

CONDUCCIÓN GENERAL PEI 2021-2024

DIRECTOR EJECUTIVO DEL SNS

Dr. Mario Andres Lama Olivero

EQUIPO TÉCNICO COORDINADOR

Michelle Guzmán, Directora Planificación y Desarrollo

Ilka González, Enc. Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP

EQUIPO APOYO

Dirección Jurídica, Wilsy Edelmira López Contin

Dirección Comunicaciones, María Eusebia Gómez de Polanco

Responsable Acceso a la Información, Alexandra Marisol Marte Blanco

Dirección Fiscalización y Control, Ynés Danilda Abreu Ureña

Dirección Recursos Humanos, Altagracia Visenta Méndez Acosta

Dirección Planificación y Desarrollo, Michelle Marie Guzmán Fermin

Dirección Administrativa, Jusán Kalaf Guzmán

Dirección Financiera, Virginia Sánchez Montas

Dirección Tecnología de la Información y Comunicación, Nelson Pablo Pérez Acosta

Dirección Infraestructura y Equipos, Jesús Alexander Ramírez Salazar

Dirección Primer Nivel de Atención, José Luis López Pérez

Dirección Centros Hospitalarios, Yocasta Lara Hernández

Dirección Asistencia a la Red de Servicios de Salud, Rubelina Santos de López

Dirección Medicamentos e Insumos, Omar José García Castillo

Dirección Emergencias Médicas, Mariam Guillermina Montes de Oca

Dirección Odontología, Mario Rafael Bournigal Mena

Dirección Materno, Infantil y Adolescente, José Cipriano Ortiz García

Dirección Cuidados de Enfermería, Vilma Deyanira Galán Aquino

Dirección Laboratorios Clínicos e Imágenes, Yoany Maribel Arias Castro

Departamento de Atención a los Usuarios, Evelyn Ceballos Fontanilla

Departamento Monitoreo Calidad de los Servicios de Salud, Claudia Bautista

Servicio Regional de Salud Metropolitano, Edisson Rafael Feliz Feliz

Servicio Regional de Salud Valdesia, Marcelino Enrique Fulgencio Guzmán

Servicio Regional de Salud Norcentral, Manuel Jacinto Lora Perelló

Servicio Regional de Salud Nordeste, Rafael de Jesús Rodríguez Cruz

Servicio Regional de Salud Enriquillo, César Ulises Díaz Montas

Servicio Regional de Salud Este, Pedro Yunia Claxton Cann

Servicio Regional de Salud El Valle, Juan Francisco Acosta Alcántara

Servicio Regional de Salud Cibao Occidental, Ramón Antonio Rodríguez Almonte

Servicio Regional de Salud Cibao Central, Rafael Darío Collado Guzmán

DIAGRAMACIÓN:

Departamento de Identidad Institucional

RESPONSABLE ELABORACIÓN PEI 2021-2024 [VERSIÓN 2]

Ilka González, Enc. Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP

DOCUMENTO ELABORADO CON LA ASISTENCIA TÉCNICA Y FINANCIERA DE:

Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

CONTENIDO

Siglas	6
Prefacio del Director Ejecutivo	7
1. Introducción	9
2. Estructura del Plan Estratégico Institucional	11
3. Historia y marco normativo del SNS	12
4. La situación nacional de salud en el contexto de la realidad socioeconómica de la República Dominicana	21
4.1 Índice de Gini de concentración del ingreso familiar oficial para hogares, 2000 - 2016	22
4.2 Evolución de la pobreza monetaria y multidimensional en República Dominicana, 2000 - 2018	22
4.3 Relación de los niveles de pobreza y salud	23
4.4 Aseguramiento: Cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud, 2007-2018	25
4.4.1 Protección Social en Salud – Aseguramiento – ajustes PDSS	27
4.5 Gasto público en salud, 2004-2017	28
4.5.1 Distribución del gasto de la red pública por región de salud, 2018	28
4.5.2 Gasto público en salud por actividad y nivel de atención, 2018	29
5. República Dominicana: Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud. Actualidad y Desafíos	32
6. El Modelo de Atención y la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema de salud	37
6.1 Primer Nivel de Atención	38
6.2 Nivel Complementario	42
7. Distribución de los Recursos Humanos en Salud	43
7.1 Situación de los recursos humanos en la red del SNS	44
7.2 Densidad de Recursos Humanos en Salud	46
7.2.1 Razón de médicos por enfermeras licenciadas	47
7.2.2 Dotación por niveles de atención	48
8. Mortalidad Materna e Infantil	49
9. Funciones de Gestión de la Red	52
10. Comparativo indicadores sanitarios, República Dominicana, 2017-2018	53
10.1 Principales causas de mortalidad (muertes por 100,000 habitantes) en República Dominicana	55
10.1.1 Enfermedades Infecciosas	56
10.1.2 Neoplasias	56
10.1.3 Enfermedades Cardiovasculares	57
11. Desafíos	58
11.1 Mejora y cierre de brechas y alcance metas 30-30-30	58
11.2 Rectoría y Gobernanza	58
11.3 Políticas y Regulaciones	59
11.4 Infraestructura y Equipos	59
11.5 Recursos Humanos	59
11.6 Sistema de Información	60
11.7 Medicamentos e Insumos Sanitarios	60
11.8 Servicio de Salud	61
11.9 Financiamiento, Pago y Uso Recursos	61
12. Necesidades y expectativas de los grupos de interés en torno al rol del SNS	62
12.1 Mejoramiento de la Gestión del SNS	62
12.2 Fortalecimiento de la red de prestación de servicios	63
12.3 Calidad del Servicio	64
12.4 Desempeño de los RR.HH.	66
12.5 Gobernanza	67
13. Fuerzas Impulsoras y Restrictivas del SNS	67
13.1 Matriz de Fuerzas Impulsoras y Restrictivas Externas	69
13.2 Matriz Fuerzas Impulsoras y Restrictivas Internas	75
14. Marco Estratégico Institucional del SNS	83
14.1 Ejes Estratégicos del SNS	83
Ejes Estratégicos Descripción	83
14.2 Objetivos Estratégicos	84
14.3 Alineamiento Estratégico Superior del SNS	86
14.4 Alineamiento Estratégico Interno del SNS	89
14.5 Matriz de Resultados, Indicadores y Metas al 2024	94
15. Referencias	112

CONTENIDO

SIGLAS

AL:	América Latina
APS:	Atención Primaria Salud
ARS:	Administradora de Riesgos de Salud
BID:	Banco Interamericano Desarrollo
CEAS:	Centro Especializado de Atención en Salud
CDSNS:	Consejo Directivo Servicio Nacional de Salud
CNSS:	Consejo Nacional de Seguridad Social
CPN:	Centro del Primer Nivel
DIDA:	Dirección de Información y Derecho de los Afiliados
DIGEPEP:	Dirección General de Programas Especiales de la Presidencia
DPS:	Dirección Provincial de Salud
END:	Estrategia Nacional de Desarrollo
ENHOGAR:	Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples
HTA:	Hipertensión Arterial
IG:	Índice Gini
IHME:	Institute for Health Metrics and Evaluation
MEPyD:	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
MESCYT:	Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
ODS:	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONE:	Oficina Nacional de Estadística
OPS:	Oficina Panamericana de la Salud
PDSS:	Plan de Servicios de Salud
PEI:	Plan Estratégico Institucional
PIB:	Producto Interno Bruto
PLANDES:	Plan Decenal de Salud
PNPSP:	Plan Nacional Plurianual del Sector Público
POA:	Plan Operativo Anual
PROMESE/CAL:	Programa de Medicamentos Esenciales/Central de Apoyo Logístico
PSS:	Prestador de Servicios de Salud
RISS:	Redes Integradas de Servicios de Salud
SDSS:	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SeNaSa:	Seguro Nacional de Salud
SISALRIL:	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
SNPIP:	Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública
SNS:	Servicio Nacional de Salud
SRS:	Servicio Regional de Salud
TB:	Tuberculosis
TIC:	Tecnología de la Información Comunicación
UNAP:	Unidades de Atención Primaria
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana



PREFACIO DEL DIRECTOR EJECUTIVO

En correspondencia con la Ley General de Salud (Ley 42-01) y la Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud, que junto a la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) y el Plan Plurianual del Sector Público (PNPSP) son los instrumentos de planificación de más alto nivel; enfocados a lograr la direccionalidad estratégica que garantice la provisión de servicios sanitarios de calidad a la población.

En tal virtud, el Servicio Nacional de Salud, pretende asegurar progresivamente el acceso y la cobertura universal en salud, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, calidad de la atención, garantizando la salud como un derecho humano y brindar sostenibilidad financiera de la Red de servicios públicos de salud.

Igualmente, se destaca la articulación inter e intrasectorial para el abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades transmisibles, las epidemias y las enfermedades crónicas no transmisibles, que tienen un peso progresivo en la morbilidad general y la generación de muertes prematuras, incidiendo en la productividad y el desarrollo del país, lo que genera proporcionalmente un incremento de los gastos en salud para el sistema sanitario dominicano y el gasto de bolsillo de las familias.

Este Plan Estratégico Institucional (PEI) es el resultado de un proceso colaborativo del personal directivo y

técnico de la Dirección Central del SNS (DCSNS), de los Servicios Regionales de Salud (SRS) y con el apoyo de las agencias de las Naciones Unidas, que a través de un exhaustivo y participativo proceso de análisis, reflexión y valoración, afianzaron el compromiso de alinear la gestión del Servicio Nacional de Salud con las políticas del Estado, del actual gobierno constitucional y de todas las instituciones que participan en el marco de cooperación interinstitucional con el objetivo de fortalecer el sistema dominicano de salud.

Se analizaron y contrastaron distintos modelos de planificación estratégica existentes y usuales en el ámbito público del sector salud, acordando las estrategias de intervención a nivel central y su proyección territorial. Como resultado se ha diseñado un modelo que se adapta a las características y necesidades de la situación actual del SNS.

El Plan Estratégico 2021-2024 refleja una propuesta renovada de estrategias a corto y mediano plazo para dar respuesta a cada reto en la gestión de la provisión de servicios de salud, enfocados en la consecución de resultados tangibles que sean reconocidos, percibidos y bien valorados por la sociedad. Este compromiso que asumimos, lo hacemos convencidos de que la salud es un derecho consignado constitucionalmente y crearemos las condiciones necesarias para garantizar la provisión de servicios de salud de calidad y con calidez.



DIRECTOR EJECUTIVO SNS

INTRODUCCIÓN

El documento que presentamos corresponde al Plan Estratégico Institucional (PEI) del Servicio Nacional de Salud (SNS) de la República Dominicana para el periodo 2021-2024.

Dicho documento tiene por objetivo fundamental establecer los lineamientos estratégicos y programáticos del quehacer institucional para los próximos años, de cara a garantizar los grandes cambios e innovaciones que en materia de la provisión de salud de calidad demanda el país para contribuir al mejoramiento sostenido de la calidad de vida del pueblo dominicano, en consonancia al Plan de Gobierno 2020-2024.

El documento se ha estructurado, desde la perspectiva de su contenido sustantivo, respondiendo a la siguiente lógica, para facilitar su comprensión: En un primer momento se presentan los componentes del análisis situacional que sirvieron de base para la definición de los lineamientos estratégicos y programáticos del Plan Estratégico Institucional. Dicho análisis está estructurado desde tres perspectivas diferentes, pero complementarias. Como un referente del plan se analizaron experiencias modélicas en el contexto internacional en materia de provisión de servicios de salud, analizando la situación nacional de salud en el contexto de la realidad socioeconómica de la República Dominicana como referencia para la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora del rol del SNS.

En un segundo momento, también complementario del análisis situacional y como insumo del PEI, se presenta la matriz de resultado del diagnóstico de las

fuerzas impulsoras y restrictivas, externas e internas del SNS, donde se identifican los factores favorables y desfavorables del entorno de la institución a nivel político, económico, tecnológico, medioambiental y sociocultural, así como también de la gestión institucional, donde se analizan, entre otros aspectos, la prestación del servicio, el nivel de desarrollo organizacional, la gestión humana, la infraestructura física y tecnológica, así como la sostenibilidad financiera de la Red SNS.

En tercer lugar, se define el nuevo marco y lineamiento estratégico del SNS para el periodo, integrado por la Misión, Visión, Valores, Ejes, Objetivos Estratégicos y Estrategias. En dichos lineamientos se esbozan los cambios y transformaciones para el mejoramiento de la provisión de servicios de salud de calidad que pretende impulsar el SNS para los próximos años.

En un cuarto momento, se presenta la tabla de alineamiento estratégico superior en donde se articulan y vinculan los compromisos institucionales definidos en el marco estratégico del PEI con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (END), el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2021-2024, los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS), Plan Decenal de Salud en su versión preliminar 2019-2028 (PLANDES) y las Metas Presidenciales 2020-2024 (MP).

Finalmente, se presenta la tabla de resultados, indicadores y metas al 2024 que permitirá definir, medir y cuantificar las transformaciones que, en los ejes estratégicos, para la provisión de servicios de salud de calidad y el fortalecimiento institucional, pretende alcanzar el SNS.

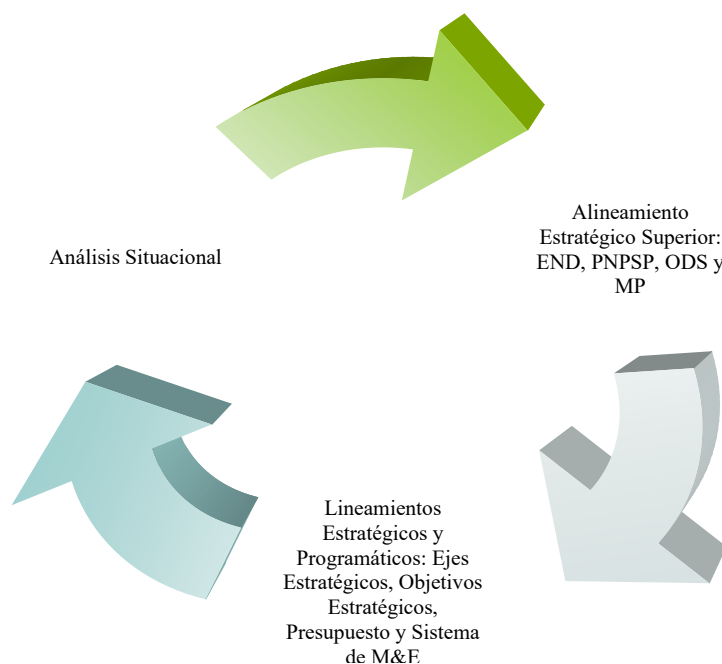
ESTRUCTURA DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

El Plan Estratégico Institucional (PEI) del SNS está fundamentado en la Planificación orientada a Resultados (PoR), acorde a los requerimientos del Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública (SNPIP). La gestión por resultado supone una gestión eficiente, eficaz y con control interno y social de dicha gestión, a través de un sistema robusto de monitoreo y evaluación. La gestión por resultado supone:

- La planeación y administración estratégica de la gestión.
- Formulación de planes operativos.
- La formulación de presupuesto por resultado.
- Establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación, retroalimentación y mejora continua.
- El diseño y rediseño de proceso que aseguren la eficiencia de la gestión, así como la entrega oportuna de servicios y satisfacción de la gente.
- Estructuras funcionales que faciliten y agilicen la toma de decisiones.
- El mejoramiento de las competencias del personal. Competencia técnicas y conductuales.

Dicha planeación se elaboró partiendo y teniendo como referencia el análisis situacional del entorno y condiciones internas del SNS. Como referencia del análisis del entorno se consideraron la identificación y análisis de experiencia modélica en el plano internacional en materia de prestación de servicios públicos de salud, el análisis de la situación de salud de la República Dominicana consulta y análisis de necesidades a los grupos de interés en torno al rol del SNS, análisis de las fuerzas impulsoras y restrictivas externas e internas del SNS.

A partir de los resultados del análisis situacional se definieron los lineamientos estratégicos y programáticos del SNS integrados por la Misión, Visión, Ejes Estratégicos, Estrategias, Resultados Esperados con sus Indicadores y Metas. Por último, estos lineamientos estratégicos se han articulado con los compromisos derivados de la END, PNPSP, ODS y Metas presidenciales.



HISTORIA Y MARCO NORMATIVO DEL SNS

El Servicio Nacional de Salud, es una institución creada en fecha 16 de julio del año 2015 mediante la Ley 123-15, como una entidad pública, provista de personalidad jurídica, con autonomía administrativa, financiera y técnica y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud Pública. El Servicio Nacional de Salud (SNS) tiene como propósito asegurar la efectividad técnica, administrativa y financiera de los Servicios Regionales de Salud.

Estructuralmente está constituido por tres [3] niveles organizativos y funcionales, para cubrir las necesidades en términos de salud, de más de 10 millones de ciudadanos:

1. Nivel Central, que tiene función de gestión de todos los servicios regionales de salud
2. Nivel Regional, estructurado por nueve [9] Servicios Regionales de Salud (SRS) quienes a su vez se constituyen en los servicios de atención de carácter público.
3. Nivel Operativo, que tiene función de provisión de los servicios de salud a la población.

El órgano de Dirección Central del SNS está conformado por un Consejo Directivo y una Dirección Ejecutiva. El consejo directivo está integrado por:

1. El ministro de Salud Pública, quien lo presidirá.
2. El Gerente General del Sistema Dominicano de Seguridad Social.
3. Un representante del Ministerio de Hacienda.
4. Un representante del Ministerio de la Presidencia.
5. Un representante de los Servicios Regionales de Salud, con voz, pero sin voto.
6. Un representante de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados.
7. Un representante de la Dirección General de Presupuesto.
8. El director ejecutivo del SNS quien está llamado a actuar como Secretario Técnico del Consejo Directivo, con voz, pero sin voto.

La Dirección Central del Servicio Nacional de Salud tiene las siguientes atribuciones:

- Promover y coordinar el fortalecimiento y desarrollo de los Servicios Regionales de Salud.
- Evaluar el cumplimiento de los requisitos para los Servicios Regionales de Salud obtener la autonomía administrativa y financiera y proponer al Ministerio de Salud Pública su habilitación.
- Coordinar y asistir técnicamente a los Servicios Regionales de Salud en la formulación e implementación de sus planes de desarrollo y en su funcionamiento, enfatizando en la articulación de los diferentes niveles de complejidad de la atención y la cartera de servicios, con equidad, accesibilidad, efectividad y calidad en la provisión, en correspondencia con el marco legal vigente y las políticas y planes trazados por el Ministerio de Salud Pública para el sector salud.
- Establecer, en coordinación con las disposiciones dictadas por el Ministerio de Administración Pública y el marco legal vigente, el modelo de estructura organizacional y de funcionamiento para los Servicios Regionales de Salud; así como, los manuales e instrumentos operativos, técnicos, administrativos, de orden clínico y otros que se requieran, de común aplicación.
- Promover y supervisar la aplicación del modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud y sus manuales de operación, para una oferta de servicio de base poblacional, orientada a la demanda, con criterios de racionalidad e integridad en el manejo de los servicios, y los recursos, con base en el Plan Decenal de Salud, el Modelo de Atención y las prioridades que establezca el Ministerio de Salud Pública, en su accionar como máxima autoridad sanitaria nacional.
- Promover e impulsar el proceso de cambio, modernización y mejoramiento continuo de los prestadores públicos de servicios de salud que conforman los Servicios Regionales de Salud.

- Establecer criterios, normas e instrumentos complementarios para realizar y evaluar los procesos de negociación de todas las relaciones contractuales que se establezcan para el financiamiento de los prestadores de servicios de salud públicos (compra y venta de servicios) en correspondencia con los requerimientos que establezca el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en calidad de ente rector.
- Desarrollar y mantener los sistemas de información para la toma de decisiones conforme a los reglamentos y disposiciones que establezca el rector del sector salud.
- Establecer regulaciones complementarias para la coordinación, supervisión y desarrollo de los Servicios Regionales de Salud para garantizar la provisión de servicios de salud, a la vez que redefine los modelos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de estas regulaciones.
- Asegurar que los Servicios Regionales de Salud mantengan actualizadas las necesidades de atención de salud de su población asignada, en estrecha coordinación y bajo las normativas definidas por el Ministerio de Salud Pública, en sus órganos centrales y desconcentrados, con miras a establecer estrategias operativas de intervención, en el marco del cumplimiento de los convenios de gestión.
- Impulsar y gestionar programas de gestión de calidad, equidad y acceso de los servicios de salud, y el desarrollo armónico y proporcional de los Servicio Regionales de Salud.

Desde una perspectiva macro, la prioridad sectorial es desarrollar redes integrales de servicios de salud sobre la base de la Estrategia de Atención Primaria, donde el desarrollo del primer nivel de atención representa uno de los compromisos más importantes del Sistema Nacional de Salud.

Esto implica asumir un enfoque de equidad en salud y enfocar las estrategias hacia la reducción de las brechas de acceso a los servicios entre los distintos grupos sociales. Los esfuerzos en este sentido habrán de estar basados, además, en un modelo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, reduciendo de manera paulatina el enfoque de salud curativo.

El proceso de separación de funciones de rectoría y provisión de servicios en la República Dominicana tiene su origen normativo en la Ley General de Salud 42-01 y la Ley 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, concretamente en los artículos presentados a continuación:

Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo, del 25 de enero de 2012

Eje Estratégico 2: “Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial”.

Objetivo General 2.2.1: “Garantizar el derecho a la población al acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud”.

Objetivo Especifico 2.2.1.1. “Impulsar el desarrollo de la red pública de salud, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia prehospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.

Ley 498-06 Plan Nacional Plurianual del Sector Público, del 19 de diciembre del año 2006, Objetivo General 2.2 Más y mejor salud y seguridad social integral para todos y todas.

Ley 42-01 Ley General de Salud, del 8 de marzo 2001 Artículo 8. La rectoría del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la SESPAS y sus expresiones territoriales, locales y técnicas. Esta rectoría será entendida como la capacidad política de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud, y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

Artículo 12. La SESPAS, como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, promoverá y desarrollará las siguientes estrategias: c) Promover gradualmente la separación de funciones de regulación, provisión de servicios, financiamiento y supervisión.

Los distintos reglamentos derivados de estas dos leyes han sido los encargados de definir y desarrollar cada una de las funciones del Sistema Nacional de Salud. Para la función de provisión de servicios, el texto legal de referencia es el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud.

Ley 87-01 que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, del 9 de mayo del año 2001.

Artículo 1. Tiene como objeto establecer el Sistema de Seguridad Social SDSS, en el marco de la constitución de la Republica para regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concernientes al financiamiento para la protección de la población contra riesgo de vejez, discapacidad, infancia y riesgos laborales.

Artículo 7. Regímenes de Financiamiento. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) estará integrado por los siguientes regímenes de financiamiento:

Un Régimen Contributivo, que comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.

Un Régimen Subsidiado, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano.

Un Régimen Contributivo Subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.

Decreto 635-03 Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones, del año 2003.

Artículo 9. La función de Provisión de servicios de salud se encarga de la organización y el funcionamiento

de las productores de servicios de salud, sean públicos, privados con o sin fines de lucro, o mixtos, comprendiendo la entrega de servicios de diferentes niveles de complejidad, dirigidos a las personas y sus entornos familiares y comunitarios, de forma individual o colectiva, sean estos de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades, de diagnóstico y de recuperación de la salud [atención sobre la enfermedad], como de rehabilitación de las capacidades afectadas por la enfermedad o por los desequilibrios ambientales.

Artículo 10. En el Sistema Nacional de Salud la función de Provisión organiza las intervenciones y prestaciones en dos tipos de servicios: el subsistema de los Servicios de Atención a las Personas y el subsistema de los Servicios de Salud Pública o Programas de Salud Colectiva.

Artículo 12: Las redes de servicios de atención a las personas de la SESPAS y del IDSS se organizarán en la transición por Regiones de Salud, de acuerdo con una normativa legal que se establezca al efecto, recibiendo la denominación de Servicios Regionales de Salud.

Como se observa, el Artículo 12 del Decreto 635-03 refiere a la necesidad de establecer una normativa legal para organizar los servicios de atención a las personas en redes bajo la denominación de Servicios Regionales de Salud (SRS).

Dicha normativa se formalizó mediante el Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud [Disposición SESPAS 00024 del año 2005]. Este documento pretendía ser un instrumento imprescindible para el apoyo a las labores de desarrollo a los servicios regionales, así como responder al mandato legal vigente que ordenaba la descentralización de los servicios de atención a las personas.

Así, el texto establece claramente que la prestación de servicios de atención a las personas queda a cargo de los SRS y que éstos son una dependencia de la Subsecretaría de Atención a las Personas hasta que consigan su autonomía.

Decreto No.1522-04 Creación y desarrollo de las redes de servicios de salud, del 30 de noviembre de 2004.

Que instruye a la Secretaría de Estado de Salud Pública para que inicie el proceso gradual de creación y desarrollo de las redes de servicios de salud, como expresiones autónomas y descentralizadas.

Decreto No. 434-07 Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, CEAS, del 18 de agosto de 2007.

Que establece el reglamento general de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas el cual tiene como objetivo establecer los principios, políticas y normas administrativas de carácter general, por las cuales se regirá la organización y funcionamiento de los CEAS, desde su accionar desconcentrado hasta su descentralización.

Decreto 379-14. Desconcentración administrativa, funcional y territorial del Viceministerio de Atención a las Personas, del año 2014.

El proceso de separación de funciones y descentralización de los servicios de atención a las personas recibió el impulso definitivo en el año 2014 con la aprobación del Decreto 379-14, que en su Artículo 1 ordena “la desconcentración administrativa, funcional y territorial del Viceministerio de Atención a las Personas, con el objetivo de iniciar el proceso de separación de las funciones de provisión de servicios de salud, de las de rectoría y salud colectiva en el Ministerio de Salud Pública”.

Ley de Carrera Sanitaria 395-14, del 28 de agosto 2014
Que establece las normas reguladoras de las relaciones laborales entre los servidores públicos pertenecientes a la Carrera Sanitaria y el Estado.

Ley 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), del 16 de julio 2015.

El Decreto 379-14 fue la antesala para la promulgación

de la Ley 123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) como una Dirección Central con sus respectivas expresiones territoriales de carácter desconcentrado [los SRS].

Dicha ley, en su artículo 9, indica que una de las funciones del Consejo Directivo del SNS es “aprobar los planes estratégicos, el presupuesto y la programación anual de los Servicios Regionales de Salud y de la Dirección Central del SNS.

Por lo tanto, el marco legal vigente establece que la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud debe elaborar su propio Plan Estratégico y es en este contexto donde se enmarca normativamente el presente documento.

Decreto 200-16, del 12 de agosto 2016

Artículo 1: crea la comisión para la integración de la Red Única de Servicios Públicos de Salud, la cual tiene como objeto la conducción del proceso de integración de la red pública única del SNS, en consonancia con el marco constitucional y legal vigente, para mejor protección del derecho a la salud de la población dominicana.

Decreto 205-16, del 18 de agosto 2016

Que suprime la Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud y traspasa sus activos al SNS, así como otras disposiciones relacionadas con los recursos humanos, programas y pasivos.

SITUACIÓN NACIONAL DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REALIDAD SOCIOECONÓMICA DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

República Dominicana es un país de 48,670 Km², con 31 provincias y 1 Distrito Nacional, dividido en 155 municipios y 321 Distritos Municipales. Una población estimada según la ONE a 2019 de 10.3 millones de habitantes, con una densidad poblacional de 208.2, donde la mayor concentración se encuentra en la

Región Metropolitana con 38% habitantes. Del total de la población, 5.174 millones son hombres y 5.183 millones son mujeres.

La tabla siguiente realiza un comparativo con América Latina, donde se puede observar que:

- Estamos por debajo en ingreso, en esperanza de vida al nacer, en promedio de años de escolaridad.
- Tenemos mayor cantidad de hijos, mayor mortalidad materna y neonatal, mayor tasa de VIH e incidencia de TB.
- Mayor crecimiento del PIB, pero sin evidenciar una buena reducción de la pobreza; avances ralentizados en cuanto a reducción de las desigualdades.

Tabla 1. Indicadores socioeconómicos de la República Dominicana

Datos	RD		AL
Población total (millones) 2018	10.3		1.015
Tasa global fecundidad (hijos/mujer) 2018	2.4	>	2.0
Esperanza de vida al nacer (años)	74.2	<	77.4
Año escolaridad promedio (años)	7.8	<	10.1
Ingreso nacional bruto –valor corriente (US\$ per cápita) 2017	6.630	<	25.677
Crecimiento anual del PIB (%) 2017	4.6	>	1.9
Razón de muerte materna reportada (100mil NV) 2018	113	>	56.6
Tasa de mortalidad neonatal reportada (1000 NV) 2018	16	>	0.6*
Tasa de VIH (100mil habitante) 2017	37	>	14.5
Incidencia de TB (100mil habitante) 2015	42.8	>	22.2

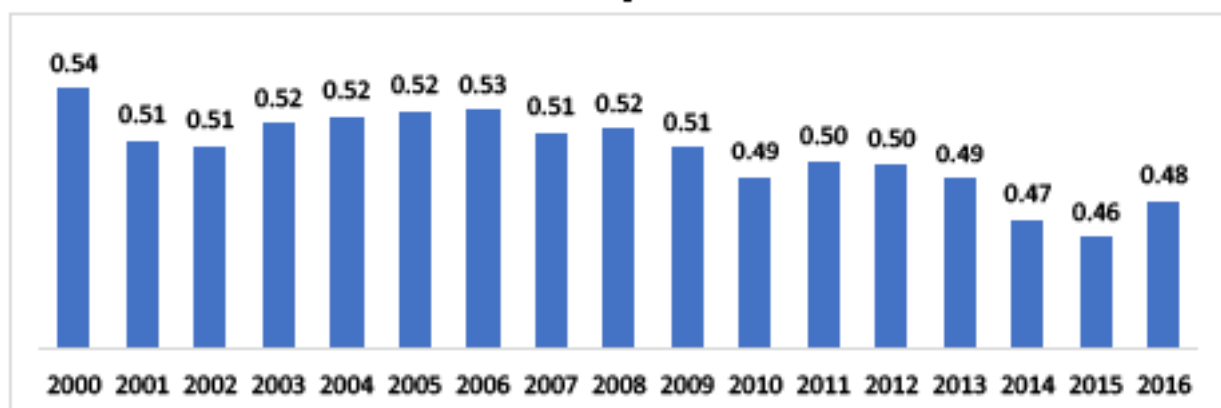
Fuente: OMS, Indicadores Básicos: Situación de Salud en las Américas 2018 y MISPAS, Boletín SE52-2018 DIGEPI * Reporte UNICEF

4.1 Índice de Gini de concentración del ingreso familiar oficial para hogares, 2000 - 2016

Mientras el IG es más cercano a cero, indica mayor acceso a oportunidades y reducción de las desigualdades. En un periodo de 16 años la reducción

absoluta ha sido de 0.06, comparando 2000 y 2016. La tendencia desde 2012 era a la baja y en 2016 presenta un aumento en 0.02. Si la tendencia en los años posteriores ha sido la misma, significaría ampliación de la brecha y de las desigualdades.

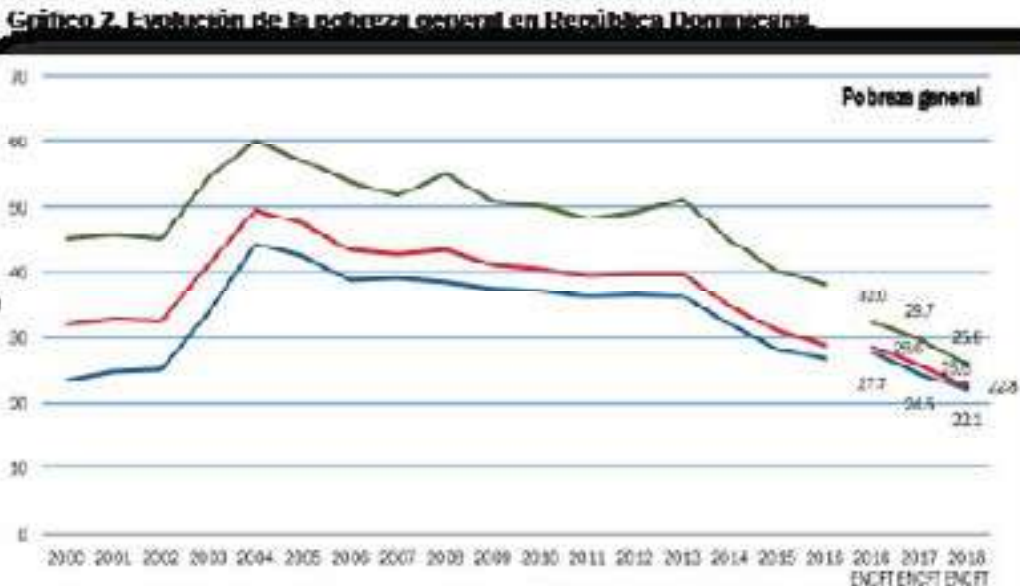
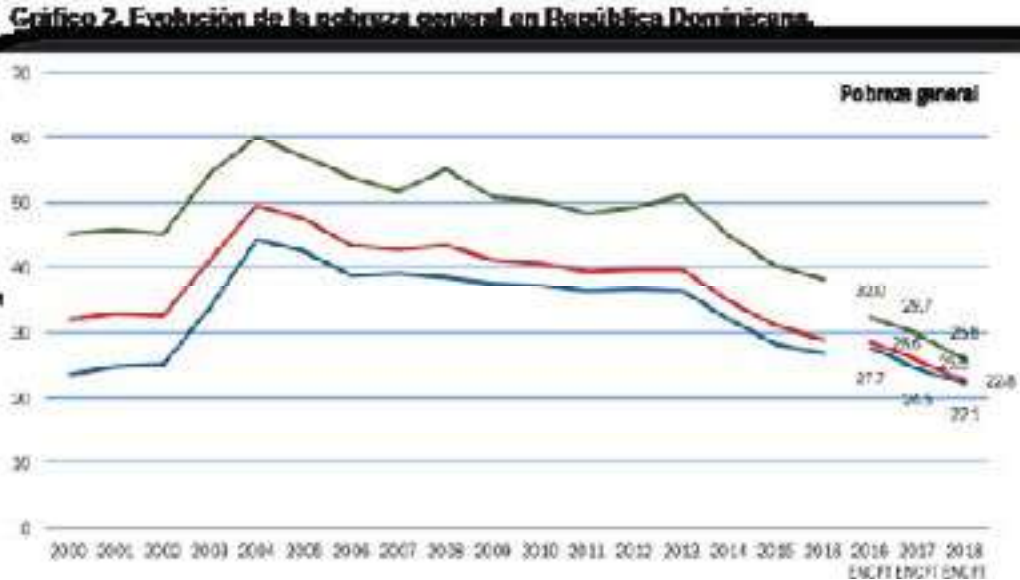
Gráfico 1. Evolución del índice de Gini en República Dominicana.



4.2 Evolución de la pobreza monetaria y multidimensional en República Dominicana, 2000 - 2018

El análisis situacional de la ONE 2019 indica que somos un país con tendencia a la baja en los indicadores de pobreza general nacional y de pobreza extrema nacional por áreas geográficas. Como se muestra en

los gráficos de la Gráfica 2 y 3, entre el 2017 y el 2018 el porcentaje de personas en condición de pobreza general cayó 2.8 puntos porcentuales, al pasar del 25.6% al 22.8%. En los últimos tres años la pobreza extrema cayó 1.6 en puntos porcentuales, al pasar del 4.5% al 2.9%.



Fuente: MEPyD, Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria, Año 4, No. 6 mayo 2019

4.3 Relación de los niveles de pobreza y salud

Las mejoras en el ingreso de los hogares se traducen en una mayor posibilidad de utilización de los servicios por las personas cuando estas presentan un problema de salud. También incide positivamente en la utilización

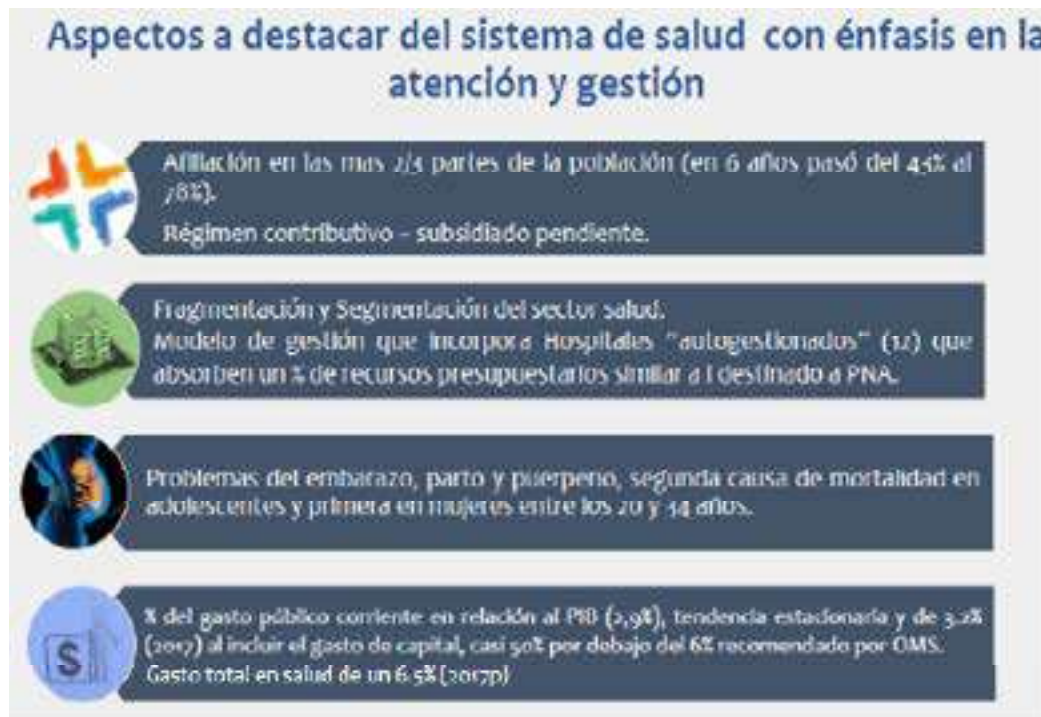
de servicios preventivos de salud. La reducción de la pobreza extrema indica que cada vez más personas acceden a una Canasta Básica Alimentaria (CBA), la cual representa un requerimiento de energía de 2,157 calorías.

La reducción de la pobreza incide positivamente en los indicadores de nutrición de la población y afecta negativa e indirectamente la aparición de enfermedades.

En los niños contrarresta que se cree un entorno favorable para el establecimiento y desarrollo de enfermedades infecciosas, entre las que se pueden mencionar: la malaria, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis, que a su vez contribuyen a mantener la desnutrición y constituyen una significativa

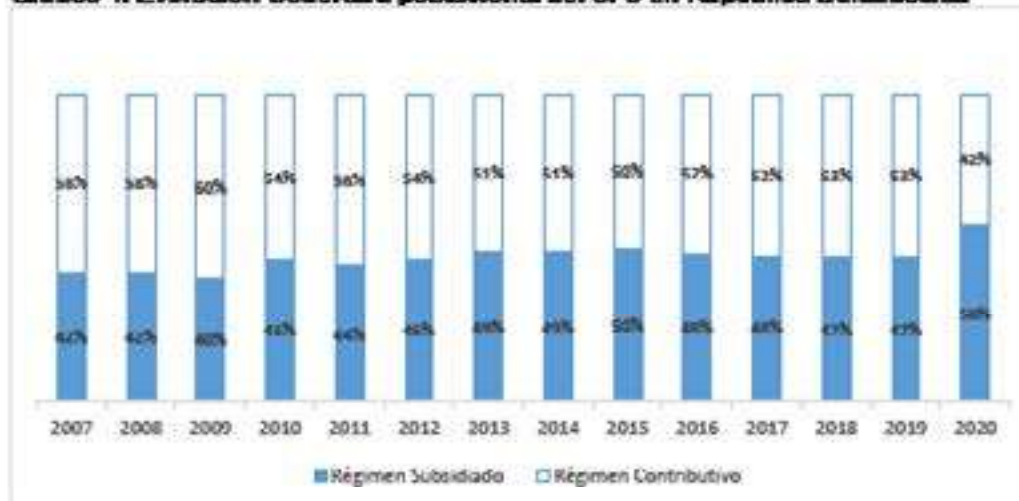
causa de mortalidad en la población económicamente activa.

Por otra parte, el Estado, a través de su políticas y programas sociales define intervenciones que pretenden contribuir a la resolución de la exclusión social (pobreza, hambre y marginación social), siguiendo en su lucha contra la pobreza y las desigualdades extremas como se establece en los ODS:



4.4 Aseguramiento: Cobertura poblacional del Seguro Familiar de Salud, 2007-2018

Gráfico 4. Evolución Cobertura poblacional del SFS en República Dominicana.



Fuente: Base de datos afilidos SEAJRIL, diciembre 2020.

El incremento de la población con seguro de salud ha sido un factor capacitante para el acceso a los servicios de salud, con la diferencia de que las personas no son discriminadas por enfermedades preexistentes, condición social, económica o laboral, como ocurre con los seguros privados.

En la actualidad un 74% de la población está en el SDSS. En el Régimen Subsidiado alcanza el 100% de la población pobre y en condiciones de vulnerabilidad, con una cantidad de afiliados a 2018 de 3.6 millones de personas, donde superaba la cantidad de los que estaban en pobreza monetaria (pm) estimada para dicho año, representando 2.3 millones de personas (aplicando el 22.8% de pm a la proyección de población de la ONE para 2018 calculada en 10.3 millones de personas).

La cobertura en salud ha ido incrementada. En efecto paso de 13.4% en 2007 a 74% en 2018. Esto afianza el sistema de protección social en salud, garantizando que los individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema, sin que para ello la capacidad de pago

sea un factor restrictivo. Sin embargo, un 26% queda parcialmente excluido, debido a que los mercados laborales no han logrado aún convertirse en una puerta de acceso universal a la protección social y a que la cobertura de seguridad social está fuertemente asociada a la formalidad del empleo. Requiriendo aún la decisión de modificación de la Ley 87-01 para la implementación del régimen contributivo subsidiado y la cobertura y sostenibilidad de los demás regímenes de salud.

Ahora bien, dichas restricciones no afectan solo las intervenciones cubiertas en el PDSS, el cual, inició como un plan transitorio que debía ser modificado para adecuarlo al perfil epidemiológico de la población, incluyendo la completitud de las intervenciones sanitarias, en los casos donde los procedimientos no cubren el continuo de la atención. Al menos, se ha logrado incluir un aumento en las coberturas, tal como se presenta en el cuadro de la lámina siguiente.

4.4.1 Protección Social en Salud – Aseguramiento – ajustes PDSS

Normativas	Ajustes cobertura	Ajustes cápita
Enero 2008, Resolución 140-08 de la SISALRIL	Modifica el período de carencia para gozar la cobertura de alto costo. Aumento cobertura hospitalización: Antes 80% hasta \$71 (DOP \$1.000); Ahora 100% hasta \$40 (DOP \$1.200) y 90% del exceso hasta \$71 (DOP \$1.000) Reducción copago en odontología: Antes 50% y Ahora 20%	Sin ajuste
Julio 2008, Resolución 166-08 de la SISALRIL	Inclusión 62 procedimientos para el tratamiento cardiopatías congénitas Inclusión 28 procedimientos para el tratamiento cardiopatías	Sin ajuste
Diciembre 2009, Resolución 227-02 del CNSS	Aumento cobertura alto costo a \$49,667 (DOP\$1,000,000) Introducción de una cobertura por \$3,570 (DOP\$90,000) para medicamentos oncológicos coadyuvantes. Inclusión 327 medicamentos. Reducción copago hemoterapia en un 10% Eliminación copago en atención del nacimiento del recién nacido y atención del parto normal	RC incremento en \$15 (DOP \$360) anuales. RS sin ajuste

Fuente: BID. Estudio de caso del Plan de Servicios de Salud PDSS de la República Dominicana. — Nota técnica del BID, 683

En 2015 el CNSS dictó la Resolución No. 375-02, de fecha 29 de octubre de 2015, una atención integral con un tope de cobertura de hasta RD\$1,0 millón de pesos por cada una de las atenciones de alto costo y máximo

nivel de complejidad (Grupo 9 PDSS), por evento por año. Ampliación de la cobertura de medicamentos de \$3 mil a \$8 mil por año.

En 2017, mediante Resolución No. 431-02 se aprobó la inclusión de 27 medicamentos para tratamientos oncológicos y otras patologías de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad; 7 medicamentos para hemodiálisis y trasplante renal; 44 nuevos procedimientos. Incremento del per cápita del RC pasando de RD\$914.76 a RD\$1,013.62.

En 2018, se autoriza el incremento del tope de cobertura de atenciones médicas por accidentes de tránsito de 40 a 60 Salarios Mínimo-Cotizables, pasando para el año 2018 de 488 mil a 700 mil pesos, vía Resolución No. 454-02 del 6 de septiembre del 2018.

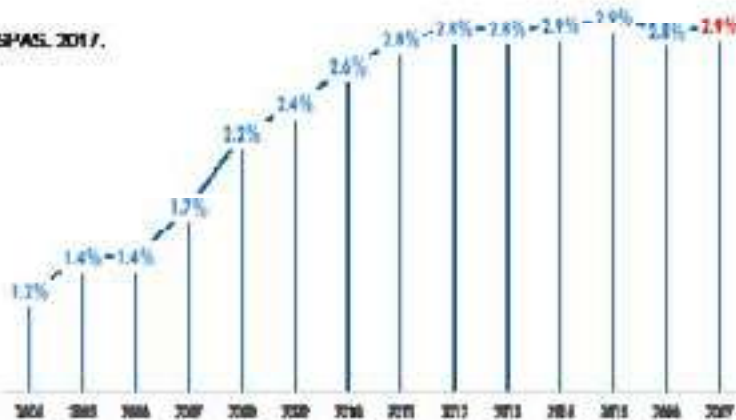
4.5 Gasto público en salud, 2004-2017

Desde 2004 hubo un aumento sostenido hasta 2011; sin embargo, a partir de ese año se refleja un estancamiento en el gasto corriente. Esto es producto del aseguramiento en salud.

A pesar del aumento de 1.7% en relación con el 2004, estamos por debajo de los estándares internacionales del 6% del PIB, según OMS y de lo establecido en la END del 5%.

Gráfico 5. Evolución Gasto Público en salud.

Fuente: MSPAS, 2017.



4.5.1 Distribución del gasto de la red pública por región de salud, 2018

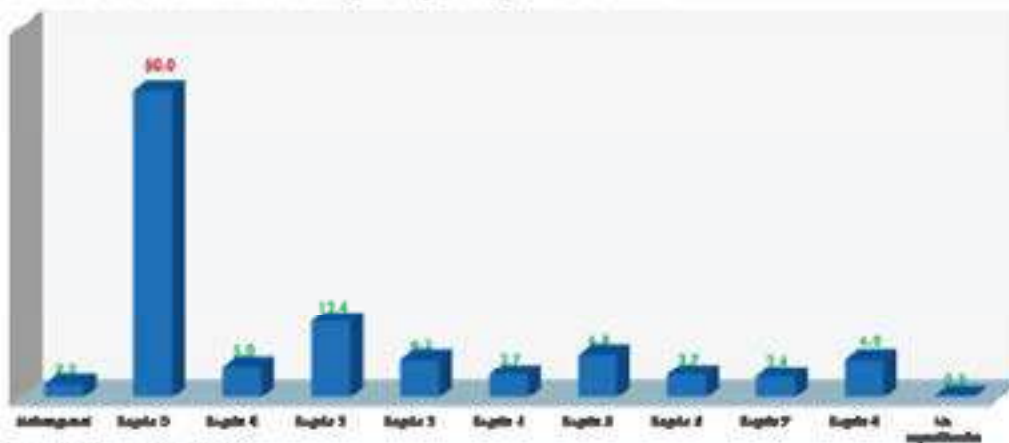
En términos generales el 62.4% del gasto se distribuye en las Regiones Metropolitana y Norcentral que concentran el 54.9% de la población nacional.

La concentración del gasto en la Región Metropolitana

puede verse explicada en lo siguiente:

- El 91% de los hospitales autogestionados.
- Los hospitales de referencia nacional se concentran en esta Región.
- El 39.2% de la población reside esta Región.

Gráfico 6. Distribución del gasto por región de salud.



Fuente: DGH-DAL-5 SNS

4.5.2 Gasto público en salud por actividad y nivel de atención, 2018

El nuevo Pacto de APS 30-30-30 por la Salud Universal, OPS-OMS propone a los países a que se comprometan a destinar al menos el 30% de todo el presupuesto

público en salud, al primer nivel de atención para 2030 en línea a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El gasto de administración de la red es bajo, con lo cual está en el rango de lo esperable de un 10%.

Gráfico 7. Gasto Público por actividad.

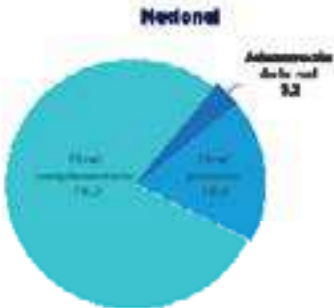
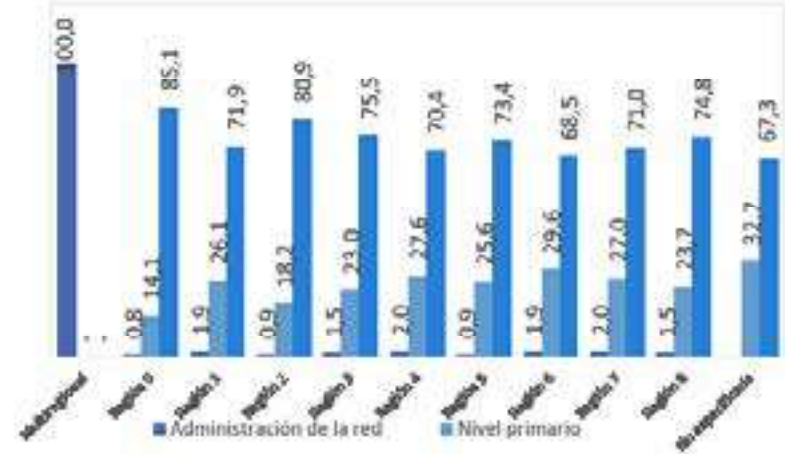


Gráfico 8. Gasto Público por nivel de atención.



Fuente: DGH/MS/ SINS

4.5.3 Proporción de financiamiento por la vía de la demanda en la red pública de salud, 2018

Gráfico 9. Financiamiento vía la demanda en la red pública de salud.



Fuente: DGH/MS/ SINS

El financiamiento por la vía de la demanda de los proveedores (se excluye administración de la red)

representó un 13.7%, siendo de un 13.6% para el nivel complementario y un 13.8% para el nivel primario.

Tabla 2. Ejecución presupuestaria del Servicio Nacional de Salud, 2016 - 2018.

Ejecución presupuestaria del Servicio Nacional de Salud, 2016 - 2018			
Presupuesto por tipo de gasto	2016	2017	2018*
Gastos de consumo	24,870,001,814	30,925,357,764	34,000,274,615
Remuneraciones y contribuciones	21,470,432,027	26,546,042,442	29,888,007,609
Contratación de servicios	1,026,398,269	1,092,829,705	1,213,117,084
Materiales y suministros	2,373,171,518	3,286,485,616	2,899,149,921
Transferencias corrientes	-	-	349,233
Gastos de capital	76,096,663	453,981,791	541,743,044
Bienes muebles, inmuebles e intangibles	76,096,663	446,496,839	507,715,127
Obras		7,484,952	34,027,917
Financiamiento		303,389,223	116,372,769
Disminución de pasivos		303,389,223	116,372,769
Total	25,022,195,140	32,440,099,793	35,316,855,475
*Balance temporal			
Elaborado con base a datos del SICDEF.			
Nota: Se sumó el pago de energía no cortable que no figura en ejecución del SNS porque Hacienda gira la transferencia directamente a las EUEs.			

REPÚBLICA DOMINICANA: ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD. ACTUALIDAD Y DESAFÍOS

La salud de la población es un bien superior, reconocido por la Constitución en su Artículo 61 “Toda persona tiene derecho a la salud integral”. En este sentido, es deber del estado dominicano velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran.

Para que el derecho a la salud sea disfrutado en su totalidad, se requiere un proceso de mejora continua. En las últimas décadas, la región de América Latina y Caribe, y República Dominicana per se, transitó de un perfil epidemiológico centrado en las enfermedades infecciosas o transmisibles y materno-peri-natales a uno, en que las enfermedades crónicas no transmisibles [ECNT] ocupan los primeros lugares en los casos de morbi-mortalidad.

En este escenario la comunidad inter-nacional ha acordado comprometerse para el logro de la Cobertura Universal de Salud [CUS] y el Acceso Universal a la Salud. La Organización Mundial de la Salud [OMS] la ha definido como “el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud que se logra cuando cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras” [OMS, 2014].

Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS], el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, implican que todas las personas

y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, ofertados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades de la población; así como, a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. [CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014].

De manera adicional, las Naciones Unidas han incluido en una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 [ODS], “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas, seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” [Naciones Unidas, 2015].

Para entender plenamente los desafíos existentes para lograr la meta de la cobertura y el acceso universal en salud, es necesario analizar cómo influyen los determinantes internacionales y que se debe tener en cuenta para el logro de las metas.

En el caso de la región de América Latina, los sistemas de salud y los desafíos que estos enfrentan son similares, en cuanto se encuentran es una situación de fragmentación y segmentación, y donde existe una diferencia más o menos amplia dependiendo del contexto nacional, entre los asegurados, los privados y las coberturas .

La región de las Américas se mueve en esta transición de la fragmentación de la seguridad social, a modelos que han avanzado a la protección financiera y modelo de prestadores de salud y también a los modelos de sistemas únicos desde los centros públicos .

Un aspecto clave a considerar en el análisis sobre la cobertura universal es la implementación de las RISS, cuyo proceso ha sido y sigue siendo complejo en la región, y que tiene como objetivo crear un sistema de salud integral e integrado, a través del fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Un rol importante en el alcance de las metas de acceso y cobertura universal, lo tienen los recursos humanos, y por ende la academia como responsable de la formación de los recursos humanos.

Unos de los desafíos principales es disminuir la brecha existente entre las necesidades de recursos humanos en el sector salud, y la cobertura existente. Es necesario aumentar la inversión pública y la eficiencia del financiamiento, fomentando la calidad de la educación y del empleo en el sector de la salud, para incrementar la disponibilidad de recursos humanos, motivar a los equipos de salud, promover su retención, mejorar los resultados de salud y contribuir al desarrollo económico.

Para garantizar el acceso a medicamentos, incluyendo las vacunas y otras tecnologías sanitarias, es necesario analizar tanto el producto, como el mercado. En este sentido la industria y los productores de tecnología son actores relevantes, que ameritan ser involucrados en este proceso.

Cuando hablamos de acceso universal, se entiende la ausencia de barreras de tipo geográficas, económico, social, cultural, de organización y de género. Los precios son un componente muy importante en garantizar el acceso. Es necesario hablar de asequibilidad de los productos en cuanto sus precios deben corresponder

a la capacidad de pago, no solo a nivel individual sino a nivel de sistema. En este sentido, el desafío es reducir el gasto de bolsillo para la compra de medicamentos, considerando que la cobertura de la protección social, en la mayoría de los países de la región no cubre a toda la población.

Cuando miramos la tecnología hay que mirar al mercado y al sistema de salud. La región en cuanto a capacidades de regulación es muy heterogénea. Solo el campo de regulación es amplio: regulación sanitaria, económica, legal, propiedad intelectual. En esta área, la cooperación ha tenido un rol importante de integración regional, a través de la constitución de la Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (PARF) y las acciones implementadas para el fortalecimiento de las capacidades de regulación de las autoridades sanitarias y de la armonización de dicha regulación a nivel regional.

Es importante remarcar que la relación entre los países es un elemento complicado y la cooperación internacional en la modalidad de cooperación Sur-Sur, es una necesidad. Se debe tomar en cuenta que cada actor tiene sus propios intereses en la atención médica: el propio gobierno, el sector privado, los usuarios de los sistemas de salud, la sociedad civil y los grupos más vulnerables.

Finalmente, la migración en los modelos de salud de los países tiene fuerte implicaciones. Este fenómeno, plantea uno de los mayores retos a la salud pública en todo el mundo y obliga a los estados a repensar los sistemas de salud basados en el derecho humano a la salud, la atención primaria, reducir el asistencialismo y medicina especializada, también identificar los determinantes sociales internacionales y ambientales.

Entre los desafíos para alcanzar la cobertura universal de salud se debe mencionar la inequidad existente en la Región, y de otro lado, la necesidad de integrar a otros sectores en la idea de salud para el desarrollo de manera que se atiendan los temas que impactan sobre la salud [determinantes sociales de la salud]. Finalmente, es necesario garantizar que todas las personas accedan a servicios de calidad y que dichos servicios sean sostenibles en el tiempo.

Es necesario partir del hecho que la cobertura universal en salud se debe considerar y como un derecho humano, y en particular como derecho a la salud y a la vida. La cobertura universal de salud descansa sobre los cimientos de los derechos humanos, equidad y solidaridad. Por esa razón es correcto abordarla como un derecho fundamental y no como un servicio. Todas las personas tienen el derecho a la salud, porque es un derecho humano.

Los modelos de desarrollo implican como los países, a través de sus marcos regulatorios y de sus sistemas de salud, facilitan o representan una barrera para garantizar la salud para todos. Marcos regulatorios deficitarios, y modelos de seguridad social ineficientes, crean las primeras barreras de acceso a los servicios de salud para aquella población más necesitada. El modelo de desarrollo es particularmente importante si consideramos que el esquema de cobertura universal requiere de recursos presupuestales importantes, y que los países deben encontrar los mecanismos

internos para asegurar dichos recursos.

Por otro lado, el acceso universal a medicamentos es estratégico para el logro de la cobertura universal. El comercio y las reglamentaciones internacionales y nacionales pueden considerarse como factores influyentes en el precio, disponibilidad y distribución de los medicamentos. Así mismo, la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías tienen un impacto directo en la salud de la población, promoviendo nuevos tratamientos y tecnología médica más eficiente y asequible.

Finalmente, la cooperación internacional pudiera ser el motor de promoción del modelo de acceso universal a la salud a través de iniciativas regionales que tomen en cuenta las particularidades de cada país, pero promoviendo temas comunes y brindando apoyo para el desarrollo e implementación de estrategias que desde el nivel regional lleguen al nivel nacional y comunitario.

EL MODELO DE ATENCIÓN Y LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD

El marco legal y estratégico del Sector Salud ha establecido una visión para el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana. Durante los últimos años el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud han realizado esfuerzos importantes para implementar un Modelo de Atención acorde a los requerimientos y necesidades del sistema y de la población.

El Modelo de Atención oficializado en el 2014 y actualizado en el 2015, se basa en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), impulsados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). Al integrar la Estrategia de Atención Primaria de Salud al Modelo de Atención, se busca dar mayor relevancia en el Sistema, a las familias y comunidades, convirtiéndolos en el foco central de la atención en salud, fomentando la equidad en las intervenciones sanitarias. Además, se orienta a la prestación de atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y la promoción.

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es

el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

El objetivo del Modelo de Atención es la articulación efectiva y la correcta interacción de los servicios y acciones priorizados, que deben ser garantizados por el Sistema Nacional de Salud, para obtener de su aplicación la mayor calidad posible en un marco de sostenibilidad de los recursos, a fin de conseguir las metas y objetivos de salud previstos a nivel individual y colectivo.

El Modelo de Red de Salud en República Dominicana define una organización asistencial constituida por tres niveles de atención, un nivel primario de orientación poblacional que es puerta de entrada del sistema y dispondría de los elementos básicos para la resolución de la baja complejidad y que integraría también de forma concentrada dispositivos de apoyo diagnóstico y terapéutico con especialidades básicas; un segundo nivel de media complejidad, complementario y de referencia del primero, conformado por hospitales generales y subcentros y un tercer nivel que agruparía la alta complejidad y el internamiento a nivel regional [Hospitales Regionales] y Nacional [Hospitales Nacionales]. En la actualidad, el país está realizando esfuerzos para conformar e implementar las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

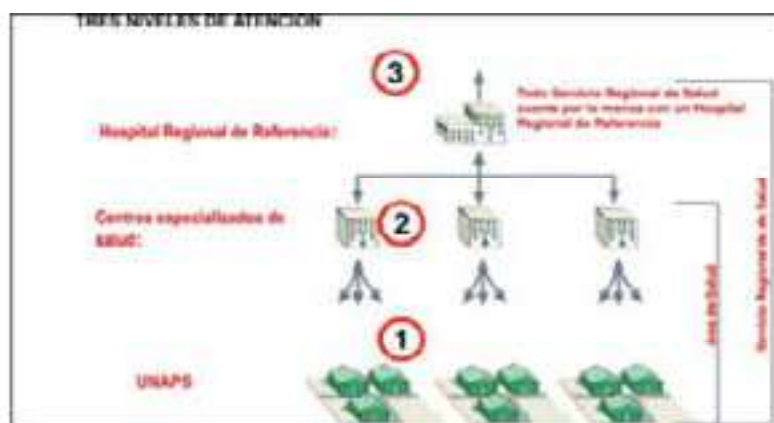


Ilustración: Modelo de Red de Salud República Dominicana

Primer Nivel de Atención

El primer nivel de atención es considerado en este modelo de gran importancia para la gestión e integración del conjunto. Sus características fundamentales son:

- Centrado en el proceso de la salud y enfermedad de la persona, familia y las comunidades.
- Nivel más operativo de la red adoptando la visión preventiva y la curativa.
- Con cartera de servicios definida por el contenido del Plan Básico de Salud e incluyendo lo indicado por el Reglamento de Provisión de Redes. Esta cartera puede completarse con un conjunto de intervenciones de mayor complejidad.
- Servicios ofertados sustentados en guías o protocolos de práctica clínica debidamente validados.
- Personal básico del primer nivel: médico general (médico de familia cuando estén disponibles), enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud.
- Otro personal adscrito: Pediatras, Ginecólogos Obstetras, Enfermeras y personal de salud, con formación técnica y especializada en atención clínica, terapia física, rehabilitación y otros, en consonancia con la demanda del servicios y disponibilidad del recurso humano.
- Servicios de Laboratorio con pruebas básicas y la implementación de un sistema de tomas de

muestras y procesado en los laboratorios de referencia, para pruebas más complejas.

- Escenarios de trabajo del personal de primer nivel: establecimiento de salud, hogar del beneficiario, comunidad, escuelas, otros centros afines y centros de trabajo.

En los últimos 4 años, el país ha avanzado en cubrir la brecha en la oferta de servicios de primer nivel a través de la apertura de nuevos centros, remodelación y equipamiento de centros existentes, así como, una política de recursos humanos dirigida a dotar los centros de personal médico y asistencial según lo establecido por el Modelo de Atención en Salud. Asistencialmente se establece como unidad básica asistencial a la Unidad de Atención Primaria (UNAP) que daría servicios de primer nivel a la población de un Sector (entre 500 y 700 familias), delimitando a las Zonas de salud que se encuentran agrupadas en sectores (conformado por Centros de Primer Nivel-CPN que funcionalmente operativizan sus servicios a través de las UNAP's) correspondientes a un alrededor de 50.000 habitantes y dispondrían al menos de un Centro Zonal (pudiendo ser este el Centro Diagnóstico de Atención) que tiene diferentes objetivos. Siendo este, el ámbito físico de encuentro y coordinación de los profesionales de las diferentes UNAP's de la Zona y que, además integra servicios de apoyo como, especialidades básicas, apoyo diagnóstico, atención al usuario y eventos de mediana complejidad.

Tabla 3. Cantidad de Centros de Primer Nivel en funcionamiento

Región de Salud	Cantidad CPN 2014	Cantidad CPN 2019	% incremento
Metropolitana	298	382	28%
Valdesia	145	156	8%
Norcentral	163	191	17%
Nordeste	162	169	4%
Enriquillo	110	114	4%
Este	163	179	10%
El Valle	129	131	2%
Cibao Occidental	134	143	7%
Cibao Central	140	166	19%
Total	1444	1631	

Tabla 4. Análisis del cierre de brecha en el Primer Nivel de Atención

Servicio Regional de Salud	Brecha CPN 2014	Brecha CPN 2019
Metropolitana	206	122
Valdesia	73	62
Norcentral	79	51
Nordeste	67	60
Enriquillo	42	38
Este	119	103
El Valle	37	35
Cibao Occidental	72	63
Cibao Central	71	45
Total	765	579

establecimientos públicos de Primer Nivel en el país, reportando una disminución de un 24% a la brecha existente. Destacándose el importante avance en la implementación del modelo de atención en su componente de atención primaria.

Es evidente que, en el marco de la estrategia, se ha vencido la inercia relativa a la puesta en marcha de complejo proceso, acorde a la dimensión que permea. No obstante, cabe señalar que el sistema está centrado en la atención hospitalaria; siendo en este nivel, donde se encuentran los medios diagnósticos y terapéuticos para el seguimiento y control de patologías crónicas que por la baja complejidad deberían ser atendidos en el primer nivel de atención. Asimismo, y en general, algunos factores y dinámicas contribuyen a consolidar esta situación, como la percepción, por parte de la población, de una mejor capacitación para el manejo de las diferentes patologías en el nivel hospitalario; la

posibilidad de acudir, directamente, al nivel hospitalario sin necesidad de realizar referencia por parte de Atención Primaria; y una distribución no equitativa de los recursos tanto humanos como materiales en el primer nivel de atención.

Como se puede notar en la tabla 5, aún estamos lejos de la cobertura establecida por el Modelo de Atención de garantizar una UNAP por cada 500 familias (2,500 habitantes), con una distribución no homogénea entre las diferentes regiones de salud. Como se puede observar, el 77% de las regiones de salud, se encuentra en una proporción amplia de cumplir con el objetivo planteado. En cambio, Nordeste, Enriquillo y Cibao Occidental, son las que más se acercan a la ratio ideal entre número de UNAP's y habitantes, mientras que las regiones más pobladas como la Metropolitana y Valdesia presentan una brecha que supera en el primer caso 5 y 2 veces la ratio ideal UNAP/habitantes.

Tabla 5. Ratio UNAP por habitantes por Región de Salud

Region de Salud	UNAP	Centros Diagnósticos	Habitantes 2019	Habitantes por /UNAP 2019
Metropolitana	431	21	4,083,014	9,473
Valdesia	181	6	882,447	4,875
Norcentral	349	9	1,609,682	4,612
Nordeste	215	5	642,855	2,990
Enriquillo	142	4	382,413	2,693
Este	207	2	1,098,510	5,307
El Valle	140	2	508,154	3,630
Cibao Occidental	140	6	415,711	2,969
Cibao Central	218	5	735,534	3,374

6.2 Nivel Complementario

El nivel complementario de atención está compuesto por los Centros Especializados de Atención a la Salud –CEAS– de segundo y tercer nivel: hospitales municipales, hospitales provinciales, hospitales regionales y hospitales de referencia nacional y de alta complejidad.

El segundo nivel de atención responde a las necesidades del primer nivel al que complementa la atención a los beneficiarios con atención especializada básica y compleja asociada al régimen de internamiento. De hecho, su misión se define explícitamente en “concentrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo que desde el primer nivel le requieran. El cambio de su papel es un elemento clave del modelo de atención, al concebirse como complemento del primer nivel de atención. Dispone

de una cartera de servicios definida, así como algunos lineamientos en cuanto al personal necesario y los escenarios de trabajo de este. El tercer nivel responde a la necesaria complementariedad del primer y segundo nivel para dar respuesta a la mediana–alta complejidad. Este integra, a los hospitales regionales y la red pública de hospitales nacionales de referencia.

Los hospitales se clasifican en generales (municipales, provinciales y regionales) y especializados, los cuales se concentran en áreas de salud específicas: traumatología, gineco-obstetricia, pediatría, cáncer, cardiología, neurología, trasplante, gastroenterología, psiquiatría y quemaduras. Los establecimientos hospitalarios públicos reportaron en el 2019 una dotación en promedio de 9136 camas hospitalarias, reportando una razón de cama por 1000 habitantes de 0.9 camas.

Table 6. Razón cama hospitalarias por Región de Salud 2018

Región de Salud	CEAS	Camas	Habitantes 2018*	Razon cama/1000 Habitantes
Metropolitana	32	2,625	4,083,014	0.6
Valdesia	16	691	882,447	0.8
Norcentral	30	1314	1,609,682	0.8
Nordeste	21	966	642,855	1.5
Enriquillo	15	443	382,413	1.2
Este	18	616	1,098,510	0.6
El Valle	13	602	508,154	1.2
Cibao Occidental	17	557	415,711	1.3
Cibao Central	17	656	735,534	0.9
Total	179	8,470	10,358,320	1.0

Nota: *Población estimada 2018

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los recursos humanos forman parte esencial del proceso productivo de los bienes y servicios de salud, por lo que comprender las tendencias y el tamaño de la fuerza laboral es crítico para la planificación de los recursos humanos de salud. Desde 1994, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo [OIT], la Comisión Económica para América Latina y El Caribe [CEPAL] y la Fundación Rockefeller han apoyado los esfuerzos en el desarrollo y la gestión de la información y el conocimiento relevantes que sirvan de soporte en la definición de políticas públicas en el campo de los recursos humanos en salud. Consciente de la relevancia de este capital, la OMS/OPS emitieron la declaración de la Década de los Recursos Humanos en Salud en 2006, durante la celebración de VII Reunión Regional de los Observatorios de los Recursos Humanos en Salud celebrada en Toronto, Canadá, con el propósito de movilizar a los actores clave nacionales e internacionales en pro de la construcción colectiva de políticas e intervenciones para el desarrollo de los RHS orientados al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM].

La OMS declaró en 2006 que a nivel mundial había una escasez de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Además, estimó que a nivel mundial 75 países tenían menos de 2.5 trabajadores de la salud por cada 1000 habitantes, que es el número mínimo necesario para prestar servicios básicos de salud. Según la OMS, la gran mayoría de los países con una grave escasez de trabajadores de la salud se encuentran en el continente africano. Para el año 2017 el Consejo Ejecutivo de la OPS-OM y los Estados Miembros aprobaron la Estrategia de Recursos Humanos para avanzar hacia el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud; aprobando en el 2018 el Plan de acción para dicha estrategia.

En ese orden, el Servicio Nacional de Salud [SNS] comprometido con el cumplimiento de los ODS y de las metas regionales en recursos humanos en salud [RHUS] y en consonancia con los fundamentos del Observatorio implementado por la OPS, el cual visualiza a los RHUS como factor estratégico del desarrollo de los sistemas de salud, contribuye con la generación y análisis de información de los datos disponibles con el objetivo de:

- a. Monitorear la tendencia de los RHUS;
- b. Mejorar la disponibilidad y calidad de la información relacionada a RHUS y por ende fortalecer los sistemas de información; y
- c. Diseminar las informaciones y evidencias construidas.

7.1 Situación de los recursos humanos en la red del SNS

En el año 2018 la Dirección Central del SNS y los Servicios Regionales de Salud [SRS] emplearon en promedio a 59,229 personas, con las características siguientes:

- a. Población mayoritariamente femenina, con un 76.4%.
- b. Fuerza laboral, a nivel de grupos etarios con más de 45 años concentrado el 57.1%
- c. Cohorte de 50 – 54 años de mayor peso en la contratación, con un 14.7% de los trabajadores.
- d. Promedio salarial dentro de los deciles 9 y 10 de la escala de fuerza laboral. En promedio los trabajadores devengan ingresos mensuales por RD\$30,764.9, siendo los de mayor ingreso los RHUS, con RD\$42,268.7.
- e. Disponibilidad de RHUS con 28.2 profesionales por cada 10,000 habitantes, por encima de las recomendaciones internacionales de al menos 25 trabajadores.

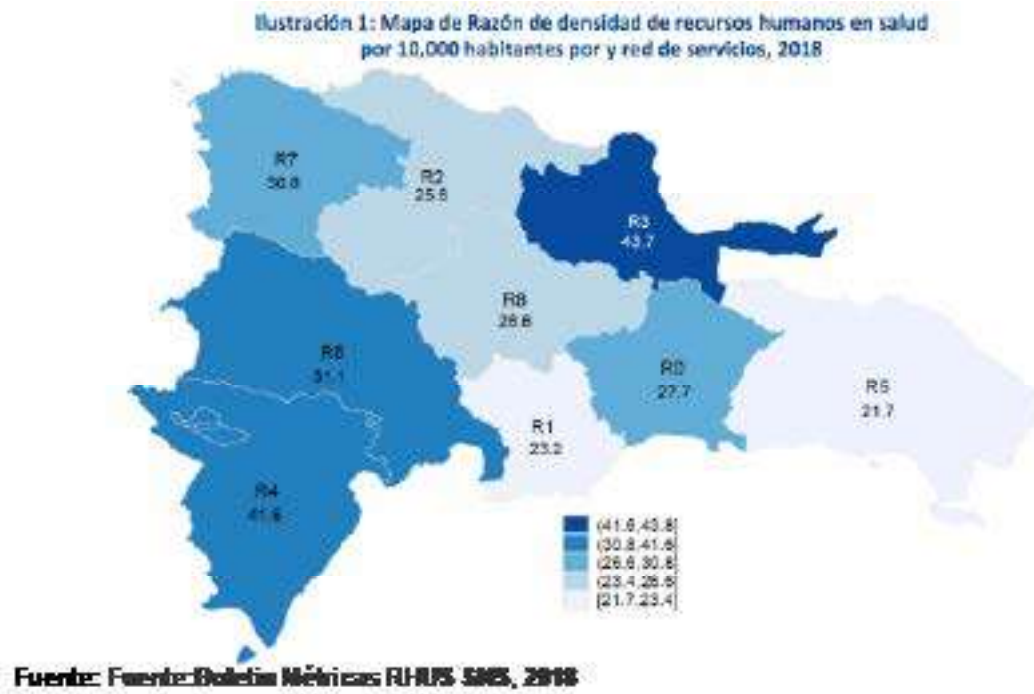
Tabla 7. RHS- Indicadores Generales RHUS

Cuadro 1: Indicadores generales de recursos humanos	
Cantidad de personas empleadas	59,229
Indicadores de recursos humanos en salud	
Razón de médicos y enfermeras por cada 10,000 habitantes	28.2
Razón de médicos por enfermeras profesionales	4.5
Distribución % por sexo	
Femenino	76.4
Masculino	23.6
Ingreso total promedio (RD\$)	
Total de recursos humanos	30,764.9
Médicos y enfermeras	42,268.7
Resto del personal	24,452.6
Distribución % por categoría de cargo	
Enfermeras auxiliares	16.8
Enfermeras profesionales	6.0
Médicos	26.7
Otro personal de apoyo diagnóstico	0.1
Otro personal sanitario	0.9
Personal de bancos de sangre	0.1
Personal de imágenes	0.8
Personal de laboratorio	3.7
Personal de nutrición	0.2
Personal de odontología	3.9
Personal farmacéutico	2.0
Personal gerencial, técnico y administrativo	33.1
Promotores de salud	4.8
Psicólogos	0.8
Multiempleo	
1 cargo	97.1
2 cargos ⁵	2.9
Rangos de edad (%)	
<20	0.0
20 - 24	1.3
25 - 29	8.7
30 - 34	10.1
35 - 39	11.3
40 - 44	11.3
45 - 49	12.5
50 - 54	14.7
55 - 59	14.0
60 - 64	9.7
>64	6.3

7.2 Densidad de Recursos Humanos en Salud

Estudios globales internacionales establecen que contar con menos de 25 profesionales de salud por cada 10 mil habitantes puede afectar el logro de resultados de salud. Por ello, importa monitorear la relación entre la población de un país y el número de RHUS con el fin de llamar la atención sobre los posibles déficits o sobreproducción de estos recursos.

A nivel nacional existe una disponibilidad de recursos humanos de 28.1 por cada 10,000 habitantes. Cuando se incorpora el análisis a la dimensión individual de Servicios Regionales de Salud se muestra que 2 redes quedan por debajo de la tasa de referencia, 3 se encuentran muy cerca de la misma, 2 presentan un promedio por encima de 30 y el resto [2] se acerca más a la meta global de 44.3.



De acuerdo con los resultados de medición del indicador, la Región 3 – Nordeste es la que exhibe una mayor dotación de recursos humanos en salud, con 43.7 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes. Las regiones que presentan indicadores menos favorables son SRS Valdesia y SRS Este, que presentan razones de 23.2 y 21.7 RHUS por cada 10,000 habitantes. Al descomponer los RHUS por tipo de profesional muestra que la mayor desigualdad entre regiones se registra de la siguiente manera para:

- Enfermeras profesionales 3.7 veces entre la relación del valor más alto de 6.4 para SRS 4 y el más bajo de 1.7 para SRS 5;
- Enfermeras auxiliares 3.5 veces entre relación del valor más alto de 21.5 para SRS 4 y el más bajo 6.2 para SRS 5;

- Médicos 1.5 veces entre relación del valor más alto de 17.9 para SRS 3 y el más bajo 11.9 para SRS 1. La Región Nordeste cuenta con una dotación de 17.9 médicos por cada 10,000 habitantes, seguida de la Región Metropolitana, que presenta unos 17.4 médicos, y la Región Cibao Occidental con 15.4 médicos. El resto de las regiones se encuentran en el rango 11.9 – 13.7.

En cuanto a las enfermeras profesionales, la mayor razón se encuentra en la Región Enriquillo, con 6.4 por cada 10,000 habitantes. En cambio, la Región Este presenta un nivel de 1.7, el menor nivel del país. Las enfermeras auxiliares presentan niveles muy dispares, donde las regiones Nordeste y Enriquillo presentan valores de 20.7 y 21.5 por 10,000 habitantes; en tanto,

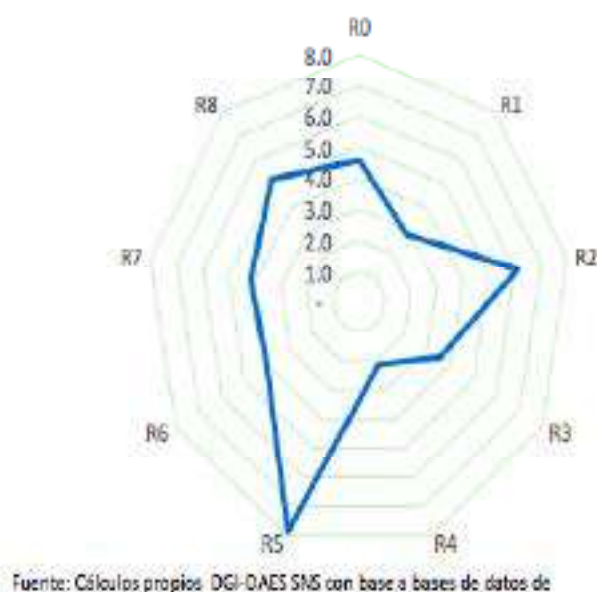
las regiones Metropolitana y Este, el nivel es del 6.6 y 6.2, respectivamente.

7.2.1 Razón de médicos por enfermeras licenciadas

Las recomendaciones internacionales establecen que en la provisión se debe disponer de al menos, una enfermera profesional por cada médico. En el año 2018 la razón a nivel nacional fue de 4.5, mientras que

las regiones con indicadores más favorables fueron el SRS Enriquillo [2.1], SRS Valdesia [2.8] y SRS El Valle [4.0]. En el país, la brecha de licenciadas en enfermería sigue siendo amplia, ocupando los últimos lugares en la Región, superando solo a Honduras y Haití. En la Red pública da 6 X 10.000 pero incluyendo a todo el país, el indicador se reduce.

Gráfico 10. Razón de médicos por enfermeras licenciadas por red de salud pública en República Dominicana, 2018



Las regiones con mayor disparidad en la relación de médicos por enfermeras son las regiones 2 – Cibao Central y 5 – Este, en las cuales los datos exhiben razones de 6.1 y 7.9. Estas cifras se encuentran muy por encima de las recomendaciones de 1 enfermeras profesional por cada médico.

7.2.2 Dotación por niveles de atención

En términos generales un 4.5% de los recursos humanos prestan funciones en la administración central y regional, un 69.7% en el nivel complementario y un 25.8% en el nivel primario. El análisis por grupos profesionales de los RHUS muestra que el 29.4% de los médicos está en el primer nivel, un 10.8% de las enfermeras profesionales y el 21.7% de las enfermeras

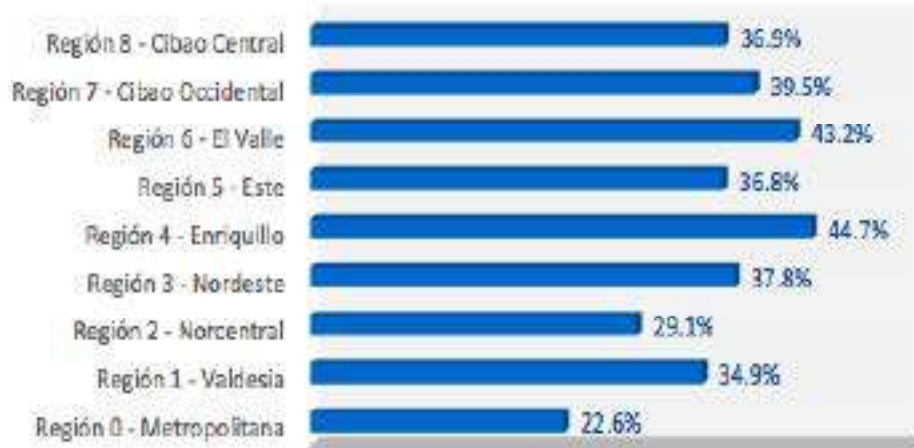
auxiliares. El cargo de mayor concentración en el nivel primario es el de los promotores de salud, con un 90% ubicado en el primer nivel. En cambio, el personal de bancos y servicios de sangre se concentra únicamente en el nivel complementario por la naturaleza de sus funciones. Existen cargos orientados a la atención directa que figuran en la administración central porque su denominación no ha sido actualizada o los sistemas de información no presentan su lugar de prestación actual; pero que para el cálculo de la dotación por niveles fueron considerados.

Un indicador de interés es la asignación de médicos en atención primaria, el cual se mide a partir de los que desempeñan funciones en el primer nivel de atención.

A nivel nacional un 29.9% de los médicos que solo prestan atención directa laboran en atención primaria, unos 10.1 puntos por debajo de las recomendaciones internacionales de al menos un 40% de la fuerza

laboral médica, a pesar de que el análisis por regiones muestra el cumplimiento de la meta en 2 SRS y en 3 SRS, próximo a cumplir.

Gráfico 11. Porcentaje de médicos en atención primaria por red de servicios, 2018



Fuente: Cálculos DDGI-DAES SNS a partir de bases de datos de nóminas.

La Región de Salud que muestra una menor asignación de recursos humanos al primer nivel es la Metropolitana, con un 22.4%, mientras que las regiones El Valle y

Enriquillo exhiben los indicadores más favorables, de un 43.2% y 44.7%, respectivamente.

MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

La mortalidad materna-infantil es ampliamente reconocida como un indicador general de desarrollo de un país, valorando el estado de salud general de una población, la situación de la mujer en la sociedad y del funcionamiento del sistema de salud. Las altas tasas de mortalidad materna-infantil son, por lo tanto, marcadores de problemas más amplios, donde se resaltan las desigualdades de género y las precariedades de los servicios de salud en un país.

En los países en vías de desarrollo, la atención materno-infantil es una cuestión de alta prioridad en la mayoría de los planes de salud. Esta prioridad constituye la respuesta al hecho de que las complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto, o después de ellos, son la principal causa de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y otras pueden estar presentes desde antes del embarazo; no obstante, se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas, son los estados hipertensivos del embarazo, la hemorragia posparto y las infecciones. La mayoría de las muertes maternas son evitables y las soluciones en salud para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. De hecho y durante las últimas décadas, se han obtenido avances de carácter significativo al afrontar la situación. Así, la mortalidad materna mundial se ha reducido alrededor del 44% entre 1990 y 2015; cabe mencionar que la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

En la República Dominicana y en el ámbito de la salud materno-infantil, los datos disponibles reflejan una desviación significativa en cuanto a elementos

tan relevantes como son la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la tasa de cesáreas. De este modo, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en República Dominicana se sitúa en 104.4/100.000 nacidos vivos (OMS, 2017); esta tasa se sitúa por encima de la tasa recomendada por la OMS y se sitúa como una de las más elevadas de los países que forman parte del continente americano. Las cifras disponibles muestran que la RMM en el país tiende a la estabilidad; una situación que difiere de la dinámica que experimenta la mayoría de los países a nivel mundial. Asimismo, la elevada RMM va asociada a una alta tasa de mortalidad infantil, que se sitúa en 21.7 por 1000 nacidos vivos. Cabe destacar que actualmente el 45 % de las muertes en niños de menos 5 años corresponde a recién nacidos. Para el 2017, la tasa de mortalidad neonatal fue de 18.5 defunciones de recién nacidos de 0 a 28 días de vida por cada 1,000 nacidos vivos.

El análisis de las causas de muertes maternas, según los datos reportados, muestra una mayor incidencia de las causas obstétricas directas; entre 2014 y 2016, las causas obstétricas directas han sido las predominantes con porcentajes situados entre el 73 y el 75%. Dentro de estas causas, sobresalen las causas relacionadas con los estados hipertensivos del embarazo y la hemorragia durante la gestación y el parto. Siete de cada 10 muertes maternas ocurrieron en el postparto, en el país. Como sucede en otros indicadores, el análisis de la tasa de MM revela importantes diferencias intra – territoriales (entre una región y otras). Por ejemplo, en la Región IV (Enriquillo), la RMM es la más elevada del país (121) y supera sustancialmente los puntajes detectados en el Cibao Norte (Región II) y en el Cibao Nordeste (Región III) que son los más reducidos del país (78 y 76, respectivamente).

Si se observan las causas de MM en función de las diferentes Regiones de salud, también se detectan diferencias significativas; por ejemplo, destacan las

brechas entre regiones como la de Valdesia (Región I) y la de Cibao Central (VIII) con la mayor y menor tasa de incidencia de las causas obstétricas directas en los casos de muerte materna (95% frente a 55). Respecto al país de procedencia de la embarazada, los datos disponibles evidencian que el 27,5 % de las madres fallecidas fueron de procedencia haitiana. Considerando que esta población es minoritaria en el conjunto de las gestantes en República Dominicana, este dato adquiere especial relevancia para exponer la gravedad de la situación de la salud materno – infantil en el país. Junto a los datos indicados, conviene destacar que República Dominicana está entre los 10 países con tasas más altas de cesáreas con niveles del 58.1% (ACOG, 2019) y para el sector público, un 46% al mismo año (Módulo de Producción de Servicios Complementarios de Salud).

Asimismo, esta tasa se sitúa entre las más altas en América Latina (sólo precedida por la tasa registrada en Brasil), con tendencia a incrementarse según los datos reportados en los últimos años. Si bien es cierto que la recomendación de la OMS expresaba que la tasa de cesárea no debía exceder el 10-15 %, actualmente hay acuerdo en afirmar que no existe evidencia para determinar un porcentaje empírico que pueda adoptarse como el nivel más adecuado. Lo que sí

puede afirmarse es que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.

En el país, una elevada tasa de cesáreas no está asociada con una reducción materna y neonatal. En este sentido, las complicaciones asociadas a las cesáreas realizadas en República Dominicana están ampliamente documentadas en la literatura:

- Morbilidad materna a corto plazo (infecciones abdominales, hemorragia postparto, endometritis);
- Mortalidad materna. Las mujeres que tienen un parto por cesárea electiva tienen el doble de riesgo de morir que las que tienen un parto vaginal;
- Complicaciones respiratorias neonatales y morbimortalidad neonatal;
- Complicaciones en futuras gestaciones (placenta previa y placenta accreta; riesgo de histerectomía, hemorragia y muerte materna);
- Incremento de los costes. La literatura especializada en la materia ha mostrado repetidamente la relación entre las tasas de cesárea y la RMM.

FUNCIONES DE GESTIÓN DE LA RED

Un Sistema de Salud Basado en la APS es un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema” [OPS, marzo 2007].

El sistema de salud como un todo se centra no solo en la prestación de servicios de salud sino, que abarca todas las funciones del sistema de salud y otros sectores sociales bajo el enfoque de los determinantes sociales, enfatizando el derecho a la salud, la equidad y solidaridad como valores inalienables.

En este sentido, se resalta la importancia de la funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud, consideradas como una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial entre otros. [OPS, 2010].

COMPARATIVO INDICADORES SANITARIOS, REPÚBLICA DOMINICANA 2017-2018

Aunque son notorias los avances que en materia de salud se han llevado a cabo para generar resultados favorables en los indicadores sanitarios. Aunque se muestra un avance en la disminución de la letalidad en las enfermedades vectoriales, como el dengue y

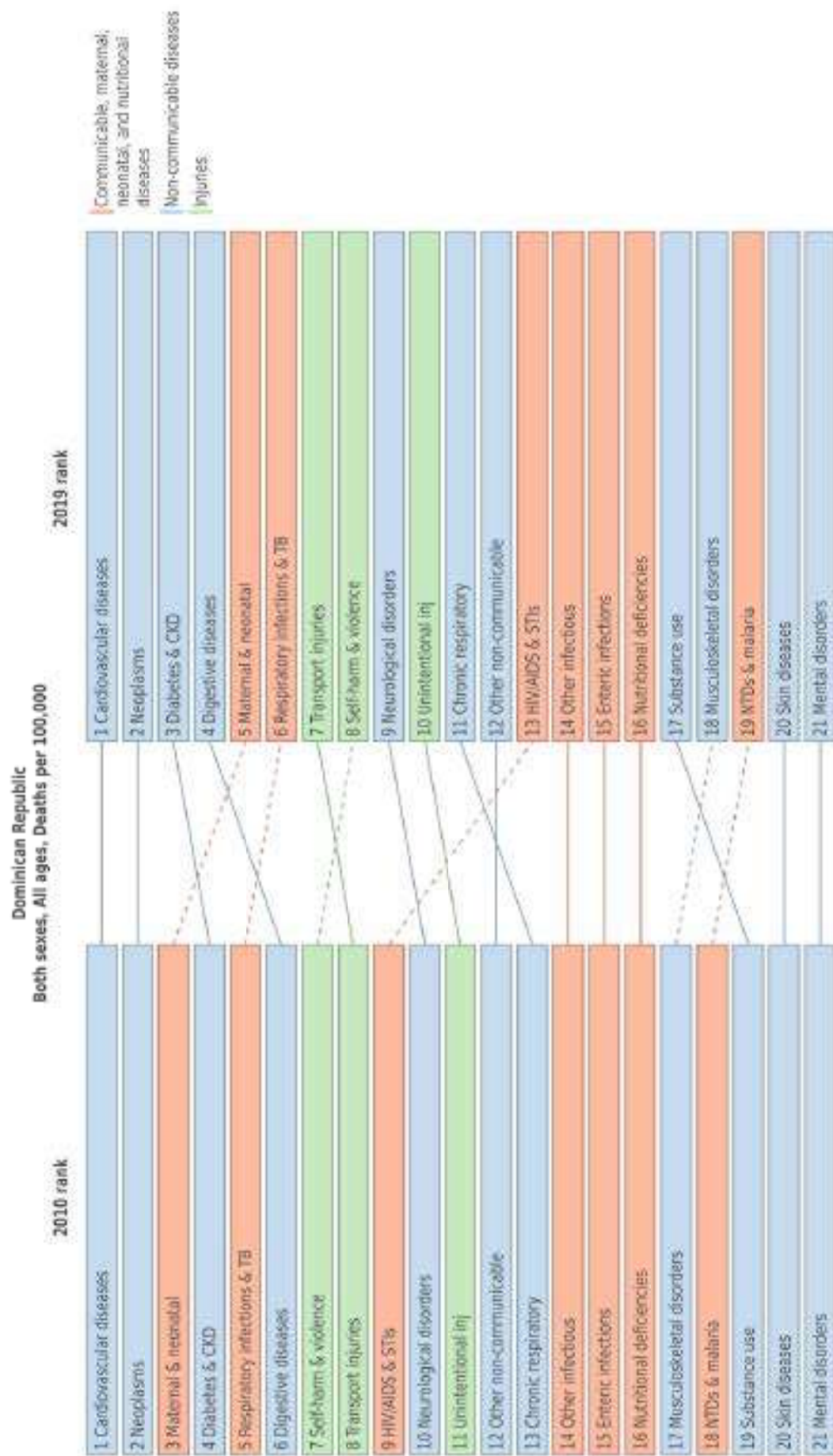
la malaria, aún se mantienen altos índices en cuanto a la mortalidad materna y neonatal; así como un incremento en los casos de tosferina en relación con el año 2017.

Tabla 3. Indicadores sanitarios República Dominicana, 2017-2018

Datos	2017		2018
Tasa de letalidad por dengue	0.20	>	0.10
Casos de dengue (incremento de 14% respecto de 2017)	1363	<	1558
Tasa de letalidad de malaria por 100 casos	0.3	>	0.2
Casos confirmados de malaria	398	<	480
Tasas de incidencia de Tuberculosis	40.1	>	33.1
Casos de Tuberculosis x 100 mil habitantes	4,121	>	3,403
Casos de leptospirosis	797	>	580
Casos de rabia humana	1	<	4
Casos de tos ferina	41	<	146
Razón de muerte materna reportada (100mil NV)	104	<	113
Tasa de mortalidad neonatal reportada (1000 NV)	15.0	=	15.0
Fuente: MISPAS, Boletín SE52-2018 DIGEPI.			

10.1 Principales causas de mortalidad (muertes por 100,000 habitantes) en República Dominicana

Gráfico 12. Causas de mortalidad República Dominicana 2010-2019



Fuente: Data base H.M.E., 2019

En el gráfico 12 de IHME observamos como ha descendido la mortalidad materna y neonatal a un quinto lugar. Los esfuerzos en la materia en la red del SNS se han hecho notar, tanto con la dotación de recursos físicos y humanos, como por el desarrollo de las capacidades y el monitoreo para fortalecer el apego a las guías y protocolos de atención.

A octubre 2019, los establecimientos de la Red Pública de Servicios de Salud de la República Dominicana redujeron en el último año en un 31 % la mortalidad materna y en un 25 % la mortalidad neonatal, con relación al año 2018.

Son apremiantes los esfuerzos que deben hacerse desde el órgano rector en los establecimientos privados para asegurar la calidad de la atención, el apego a las normativas, la capacidad de resolución de los casos complicados y su no derivación a la red del SNS, una vez agotada la cobertura del SFS, o su inadecuada referencia son temas que comprometen los avances del SNS.

10.1.1 Enfermedades Infecciosas

En el cuadro de IHME se aprecia que la TB y VIH descendió en el ranking considerablemente, colocando un reto en el control de la enfermedad y el cumplimiento de la cascada de tratamiento, así como del compromiso de la estrategia 90-90-90 de ONUSIDA. Resulta desafiante cumplir con las metas de la Estrategia Tratamientos para Todos 90-90-90, que espera que al 2020 el:

- 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH.

- 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada.
- 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

10.1.2 Neoplasias

El aumento de las neoplasias las coloca como la segunda causa de muerte. Esto implica que el sector salud, incluyendo ARS y PSS deben concentrar sus esfuerzos en la prevención, detección oportuna de los cánceres.

El Gobierno ha creado programas, por ejemplo, de Medicamentos de Alto Costo, el cual consume cerca de RD\$3 mil millones para garantizar la extensión de la vida a unas 21 mil personas afectadas por neoplasias y enfermedades raras. Esto significa un consumo de recursos en el 0.1941% de la población dominicana, comparado con la asignación presupuestaria a PROMESE/CAL para cubrir todas las atenciones en emergencias, hospitalización, partos y cirugías que se realizan en la red del SNS que supera los RD\$3 mil millones.

10.1.3 Enfermedades Cardiovasculares

Los estudios de EFRICARD indicaron aumento de la HTA y la Diabetes en la población dominicana.

Se han establecido programas a nivel de la ARS Publica y la Red del SNS para incorporar a la población que padecen estas afecciones a Círculos Comunitarios de Salud, proveyéndoles de los medicamentos y el seguimiento para el control de la enfermedad.

Gráfico 13. Comparativos factores de riesgos 2018-2017



Fuente: Database IHME

DESAFÍOS SECTOR SALUD

11.1 Mejora y cierre de brechas y alcance metas 30-30-30

- Reducir las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud para 2030.
- Destinar 30% al menos de todo el presupuesto público en salud al primer nivel de atención para 2030.

11.2 Rectoría y Gobernanza

- Alineación de los actores del sector para la

implementación del modelo de atención definido por el órgano rector.

- Despolitización de la organización y gestión de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la función rectora en el marco de la separación de funciones esenciales de salud pública.



- Articulación de las acciones de salud pública y regulación del sector privado.
- Avance en la implementación del modelo de atención y de redes integradas de salud.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria.

11.3 Políticas y Regulaciones

1. Desarrollo de guías y protocolos de atención. Monitoreo del cumplimiento.
2. Funcionamiento adecuado del sistema de referencia y contrarreferencia.
3. Definición de política de reposición de personal.

4. Conclusión del reglamento de sanciones.
5. Cobertura de asistencia sanitaria no contenida en los planes de beneficios en salud.
6. Políticas y estrategias sostenibles para avanzar contra la fragmentación: Rede Integradas de Servicios de Salud [RISS].

11.4 Infraestructura y Equipos

- Identificación de espacios para construcción CPN.
- Construcción de establecimientos del Primer Nivel de Atención para cierre de brecha.
- Reconstrucción, Remodelación y Equipamiento de Hospitales.
- Plan de mantenimiento de infraestructura y equipos definido, implementado y monitoreado.
- Dotación CPN con servicios básicos y equipos de imágenes y laboratorios.

11.5 Recursos Humanos

- Cierre de brecha de recursos humanos para la salud.
- Personal sanitario trabajando con adherencia a los protocolos de atención.
- Definición de una política de Recursos Humanos que involucre a las instituciones formadoras.
- Ajuste gradual del índice de reposición: 0.52 (> de 55 años 32.2%; < 30 años 16.9%).
- Profundización de la profesionalización y de la organización y gestión de los servicios de salud [concursos] en el componente de dirección y administración.
- Disminución RHU administrativo [35%] e incremento personal de APS [34,1%]. Actualmente incremento del RHUS especializado [55,7%] Brecha marcada en licenciadas en enfermería.
- Mejorar productividad-gestión basada en resultados-eficacia-eficiencia. Formación, capacitación, distribución, desempeño adecuado y motivación de los RHUS con un nuevo enfoque.
- Fortalecer la base de datos de fuerza laboral y su distribución por perfil [multidisciplinar].
- Promover y avanzar en universidades ajustes del currículo en pre y postgrado- salud pública- salud familiar- APS –Gestión-tecnologías.

11.6 Sistema de Información

- Mejora de los instrumentos de registro y reporte

de datos, garantizando la integración de los sistemas de información a través de mecanismo de interoperabilidad entre los establecimientos, niveles de atención y demás instituciones vinculadas a la producción de servicios de salud.

- Oportunidad en los registros de las atenciones y notificaciones de eventos para la vigilancia epidemiológica
- Análisis de los datos para el apoyo a la toma de decisiones y evaluación de las intervenciones.
- Contar con registros nominales [EIS].
- Actualización periódica del Registro Nacional de establecimientos.

11.7 Medicamentos e Insumos

- Garantía de suministro oportuno y continuo de medicamentos.
- Cierre de brecha financiera para la adquisición de medicamentos.
- Primer Nivel de Atención 9% brecha nacional y más del 150% de los RD\$120 millones asignados.
- Mejora en la gestión para evitar desabastecimiento, control de calidad y distribución oportuna.
- Seguimiento a Adherencia al esquema terapéutico indicado.
- Promover licitación de precios y proveedores para las compras directas, a fin de generar ganancias en volumen logrando mejores precios. En las circunstancias actuales las compras directas tienen un precio de un 700% por encima de los valores de PROMESE/CAL.
- Contar con la actualización continua del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales [CBME], el cual sirve de insumo para los requerimientos de fármacos y el listado de medicamentos ambulatorios para los afiliados del régimen subsidiado.

11.8 Servicio de Salud

- Promover la atención integral: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y tratamiento paliativo.
- Fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia.
- Ampliación de los Círculos Comunitarios de la Salud.

- Definición y ampliación cartera de servicios PNA.
- Jornadas de prevención y control de enfermedades en las comunidades.

11.9 Financiamiento, Pago y Uso Recursos

Aumento del gasto público en salud con respecto al PIB para financiar gastos corrientes: actividades regulatorias y programas estratégicos, acciones de salud colectiva, inclusión de poblaciones excluidas, insumos y productos sanitarios, contratación de personal.

1. Mejora la calidad del gasto: control, fiscalización y transparencia del gasto.
2. Aprobación del per cápita complementario PNA.

3. Establecimiento de cuadro de mando e indicadores de monitoreo y evaluación resultados. Pago tramo variable atado al cumplimiento.

4. Incremento de los recursos para la prestación por vía de los ingresos de los seguros.

Promover licitación de precios y proveedores para las compras directas, a fin de generar ganancias en volumen logrando mejores precios. En las circunstancias actuales las compras directas tienen un precio de un 700% por encima de los valores de PROMESE/CAL.

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS EN TORNO AL ROL DEL SNS

La consulta a los stakeholders o grupos de interés en relación con el rol del SNS es considerado como un insumo relevante a considerar en la formulación del nuevo plan estratégico institucional del SNS para el periodo 2021-2024.

La información fue clasificada en base a la naturaleza de su contenido. La respuesta de los consultados estaba relacionada a recomendaciones y oportunidades de mejora vinculadas de forma general a:

1. Mejora de la gestión del SNS
2. Fortalecimiento de la red para la prestación de los servicios de salud
3. Calidad del Servicio
4. Desempeño de los RR. HH
5. Gobernanza

12.1 Mejoramiento de la Gestión del SNS

- Que se pueda integrar la ficha única del paciente a los procesos del Seguro Familiar de Salud, y al de las Comisiones Médicas Nacional y Regionales [CMNR], cuando sea necesario.
- Que todos los prestadores de salud públicos tengan capacidad de facturación y cobro a las ARS públicas y privadas
- Continuar impulsando mecanismos para garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud en tiempos y calidad
- Articular la red integral y gestión de casos, referencia y contra referencia
- Planificación y ampliación en la cobertura del Primer Nivel de Atención.

- Promover el Modelo de Atención Primaria
- Sistema de información para el registro de profesionales de la salud.
- Sistema de gestión de cama hospitalarias y cuidados intensivos, en comunicación permanente para atender los requerimientos de la ciudadanía, donde el gestor es el sistema, no el paciente.
- Identificación y registro por parte de los profesionales de la salud sobre el origen de la condición de salud de paciente (enfermedad común, enfermedades ocupacionales, accidentes de trabajo o de tránsito en el trayecto, en todos sus niveles.
- Sistema automatizado para el registro de las informaciones de servicios medidos prestados en todos los niveles y departamentos de los establecimientos de salud.
- Definición de documentación claras sobre los procesos y procedimientos administrativos de cada hospital, con una estandarización óptima en términos de contratación, autorización, auditoría y facturación de servicios.
- Asignación de recursos en función de las necesidades de salud y capacidad de oferta de servicios de salud.
- Dotación de recursos de manera que no se afecte la cobertura o protección del afiliado, ni se aumente el gasto de bolsillo.
- Compra conjunta de materiales, insumos, material de osteosíntesis, ortesis y prótesis para su disponibilidad.

- Costeo periódico de la provisión de servicios de salud.
- Medidas óptimas para la eliminación de los subregistros de reporte de ingresos, y realización de adecuaciones para factura los servicios prestados a los afiliados de ARS privados y posterior pago.
- Cartera u oferta de servicios que responda al perfil epidemiológico por ciclo de vida para la población de referencia.
- Servicios Regionales de Salud organizados y provistos de manera eficiente el proceso de atención de pacientes con mecanismos más estrictos de control de gestión, costos y calidad en cada servicio.
- Definir y documentar los procesos y procedimientos administrativos de cada hospital.
- Cumplir con los requisitos de habilitación para la contratación por parte de las ARS.
- Sanear adecuadamente las áreas de uso común de los hospitales.

12.2 Fortalecimiento de la red de prestación de servicios

- Sistema de comunicación en tiempo real y articulación entre el 911 con los establecimientos de salud rectores de emergencia y/o según especialización de la demanda.
- Utilización de protocolos de atención en el primer nivel con criterios de pertinencia adecuados para el referimiento a niveles superiores.
- SNS ha mejorado la facturación por servicio prestado a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Control de acceso eficaz para seguridad de los pacientes y sus familiares.
- Un sistema de redes integradas de servicios de salud articuladas por niveles y coordinada con la administradora de riesgos de salud para la referencia y contrarreferencia de afiliados.
- Vinculación de la red de bancos de sangre.
- Disponibilidad oportuna de la red de traslado terrestre (ambulancia) en coordinación con el CRUE.
- Disponibilidad de intercomunicación entre los hospitales para el manejo nacional y eficaz de información que respalda la toma de decisiones.

- Sistema de contrarreferencia, fortalecido entre los diferentes niveles de atención.

12.3 Calidad del Servicio

- Atención gratuita en las emergencias: aplicación de los protocolos de atención.
- Que los servicios de emergencia, “garanticen los servicios de emergencia durante las 24 horas del día y dispongan de información a los usuarios durante, por lo menos, 12 horas al día, todos los días del año”, tal como establece el Art. 162 de la Ley 87-01.
- Establecer sistemas de garantía de calidad y normas de autorregulación a fin de alcanzar y mantener niveles adecuados de calidad, oportunidad y satisfacción de los afiliados y usuarios, así como detectar a tiempo cualquier falla que afecte su desempeño [artículo 163, Ley 87-01].
- Las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) no podrán establecer, por ningún medio legal o, de hecho, exclusiones, ni límites, salvo los que de manera expresa señale el plan básico de salud, ni ejercer discriminación a los beneficiarios y usuarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) por razones de sexo, edad, condición social, laboral, territorial, política, religiosa o de ninguna otra índole. Cualquier referencia a otra institución solo se justificará por razones de disponibilidad de servicio y deberá realizarse mediante los procedimientos que establecerán las normas complementarias. En cualquier caso, su decisión y costo correrán por cuenta y riesgo de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) que autorizó dicha referencia [artículo 161, Ley 87-01].
- Calidad y calidez en los servicios de salud, garantizando una atención inclusiva, libre de estigma y discriminación y amigable para los diferentes grupos vulnerables.
- Garantizar unos servicios de salud inclusivos e integrales que sitúen al usuario o usuaria en el centro de estos, evitando la diferenciación de la atención por tipo de población/condición de salud.
- Asegurar la confidencialidad y privacidad del estatus VIH, orientación sexual y/o identidad de género de las personas usuarias de servicios de salud para garantizar acceso, espacios

- seguros, adherencia al tratamiento y retención de pacientes dentro del sistema de salud.
- Garantizar el acceso al más alto nivel de atención médica relativa a tratamientos de afirmación de la identidad de género con base en el consentimiento libre, previo e informado de las personas transgénero. Los tratamientos de afirmación de la identidad de género pueden incluir terapia hormonal, cirugías y/o procedimientos estéticos con el objeto de apoyar el proceso de transición de personas Transgénero, mediante el cual afirman su aspecto en relación con el género con el que se identifican.
 - Fortalecer de forma continua el conocimiento y la capacitación del personal que trabaja en el Servicio Nacional de Salud, para facilitar un trato digno al paciente y un correcto desempeño en los servicios.
 - Mecanismos para la recepción de quejas, sugerencias y reclamos efectivos que influyen en la mejora del servicio.
 - Diagnóstico oportuno de necesidades y disponibilidad de tecnología de salud.
 - Servicios prestados evaluados en términos de calidad, oportunidad, continuidad de la atención y acceso para los afiliados al seguro familiar de salud.
 - Una seguridad optima del paciente en cuanto a intervenciones y procedimientos realizados con mayores controles en materia de vigilancia y seguimiento desde la prestación del servicio, dentro de las que podríamos citar enfermedades nosocomiales.
 - Recursos hospitalarios manejados sobre la base de la evidencia de sus dotaciones:
 - Total, de camas.
 - Unidades de cuidados intensivos.
 - Número de cama pediátrica
 - Número de cama de adultos.
 - Camas obstétricas.
 - Reducción de días cama
 - Habilitación de las unidades de atención primarias
 - Habilitación de los centros diagnósticos.
 - Servicios humanizados, ofrecidos con calidad y calidez.
 - Unidades de cuidados intensivos polivalentes, trauma y neonatal garantizados.

12.4 Desempeño de los RR.HH.

- Que los prestadores de salud a todo nivel sean capacitados para que conozcan el proceso de evaluación del grado de discapacidad que realizan las Comisiones Médicas Nacional y Regionales (CMNR) y el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- Considerar la formación de Médicos Familiares requeridos: Escuela de Medicina Familiar
- Establecer alianzas para formar especialidades, considerando aquellas que tienen poca oferta en relación con la población objetivo: geriatras, psicólogos, otros de acuerdo con el análisis epidemiológico y demanda no provista, para reducir la centralización de servicios
- Capacitar y concientizar sobre temas LGBTI a los prestadores de servicios de salud, con la finalidad de combatir la discriminación con el fin de garantizar un servicio de salud sensible, accesible y de alta calidad para las personas LGBTI;
- Evaluación y seguimiento del rendimiento hora de los profesionales de salud, en términos de consulta, de acuerdo con los cálculos establecidos (medición del grado de rendición), calidad de la asistencia, cantidad de pacientes asistidos.
- Mejor distribución de especialistas en términos de la población.
- Todo empleado contratado por el SNS y sus redes se encuentra oportunamente registrados en el SUIR-TSS, incluyendo pasantes.
- Todos los establecimientos de salud cuentan con un programa de prevención de riesgos laborales para los trabajadores de la salud y su personal de apoyo, así como un servicio de prevención propio para la vigilancia de la salud integral.
- Competencias humanas actualizadas en materia del Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- Fortalecer las competencias del personal en materia de humanización, estableciendo mecanismo de medición, valoración de la percepción del usuario y crear incentivos por cumplimiento.
- Emplear mecanismos óptimos para la prestación continua del recurso humano en salud.
- Distribución adecuadamente del recurso humano y los equipamientos conforme a las necesidades poblacionales.

- Planificar Recursos Humanos de acuerdo con el crecimiento del aseguramiento en salud (actualmente 8 de cada 10 personas están aseguradas), y creación de un programa de mediano y largo plazo con la Academia para garantizar la oferta educativa requerida, por región y provincia, analizando la demanda generada por el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

12.5 Gobernanza

- Que el SNS sea la entidad que orienta y direcciona la prestación de servicios.
- Que la prestación de servicios sea integradora y armonizada.
- Mayor integración en el trabajo interinstitucional entre el SNS y el CNSS.

FUERZAS IMPULSORAS Y RESTRICTIVAS DEL SNS

Las fuerzas restrictivas externas suponen el conjunto de factores políticos, económicos, socioculturales, tecnológico y ecológicos que se producen en el contexto externo de una institución, los cuales representan riesgos a una organización que le demandan esfuerzos de adaptación a las nuevas circunstancias. Son condiciones presentes o futuras que pueden resultar perjudiciales para la organización. Las fuerzas impulsoras externas son condiciones actuales o futuras del contexto externo de la organización o sector, que se puede usar para beneficio propio y representan las oportunidades a potencializar.

Las fuerzas impulsoras internas son activos de la organización o sector que se destacan favorablemente. Es necesario realizar un inventario de tales activos como nivel de prestación del servicio, su sistema de políticas y planes, el desarrollo organizacional, la gestión humana, la infraestructura tecnológica, el posicionamiento e imagen institucional, el liderazgo, la sostenibilidad financiera, etc.

Las fuerzas restrictivas internas son condiciones internas que actúan como débitos y afectan el desempeño de

la organización. Las fuerzas impulsoras y restrictivas internas buscan la identificación de la capacidad de respuestas de la organización o sector, a partir de las percepciones de los actuales líderes.

En el análisis de las fuerzas impulsoras y restrictivas externa e interna del SNS se realizó un inventario de aquellas variables que se entendía representaban las mayores oportunidades o amenazas, así como las mayores fortalezas y debilidades.

A partir del análisis de dichas fuerzas se buscó elegir la estrategia fundamentada en las fuerzas impulsoras internas de la organización que corrija sus fuerzas restrictivas internas, con el fin de tomar ventaja de las fuerzas impulsoras externas y contrarrestar las fuerzas restrictivas externas.

Las matrices que se presentan a continuación reflejan el análisis realizado en donde a partir de dicho análisis se definieron las estrategias pertinentes, así como su priorización de cara a los próximos años.

13.1 Matriz de Fuerzas Impulsoras y Restrictivas Externas

SERVICIO NACIONAL DE SALUD MATRIZ DE DEFINICIÓN DE LAS FUERZAS IMPULSORAS Y RESTRICTIVAS, EXTERNAS E INTERNAS

MATERIALES		MATRIZ DE FUERZAS IMPULSORAS Y RESTRICTIVAS EXTERNAS			PRIORIDAD			
		Indicadores	Repercusiones en la institución		Postura Estratégica de Respuestas (¿Qué deberíamos hacer?)	A	B	C
Variables		Fuerzas Impulsoras Externas		Fuerzas Restrictivas Externas		Postura Estratégica de Respuestas (¿Qué deberíamos hacer?)		
Políticas								
Objetivos Sostenible	Desarrollo	% de alineación de la planificación institucional con los ODS	Fortalecimiento de los sistemas de información para alimentar algunos de los indicadores que evidencian el cumplimiento de las metas.	Alineación parcial de las metas institucionales al ODS 3.	Alinear las metas institucionales al ODS 3	X		
Marco Normativo		Nivel de implementación del Reglamento Interno del CD SNS	Existe una propuesta de Reglamento de Funcionamiento que establece la periodicidad y funciones.	El Consejo Directivo no se reúne con la periodicidad reglamentada, lo que limita los tiempos para aprobación de los planes, presupuestos y programación operativa de la Red; así como los contratos y convenios que se generen con los SRS	Abogar por la realización de las sesiones ordinaria del Consejo del SNS	X		
Modificación Ley 87-01		Probabilidad de Modificación de la Ley 87-01 y su impacto con la eliminación del contributivo subsidiado	Aprovechar el proceso de modificación para ajustar la modificación del régimen contributivo-subsidiado para dar afiliación a la población no cubierta.	Que se aproveche la necesidad de la modificación de la Ley 87-01 y se incluyan propuestas desfavorables a la prestación de los servicios públicos de salud	Hacer incidencia (lobby) para el logro de la modificación en favor de la prestación de servicios de calidad Participar de las mesas técnicas en favor de esta modificación	X		
Modelo de Atención en Salud		Nivel de implementación en territorio priorizado	Existe un modelo de atención con oportunidades de mejora y una experiencia de plan de implementación en tres regiones de salud	Incidencia del poder político en las decisiones que impactan la implementación del Modelo de Atención en Salud	Abogacía para alineamiento de los actores de los diferentes sectores involucrados	X		

Rectoría y Gobernanza	Numero de espacios de concertación de actores funcionando que impulsan el ejercicio rector	Los espacios de concertación se encuentran conformados por normativas: Consejo Nacional de Salud el Consejo del SNS	No ejercicio del rol rector y la gobernanza afecta la articulación entre todos los actores del sistema de salud	X	
Plan Sectorial (PLANDES)	Porcentaje de avance elaboración PLANDES	Hay una experiencia previa de constructo de este plan que puede orientar el desarrollo del actual	Falta de un direccionamiento estratégico que articule el sector público y privado	X	
Ley 64-00, Ley de Medioambiente	Numero de UGAM conformadas y funcionando	Unidades que deben contribuir a la articulación de los temas de salud en las comunidades y la eliminación de los factores de riesgo ambiental que contribuyen a las enfermedades vectoriales: leptospirosis, rabia, dengue, zika, etc.	Baja articulación de la gestión de salud ambiental en el marco de la Ley 64-00 por los gobiernos municipales Falta de ejecución del presupuesto destinado a la salud ambiental	X	
Escenario político	% de cumplimiento de los planes institucionales	La END favorece la elaboración y alineación de la planificación institucional	El escenario político incide en el cumplimiento de los planes estratégico y operativo de la organización por la falta de continuidad del Estado. Esto se convierte en un rezago y en un reinicio de la definición de lineamientos estratégicos.	X	Mantener alineada la perspectiva estratégica a la Estrategia Nacional de Desarrollo
Económicas					
Recursos financieros	Gasto público en salud como un % del PIB	Se contempla en la END y que se reconozca se necesitan recursos contemplados en ella (al 2020 se asigne el 4% del PIB al sector público de salud y al 2030 el 5%)	El no cumplimiento del presupuesto con las metas estipuladas en la END con un gasto público mayor	X	Abogar por el cumplimiento de mayor asignación presupuestaria al sector salud, como lo contempla la END
	Cantidad de ajustes al cápita subsidiado		El ajuste del cápita del régimen subsidiado depende del CNSS para efectividad y la presentación de las propuestas por parte de la SISALRIL. La falta de ajuste del PDSS al perfil epidemiológico y con un enfoque a resultados de salud, asegurando la continuidad de la atención con las intervenciones incluidas	X	

							X	
					Que los compromisos con otros sectores, por ejemplo 4% para educación, restrinjan la posibilidad de mayores asignaciones en el presupuesto. Que los aumentos en la inversión sean en gasto de capital y no en corriente.	Fortalecimiento de la articulación inter e intersectorial, así como la interoperabilidad de los sistemas de información	X	
	Voluntad política de mejorar las condiciones estructurales de los establecimientos	Porcentaje de incremento presupuesto	Transferencia condicionada	Falta de seguimiento al cambio de la condición social de los beneficiarios y el cumplimiento de las condiciones de salud para recibir estos recursos (atención con carácter preventivo en el Primer Nivel y adscripción)	Que las condiciones financieras de la ARS, derivada del aumento de la demanda de servicios y la falta de ajustes al capítulo del régimen subsidiado determinen la presión en las auditorías médicas y los arreglos institucionales para la transferencia de recursos.	Mantener la continuidad de estas negociaciones	X	
	Contribuye a la prevención de enfermedades prevenibles por vacuna en menores de 5 años y a la nutrición de adultos mayores	Cantidad de beneficiarios que cumplen con la condición del programa	Existe un escenario favorable para negociación y potenciar los resultados en salud					
	El crecimiento sostenido que ha tenido el país que se ha catalogado como país de renta media por muchos organismos internacionales.	Porcentaje de reducción del financiamiento externo en salud	Porcentaje de glosas a establecimientos de salud			Identificación de nuevas propuestas de cooperación que favorezcan la prestación de servicios de salud		
	El crecimiento sostenido que ha tenido el país que se ha catalogado como país de renta media por muchos organismos internacionales.	Porcentaje de reducción del financiamiento externo en salud	Porcentaje de glosas a establecimientos de salud					
Medioambientales								
Contaminación ambiental	Tasa de Letalidad por Dengue	Tasa de Letalidad por Dengue	Actualmente se tiene una tasa de un 4.4 de personas fallecidas por dengue	Disminución de la tasa de letalidad a menos de una 2% formando alianzas intersectoriales para control de vectores. Promoción de la salud mediante campañas televisivas. Mejorar las competencias del personal de Salud.			X	

Desastres naturales	Número de Establecimiento afectados debido a Desastres Naturales.	En el caso específico de la ocurrencia de tormentas y ciclones algunos centros o establecimiento de salud se ha visto afectados por inundaciones dificultando u obstaculizando la prestación de los servicios de salud. Otros establecimientos se han visto desbordado por el incremento de la demanda de servicio.	Diseño e implementación de un plan de emergencia y desastre orientado a prevenir y/o a minimizar los riesgos que afectan la funcionalidad de los establecimientos de salud en el marco de la estrategia Hospital Seguro.	X		
Brotos Epidemiológicos	Número Población afectada por brote o epidemias	Resultado de algunos brotes epidemiológico como el dengue o la leptospirosis se ha incrementado la mortalidad y ha desbordado la capacidad de respuesta oportuna de muchos establecimientos de salud.	Implementar una estrategia recurrente interinstitucional y sectorial orientada a prevenir y reducir los riesgos y mortalidad por brotes epidemiológicos.	X		
Tecnológicas						
Ciberseguridad (Antivirus)	Número de localidades con protección de para Virus y Ransomware	El 95% de los centros necesitan la implementación de protección Antispam	Estrategia para la implementación de Servidor de Seguridad Open Source en las Localidades			X
Ciberseguridad (Phishing)	Número de hospitales con Certificado SSL en portales Web	El 95% de los centros necesitan la implementación de protección Antispam	Adquisición de los Certificados SSL para los portales de los centros			X
Ciberseguridad (Protección Avanzada contra Amenazas)	Número de localidades protegidas con VPN		Estrategia para la implementación de Servidor de Seguridad Open Source en las Localidades			X
Internet de las Cosas	Número de centros con sensores de telediagnóstico	No se cuenta con redes que permitan el intercambio de datos, registro y análisis		X		
Eje de telecomunicación de República Digital	Número de nodos de fibra óptica disponibles	Actualmente están disponible 12 nodos ópticos	Alianza con República Digital para la reutilización de los nodos Ópticos			X

Firmas Digitales	Número de colaboradores con firma digital	Actualmente el 100% de los colaboradores carece de Firma Digital	Completar la solicitud de firmas digitales realizada a la OPTIC. Extender la solicitud al personal administrativo de los centros de salud		
Protección integral de los datos personales	Número de centros con protocolos de seguridad	El 90% de los centros requieren la implementación de protección Antispam	Estrategia para la implementación de Servidor de Seguridad Open Source en las Localidades		
Comunicación electrónica y SPAM	Números de Centros con Servicios de protección Antispam	El 95% de los centros necesitan la implementación de protección Antispam	Estrategia para la implementación de Servidor de Seguridad Open Source en las Localidades		
Crímenes y Delitos de alta Tecnología	Número de Centros con Protección de Firewall	48 centros cuentan con firewall de seguridad, 22 centros estarían habilitados en el 2019	Estrategia para la implementación de Servidor de Seguridad Open Source en las Localidades		
Puntos de Acceso a Internet de República Digital	Número de Centros con Puntos de Acceso WIFI	256 centros de salud cuentan con puntos de acceso WIFI	Alianza con República Digital para la reutilización de los nodos Ópticos		
Socioculturales					
Immigración irregular	Porcentaje de Inmigrantes en situación irregular	Un porcentaje importante de los recursos en salud se invierte en la atención inmigrantes en condición de irregularidad, sobre todo en las regiones más vulnerables y empobrecidas, afectando con ello la atención a la población dominicana.	Impulsar espacios de discusión a nivel de Estado y bilaterales, que permitan abordar y buscar solución a la problemática.		

Población adolescente	Porcentaje embarazos adolescentes	de en adolescentes	En la actualidad la tasa de embarazo en adolescentes en nuestro país es de 20.5% por lo que estos inciden altamente la deserción de la escolaridad.	Implementaremos estrategias de promoción y prevención educativa familiar. Expandir y fortalecer el programa de adolescente en los EESS.	x	
Mortalidad Materna	Muerte Reportada	Materna	En la actualidad la tasa de muerte materna en el país es 113 por 100m NV, lo que significa que estamos por encima de promedio de AL	Énfasis en la adherencia a Protocolos. La captación temprana en embarazo (antes de las 12 semanas). El carné prenatal, equipamientos y recursos humanos. Seguimiento a los comités de mortalidad materna y morbilidad extrema. Captación temprana de puérperas antes de las 72 horas.	x	
Mortalidad Neonatal	Tasa de Neonatal	Mortalidad	Tenemos una tasa de un 15% en cuanto mortalidad neonatal en RD, frente a la tasa de 9.5% en AL, lo que demuestra que debemos fortalecer más lo esfuerzos de aplicación de las estrategias	Fortalecer la UCIN con el recurso humano capacitado y el equipamiento adecuado.	x	
VIH	Tasa de VIH		En la actualidad el país está alineado a la estrategia 90-90-90 sobre VIH la cual se ha cumplido en un 80%.	Fortalecer la capacitación del recurso humano de lo SAI, así como la disponibilidad de los medicamentos garantizando un abastecimiento de lo mismo y de las pruebas CD4 y Carga Viral.	x	
TB	Incidencia de TB		La incidencia de TB es de 42.8 en RD en comparación 22.2% AL país dispone de programa de control de TB en todos los centros de salud	Fortalecer el RRRH para seguimiento adecuado del paciente en tratamiento y posibles contactos	x	

13.2 Matriz Fuerzas Impulsoras y Restrictivas Internas

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Matriz de fuerzas impulsoras y Restrictivas Internas							
Variables	Indicadores	Repercusiones en la institución		Postura Estratégica de Respuestas (¿Qué deberíamos hacer?)	PRIORIDAD		
		Fuerzas Impulsoras Internas	Fuerzas Restrictivas Internas		A	B	C
Prestación del servicio							
Accesibilidad Universal	Tiempo de Espera para la prestación del Servicio (Lista de espera quirúrgico/Consultas)	Implementación Cartas de Compromiso al Ciudadano	Existe una cultura Organizacional de Resistencia al cambio, incumplimiento de horario de médicos.	Definir e implementar un régimen de Consecuencia. Diseñar e implementar un protocolo para la reducción de lista de espera. Desarrollo de un plan de competencias en Servicios al personal asistencial	X		
	Total, de servicios por nivel de atención (Producción)	Se ha venido Implementando el Modelo CAF	Falta de organización y continuidad a la implementación del CAF.	Implementar contratación de personal por competencias enfatizando en las habilidades blandas	X		
	Total, del personal asistencial vs demanda	Contratación del Personal	Debilidad en la gestión	Diseñar e implementar un plan de mantenimiento e infraestructura.	X		
	Porcentaje de establecimientos con cartera de servicio implementada	Readecuación de las Infraestructura		Implementar un Plan ciera de brecha personal biomédico (mantenimiento, calibración de las unidades de cuidados intensivos y salas de cirugías)	X		
				Definir una red de servicios diagnostico conforme a la demanda	X		

	Disponibilidad de Medicamentos e Insumos	Existe un plan de adquisición de medicamentos e insumos del SNS. Implementación de SUGEMI	Dificultad en la distribución de los medicamentos. Falta de datos reales para planificación de necesidades	Implementar un sistema de planificación y monitoreo de medicamentos e insumos efectivo en los EESS. Fortalecer estrategia conjunta con PROMESE y otros organismos cooperantes en gestión de medicamentos e insumos	x	
	Proporción de establecimientos que ofertan servicios inclusivos	Ley General de Salud. ODS	Cultura Organizacional. Debilidad en la Gestión	Hacer un plan de incorporación de servicios inclusivos en los establecimientos de salud		
Calidad de los Servicios	Índice Promoción del Servicio	Círculos comunitarios de la salud	Limitados recursos financieros dedicados a la promoción	Ampliar y fortalecer la estrategia existente de promoción de salud.	x	
		SNS en la Comunidad	Resistencia al cambio en la población	Fortalecer el diseño de estrategias efectivas con aliados estratégicos.		
	Promedio de Cumplimiento de los Protocolos, Guías, Procedimientos de atención	Guías y protocolos existentes. Sistema de monitoreo del SNS	Recursos financieros limitados para la capacitación al personal en salud para el cumplimiento de los protocolos. Existe resistencia al cumplimiento	Continuar el plan de capacitación continuada. Implementar un régimen de consecuencias. Fortalecer el sistema de monitoreo e implementación de ciclo de mejora continua en la calidad en los SRS y EESS	x	
	Índice humanización del servicio	Protocolo de seguridad del paciente	Resistencia al cambio-cultura organizacional	Implementar una Política de manejo del dolor. Fortalecer la implementación del protocolo de seguridad de paciente. Fortalecer los mecanismos de fidelización de los pacientes	x	
	Porcentaje de cumplimiento del protocolo Seguridad del Paciente	Bioseguridad, lista de verificación de cirugía,	Falta Protocolo de seguridad del paciente	Definir e implementar protocolos de seguridad del Paciente Implementar un régimen de consecuencias. Fortalecer el sistema de	x	

		Reglamento hospitalario	Falta de protocolo de reporte de eventos adversos. Estudios	monitoreo e implementación de ciclo de mejora continua en la calidad en los SRS y EESS	x	
	Porcentaje de cumplimiento Indicadores de servicios comprometidos (CCC)	Compromiso de la alta gerencia y el personal	Disposición de la alta gerencia. Resistencia al cambio. Falta de recursos. Cultura del personal en los EESS	Conformar un equipo de Calidad en la Gestión de los EESS. Fortalecer las capacidades del personal de EESS para la implementación de modelos de calidad CCC y CAF	x	
	Porcentaje de registro y reporte oportuno de indicadores trazadores	Sistema de auditoría de datos del SNS, Sistema de reporte de entes reguladores (MSP, DIGEPI), Módulo de captura de datos de circuitos comunitarios de salud.	Incompletitud de expedientes clínicos. Falta de personal con las competencias técnicas para la gestión de datos. Falta de políticas y protocolos para la gestión.	Gestión integral de la información de servicios. Cierre de brechas del personal técnico para la gestión del dato (estadísticos). Definición e implementación de manual de procedimientos (Políticas y protocolos) para la gestión de la información. Fortalecer la estrategia de completitud de expedientes clínicos.	x	
	Porcentaje de satisfacción de los usuarios por nivel de atención	Implementación de la política de atención al usuario	Falta de política para la atención a los usuarios	Crear Unidades de defensoría al usuario. Implementación de un sistema de veeduría en los servicios de salud. (ONGS, Sociedad Civil)	x	
Desarrollo organizacional						
Estructura Organizacional SNS	Porcentaje implementación Estructura SNS Central	Definida considerando los retos relativos a la calidad de la prestación de los servicios. Implementada en un 90% para el SNS Central.		Realizar un inventario y diagnóstico del diseño organizacional del SNS y realizar las adecuaciones que se entiendan pertinente.	x	

	Porcentaje Implementación Estructura SNS Regional.	Está definida y alineada a la del SNS Central. Ha sido socializada a los SRS	Pendiente la implementación de esta	Implementación de la estructura de acuerdo con el plan definido	x	
	Porcentaje Implementación Estructura Hospitalares	Está definida, alineada a la del SNS Central y SRS. Socializada.	Pendiente la implementación de esta	Implementación de las estructuras de acuerdo con el plan definido	x	
Políticas y Procesos institucionales	Porcentaje de Implementación SNS Central Políticas 96%	Tenemos un plan de Implementación de Políticas y Procesos que incluyen Documentación, Socialización, Evaluación y Retroalimentación	Pendiente que el personal implemente estas Políticas y procesos y los mismos sean auditados	Implementación las políticas y procesos de acuerdo con el plan definido	x	
	Porcentaje de Implementación Políticas SRS 25%		Pendiente de implementación plan de documentación de políticas y procesos	Trabajar de forma integrada con el equipo de los SRS para implementar el plan de documentación de políticas y procesos	x	
Proceso de Planificación Institucional	Porcentaje de cumplimiento del PEI 2016-2020, en un 60%		Débil implementación de las estrategias definidas en el PEI 2016-2020	En definición PEI 2020-2024	x	
	Porcentaje de cumplimiento del POA 2019, en un 86%	POA alineada al PEI que abarca desde el SNS Central, SRS y para el caso de los establecimientos de salud tenemos un POA estandarizado			x	
Manual de Funciones	Porcentaje de implementación Manual de funciones (documentación, socialización, evaluación retroalimentación) SNS central	Manual de Funciones desarrollado e implementado			x	
	% implementación Manual de funciones, (documentación, socialización, evaluación retroalimentación) SRS	Está definido y alineado al del SNS Central y SRS. Ha sido socializado.	Pendiente la implementación de este juntamente con la estructura	Implementación del manual de funciones de acuerdo con el plan definido	x	

Gestión Humana						
Manual de Cargos	Porcentaje de implementación, socialización, evaluación retroalimentación) SNS Central-80%	Manual de cargos desarrollado e implementado	Pendiente la definición e implementación de este juntamente con la estructura	Implementación del manual de cargos de acuerdo con el plan definido		x
	Porcentaje de implementación Manual de cargos (documentación, socialización, evaluación retroalimentación) SRS	Necesidades identificadas tanto a nivel de especialidades como en los programas de gestión clínica.	Tenemos oportunidades de mejora en la programación de capacitaciones continuas del personal asistencial	Realizar un levantamiento centralizado e integral de todos los niveles de atención por SRS y medir la efectividad de su implementación		x
Plan capacitación personal Asistencial.	Cantidad establecimientos con necesidades de capacitación identificadas.	Se han realizado capacitaciones de acuerdo con las necesidades levantadas				x
	Cantidad de Acciones formativas	Pendiente de medir	No se mide la efectividad de las capacitaciones			x
Captación de personal asistencial a nivel nacional.	Porcentaje Efectividad Capacitación		No existe una vinculación de las necesidades vs. La dotación actual	Implementar estrategia análisis de la cartera de servicios, persona, cargo	X	
	Porcentaje de cumplimiento del personal reclutado con perfil requerido		Dificultad para reclutar personal con el perfil en localidades lejanas	Implementar acuerdos interinstitucionales para garantizar mejor calidad del personal asistencial	X	
Nómina	Porcentaje de desviación entre Recursos humanos vs. Nómina		No hay existe un 100% de confiabilidad en la información de la nómina, comparada con la realidad del personal.	Realizar inventario de Recursos humanos vs. Nómina	X	

Evaluación del Desempeño personal	Resultados de la evaluación del Desempeño del personal	Resultados de la evaluación del Desempeño no acorde al desempeño real	Implementar un régimen de consecuencias establecido en la ley 41-08 de función pública	X	
Gestión y Liderazgo					
Influencia	Nivel de influencia de los directivos en sus empleados	Aproximadamente 20% del personal Directivo influye en sus colaboradores de manera positiva y los inspira a lograr los objetivos	80% de los Directivos no están impactando de manera positiva en sus colaboradores	X	
Compromiso/Sentido de pertenencia	Nivel de cumplimiento de los objetivos departamentales	Aproximadamente 15% de los planes Operativos contienen resultados de impacto	85% de los Directivos no tienen la experiencia para definir resultados de impactos en sus operaciones	X	
Gestión del talento	Nivel de cumplimiento de asignaciones de forma equitativa y justa, acorde al perfil y capacidades de sus colaboradores Cumplimiento de objetivos de productividad de los colaboradores.	Los Directivos cumplen con la asignación de responsabilidades y tareas acorde al perfil y al potencial de sus colaboradores en un 50%	Crear una herramienta de medición, monitoreo 360 grados, para evaluar la gestión y aplicar régimen de consecuencias según amerite. (Supervisor, colaboradores y homólogos)	X	
Imagen instruccional	Nivel de diferenciación del Servicio Nacional de salud como Red por los usuarios Vs el Seguro Nacional de Salud y del Órgano Rector (MSP). Nivel de conocimiento de los colaboradores de la cartera de servicio y de la Red	Se cuenta con el portal de transparencia en todas las Regionales y algunos de los hospitales	Campaña publicitaria para dar a conocer los servicios que ofrecemos y quienes somos. Desarrollo de una aplicación que sirva para los usuarios consultar acorde a su dirección los CPN y hospitales, así como la cartera de servicio que ofrecen. Impartir capacitación a los colaboradores para que	X	

					conozcan en detalle lo que somos. Crear programa de inducción para nuevos empleados. Crear los portales y contratar el personal requerido para tales fines.			
Infraestructura física y tecnológica								
Capacidad instalada de establecimientos	Cantidad de establecimientos con capacidad instalada adecuado al modelo.	Esta variable se identifica dentro de las metas presidenciales para garantizar la calidad de la atención y accesibilidad a los servicios de salud a la población y disminución del gasto del bolsillo del usuario.	Se identifican factores externos no dependen directamente del SNS, tales como equipamiento e infraestructura.	Establecer acuerdo con la OISOE, MSP, Presidencia y SNS a fin de formar parte del diseño y programación para la remodelación, construcción y equipamiento construcción de nuevos establecimientos.	X			
Capacidad instalada de equipos médicos	Equipos médicos instalados según cartera de servicio		Presupuesto limitado para la compra de equipos médicos. Incompatibilidad entre equipos médicos instalados. Externalización de la compra (OISOE) Equipos médicos entregado sin instalación. Falta de programación basada en reales necesidades de los establecimientos	Levantamiento necesidades de equipos médicos y programación inversión a mediano-largo plazo. Fortalecimiento de la dirección administrativa para el desarrollo de contratos de compras eficientes				
	Equipos médicos en estado de obsolescencia.		Personal no capacitado para dar mantenimiento preventivo y correctivo. Brecha en el número de técnicos en electromedicina	Acuerdos con universidades para el desarrollo de programas de estudios específicos de electromedicina				X
Infraestructura	Número de Servidores instalados en los CEAS							

Redes de Comunicación	Número de Centros con Comunicación (Internet)	342 centros cuentan con Servicios de Internet	1,262 centros no cuentan con Servicios de Internet	Realización de Alianzas con República Digital para la contratación de servicios de Internet. Contratación de Servicios por la SRS. Inversión del 10% Recursos de los SRS a partir de los IMR para Tecnología y Sistema de Información.	X	
Sistemas de Información	Número de Centros con Sistema de Información	856 centros cuentan con Sistemas de Información	748 centros no cuentan con Sistemas de Información	Creación de un sistema estándar para cada tipo de Centro. Integración del SGC, CCS y Ficha Familiar. Implementación de Sistema para Emergencias (SISMED).	X	
Sostenibilidad Financiera						
Mecanismos de financiamiento	Porcentaje de aumento de recursos captados por venta de servicios	El 60% de los ingresos captados por los establecimientos de salud proviene de la venta de servicios. Permite la operatividad.	Actualmente no contamos con sistema uniforme de tarifas, debido a que no tenemos costeados los servicios	Implementar un tarifario en base a un análisis de costo beneficio.	X	
	Porcentaje de servicios costeados	Porcentaje de disminución de la Glosa	Falta de aplicación de protocolos y debilidades en el proceso de Facturación con la ARS y Auditoría Médica.	Análisis y rediseño del proceso. Establecer régimen de consecuencias al personal que incluya esquema de Reconocimientos.	X	
	Cumplimiento de ejecución presupuestaria por resultados	Más del 90% del presupuesto del SNS se está ejecutando	La ejecución no se corresponde con la proporción destinada para los gastos priorizados por lo que no se orienta a los resultados esperados.	Alinear el presupuesto de gastos esté alineado a la planificación estratégica	X	
Orientación a la calidad del gasto						

MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DEL SNS

Misión

Contribuir con la salud de la población y satisfacción de los usuarios a través de la provisión de los servicios públicos de salud organizados en redes integradas.

Visión

Ser reconocidos por la población como una red efectiva y con calidad en la provisión de servicios integrales de salud, mediante una atención humanizada y eficaz.

Valores

Valores	Definición
Equidad	Brindamos nuestros servicios de salud y oportunidades, acorde a las necesidades de a quienes servimos.
Transparencia	Manejamos con honestidad y pulcritud los recursos de que disponemos y los procesos internos, abiertos siempre al escrutinio público.
Calidez	Mantenemos un ambiente laboral agradable, acogedor y familiar para todos nuestros usuarios y colaboradores.
Compromiso	Realizamos nuestras responsabilidades con calidad y entusiasmo por encima de las expectativas.

14.1 Ejes Estratégicos del SNS

Ejes Estratégicos	Descripción
Calidad en la prestación de los servicios de salud.	Este eje estratégico está orientado a impactar y mejorar los indicadores de salud que afectan a la población mediante intervenciones efectivas y de calidad en el primer nivel de atención de salud, así como en el nivel especializado. Con dicho eje se procura cerrar brechas en materia de cobertura de salud, accesibilidad a los servicios de salud, la calidad y pertinencia de los servicios y satisfacción de los usuarios.

Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención.	Este eje procura la consolidación de la articulación e integralidad de la red de prestación de los servicios de salud, acorde a los requerimientos del modelo de atención, asegurando la eficiencia y eficacia de la articulación de toda la gestión para la prestación de los servicios de salud, la referencia y contrarreferencia para facilitar la movilidad de los usuarios en la red de prestación de los servicios de salud. Dicho eje también procura promover la participación y gobernanza en la gestión y prestación de los servicios de salud.
Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos	Este eje está orientado a impactar en el mejoramiento continuo y sostenible de la planificación, distribución, desarrollo de competencia, desempeño laboral de calidad y la administración efectiva de los recursos humanos vinculados a la prestación y gestión de los servicios de salud.
Fortalecimiento Institucional	El Eje de Fortalecimiento Institucional busca fortalecer la gestión estratégica del SNS y mejorar la eficiencia interna de cada uno de los procesos de la institución, garantizando calidad de la gestión un modelo efectivo de desarrollo organizacional, con un control para el monitoreo y evaluación de los planes y proyectos. Dicho eje está orientado a favorecer el mejoramiento continuo de las condiciones laborales para la prestación de un servicio de calidad, procurando un manejo eficiente de los recursos con que cuenta la institución. Asimismo, con la definición de indicadores efectivos de gestión y el desarrollo de estrategias que garanticen la eficiencia presupuestaria, para contribuir al mejoramiento del posicionamiento positivo de la imagen institucional.

14.2 Objetivos Estratégicos

- Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades.
- Asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el marco de los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Fortalecer el Primer Nivel de Atención incrementando su capacidad de resolución para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- Avanzar en la integración de las redes de servicios, asegurando la integralidad de la atención de acuerdo con las necesidades territoriales de la población.
- Fortalecer las capacidades de planificación estratégica de la fuerza laboral, incluyendo el análisis de la movilidad profesional, con el fin de proyectar y responder a las necesidades del personal de salud a mediano y largo plazo, con el apoyo de un sistema nacional de información de recursos humanos.
- Desarrollar condiciones y capacidades en los colaboradores del SNS para mejorar el desempeño institucional, ampliar el acceso y cobertura a los servicios integrales de salud.
- Asegurar la calidad y efectividad de la gestión institucional del SNS a través de la implementación de un conjunto de intervenciones de gestión del cambio.

14.3 Alineamiento Estratégico Superior del SNS

MATRIZ DE ALINEAMIENTO ESTRATEGICO SUPERIOR								
ESTATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO (END) 2030								
PLAN NACIONAL PLURIANUAL DEL SECTOR PUBLICO (PNSP) 2021-2024								
OBJETIVOS DESARROLLOS SOSTENIBLES 2030								
Visión END al 2030	Ejes Estratégicos END	Objetivos Generales END	Objetivos Específicos END	Líneas de Acción END	Resultados Esperados PNPSP 2021-2024	Metas ODS	Ejes Estratégicos	Objetivos Estratégico SNS
<p>“República Dominicana es un país próspero, donde las personas viven dignamente, apegadas a valores éticos y en el marco de una democracia participativa que garantiza el Estado social y democrático de derecho y promueve la igualdad de oportunidades, la justicia social, que gestiona y aprovecha sus recursos para desarrollarse de forma innovadora, sostenible territorialmente equilibrada e integrada y se inserta competitivamente en la economía</p>	<p>Eje 2: Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada educación, salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad, y que promueve la reducción progresiva de la pobreza y la desigualdad social y territorial.</p>	<p>2.2: Salud y seguridad social integral.</p>	<p>2.2.1: Garantizar el derecho de la población a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>2.2.1.8: Fortalecer las capacidades gerenciales de los Servicios Regionales de Salud (SRS) y de los centros de salud, apoyados en el uso de tecnologías de la información y el desarrollo de un sistema de información gerencial de la salud para impulsar la gestión por resultados.</p> <p>2.2.1.10: Desarrollar y consolidar un sistema de capacitación continua y motivación laboral para los recursos humanos en salud, que tome en cuenta la equidad de género e incluya un mecanismo de pago por servicios prestados, con el fin de fortalecer la carrera sanitaria y elevar la calidad de los servicios.</p> <p>2.2.1.1: Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia prehospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizada la salud de Niños, Niñas y Adolescentes. - Disminuida la mortalidad materna e infantil. -Reducida la morbilidad, mortalidad y prematura y las complicaciones por enfermedades no transmisibles en la población en riesgo. - Garantizado el acceso universal, oportuno, con precios asequibles y el uso racional de medicamentos esenciales seguros y eficaces. - Reducida la morbilidad y letalidad de las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia o en vías de eliminación (Incluye TB, Malaria, VIH, Dengue, Rabia 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 x 100.000 NV - Poner fin a las muertes evitables RN y de niños menores de 5 años, reduciendo la mortalidad neonatal al menos a 12 x 1.000 NV y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 x 1.000 NV - Poner fin a las epidemias del SIDA, TB, malaria y Enf. Tropicales, combatir las hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles -Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad en la prestación de los servicios de salud 2. Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención 3. Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos 4. Fortalecimiento Institucional 	<p>1.1 Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades</p> <p>1.2 Asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el marco de los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.</p> <p>2.1 Fortalecer el Primer Nivel de Atención incrementando su capacidad de resolución para satisfacer las</p>

MATRIZ DE ALINEAMIENTO ESTRATEGICO SUPERIOR								
ESTATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO (END) 2030								
PLAN NACIONAL PLURIANUAL DEL SECTOR PUBLICO (PNSP) 2021-2024								
OBJETIVOS DESARROLLOS SOSTENIBLES 2030								
Visión END al 2030	Ejes Estratégicos END	Objetivos Generales END	Objetivos Específicos END	Lineas de Acción END	Resultados Esperados PNPS 2021-2024	Metas ODS	Ejes Estratégicos	Objetivos Estratégico SNS
global".				<p>calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.</p> <p>2.2.1.2: Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con las autoridades locales y las comunidades, con énfasis en salud sexual y reproductiva atendiendo las particularidades de cada sexo, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles (tuberculosis, dengue, malaria, VIH y SIDA, entre otras), crónicas (hipertensión, diabetes, cardiovasculares, obesidad, (cáncer de mama, cérvix y próstata, entre otras), así como el fomento de estilos de vida saludables garantizando el acceso a la población vulnerable y en pobreza extrema</p>	<p>Humana).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducida la mortalidad y secuelas por accidentes tránsito. - Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud, individual y colectiva, de calidad, inclusivos, integrales, continuos, que incorporan los avances tecnológicos, a través de redes integradas de servicios. - Incrementadas, en los diferentes grupos poblacionales (según sexo, orientación sexual, curso de vida, capacidades distintas, entre otras), las prácticas que promueven la salud y previenen enfermedades según las características epidemiológicas de 	<p>mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo - Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de PF, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales - Cobertura sanitaria universal, protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, 		<p>necesidades de la población</p> <p>2.2 Avanzar en la integración de las redes de servicios, asegurando la integralidad de la atención de acuerdo con las necesidades territoriales de la población</p> <p>3.1 Fortalecer las capacidades de planificación estratégica de la fuerza laboral, incluyendo el análisis de la movilidad profesional, con el fin de proyectar y responder a las necesidades del personal de salud a mediano y largo plazo, con el apoyo de un sistema nacional de información de recursos</p>

MATRIZ DE ALINEAMIENTO ESTRATEGICO SUPERIOR									
ESTATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO (END) 2030									
PLAN NACIONAL PLURIANUAL DEL SECTOR PUBLICO (PNSP) 2021-2024									
OBJETIVOS DESARROLLOS SOSTENIBLES 2030									
Visión END al 2030	Ejes Estratégicos END	Objetivos Generales END	Objetivos Específicos END	Líneas de Acción END	Resultados Esperados PNPS 2021-2024	Metas ODS	Ejes Estratégicos	Objetivos Estratégicos SNS	
					<p>los diferentes territorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorado el acceso equitativo de la población a servicios de salud, individual y colectiva, de calidad, inclusivos, integrales, continuos, que incorporan los avances tecnológicos, a través de redes integradas de servicios. - Reformadas estructural, funcional y normativamente las instituciones y organismos públicos para la modernización y eficientización del Estado 	<p>asequibles y de calidad para todos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo - Reforzar la capacidad del país en alerta temprana, reducción riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial 		<p>3.2 Desarrollar condiciones y capacidades en los colaboradores del SNS para mejorar el desempeño institucional, ampliar el acceso y cobertura a los servicios integrales de salud</p> <p>4.1 Asegurar la calidad y efectividad de la gestión institucional del SNS a través de la implementación de un conjunto de intervenciones de gestión del cambio.</p>	

14.4 Alineamiento Estratégico Interno del SNS

Misión y Visión del SNS	Ejes Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Estrategias	Resultados
<p>MISION: Contribuir con la salud de la población y satisfacción de los usuarios a través de la provisión de los servicios públicos de salud organizados en redes integradas.</p> <p>VISION: Ser reconocidos por la población como una red efectiva y con calidad en la provisión de servicios integrales de salud, en un ambiente de humanización y eficacia.</p>	<p>Calidad en la prestación de los servicios de salud.</p>	<p>Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades.</p>	<p>Atención integral con enfoque en las personas, la familia y la comunidad con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que favorezcan la reducción de factores de riesgo.</p>	<p>Redes de servicios integradas y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos</p>
			<p>Reducir la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil en sus principales causas, por un mejor acceso a atención de calidad en salud sexual-reproductiva y el abordaje integral del embarazo adolescente con perspectiva a su disminución.</p>	<p>Disminuida la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil</p>
			<p>Mejorar la salud de la población reduciendo la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura en las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades mentales, violencia y traumatismos</p>	<p>Reducida la carga de las enfermedades crónicas incluidos los diferentes tipos de cáncer, los trastornos de salud mental, así como, ante discapacidad, violencia y traumatismos</p>

<p>Reducida la morbi-mortalidad de las enfermedades transmisibles, así como, las enfermedades transmitidas por vectores, tropicales y zoonóticas, enfermedades desatendidas y aquellas prevenibles mediante vacunación</p>	<p>Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad de las enfermedades transmisibles y a la reducción de su impacto económico y social</p>		
<p>Incrementada la capacidad de respuesta de la Red que favorezca a disminuir la morbi-mortalidad resultantes de las emergencias y desastres</p>	<p>Fortalecer la respuesta de la Red de servicios de salud ante eventos de emergencias y desastres</p>		
<p>Desarrollo y mantenimiento de un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva la generación de mejores resultados en materia de salud lo que se traduzca en el aumento de la satisfacción de las personas</p>	<p>Aumentar la satisfacción de la población con los servicios de salud</p>	<p>Asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el marco de los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud</p>	
<p>Fortalecida la calidad de la atención en salud disminuyendo el riesgo de la seguridad del paciente y mejorando los resultados esperados de salud</p>	<p>Disminuir la morbi-mortalidad asociada a la baja calidad de la atención en salud</p>		
<p>Primer Nivel de Atención fortalecido y con alta resolución para garantizar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a la necesidades de salud y características de la población</p>	<p>Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención incorporando la Estrategia de Atención Primaria Renovada, lo que permita ampliar la oferta de servicios de salud y su capacidad de respuesta</p>	<p>Fortalecer el Primer Nivel de Atención incrementando su capacidad de resolución para satisfacer las necesidades de salud de la población</p>	<p>Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención</p>

<p>Garantizado el cierre de brecha recursos humanos según cartera de servicios y Modelo de Atención</p>	<p>Desarrollar mecanismos de distribución de los recursos para apoyar el desarrollo del Primer Nivel de Atención y asignación de personal sanitario requeridos según las necesidades de salud de la población, basado en el Modelo de Atención</p>	<p>Avanzar en la integración de las redes de servicios, asegurando la integralidad de la atención de acuerdo con las necesidades territoriales de la población</p>
<p>Garantizada la atención integral con calidad y oportunidad, mediante la coordinación clínica y asistencial de los servicios de salud</p>	<p>Gestión de los servicios asistenciales con enfoque en atención integral</p>	
<p>Gestión integrada y articulada de las redes públicas de servicios de salud con actores involucrados en la organización, gestión y atención de servicios de salud bajo el enfoque y participación social, intra e intersectorial</p>	<p>Fortalecimiento de la gobernanza de la Red</p>	
<p>Promovida la salud y prevención de la enfermedad, con la transversalización de las intervenciones de salud pública y de carácter colectivo</p>	<p>Desarrollo del componente de promoción y prevención en los EESS de las redes de servicios</p>	
<p>Aumentada la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios</p>	<p>Reorganizar las redes de servicios de acuerdo con su complejidad y capacidad resolutive</p>	

<p>Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos</p>	<p>Fortalecer las capacidades de planificación estratégica de la fuerza laboral, incluyendo el análisis de la movilidad profesional, con el fin de proyectar y responder a las necesidades del personal de salud a mediano y largo plazo, con el apoyo de un sistema nacional de información de recursos humanos</p>	<p>Distribuir de forma equitativa y equilibrada el personal de salud por niveles de atención para cubrir las necesidades expresadas por el Modelo de Atención y los objetivos del sistema de salud</p>	<p>Reducida las disparidades en la disponibilidad de personal médico especializado y personal licenciado en enfermería existente en los diferentes niveles</p>
<p>Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos</p>	<p>Desarrollar condiciones y capacidades en los colaboradores del SNS para mejorar el desempeño institucional, ampliar el acceso y cobertura a los servicios integrales de salud</p>	<p>Fortalecer el talento humano en salud mediante la generación de lineamientos de formación, incentivos, formalización y cierre de brechas, con el propósito de mejorar el desempeño individual y colectivo, así como, la calidad en la prestación de servicios de salud</p>	<p>Incrementada las competencias y resolutiveidad de los colaboradores, de acuerdo con la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector</p> <p>Mejorado el clima de satisfacción laboral, realización personal y sentido de pertenencia hacia la institución</p>
<p>Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos</p>	<p>Asegurar la calidad y efectividad de la gestión institucional del SNS a través de la implementación de un conjunto de intervenciones de gestión del cambio.</p>	<p>Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral, así como lugar de trabajo seguro y limpio</p>	<p>Desarrollados e implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo</p>
<p>Fortalecimiento Institucional</p>	<p>Fortalecimiento del Desarrollo Organizacional y Calidad en la Gestión</p>	<p>Fortalecimiento del talento humano, con el propósito de mejorar el desempeño individual y colectivo, así como, la calidad en la prestación de servicios de salud</p>	<p>Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación y mejora de la infraestructura física, con el fin de fortalecer los servicios a la población en términos de calidad y eficiencia</p>

<p>Mejorada la sostenibilidad financiera de la Red SNS con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia</p>	<p>Sostenibilidad Financiera de la Red SNS</p>	
<p>Aumentada la conexión del SNS con los medios informativos y la población, manteniendo con ellos una comunicación ágil, fluida y de calidad; que nos permita satisfacer con rapidez las peticiones y necesidades de información sobre la institución y los servicios ofrecidos</p>	<p>Mejorar el branding y posicionamiento institucional</p>	

14.5 Matriz de Resultados, Indicadores y Metas al 2024

EJE ESTRATEGICO I

Eje Estratégico PEI: I. Calidad en la prestación de los servicios de salud.
Objetivo Estratégico: 1. Mejorar la provisión de los servicios de salud con enfoque en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control de las enfermedades.

Denominación	Indicador (es)	Resultados institucionales PEI					Productos Terminales (Relevantes)					Medios de verificación	Responsables	Involucrados	Supuestos			
		Línea base		Meta			Denominación	Unidad de medida	Programación									
		Año*	Valor	2021	2022	2023			2024	Año 1	Año 2					Año 3	Año 4	
Redes de servicios integradas y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a las necesidades de salud y características de la población, con miras hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	Cobertura de atención en niños/as de 0 a 5 años con controles de salud de acuerdo con el protocolo	N/D	N/D	>80%	>80%	>85%	>85%	>85%	>85%	Control de salud de niños y niñas	Consulta Ambulatoria	698,626	702,720	706,800	710,864	SIPNA, Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Materno-Infantil y Neonatal Servicios Regionales de Salud CPN	
	Proporción de mujeres embarazadas que recibieron primer control prenatal antes de la semana 15 de gestación	2017	50%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	Control prenatal oportuno (captación temprana de la gestante)	Consulta Ambulatoria	286,956	305,652	316,156	335,725	SIPNA, Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN	
Cobertura de captación oportuna de puerperas y recién nacido	Cobertura de captación oportuna de puerperas y recién nacido	2017	50%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	Control del puerperio para prevención de complicaciones y atención oportuna al recién nacido	Vista domiciliaria	111,500	111,850	112,300	112,500	SIPNA, Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN	
	Porcentaje seguimiento de la atención al adulto mayor	2019	72%	81%	83%	86%	90%	90%	Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable	Terapia física	1,200	1,300	1,400	1,500	SIPNA, Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN		
Tasa de Mortalidad Hospitalaria neta	Tasa de Mortalidad Hospitalaria neta	2018	35 x 1000	<35	<35	<34	<33	<33	Atención integral al Adulto Mayor	Consulta Ambulatoria	440,500	440,800	500,200	501,000	SIPNA, Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN		
	Índice de ocupación hospitalaria	2018	0.35	0.6	0.65	0.7	0.75	0.75	Servicio de Hospitalización	Egreso	332,800	359,424	388,178	419,232	RIESS, Repositorio de Información y Estadísticas de Servicios de Salud	Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de CEAS	

Disminuida la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil, mediante el fortalecimiento y la integración de los servicios de salud antes de la concepción, durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida, garantizando la calidad de la atención.	Tasa de parto por cesarea	2019	46%	<45%	<44%	<42%	<40%	Atención Integral al Embarazo, Parto y Puerperio	Partos	111,500	112,615	113,741	114,879	Módulo Producción Servicios Nivel Complementario	Dirección Materno, Infantil y Adolescentes Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Calidad de los Servicios Regionales de Salud CEAS
	Porcentaje nacimiento RN prematuro (<2,500 gts)	2019	4.96%	<4.8%	<4.7%	<4.6%	<4.5%							Reporte	Dirección Materno, Infantil y Adolescentes Centros Hospitalarios Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Calidad de los Servicios Regionales de Salud CPN
	Promedio de cumplimiento de los criterios establecidos en los documentos normativos durante la atención en la consulta prenatal	2019	69%	75%	85%	91%	95%									
	Promedio de cumplimiento de los criterios establecidos en los documentos normativos durante la atención al recién nacido	2019	78%	83%	90%	94%	95%									
	Promedio de cumplimiento de los criterios establecidos en los documentos normativos durante la atención en preparto	2019	72%	81%	89%	93%	95%									
	Promedio de cumplimiento de los criterios establecidos en los documentos normativos durante la atención en el parto	2019	82%	85%	88%	92%	95%							Módulo Nacimientos, Estadísticas Vitales MSP	Dirección Materno, Infantil y Adolescentes Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CEAS
	Cobertura de registro certificados de nacidos vivos	2019	83%	>90%	>91%	>93%	>95%			Consulta	42,000	42,500	42,900	SIPNA, Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN
Reducida la carga de las enfermedades crónicas incluidos los diferentes tipos de cáncer, los trastornos de salud mental, así como ante discapacidad, violencia y traumatismos, a través de servicios de atención que	Porcentaje de individuos diagnosticados con hipertensión arterial en seguimiento y tratamiento, según protocolo	2017	50%	60%	75%	80%	90%	Porcentaje de individuos diagnosticados con hipertensión arterial en seguimiento y tratamiento, según protocolo	Captación, tratamiento y seguimiento personas con Hipertensión							

faciliten la detección temprana y la continuidad de la atención, eliminando las brechas en el acceso y utilización de los servicios de salud.	2017	50%	60%	75%	80%	90%	Porcentaje de individuos diagnosticados con Diabetes tipo II en seguimiento y tratamiento, según protocolo	Captación, tratamiento y seguimiento personas con Diabetes Mellitus	Consulta	8,500	8,900	9,200	SIPNA. Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CPN
	N/D	>80%	>80%	>85%	>85%	>85%	Cobertura de visitas domiciliarias a personas con discapacidad y casos prioritarios de salud según meta	Seguimiento y control domiciliario ante discapacidad y eventos prioritarios de salud	Visita domiciliaria	233,370	263,708	316,450	Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CPN
	2019	1%	>3%	>5%	>6%	>7%	Proporción de servicios destinados a la salud mental	Servicios de salud mental	Consulta	9,230	9,580	9,630	Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Asistencia de la Red	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CPN CEAS
	2019	17%	>30%	>35%	>40%	>45%	Cobertura de las Unidades de Género en los EESS que aplican protocolos de detección y evaluación de riesgo ante violencia	Unidad	15	20	30	40	Reporte	Dirección Asistencia de la Red	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CPN CEAS
	N/D	N/D	>40%	>43%	>46%	>50%	Porcentaje de mujeres entre 19 y 65 años a las que se les realizó el Papanicolaou al menos una vez en el último año	Detección y Prevención de Cáncer Cervicouterino	Citología (PAP)	91,500	93,230	96,000	Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Asistencia de la Red	Servicios Regionales de Salud
	N/D	N/D	>50%	>50%	>50%	>50%	Porcentaje de hombres mayores de 45 años a las que se les realizó examen físico y prueba del antígeno prostático (PSA) al menos una vez en el último año	Detección y Prevención de Cáncer Prostata	Prueba de laboratorio (PSA)	48,000	50,000	55,000	Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Primer Nivel	Centros Diagnósticos CPN CEAS
	N/D	N/D	>45%	>45%	>50%	>50%	Porcentaje de mujeres mayores de 40 años que se le ha realizado una mamografía en el último año	Detección y Prevención de Cáncer Mama	Imagen diagnóstica (mamografía)	9,000	9,550	10,000	Módulo Producción Servicios Primer Nivel	Dirección Asistencia de la Red	Servicios Regionales de Salud Centros Diagnósticos CEAS
Reducida la morbilidad de las enfermedades transmisibles, incluidas la infección por el VIH/SIDA, la Tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, las hepatitis virales, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades zoonóticas, y las enfermedades prevenibles mediante vacunación; con especial atención en las poblaciones vulnerables	2019	61.63%	>95%	>95%	>95%	>95%	Porcentaje de adultos y niños activos en tratamiento Antiretroviral (TARV) del total de PVVIH estimados	Atención Integral a Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVIH)	PPVVIH en TARV	69,840	69,870	69,900	FAPPS	Dirección Asistencia de la Red	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CPN CEAS
	2019	51.33%	>95%	>95%	>95%	>95%	Porcentaje de adultos y niños que han iniciado tratamiento Antiretroviral (TARV) con una carga viral suprimida a 12 meses (<1000 copias/ml)	PPVVIH con carga viral indetectable	19,200	20,300	21,000	21,500	FAPPS	Dirección Asistencia de la Red	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CPN CEAS

Incrementada la capacidad de respuesta que favorezca a disminuir la morbilidad resultantes de las emergencias y desastres, mediante la detección, preparación y mitigación de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial que contribuya a la salud y seguridad de las personas	2018	76%	>80%	>84%	>87%	>90%	Detección y control de la tuberculosis	Consultas	14,400	14,544	14,689	14,836	SIOE-TB SINAVE	Dirección Asistencia de la Red Centros Hospitalarios Dirección Hospitalarios Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CEAS	
	2019	71%	>78%	>82%	>85%	>90%								Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CEAS		
	2014	60%	>90%	>90%	>90%	>90%	Complejidad esquema vacunación en menores de 48 meses	Esquema de vacuna completo para la edad	4,500	5,200	5,500	6,000	Reporte	Dirección Asistencia de la Red Centros Hospitalarios Dirección Hospitalarios Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CEAS	
	2019	73%	>75%	>80%	>85%	>85%	Gestión de los traslados de prehospitalarios e internospitalario	Traslados	478,328	491,994	512,494	520,694	Reporte	Dirección Emergencias Médicas Dirección Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CEAS	Aumento de la partida presupuestaria para expansión del Sistema de Emergencias Médicas
	2018	12%	>50%	>65%	>80%	>100%										
	2018	42%	>50%	>55%	>60%	>65%	Servicios urgencias y emergencias médicas	Servicios de emergencia	3,500,000	3,550,000	3,600,000	3,650,000	Módulo Producción de Servicios Nivel Complementario	Dirección Emergencias Médicas Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Regionales de Salud CEAS	
	2019	0.70	<0.65	<0.59	<0.55	<0.50										

Eje Estratégico PEI: 1. Calidad en la prestación de los servicios de salud.
Objetivo Estratégico: 2. Asegurar la calidad de la atención y seguridad del paciente en el marco de los derechos de las personas, que se traduzca en un incremento de la confianza y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud

Denominación	Resultados institucionales PEI										Productos Terminales (Relevantes)				Medios de verificación	Responsables	Involucrados	Supuestos
	Indicador (es)	Línea base		Meta				Denominación	Unidad de medida	Programación								
		Año *	Valor	2021	2022	2023	2024			Año 1	Año 2	Año 3	Año 4					
Desarrollo y mantenimiento de un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva mediante la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud lo que se traduzca en el aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud	Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Primer Nivel de Atención Índice de satisfacción usuaria en la atención de salud del Nivel Complementario	2019	87%	>85%	>85%	>85%	>85%	Encuestas de satisfacción ciudadana de los servicios ofertados en la Red SNS	Encuestas	200	250	320	350	Informe Encuesta	Dirección Calidad de los Servicios Dirección Primer Nivel Dirección Calidad de los Servicios Salud Dirección Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CPN Servicios Regionales de Salud CEAS		
		2019	82%	>85%	>85%	>85%	>85%			300,000	315,000	335,000	350,000					Módulo Lista Espera
Fortalecida la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud	Porcentaje de resolución de lista de espera quirúrgica Promedio de la Correcta Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía Tasa general de infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención (IAAS)	N/D	N/D	>45%	>50%	>55%	>60%	Oferta de servicios quirúrgicos	Procedimiento quirúrgico	144	160	168	176	Reporte	Dirección Calidad de los Servicios Dirección Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CEAS		
		2019	63%	>90%	>90%	>90%	>90%			300,000	315,000	335,000	350,000					Módulo Lista Espera

EJE ESTRATEGICO II

Eje Estratégico PEI: II. Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención
Objetivo Estratégico: 1. Fortalecer el Primer Nivel de Atención incrementando su capacidad de resolución para satisfacer las necesidades de salud de la población

Denominación	Indicador (es)	Resultados institucionales PEI				Productos Terminales (Relevantes)				Medios de verificación	Responsables	Involucrados	Supuestos						
		Línea base		Meta		Denominación	Unidad de medida	Programación											
		Año*	Valor	2021	2022			2023	2024					Año 1	Año 2	Año 3	Año 4		
Primer Nivel de Atención fortalecido y con alta resolución para garantizar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionada a las necesidades de salud y características de la población	Promedio Concentración de consultas Primer Nivel	N/D	N/D	1-2	1-2	2021	2022	2023	2024	Atención ambulatoria del Primer Nivel	Consulta	850,000	890,000	925,000	970,000	Módulo establecimientos Primer Nivel	Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN	
	Proporción de servicios de salud ofertados en los Centros de Primer Nivel	2019	31%	50%	53%	57%	60%												
Porcentaje de caracterización de las necesidades de salud de la población a través del Análisis de Situación de Salud (ASIS)		N/D	N/D	50%	60%	70%	80%			Caracterización del perfil epidemiológico de la población	ASIS	50%	60%	70%	80%		Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN	
	Cobertura poblacional de las Unidades de Atención Primaria	2019	2,195	2,200	2,210	2,225	2,250			Cierre de brecha de infraestructura del Primer Nivel de atención	Unidades de Atención Primaria	5	10	25	25	Módulo establecimientos Primer Nivel	Dirección Primer Nivel	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN	

	2019	90%	93%	94%	95%	95%	95%	Provisión de tratamiento a usuarios del Primer Nivel	Entrega de Medicamentos	500,000	610,000	685,000	700,000	SUGEMI	Dirección Medicamentos e Insumos Dirección Primer Nivel	Dirección Primer Nivel Recursos Humanos Servicios Regionales de Salud CPN
Garantizado el cierre de brecha según cartera de servicios y Modelo de Atención en términos de recursos, a través del adecuado financiamiento del PN con las metas de la Red Pública	2014	0.03	30%	50%	70%	90%	Cierre de brecha en Recursos Humanos del Primer Nivel de atención	Nómina Primer Nivel	351	875	1152	1354	Reporte	Dirección Primer Nivel	Dirección Recursos Humanos Servicios Regionales de Salud CPN	
	2018	0.4	0.6	0.7	0.8	0.9								Dirección Primer Nivel	Dirección Recursos Humanos Servicios Regionales de Salud CPN	
	2018	1.01	>1	>1	>1	>1								Dirección Primer Nivel	Dirección Recursos Humanos Servicios Regionales de Salud CPN	
	2018	0.09	0.3	0.5	0.7	0.9								Dirección Primer Nivel	Dirección Recursos Humanos Servicios Regionales de Salud CPN	
	2018	0.12	0.4	0.6	0.8	0.9								Dirección Primer Nivel	Dirección Recursos Humanos Servicios Regionales de Salud CPN	
	2018	12%	15%	18%	20%	25%							Sistema de Gestión Financiera (SIGEF)	Dirección Ejecutiva Dirección Primer Nivel Dirección Administrativa Dirección Financiera	Dirección Planificación Servicios Regionales de Salud CPN	

Eje Estratégico PEI: II. Desarrollo de las redes integradas de servicios de salud fundamentada en el Modelo de Atención
Objetivo Estratégico: 2. Avanzar en la integración de las redes de servicios, asegurando la integralidad de la atención de acuerdo a las necesidades territoriales de la población

Denominación	Indicador (es)	Resultados Institucionales PEI					Productos Terminales (Relevantes)				Medios de verificación	Responsables	Involucrados	Supuestos			
		Línea base		Meta			Denominación	Unidad de medida	Programación								
		Año*	Valor	2021	2022	2023			2024	Año 1					Año 2	Año 3	Año 4
Garantizada la atención integral con calidad y oportunidad, mediante la coordinación clínica y asistencia de los servicios de salud	Porcentaje de referencias efectivas al Nivel Complementario	N/D	N/D	>50%	>53%	>55%	>57%	Optimización del sistema de referencia y contrarreferencia como mecanismo integrador de la atención en salud	Reporte de Referencias y contrarreferencias	>40%	>45%	>50%	>55%	Módulo de Producción de Servicios Nivel Complementario y de Primer Nivel	Dirección Primer Nivel Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CPN		
	Porcentaje de cumplimiento de contrarreferencia al Primer Nivel de Atención	N/D	N/D	>40%	>45%	>50%	>55%								Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CEAS	
Gestión integrada y articulada de las redes públicas de servicios de salud, con actores involucrados en la organización, gestión y atención de servicios de salud con enfoque y participación intra e intersectorial y participación social fortalecida, que promueva un ambiente favorable para la	Proporción de Servicios Regionales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y veeduría	N/D	N/D	9	9	9	9	Comités de veeduría ciudadana	Actas de conformación y de sesiones	35	50	75	90	Reporte	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CEAS CPN	
	Porcentaje de resolución de reclamos en la Red con enfoque participativo	N/D	N/D	>80%	>80%	>80%	>80%	Atención Ciudadana ante QRS	Reporte respuesta	85%	90%	95%	95%	Reporte	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CEAS CPN	

cobertura y acceso a los servicios de salud	Redes de servicios orientando servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que han integrado las intervenciones de salud pública y de carácter colectivo	Porcentaje de hospitales que promueven prácticas saludables y de bioseguridad	N/D	N/D	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	Eventos de promoción y prevención por CEAS y CPN	900	1100	1250	1400	Reporte	Dirección Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CEAS CPN	
		Porcentaje de UNAP's que realizan intervenciones extramurales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	N/D	N/D	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Levantamiento y reorganización de la Red establecimientos de salud del SNS con enfoque al fortalecimiento de la oferta de servicios	Reporte de cobertura de registro de establecimientos PN y NC por SRS	Reporte	Dirección Nivel	Servicios Regionales de Salud CPN					
Aumentada la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios	Razon de camas hospitalarias	2017	0.9	>2	>2.5	>2.9	>3.1				Reporte de Módulo de Producción de Servicios Nivel Complementario	Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CEAS						
	Porcentaje de reconversión de los EESS de acuerdo con su nivel de resolución características y necesidad de la población	N/D	N/D	0.4	0.7	0.85	1				Reporte	Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Gestión de la Información Servicios Regionales de Salud CEAS						

Eje Estratégico PEI: III. Fortalecimiento de la gestión y desarrollo de los recursos humanos
Objetivo Estratégico: 2. Desarrollar condiciones y capacidades en los colaboradores del SNS para mejorar el desempeño institucional, ampliar el acceso y cobertura a los servicios integrales de salud

Denominación	Indicador (es)	Resultados institucionales PEI				Productos Terminales (Relevantes)				Medios de verificación	Responsables	Involucrados	Supuestos							
		Línea base		Meta		Denominación	Unidad de medida	Programación												
		Año *	Valor	Años	Año 1			Año 2	Año 3					Año 4						
Incrementada las competencias y resolución de los colaboradores de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector	Cobertura del programa de capacitación al personal Médico que trabaja en las instituciones del sistema de salud	N/D	N/D	2021	>90%	2022	>90%	2023	>90%	2024	>90%	Programa de capacitación del SNS	Plan anual DCSNS, SRS (CEAS y PN)	10	10	10	10	Reporte	Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud
		N/D	N/D	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	Cobertura del programa de capacitación al personal No Médico que trabaja en las instituciones del sistema de salud		Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud	Reporte	Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud	
		N/D	N/D	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	Cobertura del programa de capacitación al personal Administrativo que trabaja en las instituciones del sistema de salud		Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud	Reporte	Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud	
Personal trabaja bajo un clima de satisfacción, realización personal y sentido de pertenencia hacia la institución	Índice Evaluación Desempeño	2019	83%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%							Reporte	Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud
	Tasa de retención de personal	N/D	N/D	>70%	>70%	>70%	>75%	>75%	>75%	>75%	>75%	Encuesta de Clima laboral	Plan de mejora	1	1	1	1	Reporte	Dirección Recursos Humanos	Dirección Planificación Administrativa Dirección Financiera
Desarrollados e implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo	Índice de rotación de personal	2018	27.60%	<30%	<30%	<30%	<27%	<27%	<26.5%	<26.5%	<26.5%							Reporte	Dirección Recursos Humanos	Dirección Primer Nivel Dirección Centros Hospitalarios Servicios Regionales de Salud
	Índice de cumplimiento del Programa Gestión de Riesgos Laborales	N/D	N/D	>75%	>80%	>85%	>85%	>90%	>90%	>90%	>90%	Plan Gestión de Riesgos Laborales	Plan DCSNS, SRS (CEAS y PN)	10	75	125	200	Reporte	Dirección Recursos Humanos	Servicios Regionales de Salud CEAS
Índice de reportes de incidentes laborales	N/D	N/D	>80%	>80%	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%	>85%							Reporte	Dirección Recursos Humanos	Servicios Regionales de Salud CEAS

EJE ESTRATEGICO IV

Eje Estratégico PEI: IV. Fortalecimiento Institucional
Objetivo Estratégico: 1. Asegurar la calidad y efectividad de la gestión institucional del SNS a través de la implementación de un conjunto de intervenciones de gestión del cambio.

Denominación	Indicador (es)	Resultados Institucionales PEI					Productos Terminales (Relevantes)					Medios de verificación	Responsables	Involucrados	Supuestos				
		Línea base		Meta			Denominación	Unidad de medida	Programación										
		Año*	Valor	2021	2022	2023			2024	Año 1	Año 2					Año 3	Año 4		
Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a la población en términos de calidad y eficiencia.	Nivel de implementación estructura organizativa en la Red SNS	2019	33%	100%	> 85%	> 85%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	1	Reporte de implementación	Despliegue estructura organizativa en la Red SNS	1	N/A	N/A	N/A	Dirección de Recursos Humanos	Dirección de Planificación y Desarrollo Servicios Regionales de Salud
	Grado optimización procesos institucionales prioritarios	2019	81%	> 85%	> 85%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	1	Reporte actualizado de procesos	Optimización de procesos prioritarios	1	1	1	1	Dirección de Planificación y Desarrollo	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS
	Índice de Metas Presidenciales	2019	100%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 90%	Reporte de cumplimiento	Gestión Institucional de cumplimiento de indicadores de desempeño	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	Dirección de Planificación y Desarrollo	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS
	Grado de cumplimiento de los indicadores del Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP)	2019	90.67%	> 90%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 90%	Reporte de cumplimiento	Gestión Institucional de cumplimiento de indicadores de desempeño	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	Dirección de Recursos Humanos Dirección de Planificación y Desarrollo	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS
Índice de Uso de TIC y Gobierno Electrónico	2019	96.70%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	Reporte de implementación	Implementación de la ISO 9001:2015	60%	70%	80%	> 85%	Dirección de Tecnología	Servicios Regionales de Salud	
Grado de implementación de la Norma Internacional ISO 9001:2015	2019	0%	50%	60%	60%	70%	80%	80%	80%	80%	Reporte de implementación	Implementación de la ISO 9001:2015	60%	70%	80%	> 85%	Dirección de Planificación y Desarrollo	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS	
Índice de Cultura Organizacional	N/D	N/D	> 80%	> 80%	> 80%	> 85%	> 85%	> 85%	> 85%	> 85%	Reporte de implementación	Programa de Seguridad Hospitalaria	35%	45%	60%	85%	Departamento Seguridad Física	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS	
Grado de implementación Programa Seguridad Hospitalaria	N/D	N/D	> 30%	> 50%	> 50%	> 70%	> 85%	> 85%	> 85%	> 85%	Reporte de ejecución	Programa de Mantenimiento Infraestructura y Equipos Médicos	> 45%	> 60%	> 75%	> 85%	Dirección Administrativa Dirección de Infraestructura y Mantenimiento de Equipos	Servicios Regionales de Salud CEAS	

Grado de implementación del Proyecto de Telemedicina en Ciudadanos Críticos	N/D	N/D	>50%	>60%	>80%	>100%	Proyecto de Telemedicina en Ciudadanos Críticos	Reporte de implementación	>65%	>75%	>85%	>90%	Reporte	Dirección Planificación y Desarrollo Centros Hospitalarios	Servicios Regionales de Salud CEAS
Mejorada la sostenibilidad financiera de la Red SNS mediante el control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las distintas fuentes de financiamiento con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia	2019	82%	> 90%	> 92%	> 95%	> 95%	Fortalecimiento de la gestión financiera de la Red SNS	Reporte de cumplimiento	>90%	>92%	>94%	>95%	SIGEF	Dirección Financiera Dirección Planificación y Desarrollo	Servicios Regionales de Salud CEAS
	2019	97%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%							DIGEPRES	Dirección Financiera Dirección Planificación y Desarrollo	Servicios Regionales de Salud CEAS
	2019	85.9%	> 90%	> 95%	> 95%	> 95%							SISCOMPRA	Dirección Administrativa Dirección Planificación y Desarrollo	CPN
Grado de cumplimiento Normas Básicas Control Interno	2019	99.10 %	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%							NOBACI	Dirección Financiera Dirección Planificación y Desarrollo	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS
Porcentaje incremento de los recursos financieros por ventas de servicios	2018	5%	> 7%	> 9%	> 10%	> 10%							Reporte	Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Financiera Dirección Control y Fiscalización Servicios Regionales
Promedio de glosa en los EESS de la Red SNS	2019	12%	<8%	<6%	<5%	<5%							Reporte	Dirección Centros Hospitalarios	Dirección Financiera Dirección Control y Fiscalización Servicios Regionales
Aumentada la conexión del SNS con los medios informativos y la población, manteniendo con ellos una comunicación ágil, fluida y de calidad; que nos permita satisfacer con rapidez las peticiones y necesidades de información sobre la Institución y los servicios ofrecidos	2019	91%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	Transparencia y Promoción Institucional	Reporte de cumplimiento	>95%	>95%	>95%	>95%	DIGEIG	Oficina Acceso a la Información (OAI)	Dirección Tecnología de la Información Direcciones Sustantivas Asesoras y de Apoyo del SNS
	2019	93.51 %	> 90%	> 95%	> 95%	> 95%							DIGEIG	Oficina Acceso a la Información (OAI)	Dirección Administrativa Dirección Financiera Dirección Planificación y Desarrollo
	N/D	N/D	> 70%	> 75%	> 80%	> 85%							Encuesta	Dirección Comunicaciones	Direcciones Sustantivas, Asesoras y de Apoyo del SNS Servicios Regionales de Salud

REFERENCIAS

1. Guerrero, E. Auer, A. Godue, C. Abordaje de temas de salud bajo la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual para su comprensión. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington, D.C., 2015.
2. Segú, L. Fábregas, R. Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, República Dominicana, 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud. "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". OPS/OMS, Washington, D.C., 2010
4. Organización Panamericana de la Salud. "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Washington, D.C.: OPS, 2008.
5. Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, 2010 [Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4]
6. Banco Interamericano de Desarrollo, "Planes Maestro de Inversiones en Salud con enfoque en Red", Washington, D.C.: BID, 2018.
7. Servicio Nacional de Salud, "Plan Estratégico Institucional 2015-2019", Santo Domingo, República Dominicana, 2015.
8. Servicio Nacional de Salud, 2019. Boletín anual de métricas de recursos humanos en salud 2018. Santo Domingo: SNS.
9. Organización Mundial de la Salud, Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención no especializada, Washington, D.C.: OMS, 2010.
10. Organización Panamericana de la Salud. "Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud [2018-2023]". 70a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2018.
11. Organización Panamericana de la Salud. "Estrategia de Recursos Humanos para el acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud [2018-2023]". 69a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2017.
12. Arredondo, A. Orozco, E. Wallace, S. Rodríguez, M. Indicadores de Gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales, desprotección social en la salud de los migrantes. Escuela de Salud Pública, México. 2013.
13. Organización Panamericana de la Salud. "Plan Estratégico de la organización Panamericana de la Salud [2014-2019]". 69a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2017.
14. Ministerio de Salud Perú. Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud. Lima, Perú. 2002.
15. Banco Interamericano de Desarrollo, "Calidad del Primer Nivel de Atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico Estratégico de la situación actual", Washington, D.C. Primera Edición. BID, 2014.
16. OSAKIDETZA. País Vasco: Transformando el Sistema de Salud 2009-2012. Gobierno Vasco.
17. Servicio Nacional de Salud, Boletín de Métricas de Recursos Humanos en Salud de la Red SNS. Santo Domingo, D.N. 2018.
18. Ministerio de Salud Pública. Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. Santo Domingo, D.N. 2019.
19. ONUSIDA. Monitoreo Global del SIDA 2019. Indicadores para el seguimiento de la declaración política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA. 2018.
20. Servicio Nacional de Salud. Plan Estratégico Institucional 2016-2020. Santo Domingo, D.N. 2019.

CONDUCCIÓN GENERAL PEI 2021-2024

DIRECTOR EJECUTIVO DEL SNS

Dr. Mario Andres Lama Olivero

PRIMERA VERSIÓN PEI 2020-2024

LIC. CHANEL ROSA

Director Ejecutivo del SNS

EQUIPO TÉCNICO COORDINADOR

Michelle Guzmán, directora Planificación y Desarrollo
Ilka González, Enc. Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP
Stefano Todde, Enc. Cooperación Internacional
Josefina Rosa, Coordinadora Monitoreo y Evaluación
Noldis Naut, directora Centros Hospitalarios
Dania Guzmán, directora Gestión de la Información
Hilda Cruz, directora Primer Nivel de Atención
Luis Santana, director Medicamentos e Insumos
Víctor Calderón, director Materno-Infantil y Adolescente

EQUIPO APOYO

Evelyn López, Centros Hospitalarios
Amelia de León, Primer Nivel de Atención
Evelyn Ceballos, Atención a los Usuarios
Claudia Bautista, Monitoreo Calidad Servicios de Salud
Milka Díaz, Medicamentos e Insumos
Ramón David Andújar, Seguridad Física
Yasirys Germán, Financiera
Edgar López, Financiera
Yocaurys Beltré, Administrativo
Nazareth de Moya, Recursos Humanos
Yira Lorenzo, Recursos Humanos
Leonardo Ramos, Tecnología
Ynés Abreu, Control y Fiscalización
Alexandra Marte, Oficina Acceso a la Información
Mirna Font, Servicio Regional de Salud Metropolitano [SRS 0]
Rosana Tejada, Servicio Regional de Salud Metropolitano [SRS 0]
María Elexia Bautista, Servicio Regional de Salud Valdesia [SRS I]
Arisleida Lorenzo, Servicio Regional de Salud Valdesia [SRS I]
Austria de la Rosa, Servicio Regional de Salud Norcentral [SRS II]
Bienvenido Cabrera, Servicio Regional de Salud Norcentral [SRS II]
Ángel Garabot, Servicio Regional de Salud Nordeste [SRS III]
Leovigilda Reyes, Servicio Regional de Salud Nordeste [SRS III]
Rosa Ariza, Servicio Regional de Salud Enriquillo [SRS IV]
Manuel Daniris Feliz, Servicio Regional de Salud Enriquillo [SRS IV]
Derca Reyes, Servicio Regional de Salud Este [SRS V]
Yolanda Pérez, Servicio Regional de Salud Este [SRS V]
Bolívar Matos, Servicio Regional de Salud El Valle [SRS VI]
Jacqueline Corcino, Servicio Regional de Salud El Valle [SRS VI]
Domingo Colón, Servicio Regional de Salud Cibao Occidental [SRS VII]
Cristina Tavarez, Servicio Regional de Salud Cibao Occidental [SRS VII]
Freddy Abad, Servicio Regional de Salud Cibao Central [SRS VIII]
Nilson Cid, Servicio Regional de Salud Cibao Central [SRS VIII]
Carolina Acero González, Banco Interamericano de Desarrollo [BID]
Eliana Mañón, Banco Interamericano de Desarrollo [BID]
Hernán Rodríguez, Organización Panamericana de la Salud [OPS-OMS]
Alexandra Rodríguez, Organización Panamericana de la Salud [OPS-OMS]
Luis Urbina, Organización Panamericana de la Salud [OPS-OMS]
Cándida Gil, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]
Dulce Chahín, Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]
Ana Cabarcos, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]

DIAGRAMACIÓN:

Departamento de Identidad Institucional

EQUIPO TECNICO ELABORACIÓN PRIMERA VERSION

Ilka González, Enc. Formulación, Monitoreo y Evaluación PPP
Stefano Todde, Enc. Cooperación Internacional

FACILITADOR DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Pedro L. Guerrero C., Consultor



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

