.B. promedio anual para el período 2006-2015. 5.1.2. Por lo menos el 20% del total de la inversión pública en salud y seguridad social se ha destinado a la Salud Colectiva (prevención y control de problemas prioritarios de salud a nivel individual y colectivo). 5.1.3. Al menos el 10% del total de la inversión pública en salud es asignado a las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, durante el período 2006-2015. 5.1.4. La estructura y distribución del presupuesto público en salud, es coherente con el PLANDES, asegura los recursos necesarios para la ejecución de los proyectos estratégicos, y responde a criterios de efectividad y de equidad social y de género.
	5.2. La SESPAS y otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud han completado la separación contable de los recursos asignados a las diferentes funciones de Rectoría, de Atención a las Personas y de Salud Colectiva.	5.2.1. Los fondos presupuestarios públicos del Sistema Nacional de Salud, están contablemente separados, asignados a las funciones respectivas y canalizados mediante los mecanismos correspondientes, de acuerdo al marco jurídico vigente.
	5.3. El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado e incorporado sistemas y procedimientos de asignación presupuestaria y gestión financiera vinculados a los resultados de los planes nacionales, provinciales y locales.	5.3.1. Los sistemas y procedimientos de asignación presupuestaria pública en el Sistema Nacional de Salud están vinculados a los procesos de planificación, monitoreo y evaluación, a nivel nacional, y provincial. 5.3.2. Al menos el 60% de los recursos asignados a Salud Colectiva y a Rectoría son planificados y ejecutados a nivel desconcentrado mediante acuerdos con los niveles centrales normativos y con participación de la ciudadanía.
	5.4. La gestión financiera en el Sistema Nacional de Salud es transparente y honesta.	5.4.1. Se ha desarrollado y está en funcionamiento un sistema de información financiera que es accesible al público en tiempo real. 5.4.2. Todas las dependencias e instituciones de la SESPAS, del IDSS y de la Red Única de Servicios Públicos de Salud y otras instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud mantienen en forma pública y en tiempo real, vía la Internet, toda la información correspondiente a presupuesto, ingresos, gastos, compras, y cualquier otra transacción financiera. Se dispone de una normativa reglamentaria que define sanciones por incumplimiento de esta obligación. 5.4.3. Todas las dependencias del Sistema Nacional de Salud cumplen con las recomendaciones establecidas por la Comisión Nacional por la Transparencia y contra la Corrupción, así como con las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con el manejo de fondos públicos.

VII Matriz de Objetivos Transversales, Resultados e Indicadores

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
6. Desarrollar los Recursos Humanos para el Sistema Nacional de Salud.	6.1. El Sistema Nacional de Salud ha definido y están en ejecución políticas y planes de mediano y largo plazo para la adecuación del personal de salud a las necesidades de la situación de salud, a la estructura de la organización sanitaria y al desarrollo de sus funciones.	6.1.1. Se dispone de un documento consensuado y actualizado sobre las políticas y planes de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, coherente con los objetivos y proyectos estratégicos del PLANDES 2006-2015. 6.1.2. Se ha constituido y funciona regularmente la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud y todas las Direcciones Provinciales y Direcciones Regionales de Salud cuentan con una unidad de Recursos Humanos que depende normativamente del nivel central y ejecutiva y operativamente de la Dirección territorial correspondiente. 6.1.3. Se ha organizado y funciona regularmente un Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, el cual produce monitoreos mensuales y trimestrales y análisis semestrales y anuales de la situación y tendencias en los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, con base en los indicadores establecidos. 6.1.4. El Observatorio de Recursos Humanos produce información desagregada por sexo y tipo de servicios.
	6.2. Se ha alcanzado una distribución territorial y social de los Recursos Humanos más equitativa y relacionada con las necesidades de salud y de desarrollo de las Redes y Servicios del Sistema Nacional de Salud	6.2.1. Se dispone de un censo y registro actualizado del personal de salud y su caracterización por competencias y perfiles ocupacionales. 6.2.2. Se dispone de normativas e inventarios actualizados de requerimientos estandarizados de personal en los diferentes niveles, establecimientos y programas del Sistema Nacional de Salud, según nivel de complejidad y servicios. 6.2.3. Se ha diseñado y está en funcionamiento un modelo de reclutamiento, selección y gestión de Recursos Humanos en el Sistema nacional de Salud, basado en competencias laborales, concursos públicos y méritos profesionales.
	6.3. Se ha actualizado el marco reglamentario y normativo sobre las condiciones de trabajo y acuerdos laborales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud con base en las necesidades del sistema y con criterio de equidad social y de género	6.3.1. Se ha revisado y actualizado las condiciones de contratación y de trabajo. 6.3.2. Los procesos de selección, contratación, evaluación e incentivos incorporan un enfoque de equidad social y de género.
	6.4. En el Sistema Nacional de Salud prevalece un ambiente laboral positivo, de satisfacción y de compromiso de los Recursos Humanos con la calidad, con la Misión y con los objetivos y metas de servicio a la salud de la poblaciones.	6.4.1. Se ha establecido y aplicado un sistema de incentivos y beneficios laborales individuales y colectivos, asociados a resultados institucionales que estimulan el buen desempeño. 6.4.2. Se ha desarrollado la Carrera Sanitaria y todo el personal del Sistema nacional de salud está incorporado a la Carrera Administrativa, de acuerdo al marco jurídico vigente para el servicio público. 6.4.3. Se ha desarrollado un sistema de educación permanente para los diferentes perfiles profesionales y funciones del personal del Sistema Nacional de Salud. 6.4.4. Se ha establecido y desarrollado un programa integral de Salud de los Trabajadores del Sistema Nacional de salud, que cubre la promoción de la salud, la prevención de riesgos laborales y la protección del personal según los riesgos de su puesto de trabajo. 6.4.5. Se ha definido y se ha desarrollado mecanismos y espacios de negociación y concertación de situaciones de conflicto laboral.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
6. Desarrollar los Recursos Humanos para el Sistema Nacional de Salud.	6.5. La formación de los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se adecua a la situación de salud de las poblaciones y a las necesidades del Modelo de Atención, con un enfoque de equidad social y de género y con un compromiso con la calidad.	6.5.1. La SESPAS ha establecido y actualizado convenios con las Universidades y otros centros de formación de Recursos Humanos para la salud, y con los Colegios Profesionales de la salud, y conjuntamente han impulsado las reformas y actualizaciones curriculares y las estrategias consensuadas de articulación entre los espacios formativos y los de servicio, sobre la base del mejoramiento de la calidad e integralidad de la atención a las poblaciones y con criterios de equidad social y de género. 6.5.2. Las políticas nacionales de formación de Recursos Humanos en Salud, que definen los perfiles educativos y profesionales requeridos para el desarrollo del Sistema nacional de Salud, cuentan con el consenso de los centros de formación y de los Gremios Profesionales. 6.5.3. Se ha ejecutado un plan de capacitación y actualización del personal, a todos los niveles del Sistema nacional de salud, sobre los enfoques de equidad social y de género y su impacto sobre la calidad y la humanización de los servicios.
	6.6. Se ha desarrollado un sistema de certificación y recertificación del personal profesional del Sistema Nacional de Salud.	6.6.1. La SESPAS, en coordinación con otras entidades prestadoras de servicios de salud, ha establecido acuerdos y convenios con las universidades y otras entidades formadoras, con los Colegios y Gremios de profesionales de la salud y con otras instituciones, un sistema de certificación y recertificación de los profesionales de la salud. 6.6.2. El sistema de certificación y recertificación de los profesionales de la salud está vinculado al sistema de incentivos y estímulos del Sistema Nacional de Salud
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.	7.1. El Sistema Nacional de Salud dispone de un sistema de información gerencial, de estructura modular y carácter obligatorio, que le permite monitorear y evaluar los procesos de financiamiento, de gestión y de producción de los servicios y redes, y tomar decisiones para asegurar la mayor eficiencia y la mayor equidad social y de género en el desempeño del Sistema.	7.1.1. El sistema de información gerencial del Sistema Nacional de Salud cuenta con las directivas, manuales operativos, el personal capacitado, los equipos y programas de procesamiento de datos necesarios para asegurar la captación y procesamiento oportuno de los datos establecidos normativamente.. 7.1.2. Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema Nacional de Salud están incorporados al sistema de información gerencial y cumplen satisfactoriamente sus normativas de calidad. 7.1.3. El sistema de información gerencial produce informaciones mensuales, monitoreos trimestrales y evaluaciones semestrales sobre la ejecución financiera y la producción de los servicios y programas, la evolución del gasto en salud y de la producción de los servicios, su estructura y tendencias, de acuerdo a los objetivos, proyectos y resultados del PLANDES 2006-2015. 7.1.4. El sistema de información gerencial del Sistema Nacional de Salud es compatible y está articulado con Sistema Único de información del Sistema Dominicano de Seguridad Social, con el SIGEF y con los sistemas de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) o quien ejerza sus funciones.. 7.1.5. El Sistema Nacional de Salud, en coordinación con el Banco Central de la República Dominicana, produce y analiza las Cuentas Satélites del Sector Salud, en el contexto de la producción de las Cuentas Nacionales.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
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.	7.2. El Sistema Nacional de Salud dispone de un sistema de información epidemiológica, de estructura modular y de carácter obligatorio, que apoya al sistema de vigilancia de la salud y monitorea el impacto de las intervenciones y acciones de las Redes de Servicios de Salud (públicos y privados), sobre la situación de salud y sobre la equidad social y de género.	7.2.1. El sistema de información epidemiológica cuenta con las directivas, manuales operativos, el personal capacitado, los equipos y programas necesarios para asegurar la captación y procesamiento de los datos sobre la situación de salud de las diferentes poblaciones. 7.2.2. Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema Nacional de Salud (públicos y privados) están incorporados al sistema de información epidemiológica y cumplen satisfactoriamente sus indicadores de calidad. 7.2.3. El sistema de información epidemiológica produce informaciones de monitoreo mensual y análisis trimestrales, y anuales, sobre las tendencias en los perfiles de salud y las brechas de inequidad en la situación de salud según territorios, grupos socioeconómicos y género. 7.2.4. El sistema de información epidemiológica del Sistema Nacional de Salud produce oportunamente las informaciones periódicas sobre enfermedades y eventos de notificación obligatoria establecidas normativamente por el sistema de vigilancia de la salud. 7.2.5. El sistema de información epidemiológica ha incorporado la vigilancia y monitoreo de los nuevos desafíos de salud pública, incluyendo la violencia social, intrafamiliar y contra la mujer, la salud mental, las enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico, cáncer y otras. 7.2.6. Progresivamente se ha desarrollado la capacidad para que todas las informaciones de monitoreo y vigilancia incorporen la desagregación por edad y sexo, así como por características sociales, que permitan analizar el comportamiento diferencial de los problemas de salud. 7.2.7. El sistema de información epidemiológica del Sistema Nacional de salud es compatible y está articulado con el sistema de información gerencial y con los sistemas de información de la Oficina Nacional de Información (ONE) o de quien ejerza sus funciones.
	7.3. El sistema general de información del Sistema Nacional de Salud ha desarrollado un portal de comunicación digital, accesible a la población interesada, vía Internet.	7.3.1. El portal informativo del Sistema Nacional de Salud es accesible a la población interesada y dispone, en forma actualizada y oportuna, de las informaciones básicas producidas por el sistema general de información, en el marco de las normativas de confidencialidad establecidas. 7.3.2. Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema Nacional de Salud promueven y facilitan las consultas de la población al portal informativo.
	7.4. El sistema general de información del Sistema Nacional de Salud, facilita el acceso de los trabajadores de salud a las informaciones científico-técnicas y oportunidades de actualización y capacitación a distancia disponibles a través de Internet.	7.4.1. Todos los establecimientos, programas y servicios del Sistema nacional de salud disponen de acceso a Internet, tecnológicamente actualizado, y con capacidad de acceso a bibliotecas y otras fuentes bibliográficas científico-técnicas. 7.4.2. El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado, en forma propia y/o por convenios y acuerdos con otras instituciones nacionales e internacionales, oportunidades de actualización y capacitación a distancia, así como el intercambio de experiencias y apoyo mutuo, vía la Internet, y promueve el acceso del personal a las mismas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
8. Transversalización de la equidad de género en el Sistema Nacional de Salud.	8.1. Se han reducido progresivamente las brechas de inequidad de género en salud que afectan el Desarrollo Humano y Sostenible.	8.1.1. El Índice de desarrollo Humano Relativo al Género, a nivel nacional, será por lo menos de 0.850. 8.1.2. Todas las Metas de Desarrollo del Milenio en Salud han sido alcanzadas, incluyendo las directamente relacionadas con la equidad de género, salud de la mujer y la morbilidad y mortalidad materna. 8.1.3. La SESPAS, en coordinación con la Secretaría de Estado de la Mujer, ha diseñado y ejecutado el Plan de empoderamiento de la población sobre las desigualdades de género en salud, coherente con el Objetivo de Desarrollo del Milenio N° 3. 8.1.4. El Sistema Nacional de Salud aplica en todos sus componentes el Plan Nacional de Equidad de Género en salud, en coordinación con la Secretaría de Estado de la Mujer. 8.1.5. El Sistema Nacional de Salud se articula y coordina funcionalmente con la Secretaría de Estado para la Mujer y los otros órganos y mecanismos responsables de la equidad de género, en particular en lo referente con las políticas sociales y de salud.
	8.2. Se ha incorporado en todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud, el enfoque de equidad de género.	8.2.1. Se ha constituido y funciona regularmente, el Comité Nacional de Transversalización de Género en el Sistema Nacional de Salud, adscrito al Despacho del Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, articulado con la Secretaría de Estado de la Mujer, y con los planes y estrategias sobre enfoque de género definidas por la Comisión Presidencial para las Metas del Milenio y el Desarrollo Sostenible (COPDES). 8.2.2. Se ha desarrollado un sistema nacional de monitoreo de la transversalización del enfoque de género en el Sistema Nacional de Salud, el cual produce información mensual, monitoreos trimestrales y evaluaciones semestrales y anuales sobre los avances en los resultados y metas establecidos. 8.2.3. Todos los Planes Operativos Anuales, de todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud definen acciones para avanzar hacia las metas de equidad de género y los resultados del proyecto estratégico sobre transversalización de género del PLANDES. 8.2.4. En todos los establecimientos, servicios, programas y niveles organizativos del Sistema Nacional de Salud se ha designado al menos una persona con responsabilidades de punto focal sobre el enfoque de género. Estas personas dependen desde el punto de vista normativo del Comité Nacional de Transversalización de Género en el Sistema Nacional de Salud, y desde el punto de vista ejecutivo y operativo de los Directores de las unidades respectivas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
9. Desarrollar la participación ciudadana en todos los servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud.	9.1. Se ha desarrollado el sistema de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, del Sistema Nacional de Salud, a nivel central y descentrado del Sistema Nacional de Salud.	9.2.1. El Sistema Nacional de Salud dispone de un Reglamento actualizado que define la estructura y operación del sistema de promoción de salud y participación ciudadana y las modalidades de participación social en la planificación, gestión, monitoreo y evaluación de los servicios, programas y niveles, centrales y descentrados. 9.1.2. El sistema de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana cuenta con un nivel central, con capacidad técnica y normativa para impulsar estrategias de organización y participación ciudadana en la producción social de la salud y calidad de vida, en espacios saludables. 9.1.3. Todas las Direcciones Provinciales de Salud y en todos los niveles municipales, funcionan unidades de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, que dependen del nivel central, para aspectos normativos, y de cada D.P.S. para aspectos ejecutivos y operativos. 9.1.6. Todos los establecimientos, servicios, programas y niveles del Sistema Nacional de Salud, cuentan con Consejos de Administración y/o de Planificación, con participación ciudadana, de acuerdo al marco jurídico vigente y las normativas de Promoción y Participación Ciudadana.
	9.2. Todos los Ayuntamientos y Sindicaturas del país han establecido convenios con la SESPAS que definen su participación en el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.	9.2.1. En todos los municipios de país, se ha elaborado planes de salud y calidad de vida, de carácter estratégico (5 años) y operativo (anual), mediante la planificación local participativa, articulados a los planes municipales y provinciales de desarrollo. 9.2.2. Todos los Ayuntamientos y Sindicaturas del país participan activamente en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de los planes municipales y provinciales de salud y calidad de vida. 9.2.3. Todos los Ayuntamientos del país han establecido convenios con la SESPAS para fortalecer su papel de liderazgo en la Atención Primaria de la Salud y en el desarrollo de los sistemas municipales de salud, del primer nivel de atención, con enfoque familiar y comunitario. 9.2.4. Todos los Ayuntamientos del país han desarrollado mecanismos de participación social, en el campo de salud, de acuerdo a las leyes 42-01 y 176-07 y aplican un enfoque de equidad social y de género. 9.2.5. Todos los Ayuntamientos promueven y fortalecen las Conferencias por la Salud y Calidad de Vida, como parte de los mecanismos de veeduría social de la salud y de monitoreo y evaluación del PLANDES.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
	9.3. Se ha desarrollado la Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida, como expresión permanente del movimiento ciudadano por la salud y la calidad de vida, y como órgano máximo nacional de participación y corresponsabilidad de la ciudadanía en la formulación de políticas y planes de salud y calidad de vida, así como en el monitoreo, fiscalización social y evaluación de los mismos.	9.3.1. La Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida está sustentada en un Reglamento de la Ley General de Salud, y ha sido declarada de interés público y como componente básico del Sistema Nacional de Salud, con autonomía e independencia de los órganos oficiales a nivel nacional, regional, provincial y local. 9.3.2. Al menos cada dos años se realiza la Conferencia Nacional de Salud, con participación de delegados electos en forma democrática, y de acuerdo con las disposiciones vigentes, asegurando la representatividad de las diferentes Regiones, Provincias y territorios, así como de grupos sociales, étnicos, de género, y de organizaciones de poblaciones minoritarias y con problemas específicos de salud. 9.3.3. Las Conferencias Nacionales de Salud y Calidad de Vida constituyen un espacio de encuentro y de diálogo entre las autoridades nacionales de salud y seguridad social y las comunidades organizadas, sobre las políticas, planes, servicios y programas de salud y calidad de vida del país, así como de compromisos de los diferentes órganos del Estado y de la ciudadanía para lograr mejor salud y calidad de vida. 9.3.4. Las expresiones locales, municipales, provinciales y regionales de la Conferencia Nacional de Salud, participan en forma permanente en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de los servicios, programas y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. 9.3.5. El presupuesto público nacional de salud incluye asignaciones específicas para la organización y funcionamiento de la Conferencia Nacional de Salud y Calidad de Vida en forma permanente.
10. Desarrollar integralmente y fortalecer las capacidades del Sistema Nacional de salud sobre emergencias y desastres.	10.1. Se ha fortalecido las capacidades de prevención, preparación, mitigación y respuesta del Sistema Nacional de Salud ante casos y situaciones de emergencias y desastres, en forma desconcentrada y descentralizada.	10.1.1. Se ha desarrollado un sistema de comités, a nivel provincial y municipal para emergencias y desastres, con participación de la ciudadanía, capacitado para actuar en la prevención, preparación y respuesta en caso de desastres, bajo la conducción del Director Provincial de Salud y en coordinación con los órganos especializados responsables según el marco legal y reglamentario vigente. 10.1.2.- Se ha desarrollado mecanismos adecuados y expeditos de información y comunicación, en situaciones de desastre, entre los comités y el nivel central de la SESPOAS; a través de las Direcciones Provinciales de Salud. 10.1.3.- En coordinación con ONAMET y el COE se ha definido y desarrollado las capacidades de las Direcciones provinciales de Salud para actuar en la mitigación en situaciones de desastre. 10.1.4.- Se mantienen planes actualizados y realistas de preparativos para situaciones de desastre, en todos los establecimientos y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. 10.1.5.- El personal de las Direcciones Provinciales de Salud y de los establecimientos hospitalarios y centros primarios, ha sido capacitado y periódicamente actualizado, al menos una vez cada dos años, sobre la respuesta sanitaria en situaciones de desastres. 10.1.6.- Se ha establecido un fondo presupuestario, debidamente identificado administrativamente, para fortalecer los preparativos y apoyar las respuestas del Sistema Nacional de Salud en situaciones de desastre.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS (Año 2015)	INDICADORES DE RESULTADOS (Monitoreo y Evaluación)
	10.2. Se ha desarrollado una red de atención prehospitalaria de calidad para personas en situación de emergencia de salud.	10.2.1. Se ha desarrollado un sistema nacional y descentralizado de ambulancias y transporte de emergencia en salud que opera las 24 horas y todos los días, articulado a los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud. 10.2.2. Se ha capacitado e incorporado personal médico y paramédico especializado en asistencia prehospitalaria de acuerdo a protocolos estandarizados. 10.2.3. Se ha desarrollado mecanismos de apoyo y asesoría médica especializada a distancia, con adecuados medios de comunicación conectados al 911 y líneas propias de auxilio del Sistema Nacional de Salud. 10.2.4. Se ha desarrollado un sistema de regulación y control mediante los equipos y software adecuados, que asegura el adecuado control y funcionamiento de los traslados de pacientes en situaciones de emergencia. 10.2.5. Se ha desarrollado un sistema de registro, monitoreo y vigilancia sobre salud en emergencias y desastres, articulado con el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.
11. Desarrollo de la investigación aplicada al desarrollo del Sistema Nacional de Salud.	11.1. Existe una comunidad científica cuyas investigaciones aplicadas en salud pública y en investigación clínica contribuyen a los procesos de decisión en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.	11.1.1. La SESPAS ha definido y desarrollado una agenda prioritaria de investigaciones epidemiológicas, clínicas, sociales y administrativas para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. 11.1.2. La SESPAS; ha establecido alianzas estratégicas con la Secretaría de Educación Superior, las universidades, centros y equipos de investigación para el desarrollo de la agenda de investigaciones prioritarias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. 11.1.3. La SESPAS ha desarrollado y promovido mecanismos de estímulo y apoyo, por organismos nacionales e internacionales, que han contribuido al fortalecimiento de capacidades y la ejecución de investigaciones de acuerdo a la agenda prioritaria. 11.1.4. En todos los niveles del Sistema Nacional de Salud se propicia y favorece el desarrollo de investigaciones aplicadas al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a la agenda prioritaria.

VIII Proyectos
Estratégicos
del Plandes
2006-2015

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

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

IX Sobre el Financiamiento del Sistema Nacional de Salud y el Plan Decenal de Salud 2006-2015.

El gasto total en salud, a nivel nacional, ha aumentado progresivamente, incluso en los años críticos de 2003 y 2004, como puede observarse en el cuadro anexo, y para el año 2006 se calculó alrededor de RD\$ 243 mil millones⁸. Esto representó para ese año alrededor del 7.2 % del PIB.

El Gasto Público ese mismo año estuvo alrededor del 1.6 % del PIB, uno de los más bajos del continente. Mientras que el Gasto Familiar (llamado de bolsillo) representó para ese mismo año el 60.4% del Gasto Total. Aun cuando a partir del 2005 el Gasto Público en salud tiende a aumentar, aun no alcanza los niveles previos a los años críticos.

AGENTE FINANCIERO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD	6.2	6.9	6.7	6.7	7.1	7.2
AGENTES FINANCIEROS PÚBLICOS	2.0	2.3	1.7	1.3	1.6	1.6
SESPAS	1.3	1.4	1.1	0.8	1.0	1.0
OTROS AGENTES PÚBLICOS	0.7	0.9	0.6	0.5	0.6	0.6
AGENTES FINANCIEROS PRIVADOS	4.2	4.5	5.0	5.5	5.5	5.6
HOGARES	3.2	3.5	3.9	4.3	4.3	4.4
OTROS AGENTES PRIVADOS	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.3

FUENTE: ELABORADO POR MAGDALENA RATHE, FUNDACIÓN PLENITUD, EN BASE A DATOS DE LA SESPAS, ONAPRES, CNS - 2002, ENDESA 2002, ENCOVI 2004 Y BANCO CENTRAL DE LA RD.

La distribución de este gasto según sus fuentes, sin embargo, ha variado considerablemente en los últimos años. En primer lugar, es destacable que el Gasto Público ha sido menor que el Gasto Privado, y esta desproporción ha aumentado progresivamente, representando el Gasto Privado el 77.8% del Gasto Total para el 2006.

AGENTE FINANCIERO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
AGENTES FINANCIEROS PÚBLICOS	32.8	34.0	25.2	18.8	23.0	22.2
SESPAS	21.5	20.5	16.7	11.3	14.2	14.0
OTROS AGENTES PÚBLICOS	11.4	13.5	8.5	7.6	8.7	8.3
AGENTES FINANCIEROS PRIVADOS	67.2	66.0	74.8	81.2	77.0	77.8
HOGARES	51.6	50.7	57.8	63.0	59.9	60.4
OTROS AGENTES PRIVADOS	15.5	15.3	17.0	18.1	17.1	17.3

FUENTE: ELABORADO POR MAGDALENA RATHE, FUNDACIÓN PLENITUD, EN BASE A DATOS DE LA SESPAS, ONAPRES, CNS - 2002, ENDESA 2002, ENCOVI 2004 Y BANCO CENTRAL DE LA RD.

8 Rathe, Magdalena.- Estimaciones preliminares del Gasto Nacional en Salud. Fundación Plenitud. Santo Domingo enero 2008.

Esto se relaciona con el hecho de que solo el 22.5% de la población está cubierta por un seguro de salud⁹. En consecuencia, el gasto familiar mensual ha sido calculado en RD\$ 386,200.00. Es destacable que el 83% de este gasto familiar es realizado por personas que no poseen seguro médico. Del total del gasto familiar mensual en salud, el 7.3% corresponde pago por consultas, 6.9% por internamientos, 18.0% por estudios complementarios y el 67.7% corresponde a medicamentos¹⁰. Este alto gasto familiar, que constituye una importante barrera de acceso a servicios de calidad y un factor de exclusión social, no se limita a los servicios privados lucrativos. Se ha encontrado que por lo menos el 32.4% de quienes pagan servicios, lo hacen en establecimientos de la SESPAS¹¹.

En consonancia con el enfoque de equidad y de protección y coherencia social del PLANDES es necesario asegurar un adecuado financiamiento para el desarrollo integral del Sistema Nacional de salud, en sus diferentes componentes y funciones, y es necesario elevar progresivamente el Gasto Público en Salud y reducir progresivamente el Gasto Familiar.

De acuerdo al marco jurídico vigente, el Sistema Nacional de Salud tiene como principales fuentes de financiamiento: a) El Gasto Público, en el cual se incluye el Seguro Familiar de Salud, los aportes presupuestarios a la SESPAS y otros gastos por agentes públicos. b) El Gasto privado, en el cual se incluye el Gasto Familiar y el gasto de otros agentes privados.

9 SEEPYD. Unidad de Asistencia y Análisis Económico y Social.- Informaciones sobre el Aseguramiento en Salud de la Población Dominicana. 2007.

10 Idem.

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

9.1 El Seguro Familiar de Salud.

En el año 2001 fue promulgada la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01), la cual contempla tres regímenes de financiamiento y un solo Plan Básico de Salud para todos los afiliados y beneficiarios. El régimen subsidiado está dirigido a incorporar a las familias cuyos ingresos no provienen de salarios y son menores al salario básico promedio nacional. El régimen contributivo incorpora a las familias cuyos ingresos son salariales y superiores al salario mínimo promedio nacional, y el régimen contributivo-subsidiado debe incorporar a familias cuyos ingresos no son salariales (sector informal) pero son superiores al salario básico medio nacional.

Se asume que para el año 2015 el 100% de la población dominicana deberá estar incorporada al Seguro Familiar de Salud (SFS). Se ha considerado que todos los aportes al SFS constituyen Gasto Público, debido a que los mismos son legalmente obligatorios, son recabados y asignados por instituciones públicas (/tesorería de la Seguridad Social), mediante regulaciones establecidas por un órgano público (Super Intendencia de Salud y Riesgos Laborales) y debido a que el SFS forma parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social, el cual constituye un sistema de protección social de carácter público y además considerado de alta prioridad pública cuya misión básica es la redistribución social de los riesgos financieros en salud (protección social de la salud).

Para estimar y proyectar los gastos correspondientes al Seguro Familiar de Salud, se ha elaborado un escenario con los siguientes supuestos:

- a) El gasto público por concepto del Plan Básico de Salud en el Régimen Subsidiado fue calculado con los siguientes supuestos:
 - a. El aporte del Estado, vía la Tesorería de la Seguridad Social, de acuerdo al per cápita de RD\$ 2,176.00 establecido por el Consejo Nacional de la Seguridad Social¹².
 - b. Los aportes del Estado, vía presupuesto de la SESPAS para la Red de Servicios de Atención a las Personas. Se consideró que dichos servicios están dirigidos predominantemente a la población potencialmente beneficiaria del régimen subsidiado. Por lo tanto se calculó el per cápita aportado por esta vía dividiendo dichos recursos entre la población blanco de dicho régimen, lo que se traduce en un aporte per cápita de RD\$ 2,403.37, para el año 2006. Para el 2007 se asumió la misma cifra, por no disponer de los datos correspondientes. El per cápita de este régimen para el 2007 fue calculado de esta forma en RD\$ 4,579.37.

Para el año 2010 se habrá cubierto al menos el 60% de la población blanco de este componente y para el 2015 el 100%. Es decir, se consideró además que la población blanco

del régimen subsidiado se reducirá progresivamente del 41% de la población total para el 2007, al 22%, asumiendo que se cumplirán las Metas del Milenio sobre reducción de pobreza para el 2015.

Gastos estimados por Seguro Familiar de Salud (RD\$)								
Según régimen de aseguramiento. República Dominicana 2007, 2010 y 2015								
RÉGIMEN	2015			2010			2007(2006)	
	Población incorporada	per cápita	Gasto*	Población incorporada	per cápita	Gasto*	Población estimada	per cápita
Régimen Contributivo	5,248,267	10,416.0	54,666	4,447,967	8,332.80	37,064	4,059,637	7,440.00
Régimen Subsidiado	2,309,237	6,411.07	14,805	2,075,717	5,128.37	10,645	3,782,844	4,579.37
Régimen Contributivo subsidiado	2,939,029	6,411.07	18,842	1,976,874	5,128.37	9,461	1,383,967	4,579.37
TOTAL	10,496,535	-----	88,313	9,884,371	-----	57,703	9,226,449	-----

* MILLONES DE RD\$
ESTIMACIONES POR IDESARROLLO A PARTIR DE INFORMACIONES DE: SESPAS, UNIDAD DE CUENTAS NACIONALES Y RATHE, MAGDALENA, FUNDACIÓN PLENITUD.

12 CNSS.- Resolución 51-06 del 30 de octubre 2002.

- b) El gasto público por concepto del Plan Básico de Salud del Régimen Contributivo fue calculado considerando que:
- La población incorporada al sector formal de la economía se elevará progresivamente del 46% actual al 50% del total de la población para el 2015.
 - Toda la población vinculada al sector formal será incorporada al Seguro Familiar de Salud.
 - El per cápita actual corresponde al establecido por la SISALRIL en su Resolución 147-07 se mantendrá, y solo se elevará de acuerdo a la inflación, la cual ha sido estimada alrededor del 4% anual en promedio. Esta decisión responde a que se considera que el actual per cápita (con excepción del aumento correctivo de la inflación) podría tender a estabilizarse cuando se desarrolle el primer nivel de atención en la red de servicios privados y se apliquen las medidas correctivas y regulatorias correspondientes sobre la disponibilidad y acceso de medicamentos básicos.
- c) El gasto público por concepto de Plan Básico de Salud del Régimen Contributivo-Subsidiado, fue calculado asumiendo:
- La población a ser incorporada corresponde a la que no estará vinculada a los dos regímenes anteriores.
 - El per cápita será similar al del régimen subsidiado (total de sus dos componentes).
 - Para el 2010 se habrá incorporado el 60% de la población blanco estimada para ese año, y el 100% para el 2015.

9.2 La Salud Colectiva, la Rectoría y la infraestructura.

Por su parte los costos de desarrollo del subsistema de salud colectiva han sido calculados en el 0.53% del PIB, promedio anual para el período 2006-2015¹³, considerando las estrategias definidas, los procesos de desconcentración y la cobertura necesaria en la población objetivo. Estos cálculos consideran las Metas y estimaciones de costos para alcanzar las Metas del Milenio en Salud¹⁴, así como las estimaciones de gasto establecidas para las estrategias de prevención y control de HIV/SIDA, y de los principales problemas de salud. Incluyen además un estimado de los gastos por concepto de la promoción de la salud y de la prevención y control de los problemas

de salud que constituyen nuevos desafíos para el Sistema Nacional de Salud, tal como han sido identificados en la primera parte del PLANDES.

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

Los costos de mantenimiento y construcción de nueva infraestructura de la Red Única de Servicios Públicos de salud, han sido calculados por la COPDES, aplicando una metodología validada internacionalmente para Metas del Milenio, y las más recientes evaluaciones disponibles sobre el estado y necesidades de infraestructura de salud, en alrededor del 1.09 % del PIB promedio anual, hasta el 2015¹⁵.

13 Castellanos Pedro L.- Informe de consultoría Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud. Informe "Consultoría para apoyar la separación de funciones de la salud colectiva y su costeo 2006-2015". Santo Domingo julio 2005.

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

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

9.3 Otros gastos de Atención a las Personas.

A medida que avance la incorporación de la población al Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud, deberá producirse un desmonte paulatino de los recursos presupuestarios asignados a la SESPAS para la atención a las personas.

Si bien la mayor parte del Gasto Público para atenciones personales de salud deberá ser cubierto vía el aseguramiento universal de la población, siempre permanecerán gastos por este concepto que deberán ser asignados a la SESPAS por vía presupuestaria. Estos gastos corresponden a las necesidades de atención de personas no incorporadas al Seguro Familiar de Salud, a servicios y prestaciones que no estén incluidas en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, y a

gastos correspondientes a servicios y actividades de fortalecimiento de la Red de Servicios Públicos de Salud no imputables directamente al costo de las atenciones individuales ni a los de Rectoría, tales como capacitación, apoyo técnico, desarrollo de consorcios y procesos interinstitucionales, formulación de normas y protocolos clínicos, gestión administrativa y otras correspondientes a las responsabilidades de la Subsecretaría de Atención a las Personas.

Considerando la ejecución presupuestaria de la SESPAS el año 2006^{16/17}, se ha estimado que estos gastos podrían corresponder aproximadamente entre el 15% y el 20% del gasto total estimado por el régimen subsidiado, al menos hasta el año 2015.

9.4 Otros gastos públicos.

Considerando posibles omisiones o errores de estimación se ha incluido un 1% del total de gasto público estimado, que podría asignarse a otros objetos de gasto no considerados en estas estimaciones, tales como financiamiento de la DIDA y otros órganos del SDSS en las Cuentas Nacionales.

17 SESPAS. Unidad de Cuentas Nacionales. Ejecución Presupuestaria por Programas de la SESPAS 2001-2006. Santo Domingo 2007.

18 SESPAS: Unidad de Cuentas Nacionales. Gasto en salud de la SESPAS por objeto. Años 2003-2006. Santo Domingo 2007.

9.5 La inversión pública total en salud.

De acuerdo a los parámetros y estimaciones mencionadas, se ha calculado que el Gasto Público Total del país, en el contexto del PLANDES, para el año 2015 debería estar alrededor del 5.44 % del PIB. Como meta intermedia se ha calculado alrededor de 5.37% del PIB para el año 2010. Para el 2015, alrededor del 5% del PIB debería ser gasto público y entre el 1 y 2% del PIB como gasto privado. Esta elevación progresiva del Gasto Público permitirá una reducción igualmente progresiva del Gasto Familiar al mismo tiempo que se asegura un financiamiento adecuado para el desarrollo integral del Sistema Nacional de Salud.

Considerando que para el año 2006 el Gasto Privado representó el 77.8% del total del gasto en salud, y que el gasto familiar fue de RD\$ 146.8 mil millones, el 4.4% del PIB y el 60.4% del Gasto Total en salud, se asume como razonable y necesario que el gasto privado se reducirá por lo menos en un 50% para el 2015, para representar alrededor del 30% del Gasto Total en salud del país, alrededor de RD\$ 45,849.62 millones, y que el gasto familiar se reducirá hasta un 13% del total, alrededor de RD\$ 19,868.17. Este Gasto privado debería estar representado básicamente por las pólizas complementarias de seguros que voluntariamente fueran asumidas por la población para obtener servicios no incluidos en el Plan Básico de Salud, y algunos gastos complementarios realizados a nivel familiar, como los copagos regulados por el SDSS entre otros.

Con estos parámetros de estimación, el Gasto Total en salud a nivel nacional para el año 2015, estaría alrededor de RD\$ 152,832.06 millones, lo que representaría alrededor del 7.7 % del PIB estimado para el 2015. Esta cifra es muy cercana al actual Gasto Total en Salud en el país (7.2% del PIB), pero su composición por fuente de financiamiento y por objetos gastos según programas habrá variado sustancialmente en coherencia con la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud planteada en el PLANDES, sobre la base de la cobertura universal del Seguro Familiar de Salud, del desarrollo de la Red de Servicios Públi-

CONCEPTO	2010*		2015*	
	RD\$ millones	% PIB	RD\$ millones	% PIB
Seguro Familiar de Salud	57,703	3.60	88,312.96	4.49
Salud Colectiva	4,710.00	0.30	10,419.72	0.53
Rectoría	1,570.00	0.10	1,965.98	0.10
Atención a Personas (SESPAS)	3,548.35	0.22	2,960.93	0.15
Infraestructura	1,711.40	1.09	2,142.90	1.09
Otros	942.04	0.06	1,179.95	0.06
TOTAL	70,184.79	5.37	106,982.44	5.44

FUENTE: CALCULADO POR IDESARROLLO CON BASE EN LAS PREMISAS SEÑALADAS EN EL TEXTO.
* CALCULADO CON BASE EN UN PIB 2010 DE 1,570,080,157 Y 2015 DE 1,965,985,216. ESTIMACIONES REALIZADAS POR RATHÉ MAGDALENA. FUNDACIÓN PLENITUD, CONSIDERANDO INFORMACIONES DEL BANCO CENTRAL Y UN CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL DEL 4.6% DEL PIB.

cos de Salud, del fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y del primer nivel de atención, y con el fortalecimiento de la Rectoría pública, de la Salud Colectiva, la participación social y el enfoque de género, así como con una gestión mas adecuada de los recursos humanos, con el desarrollo de la carrera sanitaria y la carrera administrativa.

Agente financiero	2006		2010		2015	
	RD\$	%	RD\$	%	RD\$	%
Agentes públicos	19,154.32	22.2	70,185	50.0	106,982.44	70.0
SESPAS	11,974.49	14.0	12,482	8.9	18,669.48	30.0
Seguro Familiar	7,182.87	8.3	57,703	41.1	88,312.96	40.09
Agentes privados	67,040.11	77.8	70,185	50.0	45,849.62	30.0
Hogares	52,674.37	60.4	46,322	33.0	19,868.17	13.0
Otros privados	15,562.88	17.3	23,863	17.0	25,981.45	17.0
TOTAL	86,194.43	100.0	140,370.0		152,832.06	100.0
Per cápita (unidades)	9,342	----	14,201.2	----	14,560.3	---

FUENTE: CÁLCULOS DE IDESARROLLO A PARTIR DE INFORMACIONES DE SESPAS; UNIDAD DE CUENTAS NACIONALES Y MAGDALENA RATHÉ, FUNDACIÓN PLENITUD.

9.6 La distribución del Gasto Público en Salud por programas.

Como ha quedado consignado entre los contenidos del PLANDES, se ha considerado que por lo menos el 20% del gasto público del Estado deberá consignarse para el desarrollo de la Salud Colectiva, es decir las intervenciones de promoción de la salud, y de prevención y control de los problemas prioritarios de salud en las poblaciones. Dentro de esta asignación se ha considerado los aportes requeridos para el fortalecimiento y desarrollo de las Direcciones Provinciales de Salud, considerando que las acciones y recursos de Salud Colectiva serán progresivamente desconcentrados hacia las DPS.

Así mismo, se considera que del total del gasto público asignado a los servicios de atención personal de salud, por lo menos el 30% deberá dedicarse al fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención, a fin de que puedan elevar progresivamente su capacidad de resolución y desarrollar estrategias integrales de Atención Primaria de Salud, con base poblacional y cobertura universal.

Se espera que al concluir la ejecución del PLANDES, el primer nivel de atención tanto en el subsistema público como en el privado, esté en capacidad de cubrir toda la población con acciones de promoción, prevención y control, y de resolver alrededor del 70% al 80% de la demanda espontánea de atención.

X La Cooperación Internacional en el Desarrollo del Sistema Nacional de Salud

Los aportes de la cooperación internacional, tanto técnicos como financieros son considerados de gran importancia y como indispensables para que puedan cumplirse el propósito y los objetivos del PLANDES y el desarrollo del Sistema nacional de Salud. La cooperación nacional aporta al país recursos financieros, pero sobre todo recursos técnicos y la posibilidades de intercambiar experiencias y conocimientos con especialistas de diferentes otros países, lo que enriquece los procesos nacionales. Sin embargo, no siempre el país ha estado en condiciones de obtener el mejor provecho de estos aportes y capacidades en el campo de la salud y la calidad de vida.

La cooperación internacional, multilateral y bilateral, puede hacer aportes fundamentales en el fortalecimiento de las capacidades para ejecutar mejor el PLANDES y lograr los resultados previstos.

Si bien cada organización internacional tiene sus propios procesos de planificación y programación que el PLANDES un debe suplantar. El PLANDES representa una oportunidad de fortalecer la coordinación entre los diferentes entes de cooperación internacional, asegurando la direccionalidad en el proceso de desarrollo del Sistema Nacional de Salud. Disponer de prioridades claramente definidas, así como de objetivos estratégicos, resultados e indicadores que permitan monitorear y evaluar la ejecución, deberá favorecer los procesos que en cada organismo internacional han sido establecidos para la elaboración de su programación específica de cooperación, fortaleciendo las capacidades de diálogo entre dichos organismos y las autoridades nacionales. Lograr coincidir las agendas a partir de las prioridades nacionales en salud y calidad de vida requiere con frecuencia un esfuerzo sostenido de ambas partes, que deberá verse facilitado y favorecido con el PLANDES.

El PLANDES ha surgido de un importante esfuerzo técnico, en el cual participaron la mayoría de los más calificados técnicos del país, en dos periodos de Gobierno. El hecho de que el proceso trascendiera y tuviera continuidad más allá de los tiempos de una gestión de gobierno es también una fortaleza de este instrumento de gestión estratégica en salud.

Pero además, el PLANDES, en cumplimiento del mandato legal y reglamentario, ha sido sometido a un intenso proceso de consultas y de construcción de consensos en el seno de la sociedad y sus organizaciones, comenzando por el Consejo Nacional de salud, pero incorporando a miles de personas y organizaciones a nivel de todo el territorio nacional y destacando un nuevo rol de las autoridades municipales. El amplio consenso construido alrededor del PLANDES es una garantía de sostenibilidad y continuidad en la ejecución del mismo más allá de los cambios que pudieran acontecer en los equipos directivos de la salud o en el Gobierno.

En el período 1997-2000, la cooperación internacional registrada (no reembolsable y préstamos) aportó un promedio anual de US\$ 14 millones. Parece razonable asumir que estas niveles se podrán mantener e incluso incrementar a lo largo del período del PLANDES, si se asume que la economía retomará los niveles de crecimiento que han sido habituales en los últimos quinquenios. Sin embargo, estos aportes se han reducido en los últimos años y en la medida que el PIB per cápita se incremente será cada vez más difícil asegurar estos niveles de cooperación financiera en el campo de la salud, salvo la vía del endeudamiento. Por lo tanto, se requerirá una política agresiva de captación de fondos internacionales no reembolsables y de negociación de préstamos para apoyar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

Este esfuerzo intensivo de captación de cooperación financiera internacional reembolsable y no reembolsable, deberá complementarse con un esfuerzo de similar intensidad para incentivar y orientar la cooperación técnica internacional (no financiera) hacia los objetivos y resultados del PLANDES. La cooperación internacional se considera que aportaría un importante valor agregado en el fortalecimiento técnico y desarrollo de los procesos del Sistema. Para esto, deberá fortalecerse la capacidad de negociación de la SESPAS, con base en el PLANDES y sus objetivos estratégicos, así como fortalecer los esfuerzos de programación compartida de la cooperación, en conjunto con las organizaciones multilaterales y bilaterales con mandatos en el campo de la salud y la calidad de vida.

XI ANEXO. **Metodología de Elaboración del Plandes**

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

1.4.1. Metodología de elaboración de la versión preliminar 2004.

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

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

El conjunto de los contenidos fueron organizados en tres documentos: a) El Plan Nacional Decenal de Salud 2004-2014, versión preliminar, b) Propuesta de Estrategias para la Ejecución del Plan Nacional de Salud y c) Propuesta Metodológica para el Mercadeo del Plan Nacional Decenal de Salud, los cuales fueron publicados en forma conjunta¹⁸.

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

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

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

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

¹⁸ SESPAS.- Plan Nacional Decenal de Salud 2004-2014. Santo Domingo agosto 2004.

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

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

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

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

Los principales documentos considerados en este análisis de concordancia, además de la versión preliminar del Plan Nacional Decenal de Salud 2004, fueron los siguientes: Ley 42-01 y sus Reglamentos, Ley 87-01 y sus Reglamentos, Agenda Estratégica para la Reforma del Sector Salud 2004, Acuerdo Marco de Compromiso Institucional para Acelerar la Reforma del Sector Salud, Informe Nacional 2005 sobre Objetivos y metas del Milenio, Decreto Presidencial N° 1522-04 sobre Desarrollo de las Redes de Servicios, Dis-

posición Administrativa N° 00024-05 sobre el desarrollo de las redes de servicios, Disposición Administrativa N° 00023-05 sobre Salud Colectiva, la Disposición Administrativa N° 00015-2005 sobre el desarrollo de las Direcciones Provinciales de Salud y los Lineamientos de Política de Desarrollo del Secretariado Técnico de la Presidencia^{19/20}.

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

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

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

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

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

a) Primera etapa: Revisión y actualización técnica del PLANDES con consultas a informantes clave

La primera etapa, se desarrolló a lo largo de 4 meses, y estuvo focalizada a consultas de informantes clave, para lo cual se elaboró un documento de trabajo sobre los Lineamientos Estratégicos para el Plan Decenal de Salud 2006-2016²¹ y las correspondientes guías orientadoras de la consulta. El documento incluyó una propuesta de revisión del propósito, objetivo general y objetivos los objetivos específicos, así como de los proyectos estratégicos del Plan. Estos lineamientos, conjuntamente con la versión preliminar 2004 fueron presentados ante el Consejo Nacional de Salud el 8 de agosto 2006 y fueron sometidos a consulta en 13 talleres a nivel nacional y de las diferentes regiones del país, en los cuales participaron 640 diferentes técnicos informantes clave, tanto de la SESPAS, como del Consejo Nacional de Salud, organizaciones de la sociedad civil, gremios, técnicos de salud de partidos políticos que tienen Comisión de Salud, Facultades y Escuelas de Medicina, cooperación internacional y especialistas en género de toda la geografía nacional. El resultado de éste proceso, fue un documento actualizado y de amplio consenso técnico.

Con el producto de las consultas a informantes clave se elaboró la versión actualizada del PLANDES, la cual fue presentada nuevamente al Consejo Nacional de Salud y presentada públicamente en el mes de noviembre del año 2006. Esta versión fue la base para la consulta ampliada y movilizadora de la segunda etapa.

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

b) Segunda etapa: Movilización nacional para la participación, consenso y compromiso con el PLANDES

Esta etapa tuvo como propósito contribuir a la producción de un acuerdo nacional para transformar el sistema nacional de salud en la República Dominicana, mediante

procesos de participación social, que facilitarían un debate con todos los actores que convergen en espacios sectoriales, políticos, temáticos y territoriales, en interés de la construcción y apropiación colectiva de los postulados del PLANDES, apuntando al fortalecimiento de los espacios locales de participación social.

La metodología general diseñada para lograr el proceso de movilización y concertación, consideró seis (6) tipos básicos de consultas, las cuales fueron ejecutadas durante el período julio 2007-febrero 2008.

a) Consultas con las instancias establecidas en la Ley General de Salud.

La elaboración del Plan Nacional de Salud y la Carta de Prioridades, así como su presentación a consideración del Consejo Nacional de Salud, constituyen responsabilidades específicas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a la Ley General de Salud²², como parte de sus funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud²³. De acuerdo a la mencionada Ley, el Consejo Nacional de Salud es el “espacio de concertación para la formulación de la política de salud”, es la “expresión nacional de la cogestión de la salud pública”²⁴.

Durante todo el proceso de movilización y concertación, se llevaron a cabo reuniones de coordinación y trabajo técnico, con las siguientes instancias:

- Consejo Nacional de Salud
- Personal del Nivel Central de SESPAS
- Directores Regionales, Provinciales y de Área de SESPAS
- Reuniones de Trabajo de la Comisión Interinstitucional responsable técnica del proceso.

b) Consulta Política.

Esta consulta estuvo dirigida a actores claves del liderazgo político nacional relacionados con el sector salud, fundamentalmente por su capacidad de decisión sobre lo que habrá de hacerse en los próximos años en esta materia y de manera especial, con relación a la ejecución del PLANDES. Se desarrollaron dos actividades bajo esta modalidad de consulta;

- Consulta con un Grupo, denominado inicialmente Grupo Con-

²¹ “Lineamientos Estratégicos para el Plan Decenal de Salud 2006-2015”. Borrador de trabajo de la Comisión del PLANDES. Santo Domingo junio 2006.

²² Ibidem.

²³ Ídem. Artículo 8.

²⁴ Ibidem. Artículo 15 y artículo 16.

sultivo del Proceso, integrado por personalidades invitadas nacionales reconocidas del campo de la salud, con vinculación y/o militancia y liderazgo a lo interno de los tres principales partidos políticos y partidos emergentes.

- Una reunión con Autoridades Locales, convocada como parte de la alianza establecida por la SESPAS y CEGES/INTEC con la Federación Dominicana de Municipios (SESPAS), en el marco del acuerdo de colaboración suscrito entre SESPAS y FEDOMU, a raíz de las situaciones de desastres ocasionadas por las tormentas Noel y Olga, con el objetivo de enfrentar las mismas y fortalecer en cada municipio los equipos de promoción de salud y la estrategia de Municipios Saludables, así como el proceso de descentralización de la salud y las competencias que la Ley 176-07 otorga a los gobiernos locales. Durante una reunión del Consejo Directivo de FEDOMU se hizo una presentación del proceso de consultas, se distribuyó el material clave sobre las mismas y se motivó la participación y coordinación activa de síndicos(as) en las 32 consultas.

Por razones tiempo y la situación creada por el paso de las tormenta Noel y Olga, no pudieron efectuarse dos actividades previstas dentro de esta modalidad de consultas:

- Mesa del liderazgo nacional en materia de salud, con la participación de las máximas autoridades y técnicos del sector salud de los partidos políticos reconocidos por la Junta Central Electoral. Serían invitados los Presidentes, los Secretarios Generales y los Coordinadores de área de salud de cada partido.
- Encuentro con Legisladores. Los invitados sería los Presidentes de ambas Cámaras y los miembros de sus Comisiones de Salud. Con la finalidad de facilitar la asistencia y participación se llevaría a cabo en la sede del Congreso, preferiblemente un día que no haya sesión de las Cámaras, pero sí de sus Comisiones de Trabajo.

c) Consultas Sectoriales.

- Reunión con el Sector Sindical: Se llevó a cabo una reunión con el Sector Sindical, en coordinación con el Consejo Nacional de Unidad Sindical.

d) Consultas Temáticas.

En un mismo evento, celebrado el 23 de enero del 2008, se estructuraron 10 mesas de trabajo, sobre los 5 objetivos estratégicos y los 4 objetivos transversales del PLANDES, así como mesas especializadas sobre los temas: Salud y Medioambiente, Prevención de Desastres y Cooperación Internacional. En esta actividad participaron 148 personas

representativas de organizaciones gubernamentales, de la sociedad civil especializadas en los temas de salud y seguridad social, las agencias de cooperación internacional, prestadores de servicios de salud y sectores productivos relacionados, así como universidades.

e) Consulta abierta.

Dirigida al público en general para motivarle para que a través de la página Web de la SESPAS y el correo normal o electrónico, hicieran haga llegar sus sugerencias con respecto al PLANDES.

f) Consultas Municipales.

Se organizaron y llevaron a cabo 34 consultas, un mismo día, sábado 9 de febrero del 2008, en los 32 municipios cabecera de igual número provincias y dos consultas en municipios de la Provincia Santo Domingo. En estas consultas, participaron 1,600 personas, representantes de instituciones y organizaciones sociales, autoridades locales y de SESPAS de todos los municipios.

Esta acción de alcance nacional fue posible gracias a la coordinación establecida por La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), CEGES/INTEC la Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU), el Foro Ciudadano, la Fundación Solidaridad, la Asociación Para el Desarrollo de la Provincia Espaillat y la Comunidad Cosecha. Foro Ciudadano, a través de su Mesa de Políticas Sociales, coordinó la articulación de 18 organizaciones miembros de este espacio de articulación, que fueron las responsables de convocar y llevar a cabo 23 de las 32 consultas municipales.

Como parte del proceso de organización de las consultas, el Equipo Técnico de CEGES/INTEC/IDESARROLLO, diseñó y llevó a cabo un Taller de Formación de Facilitadores y Promotores de las Consultas Municipales, llevado a cabo en octubre del 2007, a través del cual, estas personas fueron familiarizadas con el contenido del PLANDES, la metodología de organización y conducción de las consultas municipales, y apropiadas de toda la información clave ejecutar las consultas municipales.

Una vez finalizadas las consultas municipales, las y los participantes seleccionaron un Comité de Seguimiento Municipal, y dentro de este, tres representantes por Municipio, para el acto de entrega del documento actualizado.

