



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

**EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE
LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD
PÚBLICA EN REPÚBLICA DOMINICANA
PERIODO 2021 - 2023**

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA



EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN REPÚBLICA DOMINICANA PERIODO 2021- 2023

República Dominicana
Agosto, 2023

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas





© **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Título original

Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana
Periodo 2021- 2023

Coordinación editorial

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Formato gráfico

Emmanuel Trinidad. Dirección de Normas, Guías y Protocolos. MISPAS

eISBN: 978-9945-644-20-3

Primera Edición

Agosto, 2023

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Daniel Enrique de Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministra de Asistencia Social

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE FESP

Dr. Ricardo Elías Melgen. Director de Salud de la Población
 Dra. Elsa Camilo Amarante. Encargada de Curso de vida
 Dra. Andelys de Rosa. Encargada de Enfermedades No Transmisibles
 Dra. Raquel Ozuna Rosario. Coordinadora de Monitoreo & Evaluación de Salud de la Población
 Lcdo. Stefano Todde. Gerente de Proyecto del Viceministerio de Salud Colectiva

EQUIPO ASESOR

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), sede República Dominicana
 Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), sede Washington
 Dra. Roger Montes. Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS RD
 Dra. Michelle Jiménez. Consultora OPS/OMS RD

EQUIPO REVISOR

Viceministerio de Salud Colectiva

Dra. Yocastia de Jesús Arambales. Directora General de Salud Colectiva

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas Guías y Protocolos
 Lcda. Anel Payero González. Coordinación Técnico Legal
 Dra. Ibsen Veloz Suarez. Departamento de Reglamentación Sanitaria
 Lcda. Dayanara Lara Vittini. Departamento de Documentos Técnicos Sanitarios
 Sr. Emanuel Trinidad Polanco. Formato Gráfico/ Coordinación Administrativa

EQUIPO COORDINADOR DE FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD

FESP 1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud

Dr. Francisco Torres. Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios y Establecimientos de Salud
 Lcda. Lidia Nina. Dirección de Análisis de la Situación en Salud

FESP 2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias

Dr. José Luis Cruz Raposo. Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis
 Lcda. Ramona Núñez Camarena. Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría
 Dra. Venecia Ramírez. Dirección de Epidemiología

FESP 3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud

Dr. Nelson Martínez Rodríguez. Dirección de Investigación en Salud

FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población

Dra. Andelys Virginia de la Rosa. Departamento de Enfermedades No Transmisibles
 Dra. Elsa Camilo Amarante. Departamento de Curso de vida
 Dra. Indhira Guillen. Departamento de Formulación de Políticas Sectorial

FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia

Lcda. Ramona Núñez Camarena. Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría
 Lcda. Carol Martínez. Dirección de Apoyo y Desarrollo de Promoción y Educación en Salud

FESP 6. Desarrollo de recursos humanos para la salud

Lcda. Nuranny Reyes. Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo en Salud
 Dra. Claudia Bautista. Consultora Recursos Humano en Salud
 Dra. Mayra Toribio. Consultora del Ministerio de Administración Pública

FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces

Dra. Elsa Camilo Amarante. Departamento de Curso de vida
 Dra. Andelys Virginia de la Rosa. Departamento de Enfermedades No Transmisibles

FESP 8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo

Lcda. Karina Reyes. Gerente de proyectos de CDC para la Salud Colectiva

FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad

Dr. José Manuel Puella. Asesor del Viceministerio de Salud Colectiva
 Dra. Marina Castellanos. Departamento de Salud Ocupacional

FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables

Dra. Raquel Ozuna. Dirección de Salud de la Población
 Dra. Marina Castellanos. Departamento de Salud Ocupacional

FESP 11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

Dra. Raquel Ozuna. Dirección de Salud de la Población
 Dra. Carol Martínez. Dirección de Apoyo y Desarrollo de Promoción y Educación en Salud

SECTORES EXTERNOS PARTICIPANTES

- Ministerio del trabajo de Trabajo: Seguridad y Salud Ocupacional
- Ministerio de Agricultura de la Republica Dominicana
- Dirección General de ganadería (DIGESA): Departamento de Inocuidad Agroalimentaria
- Ministerio de Medio Ambiente (MMA)
- Servicio Nacional de Salud (SNS)
- Industria farmacéutica
- Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)
- Consejo Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS)

- Universidad Iberoamericana (UNIBE): Vicerrectoría de Investigación e Innovación de Santo Domingo
- Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM) Santiago: Centro de Investigación de Biología Molecular
- Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
- Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) Instituto de Investigación en Salud
- Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD): Instituto de Microbiología y Parasitología. Santo Domingo
- Centro de Investigación en Salud Dr. Hugo Mendoza (CENISMI)
- Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (HIRRCRD)
- Centro de Investigaciones Biomédicas y Clínicas Dr. Sergio Bencosme (CINBIOCL)
- Hospital Regional José María Cabral y Báez
- Instituto Dermatológico del Dr. Huberto Bogart Díaz
- Instituto Nacional de Investigación de Enfermedades Infectocontagiosas (INIEICONT): Unidad de Vacunas e Investigación
- Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART): Investigación y Gestión del Conocimiento
- Ministerio De Economía, Planificación Y Desarrollo (MEPYD)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)
- Sociedad Dominicana Infectología
- Laboratorio de Veterinaria Central (LAVECEN)
- Asociación Farmacéutica Dominicana
- Sociedad Dominicana Salud Ocupacional
- Ministro de Trabajo: Seguridad y Salud Ocupacional
- Servicio Nacional de Salud (SNS): Salud Ocupacional Recursos Humanos SNS
- Institucional del Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL): Gerente de Prevención
- Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD): Postgrado Salud Ocupacional
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
- Institucional del Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL): Departamento de Prevención
- Fonde de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la República Dominicana
- Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)
- Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)

Resolución Núm.0013-2023

Que aprueba y pone en vigencia los documentos normativos y técnicos sanitarios para diversos eventos clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, institución del Estado Dominicano, organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de Administración Pública Núm. 247, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012), y la Ley General de Salud Núm. 42-01, de fecha ocho (8) del mes de marzo del año dos mil uno (2001), inscrita bajo el número de Registro Nacional del Contribuyente (RNC) 4-01-00733-9, con domicilio social y oficina principal situado en la Avenida Héctor Homero Hernández esquina Avenida Tiradentes, Ensanche la Fe de esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana; debidamente representada por su señor Ministro, el **DR. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la Cédula de Identidad y Electoral Núm. 031-0096377-0, médico de profesión, con domicilio y residencia en la ciudad de Santiago de los Caballeros, ciudad de la República Dominicana.

Considerando (1): Que la Constitución de la República, dispone que: *“El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales”*.

Considerando (2): Que la salud es un bien de orden público y de interés social, un factor básico para el desarrollo de la persona, que constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por el Estado, en base a los principios y estrategias de universalidad, equidad, solidaridad, eficiencia y eficacia.

Considerando (3): Que el Estado debe garantizar el derecho a la salud integral de la persona, cuya protección será mediante la inclusión de medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades.

Considerando (4): Que los ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (5): Que la Ley General de Salud Núm. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social Núm. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, atribución que queda a cargo de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (6): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, a través de la mejora continua y la satisfacción de las



necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (7): Que una de la función Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del Sistema Nacional de Salud, establecida por la Ley General de Salud Núm. 42-01, en la letra g del artículo 14, es la de *“formular todas las medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes”*.

Considerando (8): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades, la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (9): Que, es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud, realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (10): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

Considerando (11): Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (12): Que la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

Vista: La Constitución de la República Dominicana, de fecha trece (13) del mes de junio de del año dos mil quince (2015).

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, Núm. 247-1 2, de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley General de Salud, Núm. 42-01, de fecha ocho (08) del mes de marzo del año dos mil uno (2001).



Vista: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Núm. 87-01, de fecha ocho (8) del mes de mayo del año dos mil uno (2001) y sus reglamentos de aplicación.

Vista: La Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo, Núm. 1 -1 2, de fecha veinticinco (25) del mes de enero del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, Núm. 166-12, de fecha diecinueve (19) del mes de junio del año dos mil doce (2012).

Vista: La Ley que crea el Servicio Nacional de Salud, Núm. 123-15, de fecha dieciséis (16) del mes de julio del año dos mil quince (2015).

Visto: El Decreto que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, Núm. 434-07, de fecha dieciocho (18) del mes de agosto del año dos mil siete (2007).

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley Núm. 42-01, General de Salud dicto la siguiente:

Resolución:

Primero: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoraría continua de la calidad de los servicios prestados.

Segundo: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Reglamento Técnico para la Gestión de Expediente Clínico.
2. Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
3. Guía de Atención a las Hepatitis Virales y sus Comorbilidades Asociadas al VIH.
4. Guía para el Diagnóstico, Manejo y Prevención de la Malaria en la República Dominicana.
5. Guía Práctica Clínica de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
6. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Cólera.
7. Guía Uso de Fluoruros para Control y Prevención de Lesiones de Caries Dental.
8. Protocolo de Estudio y Seguimiento del Donante Vivo Renal.
9. Protocolo de Realización de Biopsia Renal del Receptor de Trasplante Renal y del Donante Renal Cadavérico.
10. Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento del Mieloma Múltiple
11. Protocolo Linfoma No Hodgkin de Estirpe B en Adultos.
12. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Pediátricos.
13. Protocolo de Diagnóstico y Manejo de la Anemia Falciforme en Pacientes Adultos.

14. Protocolo de Manejo de Anemia Aplásica.
15. Protocolo Manejo Nutricional e Integral del Adulto Mayor.
16. Directrices Operativas para la Prevención y Control de Cólera en la República Dominicana.
17. Resumen de Recomendaciones Guía de Manejo de Enfermedad Renal Crónica Estadios 1 al 3A para la Atención de la Población Mayor de 18 Años en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en la República Dominicana.
18. Plan Estratégico Institucional 2021-2024.
19. Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, Periodo 2021- 2023
20. Evaluación de la capacidad de tecnología de apoyo de la República Dominicana, 2020-2021

Tercero: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud, la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

Cuarto: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

Quinto: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONG.

Sexto: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

Dada, en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, firmada y sellada a los veintinueve (29) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés 2023).



Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)

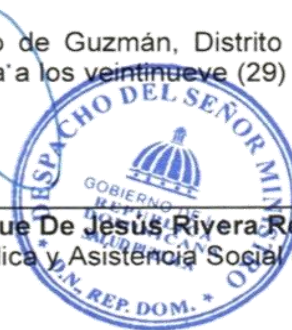


Tabla de Contenido

<i>Antecedentes y justificación</i>	14
<i>Metodología de trabajo</i>	18
<i>Presentación e interpretación de los resultados</i>	20
Fase 1: Análisis de situación y mapeo institucional	20
Contexto demográfico	22
Contexto económico y sociopolítico	23
Resultados Inmediatos	25
Resultados Intermedios.....	26
Resultados de Impacto.....	30
Caracterización del marco normativo y sistema de salud.....	32
Caracterización de los actores e instituciones según el sector y el subsistema de salud	34
Análisis de la capacidad de rectoría del MISPAS sobre actores e instituciones	40
Análisis de las barreras de acceso al sistema y los servicios de salud.....	43
Recomendaciones claves con potencial impacto en la dimensión de acceso	49
Fase 2: Medición de las capacidades institucionales	51
Resultados de la medición de las capacidades instaladas por fase del ciclo de políticas	53
Resultados de la medición de las capacidades institucionales por FESP	54
Ciclo de Políticas: Fase de Evaluación.....	57
Ciclo de Políticas: Fase de Desarrollo de Políticas	68
Ciclo de Políticas: Fase de Asignación de Recursos	76
Ciclo de Políticas: Fase de Acceso	87
Fase 3: Análisis de las brechas y elaboración del plan de acción.....	115
Tabla 11A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 1 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Evaluación.	117
Tabla 11B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 2 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Evaluación.	123
Tabla 11C. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 3 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Evaluación.	135
Tabla 12A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 4 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Desarrollo de Políticas.....	144

Tabla 12B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 5 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Desarrollo de Políticas.....	151
Tabla 13A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 6 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Asignación de Recursos.....	156
Tabla 13B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 7 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Asignación de Recursos.....	163
Tabla 13C. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 8 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Asignación de Recursos.....	167
Tabla 14A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 9 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso. ..	175
Tabla 14B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10A dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.	192
Tabla 14C. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10B dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.	196
Tabla 14D. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10C dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.	203
Tabla 14E. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10D dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.	207
Tabla 14F. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10E dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.	213
Tabla 14G. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 11 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.	217
<i>Logros alcanzados y principales desafíos</i>	226
<i>Limitaciones durante el proceso</i>	228
<i>Aproximaciones de implementación: Integración FESP y Plan Estratégico Nacional de Salud 2030</i>	229
<i>Conclusión</i>	233
<i>Referencias Bibliográficas</i>	234

Evaluación y fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, periodo 2021 – 2023

Antecedentes y justificación

Las Funciones Esenciales de Salud Pública Renovadas¹ (FESP) como marco de fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de las autoridades de salud de los países miembros de la Región, proponen un nuevo abordaje de once funciones esenciales el ejercicio efectivo de la salud pública organizadas en cuatro etapas del ciclo de políticas públicas, promoviendo así el quehacer interdisciplinario y multisectorial de las capacidades formales, estructurales, de desempeño y de supervisión de cada una de las funciones. El nuevo marco conceptual se desarrolla en el entendimiento de la situación de salud de la población, el marco institucional, las barreras de acceso y la medición de las capacidades institucionales para la identificación de brechas y la elaboración del plan de acción. Incluye los puntos de vista de actores de diferentes instituciones gubernamentales, de aportación capital privado, sin fines de lucro, académicas, profesionales y de la sociedad civil organizada. Esta visión integral e integrada de las funciones de la salud pública propuesta por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) representa una oportunidad para fortalecer los sistemas de salud de Las Américas y contribuir al logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, fundamentado en el principio: “No dejar a nadie atrás”.²

Las innovaciones principales del marco renovado de las FESP en Las Américas³ se fundamentan, en primer lugar, en el aseguramiento del acceso de la población a las acciones de salud tanto individuales como colectivas, en todos los niveles de intervención, ampliando así el campo de acción de la salud pública en sí misma y del accionar de la autoridad nacional de salud como organismo rector y de gobernabilidad de la salud de los países miembros. En segundo lugar, en el abordaje de las 11 FESP organizadas en un ciclo dinámico de evaluación, desarrollo de políticas asignación de recursos y acceso (ver figura 1), que garantiza que la toma de decisiones sea basada en la evidencia local y contextualizada, responda a necesidades reales, asigne los recursos humanos, financieros, tecnológicos, entre otros, necesarios para la implementación de las políticas, y provea los medios para el acceso de las personas y las comunidades a las intervenciones de un sistema de salud universal. A continuación, se listan las 11 FESP.

¹ *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

² UN. Principios Universales de la Agenda 2030. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>

³ *Idem 1*

- **FESP 1:** Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.
- **FESP 2:** La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
- **FESP 3:** Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.
- **FESP 4:** Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.
- **FESP 5:** Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.
- **FESP 6:** Desarrollo de recursos humanos para la salud.
- **FESP 7:** Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.
- **FESP 8:** Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.
- **FESP 9:** Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.
- **FESP 10:** Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.
- **FESP 11:** Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.

La Figura 1 muestra las 11 FESP enmarcadas en los cuatro componentes de ciclo de políticas de salud públicas: 1) evaluar el estado de salud de la población y los factores de la mala salud, 2) desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes, 3) asignar los recursos necesarios, y 4) garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública.

En República Dominicana, que no escapa a la realidad regional, la iniciativa de las FESP se viene impulsando desde hace más de una década; pero, a fin de enfrentar los desafíos del siglo XXI como lo ha fue responder a la pandemia por la COVID-19, surge la necesidad de revisar y actualizar el abordaje de las FESP, como una oportunidad de autoevaluación para la mejora continua. A finales del 2020, la República Dominicana, en su misión de mejorar la salud de todos los dominicanos con una visión de salud integral y participativa, expresó su intención de ser uno de los países pionero de la Región de las Américas en iniciar el proceso de evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública Renovadas (FESP) bajo el liderazgo del Viceministerio de Salud Colectiva y la conducción de la Dirección de Gestión de Salud de la Población y un equipo experto de puntos focales en las diferentes áreas de las FESP, y con el apoyo técnico del equipo de asesores y consultores de la OPS/OMS.

Este compromiso de las autoridades de salud en todos los niveles institucionales y con la participación de la sociedad civil se convertiría en una oportunidad irrepetible para garantizar la medición del ejercicio de las FESP, con la visión de ser utilizado como evidencia para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los

factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen impacto en la salud de la población de la República Dominicana.

Figura 1. Marco conceptual de la caracterización de las Funciones Esenciales de la Salud Pública Renovadas en el abordaje integrado de políticas de la salud pública



Fuente: Las once Funciones esenciales de Salud Pública (FESP) para la región de las Américas. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2020. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/fesp-diagrama-2020_0.jpg

Los objetivos del ejercicio de evaluación de las FESP en República Dominicana son:

1. Realizar un análisis de los aspectos institucionales, normativos y del sistema de salud que inciden en la formulación e implementación de las FESP, y que sirven de insumo para elaborar un plan de acción que fortalezca las áreas de acción de las FESP.
2. Proporcionar una visión general del contexto y el estado actual del sistema de salud, las prioridades de salud pública y la situación epidemiológica.
3. Identificar y comprender el entorno institucional, incluidos los actores, estructuras, actividades y barreras, así como los marcos legales, regulaciones, políticas y estructuras e instituciones de gobernanza que influyen en la gestión de la salud pública.

4. Identificar las iniciativas de políticas de salud actuales y sus resultados en términos de resultados inmediatos (recursos del sistema de salud) e intermedios (utilización y acceso a acciones y servicios de salud pública, incluyendo barreras de acceso y cuellos de botella).

Las primeras reuniones de trabajo encaminaron las capacitaciones preliminares, el plan de trabajo, y la conformación del equipo (Fase 0), consolidando esta etapa la publicación de la Disposición Ministerial No. 00001 de fecha 23/04/2021, mediante la cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) asume el ejercicio de evaluación de las FESP. En la actualidad, luego de dos años de trabajo arduo y constante, el equipo de la República Dominicana trabaja en el informe integrado final del ejercicio, siendo el primero preparado en Las Américas, por lo que este pretende servir de referencia a nivel regional, además de cumplir con la doble función de informar y motivar a la consideración del plan de acción como insumo relevante para avanzar el Plan Decenal de Salud de la República Dominicana y de otras políticas sanitarias sectoriales y multisectoriales.

Los hallazgos de todo el proceso se presentan en este *Informe Integrado de evaluación y fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, periodo 2021 - 2023*, el cual está dirigido a las autoridades nacionales de salud, incluyendo al Sr. Ministro de Salud, los Viceministros, Directores y Encargados de Departamentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), incluyendo las Direcciones Provinciales y de Área de Salud (DPS/DAS) como dependencias desconcentradas del Ministerio, así como otras autoridades claves en otras instancias vinculadas a las FESP, el Servicio Nacional de Salud (SNS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), Comité Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS), Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), Ministerio de Trabajo, Ministerio de Agricultura (MA), Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MMARN), Instituciones de Educación Superior (IES), Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL), agencias de cooperación internacional, con la finalidad de presentar de manera concisa y precisa el contexto y los elementos más relevantes del proyecto de medición y fortalecimiento de las FESP en la República Dominicana, y en consecuencia, pueda ser utilizado como insumo para la toma de decisiones políticas basadas en evidencia local, participativa y relevante.

De acuerdo con el Dr. Ernesto Bascolo, responsable de la agenda regional de cooperación técnica de la OPS para la evaluación y fortalecimiento de las FESP en la Región de Las Américas, y actualmente jefe interino de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, la coincidencia temporal de que un ejercicio de tanto valor para el MISPAS como la medición de las FESP ocurra de manera simultánea con el desarrollo de un plan nacional de salud es una oportunidad extraordinaria para cualquier país de la región, pues cuando medimos las FESP y analizamos el plan de acción para cerrar algunas de las brechas identificadas por los expertos, lo que estamos haciendo es interpelar la capacidad del estado para responder a los problemas de salud de la población a todos los niveles, por lo que este ejercicio tiene un valor fundamental, no sólo a

nivel de capacidades técnicas, sino también a nivel político para el MISPAS. En este sentido, la República Dominicana se constituye en pionera de la Región de las Américas en alinear e integrar la medición de las capacidades de las FESP al desarrollo concomitante e integrado del PLANDES.

Las FESP le representan al PLANDES un insumo insustituible como diagnóstico situacional y medición basal de indicadores propios a cada pilar del Plan, además de la propuesta de objetivos y acciones estratégicas para cerrar las brechas identificadas en las capacidades de la autoridad de salud para el ejercicio de las FESP. Además, la vinculación FESP-PLANDES se constituye en una oportunidad de gestionar el apoyo local e internacional para el desarrollo de proyectos dirigidos al fortalecimiento de las FESP y la salud de la población en sus diferentes aristas.

Metodología de trabajo

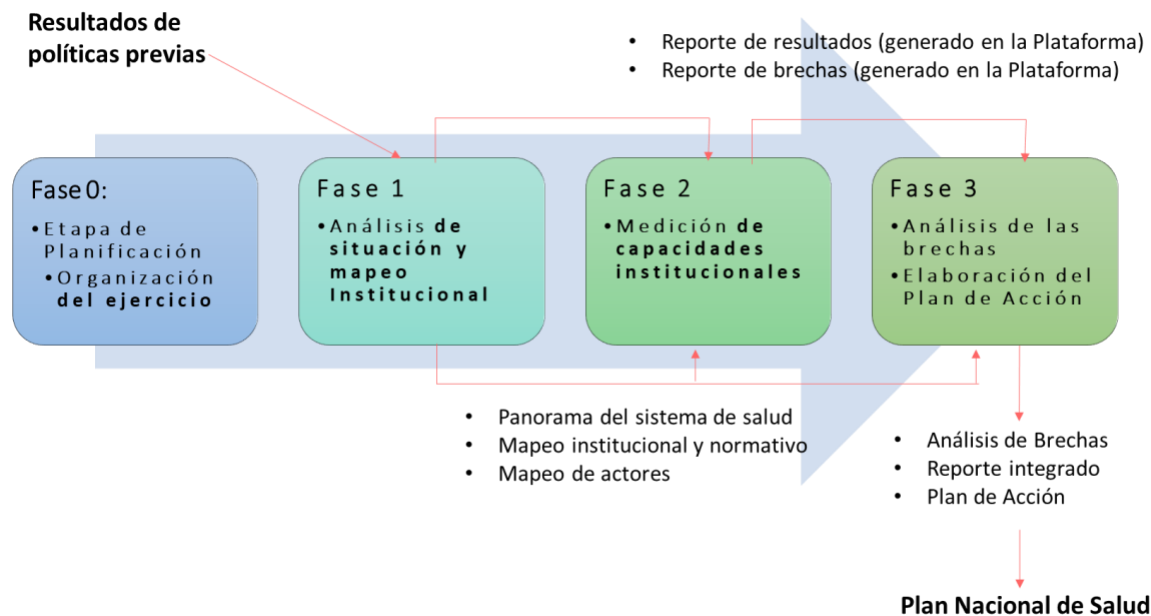
El proceso de la medición de las FESP incluye cuatro fases consecutivas e interdependientes. La **Fase 0, Etapa de Planificación**, tiene como finalidad la conformación del equipo gestor, la implementación de los talleres de sensibilización, la elaboración del plan de trabajo y la formalización del ejercicio por la autoridad nacional.

La **Fase 1, Análisis de situación y mapeo institucional**, permite la recolección y análisis minucioso de los indicadores nacionales (demográficos, económicos y sanitarios) y la descripción detallada de cada una de las FESP en las dimensiones del marco legal, actores e instituciones responsables, actividades, grado de relación entre los actores y las barreras en la práctica organizacional. La misma se fundamenta en el llenado de dos cuestionarios predeterminados, con alcance tanto cualitativo como cuantitativo.

Posteriormente, la **Fase 2, Medición de las Capacidades Institucionales**, permite la valoración participativa de las capacidades formales, estructurales, de desempeño y de supervisión del MISPAS para cada una de las 11 FESP, a través de la mirada y la experiencia de expertos en las temáticas en cuestión, tanto externos como internos a la autoridad nacional de salud. La misma finaliza con la generación de brechas, áreas a mejorar, y su contextualización.

Por último, la **Fase 3 de Análisis de Brechas y Elaboración del Plan de Acción**, retoma la participación de expertos diversos, algunos previamente involucrados en Fase 2 y otros de nuevo ingreso, con el propósito de priorizar las brechas de acuerdo con su relevancia, magnitud y factibilidad, y proponer acciones estratégicas para abordar su cierre en los próximos años. Esta fase finaliza con un documento integrado del proceso y los resultados de todas las fases y acciones que pretende informar el fortalecimiento de las FESP como parte de los planes de salud de los países. La Figura 2 muestra el resumen de las Fases.

Figura 2. Fases del proceso de medición y fortalecimiento de las FESP



Fuente: Elaboración propia del equipo FESP OPS/OMS a partir de los documentos conceptuales y el plan de trabajo. 2023

La Fase 3 finalizó de manera exitosa a finales del año 2022, y desde entonces, el equipo FESP del MISPAS se reorganizó en un Petit Comité operativo que estuvo a cargo de revisar y discutir los resultados, trabajar en la sistematización documental de los resultados, preparar la logística del evento de socialización de los resultados e involucrar actores estratégicos en la toma de decisiones de la salud de la nación. Precisamente con la finalidad de acortar el tiempo de divulgación de los resultados, se planteó la elaboración de un informe ejecutivo como primera opción, para luego continuar preparando el informe integrado completo en los próximos meses.

Figura 3. FESP en números en la República Dominicana, 2020-2022

FASE 0	FASE 1 (Cuestionario 1)	FASE 1 (Cuestionario 2)	FASE 2	FASE 3
<ul style="list-style-type: none"> • 1 evento de capacitación técnica • 4 meses de trabajo • ~12 reuniones virtuales • 1 evento de preparación del proceso • ~30 horas • 30 participaciones • 10 actores • ~11 áreas técnicas del MSP representadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 consultoría externa de apoyo técnico • 3 meses de trabajo • ~12 reuniones virtuales • 5 entrevistas cualitativas • ~25 horas • 15 participaciones • 10 actores • ~6 áreas técnicas del MSP e instituciones externas al Ministerio representadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taller virtual de capacitación • 4 meses de trabajo • ~15 reuniones virtuales • 1 evento virtual de socialización • ~40 horas • 30 participaciones • 16 actores • ~11 áreas técnicas representadas del MSP 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taller virtual de lanzamiento • 4 meses de trabajo • ~25 reuniones virtuales • 1 evento presencial de socialización • ~ 80 horas • 78 participaciones • 65 actores • ~20 áreas técnicas del MSP e instituciones externas al Ministerio representadas 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 evento presencial de lanzamiento • 6 meses de trabajo • ~35 reuniones virtuales • 2 talleres presenciales • ~ 120 horas • 106 participaciones • 81 actores • ~20 áreas técnicas del MSP e instituciones externas al Ministerio representadas

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos consultado en la OPS/OMS, República Dominicana. 2023

Presentación e interpretación de los resultados

Durante el proceso de medición de las FESP en la República Dominicana se produjeron una serie de productos intermedios de alto valor para avanzar la evaluación de las funciones y sistematizar las evidencias de trabajo para el plan de fortalecimiento. Los resultados presentados en este Informe Integrado se concentran en las Fases 1 a la 3, y están fundamentados en los informes intermedios, matrices de trabajo y presentaciones de socialización preparados como entregables de cada una de las fases.

Fase 1: Análisis de situación y mapeo institucional

El primer componente de Fase 1, el análisis de situación del país⁴ fue completado a finales del año 2020, utilizando como insumos la revisión documental de evidencias para el llenado del Cuestionario 1 y la recolección de datos cualitativos mediante entrevistas a puntos focales claves. Parte de la información cualitativa referenciada en el informe fue tomada el Plan Nacional Plurianual 2017-2020 de la República Dominicana⁵.

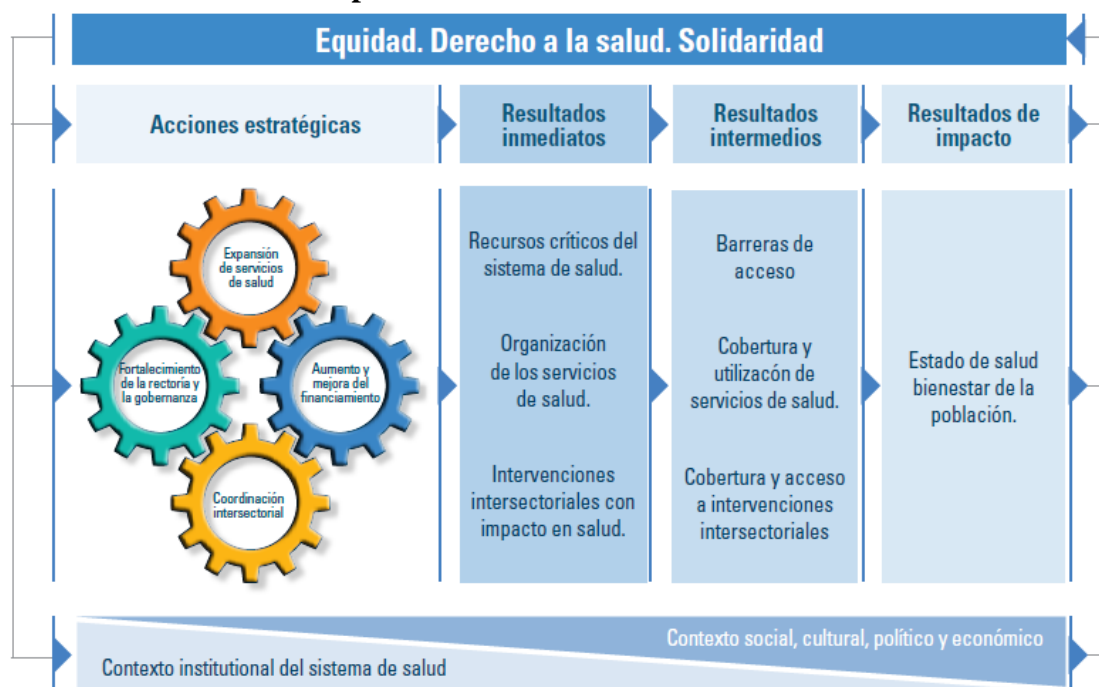
El análisis de situación tiene por objetivo proporcionar una visión general del contexto y el estado actual del sistema de salud y las prioridades de salud pública a fin de aportar información sobre políticas implementadas y los resultados obtenidos. Se desarrolla a partir del “Marco de monitoreo para la salud universal”, que propone un análisis integrado de los aspectos que influyen sobre la formulación de políticas de salud pública, su ejercicio y desempeño. La figura 4 presenta las dimensiones del análisis que incluye este marco de monitoreo, donde están los resultados de

⁴ Informe de resultados: Cuestionario 1, Fase 1. Análisis de situación de salud de la República Dominicana. OPS 2020.

⁵ Plan Nacional Plurianual 2017-2020.

impacto que miden el estado de salud y bienestar de la población, los resultados intermedios que abordan el acceso universal de la salud, resultados inmediatos que miden la cobertura universal de salud y las acciones estratégicas que evidencian las políticas públicas, planes de acción y programas en beneficio de la salud universal.⁶

Figura 4. Marco de monitoreo para la salud universal



Fuente: Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. OPS/ OMS. 2021.

A continuación, se presentan los resultados de los datos recopilados a partir de fuentes secundarias diversas sobre la situación actual de la salud en la República Dominicana como parte del ejercicio de medición de las FESP. El Cuestionario 1 proporciona un panorama general de sistema de salud a través de la medición de una serie de indicadores categorizados de acuerdo con el contexto demográfico, económico, sociopolítico y del sistema de salud; así como de resultados de acciones estratégicas sobre la expansión de los servicios, el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza, el financiamiento del sistema de salud y la coordinación intersectorial.

Las categorías de análisis de cada indicador tienen como objetivo específico identificar la situación de las personas con mayor vulnerabilidad. Una vez recabada la información y completado el cuestionario a partir de fuentes nacionales e internacionales, los resultados del cuestionario fueron

⁵ Plan Nacional Plurianual 2017-2020

⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. 2021.

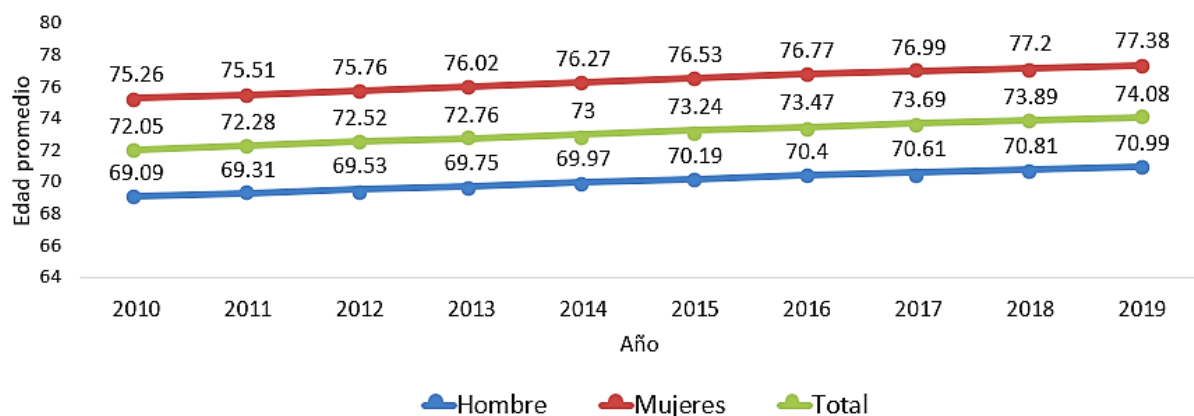
sometidos a un proceso de evaluación y validación por parte de un equipo de expertos del MISPAS⁷.

Contexto demográfico

Según las estimaciones y proyecciones de la población total por año establecidas por la Oficina Nacional de Estadística (ONE), para el año 2021 la República Dominicana contaba con una población estimada de 10,535,535 habitantes, distribuida según el sexo en un 49.92% hombres y 50.08% mujeres. El 11.18% pertenece a mayores de 60 años y un 27.1% a menores de 15 años. El 83% reside en la zona urbana y un 17% en zona rural.

Se identificó una aceleración de la transición demográfica, con una tendencia a la reducción de la tasa de fertilidad (2.3 por mujer en 2020) y una tendencia al aumento de la esperanza de vida al 2019 de 2.03 años con respecto al 2010 (74.1 y 72.1 años, respectivamente). Para el 2019, la esperanza de vida de las mujeres fue de 77.4 años, mayor que la de los hombres (71.0 años).⁸ (Figura 5)

Figura 5. Esperanza de vida al nacer, 2010-2019



Fuente: Elaboración propia. OPS/OMS. 2019. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/republica-dominicana>

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Guía Metodológica para la evaluación y fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP). 2021

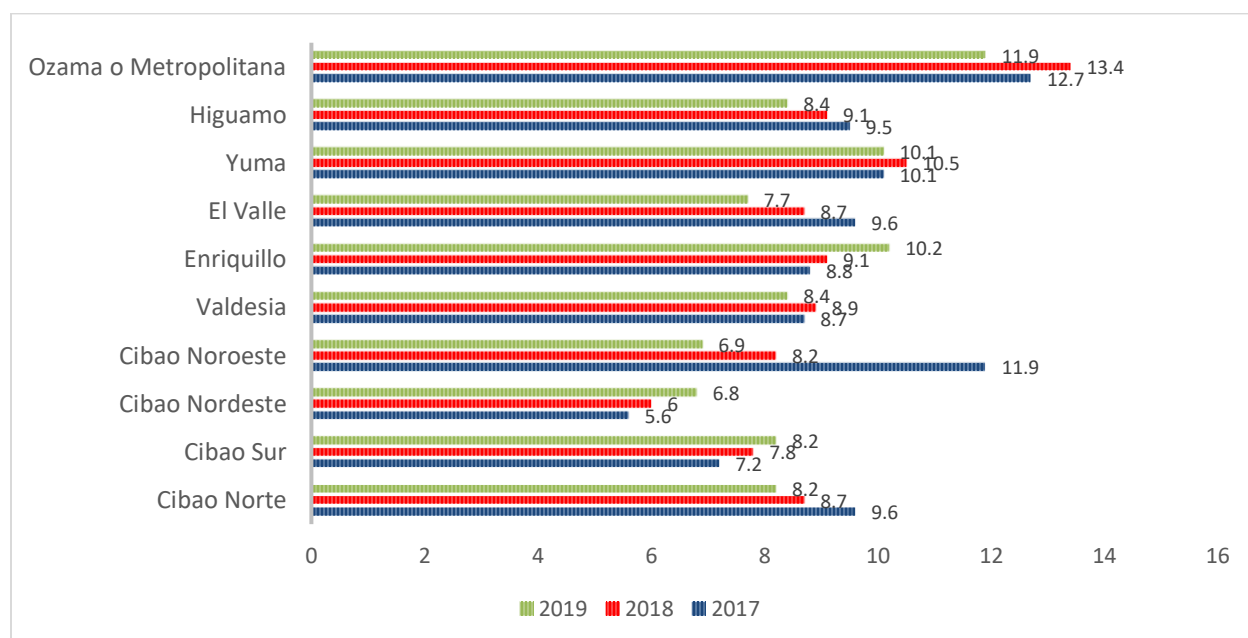
⁸ <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/republica-dominicana>

Para el año 2020, la tasa de migración neta fue de -2.73 por cada 1 000 habitantes.⁹ En el año 2019 el 5.48% de la población dominicana estuvo representada por inmigrantes, de los cuales el 86.5% eran de procedencia haitiana.¹⁰ Un 15.1% de la población dominicana emigró del país en el mismo año.¹¹

Contexto económico y sociopolítico

A nivel nacional, los datos indicaron altos niveles de desigualdad socioeconómica, pues en 2019 el 20% de la población más rica mostró un nivel de ingreso 9,9 veces mayor al nivel de ingreso del 20% de la población más pobre. Este comportamiento fue similar en la zona urbana (11.0 en 2018 vs. 10.1 en 2019); sin embargo, no se evidenciaron cambios importantes en la zona rural en el último año (7.5 en 2017 y 2019). La Figura 6 presenta el comportamiento de la razón de ingreso 20% superior/20% inferior durante el periodo 2017 al 2019 según las regiones de desarrollo. Se aprecia un incremento en la razón de ingreso en las regiones Cibao Sur, Cibao Nordeste y Enriquillo.

Figura 6. Comportamiento de la razón de ingreso 20% superior/20% inferior durante el periodo 2017 al 2019 según las regiones de desarrollo



Fuente: Elaboración propia a partir de Sistema de Indicadores sociales de R.D. Indicadores de pobreza. 03 3 026. Relación entre el ingreso del decil más rico y los cuatro deciles más pobres. MEPyD. 2019. Disponible en: <https://mepyd.gob.do/sisdom/areas-tematicas>

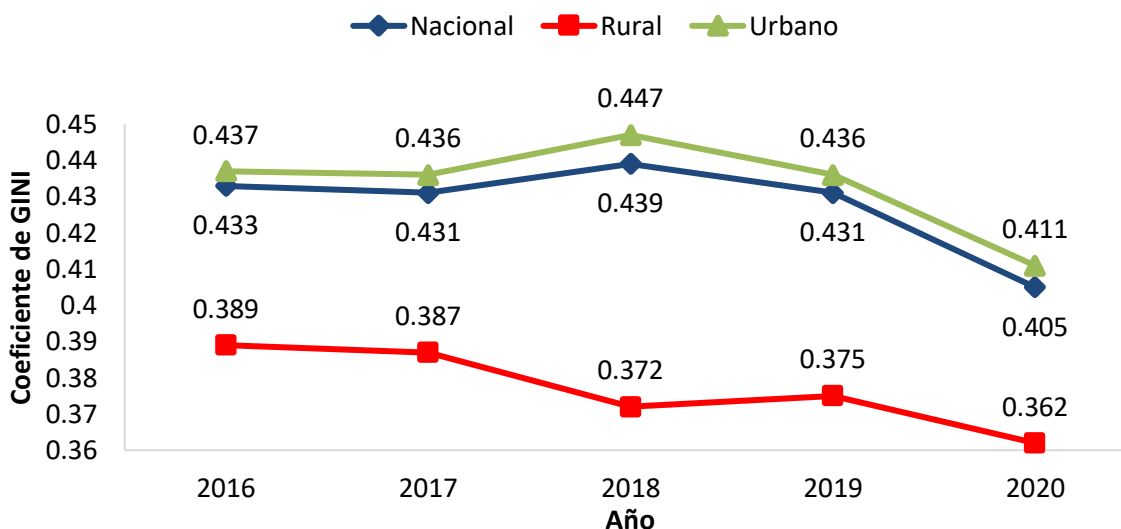
⁹ Tasa de migración neta para la República Dominicana: <https://www.indexmundi.com/q/q.aspx?v=27&c=dr&l=es>

¹⁰ Inmigración en la República Dominicana: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/republica-dominicana>

¹¹ Emigración en la República Dominicana: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/republica-dominicana>

El coeficiente de desigualdad medido a través del Índice de Gini, que indica mayor desigualdad cuanto más se acerca a 1, exhibe una reducción, tanto a nivel nacional como por zona de procedencia (urbano y rural). Para el 2020 el índice de Gini tuvo una reducción de 0.026 para el nivel nacional con respecto al 2019, pasando de 0.431 en el 2019 a 0.405 en el 2020. De igual manera, presentó una reducción de 0.436 a 0.411 en la zona urbana y una reducción menos acentuada en la zona rural, pasando de 0.375 a 0.362. Los resultados presentados en la Figura 7 muestran la evolución de la desigualdad desde el año 2016 hasta el 2020.¹² Los mayores niveles de desigualdad según las macro regiones se registraron en la Gran Región de Santo Domingo (Gini de 0,468 en 2020), seguido por la Región Este (0.411), la Región Norte (0.389), y la Sur (0.383).

Figura 7. Tendencias del coeficiente de desigualdad de GINI entre 2016-2020 en la República Dominicana



Fuente: MEPyD. Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria en la República Dominicana año 6, no 8. 2020. Disponible en: <https://mepyd.gob.do/publicaciones/boletin-pobreza-monetaria-a6-no8>

Para el año 2020 la población ocupada (PO) representaba el 56.7% (4 390 655 habitantes), el 50.6% pertenece al sector formal y el 49.4% al sector informal. La población desempleada resultó en un 5.80% (273 922 habitantes). Ambos indicadores se vieron afectados en comparación con el año 2019, donde la PO presentaba un 61%. En el 2020 se registró una pérdida de 140 790 empleados en el sector formal y 88 201 empleados en el sector informal respecto a los datos del año 2019. La tasa de actividad femenina fue en 2020 de 43.5%, y la de los hombres de 71.1% (total nacional 56.7%).

¹² MEPyD. Sistema de Indicadores sociales de R.D. 2019. Indicadores de pobreza. Disponible en: <https://mepyd.gob.do/sisdom/areas-tematicas>

El desempleo también afecta mayormente a las mujeres (8.6%), manteniendo la brecha de género en la actividad laboral. Se estima que el 55.5% de trabajadores se encuentra en la informalidad total.¹³

Resultados Inmediatos

Los *resultados inmediatos* se miden a partir de indicadores que abordan de manera más amplia el sector salud; en ellos influyen otros elementos del contexto. En este renglón se miden indicadores de los recursos críticos y la organización del sistema de salud. La situación de recursos críticos evidencia la falta de recursos humanos en salud (RHS) y financieros, pues, aunque ha aumentado del gasto público (alcanzando 22% del PIB en 2020), persistía un bajo gasto público en salud (2.5% del PIB en 2018). El GBS es una preocupación por su alta incidencia (50% del GTS estimado en 2018). Persistía una tendencia de disminución de RHS disponibles desde el 2010 hasta el 2019: 14 médicos, 4 enfermeras, 2 parteras y 9.4 personal técnico, todos por cada 10,000 habitantes.

En cuanto a la gobernanza del sistema de salud, el análisis situacional reportó que se encuentra dividida en un subsistema de salud para la prestación de servicios y uno de seguridad social para el aseguramiento. Se han descentralizado también los ámbitos de regulación y prestación. Se extendió la participación del sector privado en la prestación y el aseguramiento, a través de las ARS, volviéndose determinante el estatus en el mercado de trabajo (y el régimen de afiliación) para acceder a uno u otro prestador de salud, con reportadas diferencias en el acceso, capacidad resolutoria y calidad de la atención. Para finales del 2019, un 22% de la población no contaba aún con seguro de salud, y la distribución entre regímenes contributivo (ARS) y subsidiado se dividía en mitades.¹⁴

Se midió el indicador de la cantidad de centros de primer nivel de atención disponibles por cada 10,000 habitantes según las regionales de salud¹⁵ (ver Figura 8). El cálculo de este se realizó tomando como referencia el listado de centros de salud¹⁶ disponibles al 2019 y la población total proyectada por año y sexo según la región y provincia, estimaciones realizadas por la Oficina Nacional de Estadísticas¹⁷. Se evidencia una gran variabilidad en la disponibilidad de centros de primer nivel de atención en salud por habitantes de acuerdo con la regional de salud. La región con mayor cantidad de centros disponibles es la SRS Norcentral con 5.62 centros por cada 10 000 hab., seguido de SRS Cibao Occidental con 3.39, SRS Enriquillo con 2.94 y el de menor cantidad disponible fue SRS Metropolitano con 0.89.

¹³ *Boletín Trimestral de Mercado de Trabajo en la República Dominicana, Oct-Dic, 2020. Disponible en: <https://www.ilo.org/surveyLib/index.php/catalog/7200/download/44196>*

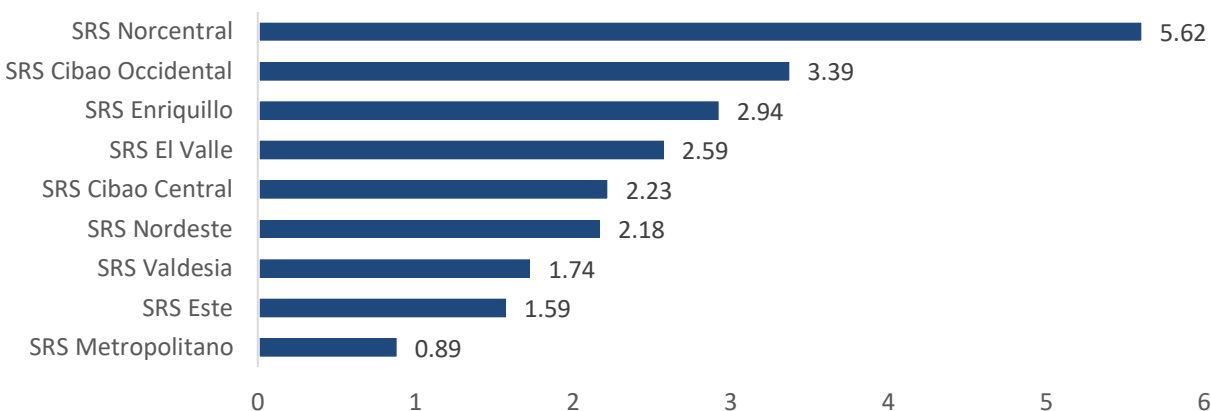
¹⁴ [Publiación-Aseguramiento-en-Salud-.pdf \(unibe.edu.do\)](#)

¹⁵ *Informe de resultados: Cuestionario 1, Fase 1. Análisis de situación de salud de la República Dominicana. OPS 2020.*

¹⁶ [Boletín demográfico y social 2020 - Oficina Nacional de Estadística \(ONE\)](#)

¹⁷ *Listados de Centros de Salud al 2019 y Población total proyectada por año sexo según la región y provincia de la ONE*

Figura 8. Cantidad de centros de primer nivel de atención por cada 10,000 habitantes según las regionales de salud



Fuente: Cálculos realizados a partir de los datos tomados del Listados de Centros de Salud al 2019 y Población total proyectada por año sexo según la región y provincia de la ONE. 2022.

Resultados Intermedios

Los *resultados intermedios* incluyen aquellos indicadores que facilitan la medición de los avances en el acceso universal a la salud, pues se trata de marcadores de la magnitud y relevancia de las barreras de acceso, la utilización de los servicios de salud y el acceso a las intervenciones intersectoriales¹⁸. Los indicadores de cobertura y utilización de servicios evidencian las intervenciones de salud importantes que se realizan en la población en la medida en que las personas lo necesitan, e incluyen prevención de enfermedades inmunoprevenibles, administración de suplementos nutricionales durante la infancia, atención en mujeres durante el embarazo y salud reproductiva.

En este caso particular se tomó como referencia los datos del porcentaje cobertura de la tercera dosis de DPT en niños menores de 1 un año. No fueron encontrados datos actualizados para las atenciones en mujeres de edad reproductiva como la proporción de partos atendidos por personal calificado y la proporción de mujeres entre 30-49 años que se han realizado exámenes de detección de cáncer cervicouterino.

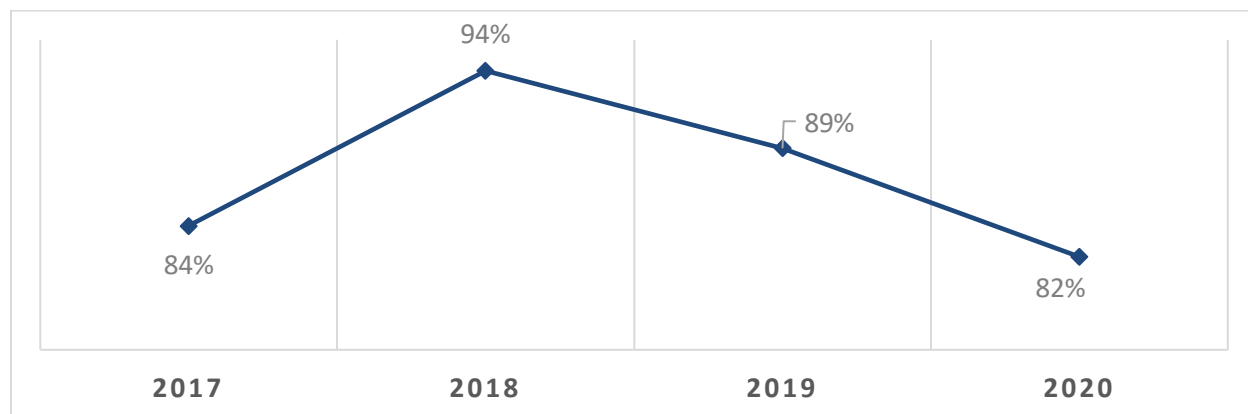
En cuanto a la cobertura y acceso a intervenciones intersectoriales, fueron tomados como referencia los indicadores de la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años, el consumo de alcohol per cápita en adultos mayores de 15 años y la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.

¹⁸ *Guía Metodológica FESP.*

La cobertura de 3 dosis de DPT en niños menores de 1 año mide el número de niños que al completar su primer año de vida, han recibido tres dosis de la vacuna contra la difteria, tétanos y la tos ferina expresado en porcentaje. Este indicador evidencia si existe una organización del sector público eficiente y compromiso con las inmunizaciones como prioridad.

Para el año 2014 según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)¹⁹ la línea base de cobertura para la DPT-3 era de un 90.5% y el valor esperado para el 2020 de un 95%. La Figura 9 se muestran los resultados del porcentaje de cobertura de DPT-3 en niños menores de un año desde el 2017 al 2020. La tendencia ha sido hacia la disminución del porcentaje de cobertura, mostrando una reducción de un 7% en el 2020 respecto al año 2019 donde se reportó un 89%.

Figura 9. Cobertura de 3 dosis de DPT en niños menores de 1 año (%) en la República Dominicana



Fuente: Elaboración propia a partir la Actualización Epidemiológica: Difteria en la Isla Española. OPS/OMS 2021.

La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años permite dar seguimiento al consumo de tabaco en esta población, comprender la iniciación y los patrones de consumo. Los datos referenciados en el análisis situacional provienen del Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas²⁰, donde para la República Dominicana, los últimos datos publicados de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes en el año 2016.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Difteria en la isla Española. 23 de abril de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021. Disponible en:

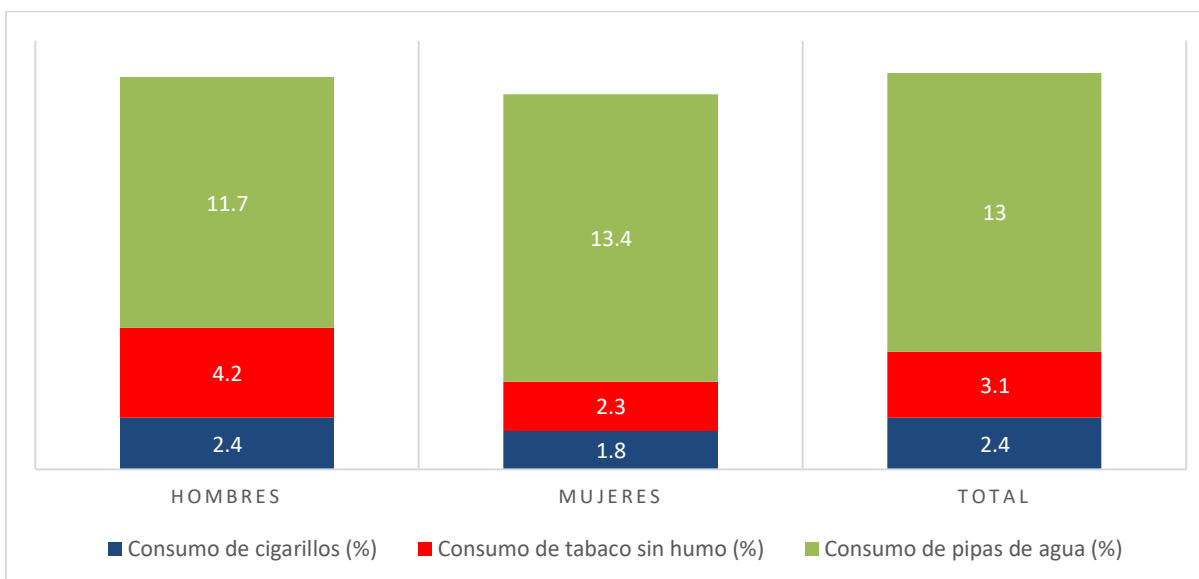
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53825/EpiUpdate23April2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=En%20la%20Rep%C3%ABlica%20Dominicana%2C%20la,cobertura%20de%2083%25%20en%202019

²⁰ OPS/OMS. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2018.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14581:informe-regional-tabaco-

[2018&Itemid=1188&lang=es#:~:text=El%20Informe%20sobre%20el%20control,de%20tabaco%20en%20su%20nivel](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14581:informe-regional-tabaco-2018&Itemid=1188&lang=es#:~:text=El%20Informe%20sobre%20el%20control,de%20tabaco%20en%20su%20nivel)

Figura 10. Prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años, 2016



Fuente: Elaboración propia, desde los datos obtenidos de la OPS/OMS. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2018.

La Figura 10 presenta la prevalencia en porcentaje del consumo de tabaco por tipos de productos desagregada por sexo en los adolescentes. Para ambos sexos las pipas de agua fueron el principal producto consumido (11.7% y 13.4%, hombres y mujeres, respectivamente). Los hombres presentaron mayor porcentaje de consumo para cigarrillos y productos de tabaco sin humo que las mujeres.

De acuerdo con Informe sobre la Situación del Alcohol la Salud en la Región de las Américas, 2020²¹, para el 2016 (datos reportados a esa fecha) en la República Dominicana, el consumo total de alcohol puro 6.6 litros per cápita, ascendiendo el consumo a 10.6 litros en los hombres. El consumo en mujeres fue de 2.8 litros per cápita. La Figura 11 resume de manera infográfica los resultados.

²¹ OPS/OMS. 2020. Informe Global de Uso de Alcohol. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>

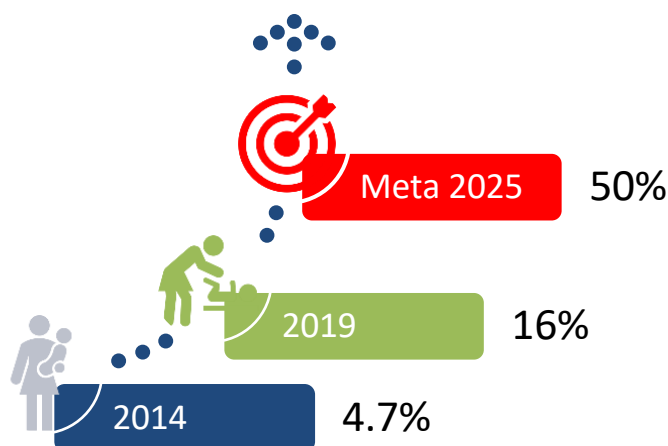
Figura 11. Consumo de alcohol per cápita en adultos mayores de 15 años (APC en litros), 2016



Fuente: Elaboración propia. Datos base de la OPS/OMS. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2018.

En la República Dominicana para el año 2014²² se reportó una prevalencia de 4.7% de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, la cual aumentó a un 16% para el año 2019 aumentó a un 16%. Estos datos muestran una tendencia favorable en los indicadores intermedios; sin embargo, la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida sigue siendo muy baja (Figura 12), tomando en cuenta la meta mundial de nutrición del 50% de lactancia materna exclusiva en los países de Las Américas.

Figura 12. Infografía sobre la prevalencia de lactancia materna en menores de 6 meses en la República Dominicana, 2014 y 2019, y meta regional para el 2025



Fuente: Elaboración propia. Datos base de la OPS/OMS. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2018

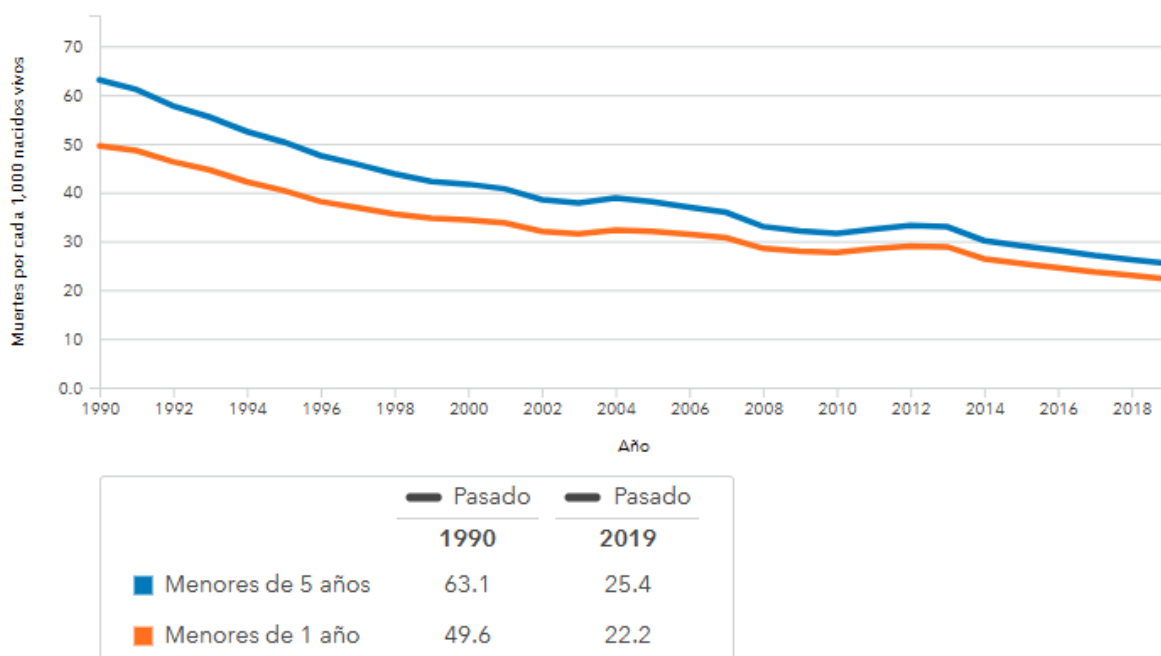
²² Fuente: <https://archivo.one.gob.do/encuestas/enhogar/enhogar-2014>

Resultados de Impacto

Los *resultados de impacto* son aquellos indicadores que miden las acciones y estrategias políticas llevadas a cabo hasta el momento del relevamiento de la información y reflejan el estado de salud y bienestar de la población. El presente informe solo presenta los indicadores de impacto cuantitativos al 2019 que evidencian el estado de salud de las personas, priorizando la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 y 5 años por cada 1,000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad materna por cada 1,000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad por causas según el sexo por cada 100,000 habitantes.

La Figura 13 muestra la tendencia de la mortalidad infantil en menores 1 y 5 años por cada 1,000 nacidos vivos desde el año 1990 al 2019. Se evidencia una reducción de un 37.7% de la mortalidad infantil en menores de cinco años para el año 2019 en comparación con el 1990. En niños menores de un año se mostró una reducción de 27.4% en el 2019 en comparación con el 1990.

Figura 13. Tendencia de mortalidad infantil en menores de 1 y 5 años por 1000 nacidos vivos

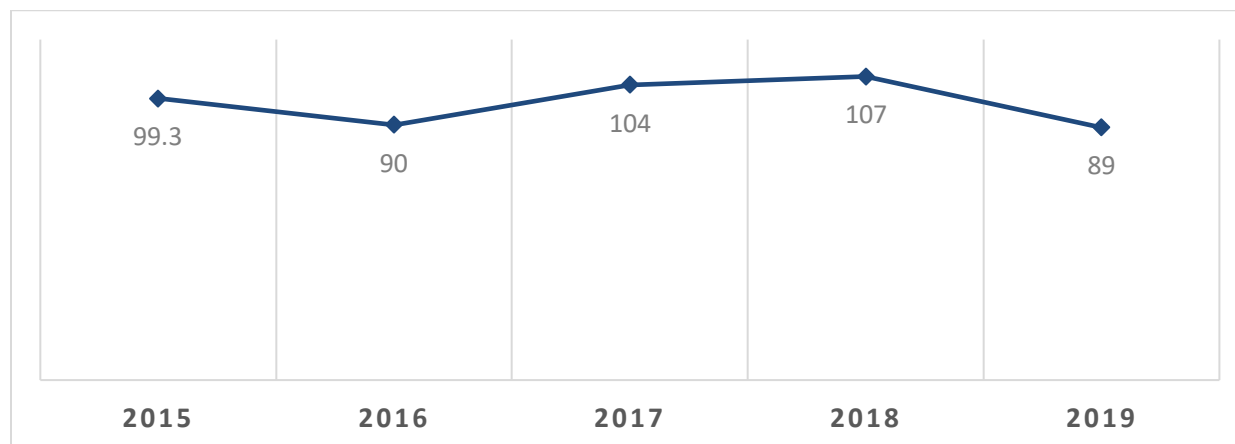


Fuente: Captura de pantalla. Mortalidad en menores de 5 años, de 1990 a 2019 Disponible en <http://www.healthdata.org/dominican-republic?language=149> Consultado en mayo, 2021.

La tendencia de la mortalidad materna por cada 1,000 nacidos vivos se presenta en la Figura 14, evidenciándose un comportamiento variable con descenso anual entre el 2015 y 2016, y luego entre el 2018 al 2019.

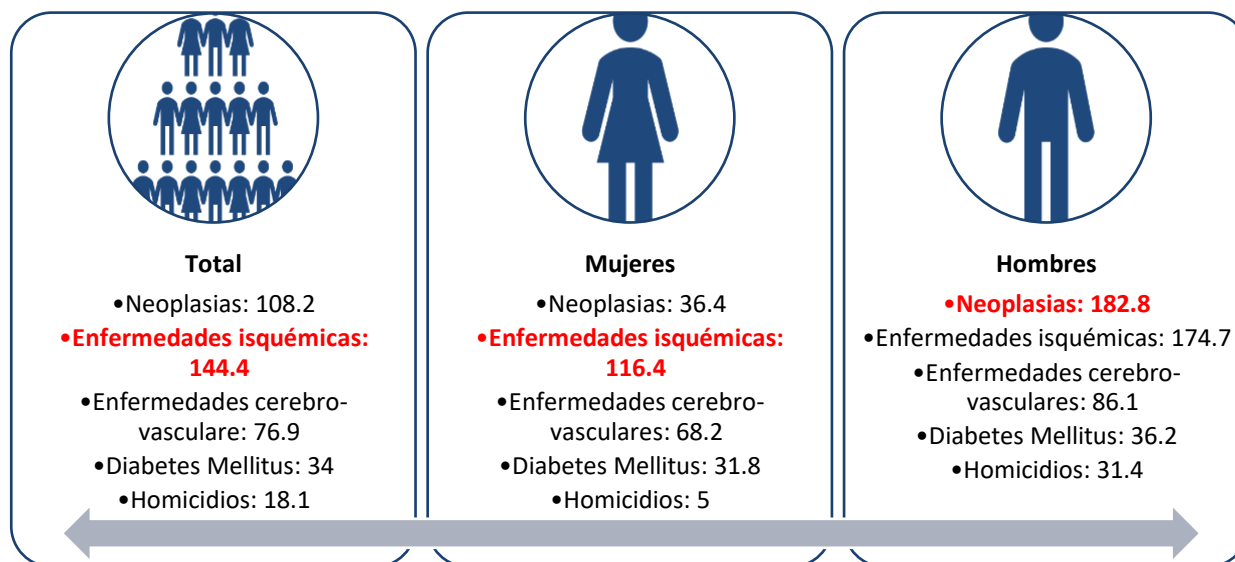
Las metas regionales y globales persiguen una reducción al 2030 de este indicador de impacto a 70 muertes maternas por cada 1,000 nacidos vivos.²³

Figura 14. Tendencia de mortalidad materna por 1,000 nacidos vivos, 2015 – 2019, República Dominicana



Fuente: Elaboración propia. Datos disponibles en <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>. Recuperado en mayo, 2022

Figura 15. Tasa de mortalidad por causas, cruda y específica por sexo en la República Dominicana (por 100 000 Hab), 2019.



Fuente: Elaboración propia. Datos disponibles en <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>. Recuperado en mayo, 2022

²³ [ODS 3 - Meta 3.1 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

La tasa de mortalidad por causas, totales y desagregadas por sexo (por cada 100 000 habitantes), durante el año 2019 (Figura 15), evidencia que las enfermedades isquémicas son la principal causa de muertes para las mujeres; pero representan el segundo lugar para los hombres. Las tasas más altas de mortalidad para los hombres fueron las neoplasias.

En conclusión, los resultados del análisis de situación de salud de la República Dominicana, fundamentados en las informaciones recolectadas a través del Cuestionario 1 y en el marco del ejercicio de evaluación de las FESP, evidencian importantes avances en torno a los indicadores inmediatos, intermedios y de impacto. Se ha logrado un incremento importante de la expectativa de vida, el gasto en salud y también ha ido en aumento. Se logró un descenso importante de la tasa de mortalidad infantil, y aunque la tasa de mortalidad materna evidencia un comportamiento variable, su tendencia ha sido hacia la disminución. Algunos desafíos pendientes por trabajar incluyen la distribución equitativa de los recursos críticos en el primer nivel de atención en salud, el fortalecimiento de las estrategias para el aumento de la lactancia materna, incremento en la cobertura de enfermedades inmunoprevenibles, así como también la actualización y la accesibilidad a la información en salud.

El **segundo elemento de la Fase 1, el mapeo institucional**, tuvo por objetivo general presentar la situación del contexto institucional para el desarrollo de las FESP en la República Dominicana, a través del logro de tres objetivos específicos complementarios: 1) caracterizar el marco normativo y del sistema de salud que éste contribuye a configurar; 2) caracterizar los actores y las instituciones según el sector y el Subsistema de salud al que pertenecen; y 3) analizar la capacidad de rectoría del MISPAS sobre los actores que participan en el desarrollo de las FESP, según la pertenencia sectorial, el subsistema de salud, la descentralización y las etapas del ciclo de políticas.

Este proceso se fundamentó en el Cuestionario 2 y algunas fuentes documentales como insumos de información. El Cuestionario 2 fue completado por los informantes clave propuestos por el Comité Ejecutivo del MISPAS, constituido para liderar el ejercicio de evaluación y fortalecimiento de las FESP. Luego de un primer análisis de la información, se procedió a realizar entrevistas con cada uno de los informantes, con el objetivo de completar la información y validar el análisis (con excepción de la FESP 11).

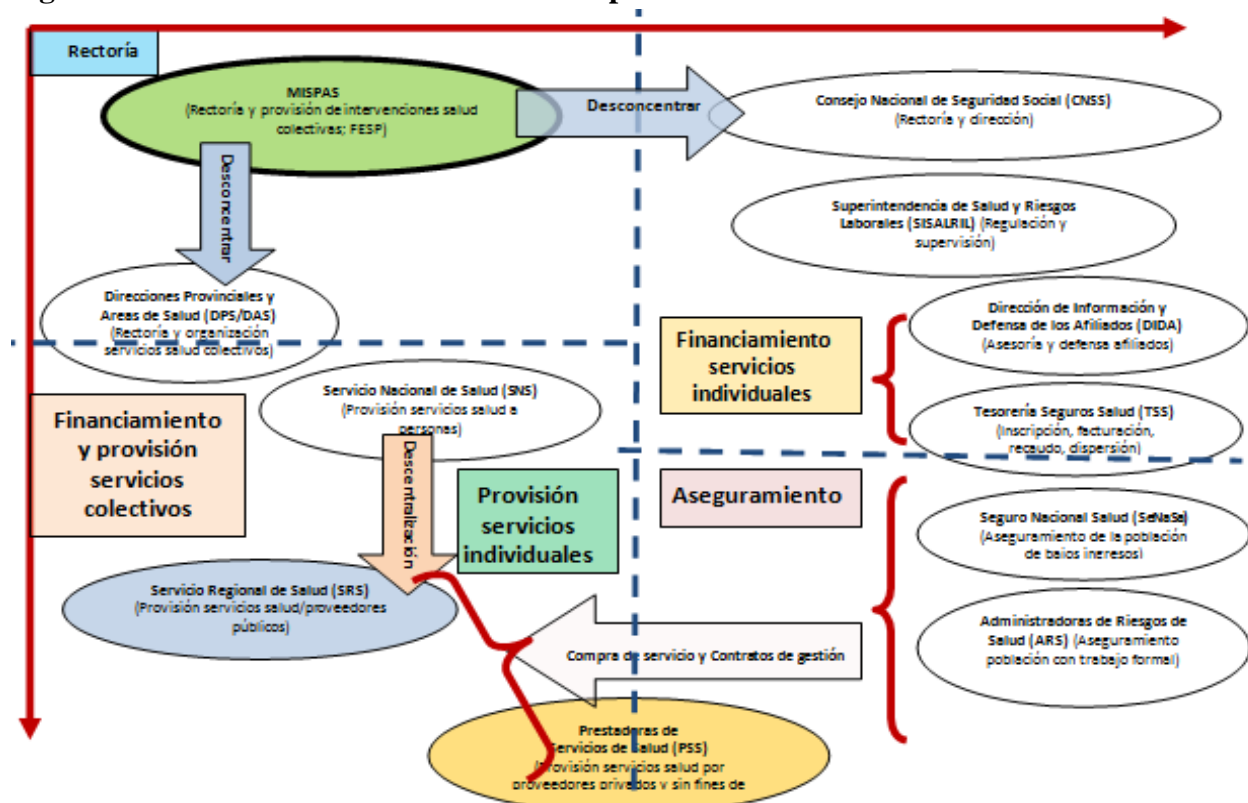
Caracterización del marco normativo y sistema de salud

El marco normativo es el entramado de leyes, normas, decretos e instrumentos formalmente explicitados, que en conjunto configuran el mapa institucional, la asignación de roles y las incumbencias del actores e instituciones del sector salud.

Este marco otorga legalidad a las instituciones, contribuye a legitimar sus funciones y actividades, y en el caso de la Autoridad Nacional de Salud, influye en su capacidad de rectoría en el ejercicio de la FESP. En la República Dominicana, fueron identificados 37 documentos en este marco normativo para las 11 FESP, las cuales incluyen la Constitución Nacional, 17 Leyes, 9 decretos, 3

disposiciones, 3 resoluciones, un (1) reglamento internacional, 2 manuales internacionales y uno (1) que no clasificado.

Figura 16: Sistema Nacional de Salud de República Dominicana



Fuente: elaboración propia en base a información documental y Cuestionario 2. 2022

En este universo, se destacan las tres leyes más relevantes en la estructuración normativa del sector salud: Ley No. 42-2001, General Salud²⁴; Ley No. 87-2001, de creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social²⁵; y Ley No. 123-2015, de la creación del Servicio Nacional de Salud²⁶.

En conjunto, entre las tres leyes tienen como propósito hacer efectivo el derecho a la salud, desarrollar un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes del Estado, de empleadores y del trabajador; y garantizar el acceso equitativo e integral a los servicios de salud individuales y colectivos²⁷. La Figura 16 presenta un esquema conceptual del Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana.

²⁴ Ley No. 42-01, Ley General de Salud.

²⁵ Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

²⁶ Ley No. 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud

²⁷ Organización Panamericana de la Salud. Perfil de sistemas de salud de República Dominicana. Washington, D.C: OPS, © 2007.

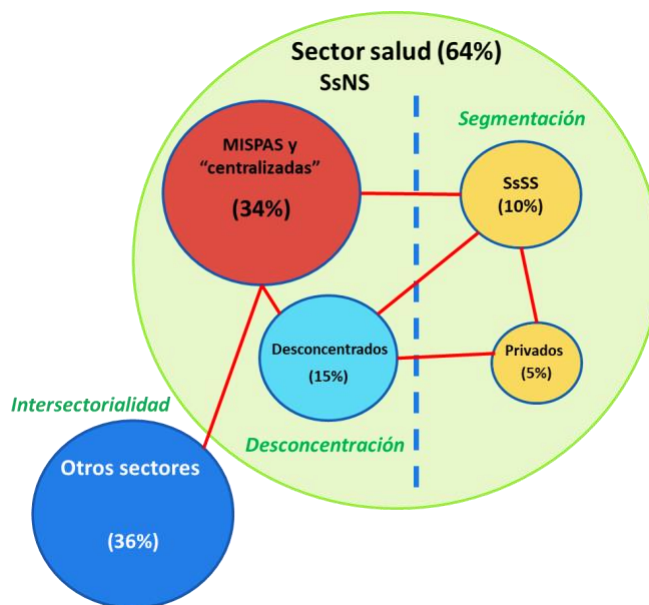
Para ello, ordenan realizar las transformaciones para que una parte de las funciones del sistema nacional de salud –rectoría, regulación, provisión, aseguramiento y financiamiento–, se separen y desconcentre, creando a tal fin, las instituciones del Subsistema de la Seguridad Social (SSS) y del Subsistema Nacional de Salud (SNS). Las primeras, mediante la desconcentración “horizontal”, asumen las funciones de rectoría y regulación del SSS, aseguramiento y financiamiento. Por su parte, la desconcentración “vertical”, habilita al SNS a la provisión de servicios de salud, los que separados a su vez en servicios individuales y servicios colectivos, son asumidos por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud (DPS/DAS)²⁸. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), Autoridad Nacional de Salud, conserva el rol de rectoría general y la misión de garantizar el derecho a la salud de la población y el desarrollo de las FESP.

Caracterización de los actores e instituciones según el sector y el subsistema de salud

La visión renovada de las FESP demanda de la Autoridad Nacional de Salud un abordaje intersectorial y de los determinantes sociales de la salud, por lo que se hace pertinente conocer cuál es la magnitud de la participación intersectorial en el desarrollo de las FESP. La información registrada en el Cuestionario 2 permitió identificar 80 actores, instituciones o “instancias” (área específica dentro de una institución mayor) pertenecientes al sector de la salud y a otros sectores (educación, economía, producción, seguridad, legislativo, judicial, gobiernos subnacionales, organismos supranacionales y organizaciones de la sociedad civil) que se encuentran involucradas con la salud de la República Dominicana (ver Figura 17).

²⁸ MISPAS-DDESS (2018). La desconcentración de la rectoría: organización de las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud

Figura 17. Distribución de actores en el desarrollo de las FESP en la República Dominicana

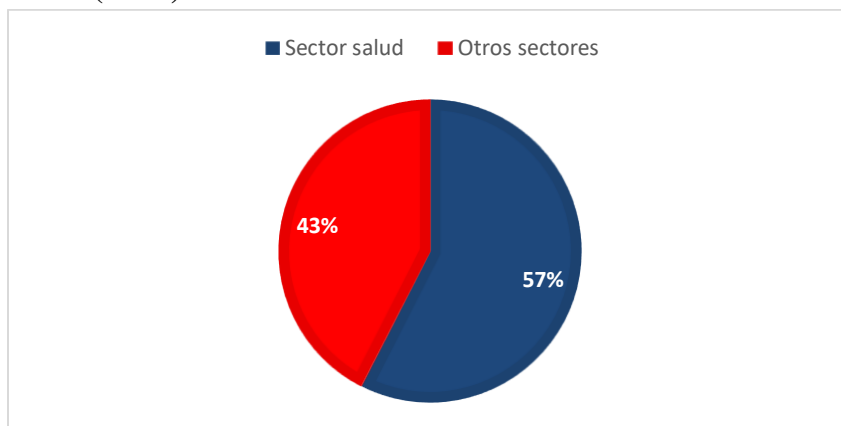


Fuente: Elaboración propia. Datos registrados en OPS/OMS a partir de resultados. 2023

Intersectorialidad y las FESP

Los datos del Cuestionario 2 indican el predominio de las instituciones y actores del sector salud en el ejercicio de las FESP; sin embargo, el 40% de instituciones en otros sectores es la evidencia de la intersectorialidad de la salud en el país (ver Figura 18A).

Figura 18A. Distribución del número de Instituciones relacionadas con la salud según sector para todas las FESP (n=80)



Fuente: Elaboración propia en base a la información reportada en el Cuestionario 2. 2023.

La Tabla 3 presenta información del número de instituciones según sector que participan en el desarrollo de cada FESP y la proporción de participación extrasectorial (instituciones de otros sectores sobre el total de instituciones). Los datos están organizados de menor a mayor participación extra sectorial.

Tabla 3: Instituciones según sector y FESP (n=138). (Ordenados de menor a mayor participación extrasectorial)

Número de FESP	Actores e Instituciones		Total	Proporción de participación extrasectorial
	Sector salud	Otros sectores		
FESP 9	6	0	6	0.00
FESP 2	19	1	20	0.05
FESP 11	5	1	6	0.17
FESP 7	5	2	7	0.29
FESP 5	6	3	9	0.33
FESP 10	15	8	23	0.35
FESP 8	11	6	17	0.35
FESP 1	9	7	16	0.44
FESP 6	5	4	9	0.44
FESP 3	6	6	12	0.50
FESP 4	6	7	13	0.54
Total	93	45	138	0.3

Fuente: elaboración propia en base a información Cuestionario 2. 2023

La participación extrasectorial, y por ende la intersectorialidad, es diferente para cada FESP. Los resultados más relevantes²⁸ identificaron que el desarrollo de las FESP en la República Dominicana incluye 146 actores e instituciones diferentes, incluido el MISPAS, distribuidas de la siguiente manera: 64% de actores del sector salud y 36% de otros sectores (educación, economía, producción, seguridad, legislativo, judicial, gobiernos subnacionales, organismos supranacionales y organizaciones de la sociedad civil, entre otros). Esta participación extrasectorial (intersectorialidad) varía de acuerdo con la FESP, desde casos como la 9 (Acceso a los servicios integrales y de calidad), en la que no se identificaron actores externos al sector salud, hasta otras como las FESP 4 (Políticas, legislación y marcos regulatorios) en la cual el 54% de los actores corresponden a sectores fuera del sector salud (7 de 13).

Una situación especial se identifica en la FESP 11 (Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud), con la participación de un (1) actor extrasectorial y 5 del sector salud, cuando se esperaría que por las características de esta función haya una mayor participación de instituciones externas a salud. Sin embargo, cabe señalar que, esta fue la única

²⁸ Informe de resultados: Cuestionario 2, Fase 1. Contexto institucional para el desarrollo de las FESP en República Dominicana. OPS WDC 2020.

que no pudo ser validada con los informantes claves que respondieron al Cuestionario 2. Con respecto al tipo de instituciones extrasectoriales identificadas, la Tabla 4 muestra la distribución de estas.

Tabla 4. Tipo de instituciones extra sectoriales para todas las FESP (n=34)

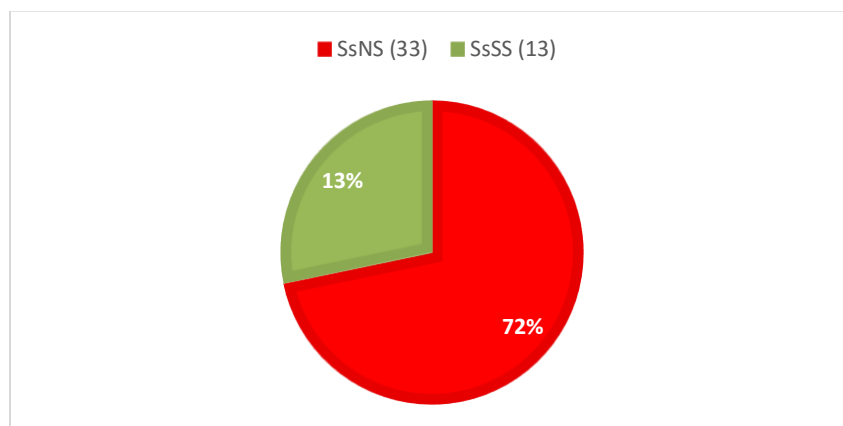
Tipo de institución	
Agencias estatales nacionales	21
Educativas y de investigación	2
Gobiernos subnacionales	2
Instituciones supranacionales	3
Otros poderes del estado	2
Sociedad civil	4
Total	34

Fuente: elaboración propia en base la información contenida en el Cuestionario 2 de Fase 1. 2023

La participación de las instituciones de la seguridad social en las FESP

Dentro de los actores del sector salud, se identificó que el porcentaje de participación de las instituciones del Subsistema Nacional de Salud (SNS) supera en 2.5 veces la de la Seguridad Social (SSS), pues es parte del desarrollo de todas las funciones en menos o mayor medida (Figura 18B). Inclusive, el SNS asume como único actor las FESP 1: Monitoreo y evaluación, FESP 2: Vigilancia y gestión de riesgos, FESP 3: Investigación y gestión del conocimiento, y FESP 5: Participación y movilización social. Sin embargo, el SSS tiene un nivel alto de participación en las FESP 7, 8, 9 y 10, relacionadas con medicamentos y otras tecnologías, financiamiento, aseguramiento, acceso y promoción de la salud, respectivamente.

Figura 18B. Instituciones del sector salud según Subsistema para el conjunto de las FESP (n=46)



Fuente: Elaboración propia en base la información contenida en el Cuestionario 2. 2023

La Tabla 5 presenta para cada FESP información de las instituciones del sector salud según el subsistema de pertenencia. La última columna presenta la proporción de participación de la seguridad social (instituciones de la seguridad social sobre el total de instituciones). Los datos están organizados de menor a mayor participación extrasectorial.

Tabla 5: Instituciones de salud según subsistema y FESP (n=93). (Ordenados de menor a mayor participación de seguridad social)

Número de FESP	Subsistema de Salud		Total	Proporción de participación seguridad social
	SNS	SSS		
FESP 1	9	0	9	0.0
FESP 2	19	0	19	0.0
FESP 3	5	0	6	0.0
FESP 5	6	0	6	0.0
FESP 6	4	1	5	0.2
FESP 11	4	1	5	0.2
FESP 10	10	4	15	0.3
FESP 4	4	2	6	0.3
FESP 7	3	2	5	0.4
FESP 9	3	3	6	0.5
FESP 8	4	7	11	0.6
Total	71	20	93	0.2

Fuente: elaboración propia en base la información contenido en el Cuestionario 2. Fase 1. 2023

Participación institucional y etapas del ciclo de políticas

En el marco de las FESP Renovadas, se plantea la relación de cada FESP con una de las etapas del ciclo de políticas (Figura 19), por lo que se hace relevante conocer la participación de las instituciones extrasectoriales, de seguridad social y descentralizadas en las FESP, en el marco del ciclo.

Figura 19: FESP y etapas del ciclo de políticas



Fuente: OPS. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. 2020

Con respecto a la participación de instituciones del sector salud y extrasectoriales en las etapas del ciclo de políticas, los resultados indican una mayor participación de actores externos a salud en el desarrollo de políticas (45.5%) y en la asignación de recursos (33.3%). Las instituciones de la seguridad social demuestran mayor participación en las etapas del ciclo relacionadas con la asignación de recursos (34.6%) y el acceso (31.8%).

De igual manera, las instituciones descentralizadas destacan con una participación de 50% en el desarrollo de políticas y 46.1% en la asignación de recursos. En el caso de la intersectorialidad, el rol de las instituciones del sector salud es más preponderante en las etapas de evaluación (70.8%) y acceso (74.3%). La Tabla 6 presenta los detalles relacionados con el número total de actores o instituciones por característica, los sectores y la proporción de participación por etapa del ciclo.

Tabla 6. Proporción de actores de instituciones extrasectoriales, de la seguridad social (SSS) y descentralizadas sobre el total de actores en el desarrollo de las FESP de la República Dominicana de acuerdo con las etapas del ciclo de políticas.

Etapa del ciclo	Actores/instituciones	Instituciones extrasectoriales	%
Evaluación	48	14	29.2
Desarrollo de políticas	22	10	45.5
Asignación de recursos	33	11	33.3
Acceso	35	9	25.7
Intersectoriales	138	44	31.9

Etapa del ciclo	Actores/instituciones	SsSS	%
Evaluación	34	0	0.0
Desarrollo de políticas	11	3	27.3
Asignación de recursos	26	9	34.6
Acceso	22	7	31.8
Seguridad Social	93	19	20.4

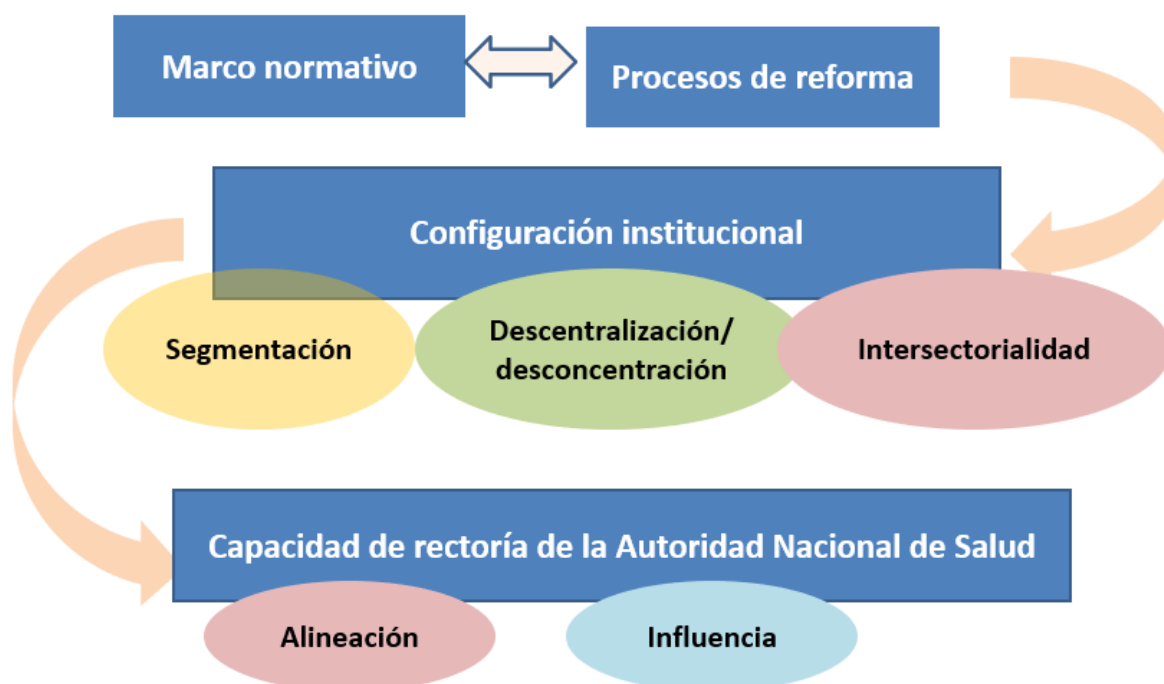
Etapa del ciclo	Actores/instituciones	Instituciones descentralizadas	%
Evaluación	33	5	15.2
Desarrollo de políticas	10	5	50.0
Asignación de recursos	13	6	46.2
Acceso	17	7	41.2
Descentralización	73	23	31.5

Fuente: Adaptación de figura de elaboración propia a partir de resultados del Cuestionario 2, Fase 1. Informe de resultados, 2022.

Análisis de la capacidad de rectoría del MISPAS sobre actores e instituciones

El Cuestionario 2 también permitió analizar información de las características de la relación entre los actores y el MISPAS, según las dimensiones de alineación e influencia. Debe considerarse que la influencia es la capacidad de la Autoridad Nacional de Salud para modificar las actividades de los actores e instituciones, mientras que la alineación es la disposición de un actor o institución en relación con la misión institucional de la Autoridad Nacional de Salud. Alineación e influencia pueden ser bajas, medianas o altas, pero se han combinado en baja/moderada y alta.

Figura 20. Influencias del marco normativo, los procesos de reforma y la configuración institucional en la capacidad de rectoría del MISPAS



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Cuestionario 2, Fase 1. Informe de resultados. 2022.

En el marco de este trabajo, ambas dimensiones — alineación e influencia — son utilizadas para poner en evidencia la capacidad de rectoría del MISPAS sobre el conjunto de los actores e instituciones, la que de acuerdo con las evidencias recolectadas, está condicionada por la configuración institucional del sistema de salud que resultó de los procesos de reforma y del marco normativo, y que se expresa en las características de segmentación, descentralización/desconcentración y la necesidad de intersectorialidad para el desarrollo de las FESP.

La Tabla 7 presenta los resultados demostraron que las instituciones desconcentradas (54.5%), de la seguridad social (57.1%), la mitad de las instituciones privadas (50.0%) y un poco menos de la mitad de las instituciones pertenecientes a otros sectores (40.4%) tienen una alineación formal alta con el MISPAS. En contraste, si bien el MISPAS tiene una influencia real alta sobre un poco menos de la mitad de las instituciones desconcentradas (40.9%) y extrasectoriales (38.3%), su influencia real alta sobre las instituciones privadas es de apenas 12.5% y ninguna (0%) e las extrasectoriales.

Estos hallazgos indican el desafío en la rectoría y gobernanza que tiene el MISPAS para impulsar un trabajo articulado con los diversos actores sociales relacionados con la práctica de la salud pública.

Tabla 7. Alineación e influencia del MISPAS con los actores de instituciones extrasectoriales en el desarrollo de las FESP de la República Dominicana

Sector	Tipo de actor	Total	Alineación formal alta	Influencia real alta	% Influencia alta
Salud	Autoridad de salud (centralizadas)	49	41	31	63
	Desconcentrados	22	12	9	41
	Seguridad Social	14	8	0	0
	Privados	8	4	1	13
Extrasectoriales	Estatales	35	11	18	51
	Privadas	4	1	0	0
	Sociedad civil	8	7	0	0
Supranacionales	Supranacional	6	6	0	0
Total		146	90	59	40

Fuente: Adaptación. Elaboración propia a partir de los resultados del Cuestionario 2, Fase 1. 2021.

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 8, la rectoría del MISPAS muestra una alineación alta de un 40.9% en la etapa de desarrollo de políticas, y un poco menos en la asignación de recursos (21.2%). En contraste, la influencia alta del MISPAS en estas instituciones parece estar en las fases de evaluación y acceso, pero con un porcentaje menor del 20%.

La alineación formal alta del MISPAS sobre las instituciones del SSS es más evidente en la etapa de acceso (31.8%) y de desarrollo de políticas (18.2%). Sin embargo, el MISPAS no ejerce ninguna influencia en estas instituciones. Con respecto a la rectoría del MISPAS y las etapas del ciclo de políticas para las instituciones descentralizadas, se observó que, en la etapa de desarrollo de políticas, el 50.0% de todas las instituciones participantes presentan alineación formal alta con el MISPAS y 30.0% de influencia alta. Sin embargo, en las etapas de acceso y evaluación, la alineación y la influencia del MISPAS en las instituciones descentralizadas es considerablemente baja. (Tabla 8).

Tabla 8. Alineación e influencia del MISPAS con los actores de instituciones extrasectoriales en el desarrollo de las FESP de la República Dominicana de acuerdo con las etapas del ciclo de políticas

Etapa del ciclo	Actores/ instituciones	Alineación formal alta	% Alineación alta	Influencia real alta	% Influencia alta
Evaluación	48	1	2.1	8	16.7
Desarrollo de políticas	22	9	40.9	2	9.1
Asignación de recursos	33	7	21.2	2	6.1
Acceso	35	3	8.6	6	17.1
Intersectoriales	138	20	14.5	18	13.0

Etapa del ciclo	Actores/ instituciones	Alineación formal alta	% Alineación alta	Influencia real alta	% Influencia alta
Evaluación	34	0	0.0	0	0.0
Desarrollo de políticas	11	2	18.2	0	0.0
Asignación de recursos	26	1	3.8	0	0.0
Acceso	22	7	31.8	0	0.0
Seguridad Social	93	10	10.8	0	0.0

Etapa del ciclo	Actores/ instituciones	Alineación formal alta	% Alineación alta	Influencia real alta	% Influencia alta
Evaluación	33	2	6.1	1	3.0
Desarrollo de políticas	10	5	50.0	3	30.0
Asignación de recursos	13	3	23.1	4	30.8
Acceso	17	3	17.6	2	11.8
Descentralización	73	13	17.8	10	13.7

Fuente: Adaptación. Elaboración propia a partir de los resultados de Fase 1, Cuestionario 2, OPS/OMS. 2022.

Análisis de las barreras de acceso al sistema y los servicios de salud

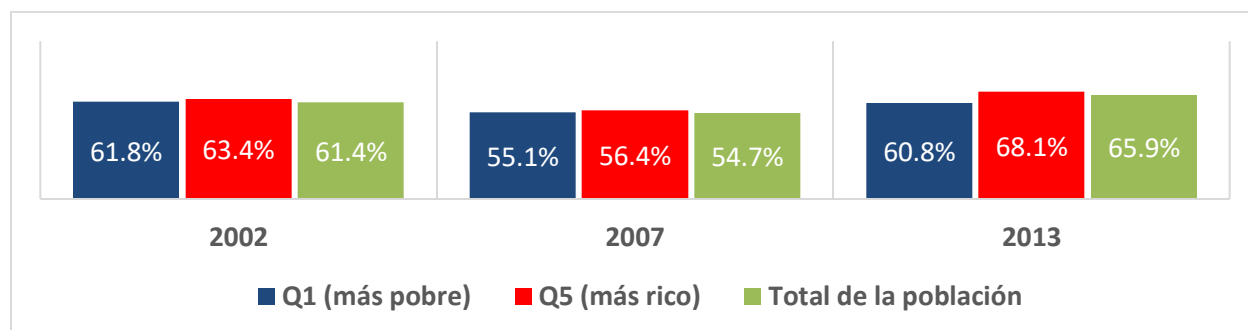
Para completar la **Fase 1**, se realizó el **análisis de barreras de acceso**²⁹ como insumo fundamental para la elaboración de un plan de fortalecimiento de las FESP para República Dominicana. En el proceso de identificación de barreras de acceso y fortalecimiento de las FESP, se realizaron diferentes actividades enfocadas en identificar los principales obstáculos y áreas de intervención.

Dentro de las actividades están incluidos talleres con expertos del sector salud en República Dominicana y un estudio que se basó en una revisión sistemática de la literatura, análisis de datos originados a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud, y de entrevistas a informantes

²⁹ Informe sobre el Análisis de barreras de acceso como insumo fundamental para la elaboración de un plan de fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública para República Dominicana. OPS 2020.

calificados y triangulación de la información. Si bien los últimos datos disponibles de la Encuesta Demográfica y Salud no reflejan los cambios experimentados en el país en los últimos años, dan cuenta de la persistencia de barreras de acceso a lo largo de la primera década del siglo XXI, con un alto porcentaje de población que reporta no buscar servicios cuando los necesitó. Este porcentaje pasó del 61.4% en 2002 al 65.9% en 2013 (Figura 21).

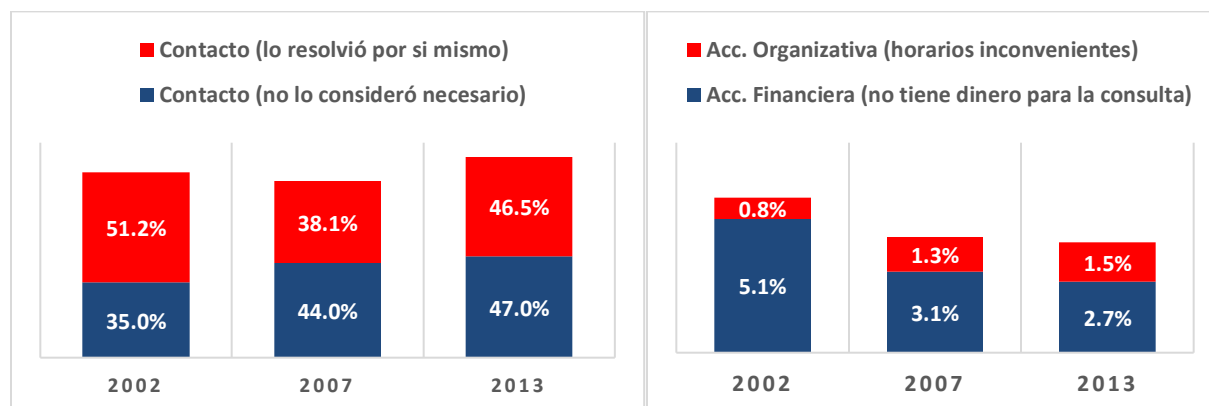
Figura 21. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesita, según ingresos, República Dominicana, 2002, 2007, 2013



Fuente: OPS/OMS: Informe del Análisis de Barreras de Acceso. Cálculos propios a partir de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud. 2002, 2007, 2013.

A diferencia de lo que sucede en otros estudios de caso, la población de mayores ingresos reportó en ese período mayores necesidades insatisfechas que la población de ingresos más bajos, siendo esta diferencia en 2013 de más de siete puntos porcentuales (60.8% vs 68.1%). Los principales motivos para no buscar servicios de salud son no considerarlo necesario y barreras financieras (Figura 28).

Figura 1. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesita, según el tipo de barreras, República Dominicana, 2002, 2007, 2013



Fuente: OPS/OMS: Informe del Análisis de Barreras de Acceso. Cálculos propios a partir de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud. 2002, 2007, 2013.

Barreras financieras asociadas con el alto gasto de bolsillo en salud y la condición económica de la población

En 2013, barreras relacionadas con accesibilidad financiera eran reportadas más frecuentemente por la población del quintil más pobre, que por el quintil más rico. Ello estaría vinculado a las desigualdades socioeconómicas persistentes, a pesar de los progresivos avances en la reducción del índice de Gini de 0.433 en 2016 a 0.411 en 2020, el 20% de la población más rica todavía presenta un nivel de ingreso casi 10 veces mayor al nivel de ingreso del 20% de la población más pobre. Las barreras financieras son también mencionadas en la literatura y principalmente en las entrevistas con informantes claves. *“A pesar de la alta disposición de recursos que se han tenido en los últimos años para el sector salud, ..., el gasto de bolsillo sigue siendo elevado, pero para la mayor parte de la población esto no significa una solución a su situación de enfermedad”* (entrevista anónima). *“El financiamiento a base de planes de salud voluntarios hace que la población tenga que lidiar con el tratamiento de sus enfermedades y buscar la forma de no quebrarse”* (entrevista anónima).

Este alto gasto de bolsillo está, de alguna manera, relacionado con la alta dispersión en las tarifas de los servicios de salud, a pesar de contar con *“un comité interinstitucional para establecer tarifas y honorarios que sirvan de referencia”* (entrevista anónima). Esto es particularmente cierto para los medicamentos, pues *“los médicos no están obligados a recetar bajo principio activo, lo que genera que no necesariamente busquen la opción más económica y tampoco hay precios de referencia para estos”* (entrevista anónima).

Barreras en la disponibilidad de recursos para la atención de los usuarios, asociada a una distribución desigual de los mismos

Las barreras de disponibilidad representaron el 19.5% (8/14) de las barreras reportadas en la revisión de literatura, que en general se refieren a la falta de medicamentos e insumos, así como de infraestructura y recursos humanos en salud (RHS). Para 2020 el Servicio Dominicano de Seguridad Social (SDSS) contaba con 19.50 médicos y 6.30 enfermeras por cada 10000 habitantes, cifras bastante alejadas del promedio reportado para Latino América y el Caribe. De manera similar, la razón de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes fue de 1.40³⁰. Lo anterior refleja dificultades en la disponibilidad de recursos para el SDSS. Asimismo, se presentan limitaciones en la oferta de medicamentos, vacunas, insumos y equipos necesarios, como una limitada oferta de proveedores, unidades de aislamiento, capital humano calificado para satisfacer la demanda de

³⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tablero de los indicadores básicos [Internet]. 2022 [citado 2022 oct 25]. Available from: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>

servicios de salud^{31, 32, 33, 34, 35}. Además, existe una baja cantidad de unidades de cuidado intermedio y ausencia de medios de transporte del niño críticamente enfermo³⁶.

A lo anterior se suma una mayor concentración de los recursos en las zonas urbanas y, en particular, en las grandes ciudades. “*Los médicos tienden a preferir trabajar en la capital del país y pocos van a zonas rurales, ..., al mismo tiempo muchas de las unidades de salud no son funcionales por falta de insumos y equipos, infraestructuras no adecuadas, etc.*” (entrevista anónima). Asimismo, en algunos casos “*en las provincias, los médicos no siempre cumplen con sus horarios de trabajo establecidos*” (entrevista anónima), lo que dificulta aún más el acceso a los servicios de salud, generando que las barreras se experimenten de forma desigual y afectan principalmente a la población más vulnerable.

Barreras de accesibilidad geográfica

Una importante parte de la población dominicana debe transportarse grandes distancias para poder acceder a los servicios de salud. Las desigualdades en la distribución de los recursos y la baja disponibilidad de estos llevan a que la población más vulnerable y/o que vive en zonas rurales deba acudir a las principales ciudades para poder acceder a servicios de salud, pues en “*algunos casos los servicios de salud en las zonas rurales no están disponibles las 24 horas*” (entrevista anónima). Lo cual termina reforzando también las barreras financieras, siendo las gestantes una de la población más afectadas.^{37, 38}

³¹ Garib Z, Vargas AL, Trumbo SP, Anthony K, Diaz-Ortega JL, Bravo-Alcántara P, et al. Missed Opportunities for Vaccination in the Dominican Republic: Results of an Operational Investigation. *Biomed Res Int*. 2016;2016.

³² Mathon D, Apparicio P, Lachapelle U. Cross-border spatial accessibility of health care in the North-East Department of Haiti. *Int J Health Geogr [Internet]*. 2018 oct 25 [citado 2021 dic 11];17(1):1-15. Available from: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12942-018-0156-6>

³³ de la Rosa A, Mordan J, Barinas I, Toribio M, Mancebo D, Rodríguez A, et al. Acceptability and adoption of clinical practice guidelines and treatment protocols on preeclampsia/ eclampsia in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2021;45:1-6.

³⁴ Chapman HJ, Veras-Estévez BA, Pomeranz JL, Pérez-Then EN, Marcelino B, Lauzardo M. The Role of Powerlessness Among Health Care Workers in Tuberculosis Infection Control. *Qual Health Res*. 2017;27(14):2116-27.

³⁵ Liebermann EJ, VanDevanter N, Shirazian T, Frías Gúzman N, Niles M, Heulton C, et al. Barriers to Cervical Cancer Screening and Treatment in the Dominican Republic: Perspectives of Focus Group Participants in the Santo Domingo Area. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020;31(2):121-7.

³⁶ Campos-Miño S, Sasbón JS, von Dessauer B. [Pediatric intensive care in Latin America]. *Med Intensiva [Internet]*. 2012 ene [citado 2021 dic 11];36(1):3-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21906846/>

³⁷ Madhi SA, Rivera LM, Sáez-Llorens X, Menéndez C, Carrim-Ganey N, Cotton MF, et al. Factors influencing access of pregnant women and their infants to their local healthcare system: A prospective, multi-centre, observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 ene 15;18(1).

³⁸ Montgomery MC, Alholm Z, Almonte A, Sykes KJ, Rudolph G, Cusick B, et al. A cross-sectional evaluation of HIV testing practices among women in the rural Dominican Republic. *BMC Womens Health [Internet]*. 2020;20(21). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0891-2>

Barreras de accesibilidad organizacional

La negación de servicios incluidos en el Plan Dominicano de Servicios de Salud (PDSS) y los largos tiempos de espera significan grandes desafíos que el SDSS debe abordar. Las barreras relacionadas con la accesibilidad organizacional a los servicios, particularmente de los horarios de atención presentan un leve aumento durante el período, de 0.8% a 1.5%. Tanto la literatura como las entrevistas a expertos clave resaltan los largos tiempos de espera que deben enfrentar los ciudadanos para la asignación de citas en salud.³⁹ Asimismo, se han identificado dificultades en la comunicación para poder acceder a los servicios de salud.⁴⁰ Lo anterior, sumado a *“situaciones de limitaciones y hasta negación de servicios incluidos en el PDSS que erosionan el nivel de protección en salud que el Estado pretendía abarcar”* (entrevista anónima), generan importantes obstáculos para acceder a los servicios de salud.

Barreras de aceptabilidad de los servicios

Los casos de discriminación, maltrato por parte del personal de salud limitan el acceso a los servicios de salud. La principal razón explorada por la literatura sobre barreras de acceso se encuentra relacionada con barreras de aceptabilidad de los servicios.

En algunos casos pueden presentarse situaciones de estigmatización y discriminación por el color de piel, condición de inmigrantes posición económica, estatus, conocimientos lingüísticos y origen étnico hacia los usuarios generando falta de confianza en los servicios de salud^{41, 42, 43} Asimismo, algunos usuarios han percibido malos tratos durante la atención en salud o trato no respetuoso por parte del personal de salud^{44, 45}, junto con algunas creencias religiosas por parte del personal de salud⁴⁶ pueden generar barreras de acceso a los servicios de salud. Esto combinado con *“la poca confianza que se tiene por la prestación de servicios de salud del sector público”* (entrevista anónima) podría empeorar la aceptación de la población por los servicios de salud.

Barreras en el acceso a la información relacionada con la salud

La pobre información con la que cuentan muchos usuarios del SDSS muchas veces termina generando obstáculos para su acceso a servicios de salud. *“La asimetría de información en el SDSS*

³⁹ Foster J, Burgos R, Tejada C, Cáceres R, Altamonte AT, Perez LJ, et al. A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic. *Midwifery*. 2010;26(5):504-11

⁴⁰ Idem 40

⁴¹ Idem 36

⁴² Taylor BS, Reyes E, Levine EA, Khan SZ, Sergio Garduñ L, Donastorg Y, et al. Patterns of Geographic Mobility Predict Barriers to Engagement in HIV Care and Antiretroviral Treatment Adherence. *AIDS Patient Care STDS [Internet]*. 2014;28(6):284-95. Available from: www.liebertonline.com/apc

⁴³ Keys HM, Noland GS, de Rochars MB, Taylor TH, Blount S, Gonzales M. Perceived discrimination in bateyes of the Dominican Republic: results from the Everyday Discrimination Scale and implications for public health programs. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-13.

⁴⁴ Idem 40

⁴⁵ Idem 44

⁴⁶ Idem 34

es demasiado alta, en especial aquella relacionada con la afiliación a las ARS (en muchas ocasiones es el empleador quien, contrario a la ley, decide la afiliación a la ARS del usuario y su familia) y los derechos de los usuarios” (entrevista anónima). Sumado a esto, los problemas relacionados con la información se extienden a la limitada, y en algunos casos poco clara, información que puede brindar el personal de salud a los pacientes y sus familiares^{47, 48, 49}, y que afectan el acceso adecuado a los servicios de salud, problemas que se agravan por los limitados conocimientos sobre patologías y actividades en salud que puede tener la población.^{50, 51, 52} A lo anterior se suma el hecho de que no siempre se usan adecuadamente los medios de comunicación masivos para dar adecuada información sobre actividades de salud, como por ejemplo sobre vacunación.⁵³

Barreras asociadas a la calidad de los servicios

El SDSS enfrenta importantes dificultades asociadas a la baja percepción de calidad de los servicios y su insatisfacción. “*El SDSS posee problemas relacionados con la calidad de los servicios que terminan generando pobres resultados en salud, como altas tasas de mortalidad materno-perinatal*” (entrevista anónima). Un ejemplo de esto es la prestación de servicios de salud por parte de estudiantes sin la supervisión de un profesional, lo que al final genera no solo resultados indeseables en salud, sino también desconfianza hacia el mismo sistema de salud^{32, 36, 40, 53}. Como resultado de las anteriores problemáticas, el acceso y la cobertura efectiva de los servicios de salud se ven amenazadas.

Mensajes claves

Dentro de los mensajes claves del análisis de barreras de acceso en el país destacan la preponderancia del sector privado en la provisión de los servicios de salud, los importantes avances en cobertura de afiliación al sistema de salud, siendo la tasa de afiliación al SDSS de 90.7% para junio del 2019, con una participación mayor en el régimen subsidiado; el alto gasto de bolsillo (43.0% del gasto total al 2019), la limitada disponibilidad de servicios de salud, asociada a una distribución desigual de los mismos en todo el territorio que afecta principalmente los grupos vulnerables. Se evidenció que el manejo limitado de la información, y la baja calidad asociada a los servicios de salud requieren de políticas que fortalezcan la toma de decisiones informadas por

⁴⁷ *Idem* 32

⁴⁸ *Idem* 35

⁴⁹ *Idem* 40

⁵⁰ *Idem* 32

⁵¹ *Idem* 46

⁵² Lockwood A, Dandekar A, Arias M, Ovalles M, Bentley S. Factors associated with pediatric emergency room utilization in an urban community hospital in Santiago, Dominican Republic. *Ann Glob Health*. 2019;85(1):1-6.

⁵³ Handy LK, Maroudi S, Powell M, Nfila B, Moser C, Japa I, et al. The impact of access to immunization information on vaccine acceptance in three countries. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(8). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180759>

parte de las autoridades sanitarias, en particular en aquellas relacionadas con el diseño e implementación del Plan de Servicios de Salud.

Adicionalmente, el análisis propone que las barreras de acceso a los servicios de salud en la República Dominicana revelan la necesidad de aumentar esfuerzos en el fortalecimiento de la atención primaria en salud y, en general, de la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las necesidades de la población. La integración del análisis de barreras al proceso de evaluación y fortalecimiento de las FESP ha derivado en la consideración de estos resultados como insumos claves para el desarrollo de un plan de acción.

Recomendaciones claves con potencial impacto en la dimensión de acceso

- **Se hace necesario fortalecer las capacidades de rectoría del Ministerio de Salud Pública, que deberá coordinar armónicamente al sector orientado a resultados en salud, es indispensable.**

La descentralización puede ser muy valiosa, pero su implementación requiere superar la fragmentación del SDSS. Las diferentes entidades públicas requieren desarrollar actividades articuladas hacia un mismo propósito en salud. Lo que implica, entre otras cosas, el fortalecimiento de las autoridades nacionales en salud en la formulación y actualización de leyes en salud, su monitoreo y evaluación, incluyendo su relación con el Poder Legislativo, así como la actualización de los objetivos nacionales de salud y las prioridades al nuevo contexto sanitario, y el fortalecimiento de la participación social.

- **Se hace necesario velar por aumentar los ingresos del SDSS, así como orientar los esfuerzos del gasto público en salud para disminuir barreras de acceso.**

El acceso al SDSS se encuentra relacionado con el tipo de ocupación (formal vs informal) de los ciudadanos en el mercado laboral. Las contribuciones al sistema se ven afectadas cuando se presenta una alta informalidad. Las brechas existentes entre las per cápita diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado conllevan a mayores barreras de acceso financieras y organizacionales. Luego, sería importante incluir criterios de calidad para el pago de la per cápita que se paga a las ARS. Asimismo, se hacen indispensables diferentes actividades como el diseño de una Estrategia Nacional de Desarrollo de los RHS, mediante la planificación de necesidades, desarrollo y retención de RHS en pro de mejorar disponibilidad y distribución. Mejorar estrategia de trabajo junto al Ministerio Finanzas y otros actores: recaudación, segmentación y criterios de asignación, reducción del GBS. Fortalecer ETS y medicamentos y capacidades para la compra centralizada de medicamentos e insumos estratégicos, incluyendo la promoción de medicamentos genéricos.

- **El diseño y contenidos del PDSS deben promover el tratamiento y manejo integral de la salud de la población.**

El PDSS debe permitir la integralidad en el tratamiento de las enfermedades, principalmente de las crónicas. Las inclusiones al PDSS se deben basar en la evidencia según las necesidades de los pacientes (no solamente basadas en las quejas y demandas de los usuarios), además de responder a criterios de costo-efectividad. Es importante evaluar los resultados de dichas inclusiones y, en general, se hace necesario identificar y unificar criterios mínimos para los distintos subsistemas de monitoreo y evaluación.

- **El SDSS requiere información unificada y de calidad, tanto a nivel individual como agregado.**

La historia clínica debe facilitar la toma de decisiones del personal de salud, favoreciendo la continuidad en el manejo y evitando reprocesos. Son necesarias medidas para abordar el subregistro en las estadísticas que se manejan en el sector salud. Esta información debe orientar la toma de decisiones y gobernanza del sistema de salud. Luego, algunos aspectos a mejorar son: la compatibilidad e interconectividad de las distintas fuentes de información; la utilización de la información producida para la evaluación de programas y políticas; la producción, análisis y uso de información sobre DSS, acceso, barreras y utilización de servicios, incluyendo satisfacción y aceptabilidad; los mecanismos de reporte de información en todos los niveles; y el trabajo en la realización de estudios de las necesidades en salud, así como de la suficiencia de la per cápita para cada régimen.

- **Se deben fortalecer las estrategias administrativas del sistema, así como reconocer y orientar sus esfuerzos en fortalecer la APS.**

Las estrategias administrativas en el sector salud deben enfocar sus esfuerzos en la reducción de barreras. Se hace necesario evitar que la carnetización u otro trámite administrativo se convierta en barrera de acceso a los servicios de salud. Se hace necesario fortalecer las actividades y estrategias de APS de manera transversal al SDSS. Esto implica fortalecer su capacidad para responder a las necesidades del primer nivel. Para lograr resultados en salud óptimos se requieren altos niveles de tecnificación en todos los niveles del SDSS.

- **Una adecuada supervisión y control de la prestación de servicio debe ser ejercida constantemente.**

Se requiere controlar y evitar negación de servicios incluidos en el PDSS por motivos administrativos y/o relacionados con tarifas. La supervisión y control de los procesos de prestación de servicios y aseguramiento debe ser fortalecida en busca de reducir barreras de acceso.

- **La calidad debe estar presente en todos los niveles del SDSS, tanto en la planeación como en la prestación de los servicios.**

Se hace necesario alinear los incentivos de las ARS para que realicen una adecuada gestión del riesgo. El sector público muchas veces está asociado a menor satisfacción por parte de los usuarios del sistema de salud, se requieren estrategias que favorezca la eficiencia y calidad en estas instituciones. Las ARS responden a incentivos financieros, por lo que una adecuada estrategia para incentivar la calidad en salud es realizarlo a través de un componente asociado a calidad y resultados óptimos para el pago del per cápita.

Los resultados de la **Fase 1** del proceso de medición de las FESP fundamentaron la selección de los expertos del sector salud y extrasectoriales para conformar los grupos de trabajo que sería responsables de desarrollar la **Fase 2** del proceso, bajo el liderazgo del comité coordinador de las FESP del MISPAS y con el acompañamiento de la OPS regional y local.

Fase 2: Medición de las capacidades institucionales

La **Fase 2** inició en noviembre del 2021. Tiene como objetivo la medición de las capacidades institucionales de la Autoridad de Salud, el MISPAS, consideradas esenciales para el ejercicio de las FESP, fundamentadas el cumplimiento de estándares mínimos que dan cuenta de la existencia de tales capacidades.

Este proceso de medición fue realizado por un conjunto de expertos externos y técnicos del MISPAS a través de diversas sesiones virtuales, permitiendo desarrollar un proceso colectivo de reflexión y discusión que enriqueció la calidad de las respuestas. La República Dominicana forma parte de la primera ronda de países que asumieron el compromiso de utilizar este nuevo abordaje conceptual y metodológico, siendo uno de los miembros de OPS pioneros en utilizar la plataforma virtual, analizar los cuestionarios, e identificar oportunidades de mejora para las próximas mediciones.

Figura 29. Estructura de la medición de capacidades institucionales



Fuente: Guía metodológica para la evaluación y fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP). OPS/OMS. 2021

La metodología de trabajo incorpora la utilización de una herramienta de autoevaluación desarrollada en una plataforma virtual, la cual se compone de un cuestionario predeterminado para cada FESP, orientados a evaluar los estándares esenciales para cada una de las cuatro capacidades de las FESP: formal, estructural, de supervisión y de desempeño (Figura 29). Estos estándares no solo permiten medir el cumplimiento de las FESP, sino que identifican y calculan las brechas de capacidades, en los casos donde estos estándares no se cumplen en su totalidad.

En términos operativos, la medición se lleva adelante completando los cuestionarios para cada una de las 11 FESP renovadas, los cuales se encuentran alojados en la herramienta virtual de autoevaluación (fesp.paho.org). La plataforma permite además la incorporación de comentarios y observaciones que enriquecen el proceso de autoevaluación y facilitan la contextualización y análisis de las brechas en la Fase 3. El cumplimiento de las capacidades se mide a través de una escala de Likert de 5 niveles, tomando en consideración el porcentaje de logro de cada una (Tabla 9).

Para facilitar el proceso se les envió a las autoridades la “Guía metodológica para la evaluación y fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)” y, a los expertos que fueron convocados, los cuestionarios a completar. Cabe mencionar que el proceso de selección y convocatoria de los expertos externos y propios del Ministerio, fueron realizados por el equipo de Coordinación Ejecutiva con sus puntos focales designados por el MISPAS.

Durante las sesiones, un moderador garantizó la dinámica de la sesión y la discusión del grupo, promoviendo la participación de todos los expertos convocados. Asimismo, un facilitador de la plataforma tomó nota de las respuestas, observaciones y acuerdos alcanzados. Todas las sesiones

se desarrollaron de forma virtual a través de Microsoft Teams ® y fueron grabadas, lo cual permite tener acceso a las mismas.

Tabla 9. Clasificación de los niveles de cumplimiento de los estándares para las capacidades institucionales

Nivel	Descripción
1	Capacidad inicial Se cumple con menos del 20% de los estándares establecidos
2	Capacidad limitada Se cumple desde el 20% hasta menos del 40% de los estándares
3	Capacidad moderada Se cumple desde el 40% hasta menos del 60% de los estándares
4	Capacidad intermedia Se cumple desde el 60% hasta menos del 80% de los estándares
5	Capacidad avanzada Se cumple con el 80% o más de los estándares establecidos

Fuente: Guía metodológica para la evaluación y fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). OPS/OMS. 2021

Atento a las agendas de los expertos y la complejidad de los cuestionarios que abordan las diferentes FESP, las sesiones tuvieron distintos tiempos de extensión. En ese sentido, mientras que algunos se completaron en un día, otros requirieron más de una sesión, dada la agenda de los expertos, la longitud, complejidad y especificidad de cada función esencial. La **Fase 2** del ejercicio de medición de las capacidades institucionales culminó en febrero del 2021.

Resultados de la medición de las capacidades instaladas por fase del ciclo de políticas

Los equipos de expertos por FESP identificaron un total de 389 brechas, de las cuales la mayoría, 48.1% correspondían a la etapa de acceso del ciclo de políticas, un 25.5% a la etapa de evaluación, y 17.5% y 9.0% a las fases de evaluación y asignación de recursos, respectivamente. La Tabla 10 presenta el total de brechas para cada una de la FESP, distribuidas de acuerdo con el ciclo de políticas.

De acuerdo con el informe de resultados por capacidad de la **Fase 2**⁵⁴, los resultados de la medición reflejaron la existencia de un marco regulatorio y normativo adecuado para que el Ministerio de Salud ejerza su rol en la toma de decisiones relativas al ejercicio de las FESP. Se destaca que la *capacidad formal* del MISPAS es la que mayor nivel desarrollo presenta para las 11 FESP, presentando un nivel avanzado de desarrollo para las FESP 1 y la FESP 5, pero en etapas iniciales para las FESP 8 y la FESP 11.

⁵⁴ Informe de avance de la medición de las capacidades institucionales en República Dominicana. Fase 2. OPS 2021.

La *capacidad de desempeño* del MISPAS es la que presentó un menor nivel de desarrollo, pues ninguna de las FESP alcanzó a cumplir más de 60% de los estándares establecidos, y únicamente las FESP 1 y 4 logran cumplir con más del 40% de los estándares establecidos. Los expertos destacaron la necesidad de fortalecer esta capacidad, en materia de recursos (especialmente humanos y financieros), habilidades y competencias necesarias, para garantizar la ejecución de las FESP.

En cuanto a la *capacidad estructural*, se identificó la existencia de estructuras institucionales y mecanismos que apoyan el rol de las autoridades de salud en el ejercicio de las FESP, destacándose el nivel de desarrollo de la FESP 5, con un cumplimiento de casi el 70% de los estándares establecidos. En contraste, las FESP 8 y 11 representan la mayor cantidad de desafíos. Los expertos enfatizaron la necesidad de seguir fortaleciendo el rol de rectoría del MISPAS a través de mecanismos de coordinación, participativos, transparentes y eficientes.

Respecto de la *capacidad de supervisión*, se observan resultados contrastados: mientras que la FESP 2 cumple con aproximadamente el 70% de los estándares, las FESP 1, 3, 6 y 11 sugieren un muy bajo nivel de desarrollo. Si bien se ha logrado avances sustanciales en la mejora de los sistemas de información para la salud, el país aún enfrenta desafíos importantes en la planificación, implementación y evaluación de las políticas en el ámbito de la salud.

Los expertos expresaron la importancia de que, en muchas de estas funciones, las autoridades de salud asuman el liderazgo en la supervisión y coordinación en los distintos niveles, así como la necesidad de fortalecer los procesos de colaboración con los demás sectores involucrados.

Resultados de la medición de las capacidades institucionales por FESP

La Figura 30 presenta el reporte de resultados con el nivel de desarrollo de las 4 capacidades para cada una de las FESP. Los resultados identificaron que las FESP 1, 4 y 5 han sido las de mayor nivel de cumplimiento, mientras que las FESP 3, 8 y 11 son las funciones esenciales con menor nivel de desarrollo y exhiben importantes oportunidades de mejora. Del resto de las FESP, al menos una o dos de las capacidades formales presenta un nivel de desarrollo moderado o intermedio. Destacan de manera particular el desarrollo intermedio de la capacidad de supervisión en la FESP 2 y de la capacidad formal en la FESP 6.

Tabla 10. Brechas por FESP identificadas en el proceso de medición de las capacidades institucionales del MISPAS de acuerdo con el ciclo de políticas

Ciclo de políticas	FESP	No. de brechas
Evaluación	FESP 1	35
	FESP 2	41
	FESP 3	23
Desarrollo de políticas	FESP 4	23
	FESP 5	12
Asignación de recursos	FESP 6	24
	FESP 7	23
	FESP 8	21
Acceso	FESP 9	29
	FESP 10 A	26
	FESP 10 B	50
	FESP 10 C	9
	FESP 10 D	15
	FESP 10 E	18
FESP 11	40	
TOTAL		389

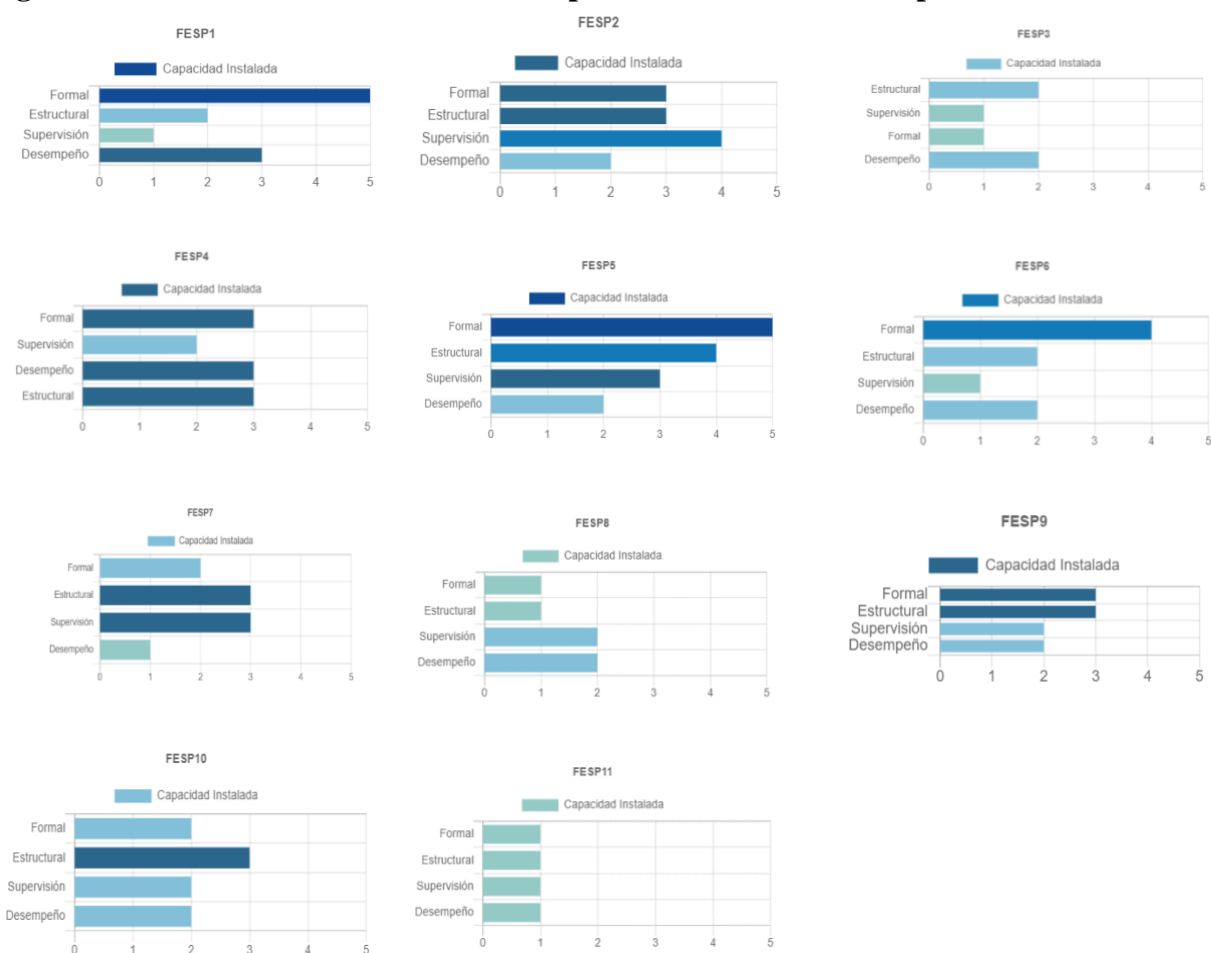
Fuente: Matriz de informe de Fase 3 para la elaboración del plan de acción para el fortalecimiento de las FESP en la República Dominicana. OPS/OMS, 2023.

La FESP 1, *Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud*, cumple con más del 80% de los estándares en la capacidad formal y entre el 60% y 80% para la capacidad de desempeño, correspondiendo a un nivel de desarrollo de capacidad avanzado e intermedio, respectivamente.

La FESP 4, *Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población*, evidencia un nivel de desarrollo moderado de las capacidades formal, estructural y de desempeño, cumpliendo con el 40% al 60% de los estándares en el proceso de medición.

La FESP 5, *Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia*, destaca por el desarrollo avanzado de la capacidad formal con el cumplimiento de al menos 80% de los estándares, intermedio en la capacidad estructural y moderado en la capacidad de supervisión. Oportunidades de mejora se identifican en la capacidad de supervisión para las FESP 1 y 4.

Figura 30. Resultados de la medición de capacidades institucionales por FESP



Fuente: Elaboración propia, a partir de los ejercicios de desempeño de creación del informe integrado en torno a las FESP, para indicadores. OPS/OMS. 2022.

En contraste, los resultados indican un nivel de desarrollo pobre en las capacidades estructural y de desempeño de la FESP3, y limitado en las capacidades formal y de supervisión, sugiriendo importantes oportunidades de mejora para la *Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud investigación en salud*.

La FESP 8, *Financiamiento de la salud eficiente y equitativo*, también presenta un desarrollo pobre en la capacidad estructural y formal, pero las capacidades de supervisión y desempeño cumplen entre el 20% al 40% de los estándares. Por su parte, la FESP 11 presenta un avance pobre en todas las capacidades del MISPAS sobre los estándares relacionados con la *Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud*.

A continuación, se presentan los resultados detallados para cada una de las FESP correspondientes a cada fase del ciclo de políticas. Se explican de manera detallada el concepto de cada FESP, los

resultados del número de brechas y el grado de cumplimiento para cada capacidad institucional. Se listan además las fortalezas y desafíos para cada capacidad.

Ciclo de Políticas: Fase de Evaluación

La fase de evaluación del ciclo de políticas incluye las FESP 1, 2 y 3. La figura 31 presenta el resumen del número de brechas identificadas sobre el total de estándares para cada una de las capacidades y su nivel de cumplimiento (%) para estas primeras FESP. Se detalla el análisis de resultados en los próximos párrafos.

Figura 31. Brechas y nivel de cumplimiento para las FESP 1, 2 y 3 correspondientes del a la Fase de Evaluación del Ciclo de Políticas

Fase del Ciclo de Políticas	Evaluación			
Función Escencial	Capacidad	Brechas	Estándares	Nivel de cumplimiento
FESP 1	Formal	0	8	100%
	Estructural	15	19	21%
	Supervisión	5	5	0%
	Desempeño	15	29	48%
FESP 2	Formal	6	14	57%
	Estructural	12	24	50%
	Supervisión	2	8	75%
	Desempeño	21	34	38%
FESP 3	Formal	8	11	27%
	Estructural	5	5	0%
	Supervisión	5	5	0%
	Desempeño	6	9	33%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Informe de Fase 2 de las FESP en la República Dominicana. 2023

FESP 1: Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud

Esta función se orienta a fortalecer las capacidades de las autoridades de salud para implementar los procesos de monitoreo y evaluación, incluyendo el uso de tecnologías de la información, la administración de datos, la previsión y la configuración de escenarios, y el análisis y la utilización de esta información en los procesos de formulación de políticas para la salud y de planificación sectorial para responder a las necesidades de salud de la población.

La medición arrojó que en República Dominicana la capacidad formal tiene un nivel de desarrollo “avanzando”, evidenciando un cumplimiento del 100% de los estándares. Esto representa que los expertos identificaron que el país da cuenta de un marco normativo que confiere a las autoridades

de salud el liderazgo y responsabilidad para ejercer su rol en la planificación, la implementación y la evaluación de las políticas en el ámbito de la salud. Por su parte las capacidades estructurales y la de desempeño fueron las que mayor nivel de desarrollo obtuvieron con un cumplimiento de 21% y 48% del total de estándares respectivamente.

Por último, la medición identificó que la capacidad de supervisión es la que presenta mayores desafíos ya que no logró cumplir con ningún estándar. Parte de estos desafíos consisten en que aún se identifican brechas en la institucionalización del monitoreo y la evaluación como estrategia para mejorar la calidad y la gestión de políticas, de tal forma que se favorezca la utilización de sus hallazgos y recomendaciones. A continuación, se presentan los resultados separados por capacidad.

Capacidad Formal

La medición arrojó que al interior de esta capacidad se cumple con los 8 estándares establecidos, por lo que se obtiene un nivel de cumplimiento del 100%, observando un desarrollo avanzado para esta capacidad. Dentro de sus principales fortalezas se destaca la existencia de un marco normativo para la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación de la salud, la definición de la autoridad de salud como la entidad que debe ejercer el liderazgo del sistema de información para el sistema de monitoreo y evaluación de salud y que se encuentra identificadas las principales instituciones que deben recoger y sistematizar información relacionada con salud.

Capacidad Estructural

Esta capacidad obtuvo un cumplimiento del 21% de los estándares. Se identificaron 15 brechas de 19 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2 - Capacidad limitada” según la escala Likert, lo cual representa que se cumple con más del 20% y menos del 40% de los estándares establecidos. Dentro de las fortalezas identificadas se observó que existen instancias legítimas e institucionalizadas para definir y asumir las funciones relacionadas con los componentes del sistema de monitoreo y evaluación de las políticas y programas de salud pública y la existencia de estructuras institucionales que apoyan el uso de evidencia del monitoreo y evaluación por las autoridades en la toma de decisiones, entre otros.

A partir de lo expresado por los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos se centran en:

- Definir una estrategia y protocolos para la compatibilidad e interconectividad de las distintas fuentes de datos.
- Definir una estructura para coordinar el trabajo de las principales instituciones que levantan y sistematizan información relacionada con salud, tanto a nivel sectorial como intersectorial.
- Fortalecer los protocolos para la revisión y supervisión de la cobertura e integridad de las fuentes de información (ej. estadísticas vitales).

- Se requiere de una estrategia de utilización de la información producida para la evaluación de programas y políticas.
- Si bien, se cuenta con estructuras institucionales que apoyan la participación de la comunidad en la generación de información y procesos de monitoreo y evaluación; éstas deben fortalecerse para asegurar la participación efectiva y el empoderamiento de la comunidad.

Capacidad de Supervisión

Según la medición realizada, esta capacidad no cumple con ninguno de los 5 estándares establecidos. Por lo que esta capacidad se encuentra en una etapa inicial con grandes oportunidades de implementar mejoras. A partir de lo expresado por los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos se centran en:

- Realizar evaluaciones periódicas sobre el cumplimiento del marco jurídico que regula el sistema de Monitoreo y evaluación y de la política de implementación del sistema de información.
- Fortalecer los procesos para la supervisión del cumplimiento de estándares de desempeño y lineamientos técnicos actualizados de los procesos de Monitoreo y evaluación.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo el mayor nivel de desarrollo en la medición de esta FESP, alcanzando un cumplimiento del 48% de los estándares. Se identificaron 15 brechas de 29 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3 - Capacidad moderada” según la escala Likert. Dentro de las fortalezas identificadas se observó que existe el interés, apoyo político y financiero para generar intervenciones y políticas informadas por la evidencia generada del sistema de monitoreo y evaluación, un sistema de información para registro de información en el primer nivel de atención y la existencia de disponibilidad de información de problemas de Salud infantil, Salud materna y reproductiva y patologías priorizadas.

Los principales desafíos que arrojó la medición fueron sobre la disponibilidad de recursos financieros y humanos y de la información sobre situación de salud, desempeño del sistema y equidad, tales como:

- El país no cuenta con una estrategia de movilización de recursos nacionales, suficiente presupuesto para el funcionamiento del sistema de Monitoreo y evaluación, incluyendo para la permanente actualización de tecnologías de la información.
- El país no cuenta con la definición de profesionales o RRHH que deben trabajar en el sistema de información de salud, a nivel nacional y subnacional.
- Los registros o sistemas de información sobre mortalidad y egresos hospitalarios no cuentan con una cobertura mayor al 90%, ni permite la desagregación de los datos según nivel de ingresos.

- La falta de un registro nominal dificulta la vinculación del registro de atención en el primer nivel de atención con la ficha clínica del paciente
- El país no cuenta con un registro o sistema de información sobre factores de riesgo para la salud pública ambiental.
- No se cuenta con información desagregada sobre la disponibilidad de profesionales de salud, incluyendo variables geográficas y trazadoras de la desigualdad y la equidad.
- No se cuenta con la suficiente producción, análisis y uso de información sobre determinantes sociales (información desagregada), acceso, barreras y utilización de servicios (disponibilidad de información actualizada y desagregada), y satisfacción y aceptabilidad de los servicios (disponibilidad de transporte y sensibilidad del personal en temas interculturales y de género).

FESP 2. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias

Esta función considera el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, las emergencias y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, la salud mental y lesiones, entre otros temas.

La medición arrojó que es una de las funciones con mayor cumplimiento de estándares, es decir, que en líneas generales cumplen con los lineamientos que determinan la función de vigilancia: recopilación sistemática y oportuna de información para acciones de control. Respecto a las capacidades tanto la capacidad formal, así como la estructural evidenciaron un nivel de cumplimiento del 57% y 50% de los estándares establecidos.

Por su parte la capacidad de supervisión fue la que mayor nivel de desarrollo obtuvo con un cumplimiento de 75%, exhibiendo una institucionalización del sistema de vigilancia y monitoreo como pilares fundamentales de las capacidades que permiten una vigilancia adecuada en el ámbito de la salud pública, mientras que por último las de desempeño fue la de menor cumplimiento con un 38%, indicando la necesidad de fortalecer la gestión de los recursos críticos para una toma de decisiones acertada por parte de las autoridades de salud en el momento de gestionar una respuesta. A continuación, se presentan los resultados separados por capacidad.

Capacidad Formal

La medición arrojó que al interior de esta capacidad cumple con 6 de los 14 estándares establecidos, indicando un nivel de desarrollo moderado con un 57% de cumplimiento. Si bien existen grandes avances, se observa oportunidades de mejora para establecer un marco regulatorio

formal para asegurar una capacidad de respuesta coordinada y una eficaz preparación y respuesta frente a desastres.

Respectos a las fortalezas de esta capacidad son:

- La existencia de un marco jurídico y regulatorio que permite cumplir las labores de vigilancia y control de riesgos para la salud pública.
- Un plan nacional o normativa para detectar e informar sobre los agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos.
- Se cuenta con una política o plan estratégico actualizado para velar por el uso seguro de la radiación en el país.
- El país cuenta con un plan y acciones de contingencia ante emergencias de salud pública en los puntos de entrada.

Los principales desafíos en torno a esta capacidad fueron:

- No existen planes de respuesta a emergencias por peligros múltiples en todos los niveles locales.
- Si bien existe un Plan estratégico para fortalecer la evaluación y gestión de productos químicos, en cuanto a su desarrollo e implementación.
- Se requiere un Plan de salud pública para incidentes y emergencias químicas.
- Fortalecer la legislación y las políticas para la prestación de servicios de salud en los puntos de entrada

Capacidad Estructural

Se identificaron 12 brechas de 24 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3 - capacidad moderada “ya que cumple con más del 40% pero con menos del 60% de los estándares establecidos. La medición identificó fortalezas en la existencia de mecanismos y procedimientos en la capacidad de detección de amenazas y riesgos para la salud pública, pero existen grandes oportunidades de mejora respecto a los mecanismos de coordinación multisectorial para la capacidad de respuesta.

Los principales desafíos en torno a esta capacidad fueron:

- Se debe establecer una unidad encargada de formular el presupuesto para las capacidades de vigilancia y respuesta oportuna, velar por su ejecución y coordinar entre diferentes ministerios.
- Se necesita un mecanismo funcional para coordinar e integrar a todos los sectores pertinentes en la vigilancia y respuesta a las emergencias de salud pública.
- Si bien el país da respuesta, se necesitan manuales sobre la vigilancia, evaluación y gestión de eventos, intoxicaciones y envenenamientos químico.

- No existen mecanismos de coordinación multisectorial e interdisciplinaria para la gestión de los preparativos y respuestas a emergencias radiológica.
- Se requiere implementar una sistematización en las capacitaciones del Centro de Operaciones de Emergencias (COE), así como la utilización de formularios y plantillas estandarizadas para la gestión de datos e información, y elaboración de informes.
- No existen convenios para un evento biológico, químico o radiológico entre las autoridades de salud pública y las autoridades de seguridad a cualquier nivel intermedio o local.
- Si bien existen procedimientos, no existe un plan institucionalizado para activar y coordinar al personal de salud durante una emergencia de salud pública.
- El país no cuenta con una red de comunicaciones propia para funcionar en situaciones de emergencia y requiere desarrollar los protocolos necesarios para divulgar información a través de los medios de comunicación.
- El país no cuenta con un sistema de protección, mantenimiento y restauración de servicios claves (como alimentos) en caso de una emergencia y desastre de salud pública.

Capacidad de Supervisión

La medición arrojó que es la capacidad con mayor nivel de desarrollo con un 75% de cumplimiento de los estándares. Se identificaron 2 brechas de 8 posibles, por lo que obtuvo un valor de “4 - Capacidad intermedia.” según la escala Likert, lo cual, lo cual exhibe gran cantidad de capacidades instaladas respecto a los sistemas de vigilancia y monitoreo.

Respecto a las fortalezas identificadas son la evaluación del cumplimiento del marco normativo que rige la vigilancia de salud pública, la existencia de un sistema nacional a cargo de garantizar la calidad de los laboratorios de forma eficaz, incluyendo su autorización, inspección, certificación y acreditación y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre capacidades establecidas en los puntos de entrada.

Los principales desafíos identificados se centran en:

- Fortalecer la evaluación de las funciones del Centro Nacional de Enlace para el RSI. Si bien Si bien se ha realizado una evaluación de capacidades, no se han realizado una evaluación de las funciones para verificar su eficacia.
- Fortalecer la evaluación de los puntos de entrada al responder a eventos de salud pública.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo el menor nivel de desarrollo en la medición de esta FESP, alcanzando un cumplimiento del 38% de los estándares. Se identificaron 21 brechas de 34 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2 - Capacidad limitada” según la escala Likert.

Los expertos identificaron como fortalezas para esta capacidad los aspectos resaltados a continuación:

- La existencia de sistemas de vigilancia suficientes y oportunos basada en eventos e indicadores, que cubre todo el territorio nacional y recibe notificaciones de al menos 80% de todas las unidades informantes.
- La capacidad para hacer evaluaciones de riesgos a nivel nacional, intermedio o local, con datos integrados y publicación y difusión de informes y boletines epidemiológicos.
- La capacidad para hacer evaluaciones de riesgos a nivel nacional, intermedio o local, con datos integrados y publicación y difusión de informes y boletines epidemiológicos
- Se hacen evaluaciones estratégicas del riesgo de emergencias por múltiples riesgos.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en:

- Incorporar recursos humanos especializados para una adecuada vigilancia nacional y subnacional.
- Realizar protocolos de comunicación para situaciones de emergencia entre los laboratorios, los servicios de salud y decisores.
- Fortalecer los recursos humanos, financieros y tecnológicos para detectar y responder a emergencias radiológicas y nucleares.
- Fortalecer los puntos de entrada, ya que no cuentan con las capacidades requeridas para aplicar las medidas sanitarias recomendadas como ofrecer equipos y personal para transportar a los viajeros enfermos a un establecimiento médico apropiado.

A continuación, se desarrollan los otros desafíos respecto a esta capacidad indicados por los expertos:

- El país no dispone de financiamiento para apoyar las capacidades de vigilancia y respuesta a las emergencias de salud pública, aunque sí para su uso regular.
- Si bien existe un plan para mejorar la disponibilidad de los diagnósticos en el punto de atención en sitios clínicos de todo el país, se necesita fortalecer la red de integración y la capacidad resolutive.
- Fortalecer los sistemas electrónicos de notificación para las enfermedades de notificación obligatoria para la sanidad animal.
- Fortalecer los programas de formación profesional continua (FPC) para los funcionarios de salud pública, funcionarios de vigilancia, médicos generales y veterinarios que incluyan actividades de preparación y control de brotes.
- Participar en redes internacionales de productos químicos y toxicología.
- No se hace vigilancia ambiental de incidentes químicos y no se dispone de capacidad de laboratorio para el análisis sistemático ante eventos menores o locales
- Fortalecer los recursos humanos y financiero ya que no son suficientes para satisfacer las necesidades de gestión de eventos químicos.
- No existe una institucionalización de los inventarios, ni establecimientos sanitarios de referencia para el diagnóstico y tratamiento de casos de intoxicación química.

- En caso de una emergencia de salud pública de origen químico, el país no está en capacidad de movilizar un presupuesto para satisfacer las demandas adicionales.
- Se necesita un sistema para activar y coordinar la gestión de insumos médicos para contrarrestar una emergencia de salud pública, incluyendo pandemias y emergencias de sanidad animal.
- Si bien la autoridad sanitaria tiene presupuesto en cada programa específico de comunicación de riesgos para emergencias, no cuenta con un presupuesto exclusivo para personal, materiales y actividades de comunicación.
- Se requiere fortalecer los recursos necesarios para la comunicación con el público y comunidades afectadas en casos de emergencia, incluyendo la atención a las percepciones, los comportamientos riesgosos y la información errónea
- Se necesita fortalecer la capacitación del personal sanitario de la autoridad nacional de salud en la preparación para emergencias y desastres, como por ejemplo en la elaboración de proyectos de emergencias para la reconstrucción del sector salud o en comunicación ante emergencias y desastres.
- Si bien se han planificado para este 2022, no se realizan actividades de investigación con el objeto de desarrollar estrategias para reducir la vulnerabilidad a emergencias de salud pública.
- Si bien se están realizando esfuerzos, se requiere fortalecer la inversión en infraestructura resilientes para mantener el funcionamiento de los servicios básicos (como saneamiento y electricidad) durante un desastre.
- Los puntos de entrada designados no tienen las capacidades necesarias para aplicar las medidas recomendadas para desinsectar, desratizar, desinfectar, descontaminar o tratar por otros medios el equipaje, cargamento, contenedores, medios de transporte, bienes o paquetes postales.

FESP 3: Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud

Esta función esencial comprende la producción de conocimiento científico y su integración al proceso de formulación de políticas de salud de las autoridades de salud para garantizar estas contribuciones fundamentales para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud pública.

La medición arrojó que es una de las de menor cumplimiento de estándares, por la cual contiene importantes desafíos para la autoridad de salud. Respecto a las capacidades tanto la capacidad formal, así como la supervisión son las que mayores desafíos imponen evidenciando un nivel de cumplimiento de estándares menor al 20%. Por su parte las capacidades estructurales y la de desempeño fueron las que mayor nivel de desarrollo obtuvieron con un cumplimiento de 27% y 33% del total de estándares respectivamente.

Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer el rol de gobernanza del Ministerio de Salud, debido a que los aspectos vinculados a la ciencia y la investigación en salud dependen del Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología. En ese sentido, resulta esencial promover aspectos formales (como Programas Planes, etc.) y estructuras institucionales, para fomentar la eficiencia, reducir la duplicación de esfuerzos y fomentar un liderazgo compartido eficaz. Realizando un análisis de las 4 capacidades para esta función esencial, se observan los resultados siguientes.

Capacidad Formal

La medición arrojó que al interior de esta capacidad no se cumple con ninguno de los 5 estándares establecidos en el trascurso de las 6 áreas de intervención identificadas para esta FESP (calidad, impacto, gobernanza, talento humano, estándares y eficiencia).

A partir de lo expresado por los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos se centran en:

- Revisar la implementación y actualización de los contenidos de la política nacional vigente de investigación (e innovación) para la salud. Si bien el país tiene una política vigente a través de una resolución ministerial del año 2014 de aplicación nacional, los expertos indicaron que la misma no está siendo implementada, considerando prioritario una revisión y actualización de los contenidos. Además, los expertos expresaron la necesidad de alinear la política nacional de investigación con la Agenda 2030 de Naciones Unidas y la Política de Investigación de OPS/OMS.
- La necesidad de construir una Agenda Nacional de Investigación para la Salud con presupuesto asignado. Si bien los expertos indicaron que existen líneas de investigación priorizadas por el Ministerio de Salud, éstas no tienen un financiamiento para su desarrollo e implementación, lo cual se constituye en un factor limitante para ejercer un rol central en el fortalecimiento de la gobernanza nacional de la investigación en salud.

Mejorar el marco reglamentario nacional en ética de la investigación. Si bien este marco se encuentra armonizado con las normas internacionales de ética, los expertos indicaron que es necesario enriquecer dicho marco con la implementación de un proceso de certificación y actualización para los comités de ética, además de vincularlo con una normativa nacional de registro público de investigaciones para la salud.

Capacidad Estructural

Se identificaron 8 brechas de 11 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2 - Capacidad limitada” indicando que se cumple con más del 20% pero con menos del 40% de los estándares establecidos.

Los principales desafíos en torno a esta capacidad se vincularon con la necesidad de empoderar al Ministerio de Salud en los ámbitos de la ciencia y la investigación en salud ya que, como se mencionó, cuestiones asociadas a investigación dependen del Ministerio de Educación Superior,

Ciencia y Tecnología. En este sentido, surgió la necesidad de crear una estructura en el Ministerio de Salud que pueda gestionar la planificación y asignación de recursos para la investigación y formación en Salud.

Otros desafíos respecto a esta capacidad indicados por los expertos fueron:

- Implementar mecanismos oficiales para la toma de decisiones basadas en evidencia científica. Si bien los expertos destacaron la necesidad de promover la rectoría basada en la evidencia, en el último tiempo se ha observado un cambio cultural, ya que se están realizando documentos oficiales utilizando la mejor evidencia disponible. No obstante, estos procesos no se encuentran estandarizados.
- Empoderar el rol del Ministerio de la Salud en cuestiones de Ciencia e Investigación en Salud Pública. Se identificó una perspectiva conservadora respecto a la investigación a nivel nacional, debido a que la investigación en salud pública no se considera científica. Esto, por ejemplo, se refleja en que la autoridad sanitaria no tiene voto en las decisiones del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología sobre la investigación para la salud.
- Promover el registro y certificado de las instituciones de investigación para la salud. Los expertos destacaron la importancia del Ministerio de Salud tenga un registro y certificado de instituciones donde se identifiquen sus respectivas capacidades y misión, que permita articular los mecanismos de coordinación, intercambio y concertación entre las instituciones.
- Implementar mecanismos para promover la investigación multidisciplinaria para la salud. Los expertos expresaron que, desde el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, se promueve la investigación multicéntrica para la salud, pero es necesario implementar mecanismos para fortalecer la multidisciplinariedad y la multisectorialidad en las investigaciones.

Capacidad de Supervisión

Según la medición realizada, esta capacidad tampoco cumple con ninguno de los 5 estándares establecidos. Por lo que esta capacidad se encuentra en una etapa inicial y posee grandes oportunidades de implementar mejoras.

Los principales desafíos en torno a esta capacidad devienen de la ausencia de gobernanza por parte del Ministerio de Salud sobre los recursos de investigación para la salud, en tanto que principalmente son gestionados por el Ministerio Educación Superior, Ciencia y Tecnología. En consecuencia, existe un déficit de información que permita monitorear los recursos humanos y financieros destinados a la investigación para la salud. En este sentido y en línea con lo desarrollado anteriormente, los expertos comentaron la dificultad que resulta evaluar sistemáticamente la necesidad de investigaciones de salud pública y priorizar líneas específicas de investigación que integren problemas prioritarios.

A continuación, se desarrollan los otros desafíos respecto a esta capacidad indicados por los expertos:

- Necesidad de implementar un sistema de sanciones significativas por el uso no ético de la financiación de la investigación. Los expertos comentaron que actualmente no existen multas ni sanciones por el uso incorrecto de los recursos o por una conducta no ética en las investigaciones en salud.
- Promover la participación de los centros de investigación y representantes de usuarios en la planificación de investigaciones en salud pública. Si bien se les informa y comunica los resultados de las investigaciones, en los procesos de planificación y ejecución de proyectos se debería invitar otros actores a participar.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo el mayor nivel de desarrollo en la medición de esta FESP, alcanzando un cumplimiento del 33% de los estándares. Se identificaron 6 brechas de 9 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2 - Capacidad limitada” según la escala Likert.

Los expertos encontraron fortalezas para esta capacidad, uno de los aspectos resaltados es la elaboración por parte del Ministerio de informes trimestrales oficiales sobre inversión, capacidades y productos en investigación para la salud que se realizan para el Congreso o un Registro Nacional vigente de Comités de Ética con sus requisitos, datos de contacto, capacidades, e integrantes.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en el área de intervención de apoyo al talento humano, los equipos y redes en investigación para la salud, donde los expertos sugirieron generar capacidades en torno a elaborar una base de datos nacional de investigadores para la salud y construir un registro nacional de instituciones de investigación certificadas, y la necesidad de tener recursos económicos asignados a financiar las investigaciones en salud.

A continuación, se desarrollan otros desafíos respecto a esta capacidad indicados por los expertos:

- Incorporar a expertos en comunicación científica para fortalecer la comunicación efectiva y la divulgación de noticias de las autoridades de salud. Los expertos indicaron que si bien hay una asociación de periodistas científicos la autoridad nacional no cuenta con el apoyo de periodistas formados en periodismo científico.
- Conformar un listado de equipos de investigación para atender las necesidades críticas de conocimiento científico. Si bien se reconocieron que existen esfuerzos por avanzar con este tema, los expertos indicaron que existe la necesidad, para mejorar la calidad de los procesos de investigación, crear los espacios para la discusión y analizar las propuestas de forma multidisciplinaria.

Ciclo de Políticas: Fase de Desarrollo de Políticas

La fase de evaluación del ciclo de políticas incluye las FESP 4, 5 y 6. La figura 32 presenta el resumen del número de brechas identificadas sobre el total de estándares para cada una de las capacidades y su nivel de cumplimiento (%) para estas primeras FESP. Se detalla el análisis de resultados en los próximos párrafos.

Figura 32. Brechas y nivel de cumplimiento para las FESP 4, 5 y 6 correspondientes del a la Fase de Desarrollo del Ciclo de Políticas

Fase del Ciclo de Políticas	Desarrollo de Políticas			
Función Escencial	Capacidad	Brechas	Estándares	Nivel de cumplimiento
FESP 4	Formal	4	8	50%
	Estructural	9	13	31%
	Supervisión	5	10	50%
	Desempeño	4	9	56%
FESP 5	Formal	0	5	100%
	Estructural	5	16	69%
	Supervisión	4	7	43%
	Desempeño	7	10	30%
FESP 6	Formal	3	8	63%
	Estructural	7	11	36%
	Supervisión	9	11	18%
	Desempeño	5	7	29%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Informe de Fase 2 de las FESP, en la República Dominicana.2022.

FESP 4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población

Esta función comprende de forma integral dos componentes: el desarrollo de las capacidades de las autoridades de salud para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población y estén informadas por el mejor conocimiento disponible y relevante, y el fortalecimiento de su influencia sobre la producción de un cuerpo legislativo que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud.

La medición arrojó que esta función es una de las de mayor nivel de cumplimiento, presentando distintos avances y desafíos en torno a la formulación de políticas y legislación relacionadas con la salud.

La medición arrojó que en República Dominicana la capacidad estructural es la de mayor cumplimiento exhibiendo, evidenciando un cumplimiento de más del 56% de los estándares. Esto representa que los expertos identificaron mecanismos y estructuras que respaldan a las autoridades, en la formulación e implementación de políticas de salud.

Asimismo, en las capacidades formales y de desempeño se identificaron un nivel de cumplimiento de 50% de los estándares respectivamente, mientras que la capacidad de supervisión fue la de menor cumplimiento con un 31%, mostrando oportunidades de mejora respecto al monitoreo, la evaluación y refinamiento de las intervenciones. A continuación, se presenta el análisis de las 4 capacidades se observan los siguientes resultados.

Capacidad Formal

Se obtuvo 50% de cumplimiento de los estándares establecidos, identificando 4 brechas de 8 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada”, si bien se identificaron esfuerzos e iniciativas vinculados estrechamente a las prioridades sanitarias con metas y objetivos todavía existen desafíos a abordar.

Las principales fortalezas en torno a esta capacidad son el respaldo de la autoridad de salud con un marco formal y normativo que regula su funcionamiento, un marco constitucional en el país que protege el derecho a la salud y con sus respectivos derechos y las obligaciones, la existencia de normas y políticas para evitar conflictos de interés en el ejercicio de la regulación y la fiscalización, y la existencia de políticas dirigidas a la prevención de la corrupción en el sistema de salud.

Los principales desafíos en torno a esta capacidad se vincularon con:

- Los objetivos nacionales de salud pública requieren actualización y readaptación al nuevo contexto sanitario. Si bien se han trabajado planes estratégicos puntuales y se ha dado respuesta por parte de la autoridad de salud de manera específica y reactiva, el último plan de salud nacional se ha realizado para el 2008-2016 y necesita una actualización y una visión más holística.
- Se requiere un plan nacional de salud con metas y objetivos subnacionales y definidos en forma participativa.
- Abordar de manera integral los determinantes de la salud a la legislación nacional y marcos jurídicos. Si bien existen marcos jurídicos que favorecen el desarrollo e implementación del acceso y cobertura universal de la salud, los expertos expresaron la necesidad de incorporar en la legislación nacional y marcos jurídicos los determinantes de salud.

Capacidad estructural

Esta capacidad fue la de mayor cumplimiento con el 56% de los estándares establecidos, identificando 4 brechas de 9 posibles, por lo que obtuvo un valor de “4- Capacidad moderada”.

En base en la medición, se identificaron varias fortalezas para esta capacidad, destacándose:

- Una estructura responsable del proceso de planificación estratégica, en coordinación con otras instituciones y con apoyo de los niveles subnacionales.
- La existencia de una estructura responsable de la evaluación, sostenibilidad y mejora de la implementación de la política nacional de salud.
- La coordinación con otros sectores para fomentar y fortalecer su participación en la cooperación internacional en materia de salud tanto dentro de la región como fuera de ella y es capaz de proponer o liderar iniciativas de cooperación y coordinación que sean consistentes con su agenda internacional.

Mientras que los principales desafíos en torno a esta capacidad se vincularon con:

- Se requiere desarrollar un proceso periódico de priorización basado en un análisis de situación de la salud de la población
- Se requiere fortalecer a la estructura responsable en la mejora de la implementación de la política nacional de salud. Los expertos expresaron que hay esfuerzos con algunas políticas individuales y específicas que se implementan de acuerdo con los estándares. Sin embargo, existe una brecha en la implementación en la práctica operativa en todas las políticas.
- La falta de una oficina o estructura dedicada al seguimiento y coordinación con el Poder Legislativo. Si bien lo realizan las autoridades del alto nivel y las áreas jurídicas del Ministerio, pero no hay una oficina o una estructura como tal, condiciona la capacidad de iniciativa legislativa del MISPAS.
- No existe una estructura/oficina en el Congreso que realice una revisión periódica sobre el cumplimiento de las leyes y promueva su revisión permanente.

Capacidad Supervisión

Esta capacidad fue la de menor cumplimiento con un 31% de los estándares establecidos. Se identificaron 9 brechas de 13 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada.” según la escala Likert, lo cual, si bien hay ya capacidades instaladas, también da cuenta de oportunidades de mejora en la búsqueda de una mejor fiscalización y supervisión de políticas y la legislación de salud y en la revisión periódica del marco legislativo/regulatorio.

En base en la medición, se identificaron varias fortalezas para esta capacidad, destacándose:

- Un plan nacional de salud alineado con los valores del derecho a la salud, derechos humanos, la legislación nacional, la solidaridad y la equidad.
- La autoridad de salud evalúa el impacto de sus políticas de salud, promueve la transparencia de los resultados de sus evaluaciones y adopta cambios institucionales necesarios, de acuerdo con los resultados de evaluación de sus políticas.
- El Ministerio solicita aportes de distintos actores clave durante la evaluación de la legislación de salud pública, incluyendo la opinión pública y la voz de los usuarios.

Mientras que los principales desafíos en torno a esta capacidad se vincularon con:

- El logro de objetivos sanitarios no se evalúa regularmente. Los expertos sugirieron integrar las evaluaciones anuales destinadas a construir memorias institucionales, ya que éstas se realizan de forma fragmentada y se enfocan únicamente en el resultado del sector público.
- Promover la transparencia y la efectividad de la comunicación de los resultados de sus evaluaciones al público en general. Si bien se evalúan las políticas de salud a través de indicadores de impacto, no se logra alcanzar al público general, los expertos comentaron que podría utilizarse la instancia de Análisis de Situación de Salud para tal fin.
- Fortalecer un sistema implementado y evaluado que promueva la mejora periódica del sistema jurídico/normativo, así como la vigilancia de su cumplimiento.
- Se requiere un sistema de fiscalización formal. Si bien se supervisa por parte de la autoridad nacional de salud el abuso o mal uso de autoridad en la fiscalización, los expertos indicaron que se podrían escaparse situaciones que no trasciendan el nivel local, así como también se requiere una mayor eficacia para corregir situaciones de mal uso de la autoridad.
- Fortalecer la revisión periódica, evaluación y modificación del marco legislativo/regulatorio.
- Fortalecer la revisión legislativa/normativa respecto a las observaciones de los organismos e instancias internacionales de derechos humanos y los compromisos internacionales. Si bien el país ha tenido grandes avances en temas de primera infancia, VIH, se encuentra pendiente temas como: migración, interrupción voluntaria del embarazo y población LGBT.
- Fortalecer la efectividad de la evaluación con los organismos nacionales de derechos humanos o defensorías de los habitantes. Si bien se realiza consultas a las defensorías y organizaciones de derechos humanos, no existe una incidencia e injerencia real en la evaluación de la legislación/normativa.
- Sistematizar una evaluación integral de la regulación en salud en un período de mediano plazo. Si bien existen actualizaciones en temas puntuales y revisiones de los protocolos, no se realiza una evaluación integral de la regulación en salud en un período de mediano plazo, ni de los proyectos de legislación en salud considerados, ni de los efectos de otras legislaciones.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad obtuvo un cumplimiento del 50% de los estándares. Se identificaron 5 brechas de 10 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert.

En base en la medición, se identificaron varias fortalezas para esta capacidad, destacándose:

- I) La existencia de competencias técnicas para llevar adelante la política nacional en salud y abordar los problemas de salud prioritarios de la población, así como para contar con el apoyo ciudadano y con los principales actores de la sociedad civil
- II) Existencia de procesos de formación y educación permanente para el personal involucrado en las actividades de regulación y fiscalización

- III) Disponibilidad de equipos de profesionales con las competencias adecuadas para el desarrollo y evaluación de proyectos de cooperación con otros países dentro y fuera de la región.

Mientras que los principales desafíos en torno a esta capacidad se vincularon con:

- Integrar en una base de datos integral que pueda emplearse en los procesos de planificación. Si bien se dispone de sistemas de información capaces de procesar la información recogida en las diferentes instancias, las mismas se encuentran fragmentadas en distintas bases de datos.
- Fortalecer las bases de datos a gran escala para la búsqueda de oportunidades de cooperación internacional.
- Se precisan mayor cantidad de recursos humanos y financieros para ejercer la función jurídica, regulatoria y normativa en salud pública en los niveles intermedios y locales (DPS y DAS).

FESP 5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.

Esta función comprende la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en el desarrollo de la salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. Abarca las acciones colectivas mediante las cuales la sociedad civil y la comunidad organizada intervienen e influyen directamente en la organización, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones y del sistema de salud en su conjunto.

La medición arrojó que esta función es la de mayor nivel de cumplimiento en República Dominicana, mostrando una institucionalización de los procesos de participación, con participación de la comunidad en la toma de decisiones, reconocimiento de las dinámicas territoriales, calidad de la información para su evaluación y adecuado financiamiento.

Para esta FESP, la capacidad formal se encuentra en un nivel de cumplimiento del 100% de los estándares establecidos, es decir no se ha identificado ninguna brecha para esta capacidad. El país mostró un nivel avanzado de esta capacidad, indicando que tiene un adecuado soporte normativo y regulatorio para ejercer su rol para facilitar la participación social en salud y permitir el actuar de la comunidad en todos los niveles del sistema de salud. Asimismo, en las capacidades estructurales y de supervisión se identificaron un nivel de cumplimiento de 69% y 43 % de los estándares respectivamente.

Por último, la medición identificó que la capacidad de desempeño es la que presenta mayores desafíos con un nivel de cumplimiento de estándares de 30%, los expertos indicaron que es necesario aumentar los recursos financieros, humanos tanto humanos, físicos y administrativos (equipo, capacidad de tecnología de la información (TI), etc. para llevar a cabo las actividades de promoción de la participación social en salud en todos los niveles del sistema (nacional, intermedio

y local). Se presenta el análisis de las capacidades de acuerdo con los resultados de las brechas y el nivel de cumplimiento.

Capacidad Formal

Esta capacidad fue la que obtuvo el mayor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 100% de los estándares, por lo que obtuvo el valor más alto según la escala Likert de “5 - Capacidad avanzada”.

Las principales fortalezas en torno a esta capacidad son:

- La existencia de legislación sobre la participación social en salud.
- Un plan estratégico que lo integran todas las instituciones de salud, participa los niveles subnacionales con objetivos y metas explícitas que promueven la rendición de cuentas a través del diálogo social.
- La salud es un derecho garantizado en la constitución en todos los niveles.

Capacidad estructural

Se obtuvo casi el 70% de cumplimiento de los estándares establecidos, identificando 5 brechas de 16 posibles, por lo que obtuvo un valor de “4- Capacidad del intermedia”.

En base en la medición, se identificaron varias fortalezas para esta capacidad, destacando:

- La existencia de una unidad perteneciente al Ministerio de Salud dedicada a promover la participación social en salud en la autoridad de salud funcionando en todos los niveles.
- La existencia de mecanismos de participación social vinculantes en: la definición de objetivos y metas de salud pública y programas de salud y en acciones relativas a la gestión del sistema asistencial.
- Instancias de coordinación con otras agencias gubernamentales.
- Realización de acciones para la detección de necesidades de participación.
- Facilitación de encuentros y talleres impulsadas por las organizaciones sociales en todos los niveles del sistema.
- Un "defensor ciudadano" con atribuciones que contemplan la protección del ciudadano en relación con los servicios de salud individuales y colectivos.
- Existencia de mecanismos para establecer consejos consultivos y consultas vinculantes en todos los niveles del sistema, con una periodicidad establecida, y cuyos resultados han sido incorporados en la toma de decisiones.
- Mecanismos de soporte a las organizaciones sociales y comunitarias, ya sea de recursos materiales y/o administrativos, que son otorgados en procesos democráticos.

Mientras que los principales desafíos en torno a esta capacidad se vincularon con:

- Establecer mecanismos de difusión de la participación social. Si bien existe esfuerzos locales de difusión, los expertos destacaron la necesidad implementar instancias de

difusión con la finalidad de retroalimentar a los actores claves en todos los niveles, para que puedan intervenir de manera activa en el diseño y ejecución de las políticas.

- Establecer una periodicidad de los encuentros para los consejos consultivos y los sistemas de dialogo. Si bien existen estos mecanismos con diversos grupos de la población y en todos los niveles del sistema, se destacó incorporar una periodicidad para fomentar su sostenibilidad.
- Ampliar la instancia de respuesta a consultas y demandas de la comunidad a todos los niveles del sistema. Si bien existe este mecanismo, el mismo no se encuentra funcionando a niveles intermedios y locales. Asimismo, destacaron la necesidad de Identificar instrumentos y medios digitales o físicos para captar y analizar demanda.

Capacidad Supervisión

Esta capacidad obtuvo un cumplimiento del 43% de los estándares. Se identificaron 4 brechas de 7 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert, lo cual, si bien hay ya capacidades instaladas, también da cuenta de oportunidades de mejora en la búsqueda de un sistema de monitoreo y evaluación participativo y efectivo.

Las principales fortalezas identificadas resultaron en:

- un sistema de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la política o plan de participación.
- la capacidad que posee la autoridad de salud para imponer sanciones a los funcionarios que violan sus deberes de informar y realizar un trato adecuado a la población.
- la rendición de cuentas por parte del Ministerio respecto de la gestión de los servicios de salud individuales y colectivos, así como de los programas y acciones preventivas y curativas.
- el ministerio realiza unas evaluaciones de planes y programas derivados de la participación social, y se encuentra funcionando en todos los niveles del sistema de salud.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en hacer partícipes en las acciones de evaluación y monitoreo a los actores involucrados en la política o plan, a corregir fallas en la garantía de los derechos a la salud de toda la población a través de una revisión del cumplimiento leyes, normas y reglamentos e institucionalizar los mecanismos de rendición de cuenta en todos los niveles de la gestión y prestación de servicios de salud individuales y colectivos relacionados con los programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, acciones curativas y de recuperación.

Otros desafíos respecto a esta capacidad indicados por los expertos fueron:

- Implementar estrategias para la evaluación de los mecanismos de generación de planes y programas derivados de la participación social. Los expertos indicaron que, para poder tomar decisiones basadas en evidencia sobre la participación social, se requiere de un

efectivo análisis e interpretación de la información generada en la implementación de los planes, las estrategias y programas derivados de la participación social.

- Mejorar la comunicación a la comunidad en los cambios de política que han surgido de las insuficiencias detectadas en la rendición de cuenta pública.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo un menor nivel de desarrollo en la medición de esta FESP, alcanzando un cumplimiento del 30% de los estándares. Se identificaron 7 brechas de 10 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert.

Los expertos encontraron fortalezas para esta capacidad, los aspectos resaltados son: la capacidad del Ministerio para entregar recursos para ser gestionados por grupos organizados de la sociedad civil (ejemplo fundaciones), la existencia de presupuesto asignado para la realización de diálogos, consejos consultivos o consultas vinculantes, así como también dieron cuenta de financiamiento que facilita la participación de los usuarios en la evaluación y mejora de la gestión y calidad de los cuidados de salud.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en:

- Mejorar la capacidad técnica para promover la participación social en salud, donde los expertos destacaron la necesidad de incorporar recursos humanos con las competencias adecuadas, adquirir y dar mantenimiento de los equipos y aplicaciones que facilitan y agilizan las actividades de promoción y participación social e incluir presupuesto para las acciones colectivas e individuales que fortalecen los mecanismos de participación social en todos los niveles del sistema.
- Mapear y crear los bancos de datos relativos a las organizaciones sociales en salud. Los expertos comentaron la necesidad de actualizar el catastro actualizado de organizaciones sociales en salud ya que la documentación posee más de 10 años.
- Fortalecer el acceso a investigaciones relevantes en materia de participación social en todos los niveles. Los expertos comentaron la necesidad de fortalecer las divisiones de investigación nacionales, subnacionales y locales con el fin de que generen investigaciones relacionadas con la participación social en todos los niveles del sector salud, asimismo se destacó incluir en las directrices los estándares que garanticen la generación de investigaciones relacionadas al tema.
- Fortalecer los programas de información y educación para la ciudadanía sobre los derechos en materia de salud. Si bien existen acciones aisladas a través de las redes sociales o esfuerzos locales, los expertos comentaron la necesidad de un programa que funcione de manera regular y en todos los niveles, con la misión de que la población conozca sus derechos y participación en materia de salud.

Ciclo de Políticas: Fase de Asignación de Recursos

La fase de asignación de recursos del ciclo de políticas incluye las FESP 6, 7 y 8. La figura 33 presenta el resumen del número de brechas identificadas sobre el total de estándares para cada una de las capacidades y su nivel de cumplimiento (%) para estas primeras FESP. Se detalla el análisis de resultados en los próximos párrafos.

Figura 33. Brechas y nivel de cumplimiento para las FESP 7 y 8 correspondientes del a la Fase de Asignación de Recursos del Ciclo de Políticas

Fase del Ciclo de Políticas	Asignación de Recursos			
Función Escencial	Capacidad	Brechas	Estándares	Nivel de cumplimiento
FESP 6	Formal	3	8	63%
	Estructural	7	11	36%
	Supervisión	9	11	18%
	Desempeño	5	7	29%
FESP 7	Formal	8	14	43%
	Estructural	5	10	50%
	Supervisión	2	5	60%
	Desempeño	7	9	22%
FESP 8	Formal	7	7	0%
	Estructural	10	10	0%
	Supervisión	4	6	33%
	Desempeño	5	8	38%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Informe de Fase 2 de las FESP, en la República Dominicana. 2022.

FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud

Esta FESP incluye la ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa, y la reglamentación de la educación y la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública.

La medición arrojó que en República Dominicana la capacidad formal tiene un nivel de desarrollo “intermedio”, evidenciando un cumplimiento de más del 60% de los estándares. Esto representa que los expertos identificaron que el país da cuenta de un marco normativo que confiere a las autoridades de salud el liderazgo y responsabilidad para ejercer su rol en la toma de decisiones relativa al desarrollo de recursos humanos para la salud. Asimismo, para las capacidades estructurales y de desempeño identificaron un nivel de cumplimiento de 36% y 29 % de los estándares respectivamente.

Por último, la medición indicó que la capacidad de supervisión es la que presenta mayores desafíos respecto a los sistemas de rendición de cuentas, monitoreo y evaluación, con un nivel de cumplimiento de estándares de 18%. A continuación, se presenta el análisis de las cuatro capacidades.

Capacidad Formal

Esta capacidad obtuvo un mayor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 63% de los estándares. Se identificaron 3 brechas de 8 posibles, por lo que obtuvo un valor de “4- Capacidad intermedia” según la escala Likert, lo cual representa que se cumple con más del 60% y menos del 80% de los estándares establecidos.

Se identificaron diversas fortalezas para esta capacidad. Dentro de los puntos más destacados se encuentran:

- La existencia de un marco normativo que regula el ejercicio profesional de los profesionales de la salud.
- La existencia políticas y estrategias para mejorar las condiciones de trabajo de manera que estas sean seguras para los trabajadores.
- Una formación continua con énfasis en el modelo de atención basado en las personas y las comunidades.
- La definición de contenidos sobre salud pública que se deben impartir en pregrado y posgrado de las carreras de la salud, con énfasis en los determinantes sociales.

A partir de lo expresado por los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos se centran en:

- Fortalecer la gobernanza del Ministerio de Salud a través de un plan nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud. La creación e implementación de un Plan Nacional para fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría del Ministerio de Salud en aspectos de recursos humanos para la salud fue una prioridad entre los expertos
- Fortalecer el plan de formación de especialidades prioritarias en salud. Si bien los expertos destacaron que existe un plan, actualmente se está trabajando en aspectos de regulación e implementación. Asimismo, se destacó la necesidad de que el Plan incorpore a los sectores de educación y, se defina el número de especialistas requeridos por los sistemas nacionales de salud.

Capacidad Estructural

Esta capacidad fue la que obtuvo el segundo mayor nivel de desarrollo en esta FESP, con un cumplimiento del 36% de los estándares. Se identificaron 7 brechas de 11 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert, lo cual representa que se cumple con más del 20% y menos del 40% de los estándares establecidos.

Atento a las respuestas de los expertos la medición identificó ciertas fortalezas tales como:

- La existencia de procesos específicos para movilizar fondos para recursos humanos de salud desde distintos actores a través de asistencia técnica de organismos internacionales o convenios con la academia.
- Un sistema de certificación de los profesionales de salud y de las especialidades médicas
- La elaboración de un plan decenal para la reducción de brechas en la dotación y distribución del personal de salud a distintos niveles.
- Existencia de estrategias y actividades para la conformación de equipos multidisciplinarios en los centros de atención.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en el área de intervención del marco legal e institucional y la gestión de los recursos humanos, donde los expertos sugirieron la creación de una unidad encargada de la planificación, evaluación y gestión de los RRHH en salud con dependencia desde el Ministerio de Salud, que realice la planificación y evaluación periódica de las necesidades de RRHH. Asimismo, se destacó como prioridad la necesidad de fortalecer los incentivos para la retención del personal de salud de atención primaria de salud (APS) y de zonas rurales. A continuación, se desarrollan otros desafíos indicados por los expertos:

- Promover instancias (como comités o mesas de trabajo) con todos los actores involucrados para analizar las necesidades sobre RRHH en Salud. Los expertos comentaron la necesidad de instancias con sustento legal, actores y funciones identificadas, para analizar las necesidades nacionales sobre RRHH en salud, ya que actualmente existen esfuerzos, aunque fragmentados, como, por ejemplo, mesas de trabajo de VIH.
- Implementar los procesos de reclutamiento establecidos y transparentes para la contratación del personal de salud. Si bien los expertos comentaron que existe una reglamentación específica, los procesos de contratación no se estarían cumpliendo de manera eficiente. Asimismo, se destacó la importancia de incluir en dichos procesos la perspectiva de género y de interculturalidad.

Capacidad Supervisión

Esta capacidad fue la que obtuvo un menor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 18% de los estándares. Se identificaron 9 brechas de 11 posibles, por lo que obtuvo un valor de “1 - Capacidad inicial” según la escala Likert, lo cual representa amplias oportunidades de mejora en la búsqueda de evaluar y monitorear los recursos y necesidades del recurso humano.

Las principales fortalezas identificadas resultaron en un sistema de estandarización nacional de evaluaciones previo a ingresar a todas las residencias médicas (públicas y privadas), un examen permite nivelar los conocimientos de los profesionales; y la existencia de un sistema de

acreditación de instituciones formadoras de carreras de la salud, para pregrado y postgrado que realiza el Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT).

Para esta capacidad que identificó el nivel más bajo de cumplimiento entre las 4 capacidades, los principales desafíos surgieron en evaluar el desarrollo de los Recursos Humanos, ya que no se realizan evaluaciones sobre necesidades actuales y futuras en materia de RRHH, ni de distribución del personal de salud en los distintos niveles. Asimismo, destacaron la necesidad de fiscalizar la normativa que regula el ejercicio profesional de los profesionales de la salud, ya que en la actualidad dicha actividad no está realizando.

A continuación, otros desafíos identificados son:

- Promover la evaluación de las estrategias de las políticas de contratación, retención y desempeño de personal de salud. Destacaron la necesidad de implementar estas evaluaciones a través de mecanismos participativos y transparentes. Por otro lado, también se indicó que actualmente no se está realizando ningún monitoreo de la satisfacción del personal de salud.
- Fortalecer la evaluación de las normativas y protocolos para mejorar las condiciones de trabajo y de seguridad del personal de salud. Los expertos identificaron la necesidad de fortalecer varios aspectos relacionados a salud ocupacional para lograr avanzar con condiciones de trabajo seguras, saludables y satisfactorias.

Capacidad de Desempeño

Para esta capacidad se identificaron 5 brechas de 7 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2-Capacidad limitada” según la escala Likert, con un nivel de cumplimiento del 29% de los estándares establecidos.

Las principales fortalezas que comentaron los expertos para esta capacidad se encuentran en la formación continua y la capacitación al personal de salud, con distintos enfoques tales como: determinantes sociales, género e interculturalidad y el trabajo intersectorial; la competitividad en los salarios y subsidios del personal de salud en el mercado laboral local, y la existencia de un registro de profesionales a nivel nacional, con información disponible para la consulta pública.

Mientras que los principales desafíos se centran en la necesidad de contar con recursos financieros asignados y regulares, tanto para financiar la estrategia de formación y capacitación al personal de salud así, como para mejorar la gestión interna a través de líneas presupuestarias definidas para salarios, subsidios, educación, incentivos y otras compensaciones. Por último, los expertos comentaron la necesidad de fortalecer los sistemas de información sobre RRHH en salud, ya que actualmente se cuenta con información únicamente del sector público.

FESP 7. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces

Esta función aborda tres dimensiones fundamentales: 1) la regulación y fiscalización de la seguridad, la calidad y la eficacia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias; 2) la selección,

la evaluación, la incorporación y el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias esenciales; y 3) la promoción, la provisión y el financiamiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.

La medición arrojó que esta función es una de las de mayor nivel de cumplimiento en República Dominicana, mostrando capacidades instaladas respecto del marco institucional, orgánico y normativo y mecanismos para asegurar la cobertura, el acceso y el uso racional a medicamentos y otras tecnologías sanitarias de calidad, seguras, eficaces y asequibles.

La medición arrojó que en República Dominicana la capacidad de supervisión tiene un nivel de desarrollo “intermedio”, evidenciando un cumplimiento del 60% de los estándares. Esto representa que los expertos identificaron que el país da cuenta que la Autoridad Regulatoria Nacional en Salud es estable, funcional e integral ejerciendo una eficaz regulación y fiscalización de la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Asimismo, para las capacidades estructurales y formales identificaron un nivel “moderado” con 50% y 43 % de los estándares cumplidos respectivamente. Por último, la medición identificó que la capacidad de desempeño es la que presenta mayores desafíos con un nivel de cumplimiento del 22% de los estándares, los expertos indicaron que es necesario aumentar los recursos financieros, humanos, como fortalecer la cobertura de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de forma universal y gratuita.

A continuación, se presenta el análisis de las brechas identificadas sobre la cantidad de estándares para cada una de las capacidades y su nivel de cumplimiento (%).

Capacidad Formal

Esta capacidad obtuvo un nivel de cumplimiento del 43% de los estándares. Se identificaron 8 brechas de 14 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3 - Capacidad moderada.” según la escala Likert. Dentro de los puntos más destacados como fortalezas se encuentran:

- Que el país cuenta con políticas de acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales que contemplan las funciones de regulación, selección, evaluación, incorporación, promoción, provisión y financiamiento.
- La existencia de estrategias integradas para la ampliación del acceso a medicamentos de alto costo.
- El país ha formulado un plan de desarrollo institucional para fortalecer el sistema regulatorio nacional.
- La existencia de normas nacionales que definen responsabilidades, criterios y funciones, así como una coordinación explícita de las funciones de selección/evaluación, incorporación y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.

Los desafíos identificados incluyen:

- Formalizar la estrategia de promoción de los medicamentos genéricos. Si bien hay una propuesta realizada juntamente con la OPS/OMS, donde se convocaron a todos los sectores, esta estrategia no se terminó de formalizar, por lo que el único documento estratégico que se posee es del 2005, que no incluye una estrategia comprehensiva de promoción de los genéricos.
- No existe un marco normativo para que los resultados del proceso de evaluación de tecnologías sanitarias deban ser considerados en el proceso de incorporación en el conjunto de prestaciones de salud. Los expertos indicaron que no existe un documento o listado oficial donde se especifiquen las tecnologías sanitarias esenciales, por ende, no existe ninguna legislación.
- No existe en el país un listado de tecnologías sanitarias incorporadas en la cobertura del sistema de salud. Si bien hay listados de otras tecnologías que han identificado la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, los expertos decidieron identificar esta brecha.
- Fortalecer una estrategia coordinada e integrada para la promoción del uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias. Si bien hay acciones aisladas y fragmentadas por los diferentes actores del sistema (ARS, PSS y DIGEMAPS), no existe una estrategia de uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias que articule las actividades de los todos actores.
- Promover las políticas, estrategias y normas nacionales que definan responsabilidades, funciones, y la coordinación explícita de las acciones de provisión y distribución de otras tecnologías (ni medicamentos, ni sangre).
- Fortalecer la cobertura de otras tecnologías sanitarias esenciales (no medicamentos) a la población de forma universal y equitativa. Los expertos comentaron que los trabajadores informales no tienen acceso y que en ciertos regímenes existen topes (en cuanto a los montos anuales de cobertura con gente para el régimen contributivo y para el subsidiado si no se encuentra en el listado del cuadro básico de medicamentos esenciales). Además, los expertos mencionaron que no existe un listado de esenciales en tecnologías sanitarias.
- Implementar una política y/o una estrategia nacional de promoción de la donación voluntaria de órganos, tejidos y células y trasplantes.

Capacidad Estructural

Para esta capacidad se observó un nivel de cumplimiento del 50% de los estándares establecidos. Se identificaron 5 brechas de 10 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert.

Se identificaron diversas fortalezas para esta capacidad. Dentro de los puntos más destacados se encuentran:

- La existencia de una estructura con competencias para coordinar y monitorear y evaluar la implementación de las políticas o estrategias nacionales de acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.
- La existencia de un comité formalizado y con recursos para el ejercicio de la coordinación de las funciones de evaluación e incorporación y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.
- La existencia de mecanismos, para el desarrollo de guías de práctica clínica y estas están articuladas con los resultados de los procesos de evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias.
- La Autoridad Regulatoria Nacional de Salud, ha evaluado las funciones esenciales propias de un organismo de regulación con la herramienta mundial de la OMS para la evaluación del sistema regulatorio nacional de productos médicos (GBT por sus siglas en inglés).

Se identificaron los siguientes desafíos:

- Fortalecer los criterios de definición de la priorización de manera transparentes y basados en la evidencia para definir las tecnologías sanitarias a ser consideradas en sus procesos de evaluación. Si bien existen procesos de evaluación de tecnologías basados en la revisión de evidencia, no se hace un costeo, ni análisis de costo-efectividad per se. Asimismo, los expertos destacaron la necesidad de fortalecer la rigurosidad y transparencia de estos procesos.
- Crear y promover instituciones nacionales y subnacionales coordinar que coordinen la promoción, provisión y financiamiento de otras tecnologías sanitarias esenciales.
- Fortalecer los mecanismos de cobertura y protección financiera que prevean la cobertura universal y la eliminación progresiva del pago directo en el punto de atención de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales. Los expertos comentaron que para el régimen subsidiado se cuenta con mecanismos de cobertura al 100% de los medicamentos esenciales, mientras que el régimen contributivo existe un tope y pagan el 20% del total.
- Participar activamente de mecanismos y comisiones para la promoción y fomento de la producción nacional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales. Si bien para el caso de medicamentos, existe un mecanismo denominado PROCOMPETENCIA, el Ministerio no participa de dicha mesa, mientras que para el resto de las tecnologías sanitarias no existe dicho mecanismo, aunque la producción es muy limitada.

Capacidad Supervisión

Esta capacidad fue la que obtuvo el mayor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 60% de los estándares. Se identificaron 2 brechas de 5 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad intermedia” según la escala Likert, lo cual indica la existencia

de capacidad instalada en materia de regulación y fiscalización de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Se identificaron diversas fortalezas para esta capacidad, relacionadas fundamentalmente con la Autoridad Regulatoria Nacional, la cual posee competencias sobre regulación y fiscalización de la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias bajo su competencia y un sistema de auditoría interno que permite documentar y revisar de manera periódica la implementación de las acciones del plan de desarrollo institucional.

Mientras que los principales desafíos se concentran en los siguientes:

- Fortalecer el monitoreo y evaluación o algún otro sistema con el que se evalúan estándares de prescripción y dispensación racional. Si bien se realizan acciones puntuales cuando se evalúa la Política Farmacéutica Nacional, cada 2 años, no hay una sistematicidad ni requerimiento para que utilicen para retroalimentar decisiones.
- Fortalecer las regulaciones y sistemas de monitoreo que aseguren la disponibilidad de servicios farmacéuticos de calidad e integrados a los servicios de salud públicos. Si bien existen normas e iniciativas para de algunos servicios farmacéuticos, pero no por ejemplo en la dispensación. Asimismo, los expertos comentaron la necesidad de integrar la información ya que por ejemplo las farmacias privadas no interactúan con el Servicios Nacional de Salud.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo el menor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 22% de los estándares. Se identificaron 7 brechas de 9 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert.

Respecto a las fortalezas se observaron que:

- El sistema público de salud cuenta con estructuras y herramientas para producir información logística actualizada sobre las demandas y disponibilidad de medicamentos para programar en forma coordinada su provisión en los servicios de salud.
- El país ha alcanzado el nivel de madurez 3 en la medición de la herramienta mundial de la OMS para la evaluación del sistema regulatorio nacional de productos médicos.

A partir de lo expresado por los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos se centran en:

- Fortalecer los recursos humanos para llevar adelante procesos de evaluaciones de tecnologías sanitarias. Los expertos comentaron la necesidad de producir información

actualizada de costos de Tecnologías Sanitarias de todos los sectores (incluyendo a la seguridad social y el sector privado).

- Incrementar los recursos económicos para garantizar la cobertura y acceso universal y equitativo a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.
- Fortalecer diversas herramientas para producir información actualizada sobre acceso, gasto y la disponibilidad de tecnologías sanitarias esenciales.
- Sistematizar mediciones sobre las necesidades de transfusión o trasplante que permita estimar las necesidades y la respuesta para asegurar la disponibilidad y acceso a sangre, órganos, tejidos y células. Si bien se está llevando una iniciativa con un listado de diálisis, del viceministerio de salud de la población que se coordinó con SENASA, la Superintendencia y otros actores para trasplantes renales, para el resto no existe.

FESP 8: Financiamiento de la salud eficiente y equitativo

Esta función corresponde al abordaje de cada uno de los elementos del proceso de financiamiento del sector de la salud, cuya expresión más tangible para el ente rector, aunque no se reduce solo a ello, es el presupuesto sectorial. Esta FESP abarca las diferentes funciones del modelo de financiamiento del sistema de salud, con una perspectiva de integración de todas las acciones de salud pública, tanto individuales como colectivas, con el objetivo de mejorar la equidad y la eficiencia del sistema de salud. De forma complementaria, esta FESP asume un papel facilitador de la realización de este abordaje integral de las FESP, como herramienta de financiamiento del conjunto de dichas FESP.

La medición de esta función arrojó que es una de las de menor cumplimiento de estándares, por la cual contiene vastas oportunidades de mejora. Respecto a las capacidades tanto la capacidad formal, así como la estructural son las que mayores desafíos imponen, evidenciando un nivel de cumplimiento de estándares menor al 20%. Por su parte las capacidades de supervisión y la de desempeño fueron las que mayor nivel de desarrollo obtuvieron un cumplimiento de 33% y 38% del total de estándares respectivamente. Realizando un análisis de las 4 capacidades se observa que:

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad no se cumple con ninguno de los 7 estándares establecidos para las 5 áreas de intervención (generación de recursos, mancomunación de recursos, asignación de recursos, planificación financiero-presupuestaria y protección financiera) identificadas para esta FESP.

A partir de lo expresado por los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos se centran en:

- Fortalecer el marco normativo que permita conferirle al Ministerio de Salud ejercer su rol en la toma de decisiones respecto del financiamiento de la salud. Si bien se logra garantizar

el flujo con una tendencia sostenida en el tiempo, el gasto público es bajo (2,8%), por lo consideraron una prioridad que el Ministerio de Salud se empodere empoderar al Ministerio de salud para aumentar la asignación de sus recursos.

- Avanzar en la implementación de un financiamiento de salud que provenga principalmente de fuentes prepagas. Los expertos indicaron que la base principal del financiamiento no es de fuentes prepagas (impuestos directos y cotizaciones), lo cual, al no ser una fuente de recursos estable, no permite abordar con mayor equidad y eficiencia las necesidades de salud de la población.
- Disminuir el gasto directo de las familias y aumentar la protección financiera para evitar barreras en el acceso o la exposición a gastos catastróficos por eventos de salud en grupos relevantes de la población. Se destaca la necesidad de diseñar políticas para reducir y eliminar el gasto de bolsillo, específicamente en el área de medicamentos ya que representan más del 60% del gasto de bolsillo, asimismo comentaron la necesidad de revisar la posibilidad de transferir subsidios económicos a los sectores más vulnerables.
- Avanzar en la implementación de una política o estrategia de mancomunación para disminuir la segmentación. Los expertos destacaron la necesidad de una reforma al sistema de mancomunación con acciones explícitas, ya que el actual régimen no existe mecanismos de solidaridad entre los 2 regímenes. En este sentido destacaron la necesidad de armonizar los esquemas de cobertura para lograr un desempeño equitativo y eficiente de la provisión de servicios de salud, a través de la revisión de la Ley No. 87-01.

Capacidad Estructural

En esta capacidad tampoco se cumple con ninguno de los 10 estándares establecidos generando 11 brechas de capacidades (una brecha está identificada para 2 áreas de intervención). A partir de los comentarios de los expertos que participaron en la medición, los principales desafíos parecieran concentrarse:

- Adoptar mecanismos eficientes para reducir el gasto de bolsillo. Los expertos comentaron que, si bien hubo políticas para disminuir el gasto directo por parte de las familias, los resultados indican que no se ha logrado avanzar en este aspecto, específicamente en el régimen contributivo ya que los proveedores del sistema privado además del copago reciben pagos de manera informal.
- Se requiere de diferentes sistemas de contratación para promover la calidad de la atención y la coordinación del cuidado integral. Los expertos comentaron que la asignación de recursos es en base a la urgencia o demanda de la población y que debería estar alineada con una planificación de los servicios. Asimismo, destacaron que tampoco se utiliza un criterio de equidad en la proyección de necesidades de la población para la asignación de recursos.
- Escasos incentivos hacia los proveedores de toda la red de servicios por la falta opciones en el modelo de pagos. Los expertos destacaron que como los proveedores no son responsables de su propio rendimiento en el logro de los objetivos de salud de la población,

estos no tienen incentivos para mejorar la eficiencia, por lo que sugirieron la necesidad de implementar diferentes modelos de pagos en el sector público, que permitan establecer incentivos necesarios para inducir al proveedor a un comportamiento deseado por el financiador (Por ejemplo, pagos por desempeño).

- Falta de mecanismos financieros y presupuestarios para lograr una redistribución efectiva de fondos entre distintos niveles regionales. Los expertos destacaron que, si bien el presupuesto se encuentra mayoritariamente administrado por el Servicio Nacional de Salud, el Ministerio de Salud podría asumir su rol de rector, a través de mecanismos financieros que garanticen el acceso equitativo a toda la población.

Capacidad de Supervisión

Para esta capacidad se identificaron 4 brechas de 6 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2 - Capacidad limitada” según la escala Likert, lo cual representa que se cumple con más del 20% y menos del 40% de los estándares establecidos.

Los principales desafíos en torno a esta capacidad surgieron en el área de intervención de la planificación financiero-presupuestaria, donde surgió la necesidad de reforzar los sistemas de rendición de cuentas y la evaluación de los recursos públicos destinados a salud, incorporando al Ministerio de Finanzas a este proceso. Asimismo, se destacó la necesidad de elaborar y diseminar diversos informes temáticos sobre financiamiento de la salud. A continuación, se desarrollan otros desafíos indicados por los expertos:

- Realizar un monitoreo sistemático, integral y eficiente del flujo de recursos del sector salud. Si bien el país posee cuentas nacionales en salud actualizadas hasta el 2017, y el Ministerio cuenta con un área técnica que elaboran informes, los expertos sugirieron incrementar la frecuencia y mejorar la diseminación de dichos reportes. Asimismo, los expertos destacaron la necesidad de elaborar dichos reportes en colaboración con el Ministerio de Finanzas para lograr un mayor impacto en la toma de decisiones del más alto nivel de autoridades.
- Promover un proceso presupuestario más consultivo y transparente. Los expertos indicaron que se debe fortalecer estos aspectos en la elaboración de los presupuestos, ya que esto produciría un mayor grado de compromiso y responsabilidad de todos los actores involucrados. Asimismo, los expertos destacaron la necesidad de que el Ministerio de Salud se empodere en la elaboración del presupuesto y que posea un rol captador, asignador y distribuidor de los recursos públicos para promover la equidad en el mediano y largo plazo.
- Incorporar acuerdos de compra entre prestadores y financiadores para fortalecer la calidad de la atención. Los expertos indicaron que, al existir problemas de calidad en la atención en todo el sistema público y privado, la implementación de acuerdos de compra entre actores (sujetos a normas de supervisión y requisitos específicos) permitiría un mejor uso

de los recursos del sistema, respondiendo a las expectativas genuinas de los usuarios y conteniendo los costos.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la más obtuvo un mayor nivel de desarrollo en toda la FESP, con un cumplimiento del 38% de los estándares, cumpliendo con 3 estándares de un total de 8.

Los expertos encontraron varias fortalezas para esta capacidad:

- La capacidad de recolectar información y producir cuentas de salud de forma continua, bajo la responsabilidad específica de una unidad/departamento
- La calidad del recurso humano para realizar mediciones de los indicadores de gasto de bolsillo, gasto catastrófico y/o empobrecedor.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en el área de intervención de planificación financiero-presupuestaria, donde los expertos sugirieron generar capacidades en torno a las actividades de formación y capacitación a los niveles subnacionales y de empoderar al área técnico-específica que aborda los temas de financiamiento en el Ministerio de Salud.

A continuación, se desarrollan otros desafíos indicados por los expertos:

- Promover las actividades de formación y capacitación en economía de la salud en todos los niveles. Si bien existen actividades aisladas tanto en grado como en posgrado, los expertos destacaron la necesidad que la autoridad de salud posea un presupuesto asignado y continuo para promover estas capacidades en centros universitarios e instituciones afines.
- Brindar una formación integral a todos los técnicos que formulan y analizan sus propios presupuestos subnacionales. Los expertos destacaron que, si bien hay asesoramiento a los niveles subnacionales, ésta no resulta eficiente (ya que se aborda únicamente temas de compras de medicamentos), asimismo además resaltaron ampliar las actividades de capacitación a todas las direcciones provinciales y los servicios regionales.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso

La fase de acceso del ciclo de políticas incluye las FESP 9, 10 y 11. De la FESP 10, debido a su gran complejidad y riqueza, se presentan de manera separada los resultados de las cinco áreas de intervención relacionadas, pero independientes. La Figura 34 presenta el resumen del número de brechas identificadas sobre el total de estándares para cada una de las capacidades y su nivel de cumplimiento (%) para estas primeras FESP. Se detalla el análisis de resultados en los próximos párrafos.

Figura 34. Brechas y nivel de cumplimiento para las FESP 9, 10 (A-E) y 11, correspondientes del a la Fase de Acceso del Ciclo de Políticas

Fase del Ciclo de Políticas	Acceso			
Función Escencial	Capacidad	Brechas	Estándares	Nivel de cumplimiento
FESP 9	Formal	5	12	58%
	Estructural	12	23	48%
	Supervisión	5	7	29%
	Desempeño	9	14	36%
FESP 10A	Formal	11	14	21%
	Estructural	0	14	100%
	Supervisión	11	11	0%
	Desempeño	5	7	29%
FESP 10B	Formal	14	18	22%
	Estructural	12	15	20%
	Supervisión	9	12	25%
	Desempeño	15	17	12%
FESP 10C	Formal	2	5	60%
	Estructural	2	5	60%
	Supervisión	2	5	60%
	Desempeño	3	6	50%
FESP 10D	Formal	3	6	50%
	Estructural	7	11	36%
	Supervisión	1	5	80%
	Desempeño	4	8	50%
FESP 10E	Formal	3	6	50%
	Estructural	4	9	56%
	Supervisión	5	7	29%
	Desempeño	6	6	0%
FESP 11	Formal	7	8	13%
	Estructural	15	17	12%
	Supervisión	9	9	0%
	Desempeño	9	10	10%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Informe de Fase 2 de las FESP, en la República Dominicana. 2023.

FESP 9. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad

Esta función incluye las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas.

Respecto a las capacidades tanto la capacidad formal, así como la estructural son las que mayor cumplimiento obtuvieron, evidenciando un nivel de cumplimiento de 58% y 48%. Por su parte las capacidades de supervisión y la de desempeño fueron las que menor nivel de desarrollo con un cumplimiento de 29% y 31% del total de estándares respectivamente.

Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer la adopción de estrategias innovadoras para mejorar el acceso a servicios de salud que sean de calidad a partir de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación hace posible transformar los procedimientos de trabajo y mejorar la interacción participativa, la gestión de riesgo y el uso de la evidencia científica. Realizando un análisis de las 4 capacidades se observa los siguientes resultados.

Capacidad Formal

La capacidad arrojó que es la de mayor cumplimiento con el 58% de los estándares establecidos. Al interior de esta capacidad se identificaron 5 brechas de 12 posibles cumpliendo, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert. Dentro de las fortalezas encontradas se destaca que el país cuenta con:

- Una Ley general de salud, define y garantiza los derechos de las personas en salud, con el plan básico de salud que garantiza los servicios y define la cartera de servicios, programas y prestaciones para cada nivel de atención.
- La existencia de un plan estratégico que define las prioridades en salud y la implementación de 13 programas prioritarios a nivel nacional y subnacional.
- Marcos normativos que dan respaldo a que las personas tengan garantizado el acceso efectivo a dichos programas prioritarios.
- Una Política de Calidad nacional de los Servicios de Salud.
- Legislación y marcos normativos sobre bio-protección y bioseguridad.
- Una política definida a nivel nacional de gobierno electrónico, que contempla el desarrollo de una plataforma nacional de intercambio de información de salud.

Sin embargo, existen desafíos importantes orientados a:

- Fortalecer el abordaje de salud integral en el curso de vida. Si bien, existe un documento que define el alcance de los servicios de salud pública individuales y colectivos, para cada

nivel de atención, este no responde a un abordaje de salud integral en el curso de vida e informado por evidencia.

- Fortalecer la difusión del modelo de planificación y organización de la red de servicios de salud. Si bien existe un modelo definido e institucionalizado, el mismo no se encuentra publicado, ni es ampliamente difundido en la sociedad
- Los programas prioritarios requieren de un enfoque basado en la APS. Si bien los Programas brindan una asistencia integral en el curso de la vida y abordan sistemáticamente los determinantes de la salud, los mismos no tienen un abordaje integral de la atención primaria de la salud.
- Fortalecer los incentivos de la Política de la Calidad. Si bien hay iniciativas de incentivos para la calidad y equidad (ej. SENASA), no existe una política de mejora de la calidad de la atención que incluya una política de incentivos vinculados a logros en la mejora de la calidad y la equidad en los servicios de salud.

Capacidad Estructural

La medición arrojó un cumplimiento del 48% de los estándares establecidos, por lo que se identificaron 12 brechas de 23 posibles, por lo que obtuvo un valor de “3-Capacidad moderada”. Dentro de las principales fortalezas se encontraron:

- La existencia de instancias de participación ciudadana en la definición de los servicios de salud pública individuales y colectivos.
- La definición, publicación y divulgación a las autoridades subnacionales de los criterios para la asignación de población a las estructuras del primer nivel de atención.
- La existencia de ente gestor y articulador para las redes integradas de servicios de salud.
- Existencia de estructuras encargadas de la implementación de los programas prioritarios de salud a nivel nacional y subnacional, con mecanismos para promover el liderazgo y la colaboración intersectorial.
- Una estructura de gobernanza que garantiza la eficaz gestión para el mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones, dispositivos médicos y no médicos, equipo de apoyo y logístico que aseguren su funcionamiento y la operación ininterrumpida de los servicios y programas de salud.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos fueron:

- Fortalecer las actividades y mecanismos de apoyo especiales para informar y educar a poblaciones vulnerables o de mayor riesgo. Si bien se cuenta con instancias de participación ciudadana en la definición de los servicios de salud pública individuales y colectivos, no existen instancias responsables de establecer mecanismos de diálogo y consulta a la población a nivel subnacional.

- No se cuenta con mecanismos para fomentar la vinculación y alianzas con otros actores del sector público, privado y Universidades para incorporar tecnologías que faciliten el acceso a servicios sociales y de salud para las personas en condiciones de vulnerabilidad.
- Fortalecer la oferta de los servicios. Si bien, se han establecido convenios con prestadores privados u otros para facilitar y garantizar el acceso a los programas que se han definido como prioritarios, los expertos indicaron que existen oportunidades de mejora tanto en la oferta del servicio como en el registro de las informaciones.
- Fortalecer los mecanismos de intercambio de información sobre las necesidades de salud entre el primer nivel y los programas prioritarios.
- No se cuenta con intercambio de recursos, tales como información, infraestructura o personal entre programas prioritarios y el primer nivel de atención
- No existe una asignación de fondos y adopción de estándares para aplicaciones tecnológicas de apoyo a la estructura actual a cargo de la gestión de los sistemas de información
- No existen mecanismos para abordar la infraestructura tecnológica y normativa relativas a la confidencialidad, seguridad y privacidad de datos (incluidos el acceso no autorizado a la información de los pacientes y su uso indebido, la integridad de los datos y el incumplimiento de las normas y regulaciones en materia de protección de datos), en donde participan expertos de salud, autoridades judiciales y especialistas en tecnología de la información, conforme a estándares internacionales existentes (por ejemplo: normas ISO 27001, 27002 y 27799).
- No se facilita la participación de la comunidad científica y académica y la sociedad civil en el proceso de producción de datos y análisis de información en tiempo real, mediante acceso a la información correcta, en el momento oportuno y mecanismos (foro, sitio web de intercambio de conocimientos, listas de distribución, etc.) para compartir los nuevos conocimientos, documentar buenas prácticas y lecciones aprendidas, compartir información confiable con el público y ayudar a las personas a comprender la enfermedad y combatir la desinformación y la infodemia.

Capacidad de Supervisión

Esta capacidad fue la que obtuvo un menor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 29% de los estándares. Se identificaron 9 brechas de 13 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert, lo cual representa amplias oportunidades de mejora en la búsqueda de evaluar y monitorear la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud y el acceso a servicios integrales de salud.

Dentro de las principales fortalezas se han identificado:

- Un marco de indicadores de salud definidos, medidos sistemáticamente y divulgados que dan cuenta de la capacidad resolutive en términos de resultados e impacto de la capacidad resolutive del primer nivel de atención.

- Existencia de un sistema de monitoreo y evaluación de la implementación de los programas prioritarios con evaluaciones periódicas a nivel nacional, subnacional y local.
- Existencia mecanismos de supervisión, cumplimiento de la legislación, reglamentos o directrices sobre bioseguridad y bioprotección.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos fueron:

- Implementar el monitoreo y evaluación periódica sobre el acceso efectivo y utilización de servicios y programas de salud de calidad, tanto a nivel nacional, subnacional y local.
- No se consideran los resultados de la evaluación y monitoreo sobre la disponibilidad de recursos humanos para el primer nivel de atención para diseñar planes de mejoría y mejorar la disponibilidad
- Se requiere integrar la rendición de cuentas y evaluación de sus atributos esenciales (lograr una atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales).

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo un menor nivel de desarrollo en toda esta FESP, con un cumplimiento del 38% de los estándares. Se identificaron 9 brechas de 13 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert. Dentro de las principales fortalezas se han identificado:

- La red de servicios cuenta en su estructura con un primer nivel de atención con inserción y extensión a nivel comunitario que facilita el acceso de la población y la cobertura de servicios.
- Las estructuras del nivel primario tienen población asignada a cargo y responden a un territorio determinado.
- Personal sanitario suficiente y adecuada capacitación, asignados a los programas prioritarios de salud.
- Se cuenta con oportuna provisión de insumos, servicios, medicamentos y tecnologías para el desarrollo de los programas prioritarios, acorde a su planeamiento.
- El Sistema Nacional de Salud cuenta con sistemas de financiación que garantiza la eficaz gestión del mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones, dispositivos médicos y no médicos, equipo de apoyo y logístico que aseguren su funcionamiento y la operación ininterrumpida de los servicios y programas de salud.

En consecuencia, los desafíos se concentraron:




- Las instalaciones del primer nivel de atención no cuentan con servicios de atención médica especializada al menos 24 horas a la semana, ni servicios de atención de urgencia y atención de partos al menos 5 días a la semana

- El país no cuenta con financiamiento específico, adecuado y sostenible para la implementación de los programas prioritarios, y con métodos de financiación mixta, tanto dentro del sector de salud como extrasectorial.
- Los programas prioritarios no cuentan con sistemas de información integrados, para permitir su planificación, gestión y evaluación para la toma de decisiones. Dichos sistemas no son interoperables, de modo que no permiten la comunicación efectiva y oportuna entre los programas prioritarios y el primer nivel de atención.
- A nivel nacional, al menos el 80 por ciento de los establecimientos de salud no disponen de acceso a agua segura y saneamiento.
- No se dispone de recursos humanos y financieros adecuados y sostenibles a nivel de ministerio para mantener los programas e iniciativas de bioseguridad y bioprotección.
- No se dispone de registros electrónico de salud en los distintos niveles de atención.
- No existen canales de comunicaciones apropiados para teleconsultas (estaciones de trabajo y acceso a internet con ancho de banda adecuado para servicios multimedia).

FESP 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables

Esta función contempla las acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo y favorecer los entornos saludables. Debido a su gran complejidad y riqueza se decidió analizar el detalle de esta función por cada área de intervención:

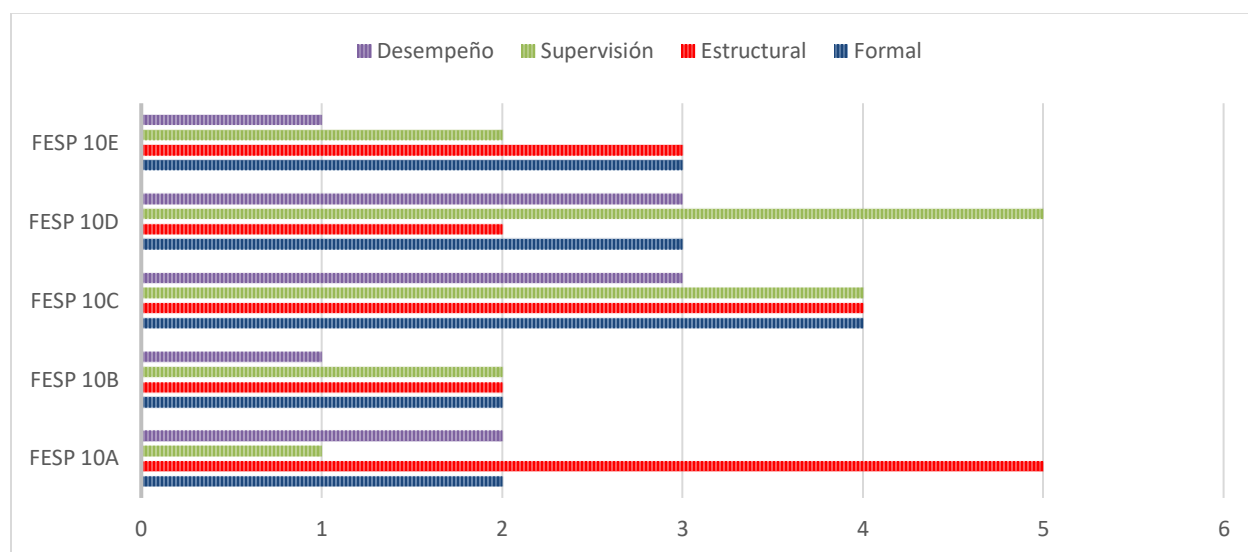
Figura 35. Áreas de intervención de la FESP 10, Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables

				
FESP 10A: Promoción de la salud, y acciones para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables	FESP 10B: Acciones para proteger y mejorar la salud pública ambiental, y protección de la salud de los trabajadores	FESP 10C: Acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor	FESP 10D: Acciones para el control de vectores y zoonosis	FESP 10E: Acciones para prevenir la resistencia a los antimicrobianos

Fuente: Elaboración propia, adaptado de la base de datos de la OPS/OMS. 2023

La Figura 36 presenta el nivel de desarrollo por capacidad instituciones de cada una de las áreas de intervención de la FESP 10, permitiendo comparar de manera precisa el grado de cumplimiento de los estándares por área. Los detalles del análisis de estas mediciones se describen en el texto a continuación.

Figura 36. Nivel de desarrollo de las capacidades institucionales por área de intervención de la FESP 10



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la plataforma FESP de OPS/OMS.

1 = Capacidad inicial: Se cumple con menos del 20% de los estándares establecidos. 2 = Capacidad limitada: Se cumple desde el 20% hasta menos del 40% de los estándares. 3 = Capacidad moderada: Se cumple desde el 40% hasta menos del 60% de los estándares. 4 = Capacidad intermedia: Se cumple desde el 60% hasta menos del 80% de los estándares. 5 = Capacidad avanzada: Se cumple con el 80% o más de los estándares establecidos.

FESP 10A. Promoción de la salud, y acciones para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables

La medición arrojó que es el área de intervención con mayor variabilidad, identificando capacidades con niveles de cumplimiento del 100%, mientras que otra no logró cumplir con ningún estándar. La capacidad estructural resultó ser la de mayor desarrollo, con un nivel de cumplimiento del 100%, mientras que la capacidad de supervisión fue la de menor, no logrando cumplir con ninguno de los 11 estándares. Mientras que la capacidad formal y de desempeño, obtuvieron un cumplimiento de 21% y 29%. Estos resultados reflejan alto nivel de capacidad instalada respecto de la existencia de estructuras y mecanismos para promover la salud y las acciones para reducir los factores riesgo, así como necesidad de fortalecer un efectivo sistema de monitoreo y evaluación de la implementación de la política de promoción de la salud en el país.

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad se identificaron 11 brechas de 14 posibles cumpliendo con el 21% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert, esto refleja que, si bien ha habido diversos esfuerzos y se han realizado intervenciones relacionados a la promoción de la salud, no existe una política como tal, consensuada con actores sectoriales y extrasectoriales, a nivel nacional y subnacional.

Dentro de los hallazgos se identificó la existencia de legislación nacional y marcos normativos para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables, por ejemplo, para tabaco, alcohol y control del abuso de sustancias psicoactivas, la existencia de programas específicos de educación para la promoción de la salud de alcance comunitario, dirigidos a poblaciones o comunidades vulnerables y la existencia de medidas y estrategias implementadas para fortalecer la salud en las escuelas.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en:

- Implementar una política nacional de promoción de la salud. Si bien existen diversos esfuerzos relacionados a la promoción de la salud en el país, como con el programa de salud de los adolescentes o la vacunación, los expertos indicaron que no existe una política nacional como tal, incluso con la participación en la elaboración de los niveles regionales, subregionales, y comunas.
- Promover legislación nacional y/o marcos normativos respecto a la promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de la violencia en general y contra poblaciones específicas.
- Fortalecer la política, estrategia o plan de acción nacional para el control del alcohol. Si bien existen medidas para control del consumo de alcohol en el lugar de trabajo, intervenciones relacionadas al Síndrome Alcohólico Fetal y contra el consumo de alcohol mientras se conduce un vehículo, los expertos indicaron que son medidas puntuales y que no existen políticas de reducción de daños por intoxicación alcohólica y consumo de alcohol, en específico con la venta de bebidas alcohólicas adulteradas.
- Fortalecer la política o estrategia nacional de seguridad alimentaria, nutrición y alimentación saludable con medidas y acciones en los niveles nacionales y subnacionales. Los expertos destacaron la necesidad de promover intervenciones respecto a esta temática, tales como la suplementación intermitente de ácido fólico y hierro para mujeres en edad reproductiva, programa de oferta de frutas y verduras, con productos frescos (no procesados) y que se cultivan localmente o la eliminación de ácidos grasos trans de producción industrial o un sistema de etiquetado frontal del contenido de los nutrientes críticos (sal, azúcares, grasas trans, grasas saturadas entre otros).
- Fortalecer leyes, políticas y derechos humanos favorables a la promoción de la salud sexual y reproductiva. Los expertos comentaron la necesidad de Campañas de comunicación

culturalmente sensibles para cambiar positivamente normas sociales como por ejemplo el colectivo LGBTIQ+ o medidas económicas para la igualdad de oportunidades de las mujeres (por ejemplo, igualdad de educación y oportunidades de empleo para las mujeres y ofrecer a las trabajadoras sexuales oportunidades económicas más amplias).

- Fortalecer una política o estrategia nacional multisectorial que aborde la salud mental con medidas y acciones en los niveles nacionales y subnacionales. Si bien se destacaron y mencionaron esfuerzos e iniciativas los expertos comentaron la existencia de barreras sociales, económicas, geográficas y de recursos humanos respecto a la salud mental.
- Implementar una política, estrategia nacional y leyes para la prevención de accidentes y lesiones (por ejemplo, seguridad de la vivienda) con medidas y acciones en los niveles nacionales y subnacionales. Los expertos destacaron la necesidad de realizar Campañas de sensibilización dirigidas a la prevención de los accidentes que provoquen una variedad de lesiones (caídas, envenenamiento, quemaduras, ahogamiento) y/o medidas de promoción de la investigación, análisis y difusión sobre accidentes y lesiones.
- Fortalecer medidas y acciones integrales de seguridad vial en los niveles nacionales y subnacionales para minimizar los factores de riesgo clave. Los expertos comentaron la necesidad de fortalecer dichas medidas tales como los requisitos de seguro para conductores y/o vehículos motorizados, Seguridad de la infraestructura vial (reparación, señalización, etc.) y Seguridad de una red de transporte más amplia (incluida la disponibilidad del transporte público) entre otros.

Capacidad Estructural

Respecto a la capacidad estructural ha sido la capacidad con mayor desarrollo de toda la función con un cumplimiento del 100% de los 14 estándares establecidos. Dentro de las fortalezas se identifican:

- Una estructura específica responsable de la coordinación e implementación para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables de los programas prioritarios.
- La participación operativa de otros sectores (distintos a salud) en la planificación e implementación de la estrategia de promoción.
- La existencia de articulación con los servicios sociales y de salud e integración en los distintos niveles.
- El país dispone de instancias para la planificación, coordinación e implementación de estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud, a nivel nacional y subnacional.
- El país integra el enfoque de promoción de la salud en el modelo de prestación de servicios, considerando el fortalecimiento de la atención primaria.

Capacidad Supervisión

Esta capacidad fue la que obtuvo un menor nivel de desarrollo en toda esta FESP, ya que no pudo cumplir con ninguno de los 11 estándares establecidos., por lo que obtuvo un valor de “1-

Capacidad inicial” según la escala Likert, lo cual representa amplias oportunidades de mejora en la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de la implementación de las políticas de promoción de la salud.

El principal desafío encontrados se concentran en fortalecer un sistema de monitoreo y evaluación de la implementación de la política, ni de temas sanitarios prioritarios (alcohol, tabaco, actividad física, etc.) con metas a corto y largo plazo definidas.

Capacidad de Desempeño

Al interior de esta capacidad se identificaron 5 brechas de 7 posibles cumpliendo con el 29% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert, esto refleja que, si bien ha habido diversos esfuerzos y se cuenta con recursos relacionados a la promoción de la salud, se necesita fortalecer e incrementar la calidad y cantidad de los recursos humanos y del financiamiento. Respecto a las fortalezas se identificó que:

- Se cuenta con financiamiento específico, adecuado, sostenible y ampliado progresivamente en los últimos 5 años, para la implementación de políticas de promoción de la salud.
- La autoridad nacional de salud ha asesorado a los niveles subnacionales en la preparación de actividades promocionales específicas en los últimos doce meses y los incentiva para que dispongan de recursos, instalaciones y equipos para asegurar el acceso a los programas y servicios de promoción de la salud.
- Se cuenta con un equipo institucional multidisciplinario con capacidad para planificar y dirigir la política de promoción de la salud.

Mientras que los principales desafíos encontrados se encuentran en:

- Incorporar mayor cantidad de talento humano con competencias en educación para la salud, promoción y comunicación, tanto a nivel nacional como subnacional.
- Fortalecer la formación académica en la planificación y dirección de las políticas y estrategias nacionales para la reducción de los factores de riesgo y favorecimiento de comportamientos y entornos saludables. Si bien hay contenidos en algunas carreras de grado de salud y distintas ofertas, los mismos no poseen el enfoque que amerita el ejercicio de dichas funciones.

FESP 10B. Acciones para proteger y mejorar la salud pública ambiental, y protección de la salud de los trabajadores

La medición arrojó que es el área de intervención de menor desarrollo, identificando un nivel de cumplimiento de estándares menor al 30% para todas las capacidades. La capacidad formal, estructural y de supervisión, obtuvieron un cumplimiento de entre 22%, 20% y 25%. Por su parte, la capacidad de desempeño fue la que identificó una menor capacidad instalada con un

cumplimiento del 12% de los estándares establecidos. Realizando un análisis de las 4 capacidades se observa los siguientes resultados.

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad se identificaron 14 brechas de 18 posibles, cumpliendo con el 22% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad inicial” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas de esta área se observan:

- La existencia de un Plan Nacional para la adaptación al cambio climático.
- La existencia de un plan nacional de salud pública ambiental para mejorar la huella ambiental del sector salud en mercurio.
- Existencia de legislación que protege la salud de los trabajadores contra los riesgos de enfermedad profesional y accidentes del trabajo.
- El país cuenta con regulaciones básicas de protección de la salud de los trabajadores, así como con programas promoción de la salud en el lugar de trabajo.
- Consideración de la salud de los trabajadores en políticas sectoriales específicas como por ejemplo en el marco de la pandemia, se presentó la experiencia de generación de protocolos de protección y salud de los trabajadores, principalmente para los trabajadores del sector de turismo.

Respecto a los desafíos se concentran en:

- Promover e una política, estrategia o plan nacional de salud pública ambiental. Si bien existen componentes de salud ambiental en la ley general de salud 42-01 que incluye la salud ambiental como marco general o la Ley 94-20, sobre educación ambiental, no existe un documento oficial que determine una estrategia o plan como tal.
- Promover una estrategia/plan nacional de salud pública ambiental para mejorar la huella ambiental del sector salud en residuos peligrosos. Si bien existen acciones que se toman como con el control de infecciones en el manejo adecuado de desechos, no existe una estrategia como tal.
- Implementar una estrategia o plan nacional sobre prácticas de compras sostenibles del sistema de salud. Si bien existen acciones puntuales existen algunos centros de salud, con un nuevo modelo sostenible, donde se adquieren insumos más sostenibles, como hilos o jeringuillas, no hay una estrategia como tal.
- Fortalecer una política nacional de protección de la salud de los trabajadores que cumpla con una serie de atributos como la participación, sostenibilidad, coordinación intersectorial, integrada a la estrategia nacional de salud. Si bien hace unos años, se trabajó en una política nacional de protección de los trabajadores con el apoyo de varias instancias e instituciones que incluyeron un liderazgo de salud, del sector no salud y de los representantes de la sociedad civil, no se logró institucionalizar y formalizar.

Capacidad Estructural

Al interior de esta capacidad se identificaron 12 brechas de 15 posibles, cumpliendo con el 20% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad Limitada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron:

- La existencia de un mecanismo formal de colaboración establecido a nivel nacional entre el sector de la salud y el Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales que es el responsable del plan nacional de adaptación al cambio climático.
- Existencia de guías nacionales para la inclusión de la dimensión de salud pública ambiental implementadas en ciudades y comunidades.
- La existencia de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo.
- Coordinación de recursos y estrategias con los ministerios relacionados (por ejemplo, industria, trabajo), las principales partes interesadas (sindicatos, gremios, asociaciones profesionales y sociedades), representantes de la industria y servicios de fiscalización civil.
- Colaboración y comunicación con los principales actores sociales involucrados en materia de salud ocupacional.

En consecuencia, los principales desafíos identificados se enumeran a continuación:

- El país no cuenta con un mecanismo formal de colaboración establecido a nivel nacional entre el sector de la salud y el sector gubernamental responsable del plan nacional de agua y saneamiento, calidad del aire y seguridad química.
- No existen reglamentos y estándares nacionales de salud pública ambiental en los establecimientos de salud sobre calidad del aire, agua y saneamiento, seguridad química y cambio climático.
- Fortalecer la integración de los programas de salud ocupacional a las políticas y programas de salud pública y al sistema de prestación de servicios de salud.
- Fortalecer una estrategia de vigilancia epidemiológica ocupacional que incluya la detección temprana y la generación de informes. Los expertos comentaron que el caso específico de la respuesta al COVID-19, esta vigilancia sí se ha implementado como parte de la respuesta.
- Fortalecer los mecanismos de colaboración y comunicación con los laboratorios, otros sistemas de información y la población en general en materia de salud ocupacional.
- No existe un mandato y autoridad independiente por parte de la agencia de control principal de salud ocupacional para detener prácticas peligrosas en el ambiente laboral.

Capacidad de Supervisión

Esta capacidad fue la que obtuvo el mayor cumplimiento con el 25% de los estándares establecidos. Al interior de esta capacidad se identificaron 9 brechas de 12 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron las siguientes:

- Existen capacidades para monitorear y evaluar la estrategia de salud pública ambiental para mejorar la huella ambiental del sector salud en mercurio.
- Se monitorea y evalúa la implementación de las guías nacionales para la inclusión de la dimensión ambiental dentro y fuera del sector de la salud implementadas en ciudades y comunidades.
- Se incorpora la prevención del daño en salud ocupacional al sistema de salud y de la seguridad social.

Respecto a los desafíos se concentran en:

- No existe un sistema de monitoreo y evaluación de la implementación de la dimensión salud del plan nacional de calidad del aire, de agua y saneamiento, seguridad química y cambio climático.
- No existe un sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia o plan nacional de salud pública ambiental para mejorar la infraestructura y servicios ambientales de los establecimientos de salud en calidad del aire, seguridad química, cambio climático.
- No existe un sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia o plan nacional para la reducción de la huella ambiental del sector salud en carbono y agua y residuos peligrosos.
- No existe un sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia o plan nacional en prácticas de compras sostenibles.
- Fortalecer las inspecciones sobre salud ocupacional en el lugar de trabajo en cantidad y de calidad suficiente.
- Fortalecer la evaluación de riesgos y los sistemas de recolección de información para formular recomendaciones para políticas consistentes. Si bien Desde el Ministerio de Trabajo se recolecta información, se desconoce el manejo específico que se le da a esas informaciones y las capacidades de los equipos que completan este trabajo. Los expertos comentaron la necesidad de coordinar responsabilidades, de manera que no se dupliquen procesos y se centralice el manejo de la información.
- Fortalecer un sistema efectivo de sanciones en materia de salud ocupacional que permita prevenir el daño y fiscalizar en forma efectiva. Los expertos comentaron la necesidad de fortalecer las directrices, la asistencia técnica y los sistemas de garantía de calidad proporcionados para ayudar a las partes interesadas clave, así como implementar el uso de los incentivos fiscales.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la que obtuvo el menor cumplimiento, con el 12% de los estándares establecidos. Al interior de esta capacidad se identificaron 15 brechas de 17 posibles, por lo que obtuvo un valor de “1- Capacidad inicial” según la escala Likert.

Respecto a las fortalezas se observan las siguientes:

- Se implementan las guías nacionales para la inclusión de la dimensión ambiental dentro y fuera del sector de la salud implementados en ciudades y comunidades.
- Existen estimaciones de la magnitud y equidad en la cobertura de seguro de salud de los riesgos del trabajo con respecto a la fuerza laboral ocupada, con descriptores de equidad de género, educación y nivel socioeconómico.
- Existencia de registros para los riesgos del trabajo, incluyendo enfermedades, accidentes y defunciones.

Respecto a los desafíos, se identificaron:

- Las entidades públicas nacionales responsables de la Salud Pública ambiental no cuentan con personal técnico calificado y suficiente para implementar la dimensión salud en los planes de calidad del aire, agua y saneamiento, seguridad química y cambio climático.
- El país no cuenta con financiamiento del presupuesto nacional asegurado para implementar la dimensión salud en los planes de calidad del aire, agua y saneamiento, seguridad química.
- El país no implementa la dimensión salud en los planes de calidad del aire, agua y saneamiento, seguridad química y cambio climático.
- El país no implementa una estrategia o plan nacional de salud pública ambiental para mejorar la infraestructura y servicios ambientales de los establecimientos de salud en los planes de calidad del aire, seguridad química y cambio climático.
- El país no implementa una estrategia o plan nacional para la reducción de la huella ambiental del sector salud en carbono y agua en mercurio y en residuos peligrosos.
- El país no implementa una estrategia o plan nacional sobre prácticas de compras sostenibles del sistema de salud.
- Promover el desarrollo de las capacidades para la prevención primaria de riesgos de enfermedad, accidente o muerte en el trabajo para el personal de la salud, en las organizaciones/sindicatos de los trabajadores y las asociaciones/gremios de empleadores. Si bien ha habido algunos esfuerzos con actividades, como por ejemplo desde el Colegio Médico Dominicano, desde el concepto de prevención primaria, no existen estas capacidades.
- Fortalecer los servicios de salud ocupacionales para todos los trabajadores, especialmente los dirigidos a trabajadores de la economía informal, la agricultura y las pequeñas empresas.
- Implementar un sistema nacional de información sobre riesgos laborales con capacidad para estimar la carga de enfermedades profesionales, los accidentes y las muertes en el trabajo.
- Fortalecer los recursos humanos en cantidad adecuada, de recursos físicos, administrativos y económicos para llevar a cabo las actividades de evaluación de peligros y agentes de riesgo/inspección.

FESP 10C. Acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor

La medición arrojó que es el área de intervención de mayor desarrollo, identificando un nivel de cumplimiento de estándares mayor al 50% para todas las capacidades. La capacidad formal, estructural y de supervisión, obtuvieron un cumplimiento de 60% para las 3. Por su parte la capacidad de supervisión alcanzó a cumplir con el 50% de los estándares establecidos. Realizando un análisis de las 4 capacidades se observa los siguientes resultados.

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad se identificaron 2 brechas de 5 posibles cumpliendo con el 60% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “4- Capacidad intermedia” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se pueden observar que:

- Existe en el país una política nacional de inocuidad de los alimentos, con objetivos específicos y objetivos medibles utilizando el sistema de puntos críticos de control de riesgos.
- Las normas de seguridad alimentaria están en línea con las normas actuales del Codex Alimentario en las áreas de producción, transporte, almacenamiento, etiquetado y ventas.
- Existe legislación sobre seguridad del consumidor que trata de áreas específicas de productos, como juguetes, químicos, productos cosméticos, maquinaria, entre otros.
- Existe una ley de protección al consumidor que establece el deber de promover, divulgar y defender los derechos de los consumidores y usuarios.
- Mientras que el único desafío identificado es la necesidad de implementar un plan que documente los procedimientos de respuesta ante emergencias relacionadas con la inocuidad de los alimentos, con funciones y responsabilidades y que se elabore de forma participativa.

Capacidad Estructural

Al interior de esta capacidad se identificaron 2 brechas de 5 posibles cumpliendo con el 60% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “4- Capacidad intermedia” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron:

- La existencia de una estructura formal con el mandato legal y la autoridad para actuar en todas las etapas de la producción de alimento.
- La existencia de un mecanismo eficaz para el intercambio rápido de información durante un presunto brote de enfermedades transmitidas por los alimentos o la investigación de eventos entre todos los sectores pertinentes e interesados directos.
- La existencia de un mecanismo de coordinación interinstitucional con atribuciones claras para facilitar la comunicación entre los niveles centrales y locales.

Mientras que los desafíos se concentraron en fortalecer un sistema de vigilancia y seguimiento que es capaz de detectar oportunamente posibles eventos relacionados con los alimentos en

colaboración con otros sectores responsables. Si bien se realizan hacen intervenciones puntuales en el tema de emergencias, pero no bajo un plan formal, aunque se está preparando uno.

Capacidad Supervisión

Al interior de esta capacidad se identificaron 2 brechas de 5 posibles cumpliendo con el 60% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “4- Capacidad intermedia” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron:

- Se realizan ejercicios de evaluación de riesgos, en base a datos y evidencia relevante y confiables para formular recomendaciones de políticas consistentes en materia de inocuidad de alimentos.
- Existe un sistema de alerta, retirada del mercado y sanción en caso de incumplimiento de las normas de seguridad del producto, considerando tanto las importaciones como los bienes producidos en el país.
- Se evalúa el cumplimiento de las normativas o protocolos para mejorar las normas de seguridad del producto.

Respecto a los desafíos, se identificaron dos principales.

- Fortalecer el mecanismo efectivo de monitoreo y fiscalización de las normativas de inocuidad alimentaria. Si bien existe un sistema de monitoreo basado en procesos de seguridad alimentaria con auditorías realizadas en cada paso de la producción de alimentos, los expertos destacaron la necesidad de fortalecer la evaluación en el seguimiento de las ETA (enfermedades transmitidas por alimentos) y en aspectos químicos (riesgos contaminantes químicos, abusos de antibióticos, metales pesados, etc.).
- Fortalecer los registros de la retroalimentación de evaluaciones de emergencias pasadas en materia de inocuidad de alimentos. Si bien existen registros que se realizan no hay evaluaciones de emergencias pasadas.

Capacidad de Desempeño

Al interior de esta capacidad se identificaron 3 brechas de 6 posibles cumpliendo con el 60% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert. Dentro de las fortalezas se identificaron que:

- Los trabajadores de atención de salud y los inspectores sanitarios y de alimentos reciben capacitación sobre cómo notificar eventos de transmisión por los alimentos (brotes de enfermedades o eventos de contaminación).
- Existe un equipo a nivel nacional y subnacional con la capacidad para evaluar rápidamente los eventos de transmisión por alimentos, investigar brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y recolectar y transportar muestras apropiadas al laboratorio.

- El país una lista actualizada de los laboratorios y personal que pueden realizar las pruebas necesarias durante los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos o los eventos de contaminación.
- El país cuenta con las competencias y recursos necesarios para una adecuada evaluación de riesgos sobre inocuidad de los alimentos.

Los principales desafíos identificados se listan a continuación:

- Fortalecer los recursos humanos con las competencias para realizar fiscalización sobre inocuidad de los alimentos. Los expertos indicaron que los recursos son buenos pero escasos, además que las direcciones de áreas de salud y provinciales de salud deberían de fortalecer las competencias de los expertos.
- Fortalecer los recursos físicos y administrativos (equipo, capacidad de tecnología de la información (TI), capacidad de laboratorio, etc.) para llevar a cabo las actividades de evaluación de riesgos/fiscalización. Los expertos destacaron que en el nivel descentralizado existen estos recursos, pero por ejemplo en el laboratorio bromatológico a nivel central (Dr. Fernando A. Defilló) debería de fortalecerse.
- Fortalecer los recursos financieros para llevar a cabo las acciones de evaluación de riesgos. Si bien existe una programación en el Plan Operativo Anual, los expertos comentaron que en ciertas oportunidades no se pueden cumplir, por falta de presupuesto.

FESP 10D. Acciones para el control de vectores y zoonosis

Respecto a las capacidades tanto la capacidad formal y desempeño evidenciaron un nivel de cumplimiento del 50%. Mientras que la capacidad de supervisión fue la que identificó mayor desarrollo con un cumplimiento de 80%. Por último, la capacidad estructural fue el menor desarrollo, con un 36% del cumplimiento de los estándares establecidos. Realizando un análisis de las 4 capacidades se observa interesantes resultados.

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad se identificaron 3 brechas de 6 posibles cumpliendo con el 50% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert. Respecto de las fortalezas se identificaron las siguientes:

- El país cuenta con un plan estratégico de manejo de vectores que considera el involucramiento y movilización de las entidades relevantes y la capacitación del recurso humano.
- El país cuenta con un marco normativo y legislativo para el uso de innovaciones y nuevas tecnologías en las prácticas de vigilancia entomológica y control de vectores que considera las dimensiones ambientales, de bioseguridad y bioética y la existencia de una política,

estrategia o plan para respuesta a eventos zoonóticos en el país en los sectores de sanidad animal y salud pública.

- Mientras que los principales desafíos se concentran en fortalecer un plan nacional de RRHH, que incluya los profesionales de control de vectores, en los diferentes niveles, implementar un plan de formación y capacitación de RRHH que involucre instituciones y/o redes de nacionales o regionales en el área de entomología en salud pública y control de vectores.

Capacidad estructural

Esta capacidad fue la que se observó un menor desarrollo, con un cumplimiento del 36% de ya que se identificaron 7 brechas de 11 posibles, por lo que obtuvo un valor de “2-Capacidad limitada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron:

- Existe un mecanismo para planificar y ejecutar en forma simultánea las actividades de vigilancia por parte de los sectores de sanidad animal y salud humana.
- El país cuenta con la definición de criterios para seleccionar las áreas de intervención donde se pueden aplicar las innovaciones y nuevas tecnologías en las prácticas de vigilancia entomológica y control de vectores.
- Existe un mecanismo para planificar y ejecutar en forma simultánea las actividades de vigilancia por parte de los sectores de sanidad animal y salud humana.
- Existen mecanismos establecidos y operativos para respuesta a enfermedades infecciosas y potenciales zoonosis.
- Existen mecanismos establecidos y operativos para respuesta a enfermedades infecciosas y potenciales zoonosis.

Mientras que los principales desafíos identificados fueron:

- Fortalecer un grupo de trabajo interministerial para la colaboración multisectorial en cuanto al control de vectores en funcionamiento. Si bien la Ley No. 42-01 contempla que se cree este espacio interministerial entre agricultura, salud y medio ambiente y se han realizado esfuerzos para proceder con el mismo, actualmente no se encuentra implementándose.
- Fortalecer un programa de investigación científica relevante como parte de una base de conocimiento para una adecuada vigilancia entomológica y control vectorial. Si bien se realizan investigaciones (especialmente operativos) pero no hay un programa formal. Los expertos consideraron generar la brecha porque es un tema que vienen trabajando y quieren destacar la necesidad de fortalecimiento en este tema.
- Fortalecer un mecanismo eficaz para el intercambio rápido de información sobre las innovaciones/nuevas tecnologías y acuerdos de participación con comunidades involucradas (consentimiento informado) según las reglas del país. Si bien los expertos indicaron que existe un mecanismo, este no es eficaz, ya que todo se acciona en base a la eventualidad.

- Fortalecer un trabajo integrado con el Ministerio de la Educación Superior, Ciencias y Tecnología, con miras a incluir en los currículos de los profesionales en temas clave sobre entomología y control de vectores. Si bien existieron iniciativas como con la Universidad de Santo Domingo, los expertos indicaron que es importante formalizar estos acuerdos para formar a biólogos, veterinarios, médicos, enfermeros entre otros.
- Fortalecer el plan de preparación para hacer frente a zoonosis emergentes o reemergentes, con verificación. Si bien existe un plan general de zoonosis de emergentes, para puertos y fronteras y hay planes de vigilancia para casos de zoonosis puntuales, los expertos consideraron identificar la brecha, para realizar un plan general de zoonosis de emergentes y reemergentes, considerando cual es cada uno de los eventos.

Capacidad Supervisión

Esta capacidad fue la que se observó un mayor desarrollo, con un cumplimiento del 80% de ya que se identificó 1 brecha de 5 posibles, por lo que obtuvo un valor de “5- Capacidad avanzada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificadas, se listan a continuación:

- El país tiene un diagnóstico situacional basal (entomológico y epidemiológico) donde se evaluará la puesta en práctica de las innovaciones/nuevas tecnologías.
- Se ha aplicado en el país la herramienta de evaluación conjunta del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre sistemas de vigilancia y mecanismos de respuesta a enfermedades infecciosas y potenciales zoonosis.
- El país cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación de la zoonosis, con evaluaciones periódicas a nivel nacional, subnacional y local, con producción de informes con análisis de resultados, y donde dichos informes se difunden en tiempo y forma a todos los actores interesados.

Mientras que el único desafío identificado fue la necesidad de fortalecer el proceso de evaluación e incorporación de las nuevas tecnologías que consideren una sinergia con las actuales medidas de vigilancia y control de vectores.

Capacidad de Desempeño

Al interior de esta capacidad se identificaron 4 brechas de 8 posibles cumpliendo con el 50% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas, se identificaron las siguientes:

- El país cuenta con un sistema nacional de vigilancia de vectores que incluye los parásitos de mayor relevancia epidemiológica y la resistencia a pesticidas.
- Cuenta con accesibilidad a datos sobre factores de riesgo provenientes de fuentes existentes y confiables para una adecuada vigilancia entomológica y control vectorial.

- Se dispone de sistemas de vigilancia coordinados en los sectores de sanidad animal y salud pública para las zoonosis y los agentes patógenos identificados como prioridades compartidas.
- Tiene capacidad para responder a más de 80% de los eventos zoonóticos a tiempo.

Mientras que los desafíos se concentran en:

- Fortalecer los recursos humanos y la capacitación para la realización de inspecciones.
- Fortalecer los recursos físicos y administrativos (equipo, capacidad de tecnología de la información (TI), capacidad de laboratorio a nivel subnacional.
- Mejorar la disponibilidad oportuna de los recursos financieros
- Implementar un equipo a nivel nacional y subnacional multidisciplinario (incluyendo las universidades) de apoyo al personal de control de vectores para la evaluación y/o implementación de las innovaciones/nuevas tecnologías

FESP 10E. Acciones para prevenir la resistencia a los antimicrobianos

Respecto a las capacidades tanto la capacidad formal y estructural evidenciaron un nivel de desarrollo moderado con un nivel de cumplimiento del 50% y 56% respectivamente. Mientras que la capacidad de supervisión obtuvo un nivel de cumplimiento del 29%, por último, la capacidad de desempeño es la que presenta mayores oportunidades de mejora debido a que no logró cumplir con ninguno de los estándares establecidos. Los resultados del análisis de las 4 capacidades se observan a continuación.

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad se identificaron 3 brechas de 6 posibles cumpliendo con el 50% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert. Un punto para destacar es la existencia de un Plan de acción nacional de RAM que fue validado por autoridades, aunque todavía está próximo a formalizarse, se aguarda que se realice en este 2022. Respecto a las fortalezas se identificaron:

- La existencia un programa nacional de prevención y control de infecciones para la salud humana, con una entidad/unidad responsable del mismo y metas y estrategias definidas a nivel nacional.
- Los establecimientos de atención de salud han elaborado planes locales de prevención y control de infecciones.
- El país cuenta con una prescripción para el uso de antibióticos en seres humanos y animales (terrestres, acuáticos, industria de piensos).
- Se dispone de un programa nacional de vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).
- Se cuenta con planes nacionales para la vacunación de animales (terrestres o acuáticos).

- Mientras que los principales desafíos se concentran en que no existe una política y reglamentos nacionales relativos al uso apropiado, disponibilidad y calidad de los antimicrobianos para uso humano y animal, y si bien no se cuenta con un plan de acción nacional para combatir la resistencia a los antimicrobianos, se encuentra próximo a formalizarse.

Capacidad Estructural

Esta capacidad fue la obtuvo un mayor cumplimiento, donde se identificaron 4 brechas de 9 posibles cumpliendo con el 56% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “3- Capacidad moderada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron:

- La existencia de un comité intersectorial con atribuciones definidas y mecanismos de información y rendición de cuentas.
- La existencia de programas de prevención y control de infecciones que forman parte de los planes nacionales y de los establecimientos de atención de salud.
- Los hospitales disponen de directrices sobre la prevención y el control de infecciones, que incluyen el seguimiento y la provisión de retroalimentación regulares sobre las prácticas de atención sanitaria conforme a las normas de prevención y control.
- Existen y se siguen prácticas de higiene alimentaria para la cosecha y el procesamiento de alimentos

Mientras que los desafíos, van dirigidos a:

- Fortalecer los comités de prevención y control de infecciones operativos a nivel de los establecimientos. Si bien se tienen comités muy bien estructurados y funcionando en algunos centros y en otros centros no existe ningún tipo de estructura por lo que el nivel de desarrollo de los Comités es variable.
- No existe un programa nacional o subnacional de formación profesional continua para el personal de salud que incluya principios clave de prevención y control de infecciones y agua, saneamiento e higiene. Si bien se está analizando la implementación de las capacitaciones de carácter binacional, los expertos identificaron este aspecto como punto crítico.
- Apoyar al comité nacional que elige los antibióticos recomendados a través de implementación de pautas sobre antibióticos basadas en antibiogramas nacionales o locales.

Capacidad Supervisión

Para esta capacidad se identificaron 5 brechas de 7 posibles cumpliendo con el 29% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “2- Capacidad limitada” según la escala Likert. Respecto a las fortalezas se identificaron las siguientes:

- Se dispone de un sistema para notificar la presencia de enfermedades animales a los servicios veterinarios.
- Se realizan actividades para detectar antimicrobianos espurios, falsamente rotulados, falsificados, imitaciones o de calidad inferior.
- Se contemplan sanciones para los productos falsificados o de calidad inferior, y se aplican dichas sanciones.

Mientras que los desafíos se concentran en:

- Fortalecer la producción de informes y reportes nacionales de calidad y representativos sobre el efecto y la carga de la resistencia a los antimicrobianos. Si bien existe información en RAM, generada por el laboratorio nacional, no hay un reporte como tal, así como tampoco la información generada no es representativa, ya que existen regiones con silencio epidemiológico.
- Implementar el seguimiento al uso o consumo de antimicrobianos entre seres humanos. Si bien existe la propuesta de realizar un levantamiento de datos respecto al uso y consumo, existe la limitación con respecto a las compras
- Fortalecer la vigilancia de la contaminación con agentes patógenos resistentes que se produce por medio de las descargas de efluentes. Los expertos comentaron que específicamente los que se producen en dispensarios y sitios de alimentación intensiva o cría de animales.
- Fortalecer el seguimiento de las prácticas de atención sanitaria según las medidas estándar de prevención y control de infecciones. Los expertos destacaron promover el cumplimiento de la norma de higiene de las manos seguimiento para garantizar y el suministro de equipo preventivo y desinfectante para las manos a base de alcohol.

Capacidad de Desempeño

Esta capacidad fue la de menor desarrollo ya que no alcanzó a cumplir con ninguno de los 6 estándares establecidos, obteniendo un valor de “1- Capacidad inicial” según la escala Likert. Sin embargo, dentro de las fortalezas se identificaron:

- Hospitales que funcionen como sitios de vigilancia de las infecciones causadas por agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos en seres humanos.
- La existencia de un laboratorio nacional de referencia (Laboratorio Nacional de Salud Pública “Dr. Defilló -LNSPDD) de referencia para la resistencia a los antimicrobianos.

Mientras que los desafíos se concentran en:

- Fortalecer las actividades de RAM a través de la formalización del Plan. Si bien se desarrollan actividades, las mismas no están costeadas ni identificadas en el Plan Operativo Anual, por lo que los expertos indicaron que, una vez formalizado el Plan de RAM, se espera poder avanzar en dichos aspectos.

- Fortalecer a la red de laboratorios en la detección, aislamiento e identificación organismos resistentes a los antimicrobianos en seres humanos. Si bien el laboratorio tiene la capacidad para detectar los mecanismos de resistencia, esta brecha fue identificada por los expertos con la necesidad de integrar a todos los laboratorios. Para esto se necesitaría, visitar los laboratorios (la infraestructura, y las competencias, los recursos) para ver si califican o no, para ser parte de la Red.
- Fortalecer el número de centinelas de la región sur del país y la vigilancia en la comunidad y entorno ambulatorios para dar cuenta de la realidad del país.
- Fortalecer los establecimientos agropecuarios con ganado como efectivos sitios centinela para la vigilancia de las infecciones causadas por agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos en los animales.
- Incorporar mayor cantidad de profesionales capacitados en la prevención y el control de infecciones designados en cada establecimiento de atención aguda.

FESP 11: Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud

Esta función abarca el conjunto de iniciativas intersectoriales que están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud, aunque gran parte de estos no se encuentren bajo el control directo del sector de la salud. El papel principal de las autoridades de salud para el ejercicio de esta función es actuar como socios en el desarrollo y la implementación de las iniciativas, buscando promover una gobernanza de salud en todas las políticas.

La medición arrojó que es la función esencial de menor cumplimiento, identificando un nivel de cumplimiento de estándares menor al 20% para todas las capacidades. La capacidad formal, estructural y de desempeño, obtuvieron un cumplimiento de entre 13%,12% y 10%. Por su parte la capacidad de supervisión no logró cumplir con ningún de los estándares establecidos en la medición.

Estos resultados reflejan la necesidad de fortalecer la colaboración entre sectores, incluidos los organismos gubernamentales, el sector privado y las organizaciones comunitarias, la promoción de mejoras mediante la identificación de oportunidades para compartir recursos y reducir ineficiencias en el uso de los recursos del Estado, o la promoción de las innovaciones intersectoriales. Realizando un análisis de las 4 capacidades, se observan los resultados presentados a continuación.

Capacidad Formal

Al interior de esta capacidad se identificaron 7 brechas de 8 posibles cumpliendo con el 13% de los estándares, por lo que obtuvo un valor de “1- Capacidad inicial” según la escala Likert. Esto refiere a la necesidad de fortalecer la formulación de política, estrategias y medidas legislativas

para abordar los determinantes sociales de la salud, así como también, fortalecer los aspectos normativos del ministerio de salud en aspectos de abogacía, formulación e implementación de políticas reducir las desigualdades en salud.

Dentro de los hallazgos, se destaca que el país no cuenta con una política explícita intersectorial que priorice la salud y la equidad como responsabilidad central y objetivos del Estado, aunque se aborda las desigualdades en varios de los sectores relacionados a salud, como en la política de género impulsada por el Ministerio de las Mujeres, diferentes iniciativas del Ministerio de la Juventud y especialmente la Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana 2030 que prioriza las políticas de salud y equidad.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas, los principales desafíos se concentraron en:

- Realizar un plan nacional para abordar los determinantes sociales de la salud y las inequidades, consensuado con actores sectoriales y extrasectoriales tanto del nivel nacional, subnacional y local.
- Implementar el enfoque de Salud en Todas las Políticas y de intersectorialidad en los programas o políticas.
- Promover planes, estrategias o medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades desde otros sectores.

A continuación, se desarrollan otros desafíos indicados por los expertos:

- Operacionalizar la intención que dicta el Marco del Plan Nacional Estratégico. Si bien el plan estratégico del Ministerio de Salud da un mandato de que incluya el enfoque de determinantes sociales de salud, el enfoque utilizado se asemeja al de acceso a los servicios.
- Desarrollar la difusión, sensibilización y acercamiento a los otros sectores distinto de salud que buscan fortalecer la voluntad de abordaje de las inequidades en salud. Se destacó la necesidad de fortalecer la difusión y sensibilización del Ministerio de Salud a otros sectores, acerca del papel en la generación de una mejor salud de la población, como políticas e intervenciones en los resultados sanitario

Capacidad Estructural

Se identificaron 15 brechas de 17 posibles, por lo que obtuvo un valor de “1-Capacidad inicial” indicando que no se alcanzan a cumplir con el 20% de los estándares establecidos. Dentro de las principales fortalezas se han identificado:

- Una estructura formal dependiente del Ministerio de Salud la Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud (DDESS) que podría articular diferentes iniciativas intersectoriales.

- La identificación del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) como instancia gubernamental con mayor influencia o relevancia para las consultas de intersectorialidad.
- Relaciones de trabajo coordinado y colaborativo entre diferentes sectores como educación y trabajo en temas de salud, pero no necesariamente bajo la estructura de intersectorialidad.
- Esfuerzos del Ministerio desde el Consejo Nacional de Salud y el Consejo Nacional de la Seguridad Social para incluir la participación de otros actores incluyendo al sector privado.

Respecto a las observaciones y las brechas identificadas para esta capacidad, los principales desafíos se concentraron en:

- La formalización de una o varias instituciones responsables de implementar la política para abordar los determinantes sociales de la salud y las inequidades en salud.
- No existe una integración institucionalizada de los determinantes sociales de salud en los programas con metas de reducción de las desigualdades, a partir de la acción conjunta del sector salud con otros sectores.
- Fortalecer mecanismos para la participación de la sociedad civil en la formulación de políticas o utilizar el espacio del Consejo Nacional para reconvertirlo.
- Fortalecer estrategias para abogar por las políticas de salud frente a los intereses del sector privado para garantizar la integridad de los programas de salud.

A continuación, se desarrollan otros desafíos indicados por los expertos:

- Fortalecer la relación con organismos de Derechos Humanos para abogar por la salud de la población y el abordaje de las inequidades. Los expertos comentaron que no existe vinculación alguna ni por parte del ministerio ni de los organismos de derechos humanos.
- Fortalecer una estructura formal responsable del monitoreo y evaluación del trabajo de salud en todas las políticas e intersectorialidad a nivel gubernamental. Los expertos comentaron que existe un área de monitoreo de políticas públicas del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, pero no utiliza un enfoque de Salud en todas las Políticas y de intersectorialidad.
- Implementar incentivos o mecanismos a nivel nacional y subnacional para sensibilizar a otros sectores gubernamentales para abordar los determinantes sociales de la salud. Los expertos comentaron la necesidad de brindar apoyo técnico y orientación a otros sectores gubernamentales para fomentar el enfoque de Salud en todas las Políticas.
- Fortalecer la participación de los municipios y los representantes en el trabajo de STP e intersectorialidad, a través de todo el ciclo de políticas. Los expertos comentaron que en el nuevo plan estratégico se tiene previsto trabajar desde el territorio para promover la intersectorialidad y de los DSS, a través de los comités de desarrollo provincial y municipal.

- Fortalecer acciones concretas de políticas y programas con los otros sectores para el trabajo de STP. Si bien existen actividades e iniciativas aisladas la generalidad es que no se han impulsado acciones que involucren al conjunto de los sectores o ministerios del gobierno (whole government).
- Implementar estrategias para abogar por las políticas de salud frente a los intereses del sector privado. Los expertos indicaron que no existen reglas básicas para garantizar la integridad de los programas de salud (es decir, limitar la influencia de los intereses creados o controlar los conflictos de intereses).

Capacidad Supervisión

Esta capacidad fue la que obtuvo un menor nivel de desarrollo en toda esta FESP, ya que no pudo cumplir con ninguno de los 9 estándares establecidos., por lo que obtuvo un valor de “1- Capacidad inicial” según la escala Likert, lo cual representa amplias oportunidades de mejora en la búsqueda de evaluar y monitorear la gestión y promoción de los determinantes sociales de la salud. Especialmente en la institucionalización para evaluar distintas aristas dentro y fuera de salud.

Respecto a los principales desafíos expresado por los expertos se concentran en:

- Si bien existe una unidad responsable del monitoreo y evaluación a nivel nacional, no existe el enfoque de STP e intersectorialidad. Si bien el equipo de monitoreo de políticas públicas a cargo del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo tiene esta capacidad no se utiliza el enfoque mencionado.
- Implementar la evaluación de impacto de las políticas públicas en la salud y la equidad. Si bien desde el MIDEPLAN, se tiene una Agenda Nacional de Evaluación donde se priorizan las evaluaciones a realizar, no se realizan este tipo de evaluaciones. Se hace la observación del proyecto de cooperación técnica del MSP en colaboración con la OPS para poder medir los ODS3 y crear la plataforma país.
- Fortalecer la comunicación sobre las prioridades de salud de la autoridad sanitaria. Los expertos comentaron que la autoridad de salud no informa periódicamente sobre las iniciativas de fortalecimiento de promoción de la salud y las políticas de salud pública a los diversos sectores y la sociedad civil.

Capacidad de Desempeño

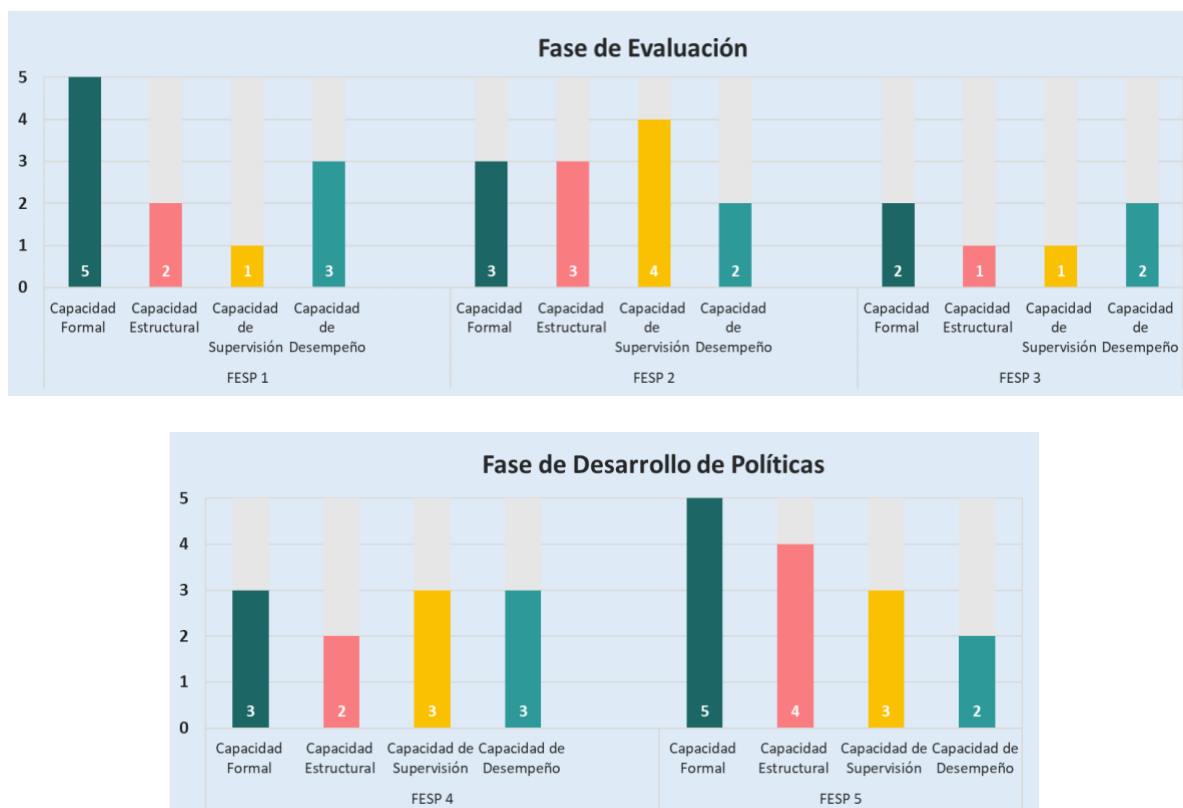
Esta capacidad obtuvo un nivel un cumplimiento del 10% de los estándares. Se identificaron 9 brechas de 10 posibles, por lo que obtuvo un valor de “1- Capacidad inicial” según la escala Likert. La fortaleza identificada fue que la existencia de un presupuesto específico para el trabajo intersectorial, con una fuente de financiamiento central para las acciones comunes.

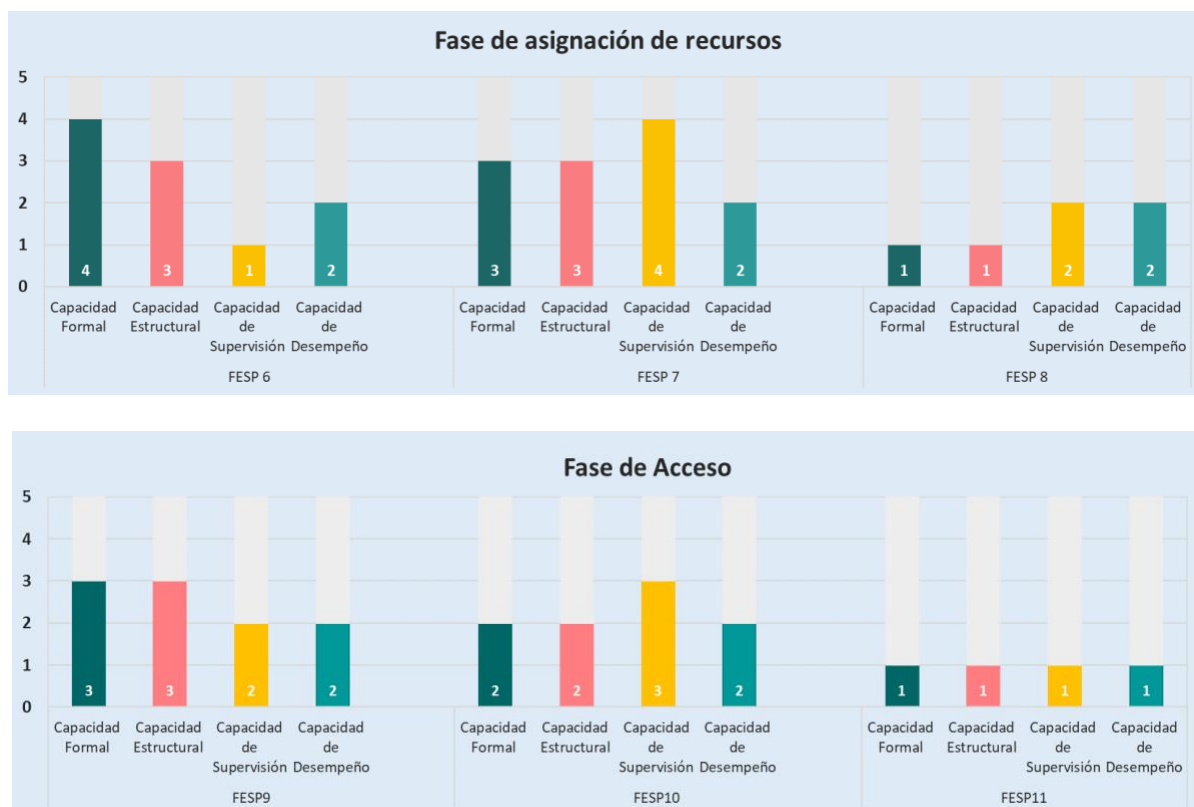
Respecto a los principales desafíos expresado por los expertos se concentran en:

- El país no cuenta con centros y/o universidades con estrategias de formación que impartan de manera regular cursos en STP e intersectorialidad y el abordaje de los determinantes sociales para trabajadores de la salud y otros sectores distintos de salud.
- Realizar distintos perfiles de equidad en la salud que incorporen al menos dos determinantes sociales de la salud prioritarios a nivel nacional o subnacional. Si bien se identificó esta brecha, los expertos comentaron que hay productos previstos que plantean la incorporación de la mirada de indicadores de equidad y DSS (Estudios de equidad, específicamente indicadores relacionados a este enfoque de determinación social).
- Fortalecer la asignación presupuestaria específica y adecuada para abordar las acciones en DSS y reducir las desigualdades en salud, así como para desarrollar la difusión, sensibilización y acercamiento a los otros sectores distinto de salud.

Los resultados de la evaluación de las capacidades por FESP se presenta en la Figura 37.

Figura 37. Nivel de cumplimiento de las capacidades institucionales de evaluación (A), desarrollo de políticas (B), asignación de recursos (C) y acceso (D) del MISPAS, República Dominicana





Fuente: Informe Regional OPS. Informe de avance de la medición de las capacidades institucionales en República Dominicana. FASE 2. OPS 2021.

Fase 3: Análisis de las brechas y elaboración del plan de acción

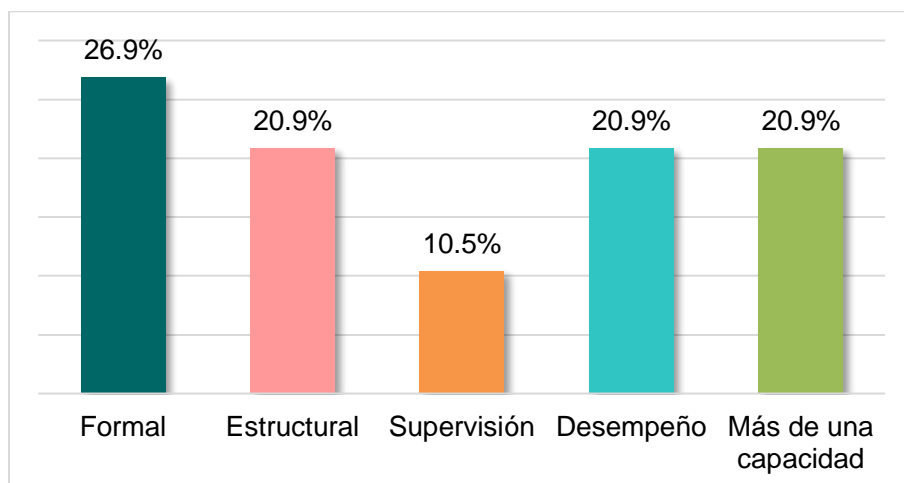
A partir de los resultados de la Fase 2, la **Fase 3** del ejercicio de medición de las FESP tiene como propósito como insumo las brechas identificadas en la Fase 2 y completar un proceso de análisis exhaustivo con un grupo de expertos asignado por el MISPAS, el cual incluye algunos actores que habían participado previamente en el proceso e incorpora nuevos actores, incluyendo tomadores de decisiones dentro y fuera del MISPAS. El proceso se desarrolló a través de talleres de trabajo liderados por los puntos focales asignados por la Ministerio y con el apoyo de OPS/OMS en la moderación y la gestión de la recolección y procesamiento de la información. Este proceso de registro se realizó utilizando una herramienta tipo matriz en la cual, a partir de las brechas por FESP, se proponían:



En el proceso de preparación para la Fase 3, se contó con la experticia técnica de OPS/OMS para completar un proceso de unificación de brechas que permitía el abordaje integral de los estándares en sus diferentes capacidades. Las brechas unificadas fueron validadas por el MISPAS y posteriormente analizadas y priorizadas por los expertos, con la finalidad de producir un plan de

acción colaborativo, pertinente a las necesidades contextuales de la República Dominicana, y factible para su implementación.

Figura 38. Distribución de las brechas priorizadas por capacidad de manera individual y combinada durante la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP en la República Dominicana



Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP. 2023.

En este sentido, de las resultaron 389 brechas generadas como resultado de la Fase 2, el proceso de unificación las redujo a 277, y posteriormente, tras el análisis y priorización de los expertos, se seleccionaron 67 brechas para ser incluidas en el plan de acción. La priorización incluyó 26.9% de brechas correspondientes a la capacidad formal, 20.9% para las capacidades estructurales y de desempeño, y 10.5% para supervisión. Un 20.9% de las brechas priorizadas abordan más de una capacidad institucional. La figura 38 presenta la distribución de las brechas priorizadas por capacidad de manera individual y combinada.

La Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP culmina con la elaboración y presentación de un plan de acción de alto potencial para ser incorporado en los planes de salud y políticas de los países, y en este caso, se constituye un insumo relevante para el desarrollo del Plan de Salud de la República Dominicana. En el marco de las cuatro etapas del ciclo de políticas que fundamentan las FESP Renovadas para el Siglo XXI.

A continuación, se presentan las matrices del plan de acción para cada una de las FESP de cada fase del ciclo de políticas, incluyendo las acciones estratégicas que han sido identificadas como relevantes para iniciar el conversatorio de alto nivel, vinculadas al objetivo de cierre y el estándar que generó la brecha durante la medición de las capacidades institucionales.

Tabla 11A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 1 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Evaluación.

Ciclo de Políticas: Fase de Evaluación

FESP 1: Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.

Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
Se requiere implementar un sistema integrado de información que alimente el sistema de M&E y fortalecer los sistemas internos de evaluación para asegurar el cumplimiento del marco jurídico que regula la existencia del sistema de MyE.	Fortalecer el sistema de M&E a través de sistemas de evaluación, auditoría y/o rendición de cuentas.	<p>Desarrollar un modelo integral de M&E desde la rectoría de la ANS para el país</p> <p>Considerar no solo indicadores de procesos, también de resultados</p> <p>Definir el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para el monitoreo (de la red pública y privada) (documento base de consultoría y difusión con diversos actores).</p> <p>Articular el sistema de información en salud con el</p>	<p>Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud (Dirección de Conducción Sectorial)</p> <p>Viceministerio de Salud Colectiva/ Dirección de Análisis y Situación de Salud (DASIS)</p>	MEPYD (como ente rector de la planificación, en el marco del sistema de gestión de datos)	<p>Tiempo estimado: 2-3 años</p> <p>Recursos: para contratación de consultorías y Tics (lograr interoperabilidad de sistemas)</p>	Implementado un sistema integrado de información que alimente el sistema de M&E y fortalecidos los sistemas internos de evaluación para asegurar el cumplimiento del marco jurídico que regula la existencia del sistema de MyE

		sistema de M&E (está planificada una consultoría para esto)				
El país no cuenta con un comité político/estratégico con representantes de las principales instituciones relacionado al levantamiento y sistematización de información relacionada a salud, un comité técnico intersectorial institucionalizado que apoye la definición de la información que debe reunir y sistematizar el sistema de información que alimenta el sistema de MyE y las estructuras	Fortalecer la capacidad técnica para la regulación del sistema de monitoreo y evaluación	Disposición del ministro de Salud para articular los planes y documentos de M&E, de forma integral en un solo documento/accionar/mecanismo. Crear un comité político/estratégico interno y posteriormente un comité por medio de un acuerdo interministerial (rol de MEPYD sería importante) Crear un comité técnico intersectorial de M&E de abordaje integral e integrado aplicando el Reglamento del Sistema de Información (MEPYD está armando mesas técnicas intersectoriales, un modelo podría ser la mesa de VIH). Difundir el Reglamento del Sistema de Información, de tal manera que todos los actores involucrados estén en	Todos los Viceministerios, bajo el liderazgo del Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud que será la instancia que revise la pertinencia de la información del sistema de M&E/Dirección de Planificación y Desarrollo	MEPYD (incluyendo Unidad Nacional de Estadística) política de gestión de datos) Dirección General de Presupuesto	Tiempo estimado: 1-2 años Recursos estimados: Se requeriría voluntad política y elaboración de documentos, se requeriría contratar consultorías y recursos para reuniones.	Conformados un comité político/estratégico con representantes de las principales instituciones relacionado al levantamiento y sistematización de información relacionada a salud y un comité técnico intersectorial institucionalizado que apoye la definición de la información que debe reunir y sistematizar el sistema de información que alimenta el sistema de MyE. Implementadas las estructuras institucionales y/o lineamientos técnicos que apoyan la revisión de la pertinencia de la información para el sistema de MyE.

<p>institucionales y/o lineamientos técnicos que apoyan la revisión de la pertinencia de la información para el sistema de MyE, deben ser fortalecidos.</p>		<p>conocimiento. Fortalecer la Dirección de Análisis y Situación de Salud (DASIS) para lograr un abordaje integral del sistema de M&E.</p>				
<p>Si bien existen procesos de monitoreo y seguimiento, se requiere fortalecer la capacidad de evaluación por parte del Ministerio, y contar con un plan o procesos de supervisión que resulten en retroalimentación y solución de problemas encontrados en los procesos de MyE, incluyendo guías o</p>	<p>Contar con políticas o planes de acción para fortalecer el sistema de información de salud y mejorar la veracidad, consistencia, cobertura e integridad de la información.</p>	<p>Realizar un diagnóstico integral de los procesos de M&E Definir un proceso de retroalimentación y solución de problemas del sistema de M&E, integral para todas las áreas pertinentes del Ministerio. Definir un plan de capacitación. Desarrollar guías o protocolos para verificar la veracidad de la información que alimenta el sistema de MyE y resolver situaciones de discordancia entre datos provenientes de distintas fuentes de información. Continuar el desarrollo de mecanismos que apoyan la compatibilidad e</p>	<p>Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud/Dirección de Conducción Sectorial Viceministerio de Salud Colectiva/ Dirección de Análisis y Situación de Salud (DASIS) Dirección de Planificación y Desarrollo</p>	<p>Junta Central Electoral</p>	<p>Tiempo estimado: 1 año y medio Recursos: Recursos financieros consultorías</p>	<p>Fortalecida la capacidad de evaluación por parte del Ministerio, e implementado un plan o procesos de supervisión que resulten en retroalimentación y solución de problemas encontrados en los procesos de MyE. Guías o protocolos para verificar la veracidad de la información que alimenta el sistema de MyE implementados. Una autoridad reconocida y guías o protocolos desarrollados, para resolver situaciones de discordancia entre datos provenientes de distintas fuentes de</p>

<p>protocolos para verificar la veracidad, cobertura e integridad de la información de distintas bases que alimentan el sistema de MyE, lograr su compatibilidad e interconectividad y resolver situaciones de discordancia entre datos provenientes de distintas fuentes de información.</p>		<p>interconectividad de las distintas fuentes de datos (JCE)</p>				<p>información. Procedimientos actualizados que apoyan la revisión y supervisión de la cobertura e integridad de la información de los distintas bases que utiliza el sistema de MyE. Estructuras institucionales creadas y/o lineamientos técnicos desarrollados e implementados que apoyan la compatibilidad e interconectividad de las distintas fuentes de datos.</p>
<p>El país no cuenta con presupuesto nacional suficiente para el funcionamiento del sistema de MyE y la permanente actualización de tecnologías de la</p>	<p>Fortalecer la capacidad técnica para la regulación del sistema de M&E.</p>	<p>Se debe definir e incluir la necesidad de presupuesto detallado e integral en cada POA institucional (principalmente el MISPAS) en base al Plan de M&E. En base a lo que no se logre cubrir en el POA, movilizar recursos internacionales.</p>	<p>Planificación del MISPAS /Cooperación Internacional del MISPAS Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector</p>	<p>MEPYD Ministerio de Finanzas/Dirección de Presupuesto</p>	<p>Tiempo estimado: 2 años (a no ser que haya una enmienda que permita incluir estas necesidades en el presupuesto del MISPAS)</p>	<p>Estrategia de movilización de recursos nacionales e internacionales para el funcionamiento del sistema de MyE, diseñada e implementada. El país cuenta con presupuesto nacional suficiente para el funcionamiento del sistema</p>

información ni cuenta con una estrategia de movilización de recursos nacionales e internacionales para el funcionamiento del sistema de MyE.		Dotación de recursos humanos suficientes para el sistema de M&E.	Salud/Dirección de Conducción Sectorial/ Viceministerio de Salud Colectiva/ Dirección de Análisis y Situación de Salud (DASIS)		Recursos: Presupuestos para cerrar las brechas, y atender las demás necesidades del sistema de M&E. (se requiere contar con el Plan de M&E que permitiría costear necesidades)	de MyE y la permanente actualización de tecnologías de la información.
Se requiere fortalecer registros o sistemas de información que provean datos accesibles y con una cobertura mayor al 90% para monitorear y evaluar la mortalidad del país, todos los egresos (ingresos)	Mejorar la calidad y oportunidad de la información relacionada a salud en el país.	Implementar el Proyecto de Expediente Único Digital del MISPAS (en elaboración para atenciones y morbilidad) integralmente (están en proceso de pilotaje en los centros de primer nivel) Mejorar las estadísticas vitales (defunciones y nacimientos)	Viceministerio de Salud Colectiva /DASIS Dirección de Tecnología de la Información y Comunicación (en el marco de la Agenda Digital del gobierno).	Oficina Nacional de Estadística ONE/ Dirección de Estadísticas Demográficas	Tiempo estimado: 3-4 años. Recursos estimados: Alto nivel de recursos presupuestarios para la implementación del EUD y las mejoras en las	Registros o sistemas de información que provean datos accesibles y con una cobertura mayor al 90% para monitorear y evaluar la mortalidad del país, todos los egresos (ingresos) hospitalarios de la población, y los registros de atención en el primer nivel de atención para poder vincularlo con la ficha clínica del paciente,

<p>hospitalarios de la población, y los registros de atención en el primer nivel de atención para poder vincularlo con la ficha clínica del paciente, desagregados a nivel de los distintos niveles administrativos de la autoridad de salud y variables trazadoras de desigualdad e inequidad.</p>						estadísticas vitales	<p>desagregados a nivel de los distintos niveles administrativos de la autoridad de salud y variables trazadoras de desigualdad e inequidad, implementados y fortalecidos en el país.</p>
---	--	--	--	--	--	----------------------	---

Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 11B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 2 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Evaluación.

Ciclo de Políticas: Fase de Evaluación						
FESP 2: La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
No existen planes de respuesta a emergencias por peligros múltiples en todos los niveles subnacionales y locales.	Fortalecer el nivel de rectoría y gobernanza de la ANS; la estructura, los procesos y la dirección para la detección, respuesta y control	Adaptación del plan de respuesta a emergencias por peligros múltiples en los niveles subnacionales y locales Realizar reuniones de socialización del plan Desarrollar procedimientos para la adaptación	Dirección de Gestión de Riesgos MISPAS	Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC)/ DIGEMAPS/ Actores del Equipo de Respuesta Rápida Nacional (Ministerio de Agricultura, Dirección General de Ganadería) Área de Salud	Tiempo: 4 años (2026) Recursos: Mapeo de actores y expertos de las instituciones responsables Elaborar un plan de trabajo Reuniones de coordinación intersectorial	Porcentajes de provincias con el plan de respuesta a emergencias por peligros múltiples adaptados a su territorio

		<p>Considerar la incorporación de los recursos necesarios para la adaptación</p> <p>Promover la integración multisectorial para la respuesta (áreas biológica, física y química)</p> <p>Fortalecer la coordinación intersectorial e identificar roles y responsabilidades de los actores</p> <p>Realizar un mapeo de actores y expertos de las instituciones responsables</p> <p>Fortalecer principalmente la vigilancia de eventos radiológicos y químicos</p> <p>Desarrollar protocolos o procedimientos para evaluar el impacto de</p>		del Ambiente/ Alcaldías		
--	--	---	--	----------------------------	--	--

		<p>un desastre y fortalecer las capacidades para elaborar una estrategia de recuperación viable y sostenible</p> <p>El Plan debe contemplar:</p> <p>Ampliar los mecanismos para que el MISPAS y el Ministerio de Defensa a nivel nacional trabajen colaborativamente durante un evento biológico, químico o radiológico presuntamente deliberado o confirmado como tal</p> <p>Elaborar acuerdos y convenios interinstitucionales entre el MISPAS y el Ministerio de Defensa y otros</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>ministerios Coordinar con las instancias intersectorial sobre la importancia del intercambio de información oportuna Realizar un listado de técnicos para la conformación del equipo de respuesta rápida y por consiguiente un intercambio de información oportuna y sistematizada Desarrollar formularios de recojo de información con variables e indicadores en coordinación con otros sectores Establecer mecanismos electrónicos para el</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		reporte de información en tiempo real				
Se necesita fortalecer la capacitación del personal sanitario de la autoridad nacional de salud en la preparación para emergencias y desastres.	Fortalecer la preparación y respuesta frente a desastres	Establecer un programa de formación del personal sanitario de la autoridad nacional de salud en la preparación para emergencias y desastres En divulgación de información sanitaria a través de los medios de comunicación de las masas y de otros medios En asegurar la transparencia y eficiencia en el suministro de auxilios después de las catástrofes En la elaboración de proyectos de emergencias para la reconstrucción del	Dirección de Gestión de Riesgos del MISPAS	Actores del Comité Técnico Nacional de Gestión de Riesgos	Tiempo: 2 años (2024) Recursos: Reuniones de coordinación	Programa de formación del personal sanitario de la autoridad nacional de salud en la preparación para emergencias y desastres establecido

		sector salud Desarrollar un programa de capacitación para el personal de los Centros de Operaciones de Emergencias a nivel local para fortalecer el perfil técnico Mejorar el uso de formularios y plantillas estandarizados para la gestión de datos e información, elaboración de informes, resúmenes informativos.				
El país dispone de financiamiento para el uso regular de las funciones de vigilancia y respuesta a las emergencias de salud pública, pero se	Mejorar el apoyo financiero para una vigilancia y respuesta oportuna	Establecer mecanismos más ágiles para el desembolso de los recursos financieros de manera oportuna para emergencias o contingencias para apoyar la respuesta	Área administrativa de cada Ministerio (MISPAS), Dirección General de Ganadería, Ministerio de	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)/ Dirección Nacional de Presupuesto	Tiempo: 3 años (2025) Recursos: Revisión normativa administrativa	Mecanismos ágiles para el desembolso de los recursos financieros establecidos

<p>requiere fortalecer y agilizar la gestión de los fondos para apoyar estas capacidades. Se mantiene la brecha: La autoridad nacional de salud no cuenta con una partida presupuestaria para las labores de vigilancia y control, con recursos suficientes para una adecuada función de vigilancia nacional y subnacional. Se debe establecer una unidad encargada de formular el presupuesto para las capacidades de vigilancia y</p>		<p>de la salud pública, la sanidad animal y otros sectores pertinentes Revisar los procesos operativos de obtención y asignación de los recursos a través de la modificación normativa o reglamentaria Destinar fondos adicionales especiales disponibles para la respuesta previo al despliegue de los equipos de repuesta rápida Asegurar los recursos financieros suficientes para atender el Plan de Respuesta ante emergencias</p>	<p>Agricultura de la República Dominicana)</p>			
---	--	---	--	--	--	--

<p>respuesta oportuna, velar por su ejecución y coordinar entre diferentes ministerios.</p> <p>Se requiere agilizar la disponibilidad del acceso a los fondos para emergencias o de contingencia para apoyar la respuesta de la salud pública, la sanidad animal y otros sectores pertinentes.</p>						
--	--	--	--	--	--	--

<p>Se requiere fortalecer e incrementar el presupuesto exclusivo para personal, materiales y actividades de comunicación para emergencias y eventos inusitados o inesperados.</p> <p>No se cuenta con los recursos necesarios para la comunicación con el público y comunidades afectadas en casos de emergencia, incluyendo la atención a las percepciones, los comportamientos riesgosos y la</p>	<p>Desarrollar e implementar un sistema de comunicación de riesgos para emergencias y eventos inusitados o inesperados</p>	<p>Actualizar el plan y la estrategia de comunicación de riesgos en salud. Actualizar los actores y medios del plan previo. Realizar una revisión de la estrategia con base a la realidad actual y experiencia en el manejo de la pandemia COVID-19.</p> <p>Elaborar una matriz directa para el trabajo y coordinación con el departamento de prensa del ministerio de salud. Actualizar y retomar el plan para la implementación del sistema radial de comunicación. Establecer un mecanismo para el</p>	<p>Departamento de Comunicación Dirección General de Riesgos MISPAS (Insumos) Estratégico Departamento de Apoyo y Promoción en Salud (DAPES)</p>	<p>OPS/ UNCEF/ CDC/ Circulo de Periodistas del área de la salud/ INDOTEL/ Dirección del COE</p>	<p>Tiempo: 1 año</p> <p>Recursos: Asistencia técnica. Contratación de una consultoría. Elaboración de propuesta de plan actualizado. Reproducción de materiales. Reuniones de coordinación (contratación de locales). Fondos internos del MISPAS para la licencia que debe considerarse en la planificación presupuestal. Incrementar el</p>	<p>Comité encargado creado y cronograma de trabajo elaborado. Número de reuniones realizadas y número de actores participantes. Plan y estrategia de comunicación de riesgos en salud aprobado y actualizado.</p> <p>Fuente de financiamiento destinado a comunicación de riesgos a través de fondos externos y/o presupuesto público incrementado.</p>
---	--	---	--	---	--	---

información errónea.		<p>sostenimiento de la licencia para el sistema radial</p> <p>Actualizar el plan a través de una norma de comunicación y del MISPAS</p> <p>Incrementar el presupuesto destinado para el personal, materiales y actividades de comunicación para emergencias y eventos inusitados o inesperados</p> <p>Abogacía para el incremento del presupuesto con diferentes actores (ministerio de hacienda)</p> <p>-Búsqueda de fondos externos</p>			<p>presupuesto destinado para el personal, materiales y actividades de comunicación para emergencias y eventos inusitados o inesperados.</p>	
Se requiere fortalecer una legislación y políticas	Mejorar la capacidad para prevenir, detectar y	Fortalecer la coordinación intersectorial para la prestación de	Dirección de Riesgos	Ministerio de Turismo/ Ministerio de Defensa/	Tiempo: permanente Recursos:	Coordinación intersectorial para la prestación de servicios de salud y

<p>adecuadas para la prestación de servicios de salud en los puntos de entrada. Se requiere fortalecer las capacidades básicas como el acceso a servicios médicos y de diagnóstico apropiados, equipos y personal en los puntos de entrada.</p>	<p>responder a las amenazas y riesgos para la salud pública en los puntos de entrada</p>	<p>servicios de salud y comunicación adecuada entre las diferentes instituciones vinculadas a los PdE</p> <p>Promover el cumplimiento del reglamento de salud del viajero</p> <p>Abogacía</p> <p>Reuniones de coordinación con los diferentes actores</p> <p>Capacitación continua en PdE</p> <p>Revisar la estructura del Ministerio para prevenir, detectar y responder a las amenazas y riesgos para la salud pública en los puntos de entrada y los RH necesarios</p> <p>Activar el comité que establece el</p>	<p>MISPAS/ DIEPI</p>	<p>Actores vinculados con los PdE/ Autoridad Portuaria/ CDC/US/ OPS</p>	<p>Financieros Asistencia técnica Reuniones de coordinación</p>	<p>comunicación adecuada entre las diferentes instituciones vinculadas a los PdE fortalecida</p> <p>Actividades de promoción del cumplimiento del reglamento de salud del viajero realizadas</p> <p>Estructura del Ministerio para prevenir, detectar y responder a las amenazas y riesgos para la salud pública en los puntos de entrada revisada</p> <p>Servicios de salud en los PdE priorizados para que brinden servicios</p>
---	--	---	--------------------------	---	---	--

		<p>reglamento de salud del viajero</p> <p>Reorganizar los servicios de salud en los PdE priorizados para que brinden servicios permanentes (24x7)</p> <p>Realizar un inventario del personal en los PdE</p> <p>Realizar una evaluación periódica de la eficacia de los diferentes puntos de entrada</p> <p>Realizar ejercicios de simulación</p> <p>Evaluar la respuesta de los diferentes actores (Ej. Migraciones, Líneas áreas, portuarias, etc.)</p> <p>A partir de la evaluación priorizar el desarrollo de capacidades</p>				<p>permanentes (24x7)</p> <p>reorganizados</p>
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 11C. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 3 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Evaluación.

Ciclo de Políticas: Fase de Evaluación						
FESP 3: Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
La política nacional de investigación e innovación para la salud no ha sido aprobada por el Congreso y no está alineada con la Agenda 2030 de Naciones Unidas y la Política de Investigación de OPS/OMS.	Fortalecer el nivel de rectoría y gobernanza de la ANS; la estructura, los procesos y la dirección para generar investigación crítica para el país.	Actualizar la política nacional de investigación e innovación para la salud Alinearla con la Agenda 2030 de Naciones Unidas y la Política de Investigación de OPS/OMS A través de un Decreto Presidencial	Dirección de Investigación en Salud MISPAS	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT)/ Universidades públicas/ Universidades privadas/ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/ Consejo Nacional de Salud	Actualizar la política Periodos -Años 2022, 2023, 2024 Recursos -Sin costos -Realización de reuniones de trabajo -Elaboración de la política y publicación Incorporar en la política de	Propuesta de política para el año 2023 Política actualizada y publicada para inicios del año 2024 MISPAS Dirección Nacional de Investigación en Salud Incorporar en la políticas de investigación

		<p>A través de un proceso consultivo con actores</p> <p>Incorporar en la política de investigación los lineamientos para la creación de un Instituto Nacional de Investigación para la salud</p> <p>Desarrollar un proyecto para la creación de Instituto Nacional de Investigación para la salud</p> <p>Modificación de la Ley</p> <p>Modificación de la normatividad organizacional</p>			<p>investigación</p> <p>lineamientos para la creación de un Instituto Nacional de Investigación para la salud</p> <p>Periodos -Año 2025</p> <p>Recursos -Desarrollo del proyecto de creación y propuesta de modificatoria de la Ley</p>	<p>lineamientos para la creación de un Instituto de Investigación para la salud al 2024</p> <p>Lineamiento incorporado al año 2024</p> <p>Ley modificada para el año 2025</p> <p>Institución de Investigación para la Salud creado al 2025</p> <p>-Creación de formal, inicial con posterior desarrollo de Infraestructura y asignación de recursos</p> <p>MISPAS</p> <p>Viceministerio de Fortalecimiento</p>
--	--	---	--	--	---	--

						y Desarrollo del Sector Salud
<p>El país no cuenta con una agenda nacional de investigación para la salud con financiación asignada para su implementación .</p> <p>No hay un foro nacional activo que acuerde las prioridades de investigación en salud pública con participación intersectorial y multidisciplinaria relevante a atender los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>Fortalecer el nivel de rectoría y gobernanza de la ANS; la estructura, los procesos y la dirección para generar investigación crítica para el país.</p>	<p>Desarrollar una agenda nacional de investigación para la salud con financiación asignada para su implementación</p> <p>Vincular la agenda de prioridades con el fondo nacional de investigación para la salud</p> <p>Requerir al poder legislativo vía el poder ejecutivo la inclusión de las partidas en la ley de presupuestos gastos del estado</p> <p>Constituir un foro que acuerde la agenda y prioridades de</p>	<p>Dirección de Investigación en Salud</p>	<p>Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT)</p> <p>Ministerio de Planificación/ Universidades públicas/ Universidad privadas/ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud</p>	<p>Periodos</p> <p>-Año 2022-2024</p> <p>Recursos</p> <p>-Sin costos</p> <p>-Elaboración de la agenda</p> <p>-Realización de reuniones de trabajo</p> <p>-Diagramación y publicación</p> <p>-Propuesta de constitución de Foro</p>	<p>Agenda nacional de investigación para la salud con financiación asignada para su implementación aprobada para el año 2024</p> <p>MISPAS.</p> <p>Foro constituido para el año 2024.</p> <p>Dirección Nacional de Investigación en Salud</p>

		<p>investigación en salud pública con participación intersectorial y multidisciplinaria relevante a atender los determinantes sociales de la salud</p> <p>El foro puede constituirse de manera inicial desde la Dirección Nacional de Investigación en Salud y no se requeriría en el corto plazo de una instancia formal</p>				
No existen, como tal, estrategias establecidas para financiar la investigación	Promover el desarrollo de investigaciones prioritarias a través del incremento	Desarrollar un fondo nacional de investigación para la salud que incluya el nivel subnacional	Dirección de Investigación en Salud MISPAS	Ministerio de Hacienda/ Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPYD) Ministerio de Educación Superior, Ciencia y	Establecimiento del fondo y desarrollo del reglamento del fondo Periodos	Fondo establecido y reglamento del fondo desarrollado para el 2023

para la salud a nivel subnacional.	del financiamiento	Vinculado con proyectos en líneas prioritarias y de necesidad propia del MISPAS Establecimiento de un presupuesto para el MISPAS similar al FONDOCYT (Ministerio de Educación Superior). Fondo que actualmente no incluye investigaciones en salud colectiva Realizar abogacía con el Ministerio de Planificación para la aprobación e inclusión en el presupuesto anual inicial del MISPAS el fondo nacional de investigación		Tecnología (MESCyT) Universidades públicas/ Universidad privadas	Años 2022, 2023 Recursos Monto de los fondos a ser determinado	Fondo incorporado en el POA para el 2023 Convocatoria oficializada para la presentación de proyectos para el 2023
------------------------------------	--------------------	--	--	--	--	--

		<p>Establecimiento del fondo a través de reglamento del fondo y su incorporación en el POA</p> <p>A través de consultorías anuales, como un modelo inicial de financiamiento de proyectos</p> <p>A través del desarrollo de concursos que incluyan temas de salud colectiva y estén vinculados con las líneas prioritarias. Con la participación y conformación de equipos multidisciplinarios de investigación registrados</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Explorar la posibilidad de búsqueda de fondos externos a través de organismos internacionales y multilaterales (Ej. Modelo Telfinet)</p> <p>Considerar los fondos que el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo otorga para proyectos de investigación del sector público</p> <p>Establecer mecanismos para promover la investigación multidisciplinaria para la salud</p> <p>Considerar recursos para promover la investigación</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		multidisciplinaria para la salud				
El país no cuenta con mecanismos para la evaluación y/o adopción de las innovaciones y soluciones costo efectivas, beneficiosas, y relevantes.	Mejorar la solidez científica de las soluciones aportadas por las investigaciones	Fortalecer la formación de Recursos Humanos en la evaluación y adopción de innovaciones y tecnologías sanitarias Realización de cursos y talleres de formación Fomentar el desarrollo de la investigación de las tecnologías sanitarias Actualizar la política nacional de investigación y elaborar el reglamento de gestión de las tecnologías sanitarias La	Dirección de Investigación en Salud MISPAS	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESCyT)/ Instituto de Innovación en Biotecnología e Industria (Adscrito a un Ministerio)	Tiempo Año 2023. Formación de RH. Año 2023. Trabajar la reglamentación de la gestión de tecnologías sanitarias Recursos Cursos y talleres de formación al 2023 Sin costo para la preparación de la reglamentación Tiempo Año 2024. Evaluación de la estructura	Numero de recursos humanos formados al 2023 Reglamentación aprobada al 2024 Estructura organizacional evaluada al 2025

		<p>reglamentación debe trabajarse antes de la actualización de la política para que esta última la incluya</p> <p>Evaluar el funcionamiento de la estructura organizacional del país recientemente definida para la investigación del desarrollo de las innovaciones y tecnologías sanitarias en un mediano plazo</p>			<p>organizacional del desarrollo de las tecnologías sanitarias</p> <p>Recursos</p> <p>-Consultorías o comisiones del Ministerio</p>	
--	--	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 12A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 4 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Desarrollo de Políticas.

Ciclo de Políticas: Fase de Desarrollo de Políticas						
FESP 4: Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.						
Brecha	Objetivos a alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
No existe un plan nacional de salud con metas y objetivos actualizado con el contexto sanitario nacional e internacional, y este debe incorporar metas de equidad, que se encuentren alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y sean definidos en forma participativa, a	Mejorar la definición y la evaluación de los objetivos y metas sanitarias nacionales y subnacionales en materia de salud pública	Culminar el proceso de elaboración del plan estratégico nacional de salud (PLANDES 2030) Garantizar la participación de los actores claves en el desarrollo del plan nacional de salud, que tiene cuatro pilares, con un enfoque	Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo/Dirección de Conducción Sectorial / MISPAS	Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD) Servicio Nacional de Salud (SNS)/ Ministerio de la Mujer/ Ministerio de Administración Pública (MAP)/ Seguro Nacional de Salud/ Programa de medicamentos	Tiempo: abril 2023 Recursos: Cuenta con fondos en el POA 2022 y 2023 Fuente de cooperación externa reembolsable y no reembolsable	Plan estratégico nacional de salud (PLANDES 2030) aprobado y publicado -Participación de los actores claves amplia

<p>partir de evaluaciones objetivas y sistemáticas del perfil de la salud del país y al no tener plan nacional de salud, no se tiene asignados los recursos correspondientes. Asimismo, tampoco existe un plan nacional de salud con metas y objetivos subnacionales, formulados en base al perfil de salud subnacional, y definidos en forma participativa.</p> <p>Anotación. Está en proceso la elaboración del plan nacional de salud (dos fases de diagnóstico y de</p>		<p>de equidad y con la participación de actores de los niveles subnacionales</p> <p>Asegurar la identificación de objetivos y metas subnacionales</p> <p>Promover la actualización del ASIS (perfil de salud del país)</p>		<p>esenciales y central de apoyo logístico (PROMESECAL)</p> <p>DIGEPRES</p> <p>Instituto Nacional de Agua Potable/ Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS)/ Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)/ Ministerio de Educación/ Universidades/ Colegio Médico Dominicano (CMD)/ Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología (MESCYT)/</p>		
---	--	--	--	--	--	--

<p>formulación). Actualmente está en fase de formulación. Abril del 2023 se contará con el producto final.</p>				<p>Ministerio del Medio Ambiente/ ONG/ Sector Privado/ Organismos de Cooperación Internacional</p>		
<p>Se requiere fortalecer la legislación nacional y/o marcos jurídicos y reglamentarios que favorezcan el desarrollo e implementación del acceso y cobertura universal de la salud y aborden de manera integral los determinantes de la salud.</p>	<p>Mejorar la definición y la evaluación de los objetivos y metas sanitarias nacionales y subnacionales en materia de salud pública</p>	<p>Revisar y analizar la legislación nacional y/o marcos jurídicos y reglamentarios vigentes para identificar nuevas necesidades o actualizaciones de los existentes de tal forma que favorezcan el desarrollo e implementación del acceso y cobertura universal de la salud y aborden de manera</p>	<p>Dirección Jurídica MISPAS/ Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (VMGCSS): Dirección de Normas (Reglamentación Sanitaria y su Coordinación técnico legal) / Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del sector salud/ Viceministerio de Salud Colectiva/ Oficina de Coordinación de la</p>	<p>Servicio Nacional de Salud/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/ ANS/ academia/ organizaciones de sociedad civil/ Ministerio de la Mujer/ Comisión de Género de las Cámaras de Diputados/ Consejo de Seguridad Social</p>	<p>Tiempo: 2 años Recursos: Revisión y validación de información.</p>	<p>Legislación nacional y/o marcos jurídicos y reglamentarios vigentes revisada y analizada</p>

		integral los determinantes de la salud, y el enfoque de equidad y género	Gestión Desconcentrada de la Rectoría (OCDGR)			
La autoridad de salud debe fortalecer la evaluación regular en el logro de los objetivos sanitarios, incluyendo al sector público y privado, éste último en el ejercicio de potestades legalmente sustentables. En este sentido, tampoco existen mecanismos explícitos de transparencia y rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Por último, la	Mejorar la definición y la evaluación de los objetivos y metas sanitarias nacionales y subnacionales en materia de salud pública	Evaluar la implementación de los presupuestos asignados para la planificación con indicadores de eficiencia y oportunidad Fortalecer los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas (desde la elaboración hasta la implementación de los planes) Revisar la metodología Fortalecer el rol	Dirección de Planificación y Desarrollo/ Consejo Nacional de Salud	MEPYD/ DIGEPRES	Tiempo: De forma permanente y anualmente Estimar el tiempo con base a las actividades operativas establecidas en las acciones de fortalecimiento Firma del acuerdo marco al 2023 Recursos: Procesos de	Evaluación de la implementación de los presupuestos asignados para la planificación con indicadores de eficiencia y oportunidad Mecanismos de retroalimentación en el seguimiento del ejercicio de monitoreo y evaluación establecidos Rol y función del Consejo Nacional de

<p>autoridad nacional de salud no promueve ante las instituciones y autoridades subnacionales de salud y las entidades/agencias fiscalizadoras el cumplimiento de la legislación/normativa en salud.</p>		<p>y función de la Dirección de Planificación y Desarrollo</p> <p>Establecer mecanismos de retroalimentación en el seguimiento del ejercicio de monitoreo y evaluación</p> <p>Fortalecer el rol y función del Consejo Nacional de Salud en la evaluación de los objetivos sanitarios</p> <p>Establecer una norma para la rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los objetivos sanitarios</p> <p>Establecer la firma del</p>			<p>revisión del rol y funciones de las direcciones y agendas de trabajo</p>	<p>Salud en la evaluación de los objetivos sanitarios fortalecidos</p>
--	--	--	--	--	---	--

		<p>acuerdo marco entre el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud</p> <p>Desarrollar fases preparatorias</p>				
<p>Si bien la autoridad nacional de salud dispone de sistemas de información capaces de procesar la información recogida y preparar una base de datos integral que pueda emplearse en los procesos de planificación, estos sistemas no se encuentran actualmente integrados y no dialogan entre sí: esto dificulta la toma de decisiones</p>	<p>Fortalecer el diseño y formulación de la política sanitarias</p>	<p>Establecer un sistema de información de datos integrados y que dialoguen entre sí para los procesos de planificación</p>	<p>Dirección de Tecnologías de la Información/ Viceministerio de Salud Colectiva y Otros Viceministerios del MISPAS</p>		<p>Tiempo: 8 años</p> <p>Recursos: Humanos Tecnológicos Financieros</p>	<p>Sistema de información de datos integrados y que dialoguen entre sí para los procesos de planificación desarrollado</p>

basada en toda la información disponible.						
La autoridad nacional de salud no cuenta con la existencia de una base de datos a gran escala, por lo que no se pueden utilizar las informaciones generada para buscar y aprovechar las oportunidades de cooperación internacional que le permitan abordar mejor las prioridades nacionales de salud.	Facilitar la conducción y gestión de la cooperación internacional en materia de Salud Pública	Desarrollar una base de datos desde la ANS de oportunidades de cooperación internacional que le permitan abordar mejor las prioridades nacionales Coordinar con el MEPYD, Cancillería, Ministerio de relaciones exteriores, COMISCA, OPS,	Dirección de Planificación y Desarrollo/ Departamento de cooperación internacional del MISPAS	MEPYD/ (Departamento de Cooperación Internacional/ Ministerio de Relaciones Exteriores/ Poder Legislativo/ Consejo de ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA)/ OPS	Tiempo: 2 años Recursos: Tecnológicos Financieros	Base de datos de cooperación internacional que le permitan abordar mejor las prioridades nacionales desarrollada

Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023.

Tabla 12B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 5 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Desarrollo de Políticas.

Ciclo de Políticas: Fase de Desarrollo de Políticas						
FESP 5: Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
No existe un sistema participativo y efectivo de monitoreo y evaluación del cumplimiento de la política o plan de participación social en salud y de los mecanismos de generación participativa de planes y	Fortalecer la participación social en los procesos de monitoreo y evaluación de la política o plan de participación social en salud y en los mecanismos de generación participativa	Desarrollar un sistema de M&E, con un instrumento estandarizado que contenga indicadores específicos, articulado a la estrategia de Participación Social del país (para todos niveles) Elaborar flujo de información para la toma de decisiones basadas en datos	Dirección de Apoyo a la Promoción y Educación en Salud (incluyendo el Departamento de Integración Comunitaria) / Dirección de Salud de la Población/ Oficina de Coordinación de la Gestión	Participación Ciudadana/ Ministerio de Deporte y recreación (MIDEREC)/ Ministerio de Educación/ Ministerio de Cultura/ MEPYD/ ONG de alcance local y nacional (ej. FEDODIN) Alcaldías y Gobernaciones	Tiempo estimado: 6 meses a dos años para iniciar Recursos necesarios: contratación de RRHH, presupuesto para recursos materiales y tecnológicos. Para la participación en la comunidad se	Sistema de M&E desarrollado, con un instrumento estandarizado que contenga indicadores específicos, articulado a la estrategia de Participación Social del país (para cumplimiento en todos niveles) Flujo de información elaborado para la toma de decisiones

<p>programas, que esté funcionando en todos los niveles del sistema de salud, con un flujo adecuado de información.</p>	<p>de planes y programas.</p>	<p>reales. Análisis e interpretación de la información generada en la implementación de los planes, las estrategias y programas derivados de la participación social. Implementar la estrategia de Gestión Social. Implementación de una mesa técnica intersectorial con participación de organizaciones sociales. Concluir el proceso de "Municipios y comunidades saludables" para generar insumos en el ámbito de la participación social, incluyendo el M&E.</p>	<p>Desconcentrada de la Rectoría</p>	<p>provinciales (y otras)</p>	<p>requiere recursos para movilización y desarrollo de reuniones.</p>	<p>basadas en datos reales. Análisis e interpretación de la información generada en la implementación de los planes, las estrategias y programas derivados de la participación social. Estrategia de Gestión Social implementada. Mesa técnica intersectorial con participación de organizaciones sociales implementada. Proceso de "Municipios y comunidades saludables", concluido.</p>
---	-------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------	---	---

<p>La autoridad de salud no tiene suficientes recursos humanos con las competencias para promover la participación social en salud y recursos financieros en cantidad adecuada para llevar a cabo las acciones de promoción de la participación social en salud en todos los niveles del sistema (nacional, intermedio y local).</p>	<p>Contar con una dotación adecuada de recursos humanos y recursos financieros para llevar a cabo las acciones de promoción de la participación social en salud en todos los niveles del sistema.</p>	<p>Contratación de personal con un perfil y formación en el campo de la participación. Institucionalizar programas de formación para desarrollar las competencias necesarias. Retomar la Red de Promotores, reclutar, reincorporar al personal y capacitarlo. Se requiere decisiones de alto nivel para la asignación presupuestaria necesaria (Presidencia y MEPYD) Articular las necesidades de RRHH en participación social en salud con el</p>	<p>DPS y Áreas de Salud/ Viceministerio de Salud Colectiva (incluyendo DAPES) Servicio Nacional de Salud/ Dirección de RRHH del MISPAS</p>	<p>Presidencia de la República MEPYD Ministerio de Educación INFOTEP (Instituto Técnico de Formación Profesional) Universidades Centros de Formación Local Instituto Tecnológico Superior Comunitario (entre otros)</p>	<p>Tiempo estimado: 6 meses a dos años Recursos: RRHH y financieros de acuerdo a las necesidades para la implementación de los planes de participación social en todo el territorio.</p>	<p>Personal con un perfil y formación en el campo de la participación, contratado. Programas de formación para desarrollar las competencias necesarias, institucionalizado. Programa de Red de Promotores retomado, con reclutamiento, reincorporación de personal y capacitación. Asignación presupuestaria suficiente Necesidades de RRHH en participación social en salud articuladas con el programa de labor social de 60 horas (colegios). Materia en</p>
--	---	--	--	---	--	---

		programa de labor social de 60 horas (colegios). Implementar una materia en Promoción de la Salud en el currículo escolar.				Promoción de la Salud implementada en el currículo escolar.
La autoridad de salud no cuenta con programas de información y educación regular para la ciudadanía sobre los derechos en materia de salud, para todos los niveles del sistema (nacional, intermedio y local).	Crear y fortalecer programas de información y educación regular para la ciudadanía sobre los derechos en materia de salud, para todos los niveles del sistema.	Implementar el documento de Veeduría que contempla el proceso de informar y educar a la ciudadanía. Diseñar e implementar una estrategia de comunicación masiva sobre los derechos en materia de salud que incluya comunicación estratégica, mayor promoción y uso de los diferentes medios de comunicación en	Dirección de Salud de la Población/ DAPES (contenidos)/ DPS/DAS/ Dirección de Comunicación Estratégica (comunicación masiva en relación con salud)	Organizaciones Sociales/ ONG/ Círculos comunitarios/ Medios de comunicación	Tiempo estimado: 6 meses a 1 año para ejecución y 2 años para la evaluación y fortalecimiento. Recursos estimados: Voluntad política, recursos financieros para movilización, organización de encuentros, difusión en medios de	Documento de Veeduría implementado a nivel nacional. Estrategia de comunicación masiva sobre los derechos en materia de salud que incluya comunicación estratégica, mayor promoción y uso de los diferentes medios de comunicación diseñado e implementado en todos los niveles y territorios del país.

		todos los niveles y territorios del país.			comunicación, entre otros.	
--	--	---	--	--	----------------------------	--

Fuente: Elaboración propia, a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023.

Tabla 13A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 6 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Asignación de Recursos.

Ciclo de Políticas: Fase de Asignación de Recursos						
FESP 6: Desarrollo de recursos humanos para la salud.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
El país no cuenta con un plan nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud, con participación de los niveles subnacionales y otros sectores del estado o agencias además del sector salud. Asimismo, el plan no está	Fortalecer la política de desarrollo de los RHS y la planificación de los RHS -Dar respuesta al modelo de atención y la estrategia de Salud Universal	Elaborar e implementar el plan nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud, con participación de los niveles subnacionales y otros sectores del estado o agencias además del sector salud para el 2024. Realizar un diagnóstico de necesidades de acuerdo con el contexto nacional y	Dirección de RH en Salud del MISPAS	Servicio Nacional de Salud/ Universidades/ Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología/ Gremios de Salud/ Ministerio de Administración Pública	Tiempo -Elaboración del plan 2023 -Publicación e inicio de la implementación del plan 2024 Recursos -Financiamiento mixto -Reuniones y entrenamiento - Acompañamiento técnico	Plan de RHS elaborado al 2023 Plan de RHS publicado al 2024 Departamento de Monitoreo de RHS

<p>diseñado de acuerdo con el modelo de atención basado en las personas y las comunidades, con acciones en los niveles subnacionales, no existe un sistema de monitoreo del cumplimiento del plan, ni se dan a conocer los resultados del proceso de planificación y evaluación de las necesidades de RRHH a actores relevantes. El país no cuenta con un proceso de planificación y evaluación periódico de las</p>		<p>un mapeo de actores</p>				
--	--	----------------------------	--	--	--	--

necesidades de RRHH.						
El país no cuenta con instancias, como mesas de trabajo, que reúnan a los sectores de salud, educación, trabajo y finanzas, sociedad civil, universidades, ONG, y otros para analizar las necesidades nacionales sobre RRHH en salud.	Fortalecer la gestión de desarrollo de los RHS y la planificación de los RHS -Dar respuesta al modelo de atención y la estrategia de salud universal	Constituir un equipo multisectorial y multidisciplinario funcional, que reúnan a los sectores de salud, educación, trabajo y finanzas, sociedad civil, universidades, ONG, y otros para analizar el cumplimiento del plan y las necesidades nacionales sobre RRHH en salud para el 2023. -Ej. A través de una norma	Dirección de Recursos Humanos en Salud MISPAS	Servicio Nacional de Salud/ Universidades/ Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología/ Gremios/ Colegios de profesionales de la Salud/ Ministerio de Administración Pública/ Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP)	Tiempo -Constitución del equipo al 2023 Recursos -Sin costo	Equipo constituido al 2023 Departamento de Monitoreo de RHS
La autoridad nacional de salud no cuenta con personal	Fortalecer la gestión de	Definir una estrategia de capacitación en formación y	Dirección de Recursos Humanos en Salud	Servicio Nacional de Salud/ Universidades/	Tiempo -Definición de la estrategia al 2023 -Implementación	Estrategia definida al 2023 Estrategia implementada

con formación y competencias en gestión de RRHH en Salud.	desarrollo de los RHS	gestión de RRHH en Salud para el 2023 Componentes para considerar: -Formalización de educación continua. -Coordinación con la Academia para la formación continua y especialización. -Organización a nivel territorial.	MISPAS/ Ministerio de Administración Pública (MAP)/ Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	Ministerio de Educación y Tecnología	de la estrategia al 2024 Recursos -Sin costo	inicialmente al 2024 Departamento de Monitoreo de RHS
Se requiere de un sistema de información integrado (incluyendo todos los sectores e incluir a todos los profesionales de la salud) sobre	Fortalecer la política de desarrollo de RHS y el sistema nacional de planificación de RHS	Establecer un mecanismo (plataforma) para integrar e interoperar los diferentes sistemas de información (de tal forma que incluya todos los sectores y todos los profesionales de la	Dirección de Recursos Humanos en Salud MISPAS	Servicio Nacional de Salud/ Universidades/ Ministerio de Educación y Tecnología/ Gremios/ Colegios de profesionales	Tiempo -Mapeo y evaluación de los sistemas de información al 2023 -Implementación de la plataforma al 2024 Recursos -Financiamiento	Mapeo y evaluación realizados al 2023 Plataforma implementada al 2024

<p>RRHH en salud con las variables y calidad de la información necesarios para la publicación periódica de estadísticas.</p>		<p>salud) sobre RRHH en salud con las variables y calidad de la información necesarios para la publicación periódica de estadísticas para el 2024.</p>		<p>de Salud/ Ministerio de Administración Pública/ Asociación Nacional de Clínicas Privadas (ANDECLIP)/ Asociación de profesionales laboratorio clínico (ANDELAB)/ Oficina Gubernamental de Tecnologías de Información y Comunicación (OGTIC)</p>	<p>mixto -Conducir el mapeo y evaluación -Desarrollo de la plataforma</p>	
<p>El país no dispone de estrategias de retención para personal en zonas aisladas, desatendidas o</p>	<p>Fortalecer la gestión de los RHS, específicamente en el reclutamiento, retención y</p>	<p>Establecer estrategias de retención para personal en zonas aisladas, desatendidas o rurales y para</p>	<p>Dirección de Recursos Humanos en Salud MISPAS/ Servicio Nacional de</p>	<p>Colegios de profesionales Gremios de Salud Asociaciones</p>	<p>Tiempo -Implementación de los mecanismos de retención al 2024 Recursos -Sin recursos</p>	<p>Mecanismos establecidos e incorporados en las políticas y normas nacionales en RHS al 2023</p>

<p>rurales y para personal que se desempeña en APS.</p> <p>Anotación sobre la brecha: Consultar la brecha sobre estrategias de retención para personal en el PNA.</p>	<p>retribución del personal de salud.</p>	<p>personal que se desempeña en el PNA. -Ej. Rotación, apoyo para el desarrollo de la familia, profesional, para pertenecer a carrera sanitaria -Incorporar en la política nacional de RHS y en el reglamento de la ley de la carrera sanitaria (que están en desarrollo)</p>	<p>Salud/ Ministerio de Administración Pública</p>	<p>de profesionales</p>	<p>(normas) -Implementación de mecanismos (fondos de acuerdo a mecanismos) -Desarrollo de la plataforma</p>	<p>Inicio de la implementación de los mecanismos al 2024</p>
<p>El país no cuenta con estrategias para monitorear la satisfacción del personal de salud, con instancias de participación y mecanismos de evaluación</p>	<p>Fortalecer la gestión de los RHS</p>	<p>Fortalecer los espacios o instancias de participación del personal de salud en la elaboración de los planes de acción que resultan de las encuestas de clima laboral y los mecanismos de</p>	<p>Dirección de Recursos Humanos en Salud MISPAS/ Servicio Nacional de Salud</p>	<p>Ministerio de Administración Pública</p>	<p>Tiempo -Implementación de los espacios o instancias al 2024 Recursos -Sin recursos</p>	<p>Espacios o instancias implementadas al 2024</p>

<p>transparentes.</p> <p>Anotación sobre la brecha: El Ministerio de Administración Pública tiene herramientas (encuestas) normadas sobre el clima laboral que debe ser realizada cada dos años, y que tiene algunos elementos generales sobre la satisfacción del personal. La implementación depende de cada institución. La brecha está en la necesidad de implementar estrategias (planes) en base a los resultados.</p>		<p>transparencia de la información para el 2024.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 13B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 7 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Asignación de Recursos.

Ciclo de Políticas: Fase de Asignación de Recursos						
FESP 7: Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
El país no tiene actualizado un plan de desarrollo institucional para fortalecer el sistema regulatorio nacional con el apoyo de OPS u OMS.	Actualizar un plan de desarrollo institucional	Consultoría para realizar un diagnóstico y a partir ahí de sus resultados/conclusiones Presentar la propuesta de Plan a las altas instancias Luego realizar el Plan	DIGEMAPS	Departamento de Cooperación Internacional/ OPS	Tiempos: A partir del 2023 cuando se realice la consultoría/ asesoría. Plazo de 2 años para lanzarlo el mediados del 2024 (ideal) Recursos: Bajos, contratar a la consultora o conseguir la asesoría.	Informe diagnóstico realizado Plan presentado.

<p>La cobertura de otras tecnologías sanitarias esenciales en el sistema de salud no garantiza formalmente su provisión a la población de forma universal y equitativa. Asimismo, si bien existe para medicamentos esenciales, el sistema de salud no cuenta con recursos económicos suficientes e instrumentos de protección social para garantizar la cobertura y acceso universal y equitativo al resto de los medicamentos y otras tecnologías</p>	<p>Fortalecer la rectoría y gobernanza para la mejorar el mejorar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias y mejorar el financiamient o e instrumentos de protección financiera y social para garantizar la cobertura y acceso universal y equitativo a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales</p>	<p>Actualizar el listado de cuadro básico de medicamentos esenciales y desarrollar un listado de otras tecnologías sanitarias esenciales Fortalecer las instituciones encargadas de la evaluación de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales -Desarrollar guías de práctica clínica y protocolos para la planificación y coordinación integral de las adquisiciones, provisión y uso de otras tecnologías sanitarias esenciales Analizar y desarrollar el marco legislativo para la regulación de otras tecnologías sanitarias esenciales</p>	<p>Dirección de Jurídica del MISPAS/ Viceministerio de Regulación de Productos de Consumo Humano (DIGEMAPS): *Dirección de Registro Sanitario *División de registro de productos y tecnologías sanitarias/ Viceministerio de Fortalecimient o y Desarrollo del Sector Salud (Departamento de gestión para el desarrollo de tecnologías en salud) / Viceministerio</p>	<p>Consejo de Seguridad Social/ SISALRIL/ Congreso Nacional/ Oficina Nacional Estadística</p>	<p>Periodo: 4 años Recursos: Financieros Apoyo técnico Intercambio entre países Desarrollo de consultorías</p>	<p>Listado de cuadro básico de medicamentos esenciales actualizado Listado de otras tecnologías sanitarias esenciales elaborado Instituciones encargadas de la evaluación de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales fortalecidas Marco legislativo para la regulación de otras tecnologías sanitarias esenciales promulgado Departamento de Gestión para</p>
--	---	--	---	---	--	--

sanitarias esenciales.		Fortalecer el Departamento de Gestión para el desarrollo de tecnologías en salud Desarrollar las estructuras y herramientas necesarias para producir información periódica actualizada (como encuestas) sobre las demandas y disponibilidad de otras tecnologías sanitarias esenciales El acceso equitativo a medicamentos y otras tecnologías esenciales El gasto de los hogares en medicamentos y otras tecnologías esenciales	de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud (VMGCSS)			el desarrollo de tecnologías en salud fortalecidas
Si bien existen acciones aisladas, y algunas líneas definidas en la Política	Desarrollar estrategias que promuevan el uso racional de	Crear e implementar una estrategia para el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias	DIGEMAPS	OPS/ BID/ Agencias Reguladoras/ Industria	tiempos: Se podría finalizar en 2024. Recursos:	Estrategia creada e implementada

<p>Farmacéutica Nacional, no existe una estrategia de uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias que articule las actividades de los todos actores y defina los indicadores para su monitoreo.</p>	<p>medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales</p>	<p>Realizar consultorías para diagnóstico Desarrollo e implementación del marco normativo (reglamento, guías documento) Definición de responsables con sus respectivas actividades Capacitaciones para su implementación Actividades de sensibilización a todos los actores</p>			<p>económicos, para la consultoría, RRHH y para las capacitaciones, y recursos políticos.</p>	
---	---	---	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 13C. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 8 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Asignación de Recursos.

Ciclo de Políticas: Fase de Asignación de Recursos						
FESP 8: Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
Se requiere fortalecer la política/estrategia de movilización de recursos domésticos para avanzar claramente en la implementación de un financiamiento de salud que provenga principalmente de fuentes prepagas (impuestos	Avanzar claramente en la implementación de un financiamiento de salud que provenga principalmente de fuentes prepagas	1)Retomar las mediciones de cuentas de salud y sustentar con datos sólidos como es el financiamiento de la salud. 2) Realizar un estudio de factibilidad para identificar si es posible aumentar el financiamiento público a través de varias fuentes tales como:	Viceministerio de Economía de la Salud	SISALRIL/ Servicio Nacional de Salud/ Ministerio de Finanzas /(SIUBEN) ONE	Tiempo estimado: Explorar actividad de abogacía para introducir el tema este 2022, en el 2023 (retomar las cuentas de salud, comenzar las exploraciones para poner el tema en discusión y aplicándose en	Análisis de la medición de las cuentas de salud realizado Plan de factibilidad desarrollado Análisis de las cuentas y protección financiera realizada Capacidad creada en el Ministerio para darle seguimiento a

<p>generales y/o cotizaciones obligatorias y no vía pago directo) basadas en el principio de solidaridad, de modo que sea un financiamiento progresivo (según capacidad de pago garantizando que la utilización efectiva ocurra de acuerdo a las necesidades diferenciadas de las personas y las comunidades. El país no cuenta con políticas y/o estrategias actualizadas para reducir el gasto de bolsillo y sus efectos catastróficos para los hogares.</p>		<p>-Aumentar espacio fiscal -Implementar impuestos específicos destinados a salud -Promover el empleo formal -Evitar la evasión fiscal. Diseñar e implementar un Plan de financiamiento que provenga de fuentes prepagas. 3) Crear un sistema permanente para el análisis de las cuentas de salud para darle seguimiento al gasto de bolsillo, gasto catastrófico y/o empobrecedor. Realizar abogacía para la reducción del gasto de bolsillo mediante la revisión del PDSS (Plan</p>			<p>el presupuesto 2024) Recursos estimados: Una asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades para que apoye al viceministerio de economía de la salud, para elaborar el plan</p>	<p>estos indicadores.</p>
--	--	---	--	--	--	---------------------------

Asimismo, se debe priorizar la realización de análisis de los indicadores de gasto de bolsillo, catastrófico y/o empobrecedor.		básico de Salud) fortalecer la división de cuenta de salud a través de un grupo técnico especializado y dedicado a estos temas.				
Se requiere de mecanismos de priorización y criterios de asignación de recursos correspondientes, que consideren la definición de un conjunto de prestaciones amplios o de ampliación progresiva, el desempeño de los programas, el impacto presupuestario, la capacidad para otorgar los	Implementar mecanismos de priorización y criterios de asignación de recursos para la definición de prestaciones	Elegir criterio de priorización (impacto presupuestario, equidad, etc.) Abogacía con la Superintendencia y el Consejo de la Seguridad Social Fortalecer el Liderazgo del MISPAS en este ámbito Modificar/Actualizar la legislación para tener competencia y personal para intervenir en este proceso.	Viceministerio de Salud Colectiva/ Dirección de Planificación y Desarrollo/ Viceministerio de Economía de la Salud	Ministerio de Hacienda Superintendencia de bancos Consejo de la Seguridad Social	Tiempo estimado: para el 2023 Recursos estimados: Contratar asistencia técnica para realizar estos análisis	Criterio de priorización (impacto presupuestario, equidad, etc.) definido. Procesos de abogacía con la Superintendencia y el Consejo de la Seguridad Social, instituidos. Fortalecido el Liderazgo del MISPAS en este ámbito. Legislación para tener competencia y

servicios y la evaluación socioeconómica de las inversiones, con participación de todas las partes interesadas para garantizar la transparencia.						personal para intervenir en este proceso, desarrollada.
Se requiere asegurar e incrementar el financiamiento de los servicios colectivos de salud pública	Reducir barreras de acceso de tipo financieras a bienes públicos de salud.	Incrementar el financiamiento de los servicios colectivos de salud pública Hacer abogacía para lograr que se incremente el presupuesto destinado a estos servicios Hacer un análisis acerca de las necesidades de estos servicios colectivos (basado en el Plan	Viceministerio de Salud Colectiva/ Dirección de Planificación y Desarrollo	MEPYD/ DIGEPRES Ministerio de Hacienda Viceministerio de Economía de la Salud, MISPAS	Tiempo estimado: para el 2023 Recursos estimados: Contratar asistencia técnica para realizar estos análisis	Acciones de abogacía realizadas Análisis de la necesidad de financiamiento realizado

		General de Servicios de Salud Colectiva)				
Faltan sistemas de pago mixtos integrados y de acuerdos de compra entre proveedores y agentes para mejorar la calidad de la atención y la coordinación del cuidado integral mediante servicios de salud organizados en RISS basados en APS.	Implementar sistemas de pago mixtos integrados	Establecer lineamientos para incorporar pago por desempeño o resultado en el sector público Establecer mecanismos de incentivos a los responsables	SNS (para servicios individuales) / MISPAS (Para servicios colectivos)	Ministerio de Administración Pública (MAP)/ Ministerio de hacienda (en el caso que haya incentivo financieros)	Tiempo estimado: 2023 y 2024 y periódicamente . Recursos estimados:	Sistema de pago implementado
Se requiere fortalecer el análisis (con informes públicos señalando objetivos, metas, actividades,	Realizar análisis regular en materia de recursos financieros y fortalecer la difusión de los resultados	Realizar de manera permanente las cuentas de salud Fortalecer la capacidad de análisis (incluyendo datos no financieros) Empoderar de	Viceministerio de Economía de la Salud	SNS/ MEPYD/ CNSS/ y todos los actores el sistema nacional de salud	Tiempo estimado: 2023 y de manera periódica y permanente Recursos estimados: asistencia	Equipo fortalecido Documentos publicado relativa a los recursos financieros

<p>plazos y resultados y su diseminación, así como la evaluación regular en materia de recursos financieros (financiamiento y gasto en salud). Asimismo, se requiere que cuyos resultados se tengan en cuenta en la toma de decisiones.</p>		<p>recursos al área de cuentas de salud</p> <p>Elaborar documentos de seguimiento de recursos financieros. Comunicar los resultados de una manera práctica, sencilla y de manera transparente</p> <p>Adicionalmente: Crear un sistema permanente para el análisis de las cuentas de salud para darle seguimiento al gasto de bolsillo, gasto catastrófico y/o empobrecedor Realizar abogacía para la reducción del gasto de bolsillo mediante la revisión del PDSS (Plan básico de Salud)</p>			<p>técnica para fortalecer las capacidades</p>	<p>invertidos en el sector salud.</p>
---	--	---	--	--	--	---------------------------------------

		fortalecer la división de cuenta de salud a través de un grupo técnico especializado y dedicado a estos temas				
Se requiere fortalecer la planificación presupuestal (inclusive en los niveles subnacionales.)	Fortalecer la planificación y seguimiento presupuestario	Fortalecer a las instancias de Ministerio de Salud Pública en la formulación y seguimiento de presupuesto Brindar capacitaciones a todos las direcciones provinciales y los servicios regionales, en temas de presupuestos Promover el desarrollo de las actividades de formación y capacitación en temas de economía de la salud	Dirección de la Planificación y Desarrollo/ Área administrativa -financiera del MISPAS	DIGEPRES MEPYD	Tiempo estimado: permanente y a partir del 2023 Recursos estimados: para capacitación del personal.	Capacitaciones realizadas Documento de evidencias publicado

		<p>Generar y fortalecer las evidencias de la ejecución del presupuesto y validar el gasto (respecto a los medios de verificación, ej. si yo formulo una actividad que debo generar, una solicitud de compra, una factura,)</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 14A. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 9 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 9: Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
No existe una política nacional que permita generar evidencias sistemáticas sobre el acceso efectivo y equitativo de las personas, familias y comunidades a servicios y programas de salud de calidad, con una perspectiva desde el Derecho a la Salud y las necesidades de la población. La	Lograr el acceso a servicios integrales de salud y eliminación de barreras a servicios de salud individuales y poblacionales.	Fortalecimiento de la política nacional, con enfoque territorial, que permita generar evidencias sistemáticas sobre el acceso efectivo y equitativo de las personas, familias y comunidades a servicios y programas de	Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud /Dirección de Conducción Sectorial/ Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (VMGCSS)/ Dirección de M&E de la	SENASA/ Servicio Nacional de Salud (incluyendo el primer nivel y hospitales) / Servicios Regionales de Salud Sector privado de provisión de servicios de salud Mesas de Salud y Comités de Salud conformados por sociedad civil	Tiempo estimado: 6 meses - 3 años Recursos estimados: RRHH adicionales para trabajar sobre estos componentes. Recursos de inversión para fortalecer las redes, la dotación de	Política nacional, con enfoque territorial, que permita generar evidencias sistemáticas sobre el acceso efectivo y equitativo de las personas, familias y comunidades a servicios y programas de salud de

<p>misma no contiene un componente técnico que incluye metodología, instrumentos y estrategias para la implementación. Si bien existe un documento oficial con la definición, descripción y alcance de los servicios de salud pública individuales y colectivos, para cada nivel de atención, se requiere fortalecer la integralidad y la utilización de la mejor evidencia posible y fortalecer las intervenciones para que el PNA mejore su capacidad resolutive y poder aumentar el acceso. Los programas</p>		<p>salud de calidad, que contenga un componente técnico que incluya metodología, instrumentos y estrategias para la implementación, a nivel nacional Fortalecimiento de la APS (con centros de salud el primer nivel de atención como puerta de entrada, bien dotados, con RRHH suficientes, ampliando su capacidad resolutive y ampliando los procesos de promoción de la salud y prevención de la</p>	<p>Calidad de los Servicios y Establecimientos s/ Viceministerio de Salud Colectiva/ DPS/DAS</p>	<p>(desde las DPS/DAS) Organizaciones sociales / comunidades Juntas de vecinos (nacional) Ministerio de la Presidencia/ Viceministerio de Agenda Digital 2030/ Alcaldías</p>	<p>equipos informáticos.</p>	<p>calidad, que contenga un componente técnico que incluya metodología, instrumentos y estrategias para la implementación, a nivel nacional, fortalecida, Fortalecido el abordaje de APS (con centros de salud el primer nivel de atención como puerta de entrada, bien dotados, con RRHH suficientes, ampliando su capacidad resolutive y ampliando los procesos de</p>
--	--	---	--	--	------------------------------	--

<p>prioritarios no tienen un enfoque de cuidado integral en salud basado en la Atención Primaria de la Salud y no se ha logrado el enfoque integral en la implementación desde el primer nivel de atención. Se requiere una difusión amplia y periódica, incluyendo hacia la población y trabajadores de la salud, del modelo de planificación y organización de la red de servicios de salud, así como los servicios, programas y prestaciones a las que tienen derecho a acceder las personas.</p>		<p>enfermedad), aplicando el Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana. Fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud. Desarrollo de un plan operativo que inicie con una autovaloración del modelo y su adecuación actualizada (con varios ejes). Fortalecimiento la comunicación y difusión hacia los actores de la red y los grupos de interés externos, como la</p>				<p>promoción de la salud y prevención de la enfermedad), aplicando el Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana. Fortalecidas de las redes integradas de servicios de salud. Desarrollado un plan operativo que inicie con una autovaloración del modelo y su adecuación actualizada (con varios ejes). Fortalecida la comunicación y difusión hacia</p>
--	--	---	--	--	--	--

		<p>comunidad y demás instancias sobre cuáles son los servicios, programas y prestaciones a las que tienen derecho las personas a acceder.</p> <p>Programa de capacitación a los RRHH en salud en los diferentes estamentos de participación (no solo médicos especialistas, que incluya promoción de la salud).</p>				<p>los actores de la red y los grupos de interés externos, como la comunidad y demás instancias sobre cuáles son los servicios, programas y prestaciones a las que tienen derecho las personas a acceder.</p> <p>Implementado un programa de capacitación a los RRHH en salud en los diferentes estamentos de participación (no solo médicos especialistas, que incluya</p>
--	--	---	--	--	--	---

						promoción de la salud).
La autoridad de salud requiere fortalecer la rendición de cuentas y monitoreo social de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud, así como las instancias responsables de establecer mecanismos de diálogo y consulta a la población a nivel nacional y subnacional, con una periodicidad y mecanismos establecidos, donde se define qué grupos de la población están representados y cuáles participan en	Lograr el acceso a servicios integrales de salud y eliminación de barreras a servicios de salud individuales y poblacionales.	Implementación de la Estrategia de Municipios Saludables (estableciendo claramente las responsabilidades de las distintas instancias del MISPAS) Establecer mecanismos de estandarización de procesos para los diálogos y consultas a la población Creación de grupos comunitarios de veeduría sobre los servicios, en atención al Reglamento Técnico para el funcionamiento	Viceministerio de Salud Colectiva/ DPS/DAS/ Oficina de libre acceso a la información/ Oficina de Atención al Usuario/ Dirección de Comunicación Estratégica	MEPyD/ Municipios/Alcaldías Comunidad/ organizaciones comunitarias Servicio Nacional de Salud ONG (enfocadas en trabajo comunitario)	Tiempo estimado: 6 meses a 1 año Recursos estimados: La necesidad es mínima, está contemplado en los presupuestos del MISPAS y las alcaldías.	Implementada la Estrategia de Municipios Saludables (estableciendo claramente las responsabilidades de las distintas instancias del MISPAS). Establecidos mecanismos de estandarización de procesos para los diálogos y consultas a la población. Grupos comunitarios de veeduría sobre los servicios, en atención al Reglamento Técnico para el

<p>dichas instancias. No se cuenta con instancias de participación ciudadana en la definición de los servicios de salud pública individuales y colectivos, para generar condiciones que promuevan el empoderamiento de las personas de su propia salud, y la coparticipación de la población organizada en la gestión de la salud. Asimismo, no existen actividades de apoyo especiales para informar y educar a poblaciones vulnerables o de mayor riesgo.</p>		<p>de las comisiones de veedurías ciudadanas en salud Fortalecer la rendición de cuentas y monitoreo social de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud</p>				<p>funcionamiento de las comisiones de veedurías ciudadanas en salud, creados. Fortalecida la rendición de cuentas y monitoreo social de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud</p>
---	--	--	--	--	--	--

<p>Se requiere fortalecer el monitoreo, evaluación y análisis periódico, participativo, integrado e intersectorial del acceso efectivo y utilización de servicios y programas de salud de calidad y las condiciones de acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud a nivel nacional, subnacional y local, con análisis de indicadores e identificación de buenas prácticas para mejorar el acceso, con resultados accesibles, publicados y difundidos a todos</p>	<p>Lograr el acceso a servicios integrales de salud y eliminación de barreras a servicios de salud individuales y poblacionales.</p>	<p>Identificación de las diversas fuentes de información (del sector público y privado) Definición de indicadores para medir acceso y barreras de acceso Definición de instrumentos para el levantamiento de información sobre acceso y barreras de acceso Fortalecer el sistema de información para que sea integrado, interoperable y accesible (entre SENASA, SNS, MISPAS, y otros)</p>	<p>DASIS Dirección de M&E de la Calidad de los servicios y establecimiento s/ DIEPI/ Sistema de Información DPS/DAS</p>	<p>Sector de Seguridad Social (Consejo Nacional de la Seguridad Social, ARS, SENASA, SISARIL SNS Sector privado de provisión de servicios.</p>	<p>Tiempo estimado: 2 a 3 años Recursos: recursos financieros, tecnológicos y RRHH. Recursos para capacitaciones.</p>	<p>Identificadas las diversas fuentes de información (del sector público y privado). Indicadores para medir acceso y barreras de acceso definidos. Instrumentos para el levantamiento de información sobre acceso y barreras de acceso, definidos. Fortalecido el sistema de información para que sea integrado, interoperable y accesible (entre SENASA, SNS, MISPAS, y</p>
---	--	--	---	--	---	--

<p>los interesados, con mecanismos de diálogo y consulta a la población y que generan resultados que sean evaluados y utilizados en la toma de decisiones y en el diseño de planes de mejora del acceso y ampliación de la disponibilidad de servicios.</p> <p>No se cuenta con la capacidad funcional de sistemas de información interoperables o una plataforma nacional de intercambio de información de salud para la eficaz y rápida recopilación, priorización y mapeo de datos mediante un proceso</p>		<p>Implementación de un software interoperable en el marco de la Agenda Digital.</p> <p>Dotación de equipos informáticos</p> <p>Sistematización de la información para su uso en la toma de decisiones y diseño de planes de mejora del acceso y ampliación de la disponibilidad de servicios</p> <p>Publicación y difusión de resultados.</p>				<p>otros).</p> <p>Implementado un software interoperable en el marco de la Agenda Digital.</p> <p>Equipos informáticos dotados.</p> <p>Sistematizada la información para su uso en la toma de decisiones y diseño de planes de mejora del acceso y ampliación de la disponibilidad de servicios.</p> <p>Publicados y difundidos los resultados.</p>
---	--	--	--	--	--	---

<p>automatizado y sistemático que pueda ser adaptado de acuerdo con las diferentes necesidades de información para la acción, que incluya a los programas prioritarios para permitir su planificación, gestión y evaluación para la toma de decisiones y que permita la comunicación efectiva y oportuna entre los programas prioritarios y el primer nivel de atención.</p>						
<p>No existe una política de incentivos vinculados a logros en la mejora de la calidad y la equidad</p>	<p>Garantizar la mejora sostenida de la calidad de la atención en la</p>	<p>Desarrollar una política de incentivos vinculados a logros en la mejora de la</p>	<p>Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (VMGCSS)/</p>	<p>Servicio Nacional de Salud SENASA SISARIL</p>	<p>Tiempo estimado: 2 años aproximadamente</p>	<p>Política de incentivos vinculados a logros en la mejora de la calidad y la</p>

<p>en los servicios de salud.</p>	<p>prestación de servicios integrales de salud</p>	<p>calidad y la equidad en los servicios de salud, por medio de una mesa técnica de concertación (con MISPAS, SENASA, etc.) Establecer un mecanismo para determinar qué instituciones y profesionales cumplen las metas e indicadores para recibir un incentivo monetario (sistema de información veraz y oportuno). Finalizar el nuevo contrato marco entre el MISPAS y el SNS</p>	<p>Dirección de Planificación y Desarrollo/ Viceministerio de Salud Colectiva (instancias a cargo de veeduría y seguimiento para la mejora de la calidad de los servicios) / Oficina de Gestión Desconcentrada de la Rectoría DPS/DAS</p>	<p>Comités de Veeduría</p>	<p>Recursos estimados: RRHH adicionales en el MISPAS (para el desarrollo de políticas y mecanismos de aplicación)</p>	<p>equidad en los servicios de salud, por medio de una mesa técnica de concertación (con MISPAS, SENASA, etc.) desarrollada. Mecanismo para determinar qué instituciones y profesionales cumplen las metas e indicadores para recibir un incentivo monetario (sistema de información veraz y oportuno), establecido. Nuevo contrato marco entre el MISPAS y el SNS</p>
-----------------------------------	--	---	---	----------------------------	---	--

		<p>contemplando la aplicación de la política de incentivos vinculados a logros en la mejora de la calidad y la equidad en los servicios de salud.</p> <p>Renovar el convenio marco entre el SNS y el SENASA, con la participación del MISPAS, en los que se contemple la aplicación de esta política.</p> <p>Lograr una mayor articulación entre las DPS y los servicios de salud.</p> <p>Establecer un mecanismo de</p>				<p>contemplando la aplicación de la política de incentivos vinculados a logros en la mejora de la calidad y la equidad en los servicios de salud, finalizado y oficializado.</p> <p>Convenio marco entre el SNS y el SENASA, con la participación del MISPAS, en los que se contemple la aplicación de esta política, renovado.</p> <p>Mayor articulación entre las DPS y los servicios de salud.</p>
--	--	--	--	--	--	---

		control del otorgamiento efectivo de los incentivos en los casos en los que corresponda.				Mecanismo de control del otorgamiento efectivo de los incentivos en los casos en los que corresponda, establecido.
Se requiere fortalecer las acciones con alcance nacional para el fortalecimiento y el desarrollo profesional de recursos humanos adecuados, instaurando una cultura de aprendizaje continuo y trabajo en equipos multidisciplinarios.	Garantizar la mejora sostenida de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud	Aplicar la Ley de Carrera Sanitaria (además de los reglamentos y protocolos relacionados). Desarrollar una oferta académica para formación en promoción de la salud (actualmente los promotores son bachilleres). Lograr que la formación en salud, incluyendo medicina	Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud (Dirección de Desarrollo de RRHH en Salud).	Universidades MESCyT (coordinación de las modificaciones curriculares, como ente rector de la educación superior)	Tiempo estimado: 2-3 años Recursos estimados: RRHH en la Dirección de Desarrollo de RRHH en Salud, recursos financieros para la modificación de la curricula en las Universidades	Ley de Carrera Sanitaria (además de los reglamentos y protocolos relacionados), aplicada. Oferta académica para formación en promoción de la salud (actualmente los promotores son bachilleres), desarrollada. Implementada la formación en salud,

		<p>general, medicina familiar y comunitaria, enfermería, odontología, promoción de la salud, etc. se base en el Modelo de Atención basado en APS y el Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema (con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades - P&P y abordaje de los determinantes sociales de la salud) y en las necesidades específicas de salud del país (con cambios a la</p>				<p>incluyendo medicina general, medicina familiar y comunitaria, enfermería, odontología, promoción de la salud, etc. se base en el Modelo de Atención basado en APS y el Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema (con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades - P&P y abordaje de los determinantes sociales de la</p>
--	--	---	--	--	--	---

		curricula que manejan las universidades en estas áreas). Promover la incorporación de MFC en el PNA.				salud) y en las necesidades específicas de salud del país (con cambios a la curricula que manejan las universidades en estas áreas). Incrementada la incorporación de MFC en el PNA.
Si bien existe una estructura/mecanismo formal multisectorial de gobernanza transparente y estratégica que permita definir un marco de acción, un plan estratégico y una hoja de ruta de alcance nacional, que incluye aspectos de priorización de	Fortalecer la gestión de los sistemas de apoyo de la red de servicios de salud	Integración del sistema de información (buscando contrarrestar la atomización de los procesos) para lograr el acceso de tomadores de decisión y prestadores de servicios. Implementación del sistema de	Dirección de tecnológica de la información y comunicaciones / Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud/ Viceministerio de Garantía de la Calidad de los servicios de salud/	Oficina Gubernamental de Tecnología de la Información y Comunicación (OGTIC) SNS (incluyendo servicios regionales y establecimientos de salud públicos) SENASA SISARIL Sector privado de provisión de servicios de salud	Tiempo estimado: 3-4 años Recursos estimados: recursos financieros importantes (para implementación de la HCU electrónica, etc.)	Sistema de información integrado (buscando contrarrestar la atomización de los procesos) asegurando el acceso de tomadores de decisión y prestadores de servicios. Sistema de historia clínica

<p>actividades, asignación de fondos y adopción de estándares que de soporte a la toma de decisiones clínicas y gerenciales y apoye la gestión de los servicios y recursos de la red, el Ministerio de Salud no tiene la rectoría en estos procesos. Si bien existen mecanismos para abordar la infraestructura tecnológica y normativa relativas a la confidencialidad, seguridad y privacidad de datos (incluidos el acceso no autorizado a la información de los pacientes y su uso indebido, la</p>		<p>historia clínica única electrónica integrada. Implementar un espacio dentro del sector salud, liderado por el MISPAS, con la participación de representantes de la academia, agrupaciones profesionales, seguridad social, institutos de investigación, sector privado, sociedad civil, entre otros, en el que se trate el diseño e implementación de procesos de producción de datos y análisis de información, infraestructura tecnológica y normativa</p>	<p>Dirección de Conducción Sectorial</p>	<p>Agrupaciones de profesionales de Sociedad Civil</p>		<p>única electrónica integrada, implementado. Implementado un espacio dentro del sector salud, liderado por el MISPAS, con la participación de representantes de la academia, agrupaciones profesionales, seguridad social, institutos de investigación, sector privado, sociedad civil, entre otros, en el que se trate el diseño e implementación de procesos de producción de datos y análisis de información,</p>
---	--	---	--	--	--	---

<p>integridad de los datos y el incumplimiento de las normas y regulaciones en materia de protección de datos), en los mismos no participan expertos de salud. Asimismo, se requiere fortalecer la participación de la comunidad científica y académica y la sociedad civil en el proceso de producción de datos y análisis de información en tiempo real, mediante acceso a la información correcta, en el momento oportuno y mecanismos (foro, sitio web de</p>		<p>relativas a la confidencialidad, seguridad y privacidad de datos. Lograr la participación de representantes de las profesiones de salud y expertos en bioética, agrupaciones profesionales, así como representantes de sociedad civil (organizaciones de pacientes, etc.) en la mesa intersectorial encargada de la infraestructura tecnológica y normativa relativas a la confidencialidad, seguridad y</p>				<p>infraestructura tecnológica y normativa relativas a la confidencialidad, seguridad y privacidad de datos. Concretada la participación de representantes de las profesiones de salud y expertos en bioética, agrupaciones profesionales, así como representantes de sociedad civil (organizaciones de pacientes, etc.) en la mesa intersectorial encargada de la infraestructura tecnológica y normativa</p>
---	--	---	--	--	--	--

<p>intercambio de conocimientos, listas de distribución, etc.) para compartir los nuevos conocimientos, documentar buenas prácticas y lecciones aprendidas, compartir información confiable con el público y ayudar a las personas a comprender la enfermedad y combatir la desinformación y la infodemia.</p>		<p>privacidad de datos.</p>				<p>relativas a la confidencialidad, seguridad y privacidad de datos.</p>
--	--	-----------------------------	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 14B. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10A dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 10A: Promoción de la salud, y acciones para reducir los riesgos y favorecer comportamientos y entornos saludables						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
Es necesario concebir un plan nacional participativo y unificado o integrado para la promoción de la salud, con un enfoque de equidad y adaptación hacia poblaciones específicas, así como la diseminación de campañas a través de los medios de comunicación tradicionales. El	Se cuenta con un reglamento, pero se debe avanzar hacia el desarrollo de una política nacional de promoción y prevención de la salud.	Contar con un plan para llegar a desarrollar la política que integre los documentos y estrategias con las que ya se cuenta. Como parte del camino, fortalecer los grupos de promoción de la salud de las comunidades. Integrar elementos de	DAPES (promoción en salud) liderando, en colaboración con Departamentos internos del MISPAS	Instituciones académicas, universidades, SNS. Comunidades, organizaciones comunitarias (grupos de promoción de la salud); alcaldía y toda la red de Municipios y Comunidades Saludables; Ministerio de Educación, Deporte,	Se requieren RRHH con habilidades para desarrollar esta tarea	Política de promoción de salud aprobada y publicada

plan debe contar con un sistema de monitoreo y evaluación con metas claras a corto y largo plazo, tanto a nivel interno como externo.		monitoreo y evaluación (articular esto con la brecha sobre M&E).		Ambiente Instituciones privadas, ONG		
Se requiere fortalecer la implementación de la política o estrategia nacional multisectorial que aborde la salud mental con medidas y acciones en los niveles subnacionales.	Fortalecer las prestaciones de servicios colectivos desde el PNA	Vincular las estrategias con los ayuntamientos y con las DPS-DAS. Vinculación con las Juntas de Vecinos. Fortalecer la implementación de la estrategia de SM en las comunidades	Departamento de Salud Mental, MISPAS	Escuelas (sociedades de padres); ayuntamientos; SNS y primer nivel de atención	Periodo: 2 a 3 años Recursos: Humanos Financieros Apoyo Técnico	Estrategia de SM articulada con los Ayuntamientos y las DPS-DAS Estrategia de SM en la comunidad, fortalecida
Se requiere fortalecer las campañas de sensibilización pública para socavar la	Fortalecer estrategias para reducir los riesgos y favorecer comportamientos	Desarrollar un plan estratégico de promoción, educación y prevención de la violencia en	MISPAS: Departamento de Apoyo y Promoción para la Salud/ Departamento	Ministerio de la Mujer Ministerio de Educación Sociedad Civil Organismos	Periodo: 2 a 3 años Recursos: Apoyo técnico Consultorías	Plan estratégico de promoción, educación y prevención de la violencia en general y contra

<p>aceptación de la población de la violencia contra grupos específicos de la población. Así como formalizar e implementar estrategias de prevención y respuesta a la violencia estos grupos (como, por ejemplo, migrantes, adultos mayores, minorías sexuales).</p>	<p>y entornos saludables</p>	<p>general y contra poblaciones específicas</p> <p>Realizar mediciones del nivel de violencia e identificación de las causas y determinantes que condicionan la violencia</p> <p>Desarrollo de campañas de sensibilización de la población</p>	<p>de Igualdad de Género/ Programa de Prevención de Lesiones y Violencia / Departamento de Salud Mental</p>	<p>Multilaterales Alcaldías Sociedades médicas especializadas Ministerio de Obras Públicas y Comunicación (Dirección de Tránsito)</p>	<p>Recursos Financieros Humanos</p>	<p>poblaciones específicas desarrollado</p>
<p>Se requiere fortalecer la formación especializada, con un enfoque multidisciplinario, del recurso humano en salud para planificar y dirigir las políticas y estrategias nacionales para la</p>	<p>Se requiere fortalecer la formación especializada, con un enfoque multidisciplinario, del recurso humano en salud para planificar y dirigir las políticas y estrategias</p>	<p>Desarrollar programas específicos para el personal del MISPAS en promoción de la salud</p> <p>Ofrecer capacitación continua a distancia sobre salud pública y</p>	<p>DAPES en alianza con formadores Viceministerio de Salud Colectiva Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud (Dirección de</p>	<p>Universidades Institutos Técnicos Agrupaciones profesionales MECYT</p>	<p>Periodos: 2 a 3 años Recursos: Humanos Apoyo técnico Financieros</p>	<p>Programas específicos para el personal del MISPAS en promoción de la salud desarrollados</p> <p>Acuerdos establecidos con las universidades</p>

reducción de los factores de riesgo y favorecimiento de comportamientos y entornos saludables.	nacionales para la reducción de los factores de riesgo y favorecimiento de comportamientos y entornos saludables.	<p>promoción de la salud</p> <p>Establecer acuerdos con las universidades para la inclusión en sus currículos de programas específicos de promoción de la salud</p> <p>Desarrollar un mecanismo para la nivelación salarial de técnicos vinculados a la promoción de salud</p>	Desarrollo de Recursos Humanos en Salud)			Mecanismos para la nivelación salarial de técnicos vinculados a la promoción de salud establecido
--	---	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 14C. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10B dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 10B: Acciones para proteger y mejorar la salud pública ambiental, y protección de la salud de las personas trabajadoras.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
No existe una política, estrategia o plan nacional de salud pública ambiental, integrada a la política nacional de salud que incluya recursos (humanos, financieros, y técnicos) y que aborda por lo menos las áreas técnicas de calidad del aire, agua y saneamiento, manejo de	Fortalecer la rectoría y gobernanza en material de salud ambiental	Desarrollar una estrategia o política nacional de salud pública ambiental que incluya recursos (humanos, financieros, y técnicos) y que aborde por lo menos las áreas técnicas de calidad del aire, agua y saneamiento, manejo de residuos, y seguridad química Desarrollar planes específicos nacionales de salud	MISPAS (Departamento de Salud Ambiental)	Ministerio de Ambiente, Agricultura, Trabajo Ayuntamiento Corporaciones de Acueductos y Alcantarillados (CORAS) Instituciones académicas Ministerio de Defensa Aduanas	Tiempo: 3 años Recursos: -Recursos financieros para la contratación de expertos -Apoyo técnico -Elaboración del documento -Reuniones de consulta con expertos	Estrategia o política nacional de salud pública ambiental publicada Plan nacional de salud pública ambiental aprobado

residuos, seguridad química.		pública ambiental sobre calidad del aire, agua y saneamiento, seguridad química y cambio climático				
El país cuenta con un plan nacional de adaptación al cambio climático desde el Ministerio de Medio Ambiente, pero se requiere desarrollar la dimensión salud y de educación y promoción, y garantizar que la misma aborde la vigilancia, el desarrollo de intervenciones y la asignación de recursos (humanos, financieros y técnicos). Además, las entidades públicas nacionales	Fortalecer la rectoría y gobernanza en material de salud ambiental	Creación y desarrollo del capítulo de salud en el plan nacional de adaptación del cambio climático Capacitación del personal (cambio climático y salud pública) Determinar la huella de carbono de los servicios de salud Estimar el cálculo de huella de carbono de los servicios de salud Fortalecer la coordinación con el Ministerio del Ambiente y con el	MISPAS (Departamento de Salud Ambiental)	Ministerio del Ambiente Consejo de Cambio Climático OPS Instituciones Académicas (Pontificia Universidad Católica Madre Maestra)	Tiempo: 1 año Recursos: Recursos humanos y apoyo técnico para el desarrollo del capítulo	Capítulo de salud en el plan nacional de adaptación del cambio climático creado y publicado Creación de la Mesa Técnica de Cambio Climático y Salud creada

<p>responsables de la salud pública ambiental cuentan con personal técnico calificado en las áreas de aguas y saneamiento y seguridad química, sin embargo, se requiere contar con mayor cantidad de recurso humano en calidad del aire y cambio climático. Asimismo, es necesario la capacitación sostenida de estos profesionales técnicos.</p>		<p>Consejo de Cambio Climático Fortalecimiento de la unidad de cambio climático del Departamento de Salud Ambiental Creación de la Mesa Técnica de Cambio Climático y Salud Promover desde las instituciones académicas la capacitación continua en cambio climático y salud, calidad de aire y salud, calidad de aire y cambio climático</p>				
<p>Se requiere desarrollar una estrategia o plan nacional integrado de salud pública ambiental para</p>	<p>Fortalecer la rectoría y gobernanza en material</p>	<p>Desarrollar un plan nacional integrado de salud pública ambiental para mejorar la infraestructura y</p>	<p>Servicio Nacional de Salud</p>	<p>Departamento de Salud Ambiental del MISPAS Corporaciones de Acueductos</p>	<p>Tiempo: 2 años Recursos: Apoyo técnico Consultoría</p>	<p>Plan nacional integrado de salud pública ambiental para mejorar la infraestructura y servicios</p>

<p>mejorar la infraestructura y servicios ambientales de los establecimientos de salud las áreas técnicas de calidad del aire, de salud en agua y saneamiento, en seguridad química y en cambio climático, cuya implementación sea continua y supervisada. Al no tener plan/estrategia ni se implementa, ni se supervisa. Por último, el país no implementa una estrategia o plan nacional para mejorar la huella ambiental del sector salud en mercurio y en residuos</p>	<p>de salud ambiental</p>	<p>servicios ambientales de los establecimientos de salud de las áreas técnicas de calidad del aire, de salud en agua y saneamiento, en seguridad química y en cambio climático, cuya implementación sea continua y supervisada Establecer un sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia o plan nacional de salud pública ambiental Desarrollar indicadores trazadores Incluir en el plan estrategias iniciales para la reducción de la huella ambiental de los establecimientos de</p>		<p>y Alcantarillados (CORAS) Instituto Nacional de Agua Potable Ayuntamientos Empresas recolectoras de desechos hospitalarios</p>	<p>para desarrollar la propuesta del plan Reuniones de coordinación con las diferentes instituciones</p>	<p>ambientales de los establecimientos de salud desarrollado y publicado Sistema de monitoreo y evaluación de la estrategia o plan nacional de salud pública ambiental establecido Estrategias iniciales para la reducción de la huella ambiental de los establecimientos de salud en carbono y/o aguas desarrolladas</p>
--	---------------------------	--	--	---	---	---

<p>peligrosos. Incluir: No existe una estrategia o plan nacional para la reducción de la huella ambiental del sector salud en carbono y/o agua. Al no haber plan no se implementa ni se evalúa ni monitorea.</p>		<p>salud en carbono y/o agua y establecer indicadores Incluir en el plan estrategias al inicio para mejorar la huella ambiental del sector salud en residuos peligrosos</p>				
<p>Se requiere integrar e institucionalizar una estrategia o plan nacional y el mecanismo de coordinación para mejorar la huella ambiental del sector salud en residuos peligrosos, entre medio ambiente, el ministerio de salud y el servicio nacional de salud y el sector privado.</p>	<p>Fortalecer la rectoría y gobernanza en material de salud ambiental</p>	<p>Integrar al responsable de residuos peligrosos del MISPAS a la mesa técnica de desechos Fortalecer el componente hospitalario en la mesa técnica de desechos Realizar abogacía para incluir el componente de desechos hospitalarios en la mesa técnica con un</p>	<p>Salud y Seguridad Ocupacional y el Área de Desechos hospitalarios</p>	<p>Medio Ambiente Ayuntamientos Clínicas Privadas SNS Liga Municipal Federación de Municipales</p>	<p>Tiempo:6 meses. Existe el marco normativo hay que lograr su cumplimiento Recursos: Decisión y apoyo político. El resto ya se incluye dentro del POA, no se necesitan recursos extraordinarios</p>	<p>Responsable integrado a la mesa técnica Componente hospitalario abordado en la mesa técnica y procesos iniciados</p>

		<p>proceso de mejora continua.</p> <p>Que el MISPAS apoye activamente al Ministerio de Medio Ambiente, para que todos los actores claves sean participantes activos de la mesa técnica (por ejemplo, las clínicas privadas)</p>				
<p>Si bien existe un observatorio que cuenta con un sistema de información de salud ocupacional, este se debe de fortalecer. Este debería integrar información sobre accidentalidad, morbilidad y mortalidad en el lugar de trabajo, las inspecciones laborales y sanitarias en los lugares de trabajo</p>	<p>Fortalecer el sistema de notificación de los riesgos del trabajo e inspecciones laborales y sanitarias en los lugares de trabajo</p>	<p>Crear un observatorio independiente que permita recolectar, analizar y publicar información sobre accidentalidad, morbilidad y mortalidad en el lugar de trabajo, las inspecciones laborales y sanitarias.</p>	<p>Iniciativa desde el Ministerio de Trabajo - rol liderando creación del observatorio</p>	<p>Academia, sindicatos, asociaciones profesionales</p>	<p>2 años</p>	<p>Ministerio de Trabajo MISPAS</p>

<p>laborales y sanitarias.</p> <p>UNIFICAR - INCLUYE AHORA LA SIGUIENTE BRECHA: No se realizan ejercicios de evaluación de riesgos para formular recomendaciones para políticas consistentes, basados en evidencia sobre factores de riesgo provenientes de fuentes existentes, relevantes y confiable.</p>		<p>Convocar socios del observatorio</p> <p>Crear un Sistema nacional de información para un Programa de Vigilancia Epidemiológica de Salud de los Trabajadores</p> <p>Avanzar hacia un Registro Nacional de Accidentes Laborales</p>				
---	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 14D. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10C dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 10C: Acciones para asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
Se requiere fortalecer la promoción del conocimiento sobre el riesgo de las ETAs y el cumplimiento de las normativas de inocuidad alimentaria entre las partes interesadas, así como la correcta implementación del sistema efectivo de sanciones.	Asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor	Contar con una línea de base del conocimiento sobre el riesgo de las ETAs. Diseñar un plan de promoción (dirigido a la población en general y a la industria) del conocimiento sobre el riesgo de las ETAs basado en la línea de base, el cumplimiento de las normativas de	DIGEMAPS DIEPI Dirección de Promoción de la Salud (DAPES) Dirección de Comunicación	Ministerio de Industria y Comercio (incluyendo Proconsumidor, INDOCAL CONCA OPS CDC COMISCA FAO IICA	Tiempo estimado: 1 año Recursos: recursos financieros para realizar el estudio sobre la línea de base, asistencia técnica para el diseño del plan de promoción.	Promoción del conocimiento sobre el riesgo de las ETAs, cumplimiento de las normativas de inocuidad alimentaria, fiscalización sobre inocuidad de los alimentos e implementación del sistema efectivo de sanciones, fortalecidos, y la cantidad y

		inocuidad alimentaria, así como la correcta implementación del sistema efectivo de sanciones, relacionado a las normativas y regulaciones.				distribución de los RHS en el nivel descentralizado mejorados.
El país cuenta con recursos humanos competentes en el nivel central, aunque en cantidad limitada. Sin embargo, en el nivel descentralizado, se requiere mejorar la cantidad y distribución de los RHS y fortalecer las competencias para realizar fiscalización sobre inocuidad de los alimentos.	Asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor	Definir el perfil de puestos de los RRHH relacionados a los riesgos de las ETAs y el cumplimiento de las normativas de inocuidad alimentaria, en el nivel descentralizado. Reclutamiento y contratación de RRHH en el nivel descentralizado, con competencias adecuadas (con formación adecuada), que respondan a las	DIGEMAPS DPS/DAS Dirección de RRHH MISPAS	MAP Ministerio de Agricultura	Tiempo estimado: 1 año Recursos: Voluntad política para realizar contrataciones en estos puestos estratégicos. Recursos financieros para transportes, capacitaciones.	Perfil de puestos de los RRHH relacionados a los riesgos de las ETAs y el cumplimiento de las normativas de inocuidad alimentaria, en el nivel descentralizado, definido. Realizado el reclutamiento y contratación de RRHH en el nivel descentralizado, con competencias adecuadas (con formación adecuada), que

		directrices del DIGEMAPS. Realizar capacitaciones del personal.				respondan a las directrices del DIGEMAPS. Realizadas las capacitaciones del personal.
Se requiere incrementar los recursos físicos y administrativos, distribuidos de manera equitativa en el territorio para llevar a cabo las actividades de evaluación de riesgos/fiscalización sobre inocuidad de alimentos y mejorar los procesos de ejecución de la programación del POA.	Asegurar la inocuidad de los alimentos y protección del consumidor	Asegurar que los recursos financieros se asignen efectivamente a las instancias que llevan a cabo las actividades de evaluación de riesgos/fiscalización sobre inocuidad de alimentos. Adecuación de los laboratorios (equipamientos, insumos, certificación, EPP) Asegurar e incrementar los recursos físicos (priorizando los medios de transporte) para	Dirección de Planificación y Desarrollo Departamento de Presupuesto	Con la red de laboratorios (tanto público, como del sector privado) Ministerio de Agricultura Apoyo internacional (como instituciones de EEUU y Europa) Academia conjuntamente con las universidades Industria y comercio ENDOCAL	Tiempo: Se podría iniciar a comienzo del 2023 (en el caso que se priorice desde la voluntad política y financiera), se estima a un plazo de 5 años (en el caso que se priorice esta brecha). Recursos: recursos financieros (alto) se requiere nuevos equipos, insumos, un	Recursos físicos y administrativos, incrementados y distribuidos de manera equitativa en el territorio para llevar a cabo las actividades de evaluación de riesgos/fiscalización sobre inocuidad de alimentos y los procesos de ejecución de la programación del POA mejorados.

		llevar las actividades Asegurar que los recursos financieros cubran las necesidades de recursos físicos y administrativos.			nuevo laboratorio	
--	--	---	--	--	-------------------	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023.

Tabla 14E. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10D dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 10D: Acciones para el control de vectores y zoonosis						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
No existe en el país un plan de formación y capacitación de RRHH de profesionales en el área de entomología en salud pública y control de vectores, esta debe abordar la inclusión de temas claves sobre entomología y control de vectores en los currículos de los profesionales	Fortalecer el desarrollo de RRHH en entomología en salud pública y control de vectores. Contar con un programa de formación y capacitación con los profesionales del área capacitados	Desarrollo de un plan de formación y capacitación. Promover la creación de bachilleratos en vigilancia entomológica y control de vectores (Politécnicos). Creación de cátedras en entomología en salud pública y	Viceministerio de Salud Colectiva, Dirección de Salud de la Población, Dirección de Gestión de Riesgos. CECOVEZ Dirección de Recursos Humanos en Salud DIGEMAP: División de registro de	Oficina de la Coordinación de la Gestión desconcentrada de la Rectoría/ Academias Ministerios de Educación y Educación Superior Ministerio de Economía, Planificación y el Ministerio de Hacienda	Recursos: Alto, por la creación de carreras y disponibilidad de becas. Tiempo estimado: 4 años	Plan de formación y capacitación de RRHH de profesionales en el área de entomología en salud pública y control de vectores diseñado e implementado e incluido en el plan nacional macro de RRHH, con financiamiento suficiente.

<p>en formación (biólogos, veterinarios, médicos, enfermeros entre otros). Este plan debe incluirse en el plan nacional macro de RRHH, y contar con financiamiento suficiente (incluyendo becas).</p>		<p>control de vectores, en los niveles de pregrado y posgrado.</p> <p>Inclusión de este plan en el plan nacional macro de RRHH y contar con financiamiento suficiente (incluyendo becas).</p>	<p>alimentos y bebidas</p>			
<p>Se requiere fortalecer la suficiencia y la competencia de los recursos humanos para una adecuada vigilancia entomológica y control vectorial.</p>	<p>Fortalecer la vigilancia entomológica y control vectorial por medio de asegurar la suficiencia y la competencia de los recursos humanos Anotación. Considerar unir</p>	<p>Asegurar la capacidad de reclutar a los RRHH en esta área, incluyendo la disponibilidad financiera y de otros recursos para su adecuado desempeño. Requiere abogacía para que se determine la</p>	<p>CECOVEZ DIGEMAPS: división de registro de alimentos y bebidas Dirección de Planificación y Desarrollo/ Dirección Administrativa/ Dirección Financiera/</p>	<p>Dirección General de Ganadería (Ministerio de Agricultura) tiene experiencia. Ministerios de Ambiente y Agricultura Academia y Universidades OPS (ej. Aula</p>	<p>Recursos: Alto (para la contratación de RRHH) Tiempo estimado: Para disponibilidad de recursos, podría ser varios años por la disposición</p>	<p>Se requiere fortalecer la suficiencia y la competencia de los recursos humanos para una adecuada vigilancia entomológica y control vectorial.</p>

	con la brecha anterior	posibilidad de contratar, dada la disposición presidencial que limita las contrataciones nuevas. Asegurar la capacitación continua para fortalecer la competencia de los RRHH. Desarrollo e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de la suficiencia y competencia de los RRHH.	Dirección de RRHH MISPAS	virtual) y otros cooperantes (CDC, USAID) Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y Ministerio de Hacienda	que limita las contrataciones nuevas. 2 años para establecer un proceso de capacitación y desarrollar e implementar el sistema de M&E de RRHH.	
Si bien existen alianzas con el ministerio de agricultura se requiere fortalecer los mecanismos multisectoriales y multidisciplinarios	Fortalecer las alianzas multisectoriales para lograr la disminución de la prevalencia e incidencia de	Creación de un espacio de coordinación con participación interministerial para abordar la transmisión de las zoonosis de los	CECOVEZ Oficina de la Coordinación de la gestión desconcentrada de la Rectoría (OCDGR) DPS y DAS	Ministerio de Agricultura (Dirección General de Ganadería, Laboratorio Veterinario Central)	Recursos: mínimo, para lograr convocar a las reuniones. Tiempo	Mecanismos multisectoriales y multidisciplinarios formales y funcionales dedicados a reducir al mínimo la transmisión de las

<p>funcionales y la participación de otros sectores para reducir al mínimo la transmisión de las zoonosis de los animales a las poblaciones humanas, usando el enfoque de Una Salud.</p>	<p>enfermedades zoonóticas.</p>	<p>animales a las poblaciones humanas.</p> <p>Fortalecer los vínculos con las asociaciones de productores, para fortalecer las acciones de control.</p> <p>Realizar actividades conjuntas con otras instancias como el Ministerio de Ambiente.</p> <p>Designación de una comisión coordinadora.</p>	<p>Dirección de Salud Ambiental/ Servicio Nacional de Salud</p>	<p>Ministerio de Ambiente Asociación de Productores Sector privado vinculado a clínicas veterinarias</p>	<p>estimado: 6 meses</p>	<p>zoonosis de los animales a las poblaciones humanas, usando el enfoque de Una salud.</p>
--	---------------------------------	---	---	--	--------------------------	--

<p>No existe un grupo de trabajo interministerial e intersectorial para la colaboración multisectorial en cuanto al control de vectores creado y en funcionamiento.</p>	<p>Fortalecimiento de la articulación interministerial e intersectorial para atender el control de vectores</p> <p>Anotación.</p> <p>Considerar unir con la brecha anterior</p>	<p>Creación de un espacio de coordinación con participación interministerial para abordar el control de vectores.</p> <p>Realizar actividades conjuntas con las demás instancias pertinentes como el Ministerio de Ambiente.</p> <p>Designación de una comisión coordinadora.</p>	<p>CECOVEZ OCGDR Dirección de Salud Ambiental</p>	<p>Ministerio de Agricultura (Dirección de Sanidad Vegetal: Departamento de Registro de Pesticidas) Ministerio de Ambiente Ministerio de Trabajo (por tener un componente laboral que debe considerarse) Sector privado que trabaja con insecticidas (AFIPA)</p>	<p>Recursos: mínimo, para lograr convocar a las reuniones.</p> <p>Tiempo estimado: 6 meses</p>	<p>Grupo de trabajo interministerial e intersectorial para la colaboración multisectorial para el control de vectores creado y en funcionamiento.</p>
---	---	---	---	--	--	---

Si bien existen planes específicos para algunos eventos zoonóticos, el país requiere de un plan general de preparación para hacer frente a zoonosis emergentes o reemergentes, con verificación.	Fortalecer la preparación para hacer frente a zoonosis emergentes o reemergentes	Actualizar y fortalecer el plan general de preparación para hacer frente a zoonosis emergentes o reemergentes (podría ser mediante un taller interministerial). Lograr una mayor socialización del Plan actualizado	CECOVEZ (Programa de rabia y zoonosis) Dirección de Riesgos Dirección de Salud de la Población Dirección de Epidemiología	Ministerio de Agricultura (Laboratorio Veterinario Central, Dirección de Ganadería, Dirección de Sanidad Vegetal) Ministerio de Ambiente	Recursos: mínimo Tiempo estimado: 1 año	Plan general de preparación para hacer frente a zoonosis emergentes o reemergentes diseñado e implementado.
--	--	--	--	---	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 14F. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 10E dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 10E: Acciones para prevenir la resistencia a los antimicrobianos						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
Existe un Plan de acción nacional que fue validado por autoridades y está próximo a formalizarse para este 2022, únicamente se requiere publicarlo. Una vez publicado, se requiere fortalecer y formalizar (por ejemplo, en el POA) la sostenibilidad de las actividades de RAM (tanto de	Implementar y fortalecer el Plan que está próximo a publicar	Socializar y difundir el Plan de Acto de Lanzamiento del Plan (como un compromiso nacional) Trabajar con la dirección de planificación y desarrollo, para que se agreguen los componentes del Programa de RAM. Se designe un comité nacional de coordinación	MISPAS (encargado de la operatividad) Ministerio de Agricultura Ministerio de Medio ambiente	Sociedades Científicas (veterinarias) Universidades Sector privado Medios de comunicación (en la difusión e importancia de la RAM). Academia Sociedad (en la concientización) OSC (orientadas a difundir que participan de la temática) Cooperación	Tiempos: a corto plazo la publicación y lanzamiento del Plan y a Mediano Plazo (1 a 2 años) el resto de las acciones. Recursos: bajos. Se requiere principalmente voluntad política para impulsar, los fondos externos disponibles están, pero se	Plan Publicado y difundido Actividades de RAM incorporadas en el POA Actividades sensibilización realizadas a tomadores de decisión Comité Nacional designado Comités implementados Instituciones involucradas

<p>origen externo como lo interno).</p>		<p>del Plan RAM (vía resolución ministerial y/o decreto) Realizar abogacía para que el presidente de la nación (o vicepresidente de la nación) esté presente en la actividad Realizar actividades de sensibilización a los profesionales de salud para comentarles la importancia del tema. Realizar actividades de sensibilización a los ministros (del resto de todos los ministerios, incluso comercio, turismo, etc.)</p>		<p>internacional (apoyo y financiamiento) SENASA y Aseguradoras de Riesgos (para sensibilización)</p>	<p>requieren asignar detalles para su implementación.</p>	
---	--	--	--	---	---	--

		<p>Involucrar la participación del nivel local en la implementación del Plan</p> <p>Reuniones de difusión</p> <p>Involucrar directamente a los directores provinciales en el lanzamiento e implementación del Plan</p>				
<p>Es necesario un mecanismo o una instancia que asuma el liderazgo y la coordinación de la RAM, con salud animal y con medio ambiente, que exista un nivel de gobernanza que coordine este proceso y que realice la implementación</p>	<p>Coordinar y liderar la implementación del Plan RAM</p>	<p>Designar al Comité Nacional de Coordinación a través de una resolución ministerial o decreto</p> <p>Conseguir respaldo político</p> <p>Definir las funciones y rol del programa de uso óptimo de</p>	<p>MISPAS (encargado de la operatividad)</p> <p>Ministerio de Agricultura</p> <p>Ministerio de Medio ambiente</p>	<p>Sociedades Científicas (veterinarias)</p> <p>Universidades</p> <p>Sector privado</p> <p>Medios de comunicación (en la difusión e importancia de la RAM).</p> <p>Academia</p> <p>Sociedad (en la concientización)</p> <p>OSC (orientadas</p>	<p>Tiempos: a corto plazo la publicación y lanzamiento del Plan y a Mediano Plazo (1 a 2 años) el resto de las acciones.</p> <p>Recursos: bajos. Se requiere principalmente voluntad política para impulsar,</p>	<p>Plan Publicado y difundido</p> <p>Actividades de RAM incorporadas en el POA</p> <p>Actividades sensibilización realizadas a tomadores de decisión</p> <p>Comité Nacional designado</p> <p>Comités</p>

del Plan que está próximo a lanzarse.		antimicrobianos (subcomité) A través de una Resolución Ministerial con la posible conformación de un comité de seguimiento del PROA Promover la implantación de los PROA en todos los centros de asistencia médica no sólo Público si no también los Privados Revisar el marco regulatorio para la RAM		a difundir que participan de la temática) Cooperación internacional (apoyo y financiamiento) SENASA y Aseguradoras de Riesgos (para sensibilización)	los fondos externos disponibles están, pero se requieren asignar detalles para su implementación.	implementados Instituciones involucradas
---------------------------------------	--	---	--	---	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Tabla 14G. Acciones estratégicas propuestas con el objetivo de cerrar las brechas en estándares correspondientes a las FESP 11 dentro de la etapa de desarrollo del Ciclo de Políticas de Acceso.

Ciclo de Políticas: Fase de Acceso						
FESP 11: Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.						
Brecha	Objetivos para alcanzar en la reducción de brechas	Acciones estratégicas	Responsables dentro del MISPAS	Alianzas necesarias	Tiempos y recursos estimados	Indicadores de monitoreo de la implementación de las estrategias
Si bien existe mención de la equidad en varios de los sectores relacionados a salud, no hay una política explícita sectorial que priorice la salud y la equidad como responsabilidad central y objetivos del Estado.	Fortalecer la abogacía, formulación e implementación de políticas y acciones para abordar determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud, utilizando un enfoque de salud en todas las políticas	Generar evidencia sobre el grado de inequidad en el país ante el gobierno, pero también ante la población (como insumo para abogar por su inclusión en las políticas). Generar debate público al respecto y la difusión del enfoque de equidad en salud, con el objetivo de	Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud, Dirección de Conducción Sectorial Oficina de Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría Viceministerio de Salud Colectiva Dirección de Epidemiología Dirección de	Organizaciones sociales Organismos de DDHH Universidades MEPYD	Tiempo estimado: 2-3 años Recursos: Conocimiento, Presupuesto para: estudios, programas de capacitación, foros de discusión.	Política explícita sectorial que priorice la salud y la equidad como responsabilidad central y objetivos del Estado, implementada.

		<p>concientizar sobre la equidad en salud.</p> <p>Trabajar con los organismos nacionales e internacionales de DDHH presentes en el país para abogar por un enfoque más integral que acoja la perspectiva de equidad en salud.</p> <p>Diseñar e implementar una política sectorial, con participación amplia y profunda, que priorice la salud y la equidad, con procesos de evaluación de la misma y control social.</p>	<p>Análisis de Situación de Salud.</p>			
Si bien existen programas o políticas específicas para	Fortalecer la abogacía, formulación e implementación	Desarrollar la función de coordinación entre los distintos	Despacho del ministro/a Viceministerios en especial el	MEPYD Ministerio de la Presidencia Ministerios	Tiempos estimados: 2 años Recursos:	Programas o políticas con el enfoque de STP o de

<p>abordar las inequidades, no existen programas o políticas con el enfoque de STP o de intersectorialidad con objetivos y metas explícitos, cuantificables y medibles, para reducir las inequidades sociales en sus diferentes ámbitos, incluyendo las inequidades en salud y las inequidades sociales distintas de salud. Se requiere desarrollar el marco conceptual de STP y que la autoridad de</p>	<p>de políticas y acciones para abordar determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud, utilizando un enfoque de salud en todas las políticas</p>	<p>actores involucrados en los problemas de salud, con el liderazgo del MISPAS. Desarrollar el marco conceptual de STP, reuniendo a los ministerios involucrados (ambiente, patrimonio, cultura, educación, trabajo, etc.) Priorizar la implementación de este marco conceptual en Direcciones Provinciales puntuales a modo de desarrollar un modelo a seguir para el resto del país.</p>	<p>Viceministerio de Salud Colectiva Dirección de Salud de la Población Oficina de la coordinación de la Gestión Desconcentrada de la rectoría, Direcciones Provinciales</p>	<p>sectoriales Gobernaciones (de provincias) Alcaldías (Gobiernos locales)</p>	<p>Conocimiento , Presupuesto para: estudios, programas de capacitación, foros de discusión.</p>	<p>intersectorialidad con objetivos y metas explícitos, cuantificables y medibles, para reducir las inequidades sociales en sus diferentes ámbitos, incluyendo las inequidades en salud y las inequidades sociales distintas de salud. Asimismo se requiere desarrollar el marco conceptual de STP. La autoridad de salud sensibiliza, presta apoyo técnico y orientación a otros sectores para abordar los</p>
--	--	--	--	--	--	---

<p>salud sensible, y preste apoyo técnico y orientación a otros sectores para abordar los DSS dentro de otros programas gubernamentales , a través de incentivos o mecanismos a nivel nacional y subnacional, impulsando una mayor cantidad de acciones concretas de políticas y programas con los otros sectores para el trabajo de STP (whole of government).</p>						<p>determinantes sociales de la salud dentro de otros programas gubernamentales , a través de incentivos o mecanismos a nivel nacional y subnacional, impulsando una mayor cantidad de acciones concretas de políticas y programas con los otros sectores para el trabajo de STP, e impulsado acciones que involucran al conjunto de los sectores o ministerios del gobierno (whole of government).</p>
---	--	--	--	--	--	---

<p>No se ha definido una estrategia para identificar y abordar las barreras de acceso de la oferta y demanda considerando los determinantes sociales de la salud y las inequidades.</p>	<p>Fortalecer la abogacía, formulación e implementación de políticas y acciones para abordar determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud, utilizando un enfoque de salud en todas las políticas</p>	<p>Elaboración de un diagnóstico periódico sobre la magnitud y características de las barreras de acceso considerando los DSS y las inequidades (minería de datos, análisis de espacio, análisis de vulnerabilidades, riesgos), que incluya a las instancias desconcentradas. Además, usando técnicas cualitativas. Debe incluir formación (en DSS) e innovación formativa y reclutamiento de personal.</p>	<p>Dirección de Análisis de Situación de Salud Dirección de Desarrollo Estratégico Estadística Viceministerio de Salud Colectiva (Promoción de la Salud) Dirección de Investigación en Salud MISPAS</p>	<p>Universidades (estudios y análisis, ej. tesis) Oficina Nacional de Estadística Comités intersectoriales relacionados al levantamiento de información y análisis</p>	<p>Tiempo estimado: 1 año Recursos estimados: Se requiere contratación de personal calificado y formar al personal. También el diseño de programas de formación.</p>	<p>Estrategia para identificar y abordar las barreras de acceso de la oferta y demanda considerando los determinantes sociales de la salud y las inequidades, diseñada.</p>
---	---	---	---	--	--	---

		Los estudios y análisis deben realizarse por parte de funcionarios (definiendo cómo y quiénes) y estar incluido en la programación institucional de forma sostenible. Retomar trabajo de Comités interinstitucionales				
No existen evaluaciones a nivel nacional y subnacional de los DSS y la equidad en salud; de las acciones para abordar los DSS y/o reducir las desigualdades en salud que están integradas en los programas	Fortalecer la abogacía, formulación e implementación de políticas y acciones para abordar determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud, utilizando un enfoque de	Evaluación del POA del MISPAS para asegurar que se incluya el abordaje de los DSS y seguimiento de su cumplimiento, con retroalimentación para lograr el fortalecimiento del abordaje.	Planificación Comisión interdepartamental (o hasta intersectorial) que evalúe el POA Viceministerio de Salud Colectiva Viceministerio de Fortalecimiento Y Desarrollo del Sector Salud, Dirección de	Ministerio de Planificación, Economía y Desarrollo Ministerio de Hacienda	Tiempo estimado: 3 meses para la evaluación del POA; 6 meses para la evaluación rápida Recursos estimados: los existentes, no requiere	Evaluaciones a nivel nacional y subnacional de los DSS y la equidad en salud, implementadas. Acciones para abordar los DSS y/o reducir las desigualdades en salud, integradas en los programas habituales.

habituales; de las capacitaciones en los políticas, planes o programas asociados al abordaje de los DSS, para contribuir al análisis del impacto de las diversas políticas sectoriales (salud) y extrasectoriales (no salud).	salud en todas las políticas	Evaluación rápida (para iniciar) que evalúe a nivel nacional y subnacional de los DSS, las acciones para abordarlos y las capacitaciones en los políticas, planes o programas asociados al abordaje de los DSS (controlando el conflicto de interés). (Requiere la definición del método que se vaya a usar y el diseño de un instrumento de evaluación).	Conducción Sectorial Oficina de la Coordinación de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría		inversión adicional	Capacitaciones en los políticas, planes o programas asociados al abordaje de los DSS, para contribuir al análisis del impacto de las diversas políticas sectoriales (salud) y extrasectoriales (no salud), diseñadas e implementadas.
Se necesita implementar mecanismos para la participación de la sociedad en la formulación de	Fortalecer el enfoque de salud en todas las políticas/ intersectorialidad en las políticas	Apoyar la capacidad de organizaciones de la sociedad civil, incluyendo un proceso de	Oficina de la Gestión Desconcentrada de la Rectoría	Gobernaciones (de provincias) Alcaldías (Gobiernos locales)	Tiempo estimado: 2-3 años Recursos: Conocimiento, Presupuesto	Mecanismos para la participación de la sociedad en la formulación de

<p>políticas o que los espacios denominados como en el Consejo Nacional de Salud (CNS) se reconviertan.</p>	<p>y acciones de salud y también aquellas fuera del sector salud pero que presentan influencia e impacto en la salud</p>	<p>concientización sobre la salud, la equidad y la igualdad.</p> <p>Convencer a las instituciones del gobierno sobre la necesidad de la participación social y cómo promoverla</p> <p>Generar evidencia y establecer mecanismos de diálogo sobre el grado de inequidad en el país y la importancia de la participación social empoderada para atenderla.</p> <p>Generar un Foro Ciudadano de Salud, con amplia participación de</p>	<p>Direcciones Provinciales</p>	<p>Organizaciones sociales</p>	<p>para: estudios, programas de capacitación, foros de discusión.</p>	<p>políticas implementados.</p>
---	--	---	---------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------

		las organizaciones sociales.				
--	--	------------------------------	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Fase 3 del ejercicio de medición de las FESP, OPS/OMS. 2023

Logros alcanzados y principales desafíos

Durante el proceso dinámico de las cuatro Fases de trabajo que ha representado el ejercicio de medición de las FESP en la República Dominicana, se destacan varios *logros para el MISPAS* dignos de compartir⁵⁵, los cuales se listan a continuación.

- Participación amplia de equipos técnicos, autoridades, expertos de otros sectores y sociedad civil.
- Visión general del contexto y el estado actual del sistema de salud, las prioridades de salud pública y la situación epidemiológica.
- Análisis de situación de la salud y de los aspectos institucionales, normativos y del sistema de salud que inciden en la formulación e implementación de las FESP completado con indicadores actualizados y disponibles.
- Identificación de las iniciativas de políticas de salud actuales y sus resultados en términos de resultados inmediatos (recursos del sistema de salud) e intermedios (utilización y acceso a acciones y servicios de salud pública, incluyendo barreras de acceso y cuellos de botella).
- Identificación y análisis de las barreras de acceso tras la utilización de un abordaje metodológico mixto que considera información cuantitativa y cualitativa.
- Mapeo de actores e instituciones disponible de acuerdo con configuración del sistema sanitario y rol en las FESP.
- Identificación y análisis del entorno institucional, incluidos los actores, estructuras, actividades y barreras, así como los marcos legales, regulaciones, políticas y estructuras e instituciones de gobernanza que influyen en la gestión de la salud pública.
- Capacidades institucionales medidas, validadas por expertos internos y externos, que identifican oportunidades y principales desafíos.
- Plan de acción con acciones estratégicas priorizadas con viabilidad técnica y política potencial.

La sistematización del proceso ha quedado evidenciada en la generación de varios informes intermedios que reportan los resultados de cada una de las Fases de trabajo, e inclusive, de sus elementos constitutivos. Cada uno de estos informes se constituye en *logros documentales* a destacar. Adicionalmente, las capacitaciones de los equipos de trabajo al inicio de cada una de las Fases, así como los eventos de lanzamiento y socialización de los momentos del proceso y los resultados, se consideran *logros de formación y diseminación* con impacto en los recursos humanos involucrados en el ejercicio en sus diferentes roles.

Además, se han evidenciado algunos *logros de empoderamiento* de los equipos de trabajo, en donde el mismo ejercicio de mediciones para una FESP en específico se ha convertido en un

⁵⁵ Presentación de resultados de Fase 3 en el evento de socialización de finalización del ejercicio de medición y fortalecimiento de las FEPS en la República Dominicana.

insumo de ajuste para las prácticas actuales, los planes de trabajo o el plan operativo anual de algunas áreas o direcciones del Ministerio de Salud o de los sectores colaboradores.

La República Dominicana, como pionera del ejercicio, alcanzó varios **logros metodológicos** de relevancia en las estrategias de reclutamiento de expertos, moderación, recolección y procesamiento de la información, a fin de para eficientizar del proceso. De esta manera, las mejoras fueron implementadas en el dinamismo del ejercicio, sirviendo como modelo inmediato para los países que trabajaron la medición de las FESP de manera simultánea o que se unirían posteriormente.

La integración de todos estos logros alcanzados para el MISPAS, documentales, de formación y disseminación, de empoderamiento y metodológicos, coloca al país en una posición de liderazgo y referencia para la Región de Las Américas. De igual manera, la trascendencia de estos logros perfila algunos **desafíos importantes** para que los productos del ejercicio de medición y fortalecimiento de las FESP cumplan su función de manera sostenible. Representan estos desafíos⁵⁶:

- La vinculación de los resultados del ejercicio de medición y fortalecimiento de las FESP con el Plan Nacional de Salud (PLANDES) y con la formulación de otras políticas sanitarias sectoriales e intersectoriales.
- Los esfuerzos intencionados para continuar con el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del MISPAS como autoridad nacional de salud.
- La institucionalización de los resultados e internalización de su valor conceptual y operacional en los equipos técnicos, autoridades, otros sectores y sociedad civil.
- La difusión y socialización de los resultados del ejercicio, incluyendo el plan de acción por FESP, entre los actores clave fuera y dentro del sector salud.
- El logro de un liderazgo participativo para la implementación del plan de acción con el involucramiento de los actores e instituciones de la sociedad necesarios para lograr las mejoras y mantener el impacto de forma sostenible.

El compromiso de la Autoridad Nacional de Salud de fortalecer las funciones de rectoría y gobernanza del MISPAS y maximizar el uso de los resultados del ejercicio de las mediciones de las FESP ha promovido que estos desafíos se conviertan en percursores de acción de las primeras aproximaciones de implementación del plan de acción y las visualizaciones de corto, mediano y largo plazo en la utilización de estos insumos para avanzar el plan de salud de la República Dominicana.

⁵⁶ Idem 8

Limitaciones durante el proceso

Durante la *fase 1*, se presentaron limitaciones importantes al momento de realizar la recolección de los datos correspondientes al contexto y los indicadores de salud nacionales, pues las informaciones pertinentes se encuentran dispersas en fuentes, dentro y fuera del sector salud. Además, es frecuente que los datos encontrados sobre indicadores demográficos y de salud se presentan en valores absolutos, rara vez desagregados, dificultando así la valoración subnacional del estado de salud de la población. De igual manera, en varias ocasiones las informaciones disponibles a nivel documental no están desactualizadas, lo que impide tener una visión general certera de la situación actual. Finalmente, no se encontraron evidencias actualizadas de las evaluaciones periódicas de los planes y estrategias que han sido planteadas a corto y mediano plazo en el país.

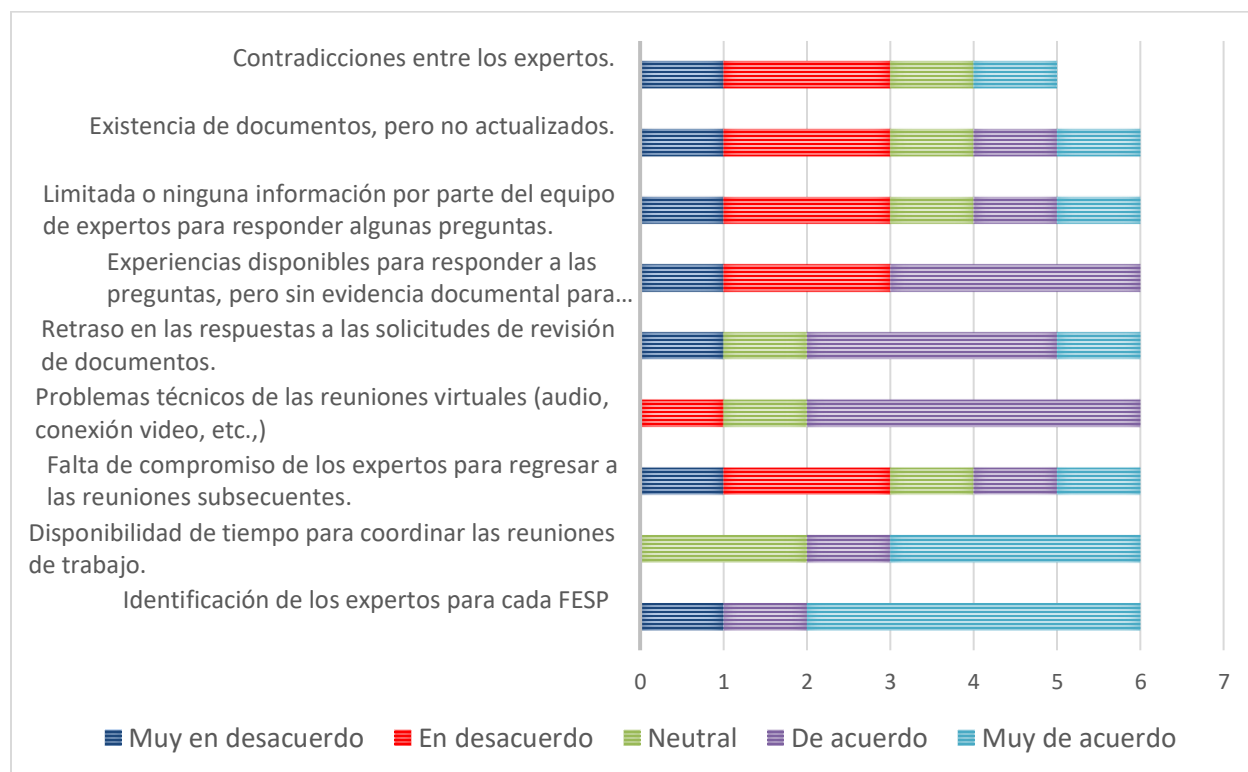
Como evidencia complementaria para la identificación de las limitantes durante las *fases 2 y 3*, se realizó una consulta a un grupo de expertos dentro y fuera del MISPAS a través de un formulario electrónico con preguntas cerradas tipo Likert sobre algunos aspectos logísticos y metodológicos del proceso, y algunas preguntas abiertas para conocer sus opiniones directas sobre el tema.

La Figura 39 presenta los resultados de la consulta. Los datos indican que las limitaciones con que la mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo incluyen la identificación de los expertos para cada FESP, la disponibilidad de tiempo para coordinar las reuniones de trabajo, y problemas técnicos de las reuniones virtuales (audio, conexión video, etc.).

Dentro de las explicaciones de los expertos para las principales limitantes en el proceso de medición de las FESP se distinguieron:

- Con cierta frecuencia, las fallas técnicas en las reuniones virtuales, relacionadas o no con situaciones de conexión, aparatos electrónicos, inclusive, personales, dificultaron la participación continua y oportuna de los expertos.
- En algunos contextos, la falta de evidencias y/o informaciones que sustenten las respuestas de los expertos, restándole robustez al ejercicio de medición.
- En ocasiones, falta de compromiso y/o indiferencia por parte de los expertos y de las autoridades para asumir el rol correspondiente durante el ejercicio.
- La participación de algunos expertos no contó con el respaldo de asignación de tiempo laboral institucional requerido para poder responder a la programación de los encuentros.

Figura 39. Limitaciones identificadas por los expertos durante el Ejercicio de Medición y Fortalecimiento de las FESP en la República Dominicana



Fuente: Elaboración propia tras llevarse a cabo el panel de expertos y colaboradores MISPAS-OSP.2023

Aproximaciones de implementación: Integración FESP y Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

La Autoridad de Salud, a través del Viceministerio de Desarrollo Estratégico del Sector Salud y su Dirección de Conducción Sectorial, ha gestionado la integración conceptual y transversalizada de la evaluación de las FESP con el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 (PLANDES 2030), a través de la alineación de cada uno de los pilares del PLANDES 2030 con las FESP dentro de las etapas del ciclo de políticas que fundamenta la renovación.

El proceso de formulación del PLANDES 2030 inició mediante la Resolución Ministerial 000010 de fecha del 29 de enero de 2021, declarando el interés del sistema nacional de salud en abrir paso a la iniciativa del desarrollo del plan estratégico con una metodología consultiva que incluye la conformación de mesas de trabajo denominadas comisiones técnicas, cada una de las cuales estaría acompañado por un coordinador técnico y un especialista en el área.

Las comisiones técnicas facilitarían el ejercicio diagnóstico y la definición de los proyectos estructurales a ser incluidos en el producto final de este Plan. En marzo del 2022, el Consejo Nacional de Salud, aprueba la metodología propuesta y el país inicia un proceso de constitución de comisiones por profesionales y expertos en cada uno de los cuatro pilares centrales del plan:

1. Gobernabilidad, gobernanza y articulación público-privada ciudadana para rectoría y autoridad sanitaria
2. Población, inclusión social y provisión de servicios de salud
3. Ambiente, territorio, riesgos naturales y adaptación al cambio climático
4. Economía, financiamiento, asignación de recursos y cuentas nacionales

Los pilares centrales del PLANDES 2030 han sido definidos de acuerdo con los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley Orgánica No. 1-12)⁵⁷ y los instrumentos jurídicos y convenios de los cuales el órgano rector signatario. El ejercicio de integración conceptual de los pilares del PLANDES de la República Dominicana con las FESP se pueden apreciar no solo al nivel macro, de manera directa con el pilar propiamente dicho, sino también, con las dimensiones que conforman el pilar.

Esta realidad resalta la necesidad de trabajo intersectorial y las alianzas pertinentes para la definición e implementación de las estrategias de cierre de las brechas en las capacidades, y promueve la oportunidad de que el PLANDES 2030 enfoque de manera transversal el fortalecimiento de diversas FESP a partir de un solo pilar.

A modo de ejemplo, la dirección de Conducción Sectorial evidencia como el *Pilar de gobernabilidad y gobernanza y articulación público-privada-comunitaria* se vincula principalmente con la FESP 4 y la FESP 5, como parte de la etapa de “políticas públicas” del marco conceptual de las FESP; sin embargo, al analizar las dimensiones del pilar relacionadas con calidad del marco regulatorio transparencia y rendición de cuentas, articulación y participación, y efectividad en la rectoría y gestión institucional, se hace evidente la necesidad de abordaje de las FESP 1 de monitoreo y evaluación de la salud, y la FESP 3 de promoción y gestión del conocimiento.

Si bien es cierto que el *Pilar de inclusión social redes y provisión de servicios* se vincula directamente con las FESP 6, 9 y 10, correspondientes al desarrollo de recursos humanos para la salud, el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, y el acceso equitativo a intervenciones en salud, respectivamente; al hacer una segregación de manera particular de las dimensiones de este pilar, se involucran además elementos de la FESP 1 de monitoreo y evaluación de la salud, y la FESP 3 de promoción y gestión del conocimiento.

⁵⁷ Ministerio de Economía y Desarrollo (MEPyD). Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley Orgánica No. 1-12). Disponible en: <https://mepyd.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/end/marco-legal/ley-estrategia-nacional-de-desarrollo.pdf>

De la misma manera, el *Pilar de Ordenamiento ambiente riesgos y cambio climático*, en sus dimensiones de salud ambiental, cambio climático, y riesgos naturales y antrópicos, se vincula con las FESP 1, 2, 3, 10 y 11. El *Pilar de economía financiamiento y asignación y cuentas de salud* no solamente responde a las FESP 7 y 8, las cuales pretenden, respectivamente, asegurar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad seguras y eficaces, y el financiamiento de la salud eficiente y equitativa; sino que también se extiende su vinculación a la FESP 10 sobre el acceso y a la FESP 9, relacionada a servicios de salud de calidad.

De manera general, los 4 pilares del PLANDES 2030 de la República Dominicana están relacionados de forma intrínseca con FESP específicas, de manera que las dimensiones de estos pilares tocan transversalmente todas las FESP. Por lo tanto, la formulación, socialización, monitoreo y evaluación del PLANDES 2030 aportará un observatorio ciudadano de salud que realizará el seguimiento en la mitigación de las brechas existentes en las capacidades del sector salud para el fortalecimiento de las FESP. Este observatorio se fundamentará en una línea basal de indicadores proyectados y el escenario deseado para la salud de la República Dominicana en el año 2030.

Los primeros pasos en la utilización de los resultados del ejercicio de medición de las FESP como insumo para la toma de decisiones en Salud quedan evidenciados en el marco conceptual que incorpora los elementos recíprocos y complementarios del fortalecimiento de rol de rectoría y gobernanza de la Autoridad de Salud a través de sus Viceministerios y Direcciones, así como la interacción con otros actores ya identificados para cada FESP e involucrado en cada pilar del PLANDES.

En la actualidad, la visión del Viceministerio de Desarrollo Estratégico del Sector Salud ha promovido la integración de los resultados del ejercicio de medición de las FESP en la República Dominicana como insumo vinculante para los diferentes sectores del sistema de salud. Se propone que este PLANDES, que ha utilizado como información esencial el insumo de las FESP, promueva el ajuste de los marcos regulatorios de los planes de salud mediante la incorporación de salud en todas las políticas; además, se pretende que el PLANDES constituya el documento operativo guía para la generación de los planes institucionales, plurianuales, y planes operativos anuales (POA).

La visión estratégica de la Autoridad de Salud mediante el PLANDES apunta al fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza del Primer Nivel de Atención y al desarrollo del sistema de información entre los actores involucrados en garantizar el acceso a la salud de los individuos y las comunidades.

En este sentido, se espera que inmediatamente después del lanzamiento oficial del PLANDES, será inminente la necesidad de divulgación, implementación, conceptualización de propuestas y financiamiento de las acciones estrategias y proyectos diseñados para dar respuestas a las necesidades nacionales contempladas por el plan y evidenciadas por el ejercicio de las FESP.

En colaboración con la Academia, se trabajarán proyectos de disseminación y capacitación del recurso humano en salud en formación de grado y postgrado, a fin de que conozcan las FESP y el role de estas en los planes de salud del país. Esto promoverá que las generaciones venideras asuman el PLANDES con la visión integral de las FESP renovadas y entiendan los conceptos, los procesos y las oportunidades que vinculan los planes de salud con el acceso universal a la salud de calidad. Agencias nacionales e internacionales están interesadas en colaborar con la Autoridad de Salud en la implementación del PLANDES y el logro de los objetivos. Subsecuentemente, el plan de monitoreo y evaluación deberá ser preparado a fin de mantener evidenciado los avances del Plan y el logro de los indicadores.

Conclusión

El ejercicio de medición y fortalecimiento de las FESP en la República Dominicana ha representado un hito nacional para el avance de la salud pública como quehacer transformador de la salud individual y colectiva, así como del rol de rectoría y gobernanza del Ministerio como Autoridad Nacional de Salud. Se constituye además en un referente regional, siendo la nación pionera en el inicio del ejercicio y, actualmente, el primer país de Las Américas en socializar sus resultados de forma escrita. Adicionalmente, este ejercicio intencionado ha demostrado el liderazgo comprometido y determinado del equipo del Viceministerio de Salud Colectiva, quienes lograron el involucramiento de múltiples actores, tanto del sector salud como extrasectoriales, con la finalidad de producir una evidencia robusta, con una mirada multisectorial, y una perspectiva holística de las capacidades institucionales para el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del MISPAS.

Uno de los aspectos más importantes en la consideración del diagnóstico realizado durante el proceso de medición de las funciones esenciales en salud pública renovadas en la República Dominicana es ciertamente el valor diagnóstico que tienen para el país los resultados del ejercicio y la identificación de las brechas que representan oportunidades de mejora para la Autoridad de Salud, así como las posibles rutas de acciones estratégicas propuestas por los expertos para abordar dichas brechas.

De acuerdo con el Dr. Ernesto Bascolo, responsable de la agenda regional de cooperación técnica de la OPS para la evaluación y fortalecimiento de las FESP en la Región de Las Américas, y actualmente jefe interino de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, la coincidencia temporal de que un ejercicio de tanto valor para el MISPAS como la medición de las FESP ocurra de manera simultánea con el desarrollo de un plan nacional de salud es una oportunidad extraordinaria para cualquier país de la región, pues cuando medimos las FESP y analizamos el plan de acción para cerrar algunas de las brechas identificadas por los expertos, lo que estamos haciendo es interpelar la capacidad del estado para responder a los problemas de salud de la población a todos los niveles, por lo que este ejercicio tiene un valor fundamental, no sólo a nivel de capacidades técnicas, sino también a nivel político para el MISPAS. En este sentido, la República Dominicana se constituye en pionera de la Región de las Américas en alinear e integrar la medición de las capacidades de las FESP al desarrollo concomitante e integrado del PLANDES.

Las FESP le representan al PLANDES un insumo insustituible como diagnóstico situacional y medición basal de indicadores propios a cada pilar del Plan, además de la propuesta de objetivos y acciones estratégicas para cerrar las brechas identificadas en las capacidades de la autoridad de salud para el ejercicio de las FESP. Además, la vinculación FESP-PLANDES se constituye en una oportunidad de gestionar el apoyo local e internacional para el desarrollo de proyectos dirigidos al fortalecimiento de las FESP y la salud de la población en sus diferentes aristas.

Referencias Bibliográficas

- Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
- UN. Principios Universales de la Agenda 2030. <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>
- Informe de resultados: Cuestionario 1, Fase 1. Análisis de situación de salud de la República Dominicana. OPS 2020.
- Plan Nacional Plurianual 2017-2020.
- Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. 2021.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía Metodológica para la evaluación y fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP). 2021
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/republica-dominicana>
- Tasa de migración neta para la República Dominicana:
<https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=27&c=dr&l=es>
- Inmigración en la República Dominicana:
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/republica-dominicana>
- Emigración en la República Dominicana:
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/republica-dominicana>
- MEPyD. Sistema de Indicadores sociales de R.D. 2019. Indicadores de pobreza. Disponible en: <https://mepyd.gob.do/sisdom/areas-tematicas>
- Boletín Trimestral de Mercado de Trabajo en la República Dominicana, Oct-Dic, 2020. Disponible en: <https://www.ilo.org/surveyLib/index.php/catalog/7200/download/44196>
[Publiación-Aseguramiento-en-Salud-.pdf \(unibe.edu.do\)](#)
- Informe de resultados: Cuestionario 1, Fase 1. Análisis de situación de salud de la República Dominicana. OPS 2020.
[Boletín demográfico y social 2020 - Oficina Nacional de Estadística \(ONE\)](#)
- Listados de Centros de Salud al 2019 y Población total proyectada por año sexo según la región y provincia de la ONE
- Guía Metodológica FESP.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Difteria en la isla española. 23 de abril de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53825/EpiUpdate23April2021_spa.pdf?seq

- Liebermann EJ, VanDevanter N, Shirazian T, Frías Gúzman N, Niles M, Heaton C, et al. Barriers to Cervical Cancer Screening and Treatment in the Dominican Republic: Perspectives of Focus Group Participants in the Santo Domingo Area. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020;31(2):121-7.
- Campos-Miño S, Sasbón JS, von Dessauer B. [Pediatric intensive care in Latin America]. *Med Intensiva* [Internet]. 2012 ene [citado 2021 dic 11];36(1):3-10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21906846/>
- Madhi SA, Rivera LM, Sáez-Llorens X, Menéndez C, Carrim-Ganey N, Cotton MF, et al. Factors influencing access of pregnant women and their infants to their local healthcare system: A prospective, multi-centre, observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 ene 15;18(1).
- Montgomery MC, Alholm Z, Almonte A, Sykes KJ, Rudolph G, Cusick B, et al. A cross-sectional evaluation of HIV testing practices among women in the rural Dominican Republic. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020;20(21). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0891-2>
- Foster J, Burgos R, Tejada C, Cáceres R, Altamonte AT, Perez LJ, et al. A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic. *Midwifery*. 2010;26(5):504-11
- Taylor BS, Reyes E, Levine EA, Khan SZ, Sergio Garduñ L, Donastorg Y, et al. Patterns of Geographic Mobility Predict Barriers to Engagement in HIV Care and Antiretroviral Treatment Adherence. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2014;28(6):284-95. Available from: www.liebertonline.com/apc
- Keys HM, Noland GS, de Rochars MB, Taylor TH, Blount S, Gonzales M. Perceived discrimination in bateyes of the Dominican Republic: results from the Everyday Discrimination Scale and implications for public health programs. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-13.
- Lockwood A, Dandekar A, Arias M, Ovalles M, Bentley S. Factors associated with pediatric emergency room utilization in an urban community hospital in Santiago, Dominican Republic. *Ann Glob Health*. 2019;85(1):1-6.
- Handy LK, Maroudi S, Powell M, Nfila B, Moser C, Japa I, et al. The impact of access to immunization information on vaccine acceptance in three countries. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(8). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180759>
- Informe de avance de la medición de las capacidades institucionales en República Dominicana. Fase 2. OPS 2021.
- Presentación de resultados de Fase 3 en el evento de socialización de finalización del ejercicio de medición y fortalecimiento de las FEPS en la República Dominicana.
- Ministerio de Economía y Desarrollo (MEPyD). Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley Orgánica No. 1-12). Disponible en: <https://mepyd.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/end/marco-legal/ley-estrategia-nacional-de-desarrollo.pdf>



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA