



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA



**PLAN ESTRATÉGICO
NACIONAL DE SALUD**

2030



¡En salud, primero la gente!





GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA



**PLAN ESTRATÉGICO
NACIONAL DE SALUD**

2030



Título original:

Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

Coordinación ministerial e institucional

Miguel Rodríguez Viñas y María Sosa Herman

Coordinación metodológica y técnica

Reynaldo Peguero y Mariel Meléndez

Consultoría sénior

Cecilia Buchanan, Inclusión y Redes integrales de Servicios
Marcela Mirabal Montes de Oca, Gobernabilidad, Gobernanza y Articulación Público-Privada-Comunitaria
Julio Corral Alonso, Ambiente, Riesgos y Cambio Climático
Rolando Reyes, Economía, Financiamiento y Salud

Equipo técnico institucional revisor

Indhira Guillén
Tomiris Valerio
Indiana Barinas
Josué Belliard
Francisco Torres

Dirección de Normas, Guías y Protocolos (DNGP)

Ibsen Veloz Suarez
Anel Payero González
Altagracia Milagros Peña González

Corrección de estilo

Glenys de Jesús, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Concepción gráfica, diagramación y edición

Fernando Germán
Yennifer Cruz Domínguez y Oficina Técnica Coordinadora del CDES

Fotografías, imágenes y mapas

Carlos González
Kerman Rodríguez
Odalys Tineo
Paola Smairy Rochit
Archivo fotográfico digital del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, (MISPAS)
Archivo fotográfico digital del Consejo para el Desarrollo Estratégico de Santiago (CDES)
Archivo fotográfico digital de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Referencia y apoyo en gráficas, cartografía y planos

Consejo Nacional de Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio
Instituto Geográfico Nacional “José Joaquín Hungría Morell” (IGN-JJHM)
Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre (INTRANT)
Laboratorio Cartográfico del Plan de Ordenamiento Territorial
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), Viceministerio de Planificación
Oficina Técnica Coordinadora del Consejo para el Desarrollo Estratégico de Santiago (CDES)

Impresión

Amigo del Hogar

Citar: *Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. Santo Domingo, República Dominicana, Agosto 2023.*

Una publicación de:

Ministerio de Salud Pública
Avenida Héctor Homero Hernández, Esquina Avenida Tiradentes, Ensanche, La Fe, Santo Domingo, R.D. 10514.
Tel: (809) 541-3121 Email: info@ministeriodesalud.gob.do | Intranet
Primera Edición: 300 ejemplares - Agosto 2023. ISBN 978-9945-644-34-0

Copyright

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas a expertos, sociedades especializadas, comunidades y otros actores clave involucrados, para el análisis y diagnóstico de las necesidades del Sistema Nacional de Salud y la formulación de propuestas para su abordaje mediante un serie de proyectos estructurantes basado en una metodología de planificación estratégica probada.

Autoridades

Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Eladio Radhamés Pérez Antonio

Viceministro de Salud Colectiva

Miguel Antonio Rodríguez Viñas

Viceministro de Fortalecimiento
y Desarrollo del Sector Salud

José Antonio Matos Pérez

Viceministro de Garantía
de la Calidad de los Servicios

Raysa Bello Arias de Peña

Viceministra de Asistencia Social



***¡En salud,
primero la gente!***





Resolución Núm. 0003-2023.

Que aprueba y pone en vigencia el Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES 2030).

El **Consejo Nacional de Salud (CNS)**, órgano máximo de cogestión, concertación, asesoría y consulta del sistema nacional de salud, organizado de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Núm. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la Ley General de Salud Núm. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), con domicilio y asiento social principal en la ciudad de Santo Domingo, debidamente representado por su Presidente y Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, **Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral Núm. 031-0096377-0, médico de profesión, con domicilio y residencia en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional.

Considerando (1): Que la Constitución de la República Dominicana establece que es función esencial del Estado, la protección efectiva de los derechos de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas.

Considerando (2): Que de acuerdo al artículo 241 de la Constitución de la República, la estrategia de desarrollo, se puede identificar como una de la herramienta que tiene el Estado para lograr su función esencial, a través de políticas públicas de desarrollo, planificación e inversión que definen la visión de la Nación para el largo plazo.



Considerando (3): Que en cumplimiento a la reserva legislativa del artículo 241 de la Constitución de la República, se aprobó la Ley 1-12, Orgánica sobre Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, cuyos objetivos y líneas de acción constituyen el marco de referencia central para la actuación del Sector Público. En primer lugar, para la formulación del Plan Nacional Plurianual de Sector Público, del Presupuesto Plurianual y su marco financiero, de los planes institucionales, sectoriales y territoriales y del Presupuesto General del Estado. Esto implica que todo el accionar de las diversas instancias estatales debe estar orientado al logro de los objetivos planteados en la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y en coherencia con las líneas de acción en ella contenidas.

Considerando (4): Que el artículo 3 de la Ley 1-12, Orgánica de Estrategia Nacional de Desarrollo, dispone que: *“Cada gestión de Gobierno deberá contribuir a la implementación de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, a través de las políticas públicas plasmadas en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público, los planes institucionales, sectoriales y territoriales y los presupuestos nacionales y municipales, y establecerá explícitamente la articulación de dichas políticas con los Objetivos y Líneas de Acción de la Estrategia”.*

Considerando (5): Que, en el marco de lo anterior, el Consejo Nacional de Salud, como el órgano máximo de cogestión, concertación, asesoría y consulta del sistema nacional de salud, y que tiene como objetivo principal apoyar y participar en su consolidación y proceso de reforma, impulsó el proceso de consulta y socialización a nivel nacional, con todos los sectores y fuerzas vivas de la sociedad, del Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES 2030).

Considerando (6): Que los encuentros técnicos impulsados por el Consejo Nacional de Salud (CNS), como un plan del sector que busca impactar de manera positiva en los riesgos en torno a la salud, y la calidad de vida de los ciudadanos e impulsar la Atención Primaria en salud, conjuntamente con las agencias de cooperación internacional, que deben estar alineadas al PLANDES 2030.

Considerando (7): Que el PLANDES 2023 se alinea con la Estrategia Nacional de Desarrollo, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles y los resultados alcanzados en las mesas de discusiones llevadas a cabo en el seno del Consejo Económico y Social (CES).

Considerando (8): Que el PLANDES 2023 es un plan integral y, como tal, se requiere de la convergencia de diversas voces que se conviertan en propuestas coherentes, donde se priorice la salud por encima de cualquier otro interés. El PLANDES es más que un ejercicio matemático de epidemiología crítica. Más que la acumulación de complejas estimaciones estadísticas de años de vida ajustados por discapacidad.

Considerando (9): Que el PLANDES debe ser una genuina y auténtica hoja de ruta de la salud para el desarrollo, en definitiva, una brújula para trazar el rumbo de la salud dominicana.

Considerando (10): Que el primer eje del Plan busca relanzar la Atención Primaria en todos los niveles del sistema de salud, el segundo, se refiere a contar con los recursos humanos en salud capacitados, para impulsar acciones de impacto, un tercer eje que busca establecer las medidas necesarias enfocadas a las tendencias epidemiológicas asociadas al cambio climático, a través de la planificación de estrategias para evitar los daños de crisis futuras, y por último mejorar los



mecanismos de financiamiento y asignación de recursos y plantear proyectos para delimitar, el alcance de los programas de Salud Colectiva y el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Considerando (11): Que el Consejo Nacional de Salud en cumplimiento a lo establecido en la Constitución de la República, la Ley General de Salud No. 42-01, la Ley 1-12, sobre Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, procede mediante la presente resolución a la aprobación y puesta en vigencia del Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES 2030).

Vista: La Constitución dominicana, de fecha 13 de junio del 2015.

Vista: La Ley 1-12, sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030.

Vista: La Ley General de Salud, núm. 42-01 del 8 de marzo de 2001.

Vista: La Ley Orgánica de la Administración Pública, núm. 247-12 del 14 de agosto de 2012.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley núm. 42-01 General de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

Primero: Se aprueba y pone en vigencia el Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES 2030).

Segundo: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el Portal Web Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), esta



resolución conjuntamente con todos los documentos que soportan el Plan Estratégico Nacional de Salud (PLANDES 2030).

En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los veintiséis (26) días del mes de julio del año dos mil veintitrés (2023).

A handwritten signature in blue ink is positioned over a circular official seal. The seal contains the text "DESIGNADO DEL SEÑOR MINISTRO" and "REPÚBLICA DOMINICANA".

Dr. Daniel Enrique Rivera Reyes
Presidente del Consejo Nacional de Salud y
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



ÍNDICE

Presentación del presidente de la República Dominicana, Luis Abinader	16
Presentación del Ministro y Presidente del Gabinete de Salud, Daniel Rivera	18
Presentación del Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo, Pavel Isa	20
Introducción técnica general	26
INTRODUCCIÓN SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SECTOR SALUD	26
1. SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN SOCIAL	31
1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CUADRO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL	38
1.1.1. Pandemia Covid-19: Desafío resuelto en una coyuntura crítica	38
1.1.2. Población en la República Dominicana	41
1.1.3. Mortalidad y carga de enfermedad	46
1.1.4. Natalidad	50
1.1.5. Mortalidad Materna	52
1.1.6. Mortalidad Infantil	54
1.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL	56
1.2.1. Enfermedades No Transmisibles	56
1.2.2. Salud Mental como proceso no transmisible	57
1.2.3. Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.	60
1.3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	61
1.3.1. Enfermedades Inmunoprevenibles	61
1.3.2. Enfermedades vectoriales	62
1.4. GRUPOS VULNERABILIZADOS	63
1.4.1. Población de la Diversidad sexual	63
1.4.2. Personas con Discapacidad	64
1.4.3. Valores e ideas fuerza	65
1.5. SITUACIÓN DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	65
1.5.1 Aspectos institucionales y metodológicos	65
1.5.2. Promoción de la Salud	66
1.5.3. Estrategia de municipios y comunidades saludables (EMCS)	67
1.6. COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	67
1.6.1. Situación Nacional	68
1.6.2. Servicio Nacional de Salud	71
1.6.3. Primer nivel de atención	73
1.6.4. Segundo nivel de atención	75
1.6.5. Tercer nivel de atención	76
1.6.6. Prestadores de servicios privados: ANDECLIP	76
1.6.7. Mediciones del Barómetro de Salud asociadas a los niveles de atención	76
1.6.8. Humanización de los servicios de salud	80
1.7. ABASTECIMIENTO DE TECNOLOGÍA, MEDICAMENTOS E INSUMOS	80
1.7.1. Uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias	80
1.7.2. Dirección General Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS)	81
1.7.3. Medicamentos falsificados	81
1.7.4. Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL)	82
1.7.5. Medicamentos de Alto Costo	82
1.7.6. Resultados del Barómetro de Salud relacionados con los medicamentos	86
1.8. DISPONIBILIDAD Y ALCANCE DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN	87
1.8.1. Sistemas de Información en Salud	87

1.9. CANTIDAD, CALIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD	89
1.9.1. Informaciones cuantitativas y cualitativas sobre los Recursos Humanos en Salud	90
1.9.2. Recursos Humanos del Primer Nivel de Atención	90
1.9.3. Recursos Humanos del Segundo Nivel De Atención	91
1.9.4. Recursos Humanos de Tercer Nivel de Atención	94
1.9.5. Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM)	95
1.10. SINTESIS DE INDICADORES DE INCLUSIÓN SOCIAL	97
2. SINTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN PUBLICA-PRIVADA Y COMUNITARIA	99
2.1. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL	102
2.1.1. Antecedentes	102
2.1.2. Variables para el estudio de la gobernabilidad	104
2.2. ESTADO DE LA GOBERNABILIDAD EN EL SECTOR SALUD	107
2.2.1. CALIDAD DEL MARCO REGULATORIO	107
2.2.1.1 Pertinencia y precisión de las leyes	109
2.2.1.2 Reglamentación de las leyes	112
2.2.1.3 Vinculación de la normativa a las políticas públicas	115
2.2.2. TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	116
2.2.2.1. Disponibilidad de Información	119
2.2.2.2. Rendición de Cuentas	122
2.2.2.3. Control de la Corrupción	125
2.2.3. ARTICULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	126
2.2.3.1 Instancias de articulación	126
2.2.3.2. Representatividad de actores y sectores	131
2.2.3.3. Participación e involucramiento de actores	133
2.2.4. RECTORÍA Y GESTIÓN INSTITUCIONAL	137
2.2.4.1. Capacidad rectora	138
2.2.4.2. Organización y ejecución de funciones	140
2.2.4.3 Monitoreo y evaluación de resultados	143
2.3. SÍNTESIS DE INDICADORES DE GOBERNABILIDAD	146
3. SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE AMBIENTE, RIESGOS Y ADAPTACION CLIMÁTICA	150
3.1. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL	152
3.2. MARCO METODOLÓGICO	152
3.3. FACTORES VINCULADOS A LA SALUD AMBIENTAL Y ASENTAMIENTOS HUMANOS	157
3.3.1. Características de la salud ambiental	157
3.3.2. Comportamiento de los Factores Medioambientales en el Territorio	160
3.3.3. Comportamientos asociados a la producción-consumo y disposición de los residuos	167
3.3.4. La Gestión de la Salud Ambiental y de Asentamientos Humanos Saludables.	171
3.4. CAMBIO CLIMÁTICO. ASENTAMIENTOS HUMANOS SOSTENIBLES	172
3.4.1. Características del cambio climático	172
3.4.2. Escenarios del cambio climático	174
3.4.3. Vulnerabilidad de la salud frente a los escenarios climáticos	180
3.4.5. La gestión del cambio climático y de asentamientos humanos sostenibles	183



3.5. RIESGOS NATURALES-ANTRÓPICOS. ASENTAMIENTOS HUMANOS RESILIENTES	184
3.5.1. Características de los riesgos naturales/antrópicos	185
3.5.2. Resiliencia Territorial	186
3.5.3. Riesgos de la Conectividad Territorial	190
3.5.4. Gestión de Asentamientos Humanos Resilientes	194
3.6. SINTESIS DE INDICADORES DE AMBIENTE, RIESGOS Y ADAPTACIÓN CLIMÁTICA	195
4. SINTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE ECONOMÍA Y SALUD	200
4.1 INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL	200
4.2. ELEMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DEL MODELO CONCEPTUAL	200
4.3. RELACIÓN ENTRE ECONOMÍA Y SALUD: RELEVANCIA Y EVIDENCIAS	202
4.3.1 Análisis del impacto general de la condición de salud de la población (medida por los Años de Vida Esperados, (AVE)	203
4.3.2. Valor agregado y consumo intermedio por las sociedades no financieras del sector salud.	205
4.3.4. Evolución pérdidas AVAD, cambios en causas y su vinculación con programas presupuestarios y el gasto en salud.	206
4.3.5. La demanda revelada a través del gasto privado de los hogares y las consultas del primer nivel en centros públicos.	209
4.3.6. Financiamiento, oferta y demanda según fuentes y clasificación del gasto.	210
4.3.7. La planificación del sector salud y producción de salud priorizada en PNPSP	213
4.3.8. La cobertura y el acceso a través del SFS: Las restricciones del costo del PBS y su financiamiento	216
4.3.9. Costos, financiamiento y condiciones necesarias para la incorporación del Primer Nivel de Atención al PBS y el financiamiento del SNS vía el régimen subsidiado del SFS.	217
4.3.10. Conclusiones y recomendaciones: Políticas, proyectos y programas priorizados	220
4.4. SINTESIS DE INDICADORES DE ECONOMÍA Y SALUD	223
5. LÍNEA BASE DE INDICADORES	226
6. FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS	233
7. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA	244
7.1. INTRODUCCIÓN	244
7.2. ESCENARIOS DE DESARROLLO DEL SECTOR SALUD	245
7.2.1. Escenario Tendencial: ¿Si dejamos todo como está, hacia dónde iríamos?	247
7.2.2. Escenario planificado: ¿Si hacemos justo lo que debemos hacer?	248
7.3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	252
7.4. VISIÓN SALUD 2030	254
7.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y PROYECTOS ESTRUCTURANTES.	260
7.5.1. Introducción	260
7.5.2. Inclusión Social, Redes y Servicios	261
7.5.3. Gobernabilidad, Gobernanza y Articulación Pública, Privada y Comunitaria	262
7.5.4. Ambiente, territorio, riesgos naturales-antrópicos y adaptación al cambio climático	264
7.5.5. Economía de salud, financiamiento, asignación, gasto y cuentas nacionales	265

PROYECTOS ESTRUCTURANTES DEL EJE DE INCLUSIÓN SOCIAL, REDES Y SERVICIOS	268
1.1. Fortalecimiento integral del Primer Nivel de Atención en Salud.	269
1.2. Plan de sostenibilidad para la revisión periódica del Cuadro Básico Medicamentos Esenciales (CBME).	270
1.3. Transformación del Programa de Alto costo y Ayudas Médicas Directas	272
1.4. Plan de análisis de Propuestas innovadoras de financiamiento del Programa de Alto costo y Ayudas Médicas Directas.	273
1.5. Fortalecimiento de los mecanismos y procesos de compra y distribución de PROMESE/CAL.	275
1.6. Centros públicos de servicios con estándares requeridos para su habilitación.	276
1.7. Programa de Educación en Salud para disminución de riesgos.	277
1.8. Programa de servicios de rehabilitación física accesibles y oportunos.	279
1.9. Plan de Seguridad del Paciente	280
1.10. Diseño y construcción de red de centros de atención sicosocial y desarrollo humano	281
1.11. Recursos humanos acreditados para garantizar el acceso a personas capacidades diferentes.	283
1.12. Puesta en marcha de la Carrera Sanitaria.	284
PROYECTOS ESTRUCTURANTES EN GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN PÚBLICA-PRIVADA Y COMUNITARIA	286
2.1. Elaboración e implementación de la Agenda Legislativa y Normativa en Salud 2030. “Reglas claras en Salud”	288
2.2 Definición del Modelo de Gestión para la Rectoría y Gobernanza del Sistema Nacional de Salud.	289
Programa de innovación y transformación digital en la rectoría, gestión y servicios de salud.	291
2.3. Elaboración de la Estrategia de Salud Digital (eSalud) 2030 de la República Dominicana.	291
2.4. Implementación del Expediente Único Electrónico (EUE) e Historia Clínica Electrónica.	292
2.5. Transformación Digital del Ministerio de Salud.	292
2.6. Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica del MISPAS y SNS.	293
2.7. Diseño e implementación del Observatorio Salud 2030.	294
2.8. Fortalecimiento de capacidades en niveles directivo y técnico Ministerio de Salud y sus expresiones desconcentradas.	295
2.9. Estructuración del Modelo y Fortalecimiento de la Participación Social en Salud	297
PROYECTOS ESTRUCTURANTES EN AMBIENTE, GESTIÓN DE RIESGO Y CAMBIO CLIMÁTICO	300
3.1. Programa de control del riesgo de accidentes de tránsito.	301
3.2. Fortalecimiento de los servicios de agua potable en centros de salud.	302
3.3. Fortalecimiento servicios de saneamiento en centros de salud. “Gestión sostenible saneamiento garantiza calidad servicio”	304
3.4. Robustecimiento de la gestión integral de los residuos hospitalarios.	305
3.5. Instalación sistema de eficiencia energética renovable para los centros de salud. “Mayor eficiencia energética, más salud”	307
3.6. Sistema integrado de gestión de riesgos en las infraestructuras de los centros de salud “Gestión de riesgos para salvar vidas”	309
3.7. Fortalecimiento organizacional y operativo Departamento Salud Ambiental (Educación permanente de inspectores).	311
3.8. Programa integrado en gestión de municipios saludables en concurrencia con Liga Municipal y Federación de Municipios.	312
3.9. Formulación de mecanismos sostenibles de articulación MISPAS y entidades de mitigación y adaptación al cambio climático.	314
3.10. Programa de investigación-acción y mediciones impacto cambio climático. “Conocimiento del cambio climático y Bienestar”	315
PROYECTOS ESTRUCTURANTES EN ECONOMÍA, FINANCIAMIENTO Y SALUD	318
4.1. Revisión, actualización y alineación programas presupuestarios del sector para maximización de impacto reducción de AVAD	319
4.2. Diseño y puesta en funcionamiento de Estructura capaz de calcular, revisar, organizar y divulgar Cuentas Nacionales de Salud.	320
4.3. Alineamiento del Catálogo del Plan Básico de Salud (PBS) con los servicios ofertados en el Primer Nivel de Atención coherentes con la estrategia nacional de Atención Primaria en salud	322
4.4. Transformación sostenible capacidad de gestión financiera pública como robustecimiento del Primer Nivel de Atención.	323
ANEXOS	325
METODOLOGÍA GENERAL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD 2030	326
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	338

Presentación del Presidente de la República Dominicana, Luis Abinader

Es un gratísimo honor para el gobierno nacional que presidimos, presentar este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. Es una herramienta que enorgullece al Consejo de Ministros, al Gabinete de Salud y a todos los sectores involucrados. Muy en especial, al Ministerio de Salud de la República Dominicana y a sus diligentes funcionarios y trabajadores de la salud.

La capacidad de diálogo del sector salud quedó evidenciada cuando casi todos los sectores sociales y políticos, firmaron los 10 puntos centrales que constituyen la convergencia alcanzada en la Mesa de Salud del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado, impulsado por el Consejo Económico Social (CES).

Nos satisface que este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 sea la mejor herramienta para responder con efectividad a los principales puntos críticos acordados en el Diálogo Nacional.

Destacamos que la herramienta que presentamos es una de las mejores evidencias de los éxitos y logros alcanzados por República Dominicana en el control efectivo de la Pandemia Covid-19, reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Foro Económico Mundial.

En este contexto crítico, es un hecho que el Ministerio de Salud y su principal ejecutivo, el doctor Daniel Rivera Reyes, como ministro, junto al Gabinete de Salud, originalmente presidido por la señora vicepresidente de la República, Raquel Peña, mostraron una destacada capacidad gerencial.

Con eficiencia y transparencia, supimos acumular como Nación el respaldo nacional e internacional para enfrentar exitosamente una peligrosa coyuntura, donde se salvaron miles de vidas y la economía resurgió con mayor estabilidad. Tuvimos fuerza y voluntad política para implantar la tercera dosis de la Vacuna contra el Covid-19. Fue una solución valiente de prevención, añadir una tercera o mezclar vacunas contra esta enfermedad.

Realmente, la pandemia precipitó una efectiva inversión anual de más de 40 mil millones de pesos en atención primaria, asignados a vacunas, insumos básicos, materiales preventivos, medicamentos, equipos de protección y contratación de recursos humanos. Lo que hicimos financieramente en la pandemia es un aproximado real de la plataforma de inversión pública necesaria para implantar proyectos estructurantes del Plan Estratégico Nacional Salud 2030.

Estas iniciativas están sintetizadas en 35 proyectos de impacto hasta el año 2030, período que a su vez, es la meta para la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Esta importante Estrategia Salud 2030, garantizará el acceso universal a servicios de salud de calidad. Sin embargo, debemos reconocer la necesidad crítica de poner atención a la gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria. También este plan nos conduce a incursionar en sistemas digitales de información, inteligencia artificial y áreas tecnológicas que eleven el impacto de los programas y faciliten que la gente se mantenga sana y que no requiera asistir a grandes hospitales, dado que llegaremos a sus hogares a mantener la salud.

La Estrategia Salud 2030 construye puentes en la brecha entre las perspectivas de los formuladores de políticas, y experiencias y necesidades en las comunidades. En efecto, esta estrategia fortalecerá la gobernabilidad para incorporar la voz de la gente en la toma de decisiones en salud. De hecho, la prolongada pandemia arrojó mucha luz sobre lo efectivo de la participación como base para fomentar la confianza social entre ciudadanía, gobierno y entidades privadas.

La concurrencia entre Estado y Sociedad fomenta el diálogo entre gobiernos y población. Cuando las personas sienten que sus gobiernos las escuchan y consideran sus perspectivas, se genera cohesión social. Ése es el abordaje central que se expresa en este plan estratégico y que consideramos oportuno y trascendental.

Luis Abinader Corona
Presidente de República
Dominicana





Presentación del Ministro y Presidente del Gabinete de Salud, Daniel Rivera

El Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 es un ejercicio de innovación pública, que tiene un abordaje esperanzador para robustecer nuestras fortalezas, y gestionar de forma resiliente, nuestras oportunidades como nación. Esta propuesta persigue ser una guía general sobre el curso que expresa la visión integral y holística del sector salud del Excelentísimo Señor Presidente Luis Abinader.

El Plan es el resultado de una perspectiva fundamentada en la mayor alianza pública, privada y comunitaria que ha presenciado la República Dominicana en toda su historia, que fue la implementada para combatir la COVID-19, pandemia por la cual, República Dominicana ha sido reconocida a nivel mundial por el manejo de la misma, y el crecimiento económico, turístico y generación de nuevos empleos, guiados por el Presidente Abinader.

El Plan Estratégico Nacional de Salud es una herramienta que impacta cuatro pilares fundamentales e imprescindibles: inclusión, gobernabilidad, medio ambiente y economía. Se ha logrado una planificación minuciosa, involucrando a todos los actores del sistema como participantes, invirtiendo más de 20,000 horas de trabajo voluntario equivalentes a donación ciudadana de 59 millones de pesos. Además, fueron creadas 4 comisiones, una por pilar, con más de 35 instituciones, con especialistas y coordinadores asignados.

Se esperan resultados y productos entregables que se concretarán con la implementación a siete (7) años, de los 35 proyectos estructurantes más significativos de la historia de la salud pública dominicana.

Apostamos a que los proyectos definidos en este documento permitirán proteger la salud de los dominicanos y dominicanas e incidan en el aumento de la calidad de vida de las personas. Es nuestro deseo que el contenido de este documento nos lleve a la Visión de Salud 2030 que aspiramos: “Ser una nación saludable, en pleno ejercicio del derecho a la salud; impulsada por una participación social empoderada, con la protección del ambiente y adaptación al cambio climático y unos servicios humanizados, asequibles y de calidad”.

El Plan Nacional Estratégico de Salud 2030 será un sistema de proyectos participativo que permiten a la República Dominicana ser proactiva antes que reactiva, estableciendo un sentido real de dirección estratégica sectorial, que aumentará la eficiencia operativa y hará más efectivo el gasto público, de igual manera, nos ayudará a mejorar los indicadores de mortalidades evitables así como la reducción de la mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad neonatal y otros procesos, y también combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes de tránsito, la violencia, y las enfermedades transmisibles y mentales.

Sin duda, el programa de gobierno que ejecuta el Presidente Abinader, renueva las esperanzas para que este sector coloque siempre en salud, Primero la Gente. Gracias a su guía, y el esfuerzo de todos los involucrados en este plan, la sociedad dominicana tiene en sus manos, la hoja de ruta por donde habrá de transitar el sector salud en los próximos años, generando calidad de vida y salud universal para todas y todos.

Daniel Rivera Reyes

Ministro de Salud
Presidente del Gabinete de Salud



Presentación del Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo, Pavel Isa

Mejorar la calidad de vida de la gente es el objetivo fundamental de las políticas públicas del gobierno que preside Luis Abinader Corona. Esto supone traducir, de forma mucho más intensa y decidida, el crecimiento económico que ha disfrutado la República Dominicana, en bienestar. Para lograrlo es indispensable contar con una adecuada planificación en la que las metas estén claramente identificadas, así como los programas, los proyectos y los procesos necesarios para generar los productos públicos que contribuyan con los resultados buscados. También es muy relevante reconocer las sinergias entre políticas e intervenciones y las articulaciones institucionales que facilitan la producción pública.

En ese tenor y en línea con los objetivos de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 plasmados en la Ley 1-12, y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2021-2024 identifica 33 políticas y un conjunto de metas asociadas que orientan el accionar gubernamental. El PNPSP opera en un horizonte temporal de mediano plazo (4 años) y establece las prioridades de gobierno y de los organismos del sector público bajo el marco financiero plurianual.

En la medida en que la salud es una dimensión fundamental del bienestar humano, una de las políticas prioritarias del PNPSP es la de la salud. Esta pone énfasis en acciones preventivas y en la atención primaria. Además del PNPSP, la normativa nacional manda a elaborar planes sectoriales que permitan mayores niveles de especificidad. Este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 responde a ese mandato.

Para el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) ha sido un honor haber participado de forma directa en la elaboración de este plan estratégico sectorial y, a solicitud del Ministro Doctor Daniel Rivera, en la coordinación de la Comisión de Economía y Financiamiento.

El objetivo de esta Estrategia Salud 2030 es darles un nuevo impulso a los esfuerzos por mejorar el estado de salud de la población con acciones más efectivas en materia de prevención y atención de enfermedades o afecciones. Sus resultados, sin embargo, trascienden el ámbito de la salud en la medida en que tienen implicaciones muy significativas sobre otras dimensiones del bienestar como el aprendizaje y las habilidades para el trabajo.

Además, desde el ministerio valoramos muy positivamente el proceso de elaboración de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, caracterizado por la participación amplia y abierta de numerosos actores. Sin embargo, reconocemos que lo más importante es que sea implementado. Para ese fin, reiteramos nuestro compromiso de desplegar nuestras capacidades al máximo para lograr una articulación efectiva entre todas las entidades con responsabilidades significativas, así como para darle seguimiento a todos los indicadores relevantes, tanto los de producción pública como los de resultados de salud.

Finalmente, felicitamos al Ministerio de Salud, al ministro y a sus funcionarios, así como al conjunto de especialistas que estuvieron al frente de este indispensable proceso, el cual debe contribuir de forma decidida a darle calidad a las políticas públicas en salud.

Pavel Isa Contreras

Ministro de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) de República Dominicana





Gabinete de Salud de la República Dominicana



- ① **Adolfo Pérez De León**
Director General PROMESE-CAL
 - ② **Víctor Atallah Lajam**
Asesor Médico Presidente de la República
 - ③ **Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**
Ministro de Salud Pública y Presidente del Gabinete
 - ④ **Mario Lama**
Director Ejecutivo del Servicio Nacional de Salud
 - ⑤ **Santiago Hazim**
Director Ejecutivo SENASA
 - ⑥ **Eddy Pérez Then**
Asesor Especial Ministerio Salud Pública
- Luis Miguel de Camps*
Ministro Ministerio de Trabajo
- Dr. Jesús Feris Iglesias*
Superintendente de Salud y Riesgos Laborales

Gabinete de Salud de la República Dominicana con Viceministros



- ⑦ **Eladio Radhamés Pérez Antonio**
Viceministro de Salud Colectiva
- ⑧ **Raysa Bello Arias de Peña**
Viceministra de Asistencia Social
- ⑨ **Miguel Antonio Rodríguez Viñas**
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud
- ⑩ **José Antonio Matos Pérez**
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios

Equipo Institucional Técnico del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030



11 *Yennifer Cruz Domínguez*
Coordinadora de Comunicación, CDES

12 *Mariel Meléndez*
Directora de Conducción Sectorial

13 *Reynaldo Peguero*
Coordinador Técnico
Plan Estratégico de Salud 2030

14 *Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes*
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

15 *Miguel Antonio Rodríguez Viñas*
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

16 *Marileidy Rosa*
Coordinadora Técnica Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

17 *Indhira Guillén*
Coordinadora de Formulación de Políticas Sectorial





INTRODUCCIÓN GENERAL

Introducción

Este Plan Estratégico Nacional de Salud que presenta el Ministerio de Salud Pública es coherente, factible, concurrente, flexible y resultado de la concertación entre los diversos actores que integran el Sistema Nacional de Salud. Contará con un mecanismo de seguimiento, producto de un diseño metodológico de abajo hacia arriba. Estos son los principios metodológicos propuestos para la elaboración del plan aprobado por el Consejo Nacional de Salud de la República Dominicana.

Los principios son esencias de conducta de las personas participantes de este proceso. Son rectores porque modulan, gobiernan y rigen la implantación de la hoja de ruta del sistema de salud hasta el año 2030. Son declaraciones éticas del **saber hacer, saber estar y hacer saber en salud pública**. Determinantes para el diseño del diagnóstico, formulación prospectiva, visión estratégica concertada y la esperada ejecución de los proyectos estructurantes pactados.

Este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 es coherente con las políticas, planes y normas del Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública establecido por la Ley 498-06 y la Ley 1-12 sobre Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Esta estrategia de desarrollo del sector salud, aunque tiene referencias holísticas y generales, **es una pieza genuina, de factura e identidad nacional**.

Se trata de un plan factible y viable, pues toma en cuenta en qué grado los proyectos estructurantes serán concretizados. Se distingue porque contribuirá a gestionar, fomentar y promover, el buen poder de los actores estratégicos de decisión. Garantiza que las formulaciones se discutieron y fueron concertadas en los grupos de interés de la Nación, desde las regiones de planificación fronterizas, hasta los territorios metropolitanos. **Todos los sectores han evidenciado un empoderamiento creador de futuro.**

Este plan estratégico es concertado y robustece la tradición de gobernabilidad dominicana con herramientas probadas. En el caso del sector salud, expresa los 10 Acuerdos alcanzados en el Diálogo Nacional de Salud, impulsado por el Consejo Económico Social (CES). Es mancomunado pues avizora el futuro del sistema de salud al proponer la transformación de las funcionalidades y capacidades del sector.

Igualmente, este plan es flexible, ya que propone **escenarios resilientes en una sociedad cambiante, y en un mundo postpandemia**. Se ha pensado la salud en el marco de una nación en transición democrática y epidemiológica, donde la sociedad y sus representantes, **tienen el derecho de escrutar la labor del personal médico, técnico y el funcionariado de los hospitales**, centros y clínicas privadas.

Este plan estratégico nacional de salud es concurrente. Porque escudriña y gesta la convergencia territorial y sectorial de los

diferentes niveles de gestión y gobierno que se expresan en la Nación. Asegura la coherencia entre las visiones que, sobre el mismo territorio, acumula el gobierno central, los municipios, el sector privado y la sociedad civil. Ponderándose el plan plurianual de desarrollo del sector público (PNPSP), promovido por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD).

Igualmente, este plan tendrá seguimiento, rastreo y búsqueda activa de soluciones. Vincula lo inmediato y lo mediano; el corto con el mediano plazo. Certifica una línea base y un observatorio denominado “Salud 2030” como proyecto estructurante y herramienta que ayudará a monitorear la implantación y ejecución de los proyectos estratégicos.

Este plan enuncia un proceso. Se orienta en el sentido de asegurar relación con las dinámicas de articulación de actores, recolección de información, formulación, aprobación, comunicación, implantación y ejecución, garantizando su revisión y evaluación periódica.

Presentamos una bitácora diseñada de forma participativa por más de 150 entidades organizadas en comisiones técnicas designadas democráticamente por el Ministerio de Salud. La organización de estos organismos se realizó de acuerdo a la Ley 1-12 de Estrategia Nacional de Desarrollo, en pilares de inclusión, gobernabilidad, economía y ambiente.

Estos cuatro pilares son un modelo causal en sí mismo. En la medida que, **sin la debida gobernabilidad del sector salud y la seguridad social, no podremos avanzar a los ritmos que aspiramos**. Sin la correspondiente economía y el financiamiento en salud efectivo y racional, tampoco. Menos aún, sin una sostenibilidad ambiental y ordenamiento territorial de los asentamientos humanos en las ciudades, será posible garantizar una red integral de servicios, mediada por la atención primaria, **donde la salud sea medio, escenario y fin del desarrollo**.

Por primera vez en la historia de la planificación de esta nación, el Ministerio de Salud aporta una herramienta concurrente, no sólo para autogestionarse a sí mismo, si no para armonizar todo el sector salud en su conjunto, con iniciativas y proyectos estructurantes.

La planificación en salud no se había concretado en esta isla desde hacía 115 años cuando existían las Juntas de Sanidad, las cuales se conformaron según la Ley de Sanidad 4836-08 del año 1908. Las mismas tenían carácter consultivo y de fiscalización; y debían atender las consultas que, sobre higiene y salubridad pública, les eran sometidas. Sin embargo, la gestión de planificación no ocurrió.

Menos aún, se hablaba de planificación, cuando en 1919, el Brigadier General Logan Feland del ejército de Estados Unidos de América (EUA), durante la intervención, dictó la Orden



Ejecutiva 330, para crear la primera unidad que se encargaría de dirigir los servicios de salud pública de la isla. El 13 de octubre de 1919, durante la Intervención Norteamericana, se dictó la Orden Ejecutiva 330, que creó la primera unidad encargada de la salud pública, pero tampoco se abordó la planificación.

El 25 de junio de 1924, la Ley 685 elevó dicho departamento a la categoría de secretaría, naciendo así la Secretaría de Estado de Sanidad y Beneficencia. El 24 de noviembre del 1941, mediante la Ley 013, el nombre de la Secretaría fue cambiado por Secretaría de Sanidad y Asistencia Pública. En ese momento tampoco se habló de planificación.

Pasaron 40 años para que América Latina, masificara la planificación normativa del sector salud (1961). Surgió en el contexto desarrollista de la Alianza para el Progreso, iniciativa promovida por el presidente John F. Kennedy, luego de un discurso en la Casa Blanca a los embajadores de los países de América Latina y la reunión de la organización de Estados

Americanos (OEA) en Punta del Este.

Pasaron 11 años y llegamos a 1972 en la reunión de ministros de salud celebrada en Santiago de Chile, bajo la presidencia de Salvador Allende, cuando aparece la propuesta de “Plan Decenal”. Se establecen objetivos decenales 1971-1980 en coherencia con cada país.

Para este enfoque la planificación era un instrumento al servicio de los seres humanos y los gobiernos, y mejorar así la capacidad de gobernabilidad del sector salud. La realidad se gestaba en tres planos que eran, dónde se producen los hechos, dónde se localizan los actores estratégicos que los viven y dónde están las explicaciones que los actores dan a los fenómenos. Sin embargo, tampoco República Dominicana participó de este innovador proceso.

Se observa que desde los inicios del siglo XX y desde 1960 hasta ahora, se pueden distinguir tres momentos en planificación en salud. **Un primer momento denominado “normativo”,** representado por el método del Centro de Estudios y desarrollo (CENDES), que se extiende hasta mediados de la década del 70. **Un segundo momento se identifica con el movimiento conocido como “planificación decenal”** que llega, con variantes, hasta nuestros días; y un tercer momento que comienza, aproximadamente, en los años 90, de **planificación estratégica participativa, que coloca en jaque las diversas visiones históricas y lineales de la planificación en salud.**

Pasaron más de dos décadas y en los años 90 se comienza a hablar de planificación en salud. Período cuando se organiza una dirección de planificación para elaborar el presupuesto interno e impulsar la reforma del sector salud, pero sin planes institucionales de desarrollo. En los hechos, cuando se habla de planificación en salud en América Latina, diversos autores hacen referencia específica a la planificación hecha por sectores del gobierno con el objeto de ampliar el abanico de las acciones en la salud pública.

Luego de 10 años, aparece el primer Plan Decenal 2006-2015 como ejercicio académico, que da continuidad de Estado. Posteriormente, aparece la propuesta del Plan Decenal de Salud 2018-2028, producto administrativo del equipo técnico del Centro de Gobierno, Empresa y Sociedad (CEGES) y el Ministerio de Salud.

En 2023, la nación al fin pone en vigencia una herramienta de planificación, con visión, estrategias y proyectos estructurantes de impacto.







SÍNTESIS DIAGNÓSTICA



SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DEL SECTOR SALUD

Este diagnóstico es participativo, estratégico e integral. Fue perfilado socialmente **de abajo hacia arriba**, es decir, con las participaciones, valoraciones y aportes de representantes de todos los sectores de la nación, regiones y provincias de la República Dominicana.

Representantes de 146 entidades del Estado, de la sociedad civil y el empresariado, quienes fueron organizados para su contribución y aportes, en cuatro Comisiones Técnicas. Estos espacios de trabajo todavía permanecen activos para generar aportes permanentes sobre el estado de situación del sector salud. Comisionados y comisionadas que realizaron 31 sesiones de trabajo y contribuyeron **con más de 9,052 horas de trabajo voluntario**, facilitadas por cuatro (4) especialistas senior y cuatro (4) coordinadores institucionales¹²³.

Igualmente, se consultaron más de **315 personas líderes de todos los sectores regionales**, quienes intervinieron en seis (6) Foros Regionales de Consulta, y aportaron más de 1,815 horas de trabajo voluntario.

Actores y actrices estratégicos que emitieron sus valoraciones, colaboraron con indicadores y votaron sus testimonios por escrito, utilizando instrumentos de recolección de información impresos, tabletas electrónicas y celulares, cuyos resultados se remitieron vía internet.

En definitiva, este diagnóstico es un insumo colectivo del proceso de formulación de la Visión Salud 2030 con el que se pretende contribuir a transformar el sistema de salud de República Dominicana. Sus informaciones validadas, aportan significativamente en el diseño de las estrategias, objetivos y proyectos estructurantes, que **pondrán en el centro del sistema de salud a las personas**, concretando esta hoja de ruta.

Los éxitos obtenidos por el gobierno dominicano en el marco de la pandemia Covid-19, en salvar miles de vidas, vacunar millones de personas y reducir las complicaciones, crearon una **coyuntura favorable** para afrontar una situación en salud con predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia y los accidentes de tránsito.

Asimismo, para resolver las brechas críticas que se derivan de la presencia de mortalidades evitables originadas por enfermedades infecciosas.

El envejecimiento natural de la población, distribuida en asentamientos humanos ubicados en una isla dividida en dos naciones, es una premisa general para la toma de decisiones con esta herramienta. La urbanización acelerada, no planificada y desigual, que explica como más del 80% de la población reside en las ciudades, converge con un sector salud que, **aunque se compactó para enfrentar la pandemia, se mantiene disperso y con críticos niveles** de gobernabilidad, gobernanza y desarticulación pública, privada y comunitaria.

Los resultados evidencian que la provisión de servicios de salud se realiza sin coherencia con el perfil epidemiológico nacional. El presupuesto público en salud, el Plan Básico de Salud (PBS), y el Seguro Familiar de Salud (SFS), no corresponden con la probabilidad de morir y enfermar de las y los dominicanos, ni con la esperada ganancia de años y una mayor esperanza de vida.

Este diagnóstico tiene carácter sistémico, es decir, intenta colocar en una misma lógica el estado de salud de la población y los servicios de salud, para responder con gobernabilidad y gobernanza articulada, priorizando el bien común en el sector público, privado y comunitario. Es, además, un proceso orientado a garantizar que el mantenimiento y producción de la salud acontezca con el menor nivel de afectación a la naturaleza y en adaptación al cambio climático.

El diagnóstico nos orienta a implantar, de forma sostenible, la atención primaria con servicios en redes incluyentes, basados en derechos, con altos niveles de gobernabilidad y articulación pública, privada y comunitaria; financiado con racionalidad económica, sustentada en inversiones dirigidas a lograr una mayor esperanza de vida en buena salud, en armonía con la protección ambiental, la gestión de riesgos y las vulnerabilidades territoriales.

Los cuatro pilares del diagnóstico suman el estudio de 19 dimensiones que se descomponen en más de 100 indicadores de medición. Estos pilares son:

- **Diagnóstico de Inclusión social y redes de servicios:** valorado como las características de la población, en especial de los grupos vulnerables más necesitados de acciones comprensivas o aquellos que acumulan una deuda social. Se estudian, además, los procesos de evolución prospectiva de la población y su comportamiento epidemiológico para prever las necesidades que se tendrá en los próximos años en materia de salud.

1 Ministerio de Salud Pública (MISPAS), Consejo Nacional de Salud. Metodología del Plan Estratégico Nacional de Salud. 2022

2 Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico (CIDEU). Tres Décadas de Planificación Estratégica y Certificación de la Calidad de la Planificación. 1993-2023.

3 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12) y Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPS). 2021-2024.

Este pilar considera especialmente las iniciativas de promoción y prevención, ejecutables con la implementación integral de la estrategia de Atención Primaria en el primer nivel y con capacidad resolutoria. Se estudian los servicios, no solo curativos, sino preventivos, expresados en redes de servicios de salud con la mayoría de sus elementos. El fin último de este eje es analizar los elementos de inclusión, redes y servicios que procuran la garantía del derecho a la salud, incluyendo las condiciones de vida, con el objetivo de mantener, proteger, restaurar y/o rehabilitar la salud. Se compone de seis (6) dimensiones.

- **Diagnóstico de Gobernabilidad y Gobernanza en Salud:** se define como la articulación pública-privada-comunitaria para la implementación de políticas públicas, regulaciones y sistemas de gestión que faciliten a la población el ejercicio del derecho a la salud. Es una definición que toma en cuenta los elementos esenciales asociados a la gobernanza y la gobernabilidad, pero también refleja las características institucionales y organizativas actuales del Sistema Nacional de Salud dominicano, observando los componentes, elementos y aspectos que debieran ser fortalecidos. Se compone de cuatro (4) dimensiones.
- **Diagnóstico de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático.** Es el pilar que estudia y analiza los efectos y resultados en la salud, de las dinámicas y contradicciones del consumo, procesamiento y destino final de insumos, energías y materias que entran al medio natural, así como las diversas formas de cómo éstos se producen como bienes y servicios. Asimismo, valora capacidades y oportunidades para generar resultados resilientes en la sostenibilidad ambiental de la salud; en la equidad sanitaria-espacial y municipios saludables. Se compone de tres (3) dimensiones.
- **Diagnóstico de Economía, Financiamiento en Salud.** Comprende la dinámica de suministro y requerimiento de recursos financieros, así como su distribución y balance en el sistema de salud. Valora la efectividad y la eficiencia de las entidades que suministran, aseguran y regulan los servicios. Es un pilar que también analiza la producción de servicios, los costos de los programas y sus impactos en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), así como el gasto de los hogares y la producción privada de servicios financiados vía seguro familiar de salud y el pago directo de los hogares. Se compone de seis (6) dimensiones.





The image shows the cover of a report. The background is a blurred photograph of a group of people, with a prominent light blue diagonal line on the right side. A dark green horizontal band is overlaid on the middle of the image, containing the title text in white. The title is 'SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN SOCIAL'.

SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN SOCIAL



INCLUSIÓN SOCIAL

SERVICIOS Y POBLACIÓN

Comisión Técnica de Inclusión Social, Población, Redes y Servicios

Esta Comisión Técnica procedió a concertar iniciativas vinculadas a la socio-distribución de los habitantes en los diversos territorios de República Dominicana, y valorar la gestión de salud colectiva y vigilancia epidemiológica para prevenir enfermedades generadoras de altas cargas de enfermedad y Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), tales como los procesos no transmisibles, las causas de mortalidad neonatal, materna y otras en especial en los grupos vulnerables; asimismo a valorar la oferta de servicios de salud; la situación de los niveles de atención y el sistema de salud en su conjunto.



Roger Montes

Coordinador Comisión Técnica de Inclusión Social, Población, Redes y Servicios



Cecilia Buchanan

Consultora Sénior Comisión Técnica de Inclusión Social, Población, Redes y Servicios



Miembros titulares de la Comisión Técnica

- Roger Montes
 - Cecilia Buchanan
 - Adalberto Grullón Morillo
 - Alba Reyes
 - Anny Vázquez
 - Antonia Rodríguez
 - Celsa Albert
 - Cándida Gil
 - César Herrera Padilla
 - David Billings
 - Dulce Chain
 - Eladio Pérez
 - Eneyda Almonte
 - Ermes Batista
 - Giselle Scanlon
 - Glenis Delgado
 - Ilka González
 - Indiana Barinas
 - José Octavio Pérez Zapata
 - José Placido Montero
 - José Selig
 - Magaly Caram
 - Marcos Núñez
 - Martha Butler
 - Marian Monte de Oasca
 - Marisela Duval
 - Mayra Jiménez
 - Miguel Robiou
 - Miguel Catalino
 - Miguel Bruján
 - Obed Fabián
 - Pedro José Reyes
 - Rafael Mena
 - Ronald Eduardo Skewes Ramm
 - Saúl Abreu
 - Sergia Galván
 - Sonia Vázquez
 - Susi Pola Zapico
 - Virginia Saiz
 - Yakaira García
 - Yocasta Lara
- Coordinación Técnica | Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Consultora Sénior
- Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA)
Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA)
Centro para el Desarrollo Local (CIDEL)
Colegio Dominicano de Profesionales de Enfermería (CODOPENF)
Universidad Católica Santo Domingo (UCSD)
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Centro Diagnóstico Medicina Avanzada y Telemedicina
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)
Ministerio de Salud Pública (MSP)
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Federación de Junta de Vecinos de Cienfuegos
Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)
Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
Servicio Nacional de Salud (SNS)
Ministerio de Salud Pública (MSP)
Asociación de Comerciantes e Industriales (ACIS)
Consejo Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS)
Foro Social
Fundación PROFAMILIA
Universidad Iberoamericana (UNIBE)
Especialista en Epidemiología
Servicio Nacional de Salud (SNS)
Investigadora Social
Ministerio de la Mujer
Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
Fundación Dominicana por la Seguridad Social
Ministerio de Salud Pública (MSP)
Consejo Nacional de la Población y Familia (CONAPOFA)
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP)
Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública (MSP)
Asociación para el Desarrollo (APEDI)
CE-MUJER
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNPFA)
Núcleo de Apoyo a Mujer (NAM)
Plan Internacional
Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)
Servicio Nacional de Salud (SNS)

Comisión Técnica designada por comunicación formal del ministro de salud Daniel Rivera y juramentada en el salón Las Cariátides de la Casa de Gobierno, Palacio Nacional el 10 de mayo 2022. Las Comisiones Técnicas del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 tendrán carácter permanente en el proceso de implantación de esta Agenda Oficial del Desarrollo y contribuirán en el Observatorio de Salud 2030, como proyecto estructurante de gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria.

1. SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN SOCIAL

El diagnóstico participativo de este pilar tiene se fundamenta en los datos y documentación de fuentes primarias y secundarias aportadas por:

- **El análisis de situación de salud y la composición del cuadro epidemiológico** nacional entregado por el Ministerio de Salud y por sus diversos organismos técnicos especializados.
- **La información país que aportan las diversas agencias técnicas internacionales** y organismos multilaterales, tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM) o el sistema información de las agencias y programas de las Naciones Unidas (PNUD).
- **La recolección de datos cuantitativos y valoraciones cualitativas** efectuadas por la consultora sénior y la comisión, así como los estudios específicos ordenados para este proceso, como **i)** el Barómetro de Gobernabilidad del sector, **ii)** el levantamiento o recolección de la información del inventario realizado en el primer nivel de atención; **iii)** investigaciones actualizadas aportadas por diversas entidades y otros derivados de las comisiones técnicas y entrevistas a profundidad.

1.1. Características demográficas y cuadro epidemiológico nacional

Bajo la larga sombra de la Covid-19, estos años fueron oscuros. Los científicos llevaban años advirtiendo de una pandemia como esta, señalando el aumento de los patógenos zoonóticos⁴ como reflejo de las presiones de los seres humanos sobre la Tierra.

Estas presiones han crecido de manera exponencial en los últimos 100 años. Los seres humanos hemos logrado cosas extraordinarias, pero también hemos llevado nuestro planeta al límite. Cambio climático, desigualdades flagrantes, cifras nunca vistas de personas que se ven obligadas a abandonar sus hogares por conflictos y crisis económica generalizada⁵.

De acuerdo con el PNUD, estos son los resultados de las presiones que ejercemos sobre el planeta que son tan elevadas que los científicos están estudiando si la Tierra ha entrado en una época geológica completamente nueva: el Antropoceno, la era de los seres humanos.

En 2023, la mayor parte del mundo levantó las restricciones de salud pública que hicieron del Covid-19 un aspecto dominante de la vida. El 5 de mayo 2023, la OMS anunció formalmente el fin de la emergencia de salud pública vinculada al Covid-19⁶.

4 Patógenos que tienen capacidad de transitar de los animales a las personas.

5 PNUD. Informe Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera: el desarrollo humano y el Antropoceno. 2020.

6 Anuncio hecho por el doctor Tedros Adhanom Gebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Recientemente, el mundo ha sido testigo de un aumento repentino en la inflación y el costo de vida, junto con interrupciones en la cadena de suministro, lo que está afectando la recuperación de las economías de los diversos países⁷.

Los conflictos armados persistentes alteran el orden geopolítico y han contribuido a la incertidumbre económica mundial. La naturaleza disruptiva de la pandemia de Covid-19 es un decisivo recordatorio de que las ciudades y los países deben estar preparados para futuros dinámicos e impredecibles.

1.1.1. Población en la República Dominicana Pandemia Covid-19: Desafío resuelto en una coyuntura crítica

La pandemia por Covid-19 impactó a nivel mundial desde finales del año 2019. Las decisiones tomadas por las autoridades nacionales, les hicieron merecedoras del reconocimiento internacional por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Foro Económico Mundial (FEM).

Se destaca que en la República Dominicana aconteció una situación particular: elecciones presidenciales y cambio de gobierno concomitantes con el inicio de la pandemia. Esto representó un reto del que sin duda se pudo salir adelante con resultados positivos. En el año 2020, la situación del sector salud, era la siguiente:

- Inexistencia de un Plan de Emergencia;
- Un Ministerio de Salud desconectado de la Comisión Presidencial del COVID 19;
- Marco normativo deficiente para accionar ante una pandemia (Ley de Compras);
- Primer Nivel de Atención abandonado;
- Baja inversión PIB en Salud;
- Baja capacidad diagnóstica a nivel de laboratorios e imágenes;
- Protocolo de atención médica deficiente;
- No se contaba con hospitales móviles;
- Hospitales con equipos desconectados;
- Deficiente gobernanza en el sector salud;
- Insuficiente número de camas por habitante;
- Equipos obsoletos y sin garantías;
- Insuficiente capacidad hospitalaria (camas por hab. equipos, medicamentos, insumos);
- Débiles alianzas público-privadas y relacionamiento con organismos internacionales;
- Estructura física deficiente en centros hospitalarios; y
- Recursos Humanos en Salud (RHS) sin habilidades para manejar la pandemia.

7 ONU. HABITAT. World Cities Report 2020. First published 2022 by United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat)

Una de las primeras medidas para mitigar la débil gobernabilidad y gobernanza, fue la creación del **Gabinete de Salud mediante del Decreto 498-20**. Este organismo nucleó los principales tomadores y tomadoras de decisiones desde el punto de vista de salud, logístico y económico. Igualmente facilitó sintetizar, compactar y operacionalizar decisiones acertadas.

Al principio (2020-2021) quien presidió el Gabinete fue la vicepresidenta de la República Dominicana, Raquel Peña, pero desde el año 2022, lo hace el ministro de salud. Uno de los principales logros fue el Plan de Vacunación que tuvo cuatro (4) características particulares:

- Operación de un centro neurálgico armónico y logístico de conducción;
- Impulso de programas sostenibles de alianza público-privada para la logística;
- Entidades gubernamentales alineadas; y
- Gabinete de Salud como gestor principal del proceso.

Se logró instalar más de 1,400 centros de vacunación a nivel nacional, con 16,229,237 dosis dispuestas, 7,308,793 de primera dosis, 6,081,386 De segunda dosis y 2,532,181 de tercera. La capacidad hospitalaria creció hasta alcanzar 2,214 camas de hospitalización (1,487 público y 727 privado). Asimismo 559 Camas UCI (316 Público y 243 Privado) con 280 Ventiladores Públicos y 188 Privados

“Los resultados conseguidos están estrechamente relacionados con la ejecución del Plan Estratégico de Preparación y Respuesta para la Enfermedad por COVID-19 desarrollado por la República Dominicana con el apoyo de la OMS/OPS. Hasta ahora, a través de alianzas con los grupos comunitarios y los ayuntamientos a nivel nacional, se han llevado a cabo cerca de 900 jornadas de educación, prevención y aplicación de pruebas diagnósticas, pudiendo realizar alrededor de 70,000 pruebas COVID-19 y entregar más de 25,000 kits de medicamentos y equipos de protección personal”.

“Asimismo, nuestro Laboratorio Nacional está en la capacidad de procesar hasta 10,000 pruebas diarias, ya que nuestro gobierno se ha encargado de dotarlo de los insumos, equipamiento y recurso humano necesarios para ello, pues entendemos la importancia de la detección y el diagnóstico durante esta fase de mitigación”.

“La crisis económica derivada de la pandemia deja a los países múltiples aprendizajes. A nivel comercial, nos revela la importancia de la interconectividad de nuestras economías y la relevancia de entender el cambio que han vivido nuestras empresas en términos de transición tecnológica, además de los retos que enfrentan éstos a nivel financiero y tributario, razón por la cual hemos tomado medidas de incentivo para apoyar a productores y comerciantes nacionales, a los fines de incentivar el consumo local, el consumo de lo nuestro”.

El intercambio de conocimiento tecnológico entre naciones es útil en la búsqueda de avances científicos para mejorar las condiciones de vida de la humanidad.

Desde la República Dominicana resaltamos la importancia de iniciativas de esta índole, que vayan en pro del desarrollo sostenible durante esta crisis sanitaria y que nos brinden herramientas para la recuperación de nuestras economías, hacia el logro de objetivos comunes y levantar un mundo mejor tras la pandemia.

Asamblea General de las Naciones Unidas en Respuesta a la Pandemia COVID-19, el día 3 de Diciembre de 2020 en Nueva York, Estados Unidos de América.

Raquel Peña

Vicepresidenta de la República Dominicana
Presidente del Gabinete de Salud
Diciembre 2020



Las principales intervenciones implementadas por el país fueron:

- Se fortaleció la infraestructura operativa del Laboratorio Nacional de Salud Pública “Doctor Defilló”;
- Reducción del 83% del tiempo promedio de entrega de resultados pruebas PCR de 15 días a 48 o 72 horas;
- 13,569 intervenciones de ayuda psicológica y psiquiátrica realizadas, por el equipo de voluntarios psicólogos, psicólogas y psiquiatras frente al Covid-19;
- 3,808,665 muestras para Covid-19 procesadas en la red diagnóstica a nivel nacional;
- Aumento de la capacidad de procesamiento a 10,000 muestras diarias;
- Ahorro al Estado de RD\$5,100,000,000.00 en pruebas PCR; y
- Contratación de 701 médicos y 4,189 enfermeras profesionales para jornadas de vacunación a nivel nacional.

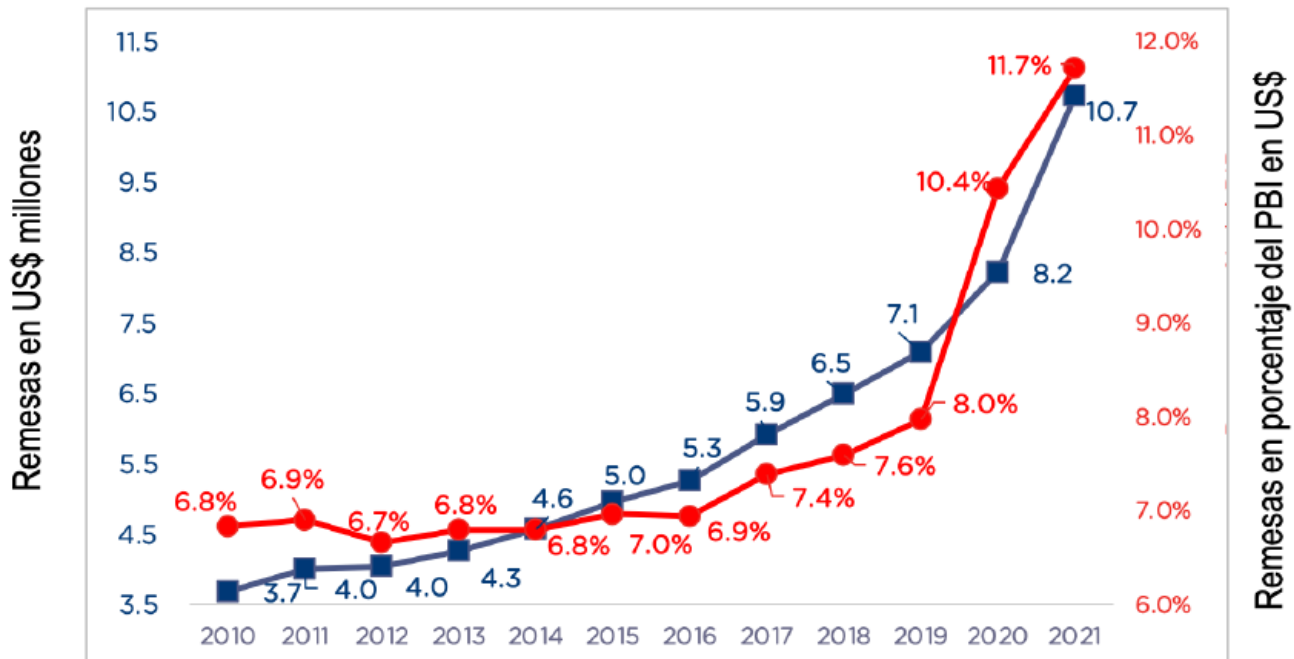
Estas estrategias permitieron alcanzar los siguientes logros nacionales:

- Primer país en garantizar la vacunación para toda la ciudadanía;
- Primer país latinoamericano en utilizar REGEN-COV como prevención de complicaciones;
- Primer país en utilizar el Tocilizumab en pacientes graves;
- Tercer país en aplicar la tercera dosis de refuerzo;
- Tercer país de la región en realizar la Secuenciación Genómica;
- Sexto país en Latinoamérica en implementar la vacunación en niños;
- Uno de los países con las letalidades más bajas del mundo;
- Uno de los cinco países con mejor ritmo de vacunación; y
- País referente para investigaciones de la Universidad Johns Hopkins.

El manejo de la pandemia del Covid-19 evidenció que la República Dominicana es un país resiliente, capaz de enfrentar situaciones adversas. Resultado de la unidad de su ciudadanía, de las alianzas público-privadas y del liderazgo político nacional, tanto público como privado.

La pandemia del Covid-19 permitió, además, valorar la relación del sector salud con otros sectores de la nación. El peso de las remesas como amortiguador de la crisis generada por la pandemia queda demostrado en el gráfico siguiente. Así como la contribución de los programas de protección social, que presentaron un comportamiento similar.

Gráfico 1. Remesas en US\$ millones y en porcentaje del PBI en US\$.



Fuente: Banco Central. 2021

1.1.2. Población en la República Dominicana

La población en República Dominicana ha cambiado en los últimos 10 años tanto en número como en composición demográfica. De la misma manera, lo ha hecho el cuadro epidemiológico nacional. Valorar estas diferencias, actuales y tendenciales, es vital para construir el futuro deseado de la salud.

Considerando los diferentes indicadores seleccionados por la comisión para este diagnóstico; se valoró la población a nivel nacional y provincial.

Según las proyecciones de la Oficina Nacional de Estadística (ONE) publicadas por el Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM), en el 2021, la población de República Dominicana era de 10,535,535 personas de las cuales 5,259,642 corresponden al sexo masculino y 5,275,893 al sexo femenino.

Como puede observarse, en el periodo 2010 al 2021, la población total aumentó en 1,056,923 de personas de las cuales 327,676 corresponden al grupo de personas de entre 60 y 80+ años; 414,463 corresponden al grupo de 40 a 59 años; 302,763 al grupo de 20 a 39 años.

El resultado más significativo del Cuadro 1 es que el grupo de 0 a 19 años presenta una disminución importante. Esta reducción expresa un descenso en la tasa de natalidad y un aumento de la esperanza de vida.

Este resultado representa un reto de inclusión para los servicios de salud, de las personas adultas mayores. Población que muestra una tendencia importante de aumento y presencia en las actividades económicas y sociales. Esto se evidencia en las pirámides poblacionales que se presentan a continuación:

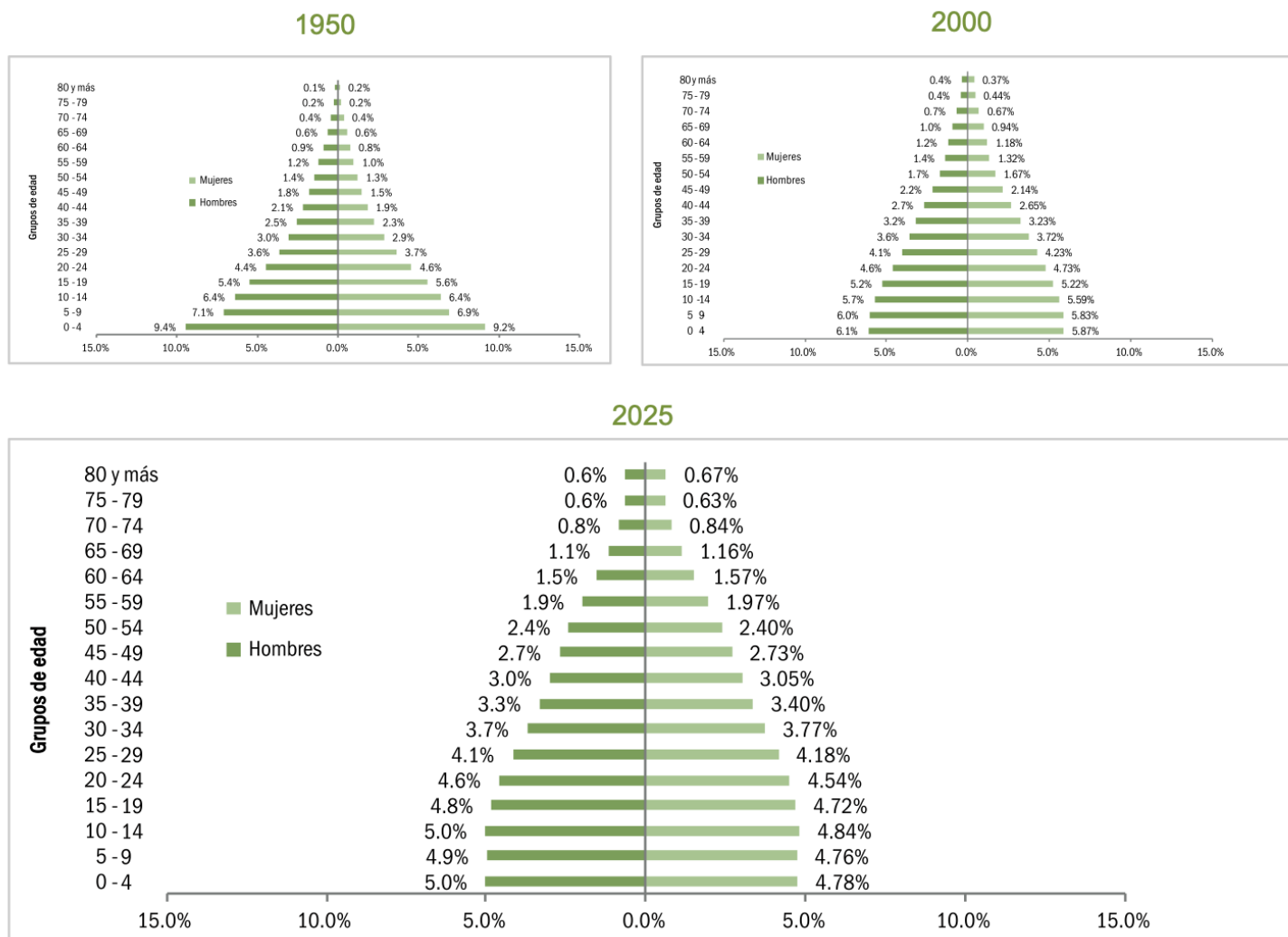
Cuadro 1. Evolución de la población total por grupos de edad (AÑOS 2010, 2015 Y 2021)

Ambos sexos	2010	2015	2021
Total	9,478,612	9,980,243	10,535,535
0-4	975,007	973,795	963,219
5-9	998,105	967,269	976,585
10-14	977,457	981,483	961,491
15-19	950,324	949,228	944,583
20-24	875,097	908,335	915,285
25-29	782,251	830,004	880,167
30-34	698,161	743,334	807,555
35-39	623,405	668,488	729,670
40-44	556,970	600,405	649,505
45-49	494,718	539,125	586,950
50-54	410,267	476,771	528,628
55-59	329,354	390,663	456,725
60-64	251,644	308,197	367,286
65-69	189,509	228,216	281,459
70-74	154,985	163,853	199,283
75-79	107,578	122,605	131,675
80+	103,780	128,472	155,469

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM). 2021.



Gráfico 2. Pirámides poblacionales República Dominicana 1950-2025



Fuente: Perfil de país de República Dominicana 2021. Departamento de Asuntos Sociales de Naciones Unidas. OPS.2021

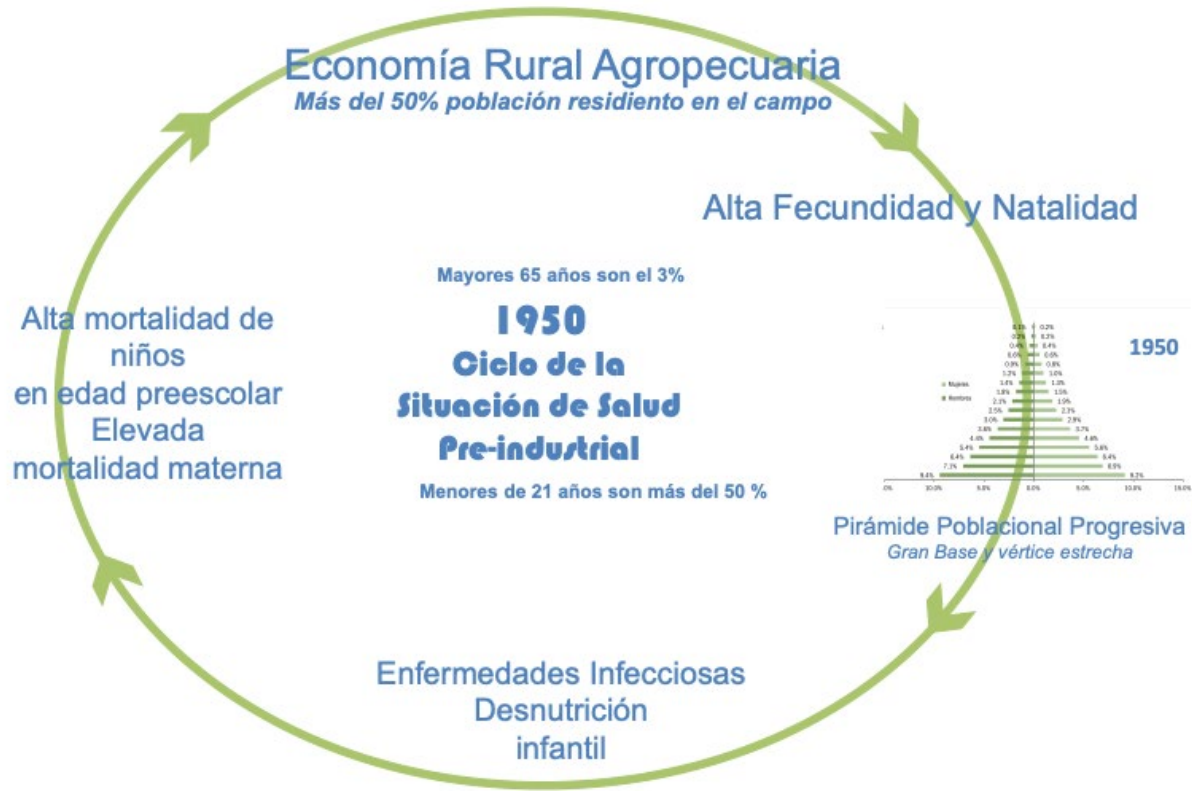
Las pirámides poblacionales precedentes muestran una reducción de la población de 0-19 años y un aumento de las personas adultas mayores. En este orden, se destaca que la población económicamente activa actualmente es de 61.6% en 2021, pero el año 2000, era de 71.0%. Valores que confirman los procesos precedentes.

Los sectores del turismo, zonas francas, industrias y servicios, lideran este crecimiento, económico, **sin aportar el suficiente financiamiento para impactar el cuadro higiénico sanitario y el perfil epidemiológico** en lo relativo a las cargas de enfermedad asociadas significativamente a las patologías no transmisibles, los accidentes de tránsito, la violencia urbana y la salud mental. Las estimaciones realizadas por el Comité Técnico Interinstitucional de Medición de la Pobreza indican que la pobreza monetaria general en la República Dominicana pasó de 23.9% en 2021 a 21.8% en 2022, para una reducción de 2.1 puntos porcentuales.

Destaca en este proceso de los ciclos de la economía y la demografía desde el año 1950 hasta el año 2025, la concentración de la población en las ciudades en más de un 80%, tal como se analiza en el **Pilar de Ambiente y Salud de este diagnóstico**, valorar gráficos 3 y 4. Esta concentración urbana, sin contar con los servicios necesarios y sin planificación, se convierte en sí misma, en un factor precipitante tanto de enfermedades y procesos no transmisibles, como de patologías infecciosas y transmisibles.

Asistimos a un moderado envejecimiento de la población, con la prolongación de la expectativa vida, reducción de la tasa de natalidad y mortalidad infantil; en concurrencia con el predominio de una población adulta joven y mayor que expresan una probabilidad de enfermar y morir relacionada con este cambio demográfico.

Gráfico 3. Ciclo de la economía, población y el perfil epidemiológico de las sociedades. Situación de la Salud en sociedades agrarias y preindustriales. 2021



Fuente: Tomado y modificado de Atención Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI. Instituto de Futuros Alternativos y Fundación Mexicana de la Salud Asimismo del Futuro y Búsqueda de la Salud de G.E. Alan Dever.

Gráfico 4. Ciclo de la economía, población y el perfil epidemiológico de las sociedades postindustriales. 2021

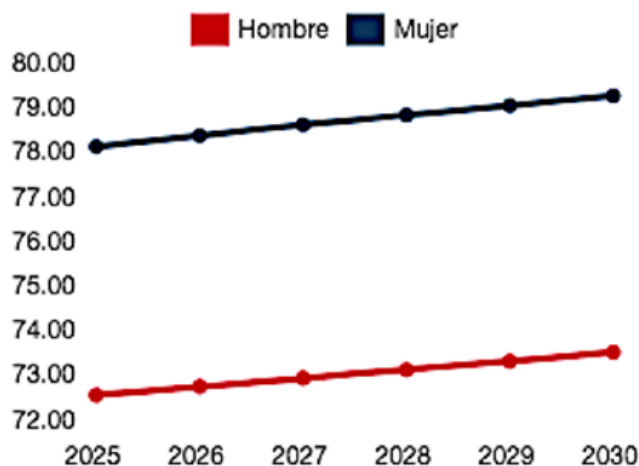


Fuente: Tomado y modificado de Atención Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI. Instituto de Futuros Alternativos y Fundación Mexicana de la Salud Asimismo del Futuro y Búsqueda de la Salud de G.E. Alan Dever.

Destaca que las mujeres están viviendo más años en la República Dominicana. Se registran alrededor de 44,000 mujeres de más de 75 años respecto de hace 10 años. La proyección es que siga en aumento.

Esto indica la necesidad de prever atenciones generales preventivas, que vayan desde servicios de salud de promoción y prevención hasta el aumento de espacios públicos de caminabilidad y ejercicios para la importante población envejeciente. En general, se requiere de estrategias y acciones para lograr un envejecimiento saludable. Igualmente, adecuar los servicios de salud y disponer del personal calificado para la atención a las personas adultas mayores.

Gráfico 5. Proyección de la esperanza de vida al nacer según sexo. República Dominicana



Fuente: Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM). 2021.

Vivir más años es bueno, asegurar la calidad de vida, es mandatorio. De ahí que, dentro de los proyectos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, se incluirán iniciativas para garantizar la calidad de vida y proteger la salud de las personas adultas mayores. El cuadro 2 profundiza las consideraciones analíticas precedentes.

Diversos estudios consultados indican^{8,9,10} que a partir de 1950 cambió el ritmo de crecimiento de la población dominicana vinculado, principalmente, al comportamiento de las tasas de natalidad y mortalidad, las cuales están enmarcadas por las evoluciones económicas, sociales, políticas y culturales. Desde el año 1950 al 1955 inicia un descenso sostenido de la tasa general de fecundidad (TGF), la cual pasa de 7.6 hijos por mujer a 2.3 hijos por mujer en 2015-2020 y se proyecta que, para el quinquenio 2050-2055, sea de 1.8.

Cuadro 2. Edad promedio de población (años 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020)

Años	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Edad promedio Nacional por quinquenios	20.2	21.2	22.4	23.5	24.8	26.3	27.8
Aumento porcentual de la edad promedio de la población en 40 años	37.6 %						

Fuente: ONE. Tabla de Vida. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2030

El efecto en la TGF puede observarse en la evolución de la tasa bruta de natalidad (TBN), la cual, en el quinquenio 1950-1955 fue de 54 nacimientos por cada mil habitantes, para el 2015-2020 pasó a 19 nacimientos. La perspectiva es que para 2050-2055 sea de 12 nacimientos por cada 1,000 habitantes. Una significativa reducción proyectada en la forma de la pirámide poblacional dominicana.

8 ONU/Hábitat. Informe Nacional sobre Vivienda y Desarrollo Urbano Sostenible. ONU Hábitat. 2016.

9 MEPYD. ONE. República Dominicana en Cifras 2021. ONE.

10 MEPYD. ONE. Los Censos dominicanos 2021, 100 años contando nuestra gente 1920-2020. ONE.

Por su parte, la tasa bruta de mortalidad (TBM) se ha reducido desde 20 defunciones por 1,000 habitantes en el período 1950-1955, a 6 defunciones por cada 1,000 habitantes en el lustro 2015-2020. Se estima que la TBM comience a revertir su proceso de disminución y se aproxime a 9 defunciones por cada 1,000 habitantes en el quinquenio 2050-2055.

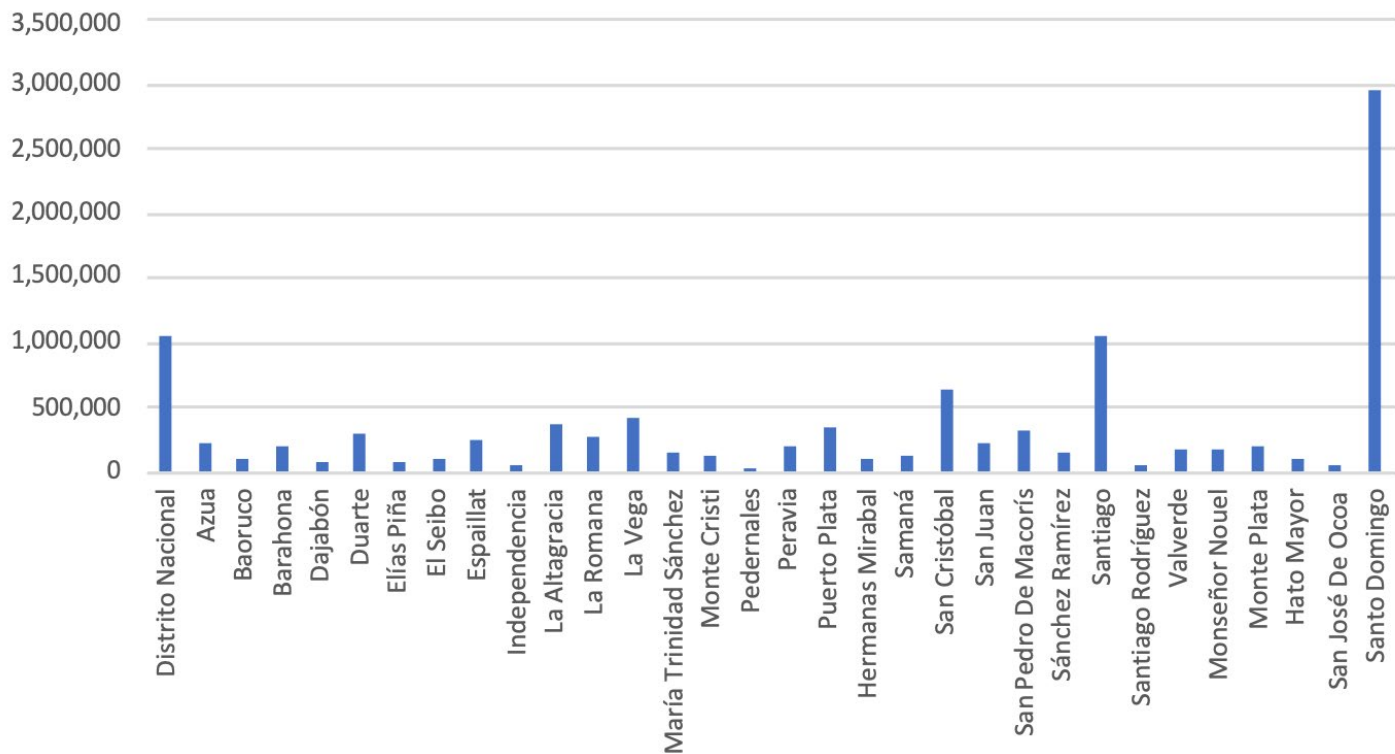
La tasa de crecimiento poblacional en el quinquenio (1950-1955) era de 32.4%, para el lustro 2015-2020 fue de 9.17%, y la perspectiva es que alcance 3.4% en el lustro 2050-2055. La distribución de la población por zona de residencia cambió debido a los flujos migratorios rural-urbano y al descenso de la fecundidad y mortalidad, con lo cual ha aumentado la población urbana en todo el país a expensas de la población rural.

En 1950 apenas un 23.8% de la población habitaba las ciudades, mientras que el 76.2% residía en la zona rural. Al año 2020 la zona urbana cuenta con 82.3% de la población y la zona rural apenas 17.3%. Al año 2030 se espera que en la zona urbana habite el 86.3% de la población total, mientras que en la zona rural apenas un correspondiente 13.7%.

Población por provincias

La distribución de la población por provincias y regiones expresa el mismo comportamiento demográfico que exhibe la República Dominicana en general. Sin embargo, en diversas **Rutas Provinciales de Salud**¹¹ se han obtenido datos que podrían estar indicando una expectativa de vida mayor para residentes de poblaciones con mayor acceso a una alimentación saludable y de menor consumo de sal. Resultados que requieren de investigaciones específicas.

Gráfico 6. Población por provincias de la República Dominicana. 2021



Fuente: Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM). 2021.

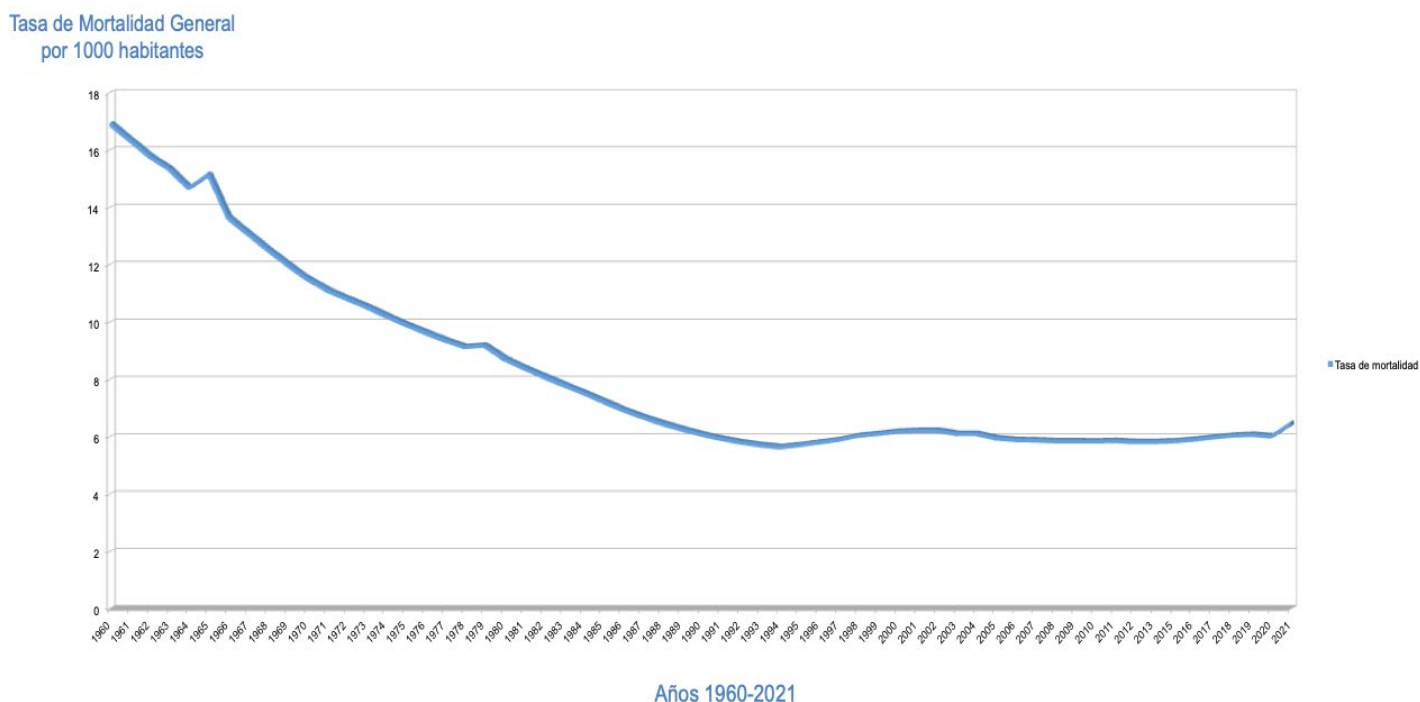
La población dominicana se concentra en las provincias Santo Domingo, Distrito Nacional, Santiago y San Cristóbal. Cinco (5) millones de dominicanos y dominicanas residen en estas cuatro (4) provincias, es decir alrededor del 50% de la población. Se destaca la necesidad de concentrar gestiones en las provincias más pobladas para mejorar los indicadores, lo que a su vez permitirá la ampliación del impacto hacia los territorios colindantes.

11 Reportes de las Rutas de la Salud de la República Dominicana. 2021-2023

1.1.3. Mortalidad y carga de enfermedad

Desde el año 1960 al 2021 la tasa de mortalidad general se redujo significativamente. En 2019 fue de 7 por cada 1000 habitantes, lo cual implica un incremento del 9.1% con respecto al año 2000 (6.4 muertes por cada 1000 habitantes). El MISPAS registró un total de 66,918 personas fallecidas en el año 2022, de las cuales, 70% fue por enfermedades cardiovasculares, como se puede valorar en el gráfico siguiente.

Gráfico 7. Tasa de Mortalidad General. 1960-2021. 2021



Fuente: Oficina Nacional de Estadística y Banco Mundial. 2021

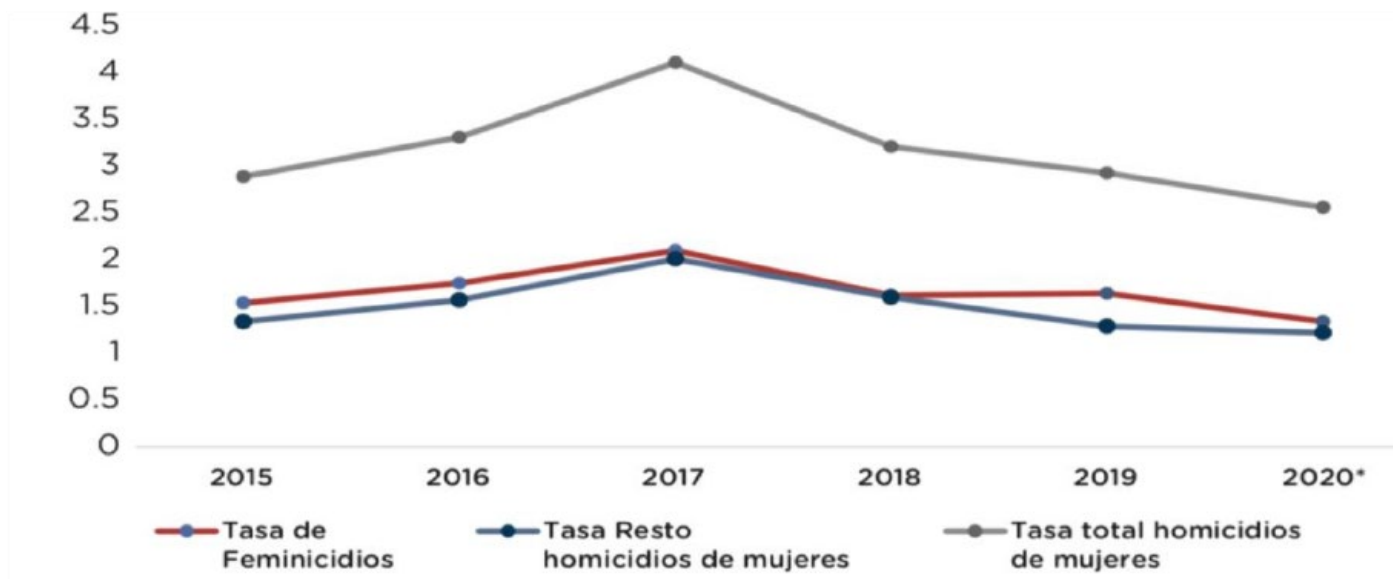
En este orden, para 2019-2020, la tasa ajustada de mortalidad prematura potencialmente evitable en la República Dominicana fue de 380 muertes por cada 100,000 habitantes, lo que equivale a una elevación de 2.3% en comparación con la tasa de 371.3 registrada en el año 2000.

En este sentido, el país presentó en el 2019 una tasa de 67.6% mayor a la notificada para la Región de las Américas. De las muertes prematuras potencialmente evitables, la tasa por causas prevenibles en el 2019 fue de 219.8 por 100,000 habitantes, cifra 60.3% mayor que la regional, en tanto que la relativa a las causas tratables ascendió a 160.2 por 100,000 habitantes, frente a un promedio regional de 89.6.

Al categorizar las muertes en tres grupos principales, se observa:

- En el 2019 la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles fue de 85.4 por 100,000 habitantes (92.1 por 100,000 en hombres y 78.6 por 100 000 en mujeres),
- La tasa de mortalidad ajustada por edad a causa de enfermedades no transmisibles ascendió a 512.7 por 100,000 habitantes (583.4 por 100,000 en hombres y 448.3 por 100,000 en mujeres).
- Por su parte, la tasa de mortalidad ajustada por edad por causas externas fue de 108.4 por 100,000 habitantes (183.1 por 100,000 en hombres y 36.6 por 100,000 en mujeres), en cuyo caso destacan los accidentes de tránsito (67.2 por 100,000 habitantes), los homicidios (18.1 por 100,000 habitantes) y los suicidios (5.1 por 100,000 habitantes).

Gráfico 8. Tasa de Feminicidios, Tasa de Homicidios de mujeres y Tasa total de Homicidios de Mujeres por año. 2015-2020.



Fuente: Evaluación del Departamento de Monitoreo y Evaluación (DGDE). MEPyD. Con informaciones de la Procuraduría General de la República y la Policía Nacional. 2020

El planteo de un objetivo estratégico de **feminicidios cero** representa un reto que se debe abordar de manera multifactorial y multicausal.

Por otro lado, en materia de defunciones debieran valorarse las 10 principales causas de muerte de la población general por sexo y grupos de edad, que se muestran en el cuadro a continuación.

En el Mapa No. 1 se observa las cargas de enfermedades asociadas a las patologías cardiovasculares en Centroamérica y El Caribe.



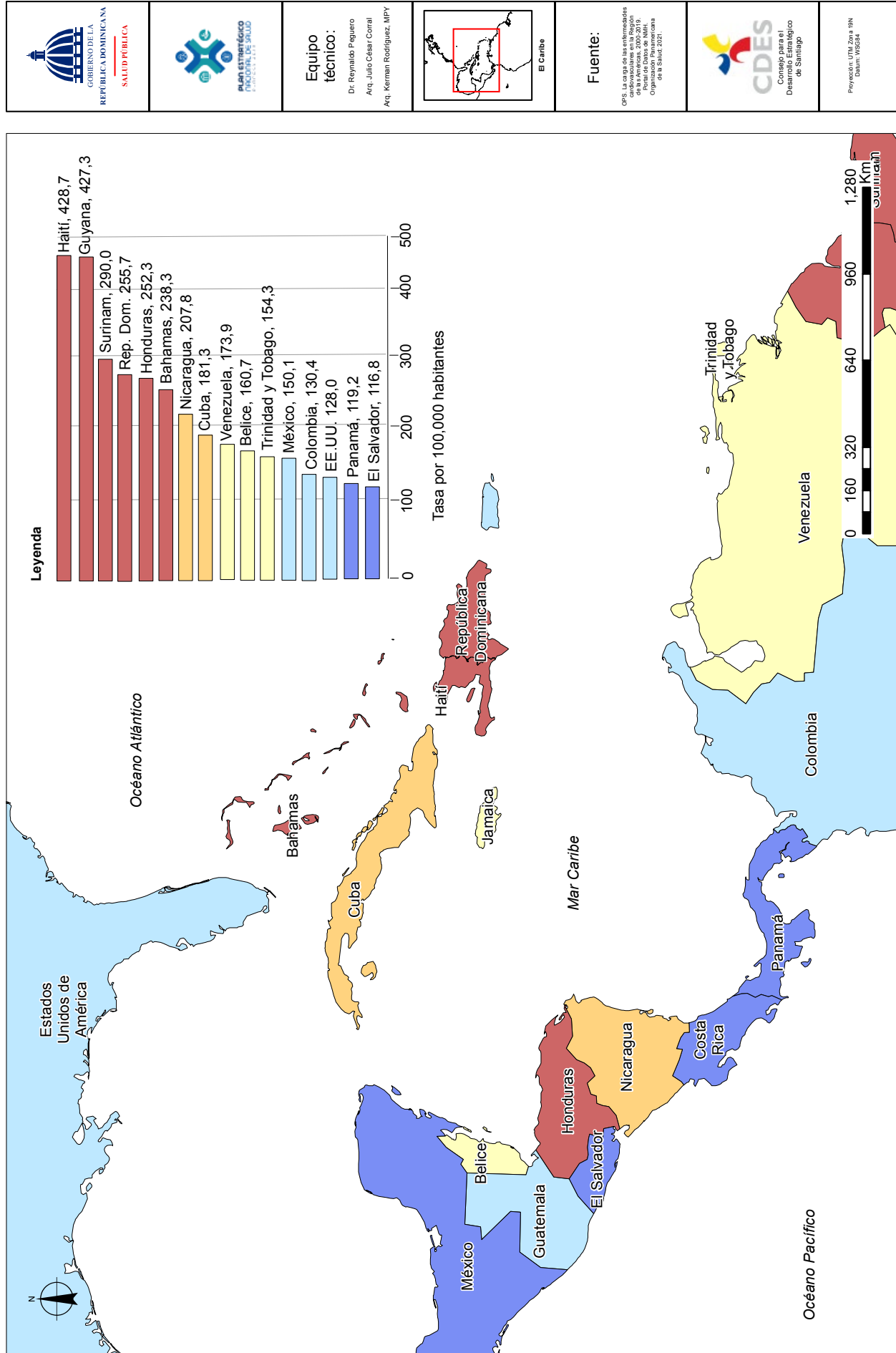
Cuadro 3. Diez principales causas de muerte en población general por sexo y grupo de edad. 2021.

Orden	GRUPOS DE EDAD						SEXO		GENERAL
	Menor de 1 año	1 a 14 años	15 a 34 años	35 a 54 años	55 a 64 años	65 años y más	Hombres	Mujeres	
1	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20-P28)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
2	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (P05, P07)	COVID-19	Accidentes de Transporte Terrestre (V01-V89)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)
3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	Enfermedades hipertensivas (I10-I15)
4	Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Accidentes de Transporte Terrestre (V01-V89)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Diabetes mellitus (E10-E14)
5	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Leucemia (C91-C95)	Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)
6	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Enfermedad por el VIH (SIDA) (B20-B24)	Accidentes de Transporte Terrestre (V01-V89)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)
7	COVID-19	Paro cardíaco (I46)	Paro cardíaco (I46)	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)	Septicemia, excepto neonatal (A40-A41)
8	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)	Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69)	Infecciones respiratorias agudas (J00-J22)	Enfermedad del Sistema Urinario (N00-N39)	Enfermedad del Sistema Urinario (N00-N39)	Accidentes de Transporte Terrestre (V01-V89)	Paro cardíaco (I46)	Paro cardíaco (I46)
9	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (P01-P03, P10-P15)	Enfermedad del Sistema Urinario (N00-N39)	Diabetes mellitus (E10-E14)	Enfermedad del Sistema Urinario (N00-N39)	Paro cardíaco (I46)	Paro cardíaco (I46)	Paro cardíaco (I46)	Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)	Accidentes de Transporte Terrestre (V01-V89)
10	Paro cardíaco (I46)	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal (P20-P28)	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) (X60-X84)	Tumor maligno de la mama de la mujer (C50 en mujeres)	Accidentes de Transporte Terrestre (V01-V89)	Insuficiencia cardíaca (I50)	Tumor maligno de la próstata (C61)	Enfermedad del Sistema Urinario (N00-N39)	Enfermedad del Sistema Urinario (N00-N39)

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Departamento de Información en Salud, base de del certificado médico de defunción. 2022

Leyenda	
	Enfermedades No transmisibles
	Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y de la nutrición
	Lesiones de causa externa

Mapa 1. Carga de Enfermedades Cardiovasculares por país. 2020. OPS. Ministerio de salud.



Se observa que la enfermedad isquémica, la hipertensión, la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles, siguen siendo la principal causa de muerte en personas adultas. Es importante tomar en cuenta las causas de muerte por grupos de edad, para el diseño de proyectos e intervenciones; así como las cargas de enfermedad para el periodo 2000-2021. Ver cuadro a continuación.

Cuadro 4. Cambios en la carga de enfermedad. Período 2000-2021 Ministerio de Salud



OPS. MISPAS. Estudios de Cargas de Enfermedad 2000-2019. Estimaciones del Institute for Health Metrics and Evaluation Disponible en <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare> Selig, J. Reflexiones para una agenda de la reforma en salud. Dialogo por las reformas para el fortalecimiento institucional y gestión eficiente del Estado. Mesa temática: Salud.

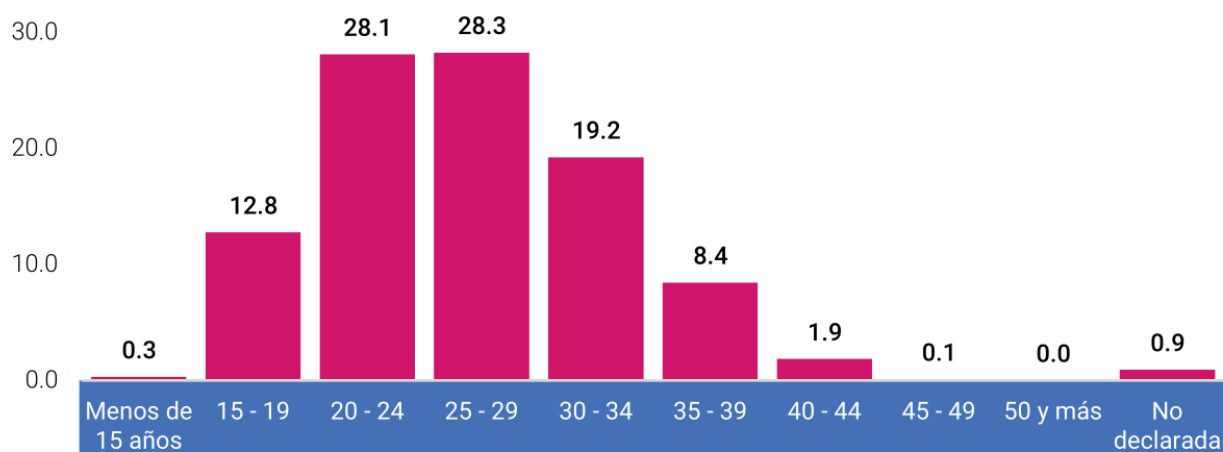
1.1.4. Natalidad

En correspondencia con la Oficina Nacional de Estadística (ONE), en el 2021, el número de nacimientos ocurridos y registrados fue de 157,084. Este valor representa un incremento con respecto al año anterior. La tasa de natalidad por mil habitantes para el año 2022, reportada por la ONE y la OPS/OMS, fue de 18.1.

Es importante destacar, el posible impacto de la pandemia COVID-19 en el registro de los nacimientos, dado que, de los 157,084 nacimientos registrados en el 2021, unos 14,155 (7.3%) corresponden a nacimientos ocurridos en el año 2020. La edad promedio de las madres que parieron en 2021 fue de 26.9 años.

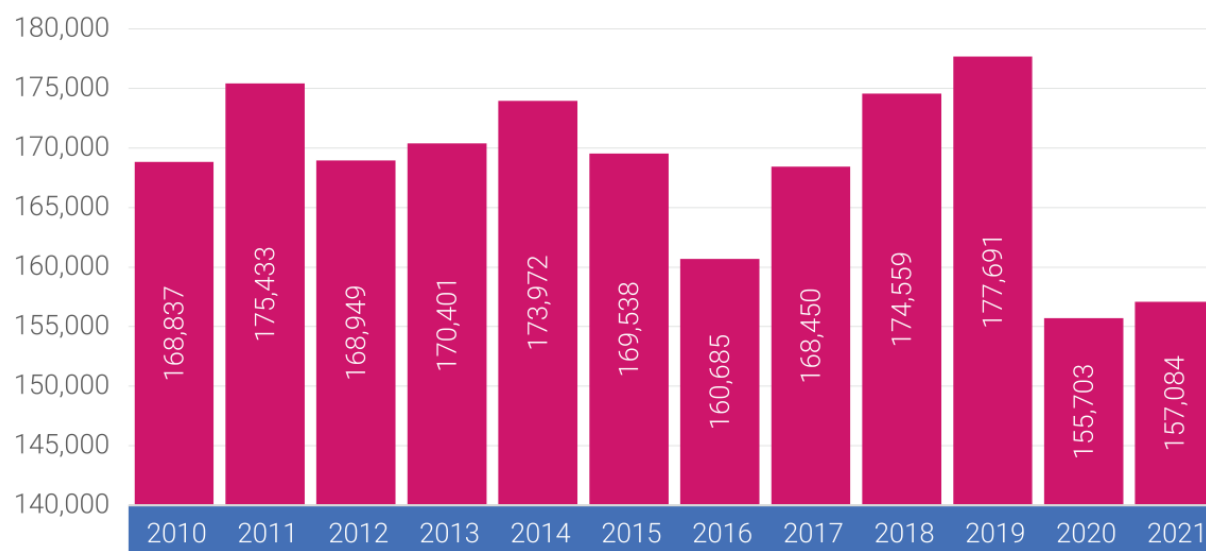
En el gráfico 10 la relación de los nacimientos por grupo de edades de la madre indica que, el porcentaje de nacimientos se registra en mujeres con edades entre 20-24, 25-29 y 30-34 años con cifras de 28.1%, 28.3% y 19.2% respectivamente. En el gráfico 11 se observa una marcada reducción de los nacimientos del 2011 al 2021.

Gráfico 9. Porcentaje de Nacimientos por edad de la Madre. República Dominicana. 2021



Fuente: Oficina Nacional de Estadística. 2021.

Gráfico 10. Nacimientos por años. República Dominicana. 2010- 2021



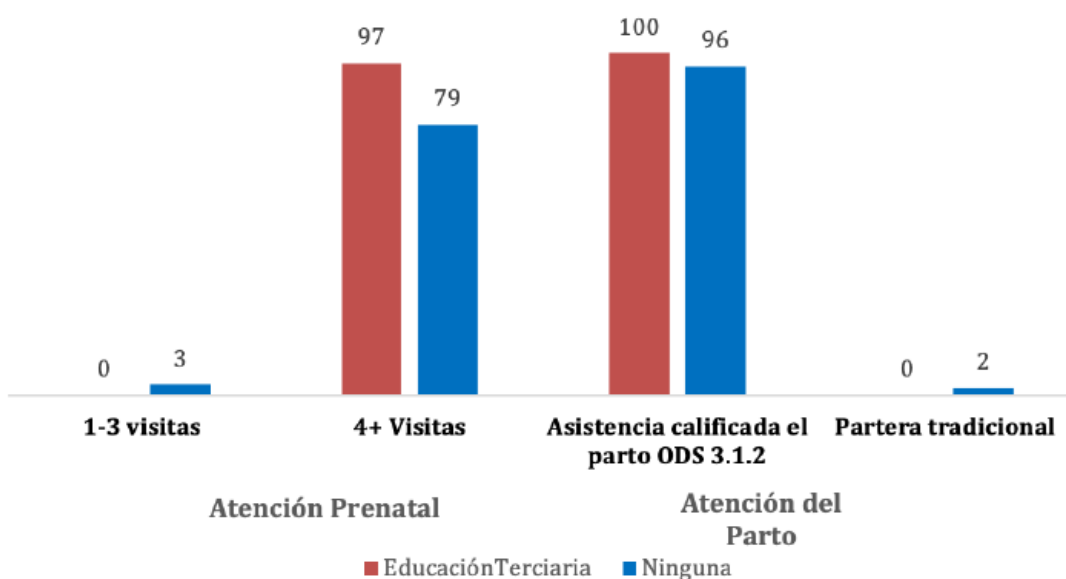
Fuente: Registros Administrativos. Oficialías del estado Civil de la República Dominicana. Oficina Nacional de Estadística 2021

1.1.5. Mortalidad Materna

Desde el año 1997, se implementa el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en República Dominicana. De acuerdo con estimaciones de la ONE, el país en 2021 tenía 2,757,081 mujeres en edad reproductiva. Se destaca que:

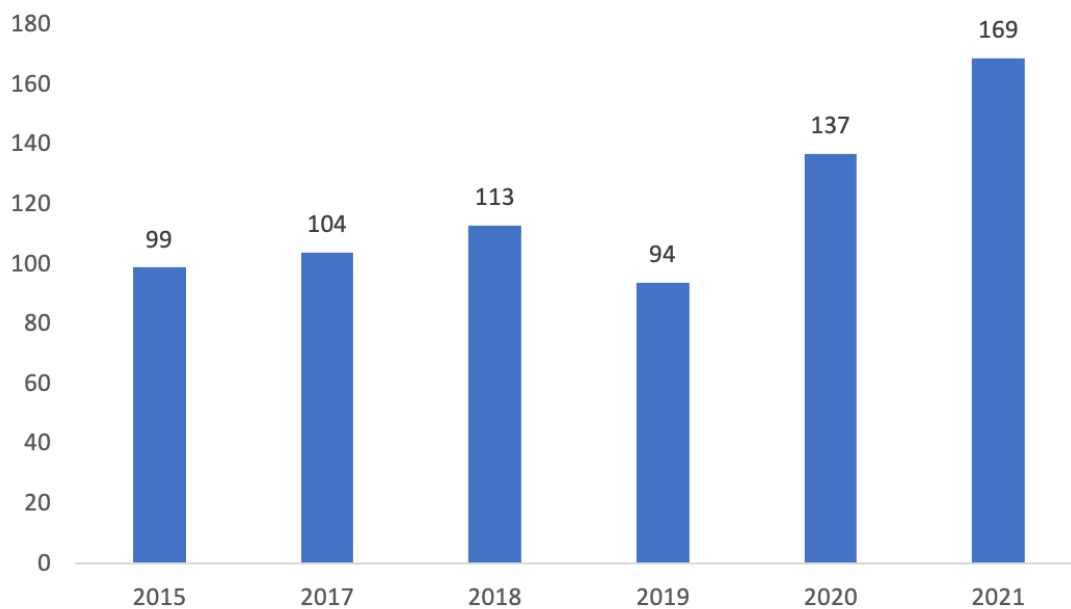
- La cobertura de atención prenatal a nivel nacional (al menos 4 visitas), es del 98% de mujeres gestantes en zona urbana y 93% en zona rural.
- Entre el 98% y el 99% de los partos son atendidos por personal capacitado a nivel intrahospitalario.
- La anticoncepción es una estrategia clave para reducir las muertes maternas y embarazos en adolescentes. Un 79% de las mujeres en edad reproductiva tienen esa necesidad satisfecha.
- El 19.1% de las adolescentes de 15 a 19 años, ha estado embarazada, de estos el 18.1% en la zona urbana y el 23.7% en la zona rural

Gráfico 11. Número de visitas de control prenatal y parto institucional según nivel educativo



Fuente: UNICEF. 2021.

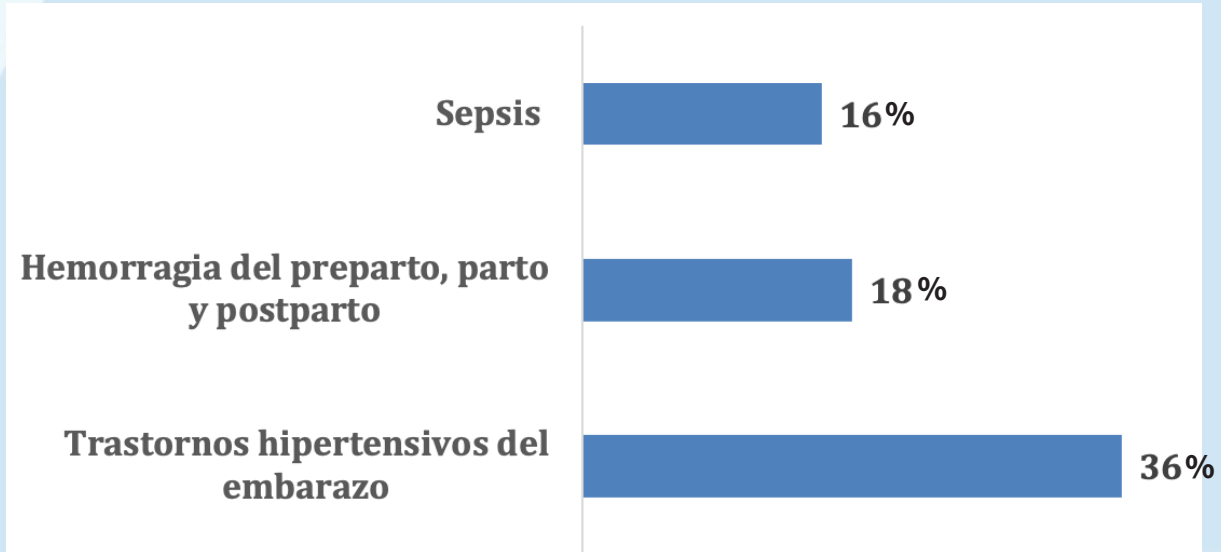
Gráfico 12. Evolucion de la razón de MM. 2015-2021.



Fuente: DIGEPI, Boletín epidemiológico 52. 2021.

La identificación de las principales causas de mortalidad es vital para el desarrollo de intervenciones orientadas a mitigar el problema de la mortalidad materna.

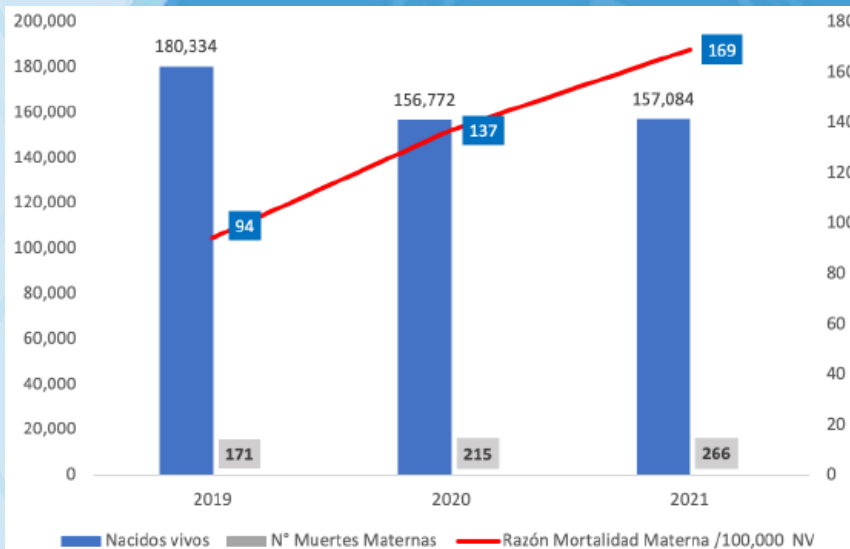
Gráfico 13. Porcentaje de causas directas de Muertes Maternas. 2021.



Fuente: UNICEF. 2021

Resulta clave establecer programas de prevención de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, lo que se relaciona directamente con la salud general de las mujeres gestantes. Otro indicador crítico es el excesivo porcentaje de cesáreas en centros públicos y privados, con valores del 90% en centros privados y del 47% a nivel público.

Gráfico 14. Comportamiento cronológico de la mortalidad materna. RD. 2019-2021.



Fuente: DIGEPI, Boletín SE 52, años: 2019, 2020 y 2021



Embarazo en la adolescencia

El embarazo durante la adolescencia se considera un fenómeno social de relevancia, asociado a mayor riesgo de mortalidad materna, que tiene un impacto negativo en el orden psicosocial y en el desarrollo humano, siendo considerado un factor determinante en la feminización de la pobreza. Las estadísticas nacionales dan cuenta de la situación, según la ENHOGAR MICS/2019:

- La tasa de fecundidad en adolescentes es 77 nacimientos vivos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años. En el área rural es de 110 nacidos vivos en comparación con un 66 en el área urbana.
- A mayor nivel educativo menor tasa de fecundidad adolescente, con 33 en aquellas adolescentes que han alcanzado el nivel terciario y 162 aquellas que solo ha alcanzado el nivel primario.
- Las adolescentes que pertenecen al quintil más rico tienen tasas de 28, en contraste con las más pobres, las cuales alcanzan una tasa de 146 nacimientos por cada 1,000 mujeres de ese grupo de edad.
- El 20% de las adolescentes de 15 a 19 años, tuvieron un hijo vivo antes de los 18 años.
- Solo el 71% de las mujeres que estaban en edad de 15-19 casadas o unidas al momento de la encuesta reportaron necesidades de planificación familiar satisfecha con algún método moderno. Solo el 53% al momento de esta encuesta, usó algún método para espaciar a sus hijos.
- Como factor de riesgo relevante están las uniones tempranas. El 32% de las mujeres entre 20 y 24 años se habían casado o unido antes de los 18 años, y el 9.4% se casó o se unió antes de los 15 años. La ausencia de educación integral de la sexualidad y débil disponibilidad de servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adolescentes, con personal de salud con las competencias requeridas, espacios de privacidad y todos los insumos necesarios, incluyendo de manera permanente toda la variedad de anticonceptivos, son desafíos para considerar para lograr la reducción de embarazos no planificados en esta población, especialmente en la población adolescente.

En respuesta a esta problemática el Gobierno Dominicano, durante el año 2021, puso en vigencia la Política de Prevención y Atención a las Uniones Tempranas y el Embarazo en Adolescentes, de carácter multisectorial, de la cual el Ministerio de Salud es parte fundamental en la implementación con el compromiso de mejorar la oferta de servicios de salud para adolescentes, con énfasis en el primer nivel de atención y acceso a consejería e insumos anticonceptivos.

1.1.6. Mortalidad Infantil

El comportamiento de la mortalidad infantil se observa en los siguientes cuadros y gráfico.

Cuadro 5. Mortalidad infantil, neonatal y en la niñez, actualización Enero-septiembre 2021

Indicadores	Línea Base 2015	Ene-Sep 2020	Ene-Sep 2021	Variación Porcentual
Tasa de Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	31 *	10.1	20.6	104.3
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	35 *	11.4	22.4	96.3
Tasa de Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos	24 *	8	16.2	102.1

Fuente: MISPAS, Tasas infantil y neonatal calculada por la DASIS con datos de vigilancia epidemiológica. Boletín semanal: tasa de menores de 5 años calculada por la DASIS con datos del RENADEF y del sistema nacional de vigilancia epidemiológica (SINAVE). *(Enhogar 2014)

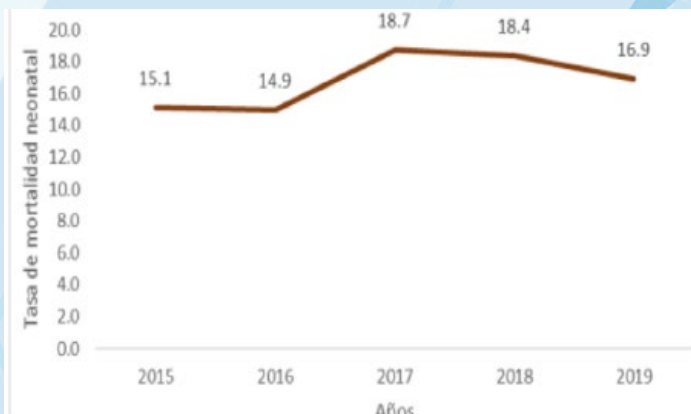
Gráfico 15. Evolución de la tasa de mortalidad infantil 2015-2019



Fuente: MISPAS, integración de bases de datos: Certificado Médico de Defunción, SINAVE e INACIF

La tasa de mortalidad infantil presenta un descenso del año 2017 al año 2021, sin embargo, aún no ha llegado a recuperar el nivel reportado en el año 2015, con valor de 201.9, tal como se muestra en el gráfico 15. Las muertes neonatales son la principal contribuyente a la mortalidad infantil.

Gráfico 16. Evolución de la tasa de mortalidad neonatal 2015-2019

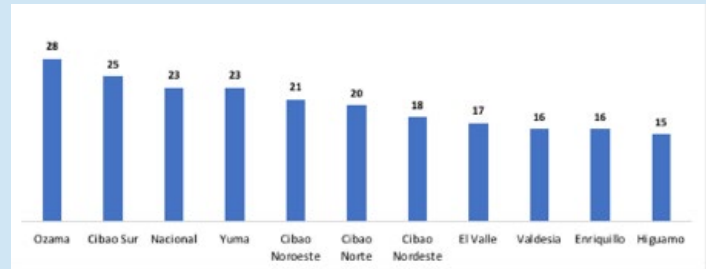


Fuente: MISPAS, integración de bases de datos: Certificado Médico de Defunción, SINAVE e INACIF

El comportamiento de la mortalidad neonatal según las tasas muestra un incremento del 2015 al 2017, con descenso en el 2018 y 2019; sin embargo, el mismo no ha llegado al nivel de la tasa alcanzada precedentemente en el 2015.

Es una gestión estratégica al 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de menores de 5 años, logrando reducir la mortalidad neonatal al menos en 12 por cada 1,000 NV, y la mortalidad de menores de 5 años al menos en 25 por cada 1,000 NV. En niñez, son las enfermedades transmisibles la principal fuente de carga de enfermedad.

Gráfico 17. Mortalidad neonatal por regiones MICS 2019



Fuente: UNICEF, 2023.

Gráfico 18. Causas de las muertes neonatales 2015-2018



Fuente: Perfil de salud infantil MISPAS 2020



1.2. Perfil Epidemiológico Nacional

1.2.1. Enfermedades No Transmisibles

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT), **constituyen el centro del cuadro sanitario y el perfil epidemiológico de República Dominicana**. Tanto en lo que se refiere a la carga de enfermedad expresada en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), como por su peso en el consumo y uso de los servicios de salud.

Así lo demuestra el análisis del **Pilar de Economía y Financiamiento** del diagnóstico del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. Todos los estudios indican^{12,13,14,15} que los cambios en los perfiles demográficos de América Latina causan resultados adversos en los perfiles epidemiológicos.

Las enfermedades y procesos crónicos no transmisibles y sus factores precipitantes como los hábitos de consumo masivo, ausencia de ejercicios físicos, vida sedentaria, hábito nocivo de fumar, consumo de alcohol, obesidad y sobrepeso, se expresan en patologías y daños a la salud, tales como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias obstructivas crónicas, afecciones mentales, discapacidades, accidentes de tránsito, y todas las formas de violencia interpersonal y auto infringida.

Estos procesos representan en su conjunto, los principales problemas de salud, de República Dominicana.

Su abordaje y solución plantea desafíos para esta Estrategia Salud 2030 y para el diseño e implementación de proyectos y políticas intersectoriales. Las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables de casi cuatro de cada cinco muertes anuales del alrededor de 65,000 mil personas fallecidas anuales de la República Dominicana.

Se prevé que la prevalencia aumente en esta década como consecuencia de la transición demográfica, envejecimiento moderado, urbanización y exposición a un medio laboral excluyente, y un ambiente generador de factores de riesgo. En América Latina, de las muertes por estas enfermedades, 35% se registraron prematuramente en personas de 30 a 70 años, entre quienes el cáncer y enfermedades cardiovasculares totalizan el 65 % de muertes prematuras.

Datos claves:

- Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan la causa número 1 de muertes y discapacidades en todo el mundo.
- Más de 41 millones de personas mueren en el mundo cada año por una ENT (74% muertes mundiales).
- Más del 77% de las muertes ocurre en países de bajos y medianos ingresos y en edades prematuras.
- La hipertensión, hiperglucemia, sobrepeso u obesidad son los tres factores de riesgo más asociados a la mortalidad.
- El 72.3% de las muertes en la República Dominicana ocurren por ENT, lo que debería cambiar todas las estrategias de abordaje del cuidado a la salud a nivel local.
- El 44.3% de estas muertes suceden en los <70 años, considerado como edades prematuras.

El Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019-2024, propone las siguientes líneas de acción:

- **Políticas y alianzas estratégicas** para fortalecer y promover medidas multisectoriales con todos los sectores pertinentes del gobierno, la sociedad civil, el sector no gubernamental y privado.
- **Favorecer factores protectores y controlar factores de riesgo** para reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecimiento de los factores protectores.
- **Respuesta del sistema de salud** para el mejoramiento de la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de la atención para las ENT y sus factores de riesgo, con énfasis en la atención primaria de salud y el autocuidado.
- **Vigilancia, investigación y Sistema de información** para fortalecer la investigación y desarrollo tecnológico relacionados con las ENT.

12 Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019-2024. Estrategia Mundial para las ENT 2012-2025 de OMS. MISPAS, 2019

13 OMS. Plan de Acción de la Estrategia Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2008-2013. OMS

14 OMS. Primer Informe Mundial sobre las ECNT, OMS. 2010

15 OPS. Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH). Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Causas Externas. 2023

1.2.2. Salud Mental

La Salud Mental, según la OMS¹⁶, es “*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”.

Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta la capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en que vivimos. La salud mental, además, es un derecho humano y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la “**mera ausencia de trastornos mentales**”. Acontece y expresa un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad, angustia; resultados sociales y clínicos.

Las afecciones de salud mental comprenden¹⁷:

- Trastornos mentales;
- Discapacidades psicosociales;
- Otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia;
- Discapacidad funcional; y
- Riesgo de conducta auto lesiva.

Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así.

Determinantes de la salud mental

A lo largo de la vida, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o quebrantar la salud mental y cambiar la situación de una persona con respecto a la salud mental. Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, abuso de sustancias y genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a estas afecciones.

La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumentan el riesgo de sufrir patologías de salud mental.

Los riesgos pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero los que ocurren durante los períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son particularmente perjudiciales. Se sabe que la crianza severa y los castigos físicos perjudican la salud infantil y que el acoso escolar es un importante factor de riesgo de las afecciones de salud mental.

Los factores de protección se dan también durante toda la vida y aumentan la resiliencia. Entre ellos, se cuentan las habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión social, entre otros.

Los riesgos para la salud mental y los factores de protección se encuentran en la sociedad en distintas escalas. Las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades. Las amenazas mundiales incrementan el riesgo para poblaciones enteras; entre ellas se cuentan las recesiones económicas, los brotes de enfermedades, las emergencias humanitarias y los desplazamientos forzados, y la creciente crisis climática.

Cada factor de riesgo o de protección tiene una capacidad predictiva limitada. La mayoría de las personas no desarrollan afecciones de salud mental, aunque estén expuestas a un factor de riesgo, mientras que muchas personas no expuestas a factores de riesgo conocidos desarrollan una afección de salud mental. En todo caso, los determinantes de la salud mental, que están relacionados entre sí, contribuyen a mejorar o socavar la salud mental.

Promoción de la salud mental y prevención de afecciones

Las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental.

Actuar sobre los determinantes de la salud mental requiere a veces adoptar medidas en sectores distintos a salud, por lo que los programas de promoción y prevención deben involucrar a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo, integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales.

Debe destacarse que la prevención del suicidio es una prioridad mundial y forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

16 Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS. 2011 [Consultada el 4 de marzo de 2013]. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

17 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas en Salud No. 49. OPS/OMS; 2009 Pags. 106-108

Atención y tratamiento de la salud mental

Las iniciativas nacionales de fortalecimiento de la salud mental, además de proteger y promover el bienestar mental de todos y todas, debieran atender las necesidades de las personas que padecen estas afecciones. Se sugiere, una **atención de salud mental de base comunitaria**, que es más accesible y aceptable que la asistencia institucional. Que ayuda a prevenir violaciones de derechos humanos y ofrece mejores resultados en la recuperación.

Esta atención de base comunitaria será parte del conjunto de proyectos y políticas de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, a proporcionarse mediante una red de servicios interrelacionados que comprendan:

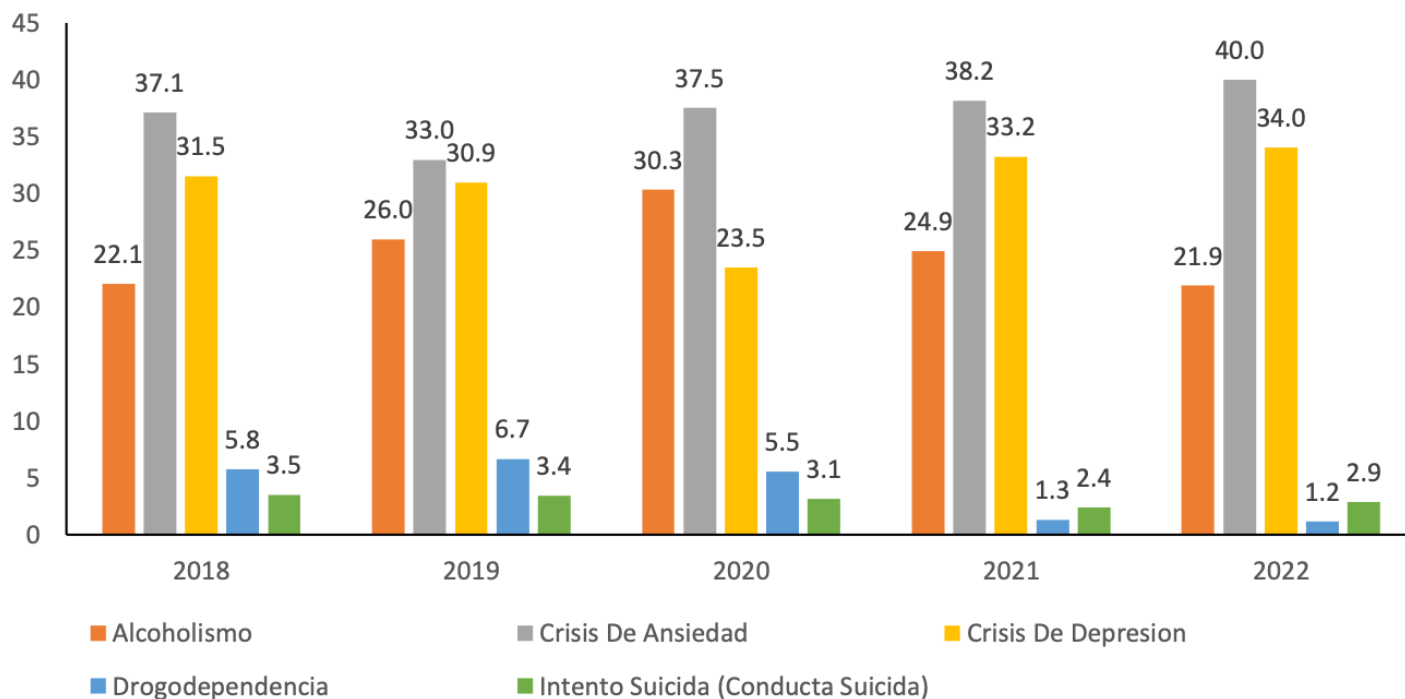
- **Servicios de salud mental integrados en los servicios de salud** generales, ofrecidos comúnmente en hospitales generales y en colaboración con el personal de atención primaria no especializado;
- **Servicios comunitarios de salud mental a nivel comunitario**, que puedan involucrar a centros y equipos comunitarios de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida cotidiana, y
- **Servicios que brinden atención de salud mental en los servicios sociales** y entornos no sanitarios, como la protección infantil, los servicios de salud escolar y las prisiones.

Aspectos claves en salud mental en la República Dominicana

A continuación, se presentan indicadores procesados por el Departamento de Salud Mental de la Dirección de Salud Colectiva del Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Los mismos fueron extraídos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2022). Las principales condiciones evaluadas son:

- Alcoholismo
- Crisis de ansiedad
- Crisis de depresión
- Drogodependencia
- Intento suicida

Gráfico 19. trastornos de salud mental por los últimos 5 años. República Dominicana. 2018-2022.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2022

Cuadro 6. Trastorno de salud mental por últimos 5 años. República Dominicana. MISPAS . 2022.

Trastornos de Salud Mental	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
Alcoholismo	10,723	22.1	12,881	26.0	10,798	30.3	14,616	24.9	14,077	21.9
Crisis de Ansiedad	18,012	37.1	16,342	33.0	13,348	37.5	22,371	38.2	25,742	40.0
Crisis de Depresión	15,311	31.5	15,336	30.9	8,355	23.5	19,481	33.2	21,894	34.0
Drogodependencia	2,800	5.8	3,308	6.7	1,973	5.5	763	1.3	756	1.2
Intento suicida	1,711	3.5	1,699	3.4	1,118	3.1	1,387	2.4	1,845	2.9
Total	48,557	100%	49,566	100%	35,592	100%	58,618	100%	64,314	100%

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2022

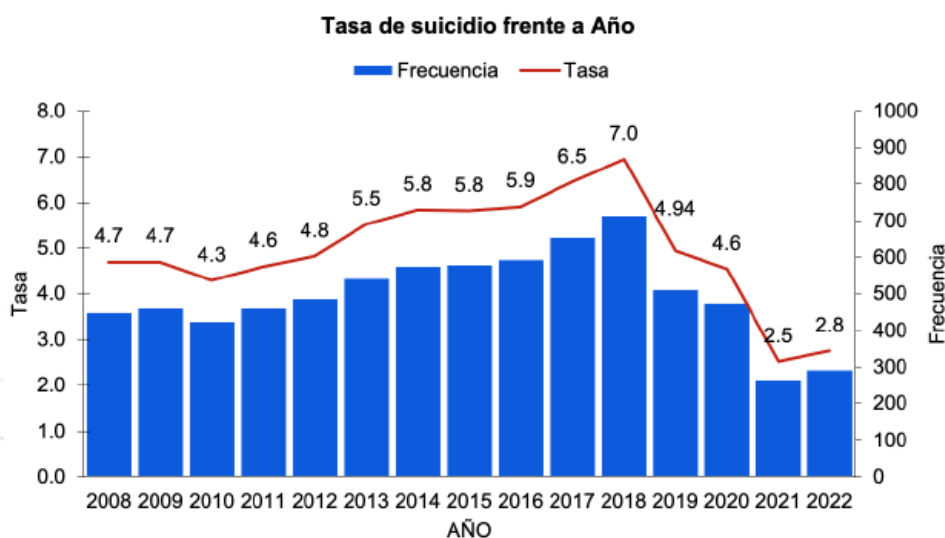
Como puede observarse, los casos de trastorno de salud mental han ido en aumento constante desde el 2018 hasta el 2022. En cuatro (4) años han aumentado en casi 20,000 casos totales. Los casos crisis de ansiedad **son los más frecuentes llegando al 40% en el 2022. El mayor aumento se produjo entre 2020 y 2021 como resultado, probablemente, de la pandemia por COVID-19.** La crisis de depresión es la segunda causa más frecuente de las atenciones, seguida por el alcoholismo. Llama la atención que la atención por drogodependencia haya ido en disminución pasando de 3,300 en 2019 a solo 756 casos en 2022.

Cuadro 7. Número de intervenciones del programa para la protección de las personas con enfermedad mental crónica Sin Hogar. 2017-2022, República Dominicana. 2022

Años	Ambos sexos	Sexo			
		Masculino	%	Femenino	%
2018	170	90	52.9	80	47.1
2019	104	60	35.3	44	25.9
2020	279	145	85.3	134	78.8
2021	68	35	20.6	33	19.4
2022	31	17	10.0	14	8.2
Total	652	347		305	

Fuente: Base de datos personas con Enfermedad Mental Crónica Sin Hogar

Gráfico 20. Mortalidad por agresiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidios) periodo 2008-2022*



Fuente: integración de la base de datos de defunción con los datos del SINAVE, INACIF y el certificados de defunción capturados por el Departamento de Información en Salud del Ministerio de Salud Pública

1.2.3. Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.

Datos claves sobre la hipertensión arterial^{18,19}:

- 32.3% de las personas adultos en la República Dominicana sufre de hipertensión.
- Es una de las principales causas de mortalidad prematura.
- 46.0% de personas adultas hipertensas desconocen que padecen de la enfermedad.
- 42% recibe diagnóstico y tratamiento.
- Únicamente 21 % la tiene controlada.
- 40.6% no sabía que la padecía.

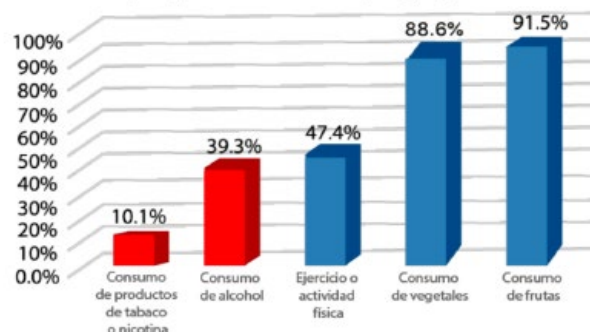
Factores de riesgo relacionados:

- Ser hombre.
- Tener más de 45 años.
- No realizar ejercicio o actividad física.
- Tener diabetes, sobrepeso u obesidad.

El Ministerio de Salud Pública vía el Viceministerio de Salud Colectiva, impulsó la primera y segunda Jornada Nacional de Hipertensión Arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad, en colaboración con las direcciones provinciales y áreas de salud. Las jornadas se realizaron en más de 100 puntos del país.

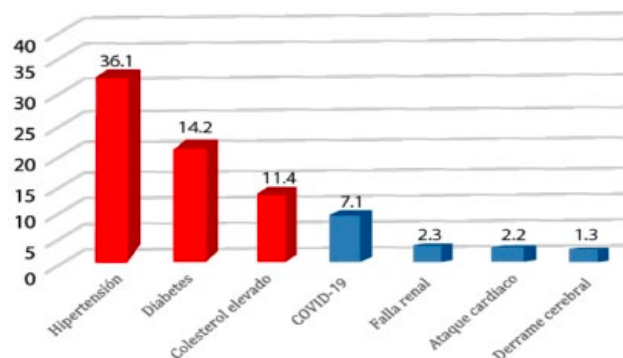
El objetivo principal de las jornadas fue conocer los valores tensionales, niveles de glucemia e índice de masa corporal (IMC) en la población mayor de 18 años que asistiera a las Jornadas Nacionales, asimismo prevenir la diabetes y la obesidad. Participaron 7,949 personas adultas. El 52.8% fueron hombres. El rango de edad más frecuente en los y las participantes fue de 45 a 64 años (personas adultas mayores). Los boletines epidemiológicos especiales²⁰ sobre Covid-19, presentados diariamente por la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) en 2022, mostró estadísticas elevadas de personas afectadas de coronavirus, donde las enfermedades crónicas les ubicaban dentro de los grupos de riesgo, elevando la mortalidad. De las personas fallecidas, 26.4% padecían hipertensión y el 16.5% sufrían diabetes mellitus.

Gráfico 21. Hábitos en los participantes de la 1era Jornada Nacional de Hipertensión arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad, mayo-junio 2021.



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Primera Jornada Nacional de Hipertensión Arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad. 2021

Gráfico 22. Antecedentes de enfermedades en los participantes de la 1era Jornada Nacional de Hipertensión arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad, mayo-junio 2021.



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Primera Jornada Nacional de Hipertensión Arterial: Prevención de Diabetes y obesidad. 2021

El 67.7% de las personas participantes mostró niveles tensionales normales y 32.3% elevados. La provincia con niveles más elevados fue Montecristi con 50.5%, seguida de Espaillat con 46.2% y Duarte con 45.8%. Respecto a la glicemia, la muestra fue menor (2,813) de los cuales el 12.0% tenía niveles glicémicos elevados.

La hiperglicemia presentó mayores niveles en las provincias de Monte Plata (45.5%), Azua (37.5%) y Elías Piña (36.4%). El Índice de Masa Corporal se evaluó en 6,514 adultos, de los cuales 36.5% de los y las participantes se encontraban en sobrepeso y un 33.6% eran obesos. Sumados, arrojan una cifra de 70.1% de sobrepeso-obesidad a nivel nacional.

Las provincias de mayor índice fueron Hato Mayor con 81.1%, San Pedro de Macorís 79.2% y el Distrito Nacional 78.6%.

18 Ministerio de Salud Pública vía el Viceministerio de Salud Colectiva. Primera Jornada Nacional de Hipertensión Arterial:

Prevención de Diabetes y Obesidad. SODHI. 2021.

19 Segunda Jornada de Hipertensión Arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad, Diabetes e Hipertensión (SODHI). 2022

20 DIGEPI. Informes de monitoreo y evaluación de desempeño. 2022

1.3. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

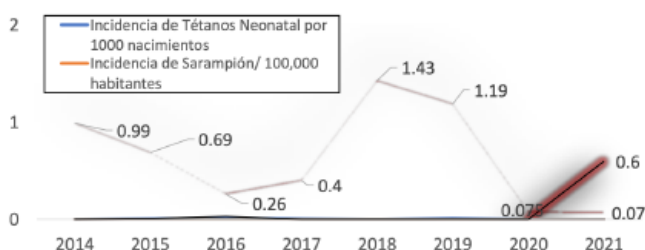
1.3.1. Enfermedades Inmunoprevenibles

A través de la Dirección de Inmunoprevenibles se procura prevenir las siguientes enfermedades:

- Tuberculosis
- Tosferina (tos convulsiva)
- Tétanos
- Difteria
- Poliomielitis paralítica
- Diarrea por Rotavirus
- Enfermedades invasivas producidas por Haemophilus influenzae tipo B
- (Hib, Especialmente Meningitis)
- Sarampión
- Rubéola
- Parotiditis
- Infecciones invasivas por Neumococo
- Influenza Estacional y Pandémica
- Virus del Papiloma Humano
- COVID

Se registra una gran cobertura a nivel territorial de centros de vacunación para garantizar el acceso a toda la población. La tasa de mortalidad por enfermedades Inmunoprevenibles se puede observar en el gráfico; donde se presenta un notable descenso de este indicador.

Gráfico 23. Tasa de mortalidad enfermedades Inmunoprevenibles. República Dominicana. 2014-2021.



Fuente: Ministerio de Salud Pública. DIGEPI. 2022

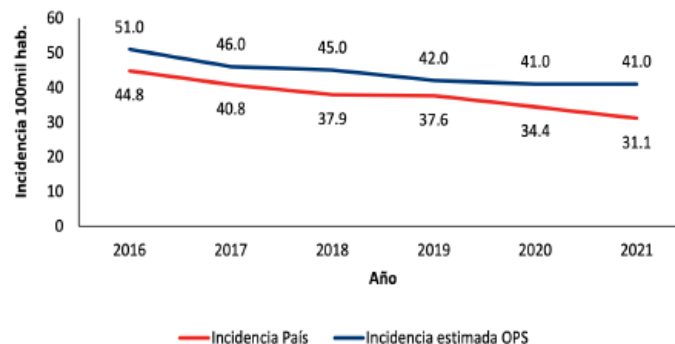
Tuberculosis, Sida y VIH

Cuadro 9. Casos nuevos notificados y muertes relacionadas al VIH. Enero-septiembre 2021

INDICADORES DE RESULTADOS DE SALUD	2015	Ene-Sep 2020	Ene-Sep 2021	Variación Porcentual
• Número de casos nuevos de VIH notificados (a)	1,648	3,304	4,853	↑46.9
• Tasa de incidencia por VIH por 100,000 Hab.	16.5	31.6	46.1	↑45.8
• Número de muertes asociadas al VIH (b)	528	236	281	↑19.1
• Tasa de mortalidad relacionada al VIH por 100,000 hab.	5.3	2.3	2.7	↑18.1

Fuente: MISPAS. Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica. (a) casos notificados, (b)Mortalidad RENADEF, (p) datos preliminares

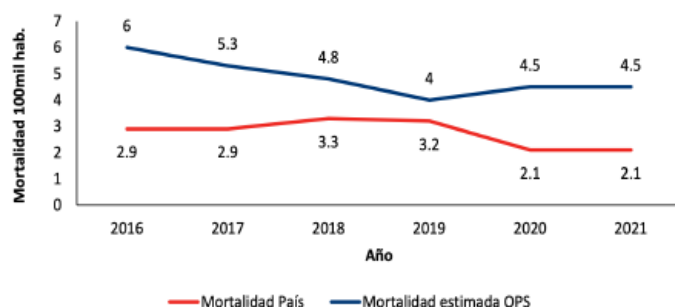
Gráfico 24. Incidencia de tuberculosis por 100 mil hab. Vs incidencia estimada OPS, República Dominicana. 2016-2021



Fuente: MISPAS. Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

La incidencia nacional de tuberculosis ha ido en disminución. Lo mismo acontece con los valores de mortalidad.

Gráfico 25. Mortalidad por tuberculosis por 100 mil hab. vs mortalidad estimada OPS, República Dominicana. 2016- 2021



Fuente: MISPAS. Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica.



Cuadro 10. Indicadores de casos de coinfección TB/VIH, República Dominicana, periodo 2015-2021*

INDICADORES	AÑOS						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Total de Casos TB por año	4,683	4,476	4,093	4,124	3,879	2,760	3,499
Porcentaje de casos TB con pruebas de VIH	83% (3877)	88% (3954)	86% (3530)	86% (3546)	92% (3556)	92% (2528)	94% (3297)
Porcentaje de coinfectados TB/VIH	24% (932)	24% (947)	25% (892)	26% (833)	25% (877)	25% (622)	26% (851)
Porcentaje de coinfectados TB/VIH en TARV	38% (353)	46% (435)	48% (426)	61% (506)	76% (666)	64% (399)	86% (730)
Porcentaje de casos en TPC	23% (213)	32% (302)	46% (410)	61% (507)	76% (508)	64% (398)	76% (649)
Número de PVVS ²¹ que aplican	864	1,725	3,194	3,999	4,533	4,418	5,396
Porcentaje de PVVS en TPI ²²	44% (379)	51% (887)	14% (442)	14% (542)	25% (1135)	57% (2499)	35% (1892)

Fuente: Sistema de Análisis Operacional y Epidemiológico (SIOE) de la División de Tuberculosis (DT), los Informes Operacionales de la División, base de datos de la Dirección de Estadísticas en Salud (DIES). 2021

1.3.2. Enfermedades vectoriales

Cuadro 11. Incidencia y letalidad de dengue y malaria, actualización Enero-septiembre. 2021.

Indicadores de Resultados de Salud	2015	Ene-Sep 2020	Ene-Sep 2021	Variación Porcentual
Número de casos de dengue	16,919	3,630	1,870	-48.5
Tasa de incidencia de dengue por 100,000 Hab.	169.5	47.21	23.47	-50
Tasa de letalidad por dengue (%)	0.6	0.9	0.9	0
Número de casos confirmados por malaria	631	720	216	-70
Tasa de incidencia de malaria por 100,000 Hab.	6.3	6.9	2.71	-0.71
Tasa de letalidad por malaria (%)	0.5	0	0.5	0

Fuente: MISPAS, boletín epidemiológico semanal, SE 39 2021 y 2020

Al 2022, con respecto al Dengue, se puede indicar que es un comportamiento regular, dado que cada 2 a 3 años se presenta un año epidémico, por tanto, para el año 2022, se observó un mayor número de casos, sin embargo, su incidencia fue muy inferior a los años epidémicos anteriores, registrándose para diciembre 2022, unos 8,340 casos con 42 fallecimientos, lo que arroja una letalidad de alrededor de 0.50, o sea un (1) fallecido por cada 200 casos. Sobre el comportamiento del Dengue se puede afirmar:

- Los fallecimientos por dengue son prevenibles, dado que en la República Dominicana están dadas las condiciones para que nadie muera de dengue si se cumplen las normas terapéuticas impuestas por el Ministerio de Salud.
- Sin embargo, no tuvimos acceso a la evaluación terapéutica de estos 42 fallecimientos, por lo que es materia pendiente evaluar la calidad de la atención a estos casos.

En Malaria, en el año 2022, se destacan los 316 casos confirmados de los cuales 217 (68.6%) están ratificados en la provincia próxima a la frontera con Haití, San Juan de la Maguana, y no se han reportado muertes por esta enfermedad, lo que evidencia un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Este brote de Malaria en territorios colindantes de la Nación vecina es uno de los resultados adversos de la crisis que afecta el vecino país de Haití.

²¹ Perfil de las personas que viven con VIH/sida (PVVS)

²² Terapia Preventiva a la Isoniacida (TPI)

1.4. GRUPOS VULNERABILIZADOS

Se denominan con esta caracterización a los segmentos de la población que son más susceptibles de sufrir daños, discriminación o desventajas debido a diversos factores tales como su edad, sexo, etnia, identidad de género y orientación sexual, situación socioeconómica, estatus migratorio, condición de discapacidad o de salud, entre otras. Estos grupos pueden enfrentarse a mayores riesgos, tener un acceso limitado a recursos u oportunidades de salud y requerir apoyo y protección específicos para garantizar sus derechos y bienestar, así como su participación igualitaria en la sociedad.

1.4.1. Población de la Diversidad sexual

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Embajada del Reino Unido, vía el proyecto “Ser LGBTI en el Caribe” del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Instituto de Investigación y Estudios de Género y Familia de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (IGEF-UASD), realizaron la Encuesta Nacional LGBTI 2020, con el acompañamiento del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), organizaciones de la sociedad civil LGBTI y demás agencias, fondos y programas del Sistema de las Naciones Unidas en la República Dominicana²³

En agosto del 2021 se publicaron los resultados de la encuesta. La población de estudio estuvo formada por personas LGBTI (Lesbiana, gay, bisexual, travesti, transgénero o trans e intersexual) que residen o han residido en el país por al menos un año durante los últimos 5 años, indistintamente de su estatus migratorio.

Respondieron el cuestionario completo en línea un total de 7,122 personas. Se entrevistaron, además, unas 700 personas para contemplar a los que, por su condición socioeconómica, de residencia, entre otras, tuvieran dificultades o imposibilidad de poder llenar la encuesta en línea. Es importante aclarar que debido a que el llenado de la encuesta fue voluntario la muestra del estudio no es probabilística, por lo cual no es posible extrapolar los resultados de la encuesta a toda la población LGBTI del país.

La mayoría de las personas que participaron en la encuesta fueron jóvenes menores de 30 años (73.2%). En este sentido, se observa que el grupo con mayor representación es el que se encuentra entre 22 y 29 años con un 38%, mientras que las personas entre 18 y 21 años representan el 35.2%, y las mayores de 30 años alcanzan un 26%. Entre las personas que llenaron la encuesta 8 de cada 10 (83.4%) se identificó como cisgénero, esto se refiere a personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer. Casi la mitad de las personas se identificaron como hombres (47.1%), mientras más de un tercio (36.4%) como mujeres.

Además, 6.6% se identificó como de otra identidad de género sin especificar, 5.4% como persona no binaria, 2.4% como hombre trans y 2.1% como mujer trans. Del total de personas que llenaron la encuesta el 42.6% se auto identifica como gay, casi tres veces más que las lesbianas (16.1).

Del 100% de personas que residen en el país, el mayor porcentaje (59.6%) vive en la región Metropolitana y en la región Norte (27.0%), en el Este y en el Sur, sólo un pequeño grupo de personas ubicaron su residencia en estas regiones (7.21% y 6.12%, respectivamente). El 39.8 % de las personas LGBTI que llenaron la encuesta dijo estar trabajando. Este porcentaje se distribuye en 30.6% que dijo tener empleo permanente, 3.8% empleo temporal, 2.8% que tiene empleo, pero está suspendido por la pandemia de la COVID-19 y 2.6% con empleo ocasional.

Adicionalmente, 25.1% sólo estudia, otro 16.1% dijo trabajar y estudiar, mientras el 13.1% dijo estar buscando empleo. Esto supone que las personas que llenaron la encuesta registran una menor tasa de ocupación que la población en general. En el año 2020 la tasa de ocupación de la República Dominicana era de 61.5%, de acuerdo con el reporte del Banco Central a partir de datos de la Encuesta Nacional Continua de Fuerza de Trabajo. El 42.1% de las personas LGBTI que llenaron la encuesta dijo haber sido víctima de alguna forma de discriminación o violencia durante los últimos doce meses. Las mujeres trans (74.7%) y los hombres trans (71.9%), fueron quienes más reportaron violencia o discriminación en el último año. La posibilidad de buscar ayuda médica ante cualquier problema de salud es una realidad para el 85% de quienes respondieron la encuesta. Sin embargo, la brecha de acceso (15%) se distribuye entre quienes resuelven sus necesidades de salud desde la automedicación (8.6%), quienes apelan a preparados naturales (5.5%) y quienes no reciben ningún cuidado profesional de salud (4.8%). Sin embargo, esa situación no es homogénea.

Las respuestas obtenidas evidencian que la brecha de acceso a servicios de salud oscila entre 31.3% y 11.1%, entre las diversas identidades. Quienes se identifican como gay han logrado el mayor acceso a servicios médicos (88.9%), seguidos de las lesbianas (86.0%). En referencia al acceso a servicios de salud, en las personas que llenaron la encuesta se observa una demanda reducida de estos servicios, en especial entre las personas trans y las cisgénero que se identifican como hombres. Las respuestas registradas globalmente se muestran en orden decreciente:

- Ocultar al personal de salud su identidad de género, orientación sexual o ser intersexual (20.5%).
- Dificultad para encontrar profesionales que respeten a la población LGBTI (9.1%).
- Curiosidad inapropiada (8.0%).
- Recibir un trato desigual por el personal médico (5.2%).
- Tener que cambiar de médico de cabecera y especialistas por reacción negativa (4.6 %).
- Necesidades específicas ignoradas (no tomadas en cuenta) (3.7%).
- Renunciar tratamiento por temor a la discriminación o reacciones intolerantes (3.6%).
- Dificultad para acceder a la atención sanitaria (3.3%).
- El personal de salud minimiza el padecimiento (3.0%).

²³ PNUD. Encuesta Nacional LGTBI. Santo Domingo, Agosto 2021.

Cuadro 12. Residencia de las personas LGBTI encuestadas. República Dominicana. 2021

REGIÓN DE RESIDENCIA	GRUPO DE EDAD							
	<=21		22-29		30		TOTAL	
	%	A*	%	A	%	A	%	A
Metropolitana	34.1	1358	39.9	1589	26.0	1035	100.0	3982
Norte	38.9	704	38.6	699	22.4	406	100.0	1809
Este	38.0	183	34.0	164	28.0	135	100.0	482
Sur	41.1	168	36.7	150	22.2	91	100.0	409
Otro país	20.9	92	33.0	145	46.1	203	100.0	440
Total	35.2	2505	38.6	2747	26.3	1870	100.0	7122

Fuente: PNUD. Encuesta Nacional LGTBI. Santo Domingo, Agosto 2021. *A: Valor absoluto.

Cuadro 13. Grupo de edad de las personas LGBTI encuestadas según identidad. República Dominicana. 2021

IDENTIDAD	GRUPO DE EDAD							
	<=21		22-29		30		TOTAL	
	%	A*	%	A	%	A	%	A
Lesbianas	28.5	399	38.1	44	33.4	363	100.0	1086
Gay	22.6	653	42.4	1228	35.0	1012	100.0	2893
Hombre Bisexual	42.7	308	36.1	260	21.2	153	100.0	721
Mujer Bisexual	58.3	927	33.2	546	10.5	173	100.0	1646
Hombre Trans	38.3	53	37.7	55	28.0	38	100.0	146
Mujer Trans	27.8	45	38.9	63	33.3	54	100.0	162
Queer	37.6	99	44.9	118	17.5	46	100.0	263
Otros	54.1	111	30.7	63	15.1	31	100.0	205
Total	35.2	2505	38.6	2747	26.3	1870	100.0	7122

Fuente: PNUD. Encuesta Nacional LGTBI. Santo Domingo, Agosto 2021. *A: Valor absoluto.

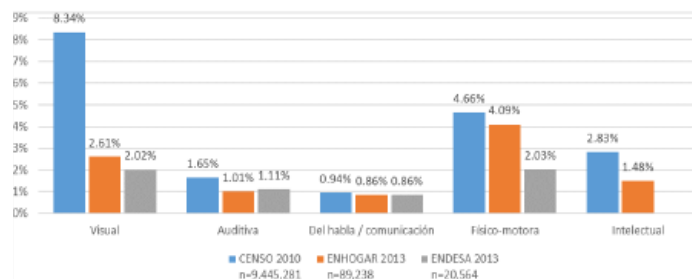
1.4.2. Personas con Discapacidad

Según el informe mundial²⁴ sobre discapacidad, el 15% de la población vive con algún tipo de inhabilidad. Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir discapacidad que los hombres, y las personas mayores más que las personas jóvenes. La población con discapacidad en la República Dominicana es un 7%, un total de 708,597 personas.

La población infantil de 0 a 9 años alcanza un poco más de 25 mil niños y niñas²⁵ con discapacidad. Asimismo, alrededor del 12.3% de la población sufre algún tipo de discapacidad para un total de 1,160,847. El 56.3% de las personas con discapacidad son mujeres y el 43.7% hombres de acuerdo con el censo del 2010. La representación social de las personas con discapacidad se deriva del discurso hegemónico que proviene del modelo médico-patológico y de medicalización, que ve a las personas con discapacidad como incompletas, alejadas de la norma.

24 OPS. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

25 Ángeles F, G. Informe de Discapacidad. 2015

Gráfico 26. prevalencia de diferentes tipos de discapacidad


Fuente: Censo 2010, Enhogar-2013, Endesa-2013.

Se presentan diferencias de prevalencia del tipo de discapacidad según fuente de la información. Sin embargo, en todos los casos, la discapacidad físico-motora y la visual son las más relevantes. El porcentaje de niños, niñas y jóvenes de 2 a 17 años que usan dispositivos de asistencia y tienen dificultad funcional dentro del dominio de asistencia indica:

- 4.9% usan anteojos y 4.6% tiene dificultades para ver cuando usan anteojos
- 0.4% usan prótesis auditivas y 10.6% tiene dificultades auditivas cuando usan prótesis
- 0.6% usan algún aparato o reciben ayuda para caminar y
- 14.6% con dificultades para caminar cuando usan algún aparato o reciben ayuda

Se evidencia la falta de estadísticas y datos, así como la ausencia de un sistema de información sobre tecnologías de apoyo, y organismos o comités gubernamentales que supervisen las actividades.

Algunos dispositivos de apoyo para la movilidad están cubiertos dentro de la seguridad social. Sin embargo, **muchas personas siguen dependiendo de donaciones tanto para acceder a estos**, como para acceder a los que no están cubiertos por la seguridad social.

Por otra parte, la mayoría de las personas prestadoras de servicios están ubicadas en Santo Domingo, lo que limita el acceso para las personas que viven en otros territorios. Según la información, las 10 provincias con mayor proporción de personas de más de 5 años con discapacidad son:

- Duarte (14.2%)
- María Trinidad Sánchez (13.5%)
- Monte Cristi (10.6%)
- Samaná (10.3%)
- Barahona (10%)
- Hermanas Mirabal (9.9%)
- Peravia (9.6%)
- La Vega (9.5%)
- La Romana (9%)
- San Juan (8.7%)

1.4.3. Datos claves sobre personas adultas mayores

Los datos precedentes son clave para subrayar que:

- En el marco de las tendencias de disminución sostenida de la tasa global de fecundidad (TGF), extensión de la esperanza de vida y edades específicas (esperanza de vida a 60 y 65 años), el envejecimiento continuará avanzando, lo que se traduce en un aumento progresivo de la proporción de personas adultas mayores, con los consiguientes desafíos para las políticas públicas y los proyectos de esta Estrategia Salud 2030²⁶.
- Las principales causas de mortalidad de las personas adultas mayores son las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes de tránsito y diabetes.
- Las causas de morbilidad más prevalentes en la subpoblación de 65 años y más, son las ENT, principalmente la hipertensión y las coronariopatías.
- Entre las enfermedades transmisibles más prevalentes en las personas de 60 años y más, están las infecciones respiratorias de las vías bajas y la tuberculosis.
- Los factores de riesgo más relevantes para el grupo de personas adultas mayores son la baja actividad física, masa corporal de 60.9% y más, tabaquismo y alcoholismo.
- El 42% de la población dominicana con discapacidad son personas de 65 años y más. La causa de la discapacidad predominante es haber tenido una enfermedad.
- El grupo de personas de 65 años y más, en cuanto a crisis de ansiedad, se encuentra por debajo de otros grupos, sin embargo, a lo interior del grupo, las mujeres demandan doble de atención por crisis de ansiedad que los hombres.
- Las personas adultas mayores ocupan la segunda posición en magnitud de las tasas con relación a la demanda de atención en los establecimientos de salud por depresión. Las mujeres demandan doble de atención por esta causa.
- La demanda de atención por intento suicida es baja con relación a los demás grupos etarios, sin embargo, los hombres adultos mayores demandan atención por intento suicida casi el doble de veces que lo hacen las mujeres del mismo grupo
- Las personas adultas mayores que sufren violencia o maltrato lo reciben principalmente de los hijos, pareja o expareja, nietos y otros familiares.
- Con relación a la demanda de los servicios de salud, la mayoría asisten a hospitales públicos; en segundo lugar, a clínicas o establecimientos privados; y tercero a las Unidades del primer nivel de Atención (CPN).
- El sector público dispone de pocos geriatras, siendo de 1/5,000 adultos mayores.
- La oferta de servicios de salud (geriatras, enfermeras especializadas en geriatría), servicios recreativos, ocupacionales y de infraestructuras adecuadas para las personas adultas mayores no está estandarizada en el país.

- Existe un limitado acceso a centros de acogida para mujeres agredidas.
- Entre las limitaciones encontradas están: escasa información sobre salud bucal, salud visual y sobre las demencias en personas adultas mayores.

1.5. SITUACIÓN DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

1.5.1 Aspectos institucionales y metodológicos

En correspondencia con la Ley General de salud, Título II “De la Prevención y control de enfermedades y accidentes”, en su artículo 60, se establece que la prevención es el conjunto de actividades específicas dirigidas a evitar que se produzca la enfermedad o evento epidemiológico.

La prevención es un componente de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral a las personas. Ésta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona, la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud.

Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo. Asimismo, rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

La prevención de enfermedades permite, según nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que considera que la población está expuesta a factores de riesgo, que en algunos casos pueden estar asociados a diferentes conductas de riesgo de las personas. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

26 CONAPE. Plan Estratégico Institucional 2021-2024. Consejo Nacional de Personas Envejecientes. CONAPE. 2021

1.5.2. Promoción de la Salud

Situación actual

En el Ministerio de Salud, el Viceministerio de Salud Colectiva, es el principal responsable de las acciones de prevención y promoción de la salud. Este organismo cuenta con las siguientes Direcciones:

- Dirección de Apoyo a la Promoción y Educación para la salud (DAPES).
- Dirección de Inmunoprevenibles por Vacunas.
- Dirección de Epidemiología.
- Dirección de Análisis Situacional de salud, Monitoreo y valuación.
- Dirección de Gestión de Riesgos.
- Dirección de Salud de la Población.
- Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo.
- Laboratorio Nacional de Referencia.

Desde la DAPES se gestan cuatro productos relacionados a la inclusión social:

- Propuesta de planificación estratégica para la participación social en la promoción y educación en salud.
- Intervenciones de promoción y educación por problemas prioritarios mediante la campaña “Por tu salud, por tu vida. Para cada edad, una respuesta”.
- Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables (EMCS).
- Plan Piloto de intervención vía “Circuitos por la Salud” en tres municipios, en el marco de la Estrategia Municipios y Comunidades Saludables.

Durante el año 2022, DAPES gestó la Estrategia para un Programa en Gestión Social en Salud Pública, con el objetivo de empoderar el liderazgo local de las políticas del Ministerio de Salud Pública.

Hasta el momento, se han realizado numerosas actividades con la finalidad de realizar un diagnóstico, capacitar a los y las dirigentes comunitarios, y constituir comisiones para que a través del liderazgo local se pueda dar seguimiento a los temas consensuados.

Las actividades se han desarrollado en la Región Ozama, en las Áreas de Salud I, III y IV, impactando también en las otras Áreas del Gran Santo Domingo. Este proceso ha sido socializado con el Staff de las Áreas involucradas, visitando las comunidades seleccionadas y realizando diagnósticos locales.

Un total de 380 organizaciones sociales como, juntas de vecinos, asociaciones de amas de casa, centros comunitarios, iglesias, empresariado, junto a instancias de salud pública, alcaldías, distritos educativos, policía nacional y la Liga Municipal Dominicana, entre otras, han participado en las diversas actividades.

De esta manera se cumple con el Decreto No. 59-05 que establece el Reglamento sobre Promoción en Salud, que indica que la Promoción de la Salud descansa en la participación efectiva de la comunidad en determinación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y aplicación de estrategias de planificación para lograr la salud.

Se destaca la campaña “**Por tu salud, por tu vida. Para cada edad, una respuesta**”, dirigida principalmente a las personas adolescentes de 10 a 19 años con el objetivo de concienciarles sobre la importancia de conocer los procesos de salud integral propios de su edad y orientarles sobre dónde obtener atención sanitaria de calidad que den respuestas a sus preguntas.

También, busca promover la participación de las personas adolescentes, las familias, el entorno educativo y las organizaciones de base comunitarias en las acciones de promoción, educación y prevención de la salud que desarrollan los Centros de Primer Nivel de Atención.

En la actualidad, se está implementado en la provincia Azua y en el Municipio Santo Domingo Este, Áreas I y II de Salud. Está previsto que se extienda a Santiago, Área III. Mediante charlas en centros educativos se ha impactado a más de 500 personas adolescentes, así como a decenas de personal docente, madres y padres.

Se han distribuido miles de folletos, camisetas, gorras, y colocado afiches y banderolas. Actualmente se están colocando carteles con mensajes fuerza y está previsto instalar vallas y la producción de 4 spots que se emitirán por redes sociales. Se están formando grupos de multiplicadores/as en los centros educativos con el objetivo de que sean quienes mantengan activa la campaña y la extiendan dentro de sus centros. Esta campaña cuenta con el apoyo de la OPS/OMS y UNFPA.

Es importante que este proceso sea parte integral de un **proyecto para robustecer el primer nivel de atención** y que guarde coherencia con el programa Rutas de la Salud “Cambia tu estilo de vida”.

1.5.3. Estrategia de municipios y comunidades saludables (EMCS)

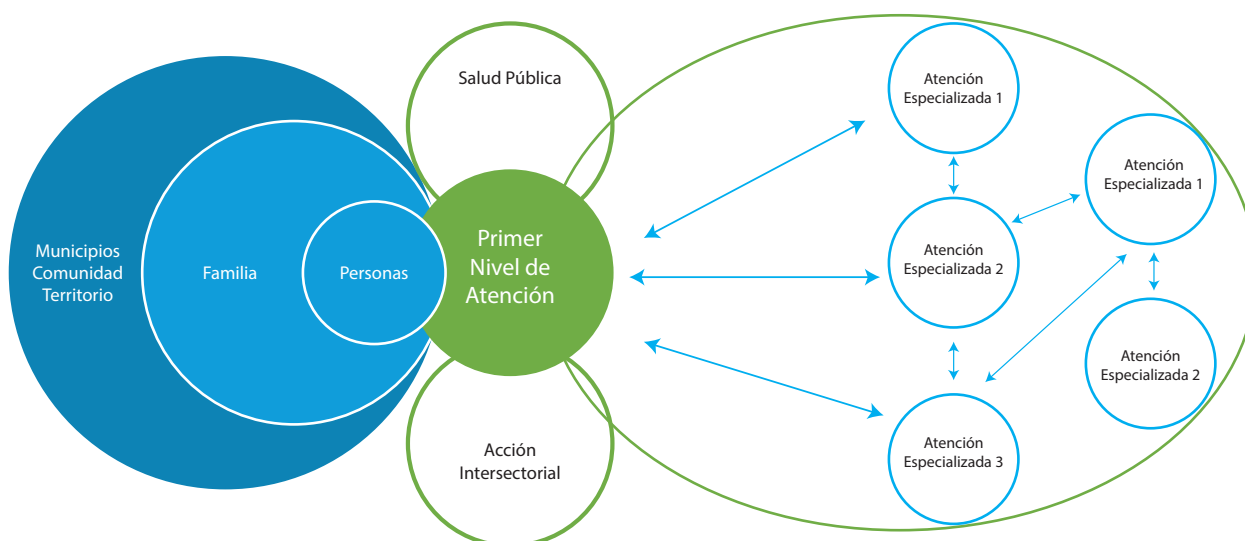
La Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables (EMCS) constituye un proceso de ejercicio de ciudadanía, a través del cual, los derechos de las personas que viven en una comunidad son reconocidos como tales por quienes son las personas responsables de la ejecución articulada y focalizada de las políticas públicas. Desde la implementación de la estrategia en el año 2019 se ha avanzado en lo siguiente:

- Convenio de Gestión interinstitucional con el Ministerio de Salud, Liga Municipal Dominicana y la Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU);
- Donación de recolectores de residuos sólidos y capacitación de personal en el manejo de los residuos sólidos;
- Conformación de mesas de salud en 13 municipios del país;
- Alianzas estratégicas con distintas entidades públicas y privadas;
- Elaboración del Reglamento de Funcionamiento de las Comisiones de Veeduría Ciudadana;
- Elaboración del documento “Guía Operativización de Estrategia”;
- Selección de tres municipios para implementar estrategia en primer trimestre 2023; y
- Más de 279 organizaciones han participado en los talleres sobre la EMCS.

1.6. COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El artículo 98 de la Ley 42-01, establece que toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad, en base a normas y criterios previamente establecidos y bajo supervisión.

Esquema 4. Redes integradas de servicios de salud, principales elementos



Fuente: 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

Para tales fines, la ley dispone los siguientes actores estratégicos clave:

- Ministerio de Salud Pública, como ente rector, autoridad sanitaria, conductor y garante de la salud colectiva;
- Las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud (DPS), encargadas de la ejecución, evaluación y control;
- Las ARS, para garantizar la gestión del riesgo de salud y la prestación de servicios, incluyendo el primer nivel;
- Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), como responsable de la protección del aseguramiento en salud y riesgos laborales.
- Las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) individual y colectiva, encargadas de brindar servicios adecuados y conformes a los mejores estándares de calidad. Asimismo, apoyar la vigilancia epidemiológica; y
- Ciudadanos y ciudadanas, familias y comunidades para ejercer sus derechos y cumplir sus deberes.

Por defecto, cada ciudadano/ciudadana se adscribirá automáticamente a la UNAP más cercana a su domicilio, en una ficha de salud familiar (FSF) y desde ese punto de gestión y atención se le prestarán los servicios (individuales y colectivos), de nivel primario y complementarios de referencia.

Al mismo tiempo, se espera que en función de la Unidad de Atención Primaria a la que esté adscrito el ciudadano/ciudadana y su familia, se determine la red complementaria o especializada, ya que ésta define el ámbito referencial del Primer Nivel de Atención.

El nivel complementario tiene el universo poblacional derivado del sumatorio de la población de cobertura de las diferentes UNAP que lo tienen como referencia, construyendo una estructura de referencia poblacional tipo piramidal.

En base a lo anterior, queda en evidencia la necesidad de evaluar la cartera de servicios determinada para el primer nivel de atención, así como lograr habilitación de todos los centros de primer nivel de atención y las correspondientes UNAP. Importante también es promover la creación de centros de primer nivel privados que colaboren con la reducción de la demanda en el 2do y 3er nivel.

Los dispositivos asistenciales no hacen diferencia a la hora de prestar servicios entre los diferentes regímenes aseguradores de los ciudadanos y sus familias.

El único elemento diferencial entre ellos será la capacidad de elección del régimen contributivo, y que la prestación de servicios del régimen subsidiado o contributivo-subsidiado se realizará mayoritariamente desde establecimientos de titularidad pública.

Los dispositivos asistenciales orientan sus servicios a poblaciones específicas, dentro de sus territorios, sobre la base de acuerdos y contratos en que se definen los compromisos asistenciales con las entidades financiadoras.

Desde la perspectiva del ámbito de aseguramiento individual las poblaciones de cobertura y los servicios a prestar se diferencian de las especificadas en la tabla.

Estas excepciones hacen necesaria la existencia de un registro de personas aseguradas a nivel nacional que vincule a cada ciudadano/a con un ámbito de Atención Primaria habilitado para las acciones individuales y para las colectivas, pudiendo este último ser diferente.

Asimismo, se debe establecer el circuito adecuado de altas y bajas en cada UNAP, vinculado con el registro de personas aseguradas a nivel nacional, que permita actualizar adecuadamente estas situaciones por el motivo que sea (libre elección, muerte, cambio de domicilio, entre otros).

Debe disponerse también de un mecanismo de financiación diferenciado de la prestación de servicios individuales que se ubicará en la UNAP seleccionada, y para la prestación de servicios colectivos, que se ubicará siempre en los dispositivos de referencia territorial.

1.6.1. Situación Nacional

La República Dominicana tiene un total de 9,302 centros de salud públicos y privados, de esos, 3,556 tienen la licencia vencida, 4,256 han sido habilitados y 1,490 están en proceso de habilitación. Según la base de datos de la Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA) del MISPAS, hay 370 clínicas y hospitales de 2do y 3er nivel habilitados. De esos, 161 son de tercer nivel y 209 de segundo nivel.

La habilitación es un requisito de ley que requiere el ente rector para permitir que un centro de salud pueda prestar servicios y también el Sistema Dominicano de Seguridad Social para que los centros puedan ser afiliados a la red de prestadores de servicios de salud de las ARS. Los centros de salud deben cumplir requisitos para poder brindar servicios pues es garantía de seguridad del paciente, seguridad laboral y un indicador de calidad.

A continuación, se presenta la distribución por provincias de los centros habilitados de 2do y 3er nivel y la población que le correspondería a cada centro:

Hay que notar que en la mayoría de las provincias (24 de ellas) el número de centros de 2do nivel habilitados es menor que el número de centros de 3er nivel habilitados. Esto expresa una debilidad en el modelo de atención, es decir, no funciona como se concibió.

Cabe destacar que, en 11 provincias, la población correspondiente por centro de 2do nivel supera los 100,000 habitantes y en dos se acerca a los 200,000 habitantes. Mientras que en 3 provincias se supera los 100,000 habitantes por centro de 3er nivel, resaltando que en Peravia son 198,000 habitantes por centro.

Se subraya que los centros públicos habilitados de 2do y 3er nivel son menores que los habilitados del sector privado. Excepto en provincias como Distrito Nacional, Santiago y Santo Domingo. Los centros de primer nivel habilitados del sector privado son 160 en todo el territorio nacional. Los centros diagnósticos públicos y privados habilitados son 1,118, algunos están incluidos en establecimientos de primer, segundo o tercer nivel, otros son independientes. Los laboratorios clínicos habilitados son 243, según los registros de la DGHA.

Los centros odontológicos habilitados totales públicos y privados son 599 y los centros de diálisis 24, siendo solo 3 del sector público. De los 24, 8 se encuentran en la provincia de Santiago y 9 en Santo Domingo y Distrito Nacional.

Cuadro 14. Centros de Salud de 2do y 3er nivel habilitados por provincia y su relación por población

PROVINCIA	Población 2021 (Estimación ONE)	Tercer Nivel	Segundo nivel	Población por Centro Segundo Nivel	Población por centro Tercer Nivel
Azua	222,610	2	4	111,305	55,653
Bahoruco	101,306		4		25,327
Barahona	189,100	1	8	189,100	23,638
Dajabón	66,675		4		16,669
Distrito Nacional	1,049,567	59	25	17,789	41,983
Duarte	299,583	6	7	49,931	42,798
El seibo	94,049		2		47,025
Elías Piña	63,303		2		31,652
Españat	240,428	4	4	60,107	60,107
Hato Mayor	85,747		4		21,437
Hermanas Mirabal	92,045	1	5	92,045	18,409
Independencia	58,951		3		19,650
La Altagracia	360,874	7	5	51,553	72,175
La Romana	274,894	5	5	54,979	54,979
La Vega	412,469	4	4	103,117	103,117
María Trinidad Sánchez	140,954	1	7	140,954	20,136
Monseñor Nouel	174,959	6	5	29,160	34,992
Monte Cristi	117,736	1	6	117,736	19,623
Monte Plata	191,447	1	3	191,447	63,816
Pedernales	35,280		1		35,280
Peravia	198,499	2	1	99,250	198,499
Puerto Plata	333,940	6	8	55,657	41,743
Samaná	113,036	1	6	113,036	18,839
San Cristóbal	643,595	5	8	128,719	80,449
San José De Ocoa	53,833		2		26,917
San Juan	220,264	3	6	73,421	36,711
San Pedro De Macorís	306,002	2	10	153,001	30,600
Sanche Ramírez	151,888	1	5	151,888	30,378
Santiago	1,052,088	18	28	58,449	37,575
Santiago Rodríguez	57,209		3		19,070
Santo Domingo	2,955,339	22	19	134,334	155,544
Valverde	177,865	3	4	59,288	44,466
TOTAL	10,535,535	161	208	65,438	50,652

No Existencia

Fuente: DGHA y SISDOM, Proyección ONE 2014 para población 2021 y DGHA del MISPAS



Otros datos claves son:

- Los centros de Medicina Física y Rehabilitación habilitados, públicos y privados, por provincias son 103.
- Los bancos de sangre habilitados públicos y privados son 24, siendo 21 del sector privado y 3 del sector público ubicados en solo 9 provincias.
- En el año 2022 fueron cerrados 490 centros de salud que violaban la ley.
- Asimismo, la DGHA del MISPAS otorgó 558 certificaciones de No objeción a Planos, ofreció 104 asesorías presenciales, inspeccionó 1,285 establecimientos de salud, y habilitó 1,530.
- En el año 2021 se obtuvo un 72% en la encuesta de satisfacción de personas usuarias; y, en el año 2022 un 92.6% en clínicas, hospitales y laboratorios.

1.6.2. Servicio Nacional de Salud

El Servicio Nacional de Salud (SNS), creado el 16 de julio del año 2015, mediante la Ley 123-15, es una entidad pública, provista de personalidad jurídica, con autonomía administrativa, financiera y técnica, y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud Pública. 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 y ciudadanas con derecho a la salud. Estos niveles son:

Cuadro 15. Centros de Hemodiálisis habilitados (públicos y privados) por provincia

Provincia	Privado	Público	Total
Distrito Nacional	3	1	4
Primer	2		2
Tercer	1	1	2
Duarte		1	1
Tercer		1	1
Españolat	1		1
Tercer	1		1
La Romana	1		1
Primer	1		1
La Vega	2		2
Tercer	2		2
Monseñor Nouel	1		1
Tercer	1		1
San Pedro de Macorís	1		1
Primer	1		1
Santiago	8		8
Primer	1		1
Tercer	7		7
Santo Domingo	4	1	5
Tercer	4	1	5
Total general	21	3	24

Fuente: DGHA, MISPAS.

- Nivel Central, que tiene función de gestión de los servicios regionales de salud.
- 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.
- Nivel Operativo, que tiene función de provisión de servicios de salud a la población.

El Decreto 635-03 que Aprueba el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud, dispone en su artículo 43, que “los servicios de atención a las personas se organizan en dos niveles que aseguran su acceso equitativo al sistema”, que son:

- Un Nivel de Atención Primaria y Ambulatoria, centrado en el fomento de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia epidemiológica y seguimiento a pacientes especiales que cubran emergencias y atención domiciliaria.

- Un Nivel de Atención Especializada de hospitalización general y compleja, dotado de los recursos humanos y tecnológicos para atender la demanda de pacientes que requieran internamiento y cirugía.

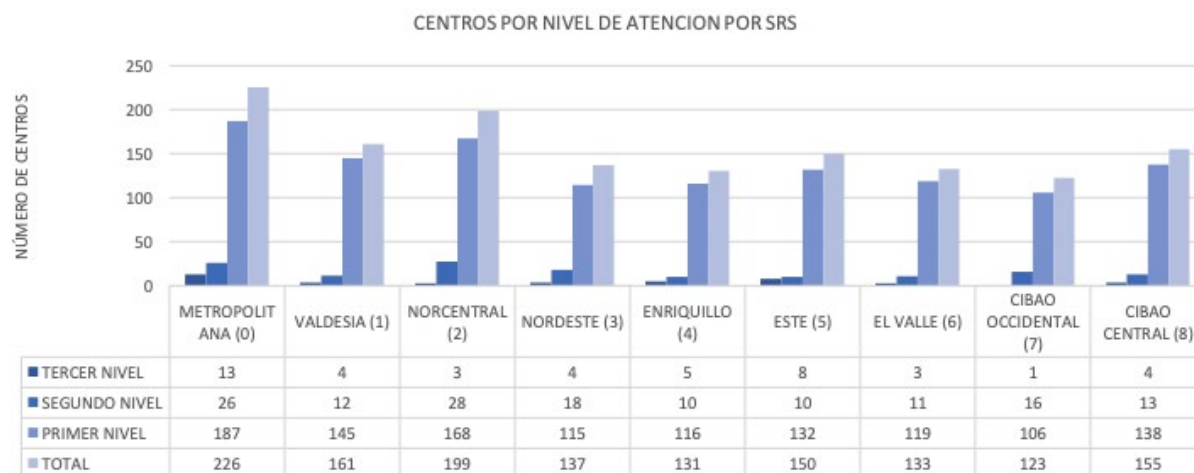
Además, en su artículo 50, el decreto establece que los SRS deben estar conformados al menos por un Hospital Regional de Referencia, que cubra toda la contingencia incluida en el PBS y que se corresponda con la atención de internamiento para situaciones sanitarias complejas. También de un Nivel Especializado Básico, que garantice la prestación de la atención sanitaria de menor complejidad, con o sin internamiento. Finalmente, las estructuras de nivel primario, que garanticen atención sin internamiento y se relacionen con la prestación de servicios de atención primaria del PBS.

Cuadro 16. Distribución de centros del SNS por nivel de atención. Regiones de salud. 2023

Servicios Regionales de Salud	Tercer Nivel	Segundo Nivel	Primer Nivel	Total
Región 0- Metropolitana	13	26	187	226
Región 1- Valdesia	4	12	145	161
Región 2- Norcentral	3	28	168	199
Región 3- Nordeste	4	18	115	137
Región 4- Enriquillo	5	10	116	131
Región 5- Este	8	10	132	150
Región 6- El Valle	3	11	119	133
Región 7- Cibao Occidental	1	16	106	123
Región 8- Cibao Central	4	13	138	155
TOTAL	45	144	1,226 ²⁷	1,415

Fuente: Base de Datos de Centros del SNS. 2023

Gráfico 27. Prevalencia de diferentes tipos de discapacidad según fuentes. República Dominicana. Años 2010-2013.



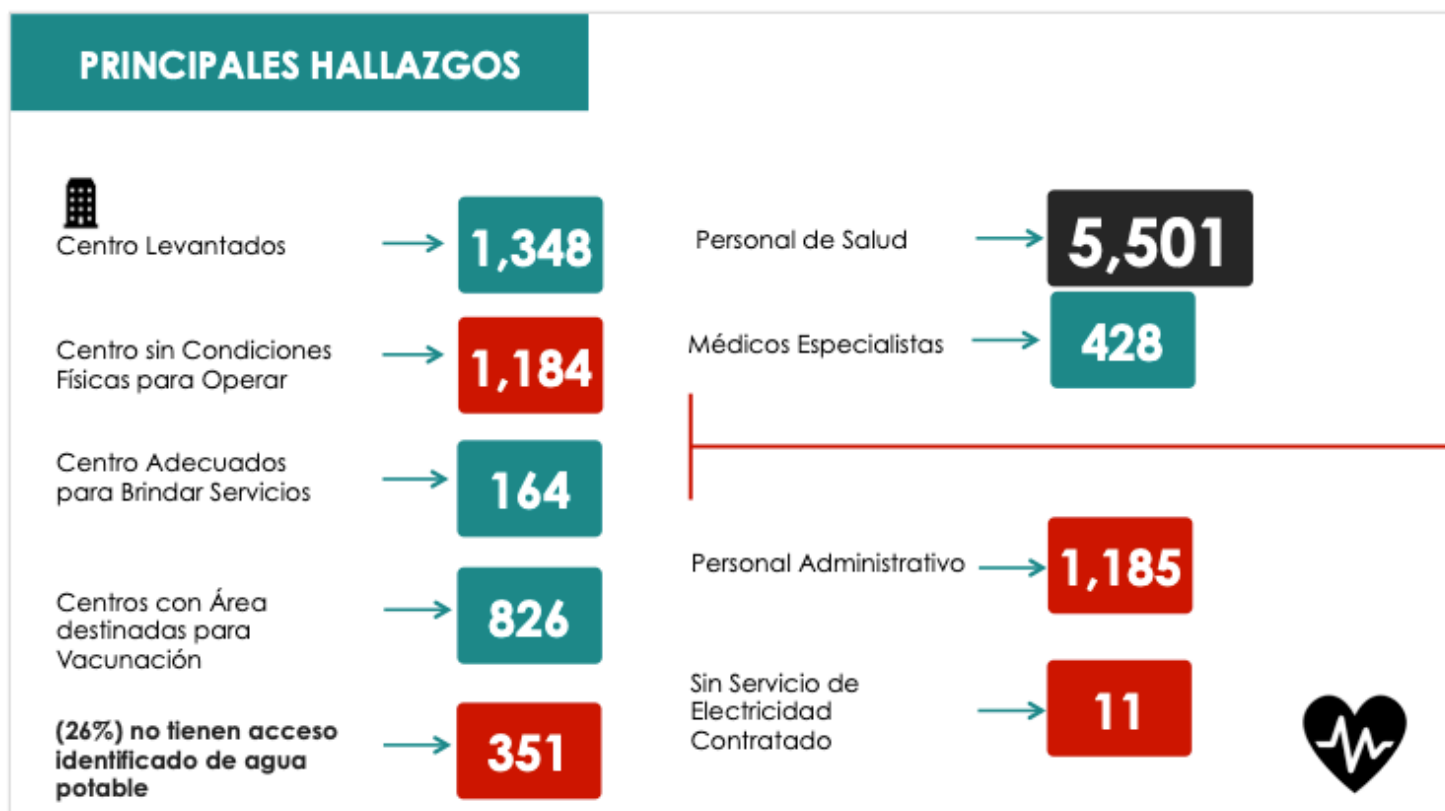
Fuente: Base de Datos de Centros del SNS. 2023

En 2001, cuando se promulga la Ley General de Salud No. 42-01, se introduce en el país la Atención Primaria de la Salud (APS) como eje fundamental del sistema, que “regula las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población”. Para estos fines, se instituye al MISPAS como ente rector del SNS y se le confiere la responsabilidad de desarrollar y adecuar el sistema con los criterios de equidad, solidaridad, universalidad, integridad, eficiencia y eficacia, que son elementos esenciales en un sistema basado en APS.

Dentro del SNS, las UNAP son el aparato funcional básico y puerta de entrada al Primer Nivel de Atención. La responsabilidad que se le acredita es de vigilar y atender de forma integral el ambiente y la salud de las personas que conviven en un mismo espacio geográfico-poblacional, afiliadas al Régimen Subsidiado de acuerdo con la Ley No. 87-01 que crea el SDSS. En 2007 el MISPAS inició la instalación de las UNAP en el país.

²⁷ Ministerio de Salud. Levantamiento estatus operativo centros del primer nivel de atención, indica que son 1,348 centros de primer nivel. 2022

Cuadro 17. Recolección Levantamiento de Información de centros de primer nivel de atención.2022



Fuente: Ministerio de Salud. Levantamiento estatus operativo centros del primer nivel de atención, indica que son 1,348 centros de primer nivel.2022

Cuadro 18. Prestación de servicios por región. 2022

Validado	Total consulta externa	Total emergencias	Total laboratorio	Total Imágenes	Total hospitalización	Total proc quirurgicos	Total de partos	Total nacidos vivos
Validado	5,204,804	3,692,909	18,169,330	2,536,897	367,464	269,285	91,737	91,249
REGION 0	1,926,688	1,029,592	7,514,578	1,183,392	133,746	105,377	35,979	35,843
REGION 1	454,644	463,058	1,346,954	165,456	33,381	16,358	7,608	7,545
REGION 2	1,050,423	463,192	3,351,578	435,749	50,383	48,273	10,647	10,538
REGION 3	273,402	337,541	843,391	142,576	17,126	15,031	4,431	4,384
REGION 4	153,441	255,820	714,345	64,317	15,804	13,730	5,994	5,931
REGION 5	484,210	429,307	1,084,214	179,731	56,572	15,327	10,724	10,708
REGION 6	235,077	266,404	763,149	72,354	18,972	23,727	6,320	6,296
REGION 7	165,244	209,414	672,965	63,166	15,535	11,036	4,648	4,623
REGION 8	461,675	238,581	1,878,156	230,156	25,945	20,426	5,386	5,381
No validado	0	0	16	9,452	0	0	0	0
REGION 0	0	0	16	9,452	0	0	0	0
Total	5,204,804	3,692,909	18,169,346	2,546,349	367,464	269,285	91,737	91,249

Fuente: <https://repositorio.sns.gob.do/tableros-dinamicos/produccion-de-servicios>

1.6.3. Primer nivel de atención

Para el primer nivel de atención se han definido las poblaciones y territorios a cargo, pero, aún existen deficiencias para integrar de manera efectiva los servicios de salud, toda vez que los logros alcanzados se relacionan, sobre todo, con los macroprocesos²⁸.

Las UNAP tienen en su territorio una población de referencia de unos 2,500 habitantes como máximo. A su vez, las UNAP se agrupan en una zona de salud de la red pública que articula las unidades dentro de un territorio determinado, preferiblemente no mayor de 25,000 habitantes y no menor de 5,000, ajustables por demarcación municipal.

²⁸ Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. Estimación preliminar del costo de implementar el primer nivel de atención en el régimen subsidiado y recomendaciones para su financiación. Fundación Plenitud, UNICEF. República Dominicana, 2021.

Las zonas de salud se dotan con personal especializado en las áreas clínicas, de trabajo social y administrativas, entre otras, cuyo número corresponde a la cobertura poblacional, a la composición, estructura, nivel socioeconómico y dispersión de los núcleos familiares, al estado de salud de la población y las necesidades de servicios.

Las UNAP tienen como sede a los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA), que son establecimientos con influencia territorial y que pueden contener una o más Unidades de Atención Primaria.

Cuadro 19. Sectorización y unidades de atención primaria (UNAP) según servicios regionales de salud (SRS), República Dominicana, 2017.

Servicios Regionales de Salud	Sectores de Salud	Unidades de Atención Primaria (UNAP)	Cobertura (%)
Metropolitano	1,421	479	33.7%
Valdesia	382	168	44.0%
Norcentral	665	274	41.2%
Nordeste	313	198	63.3%
Enriquillo	168	146	86.9%
Este	466	190	40.8%
El Valle	213	142	66.7%
Cibao Occidental	203	136	67.0%
Cibao Central	354	179	50.6%
Total	4,185	1,912	45.7%

Fuente: Sectorización y Zonificación, SNS-APS enero-diciembre, 2017.

El sector urbano logró un 37% de la cobertura esperada de UNAP, el urbano- rural un 56% y el rural un 66%. La mayor concentración (51%) de Unidades de Atención Primaria se contabiliza en la zona urbana, un 36% en la zona rural y el restante 13% con ubicación urbano-rural, según un estudio realizado por la Fundación Plenitud y UNICEF.

En el nivel subnacional hay retrasos importantes en la identificación de las poblaciones de referencia en cada Región de Salud y en las unidades básicas asistenciales. Solo el 54 % de las Unidades de Atención Primaria disponen de datos de familia, viviendas y de la población dentro del territorio.

Las Regiones de, El Valle, Cibao Occidental y Norcentral concentraron los mayores porcentajes de éxito, con 97%, 82% y 79%, respectivamente. Un 16 % de las UNAP no dispone de estos datos, mientras que los Servicios Regionales de Salud Metropolitano, Nordeste y Valdesia son los que mayor deficiencia presentan, con un 33%, 28% y 17%.

Alrededor del 34% de las UNAP tiene elaborado un plan para identificar la población con barreras de acceso, y solo un 23% ha identificado las barreras geográficas.

Según el estudio de la Fundación Plenitud y UNICEF de octubre del año 2021, no hay un sistema georreferenciado del primer nivel de atención. Alrededor del 96% de las UNAP tiene definido sus límites y **un 88% cuenta con un mapa o croquis no digitales** del área de influencia²⁹. Sin embargo, su confiabilidad al momento del análisis de riesgos y de la morbilidad es baja, con poca utilidad como instrumento de gestión y control.

Además, se requiere no solo la adecuación y equipamiento de muchas de las UNAP existentes para poder garantizar su habilitación, es decir, alcanzar los estándares estructurales, de equipamiento, de personal y de normas necesarios para brindar un servicio de calidad. Sino que, también se necesita la construcción de nuevas UNAP para cerrar la brecha actual y prever la brecha que se generaría si se considera el crecimiento poblacional esperado del 9.6% para el 2030.

29 ADESA. Atención Primaria en Salud, Situación y Retos de la Republica Dominicana. 2019

Los aspectos concernientes a recursos humanos para la salud (RHS) y la tecnología serán abordados en la dimensión correspondiente. En síntesis:

- Centros de Primer Nivel operan con un personal mínimo. No cuentan con suficiente personal administrativo, y existe un bajo cumplimiento de los horarios de Labores;
- Los centros no tienen estructuras estandarizadas;
- Carecen de equipos e insumos suficientes para brindar atención de calidad;
- Distribución de personal con oportunidades de mejora;
- De 1,348 centros públicos solo 328 están habilitados y 15 tienen habilitación vigente;
- Para el año 2019 la asignación prevista para los centros de primer nivel asciende a unos RD\$ 3,793.3 millones, que corresponde a un 9.2% del presupuesto previsto para el SNS y un 4.6% del presupuesto total del MISPAS;
- Menos de 5 de cada 100 pesos invertidos en salud son dedicados al primer nivel de atención³⁰;
- Escasa capacidad resolutoria que no responde a los perfiles de salud del país luego de la transición demográfica y epidemiológica³¹;
- El país enfrenta el reto de enfocar la estrategia de APS hacia las grandes zonas urbanas, donde se concentra la mayor parte de la población; y
- La cobertura promedio nacional es del 45.7%³².

Desafíos:

- Promover la APS como idea fuerza y puente que une la línea divisoria entre lo individual y lo colectivo;
- Generar un compromiso con la población, independientemente del régimen de aseguramiento y de las instituciones públicas y privadas;
- Trabajar en aspectos como recursos humanos, gestión, redes y servicios, financiamiento y calidad;
- Reforma y reestructuración del Grupo Promoción y Prevención del Catálogo de Coberturas del Plan Básicos (actual PDSS) del Seguro Familiar de Salud (SFS), proponiéndose modificar su denominación por “Atención Primaria, Promoción y Prevención” y su reorganización en tres Subgrupos.

1.6.4. Segundo nivel de atención

ADESA, la Alianza por el Derecho a la Salud, publicó en el año 2022, un estudio sobre la situación y retos del II Nivel de Atención en Salud en la República Dominicana³³. Los hallazgos de esta investigación son el resultado de entrevistas estructuradas a 50 directores y directoras de hospitales y de una encuesta aplicada a 1,229 usuarias y usuarios de estos centros de salud. Además, fueron entrevistados 69 líderes locales a través de seis grupos focales realizados en igual número de regiones de salud.

La cantidad y la calidad de los servicios que oferta el segundo nivel de atención se ven afectadas por múltiples factores, entre los que están un pronunciado déficit de especialistas en áreas vitales (aspecto abordado en la dimensión de RHS).

Los hospitales municipales tienen una capacidad promedio de hospitalización de 29 camas; de éstas el promedio de ocupación es 58.0%. Atienden por día un promedio de 212 personas. Esto significa que los centros están subutilizados lo que cuestiona la idea de que la red hospitalaria pública es insuficiente, aunque se reconoce que muchos hospitales requieren reparación y reacondicionamiento.

En otro orden, **el 92% de los hospitales municipales carecen de ambulancia**, situación que pone en permanente peligro a pacientes en estado de emergencia, que necesitan traslado a centros del tercer nivel.

Igualmente, las entrevistas a personal directivo y pacientes coinciden con informaciones obtenidas en grupos focales en lo referente a las necesidades de los centros de salud. Las principales demandas son mayor presupuesto, más equipos, especialmente de laboratorio, más médicos especialistas y enfermeras graduadas, asignación de ambulancia y humanización de los servicios.

La crisis financiera requiere de especial atención, dado que, el 92.0% de las personas participantes entiende que esa es la prioridad número uno en los hospitales. La segunda prioridad, mencionada por el 80% de los directores y directoras, es la necesidad de equipos y otros insumos. El 78.0% prioriza el suministro de medicamentos, el 62.0% estima que urge elaborar y aplicar políticas de incentivos a las buenas prácticas de la empleomanía y el 60.0% propugna por fortalecer y crear vínculos de cooperación entre los hospitales y las organizaciones sociales.

El estudio evidencia que el perfil de las personas que procuran servicios en los hospitales públicos municipales tiene dos características esenciales: pobreza y género femenino. El 73.0% de quienes usan los servicios de estos centros son mujeres. Acuden a los hospitales públicos por extrema necesidad, según se desprende de la encuesta de usuarios y usuarias.

³³ ADESA. Situación y retos del II Nivel de Atención en Salud. República Dominicana. 2022.

³⁰ ADESA. Atención Primaria en Salud, Situación y Retos de la Republica Dominicana. 2019.

³¹ ADESA. Atención Primaria en Salud, Situación y Retos de la Republica Dominicana. 2019.

³² Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. Estimación preliminar del costo de implementar el primer nivel de atención en el régimen subsidiado y recomendaciones para su financiación. Fundación Plenitud, UNICEF. República Dominicana. 2021.

Un poco más de dos tercios de quienes solicitan servicios en estos centros proceden de los estratos sociales de menores ingresos y de barrios y campos empobrecidos, donde el desempleo y el empleo precario son comunes. La participación comunitaria en la gestión de los centros sanitarios es prácticamente nula. La necesidad de cambio de rumbo en esta área es un reto inmediato.

Los datos recogidos y sistematizados en este estudio demuestran que el segundo nivel de atención en salud sufre un deterioro progresivo que se refleja en déficit y baja calidad de los servicios que el Estado debe garantizar a la población. Ese deterioro es una muestra de la profunda crisis estructural y conceptual del sistema de salud.

1.6.5. Tercer nivel de atención

No se cuenta con estudios realizados en el tercer nivel de atención. Sin embargo, los diagnósticos del primer nivel y del segundo nivel, sumados a los datos provistos por la DGHA y los del SNS, ponen de manifiesto la necesidad de:

- Revisar el modelo de atención vigente;
- Fortalecer el primer nivel de atención;
- Empoderar el segundo nivel de atención;
- Lograr un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y eficaz;
- Dotar de equipos y personal al segundo nivel para evitar traslados innecesarios que saturan el 3er nivel;
- Mejorar procesos de atención;
- Disminuir los riesgos y complicaciones resultantes de la atención médica; y
- Fortalecer la gestión hospitalaria en todos los niveles y regiones.

1.6.6. Prestadores de servicios privados: ANDECLIP

La Asociación Dominicana de Clínicas Privadas (ANDECLIP) nuclea centros de segundo y tercer nivel de carácter privado. Es una entidad que, por ley, forma parte del Consejo Nacional de Salud (CNS) y del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS).

Tiene 917 miembros distribuidos por el territorio nacional, aunque no se pudo conseguir el dato de la distribución real por niveles y por regiones. Cabe destacar que, para que un centro forme parte de ANDECLIP, este debe ser aprobado por el consejo de la institución. Las principales demandas y posiciones de ANDECLIP son las siguientes:

- Evaluar la competencia desleal de centros privados que reciben fondos del presupuesto nacional;
- Se sienten partícipes al formar parte del CNS y el CNSS;
- Reconocen la importancia del Servicio Nacional de Salud en el sector salud, con el fin de garantizar el derecho a la salud en territorio dominicano;
- Reclaman que los centros del SNS deben estar en buenas condiciones y habilitados;

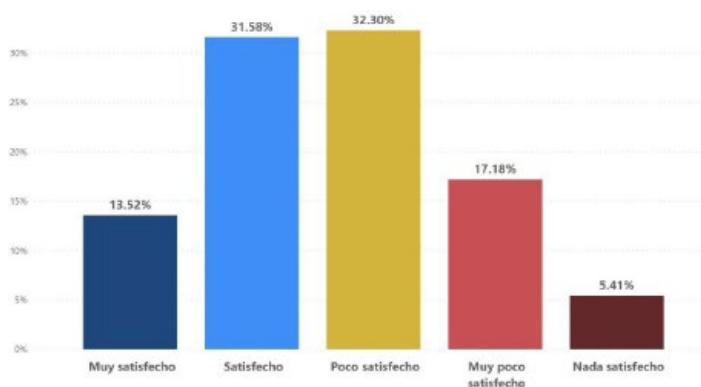
- Solicitan colaboración del Estado para aquellos pacientes sin seguro y sin capacidad de pago que acuden a centros privados en condiciones de urgencia y cuyas cuentas por pagar asumen los centros;
- Solicitan más información respecto a la población y epidemiología para planificar sus servicios;
- Consideran que los servicios de salud aún siguen enfocados en la curación;
- Proponen que la promoción y prevención estén bajo la conducción del Ministerio de Salud Pública;
- Solicitan la ampliación de cobertura de los servicios de salud;
- Respecto a los recursos humanos en salud sugieren regulación de las escuelas de medicina y sobre todo, de enfermería;
- Consideran que la calidad de enfermería en el país es deficiente;
- Están de acuerdo con la implementación de un récord médico único siempre y cuando sea interoperable con los sistemas que ya tienen implementados los centros de salud.

Se destaca la necesidad de contar con información actualizada, georreferenciada disponible para consulta de cualquier entidad por parte de ANDECLIP considerando que, tal como lo establece la ley, son una entidad que forma parte del CNS y el CNSS.

1.6.7. Mediciones del Barómetro de Salud asociadas a los niveles de atención

Mediante la encuesta “Barómetro de Salud” realizada a fines del 2022, se obtuvieron algunos datos sobre la satisfacción de las personas usuarias sobre la calidad de los servicios públicos de salud.

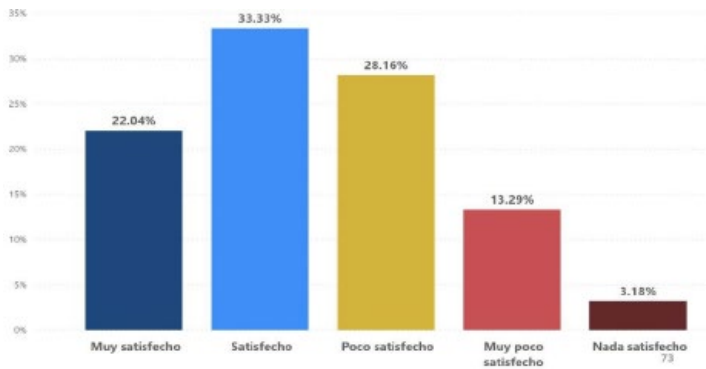
Gráfico 28. distribución porcentual sobre la satisfacción de los usuarios respecto de la calidad de los servicios públicos de salud.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023

El 55.0% de las personas entrevistadas indicaron estar poco satisfechos, muy poco satisfechos o nada satisfechos con la calidad de los servicios públicos. Este dato de “satisfacción” implica varios aspectos a considerar de manera tal que no solo se aumente la calidad de los servicios, sino que, además, aumente la percepción positiva sobre la misma.

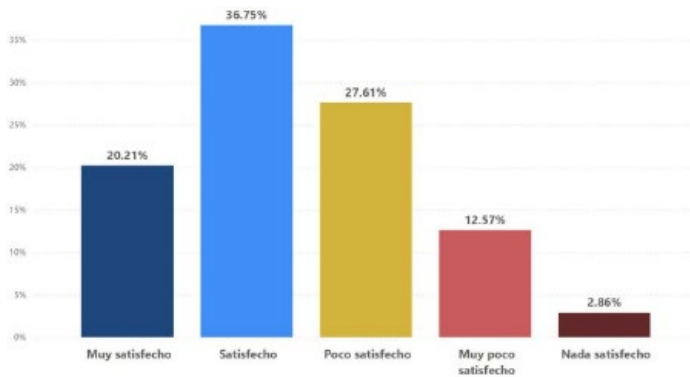
Gráfico 29. Distribución de la satisfacción de los servicios privados, 2023



Fuente: Barómetro de Salud. 2023

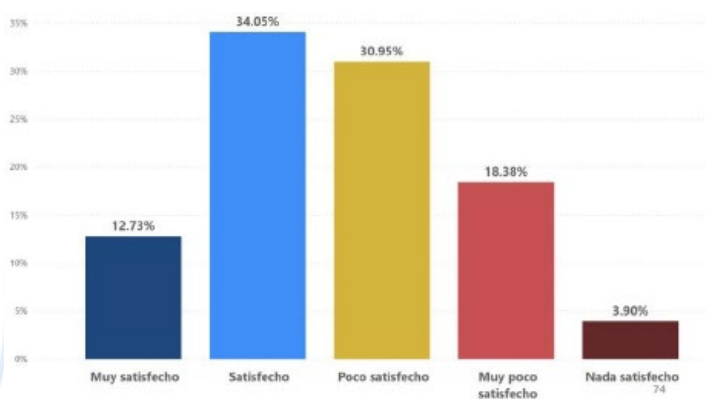
En el caso de los servicios privados fue lo opuesto. El 55.0% dijo estar muy satisfechos o satisfechos con la calidad de los servicios. Si bien el dato es positivo, es de esperar que la calidad ofrecida y percibida sea muy superior a la indicada en el estudio.

Gráfico 30. Distribución porcentual sobre la satisfacción de personas usuarias respecto de la atención de los servicios públicos de salud.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023

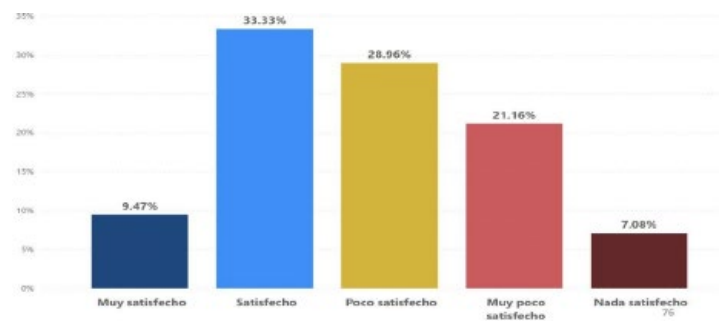
Gráfico 31 Distribución porcentual sobre la satisfacción de los usuarios respecto de la atención.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023

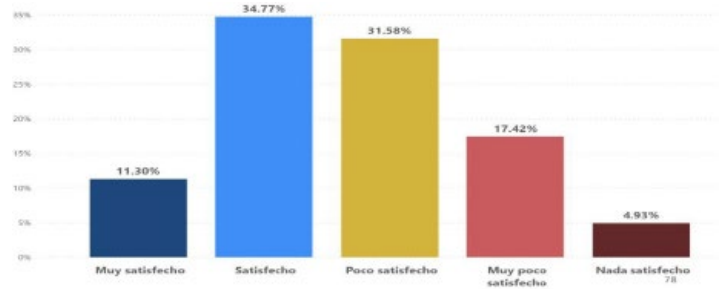
Para el caso de la satisfacción de las personas usuarias respecto de la atención pública y privada, 47% indicó estar muy satisfecho o satisfecho con la atención a nivel público mientras que a nivel privado este valor alcanzó el 57%. Indica para ambos casos que existe una brecha del 10% entre ambos sistemas y hay que trabajar para mejorar la atención ofrecida y percibida.

Gráfico 32. Distribución porcentual por nivel de satisfacción de las personas usuarias respecto del tiempo que tarda en llegar a los servicios tales como ambulancias y cantidad de profesionales disponibles.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023.

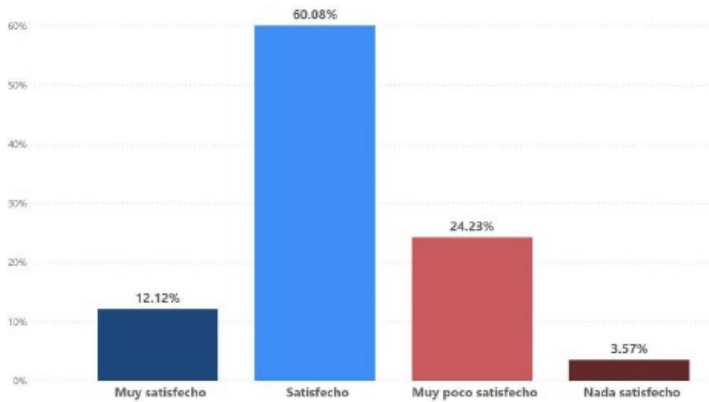
Gráfico 33. Distribución porcentual por nivel de satisfacción de las personas usuarias respecto de los servicios de traslados en casos de emergencias.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023.

Al ver los datos recolectados de las personas usuarias sobre la satisfacción respecto al tiempo de espera de los servicios de traslado de pacientes, así como de la cantidad de profesionales disponibles, se valora que más del 50.0% está poco satisfecho, muy poco satisfecho o nada satisfecho. Esto indica que hay muchos aspectos que mejorar en términos de tiempo de espera, cantidad de profesionales y servicios de traslado.

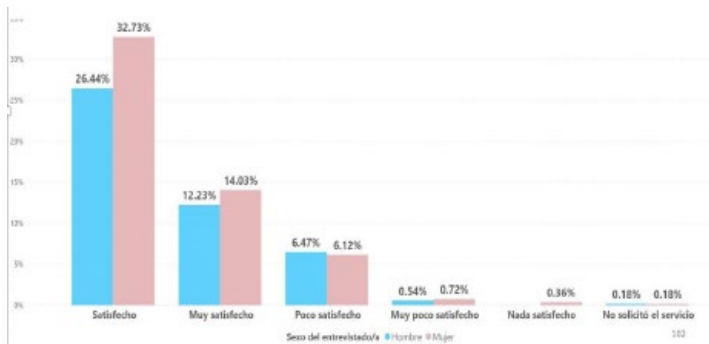
Gráfico 34. Distribución porcentual por nivel de satisfacción sobre el monitoreo y evaluación que tiene el MISPAS en las clínicas privadas de esa comunidad y provincia.



Fuente: Barómetro de Salud, 2023.

Más del 70% de las personas encuestadas expresó estar muy satisfecho o satisfecho del monitoreo y evaluación que tiene el MISPAS sobre las clínicas privadas de la comunidad y provincia. Queda la duda sobre el nivel de conocimiento de lo que significa monitoreo y evaluación.

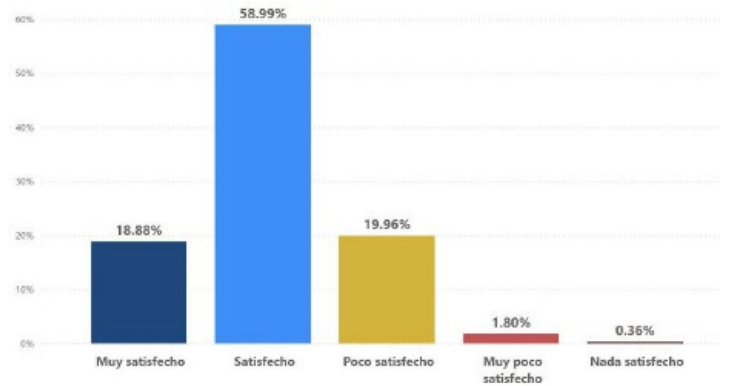
Gráfico 35. Distribución porcentual por nivel de satisfacción con la atención recibida u otorgada por parte de la ARS en los últimos 12 meses por sexo.



Fuente: Barómetro de Salud, 2023.

Finalmente, al evaluar la satisfacción de hombres y mujeres sobre la gestión recibida por su ARS en el último año, se puede observar que en general, las mujeres mostraron niveles de satisfacción más elevados en comparación con los hombres. La mayoría (26.44% y 32.73% hombres y mujeres) revelaron estar satisfechos y 12.23% y 14.03% muy satisfechos. Esto se traduce en que las ARS tienen buen servicio al cliente, independientemente de asuntos de cobertura, el afiliado se encuentra satisfecho con la gestión.

Gráfico 36. Distribución porcentual por nivel de satisfacción con la atención recibida u otorgada por parte de la clínica u hospital en los últimos 12 meses.

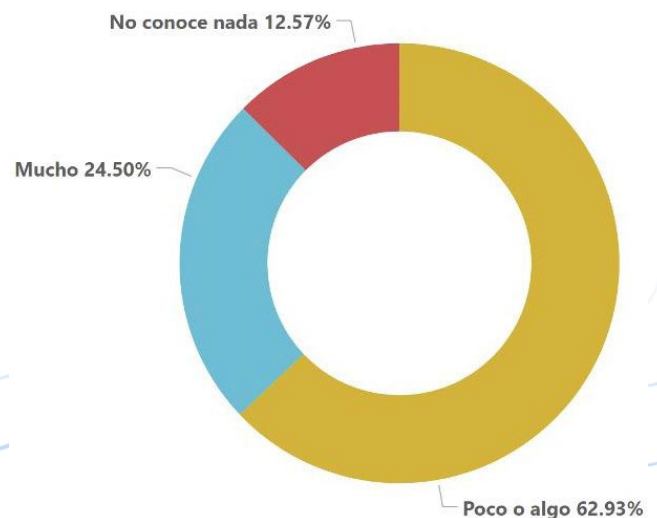


Fuente: Barómetro de Salud, 2023.

Según estos resultados, la mayoría de las personas encuestadas indicó estar satisfecho con la atención recibida por la clínica en el último año, y casi el 20.0% muy satisfecho. Esto se contrarresta con lo observado en el sector público, en donde un 34.0% declaró estar satisfecho y 12.73% muy satisfechos. Estos datos demuestran una brecha de atención y oportunidades de mejora, sobre todo del sector público. Es importante indicar que solo el **24.0% de personas encuestadas indicó tener mucho conocimiento sobre los derechos de salud**, mientras que un 63.0% indicó tener poco o algo y 13.0% nada.

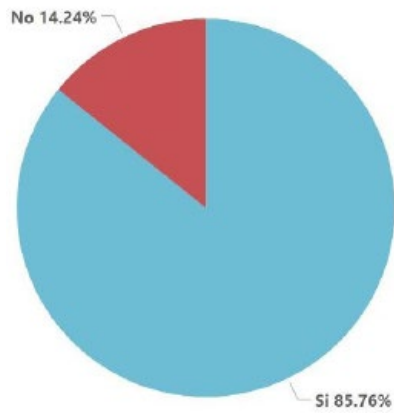
El Estado debe tomar cartas en el asunto, educar, formar e informar a la población sobre sus derechos al tiempo de fomentar el interés en los usuarios/as sobre este tema. Todos los centros de salud deben tener en su señalética **letreros con los derechos y deberes de las personas usuarias**. Para el caso del conocimiento de los Centros de Primer Nivel, el 86.0% indicó haber oído hablar de los mismos, pero desconocemos si son o no usuarios de estos centros.

Gráfico 37. Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen sobre los derechos de salud que tiene la población



Fuente: Barómetro de Salud 2023.

Gráfico 38. Distribución porcentual sobre qué tanto conocen o han oído hablar sobre los centros de atención primaria.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023.



1.6.8. Humanización de los servicios de salud

Si bien la humanización de los servicios es un concepto que abarca mucho más que meramente a los recursos humanos en salud (RHS), no hay duda alguna que solo con la voluntad de las personas sería factible implementar servicios de salud humanizados. Este concepto significa hacer humano, familiar y afable a alguien o algo, es decir, comprensivo, sensible a los infortunios ajenos. Los aportes de los diferentes niveles de gestión para lograr la humanización de los servicios pueden observarse en el siguiente esquema:

Esquema 5. Macro, meso y micro gestión

Macro Gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Datos - Estadísticas - Escuela de RHS
Meso Gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Entorno-RHS - Entorno-Paciente
Micro Gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Persona - RHS-Paciente

Fuente: Aportes de cada nivel de gestión para lograr la humanización de los servicios de salud. OPS

Desde el punto de vista de **la macro gestión**, conocer a las personas, sus datos epidemiológicos y demográficos, permite diseñar servicios con aceptabilidad cultural por ciclo de vida. Así mismo, la apertura y supervisión de las escuelas de enfermería, de medicina y de todos los demás RHS permite incluir en los pensum elementos centrales del humanismo.

La meso gestión tiene la responsabilidad de establecer las normas que determinen el entorno en el cual se desempeñan las labores de atención y por lo tanto la relación del personal de salud con el paciente. Un lugar de atención en condiciones óptimas, con colores tenues, con iluminación, ventilación y señalética correcta, entre otros, humanizan el servicio de salud.

Finalmente, a nivel de **micro gestión**, tomar en cuenta siempre a la persona, no como enfermo, no como número, no como familiar; como persona con nombre e historia propia. De esta forma la relación del RHS con el o la paciente, el/la usuario/a, el familiar tratado con respeto, integridad, profesionalismo, pero también con cariño y dulzura.

Se impone diseñar la política nacional de humanización de los servicios de salud, tomando en consideración los tres (3) principios a continuación:

- 1- Transversalización: considerada como la expansión y aumento de la capacidad de comunicación entre políticas, programas y proyectos, y entre sujetos y grupos;
- 2- No divisibilidad de la atención; y
- 3- La gestión de salud.

Para esto son necesarias 5 acciones principales:

- Reducción de las colas y los tiempos de espera mediante un mayor acceso a la asistencia de manera acogedora y resolutoria, basada en criterios de riesgo;
- Información a todas las personas usuarias;
- Monitoreo de personas en la red social del paciente;
- Defensa de los derechos de las personas usuarias de la salud;
- Educación permanente para profesionales de la salud.

La aproximación holística de la humanización de los servicios de salud implica tomar particular atención en el cuidado del paciente en diferentes aspectos. Dentro del SNS, los Centros de Primer Nivel y las UNAP son el aparato funcional básico. La responsabilidad que se les acredita es vigilar y atender de forma integral el ambiente y salud de las personas que conviven en un mismo espacio geográfico-poblacional, afiliadas al Régimen Subsidiado de acuerdo con la Ley No. 87-01 que crea el SDSS.

1.7. ABASTECIMIENTO DE TECNOLOGÍA, MEDICAMENTOS E INSUMOS

1.7.1. Uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias

Dispositivos Médicos

De acuerdo con la OPS “los dispositivos médicos se consideran un componente esencial de los sistemas de salud. Los beneficios que pueden proporcionar continúan aumentando ya que son esenciales para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar enfermedades de una manera segura y efectiva. Los pasos que implica la fabricación, regulación, planificación, evaluación, adquisición y administración de dispositivos médicos son complejos pero esenciales para garantizar su calidad, seguridad y compatibilidad con los entornos en los que se utilizan”³⁴.

Este mismo organismo identifica como datos clave, los siguientes:

- Los dispositivos médicos son cruciales en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como en la rehabilitación del paciente.
- Una tecnología de salud es “cualquier intervención que pueda usarse para promover la salud, prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o para rehabilitación o atención a largo plazo”.
- Las estrategias apropiadas de ETS permiten a los países en desarrollo y emergentes contextualizar el conocimiento global, apoyar la toma de decisiones transparente y responsable y promover la equidad en salud³⁵.

34 Portal de la OPS/Temas. En línea: <https://www.paho.org/es/temas/dispositivos-medicos>

35 <https://www.paho.org/es/temas/dispositivos-medicos>

1.7.2. Dirección General Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS)

El Decreto 82-15 crea la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS), bajo la dependencia del Ministerio de Salud. Debe subrayarse que el Decreto Presidencial 231-23 Artículo 1 transforma la DIGEMAPS como órgano desconcentrado funcional, administrativa y financieramente del MISPAS, con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios de su competencia. Instruyendo a los ministerios de Salud Pública, Hacienda y Administración Pública, así como a la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo y el Consejo Nacional de Competitividad para que, en el marco del Plan General de Reforma y Modernización de Administración Pública, presten todo el apoyo necesario a fin de asegurar el fortalecimiento institucional de DIGEMAPS, en su condición de órgano desconcentrado.

La DIGEMAPS, es el organismo competente en materia de regulación, control, fiscalización y vigilancia de medicamentos³⁶, productos sanitarios, alimentos, bebidas, cosméticos, productos de higiene personal, del hogar y para procesos industriales, tecnologías y materiales de uso humano, que se consumen o utilizan en la prestación de los servicios de salud y/o en la alimentación, así como también del control de los establecimientos, actividades y procesos que se derivan de la materia.

Las competencias y funciones de la Dirección General de Drogas y Farmacias y del Departamento de Control de Riesgos en Alimentos y Bebidas, fueron transferidas a la DIGEMAPS, por medio del Decreto No. 246-06, que aprueba el Reglamento sobre Medicamentos, y del Decreto No. 528-01, que aprueba el Reglamento General para Control de Riesgos en Alimentos y Bebidas en la República Dominicana y demás normativas complementarias en las referidas áreas.

El registro sanitario es el sistema que autoriza a una persona natural o jurídica para fabricar, envasar e importar un producto destinado al consumo humano. Los registros sanitarios son regulados por el Ministerio de Salud, según se expresa en la ley de salud.

La ley 42-01 en su artículo 09 indica que corresponde al Ministerio de Salud, mediante reglamentación y a través de las instituciones y organismos creados a tal efecto:

- El control sanitario del proceso, importación y exportación, evaluación y registro, control de la promoción y publicidad de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, cervezas, medicamentos, cosméticos, productos de higiene personal y del hogar, tabaco, plaguicidas, sustancias tóxicas que constituyan un riesgo para la salud y todas las materias que intervengan en su elaboración.

- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y la disposición final de equipos médicos, prótesis, ortesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y productos higiénicos.

Para calificar para la obtención de registro sanitarios, el fabricante debe cumplir con los siguientes requisitos generales, a saber:

- Estar constituido como una sociedad comercial en la República Dominicana o registrarse en el país como sucursal de una sociedad comercial extranjera.
- Contratar un regente farmacéutico, quien será encargado de la dirección del establecimiento distribuidor.

Dependiendo del tipo de producto sobre el cual se solicite el registro sanitario, se deberá cumplir con diversos requisitos reglamentados.

1.7.3. Medicamentos falsificados

El tema de medicamentos falsificados en la República Dominicana es una preocupación para la salud pública nacional. La Ley 22-06 indica que un medicamento falsificado es aquel cuya etiqueta o envase falsea de forma deliberada y fraudulenta acerca de su identidad, origen o contenido.

La falsificación se aplica tanto a los medicamentos con denominación comercial, como a los genéricos e incluye productos con ingredientes adecuados, con ingredientes inadecuados, sin ingredientes activos, con cantidades inadecuadas de ingredientes activos, con un envasado falsificado. A la vez comprende, todo medicamento que no cumpla con los requisitos del registro sanitario vigente en la República Dominicana.

Para gestionar la acción de la justicia contra este delito, se requiere una unidad ejecutora compuesta por:

- Una coordinación general desde el departamento de Vigilancia, Inspección y Control (VIC);
- Un cuerpo de inspectores farmacéuticos, encargados de ejecutar las inspecciones;
- Personal de inteligencia dedicado a las tareas de investigación.
- Asesoría legal, ejercida por un abogado.
- Coordinación con la Dirección General de Aduanas (DGA) y la Procuraduría Especializada en Delitos contra la Salud (PEDECSA).

Al igual que, la difusión de información clave para toda la población, que incluya:

- Establecimientos habilitados para el comercio de medicamentos.
- Establecimientos inspeccionados y donde se han detectado irregularidades.
- Laboratorios y productores habilitados.
- Medicamentos rechazados/retirados por la Autoridad

³⁶ Portal de la OPS/Temas. En línea: <https://www.paho.org/es/temas/uso-racional-medicamentos-otras-tecnologias-sanitarias>

Sanitaria.

- Denuncias recibidas.
- Medicamentos falsificados detectados en el país.
- Medicamentos falsificados reportados por las diferentes redes.
- Procedimientos estandarizados de colaboración con la justicia.
- Trabajo colaborativo entre entidades competentes, entre las que se encuentran:
 - Autoridad sanitaria provincial /descentralizada.
 - Dirección General de Aduanas.
 - Organizaciones farmacéuticas.
 - Industria farmacéutica.
 - Procuraduría especializada en el delito a la salud.
 - Judicatura.
 - Instituto de protección al consumidor.
 - Universidades.
 - Cooperación internacional.

La respuesta debe tener un componente político y uno operativo, que contemple:

- Protección de la salud pública como tema de agenda política.
- Políticas orientadas al acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad.
- Colaboración y coordinación intersectorial.
- Asignación de recursos.
- Desarrollo de la capacidad de los Aportes No Reembolsables (ANR) internacionales.
- Actualización normativa.
- Actualización del personal técnico para análisis profundo.
- Vigilancia en puntos de entrada.

1.7.4. Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL)

Mediante el decreto presidencial No. 608-12 y su modificación por el decreto No. 168-13, se dispone que el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL), **sea la única central de suministro de medicamentos, insumos sanitarios y reactivos de laboratorio** que satisfaga la demanda del Sistema Público de Salud, garantizando calidad, acceso y uso racional, oportuno, seguro y suficiente. Va dirigido a todas las instituciones que integran el Sistema Público Nacional de Salud, y a las personas afiliadas al Régimen Subsidiado de Seguridad Social.

El Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) fue creado en el año 1984 por decreto de la Presidencia de la República como respuesta a los altos costos de los medicamentos que se definían como esenciales para la atención básica de los segmentos más vulnerables de la sociedad dominicana.

En principio, PROMESE/CAL fue creado para servir y atender las necesidades de los medicamentos de uso común para:

- Hospitales públicos y subcentros de salud.
- Farmacias del Pueblo.
- Clínicas rurales.
- Hospitales militares.
- Instituto dominicano del seguro social (IDSS).
- Otras instituciones estatales de salud.

Esta función de centro de abastecimiento o proveedora del sector público de salud fue cambiando paulatinamente hasta convertirse en una central de apoyo logístico (CAL), función por la que hoy se justifica su existencia y operación. Con estas atribuciones, PROMESE/CAL se ha convertido en la herramienta más idónea para los procesos de compra y distribución de insumos médicos y medicamentos destinados al abastecimiento de todas las instituciones de salud que se encuentran bajo la responsabilidad del Estado dominicano.

Esta institución adscrita al Ministerio de Salud maneja un presupuesto elevado. Solamente en el cuarto trimestre del 2022 reportó compras y contrataciones por RD\$2,079,683,052.74. De este monto se destacan:

- Medicamentos para abastecimiento en tormenta Fiona 2022: RD\$230,258,760.
- Medicamentos para el Programa de Medicamentos de Alto Costo: RD\$1,544,185,682.24.
- Medicamentos e insumos médicos para reforzar el abastecimiento a hospitales del SNS por la emergencia declarada en el decreto 638-22: RD\$186,339,893.

1.7.5. Medicamentos de Alto Costo

El programa de medicamentos de Alto Costo pertenece a la Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto costo del Viceministerio de Salud Colectiva. Este maneja uno de los presupuestos más altos del MISPAS. Tiene la difícil tarea de suplir a pacientes que necesiten de medicamentos no cubiertos por la seguridad social. Los datos de esta dirección sobre ranking de patologías, tal como se ve en la tabla, indican que muchas de las patologías son prevenibles y/o tratables a bajo costo con detección temprana como son el caso del cáncer de mama y adenocarcinoma de próstata. En el caso de la hepatitis C, primera patología en el ranking por número de pacientes, si bien no existe ninguna vacuna para prevenir la hepatitis C, existen gestiones de prevención del riesgo de infección.

Cuadro 20. Ranking de patologías que requieren medicamentos alto costo, por número de pacientes. 2022.

Patologías	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Hepatitis C	2,234	15.00
Artritis reumatoide	1,518	10.10
Cáncer de mama	1,080	7.20
Adenocarcinoma de próstata	552	3.71
Esclerosis	512	3.40
Déficit hormona de crecimiento	458	3.02
Lupus eritematoso sistémico	457	3.00
Úlcera de pie diabético	447	2.96
Enfermedad de Crohn	413	2.73
Osteoporosis severa	362	2.41
Pubertad precoz	326	2.14
Psoriasis	311	1.99
Espondilitis	301	1.93
Cáncer de riñón	293	1.87
Síndrome de guillianbare	287	1.84
Insuficiencia renal	274	1.75
Neumonía atípica por sars-cov2	271	1.73
Trasplante renal	271	1.73
Mieloma múltiple	250	1.70
Leucemia mieloide crónica	247	1.64
Faltemia homocigoto	211	1.41
Colitis ulcerativa	179	1.21
Adenocarcinoma de pulmón	168	1.12
Artritis psoriasica	160	1.10
Cáncer (sin detalles)	146	0.97
Espondiloartritis	143	0.95
Urticaria crónica espontanea	134	0.89
Síndrome nefrótico	109	0.72
Glomerulonefritis	94	0.63
Adenocarcinoma de colon	92	0.61
Diabetes HTA	81	0.55
Artritis idiopática juvenil	81	0.55
Asma	77	0.51
Enfermedad inflamatoria intestinal	71	0.47
Hemoglobinopatía	69	0.45
Leucemia linfocítica crónica	66	0.44
Hipertensión pulmonar	62	0.41
Hepatitis b	59	0.39
Síndrome mielodisplasico	56	0.38
Carcinoma de células	55	0.37
Trasplante hígado	50	0.33
Hipertensión arterial	48	0.32
Purpura trombocitopenia autoinmune	47	0.31
Hemofilia	46	0.30
Otros	1,412	9.35
No identificado	470	3.11
Total	15,050	100.00%

De las 47 patologías clasificadas como de alto costo, las 10 primeras corresponden a más del 50% de los pacientes. La ubicación territorial de los pacientes activos nos permite identificar aquellas regiones y provincias en donde es preciso reforzar los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Al mismo tiempo, se sugiere una evaluación medio ambiental para detectar posibles causantes de ciertas enfermedades.



Cuadro 21. Ubicación territorial (región y provincia) de pacientes de alto costo.

Regiones del SNS*	Provincias	Cantidad de pacientes	Porcentaje
Región Metropolitana	Distrito Nacional	2,893	18.51
	Santo Domingo	3,764	24.1
	Monte Plata	131	0.84
	San Cristóbal	612	3.9
Región Valdesia	Peravia	174	1.11
	San José de Ocoa	52	0.33
	Santiago	2,076	13.28
	Puerto Plata	346	2.21
Región Norcentral	Españillat	245	1.57
	Duarte	272	1.74
Región Nordeste	Hermanas Mirabal	98	0.63
	María Trinidad Sánchez	142	0.91
	Barahona	133	0.85
Región Enriquillo	Pedernales	14	0.09
	Bahoruco	61	0.39
	La Altagracia	278	1.78
	La Romana	224	1.43
	San Pedro de Macorís	328	2.1
Región Este	Hato Mayor	62	0.46
	El Seibo	37	0.23
	San Juan	178	1.14
Región El Valle	Azua	159	1.02
	Elías Piña	17	0.11
	Valverde	146	0.93
	Santiago Rodríguez	70	0.45
Región Cibao Occidental	Dajabón	55	0.55
	Montecristi	80	0.51
	La Vega	613	4
	Monseñor Nouel	152	1.2
Región El Valle	Sánchez Ramírez	128	0.82
Ubicación no identificada		2,002	12.81
Total		15,629	100

* Estas regiones no se corresponden con las 10 regiones establecidas por la Ley Orgánica de Regiones Únicas de Planificación de la República Dominicana, núm. 345-22. G. O. No. 11077 del 2 de agosto de 2022

Al analizar las edades de los pacientes activos, se observa que el 50% corresponde a pacientes de entre 41 y 70 años. El porcentaje más alto corresponde a los pacientes de entre 51 a 60 años, con un 19%. Sería interesante analizar las patologías por edades para determinar grupos etarios claves para campañas de prevención como hipertensión, diabetes, cáncer de mama, de próstata y pulmón, y úlcera de pie diabético.

Las Rutas de la Salud son un masivo ejercicio ciudadano de alianza pública, privada y comunitaria para enfocar la atención primaria en la necesidad de transformar el modo o estilo de vida sedentario de los dominicanos y transformarlo en una cultura de movilización física y atención oportuna de los problemas prevalentes constituidos por las enfermedades no transmisibles (sobrepeso, obesidad, diabetes y presión arterial elevada, entre otros).



Cuadro 22. Edad de los pacientes activos de alto costo. 2023.

Rango de Edad		Número de Pacientes	Porcentaje
10		516	3.30%
11	20	915	5.85%
21	30	873	5.59%
31	40	1703	10.900/0
41	50	2210	14.14%
51	60	2968	18.99%
61	70	2789	17.85%
71	80	1839	11.77%
81	90	511	3.27%
91+		85	0.54%
No Identificado		1220	
Total		15629	100%

Fuente: Dirección de Medicamentos de Alto Costo. 2023.

Cabe destacar que el Alto Costo no puede, presupuestariamente, dar respuesta a todas las solicitudes recibidas. En la actualidad, hay 15,629 pacientes con estatus activo, a los que se suministra medicamentos. Numerosas solicitudes deben ser denegadas por falta de disponibilidad de medicamentos, al mismo tiempo que 1660 pacientes se encuentran en lista de espera.

Primer Nivel De Atención

El estudio realizado por Fundación Plenitud y UNICEF revisó también el sistema de suministro y de acceso para insumos y medicamentos, revelando problemas en su entrega, cuya magnitud tendría solución en un mediano plazo.

Más de un 30 % de las farmacias de las UNAP disponen de tarjeta de control de inventario de medicamentos actualizada. En un alto porcentaje utilizan el Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI), garantizando la disponibilidad y el uso racional de productos de calidad. Asimismo, un poco más de la mitad cuenta con un stock crítico de vacunas.

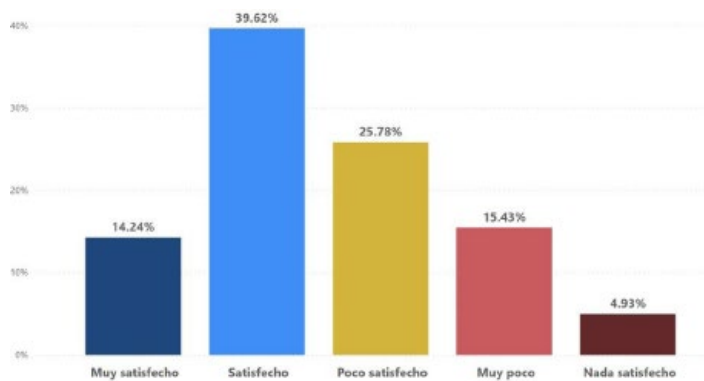
Segundo Nivel De Atención

El estudio presentado por ADESA revela que un 80% de directores y directoras de hospitales de segundo nivel indicaron que una de sus mayores necesidades es el suministro de equipos e insumos suficientes y a tiempo. únicamente 785 declaró disponer de suficientes medicamentos y equipos.

1.7.6. Resultados del Barómetro de Salud relacionados con los medicamentos

A través de la encuesta “Barómetro de Salud” realizada a fines del año 2022, se obtuvieron algunos datos sobre satisfacción de las personas usuarias en el acceso a medicamentos en las farmacias del pueblo. Un 39.62% indicó estar satisfecho y 14.24% muy satisfecho, esto representa más del 50% de las personas entrevistadas. Si bien es un dato positivo, también indica oportunidades de mejora para elevar el nivel de satisfacción.

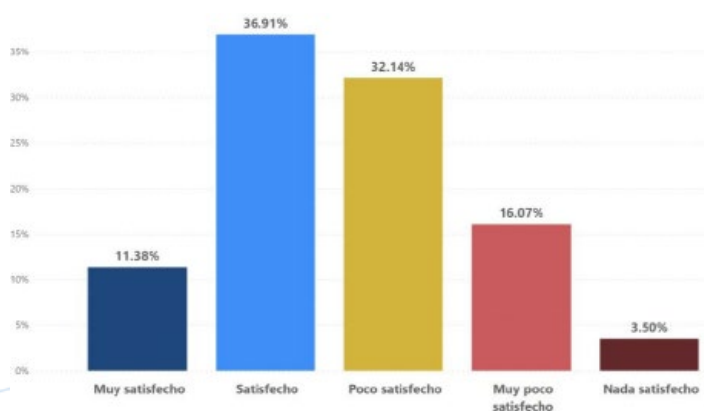
Gráfico 39. distribución porcentual por nivel de satisfacción respecto al acceso a medicamentos en las farmacias del pueblo



Fuente: Barómetro de Salud. 2023.

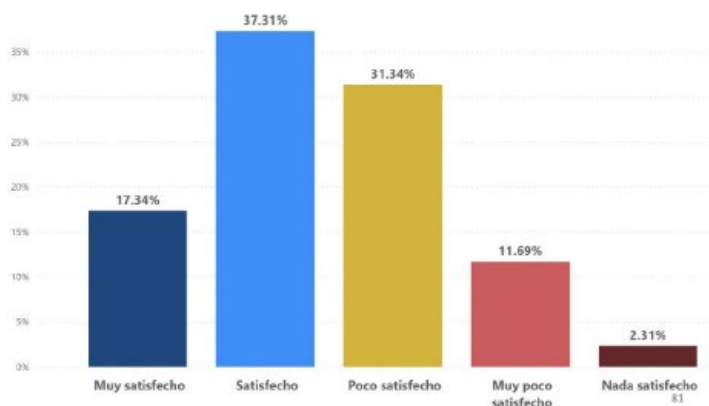
El barómetro pone de relieve una brecha de información sobre el equipamiento y tecnologías disponibles en los centros públicos y privados, como se puede comprobar en los gráficos 74 y 75. Existe más conocimiento en el sector privado debido a las estrategias de mercadeo, que podrían ser imitadas por el sector público.

Gráfico 40. Distribución porcentual por nivel de satisfacción sobre si ha escuchado o conoce el equipamiento y la tecnología de los centros públicos de servicios de salud de su comunidad.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023.

Gráfico 41. Distribución porcentual por nivel de satisfacción sobre si ha escuchado o conoce el equipamiento y la tecnología de los centros privados de servicios de salud de su comunidad.



Fuente: Barómetro de Salud. 2023.

Funciones Esenciales de Salud Pública

El análisis de las 11 funciones esenciales de salud pública (FESP), realizado por OPS, MISPAS y otras entidades, pone de relieve brechas que pueden ser abordadas por proyectos que deriven de este Plan Estratégico. En tal sentido, la FESP 7 se relaciona en específico con esta dimensión de abastecimiento de tecnologías, medicamentos e insumos. Las recomendaciones de la FESP 7, son:

- Trabajar en la promoción, provisión y financiamiento de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales.
- Actualizar el cuadro básico de medicamentos esenciales y desarrollar un listado de otras tecnologías sanitarias esenciales basadas en evidencia científica actualizada.
- Crear e implementar una estrategia para el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
- Fortalecer la Autoridad Reguladora.

1.8. DISPONIBILIDAD Y ALCANCE DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

1.8.1. Sistemas de Información en Salud

Los Sistemas de Información en Salud (SIS) constituyen el núcleo principal de soporte para la toma de decisiones en las instituciones del sistema nacional de salud. Dentro de los SIS, los indicadores de salud (IS) reflejan numéricamente los acontecimientos medidos en el continuum salud-enfermedad.

El sistema integrado de información en salud tiene por objetivo normalizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en los diferentes sistemas, en un repositorio accesible y seguro; así como la distribución de la información de la forma más conveniente, para facilitar la toma de decisiones.

Según la OPS, “los Sistemas de Información para la Salud son un mecanismo de gestión de sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes y que se utilizan éticamente, a través de herramientas TIC efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública”. Los datos de las Direcciones Provinciales y Áreas de Salud (DPS/DAS) dejan ver que:

- No cuentan con información sobre estos sistemas.
- No todos los centros tienen sistemas de información.
- Los sistemas de información no están regulados.



Cuadro 23. Datos de referencia de las DPS/DAS en sistemas de Información

INDICADORES	DAS II	DAJABON	ESPAILLAT	SANTIAGO II	ELIAS PIÑA	DAS VI	DAS VII	DAS I	LA ROMANA
Número total de establecimientos de servicios de salud con sistemas de información digitales	41	43	10	40	4	62	52	96	34
Número de establecimientos de servicios de salud de 1er nivel de atención públicos y privados con sistemas de información	23	43	10	31			45		
Número de establecimientos de servicios de salud de 2do nivel de atención públicos y privados con sistemas de información	7			31			3		
Número de establecimientos de servicios de salud de 3er nivel de atención públicos y privados con sistemas de información	11			9	4	31	4	96	41
Número de establecimientos de servicios públicos por provincia con sistemas de información	25			5			39		
Número de establecimientos de servicios de salud por nivel de atención privados por provincia con sistemas de información	17		12	4	4	62	13	96	41
% de establecimientos de salud que realizan reportes de enfermedades de notificación obligatoria	92%	100%	48%	100%	100%	100%	80%	100%	58
Proporción de subregistro de defunciones	30%	0	3.8%						
Proporción de causas de muerte mal definidas	28%	0	21%	95%					
Proporción de subregistro de nacimientos	10%	0	58						
Número de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica	19	32	58	40	31	51	123	115	152
Número de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica con registro electrónico	19	32	41%	40	31	50	123	115	152
% de centros de salud con personal de epidemiología	7.70%	3		50	10%	15%		7.29%	20.60%

El estudio realizado por la Fundación Plenitud y UNICEF reveló que “el Sistema de Información está poco desarrollado, pese al nivel de esfuerzo y de compromiso observado del personal operativo y administrativo de las Direcciones Regionales de Salud que, si bien tiene elementos disponibles para el análisis, diseño, desarrollo e implementación de los Sistemas de Información, automatizados y estandarizados de acuerdo con lo exigible por el marco normativo. Alrededor del 43% promedio de las UNAP cumple con los criterios exigibles del Sistema de Información”³⁷.

El estudio continúa afirmando que el personal del Primer Nivel de Atención y las UNAP realiza registro y tabulación de la información sobre pacientes atendidos, en medios manuales no estandarizados. Otro elemento es la falta de desarrollo del sistema para la circulación de pacientes e información clínica entre los nodos de la red, en especial todo lo relacionado con las citas médicas, la referencia y contra referencia, entre otros; así como aquellos elementos relacionados con la comunicación y la interconexión a lo interno y fuera de la red asistencial³⁸.

Por otra parte, el mismo estudio señala como la red no cuenta con un único sistema de información. Lo poco desarrollado hasta el momento apunta hacia una historia clínica electrónica que aún no llega a consolidarse, mientras que lo alcanzado no valida la interoperabilidad entre todos los ámbitos asistenciales y no permite la identificación inequívoca de las personas usuarias.

En otros términos, el sistema no ha integrado el acceso de los usuarios a su prontuario individual y familiar, manteniendo una gestión de los pacientes por fuera de la red. De esta manera, no hay información disponible sobre los sistemas de información a nivel público y privados de los centros de segundo y tercer nivel como tampoco de otros prestadores de servicios o posibles recolectores de información (por ejemplo, escuelas, colegios y otros). Cada prestador compra o diseña el sistema informático que se ajusta a sus necesidades y presupuesto.

Se sugiere que los sistemas de información de salud sean sometidos a un proceso de habilitación por parte de la autoridad rectora para garantizar los derechos de las personas usuarias.

Es prioritario establecer un sistema informático que permita la historia clínica electrónica por paciente asociado a su número de seguridad social y/o identificación. Esto permitiría disminuir la fragmentación del sistema con todas las consecuencias negativas que esto trae, por ejemplo, baja calidad asistencial, duplicidad de costos, entre otras.

La nueva Dirección de Sistemas de Información del Viceministerio de Fortalecimiento del Sector, tiene un gran reto por delante.

37 Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. Estimación preliminar del costo de implementar el primer nivel de atención en el régimen subsidiado y recomendaciones para su financiación. Fundación Plenitud, UNICEF. República Dominicana, 2021. P. 41.

38 Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. Ob. citada.

1.9. CANTIDAD, CALIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD



Recursos Humanos en Salud son todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud. Son personas con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación, ámbito laboral y situación de empleo.

Se incluye en este grupo a quienes trabajan como personal asalariado o como personal voluntario en el sector público y privado, ya sea a tiempo completo o con jornada parcial, e independientemente de si prestan servicios de salud, gestionan los servicios del sistema o abordan los determinantes sociales de salud. Los recursos humanos para la salud forman parte de un campo intersectorial complejo y mantienen un compromiso con la salud y con las poblaciones a las que sirven³⁹.

Esquema 6. Tres grupos de acciones para garantizar recursos humanos para la salud universal



Fuente: OPS, 2017

39 OPS. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CSP29/10 24 de julio del 2017.

La planificación de los recursos humanos en salud para el sistema de salud de República Dominicana es función del MISPAS como entidad rectora. Su desarrollo debe estar en línea con el perfil demográfico y epidemiológico del país, tanto actual como proyectado. De esta manera, es el MISPAS la entidad que debe indicar cuántos profesionales de salud deben formarse, así como técnicos, personal de apoyo, entre otros.

Esto implica:

- Médicos Generales
- Médicos por especialidad
- Médicos por subespecialidad
- Licenciadas en Enfermería
- Auxiliares en Enfermería
- Bio-analistas
- Psicólogos clínicos
- Trabajadores Sociales
- Nutricionistas
- Terapeutas físicos
- Técnicos Radiólogos
- Sonografistas
- Promotores de salud
- Camilleros
- Personal de Limpieza
- Personal de Atención al Cliente
- Paramédicos
- Ambulancieros
- Personal de Gestión
- Personal Administrativo
- Investigadores en salud

Algunos de estos perfiles requieren una formación universitaria en una Institución de educación superior (IES) avalada por el MESCYT. Otros por institutos técnicos y otros por entrenamientos institucionales.

1.9.1. Informaciones cuantitativas y cualitativas sobre los Recursos Humanos en Salud

Durante el período 2012-2018, a nivel nacional, en promedio, la disponibilidad de personal de salud en el sector público fue de 15 médicos por cada 10,000 habitantes (14.9). Durante el año 2018, es también de casi 15 médicos (14.5). En relación con las enfermeras graduadas promediaron, para el período, 3.3 por cada 10,000 habitantes. Al último año (2018) es de 3.6.

La oferta promedio de auxiliares de enfermería para el período 2012-2018 es de 10.4 por cada 10,000 habitantes. Al año 2018 es de 9.8. Durante el intervalo registrado estuvieron disponibles 1.3 Bioanalistas por cada 10,000 habitantes.

En promedio, para el lapso estudiado, se disponía de 2 odontólogos por cada 10,000 habitantes. En 2018, se alcanza un promedio de 2.3 odontólogos por 10,000 habitantes. La oferta de farmacéuticos fue de menos de 1 por cada 10,000 habitantes, siendo que, al año 2018, habían 2.3 farmacéuticos por cada 10,000 habitantes.

Tal y como se ha reiterado a lo largo de este diagnóstico, realizar un censo de los recursos humanos en salud es imperativo y urgente. El sistema de salud necesita saber con cuántos profesionales cuenta, dónde están y cuáles son sus condiciones de trabajo entre otros elementos. Al mismo tiempo, haciendo uso de los datos demográficos y epidemiológicos, se pueden elaborar proyecciones sobre los retos a futuro y los recursos humanos que necesitaremos para afrontarlos. En este sentido, la planificación oportuna de los recursos humanos en salud es lo que asegura que podremos garantizar el derecho a la salud en todos sus componentes.

Actualmente, no se cuenta con información actualizada sobre los RHS en la República Dominicana. Recientemente se creó la Dirección de Recursos Humanos en Salud perteneciente al Viceministerio de Fortalecimiento del Sector Salud. Esta dirección tiene la misión de recopilar información sobre tipo de profesional en salud, número y distribución territorial, por nivel de atención y por sector específico.

1.9.2. Recursos Humanos del Primer Nivel de Atención

Según el estudio publicado por Fundación Plenitud y Unicef, el personal de salud se constituye en el recurso por excelencia para la atención en el Primer Nivel de Atención. La necesidad de suplir con personal capacitado (médicos, enfermeras y promotores) es uno de los principales retos que los Servicios de Salud deben enfrentar en el mediano plazo.

Este estudio reporta que, en 2020, el SNS registró una densidad de recursos humanos en los Centros de Primer Nivel de atención de 4.55 por 10,000 habitantes. De estos, 4,756 eran médicos asistentes, médicos familiares, enfermeras y promotores, distribuidos en las nueve Regiones de Salud, con una relación de 1.39 enfermeras y 1.22 promotores por cada médico registrado en los CPNA. La relación de médicos asistentes y médicos familiares en los Centros de Primer Nivel de atención es de 1.3 médicos por 10,000 habitantes. Las Regiones Metropolitana, Valdesia, Nordeste, Enriquillo y Cibao Central concentran el 72.4% del personal en los CPNA. De estos el 29% se registra en la Región Metropolitana de Salud⁴⁰.

40 Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. Estimación preliminar del costo de implementar el primer nivel de atención en el régimen subsidiado y recomendaciones para su financiación. Fundación Plenitud, UNICEF. República Dominicana, 2021. P. 48.

Cuadro 24. Relación del personal de salud en los centros de primer nivel de atención (CPNA) según servicios regionales de salud. República Dominicana. 2020

Servicio Regional de Salud	Médicos Asistentes	Médicos Familiares	Promotores	Enfermeras
Metropolitano	414	123	336	491
Valdesia	75	37	238	178
Norcentral	89	19	149	113
Nordeste	66	20	173	229
Enriquillo	142	64	163	193
Este	36	5	98	186
El Valle	39	11	111	101
Cibao Occidental	70	3	139	144
Cibao Central	88	18	199	196
Total	1,019	300	1,606	1,831

Fuente: Recolección de información sobre el estado de los establecimientos de salud del primer nivel. En: Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. (2017).

La brecha de personal de salud en los CPNA que reporta el levantamiento del estado de los establecimientos del Primer Nivel de atención realizado en 2020 arroja un requerimiento de 355 médicos familiares, 141 enfermeras y 2,845 promotores.

Cuadro 25. Relación de los recursos humanos existentes y necesarios en los centros de primer nivel de atención (CPNA). 2020

Recursos Humanos	Existente	Necesarios	Brecha identificada
Médicos en los CPNA	1,319	1,674	355
Personal de enfermería (auxiliares y profesionales)	1,601	1,742	141
Promotores de salud	1,436	4,281	2,845

Fuente: Recolección de información sobre el estado de los establecimientos de salud del primer nivel. En: Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. (2017).

Continuando con los resultados de este estudio, las brechas de personal en 2020 para el PNA son las siguientes:

- Médicos (21%), se necesitan 1,674.
- Enfermeras (8%) se necesitan 1,742.
- Promotores (66%) se necesitan 4,281.

Estos datos deben considerarse al momento de planificar la puesta en marcha y el funcionamiento de la atención primaria en el primer nivel de atención, pues, además de la inversión inicial, se requiere una inversión en gastos operativos sostenibles.

1.9.3. Recursos Humanos del Segundo Nivel De Atención

El estudio sobre segundo nivel de atención publicado por ADESA en el año 2022⁴¹, visitó e inventario 50 hospitales, para una nómina de 8,899 personas, clasificadas de la siguiente manera:

Cuadro 26. Distribución en números absolutos y porcentaje del tipo de RHS de la nómina de los 50 hospitales visitados

Calificación del personal	Número	Porcentaje
Personal administrativo	3,565	40.0
Personal médico	2,409	27.1
Personal de enfermería	2,437	27.4
Personal técnico (bioanalistas, técnicos de rayos x, Sonografistas...)	488	5.5
Total	8,899	100.0

Fuente: ADESA, Situación y retos II Nivel de Atención en Salud en la República Dominicana. 2022.

El análisis de ADESA, señala como existe paridad de género en las direcciones de los hospitales provinciales y municipales: 25 mujeres y 25 hombres dirigen estos centros sanitarios.

Además, indica que, de 50 solo dos directores llevan más de una década al frente de los hospitales, mientras el resto asumió el cargo después de instalado el actual gobierno (agosto del 2020). Esto significa que todavía les “falta experiencia y tiempo para demostrar sus capacidades gerenciales y sus compromisos con la salud. También significa que el 96% de sus antecesores fueron destituidos por razones políticas”⁴².

Otro dato relevante es que la dirección de los hospitales está a cargo de médicos, el 80% de ellos con especialidades adicionales. El tiempo de sus graduaciones como médicos generales va desde los 4 hasta los 40 años. Solo 5 de los 50 directores tiene formación en gerencia hospitalaria, es decir, un 10% del total. Asimismo, se constató como la designación de directores/as no se realiza por concurso abiertos y por oposición para. Esa función es exclusiva de quien esté al frente del Servicio Nacional de Salud⁴³.

Como resultado de los grupos focales constituidos como parte de esta investigación, se reconoce explorar la conveniencia de que profesionales de otras áreas, con conocimiento y experiencia en administración y gerencia, puedan ser tomados en cuenta para dirigir hospitales. Estas designaciones deberían hacerse por concurso. Otro aspecto que se indagó fue el relativo a posibles conflictos de intereses entre la administración pública y el sector privado.

41 ADESA. Situación y retos del II Nivel de Atención en Salud. República Dominicana. 2022.

42 ADESA. Situación y retos del II Nivel de Atención en Salud. República Dominicana. 2022. P. 32.

43 P. 32-33.

Los resultados indican que 66% de los directores de hospitales también trabajan en el sector privado. “Algunos de estos profesionales tienen dos empleos adicionales en el sector privado. Además del conflicto de intereses que esto implica, habría que preguntar si el tiempo le alcanza para cumplir con las funciones de dirigir un hospital al tiempo que cumplen funciones a nivel privado”⁴⁴.

El 6% de los directores es, además, propietarios/as de centros privados, otro 6% ejerce la gerencia de clínicas privadas y otro 3% ocupa la coordinación médica. El resto oferta a nivel privado los mismos servicios por los que cobra en los hospitales públicos. Esto denota un conflicto de interés latente a nivel nacional.

Gran parte del nivel de calidad de los servicios sanitarios depende de la labor de los y las profesionales de la medicina. Solo el 27% del personal de los hospitales municipales y provinciales ejercen la medicina en distintas especialidades.

Los datos recolectados por ADESA, indican que los hospitales con alta concentración de médicos son el materno infantil de Villa Mella, con una nómina de 200 médicos aunque solo tiene una capacidad instalada de 18 camas; el provincial de Puerto Plata, que tiene 199 especialistas de la medicina pero su capacidad de hospitalización es de 103 camas; el Félix María Goico (hospital de billetteros), ubicado en el sector capitaleño de Villa Consuelo, con una nómina de 156 médicos para 46 camas; el provincial de Juan Sánchez Ramírez, cuenta con 147 médicos para 43 camas; el hospital provincial de Monte Plata, con 137 médicos para 64 camas; el Santo Socorro, ubicado en el ensanche La Fe, de la capital, con 122 médicos y capacidad para 34 camas y el hospital provincial del Seibo, (en proceso de reconstrucción desde hace 7 años) con capacidad de 34 camas, tiene nombrados a 98 médicos.

Además, figuran entre los 13 hospitales con mayor número de médicos, el provincial de Dajabón con 49 médicos, para 60 camas; el de la provincia de San José de Ocoa con 69 médicos para 75 camas, el municipal de Villa Altagracia, con 63 médicos para 35 camas y el Juan XXIII, en Santiago, tiene 48 médicos para una capacidad de internamiento de 18 camas. Cinco de estos hospitales de mayor nómina de médicos están ubicados en la región metropolitana de salud (Distrito Nacional, provincias de Santo Domingo y Monte Plata). Otros seis están en capitales de provincias y uno en Villa Altagracia.

El estudio concluye que los factores que explican este fenómeno son variados. Uno es que los médicos no se ven atraídos a prestar servicios en los pueblos lejanos, que generalmente son pobres y tienen poco espacio para la medicina privada además de peores condiciones para el desarrollo de una familia, entre otros aspectos. Otro factor es el partidismo político y el tráfico de influencia en la gestión pública.

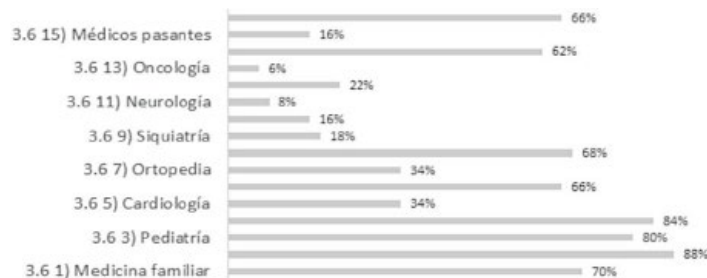
Gráfico 42. Promedio De Personal Médico Por Especialidad en Los Hospitales



Fuente: ADESA, Situación y retos II Nivel de Atención en Salud en la República Dominicana. 2022.

En esta línea, se puntualiza como hay muchos hospitales, especialmente los de las provincias fronterizas, que no tienen especialistas en áreas básicas. Solo el 34% de estos hospitales cuentan con cardiólogos, una especialidad de vital importancia en un país en el que la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. La oncología, como especialidad, existe en penas el 6% de los centros del II Nivel de Atención en Salud.

Gráfico 43. Porcentaje de Hospitales que tienen al menos uno de los siguientes especialistas



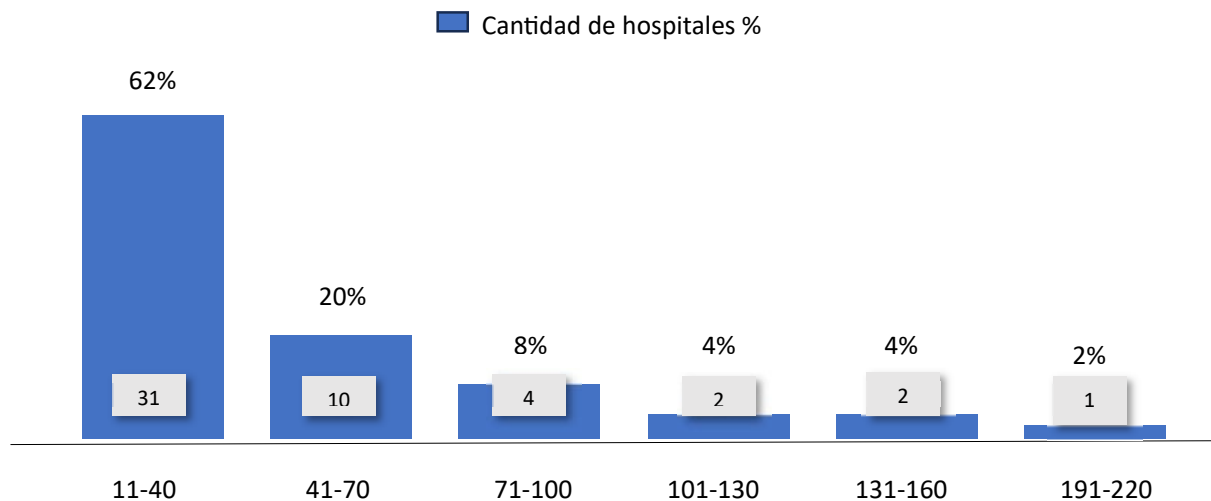
Fuente: ADESA, Situación y retos II Nivel de Atención en Salud en la República Dominicana. 2022.

Con relación a los profesionales y técnicos de enfermería, de los 50 hospitales investigados laboran 2,437. Esto equivale al 27.3% de la empleomanía de esos centros. Las enfermeras y enfermeros auxiliares suman 1,648, igual al 67.3% de las y los trabajadores de enfermería, mientras que las licenciadas y/o licenciados en la materia son 789, para un 32.4% del total. Esto equivale a que solo una de cada tres enfermeras y/o enfermeros tiene título universitario. Elevar la formación académica del personal de enfermería es una de las tareas pendientes que tiene el país. El número de profesionales y técnicos en enfermería que laboran en estos hospitales (2,437 o 27.3%), es similar a la cantidad del personal médico (2,409 o 27% del total).

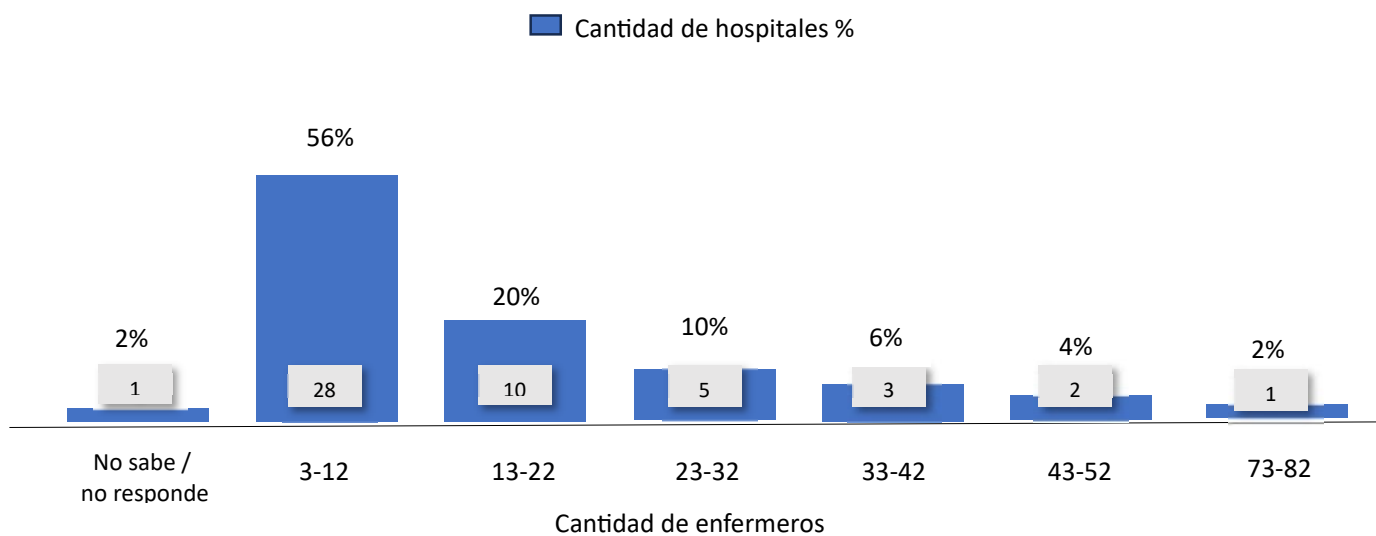
44 P. 34.

La relación debería ser de al menos 3 enfermeras por cada médico para acercar al país a los requerimientos de organismos internacionales especializados en el tema (OMS-OPS). Superar este déficit de enfermería es otra tarea pendiente.

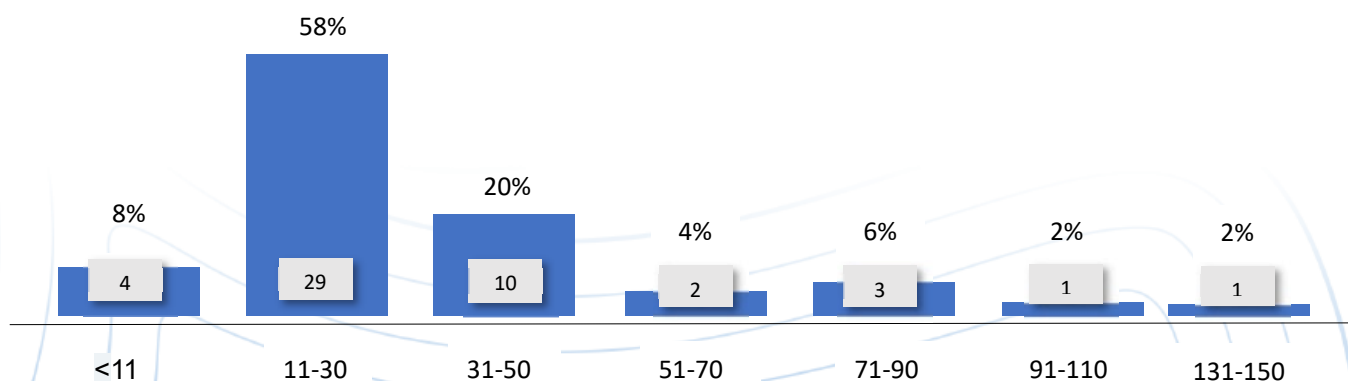
Gráfico 44. Características del personal de enfermería



Cantidad de enfermeros/as con grado universitario



Cantidad de auxiliares de enfermería



Fuente: ADESA, Situación y retos II Nivel de Atención en Salud en la República Dominicana. 2022.

Sobre el personal administrativo, el estudio indica que el 40% de la nómina de los hospitales realiza labores administrativas, porcentaje superior al de los médicos y al del personal de enfermería. Acorde con el reporte “médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud atribuyen el exceso de personal administrativo a múltiples causas, entre las que sobresalen dos: presiones e injerencias partidarias en las direcciones de los hospitales y deficiencias de la gerencia de los centros”.

En contraste con la cantidad de empleados administrativos (conserjes, porteros, choferes, secretarías), los centros de salud presentan un déficit de personal técnico calificado. Sólo el 5.5 % de los empleados forman parte de esta categoría. Este dato es grave, si se considera que los laboratorios, el manejo de equipos de diagnóstico y las salas de cirugía requieren de personal especializado. En consecuencia, “Cuando ese personal falta o es deficitario, las consecuencias pueden ser muy graves para quienes requieren de sus servicios”.

A quienes dirigen los hospitales se le preguntó si el personal bajo su mando era suficiente para prestar servicio de calidad a la población. El 92% dijo que no.

Los datos revelan que en el 43% de los hospitales faltan médicos generales, según testificaron directores y directoras. Las peores consecuencias de ese déficit se expresan en los servicios de emergencia, de los que están liberados la inmensa mayoría de los y las especialistas y los médicos generales mayores de 52 años. También faltan especialistas en el 39% de los centros, faltan enfermeras en el 33% de los hospitales y bioanalistas en el 15%. Los directores y las directoras del 30% de los hospitales dijeron que trabajan con déficit de personal administrativo.

La investigación indagó asimismo sobre los niveles de disciplina y de cumplimiento laboral. El 70% de los directores y las directoras calificaron de bueno el cumplimiento de los horarios laborales, a los que se suma un 10% que dijeron que era muy bueno.

Más adelante, se preguntó a directores y directoras sobre el tiempo que dedica el personal a los servicios de los hospitales. En relación con profesionales de la medicina se pudo establecer que el 48% de estos trabajan entre 15 y 30 horas semanales, el 32% solo trabajan entre 10 y 15 horas semanales y el 8% laboran menos de 8 horas cada semana. Solo el 12% dedica al hospital entre 30 y 40 horas a la semana.

En resumen, el personal médico trabaja un tercio de los horarios laborales establecidas por ley, que es de 40 horas semanales. El personal de enfermería registra un nivel de cumplimiento más alto. Según los directores de hospitales, el 44% de este personal trabaja entre 20 y 30 horas semanales; un 54% dedica a sus labores entre unas 30 y unas 40 horas y un 2% trabaja más de 40 horas semanales.

Quienes dirigen los hospitales afirman que el personal administrativo es más estricto en el cumplimiento de sus horarios debido, entre otras razones, a que la supervisión es más fácil. El 92% de ese personal cumple con sus respectivos horarios laborales.

Los actos de indisciplina reportados abarcan incumplimiento de horarios (35%), irrespeto a pacientes y superiores (30%), negligencia (13%), ausentismo (13%), maltrato a pacientes (9%), bajo rendimiento (9%) y violación de reglas (9%).

Otras acciones de indisciplina reportadas son, baja capacidad, irregularidades en la facturación y desobediencia.

Las razones de la indisciplina son diversas, siendo la principal la injerencia partidaria y la politiquería (30%), la falta de motivación 13%, tener otros empleos (9%) y la incompetencia académica o bajo nivel educativo (9%). Un 22% de quienes dirigen hospitales guardó silencio ante la pregunta sobre las causas de la alta tasa de indisciplina laboral.

1.9.4. Recursos Humanos de Tercer Nivel de Atención

No tenemos estudios actualizados sobre la situación de los RHS en el tercer nivel de atención. Sin embargo, es de esperar que sea muy similar a la del segundo nivel. Como se ha mencionado anteriormente, el censo sobre el RHS a nivel nacional, tanto en el nivel público como privado, es vital para poder detectar brechas en las necesidades actuales y futuras.

Barómetro de Salud y percepción de satisfacción de usuarios con los recursos humanos.

Mediante de la encuesta “Barómetro de Salud” realizada a fines del 2022, se obtuvieron algunos datos sobre la satisfacción de las personas usuarias con el trato personal y humano de médicos, enfermeras y técnicos de salud, presentados en secciones precedentes.

1.9.5. Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM)

En la República Dominicana, la Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM) nuclea a las instituciones de educación superior responsables de la formación de médicos/as y/o especialistas, a través del sistema de residencias médicas. Las universidades miembros de ADOFEM son:

- INTEC
- OYMED
- PUCMM
- UASD
- UCE
- UCNE
- UCATECI
- UNPHU
- UNIBE
- UTESA
- UNIREMOHS

Durante el proceso diagnóstico para este Plan Estratégico Nacional de Salud se convocó a las instituciones miembros a participar de una sesión para expresar sus pareceres y colaborar con el ejercicio FODA para recursos humanos en salud que se incorporó al FODA general de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

La información recolectada sobre oportunidades y amenazas, en conjunto con las fortalezas y debilidades, permite el diseño de proyectos que, gradualmente, mejoren el desarrollo de los recursos humanos en salud que requieren los retos de salud del país.

Funciones esenciales de Salud Pública

Tal como se mencionó en la introducción, el análisis de las 11 FESP entre OPS, MISPAS y otras entidades, arrojó datos que nos permiten identificar brechas para ser abordadas con los proyectos que de este Plan Estratégico se desprendan. En tal sentido, la FESP relacionada con esta dimensión de cantidad, calidad y distribución de los recursos humanos en salud, es la FESP 6. Las demás FESP tocan tangencialmente esta dimensión. Las recomendaciones son:

FESP 6. Desarrollo de los recursos humanos para la salud

Los órganos a cargo de la rectoría y gobernanza de los recursos humanos en salud, debe elaborar e implementar el plan nacional para el desarrollo de recursos humanos en salud, con participación de los niveles subnacionales y otros sectores. Esto implica, entre otras acciones, implementar la carrera sanitaria en el país. Se requiere también, realizar una buena gestión de los recursos humanos en salud, mediante el establecimiento de estrategias de retención para del personal en zonas aisladas, desatendidas o rurales, y para personal que se desempeña en el PNA.

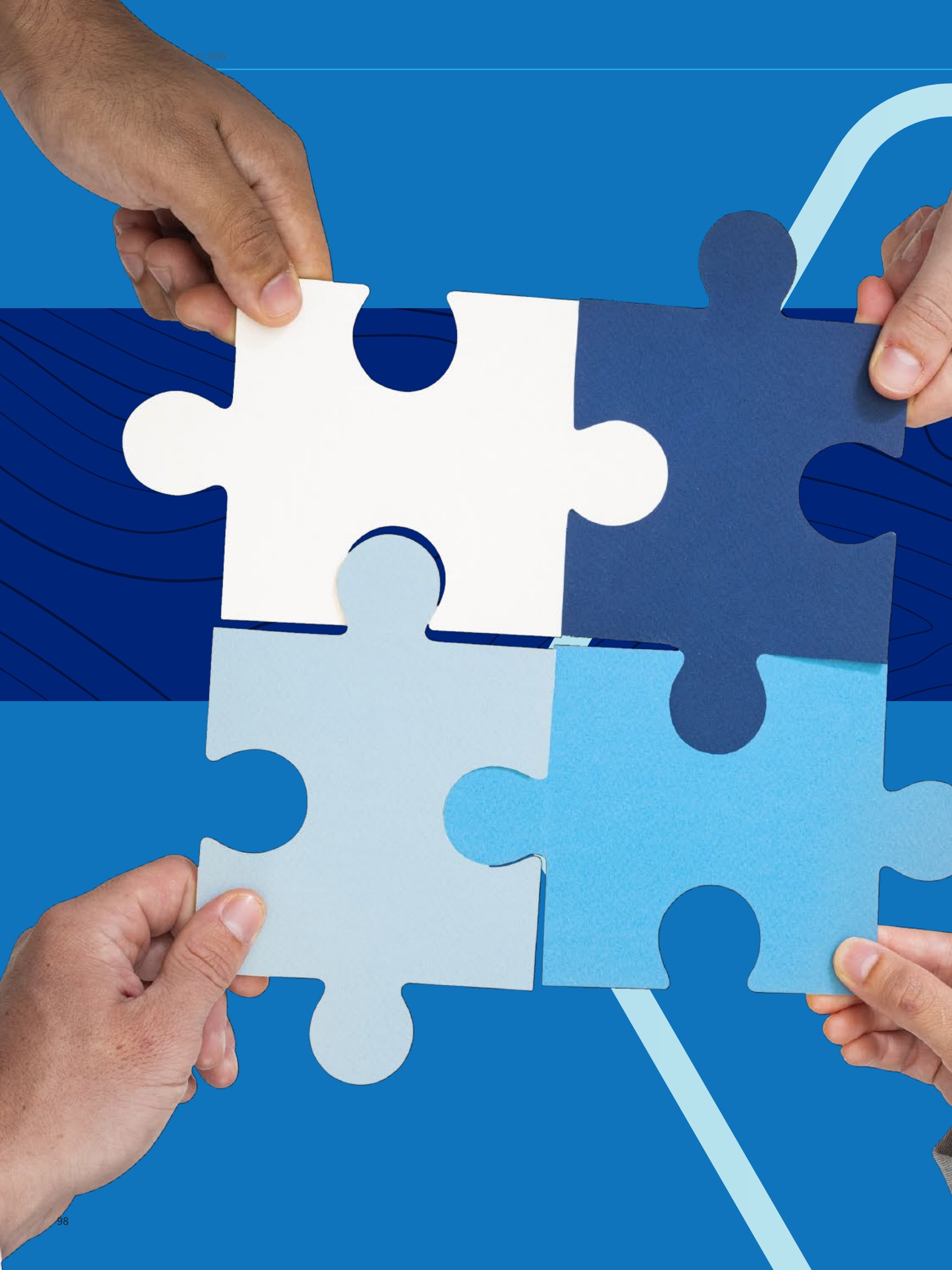






DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y REDES DE SERVICIOS SALUD

Indicadores sociodemográficos 2022	Línea basal
Población dominicana	10,535,535 Hab.
Tasa bruta de natalidad	18.1 nacidos vivos por 1.000 Hab.
Nacimientos vivos anuales	157,084 nacimientos anuales
Tasa bruta de mortalidad	7.0 por 1,000 hab.
Defunciones totales	66,918 fallecidos
Tasa de Mortalidad Infantil (2021)	20.6 por 1,000 nacidos vivos
Tasa mortalidad neonatal	16 por 1,000 nacidos vivos
Porcentaje de población mayor de 65 años (2021)	8.0%
Porcentaje de población menor de 21 años (2021)	40.0%
Población Económicamente Activa (PEA)	64.8%
Esperanza de vida al Nacer (2021)	74.4 años
Edad promedio de la población dominicana (2021)	37.6
Total de hogares (2021)	3,335,155
Porcentaje de población de pobres monetarios	21.8%

Indicadores de Salud 2022	Línea basal
Carga enfermedad por isquémica coronaria	86.7%
Total fallecidos por enfermedades cardiovasculares accidentes cerebrovasculares y ENT	46,842 fallecidos
Tasa mortalidad por Enfermedades No Trasmisibles (ENT)	512.7 por 100 mil hab.
Tasa de mortalidad Enfermedades Trasmisibles (ET)	85.4 por 100 mil
Tasa mortalidad por causas externas asociadas a las violencias y accidentes de tránsito	108.4 por 100 mil
Casos de alcoholismo, ansiedad, depresión, drogodependencia e intentos de suicidio	64,314 casos
Primera causa problemas mentales (Crisis de ansiedad)	25,742 Casos
Segunda causa de problemas mentales (Depresión)	21,894 Casos
Porcentaje adultos padeciendo de Hipertensión Arterial	32.3%
Total adultos padeciendo de hipertensión	2,092,831
Total adultos que desconocen que son hipertensos	962,702
Discapacidad más frecuente (Visual)	8.34% de la población
Total centros públicos y privados de salud	9,302
Total centro de primer nivel de atención	1,226
Total casos patología de altos costos	15,629
Razón de médicos	15 por 10 mil habitantes
Razón de enfermeras	3.6 por 10 mil habitantes





SÍNTESIS DIAGNÓSTICA DE GOBERNABILIDAD



GOBERNABILIDAD
GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN
PÚBLICA-PRIVADA-COMUNITARIA

Comisión Técnica de Gobernabilidad, Gobernanza y Articulación Pública, Privada y Comunitaria

Este organismo técnico y social gesta fortalecer la gobernabilidad y la concurrencia de la visión y acción del sector y el sistema de salud mediante el robustecimiento de la articulación, la efectividad, la transparencia y la representatividad, con la decisiva participación e involucramiento de todos los sectores para facilitar el ejercicio del derecho a la salud.



Miguel Rodríguez Viñas, Viceministro
Coordinador
Comisión Técnica de Gobernabilidad,
Gobernanza y Articulación Pública,
Privada y Comunitaria



Marcela Mirabal
Consultora Sénior
Comisión Técnica de Gobernabilidad,
Gobernanza y Articulación Pública,
Privada y Comunitaria



Miembros titulares de la Comisión Técnica

- Miguel Rodríguez Viñas Coordinación técnica / Ministerio de Salud Pública, Consultora Sénior
- Marcela Mirabal Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA)
- Alba Reyes Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)
- Alberto Fiallo Billini Federación de Juntas de Vecinos de la Zona Sur, Santiago
- Angelita Villamán Consejo Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS)
- Aura Celeste Fernández Colegio Médico Dominicano (CMD)
- Coral Pereira Asociación de Industriales de la Región Norte (AIREN)
- Carlos Guillermo Fondeur Servicio Regional de Salud Enriquillo (SRS IV)
- Cesar Ulises Díaz Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- Daphne Arbaje Ministerio de Administración Pública (MAP)
- Darío Castillo Lugo Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRS 0)
- Edisson Feliz Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
- Eritrudis Beltrán Comisión de Salud del Cámara de Diputados
- Francisco Díaz Foro Social
- Guadalupe Valdez Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- Gustavo Güilamo Hirujo Programa de Naciones Unidas Desarrollo (PNUD)
- Inka Mattila Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
- Julio Sánchez Maríñez Dirección General de Cuerpo Médico y Sanidad Militar
- José Puello Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Juan Gerardo Mesa Fundación Solidaridad
- Juan Castillo Burgos Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
- Karina Mena Comisión de Salud del Senado
- Lía Díaz Santana Servicio Regional de Salud Norcentral (SRS II)
- Manuel Lora Perelló Dirección de Conducción Sectorial, MSP
- Mariel Meléndez Servicio Nacional de Salud (SNS)
- Mario Lama Olivero Servicio Regional de Salud Valdesia (SRS I)
- Marcelino Guzmán Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Olivier Ronveaux Universidad Iberoamericana (UNIBE)
- Odile Camilo Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
- Pedro Luis Castellanos Asociación para el Desarrollo de Cienfuegos
- Radhamés Gómez Agencia de Estados Unidos para Desarrollo Internacional (USAID)
- Rebecca Latorraca Cámara Americana de Comercio
- Roberto Herrera Ciudad Alternativa
- Ricardo González Servicio Regional de Salud Este (SRS V)
- Ricardo Romero Seguro Nacional de Salud (SENASA)
- Santiago Hazim Albaine Colegio Médico Dominicano (CMD)
- Senén Caba Experta en Planificación estratégica en salud
- Tirsis Quezada Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Yolanda Saturria

Fuente: Base de datos. Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

Comisión Técnica designada por comunicación formal del ministro de salud Daniel Rivera y juramentada en el salón Las Cariátides de la Casa de Gobierno, Palacio Nacional el 10 de mayo 2022. Las Comisiones Técnicas del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 tendrán carácter permanente en el proceso de implantación de esta Agenda Oficial del Desarrollo y contribuirán en el Observatorio de Salud 2030, como proyecto estructurante de gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria.



2. SINTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN PÚBLICA-PRIVADA Y COMUNITARIA

2.1. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. Antecedentes

Por primera vez, un Plan Estratégico del Sector Salud trata a profundidad la gobernabilidad y gobernanza, razón que fundamenta esta introducción conceptual y metodológica.

En años recientes, especialmente en la última década, los esfuerzos de mejora tanto a nivel del sector público como privado han reconocido en la gobernanza y la gobernabilidad un aspecto crucial para alcanzar los objetivos de mediano y largo plazo que esos planes de desarrollo se trazan. La necesidad de contar con reglas claras, definidas y aplicadas a través de consenso entre las partes involucradas y en coherencia con las necesidades del bien común, ha sido reconocida como una condición *sine qua non* para el buen funcionamiento de sistemas de cualquier naturaleza.

En mucha de la literatura desarrollada sobre el tema, los términos *gobernanza* y *gobernabilidad* se utilizan indistintamente. De hecho, la Real Academia Española apoya esa corriente, al definir la gobernanza como “el arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”, mientras que gobernabilidad “cualidad de ser gobernable; gobernanza”⁴⁵.

Esa interdependencia entre ambos conceptos es destacada por algunos autores y expertos en la materia, como Carmen Celedón, experta chilena en asuntos públicos⁴⁶:

“Gobernanza se refiere a los arreglos institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, y a las reglas de juego para ordenar los consensos y garantizar la estabilidad”.

“Gobernabilidad se refiere a la capacidad del Estado para conducir las políticas, así como de establecer consensos y conducir la acción colectiva”.

45 Real Academia Española, www.rae.es.

46 Celedón, Carmen. *Gobernanza y participación ciudadana en la Reforma de Salud en Chile*. Ponencia presentada en el Tercer Foro Subregional de liderazgo en salud. 2002.

También Joan Oriol Prats, especialista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), plantea la dependencia entre gobernanza y gobernabilidad de una forma bastante clara⁴⁷:

“La gobernanza es la interacción entre actores estratégicos, mediada por la arquitectura institucional, que genera una determinada capacidad del sistema sociopolítico, para reforzarse así mismo (gobernabilidad). En otras palabras, la capacidad de gobernabilidad es conferida por los niveles de gobernanza”.

En éstas y otras referencias estudiadas, lo que se hace evidente es que tanto la gobernanza como la gobernabilidad son conceptos dinámicos, que involucran interacciones entre actores y son comparables a un proceso, por cuanto implican elementos que se concatenan entre sí para la obtención de un resultado.

Marc Hufty, investigador y catedrático del Graduate Institute of International and Development Studies en Ginebra, Suiza, resume lo anterior citando a Antonio Camou, en el libro “Los Desafíos de la Gobernabilidad”⁴⁸:

“Gobernabilidad es un estado de equilibrio dinámico entre el nivel de las demandas sociales y la capacidad del sistema político para responder a ellas de manera legítima y eficaz”.

En ese sentido, plantea que la gobernanza se refiere a “una clase de hechos sociales, los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos”⁵⁰. Hufty establece, además, que esos procesos son generalizables, es decir, se pueden observar procesos de gobernanza en cualquier época de cualquier sociedad.

Un aspecto fundamental que emana de los planteamientos de Hufty – y de los análisis que los sustentan – es que, para que cualquier política pública tenga éxito en cuanto a proporcionar beneficios para una nación o comunidad, se necesita el consenso de actores no gubernamentales. En consecuencia, la interacción entre el Estado y esos otros actores políticos no gubernamentales se convierte en un elemento vital de una buena gobernanza, lo cual Hufty describe como “los procesos de interacción entre los actores involucrados en un asunto público, que llevan a la toma de decisiones o a la formulación de normas sociales”⁵¹.

En ese mismo orden la Dra. Esther Nissán Schoenfeld, consultora en Promoción de Salud y Gestión Pública en el Instituto Nacional de Administración Pública de México, define gobernanza como “la interacción de diversos actores de diferentes sectores, incluyendo al gobierno, con un objetivo común”⁵².

Además, Hufty destaca las dos vertientes que sobresalen en los trabajos sobre temas de gobernanza y gobernabilidad⁴⁹:

“Con base en lo que se observa en la literatura y en la práctica, se usa el concepto de acuerdo con dos grandes perspectivas: como un marco normativo apuntando al cambio social o como un marco de análisis que explore los sistemas de coordinación no jerárquicos. En este caso cuenta con las siguientes características: los actores y lugares para la toma de decisión son múltiples, son formales (reconocidos por una autoridad) tanto como informales y las relaciones entre los actores son horizontales más que verticales, con una tendencia a ser autorreguladas”.

Por su parte, Martín Sabignoso, especialista en diseño, implementación y evaluación de políticas públicas innovadoras de salud en Argentina, coincide con Hufty al recoger en su definición de gobernanza tanto lo normativo como la relación entre actores⁵³:

“... el consenso sobre su definición apunta a un conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad”.

47 Oriol Prats, Joan. El concepto y el análisis de la gobernabilidad. Revista Instituciones y Desarrollo No. 14-15. 2003.

48 Hufty, M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Instituto de Altos Estudios Internacionales y de Desarrollo. Ginebra, Suiza. Recuperado el 19/06/22 de <https://scielosp.org/article/rsap/2010.v12suppl1/39-61/es/>
49 Ibid.

50 Ibid.

51 Ibid.

52 Nissán Schoenfeld, E. Hacia un nuevo modelo de gobernanza para la promoción de la Salud. Revista Buen Gobierno, núm. 26, pp. 1-28, 2019.

53 Sabignoso, M. Los 5 atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud. Blog del Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado el 26/06/22 de <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>

Las discusiones sobre la importancia de la gobernanza y la gobernabilidad no escapan al sector salud. Afortunadamente, en los últimos años se han realizado considerables avances en el estudio de estos aspectos como elementos centrales para mejorar los sistemas de salud.

En palabras de Marc Hufty, investigador ya citado, “La gobernanza en la salud pública es una cuestión que debe entonces ser considerada, a partir de un razonamiento que va más allá de las consideraciones técnicas (la aplicación de procedimiento eficientes para una cierta finalidad)”⁵⁴.

También la investigadora Sonia B. Fernández Cantón lo reconoce en un artículo publicado en la revista mexicana CONAMED: “... la gobernanza del sistema de salud es crucial para configurar su capacidad de brindar una mejor cobertura frente a desafíos cada vez más complejos como la cronicidad de las enfermedades, la presión tecnológica o las restricciones presupuestarias.”⁵⁵

Martín Sabignoso lo resume a la perfección en su ya citada publicación, cuando dice:

*“En el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fortalecer la gobernanza de los sistemas sanitarios ha cobrado renovada importancia porque con frecuencia se comprueba que buenas iniciativas para mejorar la protección social en salud fracasan no por falta de recursos o de voluntad política, sino por debilidades en la forma en que se adoptan y aplican las decisiones de política sanitaria”.*⁵⁶

Reconociendo la importancia de adaptar al contexto actual y nacional las diversas definiciones y conceptos revisados, la Comisión Técnica de Gobernabilidad elaboró una definición que recoge al mismo tiempo los elementos esenciales asociados a la gobernanza y a la gobernabilidad, las características actuales del Sistema Nacional de Salud dominicano y los aspectos que deben ser fortalecidos.

*Gobernanza y gobernabilidad en salud se definen como la **articulación pública-privada-comunitaria** para la implementación de políticas públicas, regulaciones y sistemas de gestión que **faciliten a la población el ejercicio del derecho a la salud.***

Como se puede apreciar, en la definición están presentes los tres elementos identificados como esenciales en los diversos autores consultados:

- *Consenso*, expresado en la palabra **articulación**;
- *Interacción de varios actores*, representados en los sectores **público, privado y comunitario**; y
- *Solución de un problema común*, que en este caso se refiere a **facilitar a la población el ejercicio del derecho a la salud**.

2.1.2. Variables para el estudio de la gobernabilidad

Luego de analizar diversos esquemas y abordajes para el estudio de la gobernabilidad, la Comisión Técnica de este pilar favoreció definir un modelo para el análisis de situación de la gobernabilidad en el sector salud que recogiera a la vez los aspectos considerados esenciales para una buena gobernanza y gobernabilidad, de tal modo que pudiera realizarse un estudio con relativa facilidad y en base a la información disponible.

En ese sentido, se definieron cuatro dimensiones de estudio, cada una de las cuales está caracterizada por diversas variables, que sirvieron de marco de referencia tanto para el análisis de la situación actual como para la elaboración de propuestas e iniciativas de mejora a ser incluidas en el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfico No. 1. Dimensiones y Variables para el análisis y fortalecimiento de la Gobernabilidad en el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad.

54 Hufty, M. *Op. cit.*

55 Fernández Cantón, S.B. *Conceptos relevantes sobre gobernanza y rectoría en salud*. Boletín CONAMED Volumen 4, No. 22 – 2019.

56 Sabignoso, M. *Op. cit.*

Calidad del marco regulatorio: esta dimensión se refiere a la fortaleza de las leyes, regulaciones, normativas y reglamentos atinentes que impactan en el sector salud. Dicha fortaleza viene determinada por:

- la *pertinencia del marco regulatorio y la precisión de las leyes*: requiere que los aspectos fundamentales cuenten con el marco legal vigente y que éste permita y promueva el desarrollo del sector salud. También se refiere a la claridad, precisión y exactitud en que las leyes estén redactadas;
- el *nivel de reglamentación de las leyes*: que existan los reglamentos, protocolos y lineamientos necesarios para hacer operativos los planteamientos establecidos en las leyes; y
- la *vinculación de la normativa con las políticas públicas*: y con las estrategias y planes de desarrollo nacional e internacional del sector.

Transparencia y rendición de cuentas: se refiere a la medida en que el accionar de las instituciones que forman parte del sistema de salud sea observable, verificable y en cumplimiento con la normativa, incluyendo un ejercicio regular de rendición de cuentas que impulse la veeduría ciudadana y el combate a la corrupción. Las variables que inciden en el logro de este objetivo son, primordialmente, las siguientes:

- *disponibilidad y accesibilidad de la información* oportuna, confiable, completa, comprensible, relevante y verificable, que facilite la veeduría y la rendición de cuentas y obstaculice la corrupción;
- *rendición de cuentas*, entendida como la responsabilidad del funcionariado y las instituciones que forman parte del sistema de salud de cumplir adecuadamente con sus funciones y dar cuenta de estas, facilitando la vigilancia y evaluación por parte de personas y entidades tanto de la sociedad civil como de los sectores privado y público; y
- *control de la corrupción*, en función de los mecanismos y procesos que previenen, regulan y sancionan el uso del poder público en beneficio particular y los acuerdos que se realicen entre instituciones o actores que lesionen el bien común.

Articulación y participación: la forma en que se toman las decisiones relativas a temas de salud, quiénes participan en la toma de decisiones y cómo se involucra la sociedad civil y la ciudadanía en dicha toma de decisiones. Entre los aspectos a considerar están:

- la existencia y efectivo funcionamiento de *instancias y espacios formales de articulación* en los cuales se ventilen y tomen decisiones en consenso y en la búsqueda del bien común;
- el grado de *representatividad de los diversos actores y sectores* que inciden o son impactados por las decisiones que se tomen en el ámbito de la salud en las instancias y espacios en los que se discuten y toman dichas decisiones; y
- el nivel y calidad de *participación e involucramiento* de la sociedad civil organizada y la ciudadanía en general en los procesos y decisiones que afectan el bien común, en el monitoreo de la ejecución y en la evaluación de resultados, así como la facilidad existente en las instituciones que forman parte del sistema de salud para promover, permitir y gestionar dicha participación.

Efectividad en la rectoría y gestión institucional: esta dimensión se refiere a la capacidad del órgano rector para conducir, integrar, coordinar, regular y supervisar los componentes y funciones del Sistema Nacional de Salud, así como la capacidad de las instituciones del sistema de ejecutar sus funciones de manera eficiente y eficaz y dar respuesta a las expectativas y necesidades de la población. Esta efectividad viene determinada por:

- la *capacidad rectora* o “capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud”⁵⁷;
- el grado de *organización de las funciones* atribuidas a las diferentes instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, y la medida en que dichas funciones están asignadas y son *ejecutadas* de forma adecuada, sin duplicidad y con orientación a la persona usuaria; y
- el nivel de estructuración del *monitoreo y evaluación de los resultados* así como el grado en que dicha evaluación se integra a los procesos de toma de decisiones y de planificación.

Como se puede apreciar, las múltiples aristas de la gobernabilidad y gobernanza del sistema de salud son consideradas en el marco del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. La importancia de este ejercicio para la mejora del Sistema de Salud se expresa en las palabras de Martín Sabignoso, autor ya citado:

“Como reflexión final diremos que la gobernanza del sistema de salud es crucial para configurar su capacidad de brindar una mejor cobertura frente a desafíos cada vez más complejos como la cronicidad de las enfermedades, la presión tecnológica o las restricciones presupuestarias.

“Fortalecer la gobernanza del sistema de salud significa ir más allá del liderazgo y la voluntad política. Supone construir burocracias competentes, elaborar reglas de juego claras y sistematizar patrones específicos para formular e implementar políticas sanitarias que mejoren sostenidamente el desempeño del sistema de salud y la calidad de vida de la población.”⁵⁸

Estas dimensiones y variables, además, están vinculadas con otros procesos de reforma, mejora y modernización que se están realizando en el país, como son los Diálogos por la Reforma y Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado, liderados por el Consejo Económico y Social, como se muestra en la figura 2 más adelante.

57 Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Organización Panamericana de la Salud (OPS). www.PAHO.org <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>

58 Sabignoso, M. Op. cit.

La Mesa Temática de Salud conformada en el marco de dichos diálogos definió como eje central de su trabajo:

“...el ejercicio del derecho a la salud de la población y el fortalecimiento del desempeño en la función del Estado para garantizar su ejercicio y contempla la visión integral del sistema de salud con el objetivo de asegurar el acceso al cuidado y atención a la salud individual y colectiva de las personas, promoviendo la cohesión sectorial para potenciar resultados sanitarios en el largo, mediano y corto plazo”⁵⁹.

Sobre esa base, la Mesa de Salud acordó 10 puntos a ser priorizados para alcanzar las metas trazadas para los próximos diez años, mostrados en la figura a continuación con su vinculación a las dimensiones de gobernabilidad definidas.

Gráfico No. 2. Vinculación de las Dimensiones para el estudio y mejora de la gobernabilidad en el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 con los puntos acordados en la Mesa de Salud del CES.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Informe Final de la Mesa Temática de Salud del CES.

Por otra parte, desde hace varios años el Ministerio de Administración Pública (MAP) lleva a cabo un proceso de reforma que procura mejorar la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios prestados por la gestión pública en la República Dominicana, así como para asegurar la transparencia en el gasto. Además, se enfoca en optimizar la estructura administrativa dentro del proceso de renovación y modernización de la administración pública que lidera.

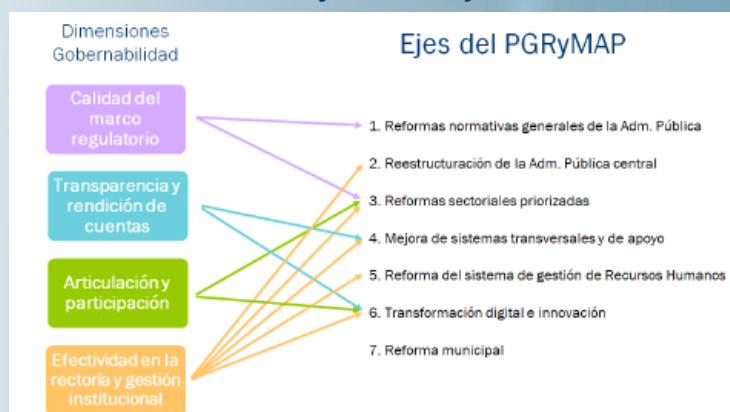
El Plan General de Reforma de la Administración Pública (PGRyMAP), tiene como objetivo “fortalecer la institucionalidad de la Administración Pública dominicana, para incrementar su capacidad de generar valor público, garantizar acceso a derechos e impactar positivamente en la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas”⁶⁰.

59 Consejo Económico y Social. Mesa Temática de Salud. Convocatoria Presidencial del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado. Informe Final Mesa Temática Salud. Junio 2022.

60 Ministerio de Administración Pública. Plan General de Reforma y Modernización de la Administración Pública. www.map.gob.do

Para lograrlo, se han definido 7 ejes básicos, cada uno de los cuales se vincula con las dimensiones para la mejora de la gobernabilidad del Plan Estratégico de Salud, como se muestra en el gráfico a continuación.

Gráfico No. 3. Vinculación de las dimensiones para el estudio y mejora de la gobernabilidad en el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 con los ejes del PGRyMAP.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del PGRyMAP.

Asimismo, existe vinculación entre dimensiones y variables definidas para el estudio y mejora de la gobernabilidad con las capacidades que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)⁶¹, que son las actividades consideradas críticas para garantizar la salud y el bienestar de la población. Desde su definición formal por la OMS en 1988, estas funciones han sido ampliamente aceptadas y utilizadas como guía para la planificación y ejecución de políticas y programas de salud pública en todo el mundo.

Gráfico No. 4. Vinculación de las Dimensiones para el estudio y mejora de la Gobernabilidad en el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 con las Funciones Esenciales de la Salud Pública-Renovadas.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Plan General de las Funciones Esenciales de la Salud Pública-Renovadas.

61 Organización Panamericana de la Salud. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Las Américas. Una Renovación para el Siglo XXI. Marco Conceptual y Descripción. Washington, D.C. 2020.



2.2. ESTADO DE LA GOBERNABILIDAD EN EL SECTOR SALUD

Como ya se ha señalado, constituye una novedad y sin dudas una fortaleza de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, el reconocer la importancia de la gobernanza y la gobernabilidad para el robustecimiento del Sistema Nacional de Salud, dedicando esfuerzos específicos a su estudio con miras a identificar iniciativas y proyectos de fortalecimiento.

Para esos fines, se realizaron diversas actividades de levantamiento de información que abarcaron desde la revisión documental, sondeos de opinión y foros regionales, hasta encuentros grupales e individuales con actores clave y expertos del sector.

Toda la información levantada ha servido de base para la presentación de los hallazgos resumidos en esta sección. Para mantener la coherencia con el marco conceptual definido para el estudio, dichos hallazgos han sido contextualizados en torno a las dimensiones y variables descritas en la sección anterior.

2.2.1. Calidad del Marco Regulatorio

Existe consenso en los diversos actores y actoras consultados por medio de las diferentes actividades realizadas para este diagnóstico, en que el marco regulatorio del sector salud, si bien con oportunidades de mejora, cuenta con elementos que le dan bastante robustez. A continuación, los instrumentos regulatorios más relevantes⁶² desde la perspectiva del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

⁶² En este cuadro resumen no se han incluido otras regulaciones que también son marco de referencia para este Plan, como la Constitución de la República Dominicana, la Ley 1-12 que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y las leyes y decretos aplicables a todas las instituciones de la administración pública. Tampoco se incluyen las diversas normativas y regulaciones específicas para ciertos aspectos de la atención médica y la industria de la salud.

Cuadro No. 1. Instrumentos regulatorios más relevantes del sector salud.⁶³

Instrumento	Resumen
Ley No. 42-01	Regulación de todas las acciones que permitan al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población, reconocido en la Constitución de la República Dominicana.
Ley No. 87-01	Establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el marco de la Constitución de la República Dominicana, para regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.
Ley No. 12-06	Regula el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental de toda la población.
Ley No. 135-11	Crea el marco jurídico que garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las personas con el VIH o con SIDA.
Ley No. 395-14	Ley de carrera sanitaria.
Ley No. 123-15	Crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con una Dirección Central y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado.
Decreto 74-03	Aprueba el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud.
Decreto 635-03	Establece el Reglamento de rectoría y separación de funciones básicas del Sistema Nacional de Salud.
Decreto 1138-03	Aprueba el Reglamento para la habilitación de establecimientos y servicios de Salud.
Decreto 349-04	Aprueba el Reglamento para la Habilidad y Funcionamiento de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, y sus modificaciones.
Decreto 350-04	Aprueba el Reglamento para la Habilidad y Funcionamiento de Laboratorios Clínicos y de salud pública, y sus modificaciones.
Decreto 351-04	Establece el Reglamento para el Registro de Reactivos para Diagnóstico Clínico.
Decreto 732-04	Aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
Decreto 1522-04	Creación y desarrollo de las redes de servicios de salud.
Decreto 42-05	Establece el Reglamento de Aguas para Consumo Humano.
Decreto 246-06	Aprueba el Reglamento que regula la fabricación, elaboración, control de calidad, suministro, circulación, distribución, comercialización, información, publicidad, importación, almacenamiento, dispensación, evaluación, registro y donación de los medicamentos.
Decreto 249-06	Aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud.
Decreto 309-07	Establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Decreto 434-07	Aprueba el Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas.
Decreto 400-12	Dicta el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Seguridad Social.
Decreto 608-12	Transfiere el Programa de Medicamentos Esenciales PROMESE/CAL al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
Decreto 379-14	Ordena la desconcentración administrativa, funcional y territorial del Viceministerio de Atención a las Personas y de los Servicios Regionales de Salud.
Decreto 82-15	Crea la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).
Decreto 200-16	Crea la Comisión para la Integración de la Red Única de Servicios Públicos de Salud.
Decreto 216-20	Crea la Red Nacional de Servicios de Sangre.
Decreto 498-20	Crea el Gabinete de Salud, entre otros Gabinetes.
Decreto 284-21	Declara de alto interés nacional la reforma y modernización del sector salud.
Decreto 231-23	Instituye a DIGEMAPS como órgano con desconcentración funcional, administrativa y financiera del MISPAS, con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios de su competencia.

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de los instrumentos citados.

⁶³ Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

Como se puede apreciar, y así fue destacado por los expertos, se trata de un marco legal robusto, con varias leyes marco y diversos reglamentos y normativas que lo complementan. Para evaluar la calidad del marco regulatorio en salud, se han valorado tres aspectos, cada uno de los cuales se analiza a continuación.

2.2.1.1 Pertinencia y precisión de las leyes

Esta variable hace referencia a la medida en que se cuenta con un marco legal que permite y promueve el desarrollo del sector salud, y hasta qué punto estas leyes ofrecen precisión, claridad y exactitud.

De todos los instrumentos presentados en el cuadro anterior, la Ley General de Salud No. 42-01 representa el principal apoyo para el cambio institucional y la reforma en el sector salud, y el punto referente para la organización del Sistema Nacional de Salud, reconociendo desde el Artículo 2 que la salud no es facultad exclusiva del sector salud:

La producción social de la salud está íntimamente ligada al desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en el producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto, mediante el cual se brindan a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas, económicas, legales, ambientales, educativas, de bienes y servicios, de ingresos, de empleos, de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del bienestar. Por lo tanto, la salud no es atribución exclusiva del sector salud y, en consecuencia, ya no se prestará exclusivamente dentro de sus instituciones.⁶⁴

Efectivamente, la Ley 42-01, así como la Ley 87-01 de Seguridad Social, son a la vez impulsoras y expresión del profundo proceso de reforma que se ha venido sucediendo en el sector salud dominicano, sentando las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente.

En el caso de la Ley General de Salud, tiene como objetivo establecer un marco para la política de salud, para mejorar la salud de la población y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, equitativos y accesibles para toda la población. La ley regula los derechos de los y las pacientes y establece las normas para la atención médica y los servicios de salud, incluyendo la regulación de los proveedores de atención y la investigación médicas.

Además, la ley establece un marco de planificación, evaluación y gestión de los servicios de salud, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la equidad en el acceso a la atención médica. La ley también establece medidas para prevenir y controlar las enfermedades y las epidemias, y para asegurar la calidad y la

64 Ley No. 42-01. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

seguridad de los productos farmacéuticos y los servicios de salud.

Asimismo, uno de los elementos principales de la Ley 42-01 es la organización del sistema nacional de salud en funciones esenciales y separadas: la rectoría, la provisión de servicios, el aseguramiento y el financiamiento. A estos fines, el Artículo 6 de la Ley establece cómo está conformado el Sistema Nacional de Salud⁶⁵:

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

En sentido general, la Ley General de Salud, como principal instrumento regulatorio del sector, es bastante clara en lo que establece y cubre los aspectos fundamentales que está llamada a regular. Sin embargo, las personas expertas consultadas señalan que la principal debilidad de ésta y otras leyes del sector salud radica en su implementación y en la carencia de sanciones para los casos de incumplimiento.

La falta de aplicación de sanciones impacta negativamente en la pertinencia de las leyes, por cuanto de nada sirve una ley planteada de manera clara y precisa si no se va a supervisar de manera efectiva su ejecución y aplicar las sanciones que correspondan cuando dicha ejecución no se corresponda con lo establecido.

La OPS también se refiere al tema en su informe sobre la evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) realizada junto al Ministerio de Salud Pública⁶⁶. El análisis de las capacidades para el ejercicio de las FESP señala como crítico el fortalecimiento de la legislación nacional y/o marcos jurídicos y reglamentarios que favorezcan el desarrollo e implementación del acceso y cobertura universal de la salud y aborden de manera integral los determinantes de la salud.

Asimismo, la evaluación MISPAS/OPS reveló que la autoridad nacional de salud no lidera la actualización periódica de leyes, regulaciones y normas conforme a revisiones planificadas, que cuenten con un mecanismo o procedimiento sistemático y evaluado por la ciudadanía.

65 Ibid.

66 Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

Otra ley de alta relevancia para el Sistema Nacional de Salud es la Ley 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con una Dirección Central y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado. Esta ley establece el marco legal para la organización y funcionamiento del sistema de salud en la República Dominicana y crea el Servicio Nacional de Salud como una entidad autónoma encargada de planificar, organizar, financiar y prestar servicios de salud de calidad a la población. Además, la ley establece la estructura organizativa y los procedimientos para la gestión y financiamiento del sistema de salud, y establece los derechos y responsabilidades de las personas usuarias y proveedoras de servicios de salud.

Su implementación a cabalidad, no obstante, ha sido un proceso lento e incidentado, que tiene como elemento central el Acuerdo Marco del Reglamento de Aplicación, el cual, a más de siete años de promulgada la ley, aún no ha podido suscribirse. Sin embargo, recientes esfuerzos realizados entre las instituciones suscribientes del Acuerdo Marco, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud, hacen pensar que la firma puede estar próxima.

Por otro lado, al momento de realizar este diagnóstico, el Congreso de la República Dominicana estudia propuestas para la modificación de la Ley 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Esta reforma a la Ley 87-01 tiene como objetivos⁶⁷:

- Dar cumplimiento a la disposición del artículo 29 de la Ley 13-20 que instruye a la realización de una revisión y estudio para la modificación integral de la Ley 87-01.
- Transcurridos 21 años, realizar una revisión conforme a los hallazgos obtenidos en atención a la experiencia acumulada.
- Atender a los reclamos de la población respecto de las demandas para la mejora de los servicios de salud.

Los aspectos más relevantes de esta reforma se recogen en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2. Puntos más relevantes para el Sistema de Salud contenidos en la propuesta de modificación de la Ley 87-01.

Aspecto	Modificaciones y resoluciones propuestas
Normas reguladoras y complementarias	Revisión y readecuación de los reglamentos y las resoluciones que han sido emitidas desde la promulgación de la Ley, dado que muchas no se ajustan al marco legal y violan disposiciones de la propia ley 87-01. Revisión de normas adoptadas que han dificultado el acceso a los servicios y al uso de las prestaciones y servicios contemplados en la ley.
Derechos y deberes de los afiliados	Revisión y mejora del artículo para garantizar entrega oportuna de prestaciones contempladas en la ley.
Ejercicio de la medicina	Establecimiento del Exequátur y la Habilitación por el Ministerio de Salud Pública como los códigos requeridos para el ejercicio de la medicina y la entrega de prestaciones de servicios de salud a los afiliados, tanto para médicos como para centros médicos, diagnósticos y laboratorios.
Plan Básico de Salud (PBS)	Se pudo establecer que por resoluciones se ha eliminado el PBS y sustituido por un Plan de Servicios de Salud (PDSS) que tiene prestaciones inferiores a las contempladas en la ley. Para corregir esto y garantizar mayor cobertura de servicios de salud a los afiliados y afiliadas: Se establece un catálogo de prestaciones sin limitaciones ni exclusiones dentro del PBS, con inclusión de prestación de servicios de las enfermedades de la salud mental de conducta humana, enfermedades autoinmunes, enfermedades genéticas y metabólicas, obesidad mórbida, la hipoacusia y el espectro autista. El CNSS aprobará los precios y tarifas de todos los servicios y procedimientos contemplados en el PBS ofrecidos por todos los Prestadores de Servicios de salud que participan en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), con base en la propuesta que le someta la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, la cual deberá considerar las tarifas y honorarios mínimos acordadas por el Comité Nacional de Honorarios Profesionales.
Protección en salud	Incremento en la edad desde 21 a 23 años (si están estudiando) para cobertura dentro del núcleo familiar. Cobertura real a los padres dependientes dentro del núcleo familiar.
Base de datos	Gestión y operación centralizada de la Base de Datos, la cual operará bajo control de la Tesorería de Seguridad Social para garantizar eficiencia, transparencia y eliminar conflictos de intereses.

⁶⁷ Presentación realizada a la Comisión Técnica de Gobernabilidad Salud 2030 por la Honorable Senadora Presidenta de la Comisión de Salud del Senado de R.D. Dra. Lía Ynocencia Díaz el 11 de noviembre de 2022.

Aspecto	Modificaciones y resoluciones propuestas
Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)	<p>Separación de la función de elaboración de políticas públicas de las funciones operativas del órgano superior del sistema, para eliminar conflictos de intereses entre quienes aprueban las políticas y quienes administran las operaciones diarias del órgano rector del sistema.</p> <p>Adecuación de las funciones del CNSS para garantizar el cumplimiento de leyes como la Ley General de Presupuesto, la Ley de Función Pública y la Ley Orgánica de la Administración Pública.</p> <p>Eficientizarían del CNSS a partir de una disminución de la cantidad de sus integrantes y garantía de participación de todos los sectores, estableciendo con claridad la separación de la participación del titular y el suplente.</p> <p>Las actas y documentos del funcionamiento del CNSS y los informes del Gerente General tendrán el carácter de documentos públicos.</p>
Seguro Familiar de Salud (SFS)	<p>Adecuación del Art. 119 sobre los riesgos que cubre el SFS, estableciendo una clara separación de dichas coberturas de aquellas que se producen por efecto de los accidentes de tránsito, las cuales estarán cubiertas por las pólizas de seguros de vehículos, garantizando así mayores recursos para atención a las enfermedades comunes.</p> <p>Revisión de normas adoptadas que han dificultado el acceso a los servicios y al uso de las prestaciones y servicios contemplados en la ley.</p> <p>Beneficiarios del SFS del Régimen Contributivo:</p> <p>El trabajador afiliado;</p> <p>Los y las pensionados de las leyes 87-01, 379 y 1896 independientemente de su edad y situación de salud, así como los de otros regímenes especiales;</p> <p>Los y las integrantes del núcleo familiar, en los términos descritos en el artículo 5 de la presente Ley.</p>
ARS / PSS	<p>Todo afiliado o afiliada tendrá derecho a escoger la ARS y la PSS para la administración de riesgo y prestación de servicios de salud. Ninguna ARS podrá establecer ningún mecanismo que impida dicha elección.</p> <p>No se permitirán negociaciones entre ARS y PSS fuera de las aprobadas por la SISALRIL.</p> <p>No se admitirán glosas a los procesos de facturación.</p> <p>La ARS tendrá la obligación de pagar a la PSS por los servicios brindados al afiliado en atención a los honorarios aprobados oficialmente por las entidades públicas del sistema.</p>
Procuraduría Especializada	<p>Creación de una Procuraduría Especializada para la Seguridad Social que se encargará de trabajar los delitos y las violaciones de los derechos que se cometan contra los afiliados y contra las instituciones públicas y privadas de la seguridad social.</p>

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de la presentación de la Honorable Senadora Dra. Lía Díaz.

La opinión de la Comisión de Gobernabilidad y de varios expertos consultados es que, excepto por la Procuraduría Especializada para la Seguridad Social –cuya pertinencia es necesario evaluar– **esta propuesta de modificación a la Ley 87-01 no ofrece grandes reformas**, sino que más bien enfatiza puntos ya contenidos en la legislación vigente que, de aplicarse correctamente, cumplirían las expectativas de todos los involucrados.

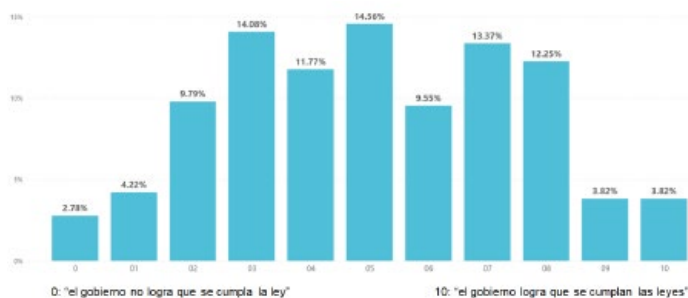
Tanto las personas expertas como los actores y actrices clave consultados para el análisis de capacidades y el ejercicio de las FESP coinciden en la necesidad de enfocar los esfuerzos en la *implementación* de la normativa y en la *aplicación de las sanciones* que corresponden cuando se violentan leyes, regulaciones o normas. Esto por sí sólo, plantean, representaría un gran avance en el fortalecimiento de la gobernanza.

Esta mejora en la implementación, expresan, debe abarcar también la aplicación equitativa de la normativa en los sectores público y privado. Resalta el hecho de que los actores y expertos de ambos sectores consultados para este Diagnóstico advirtieron que la entidad rectora no es equitativa ni consistente en la exigencia del cumplimiento de normas a las instituciones públicas y privadas.

Las opiniones de las personas expertas y actores/actrices claves consultados son secundadas por la percepción general sobre el cumplimiento de las leyes en el país.

Una de las preguntas incluidas en el Barómetro de Gobernabilidad en Salud realizado para este diagnóstico, se refería a la percepción de la persona encuestada sobre este tema. Se le pidió que asignara un valor del 0 al 10, donde “0” representa “nada” y “10” representa “completamente”, de acuerdo con su percepción sobre si el gobierno logra que se cumplan las leyes.

Gráfico No. 5. Percepción ciudadana sobre cumplimiento de las leyes en el país.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Como se visualiza en el gráfico anterior, la tercera parte de los entrevistados/as asignó valores entre 0 y 3, mientras que una cantidad similar asignó valores entre 7 y 10. Lo mismo puede apreciarse en los extremos absolutos, con porcentajes similares de entrevistados ubicándose en valor de 0 (2.78%) y en valor de 10 (3.82%), mientras que cerca del 40% de respuestas quedaron concentradas en los valores centrales de 4, 5 y 6.

Este comportamiento de concentración de opiniones en los valores centrales ya ha sido observado en otros instrumentos de esta misma naturaleza, tales como el Latinobarómetro en sus ediciones más recientes, y el Santiago-barómetro de Gobernabilidad realizado en el marco del Plan Estratégico de Santiago en sus ediciones 2010-2020 y 2020-2030. La relevancia de este resultado radica en la tendencia observada en los instrumentos citados a la facilidad con que esa **masa ubicada en el centro se mueve hacia el lado negativo cuando las condiciones que garantizan una buena gobernabilidad no son las adecuadas.**

Por otro lado, si se suman todas las respuestas con un valor de 5 o inferior, que corresponde a una percepción de un pobre cumplimiento de la ley, se tiene que casi dos terceras partes de los entrevistados (57.2%) tiene una percepción negativa sobre el grado de cumplimiento de las leyes en el país. De éstos, el 35% son personas profesionales o cursando estudios universitarios, que se presume estén mejor informados y en capacidad de formarse opiniones argumentadas. Un porcentaje similar (34%) de los entrevistados/as del mismo perfil tiene una percepción positiva sobre el cumplimiento de la ley en el país, asignando valores de 7 a 10.

Para el propósito de fomento de la participación social y fortalecimiento de la gobernanza, **es fundamental mantenerse observando este aspecto y trazarse metas de transformación, con claras demostraciones de apego a la ley** por parte de las instituciones y sus funcionarios, y con inequívoca aplicación de las sanciones correspondientes ante el incumplimiento.

2.2.1.2 Reglamentación de las leyes

Esta variable valora la existencia de reglamentos, normativas y regulaciones necesarias para hacer operativos los mandatos y lineamientos, establecidos en las leyes.

Como se aprecia en el cuadro sobre legislación vigente, presentado al principio de esta sección, existen diversos reglamentos, regulaciones y otras normativas en el sector salud de la República Dominicana. En particular, la Ley 42-01 está reglamentada por diversas disposiciones legales y regulaciones gubernamentales que establecen los detalles específicos sobre cómo la ley se aplicará en la práctica. Estos reglamentos incluyen directrices sobre accesibilidad a la atención médica, calidad de la atención médica, investigación médica y protección de los derechos de los pacientes, entre otros.

No obstante, hay desafíos en la implementación y aplicación de estas regulaciones.

Una de las dificultades que se presenta en la gestión y financiamiento del sistema de salud, que puede afectar la calidad y la accesibilidad de la atención médica. Tal y como señala el diagnóstico del eje de Economía y Financiamiento de la Salud, la existencia de copagos y la falta de cobertura adecuada revelan que el costo del Plan Básico de Salud demandado supera el monto per cápita. Esto trae como consecuencia un aumento en los gastos de los afiliados, y conflictos entre las prestadoras de servicios de salud y las ARS en su lucha por evitar pérdidas.

La implementación de la Ley General de Salud también presenta desafíos en la regulación de la industria farmacéutica, la protección de los derechos de los pacientes y en la regulación de las prestadoras de servicios de salud, por mencionar algunos.

Sin embargo, el mayor desafío en la aplicación de la Ley 42-01, y así lo confirmaron todos los expertos y expertas consultados, radica en la implementación del primer nivel de atención como punto de entrada básico, que juega un papel fundamental en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el manejo temprano de problemas de salud comunes.

Otro reto, en cuanto a reglamentación de las leyes, lo representa el **mantener una constante revisión y evaluación de los reglamentos** para asegurar que reflejen de forma adecuada el cambio y evolución natural de los sistemas.

Como ya se mencionó, la evaluación de capacidades de las Funciones Esenciales de Salud Pública determinó que **el actual marco regulatorio nacional no es adecuado para promover el acceso y la cobertura universal de la salud** y para abordar los factores que afectan la salud de manera integral. La valoración también indicó que la autoridad sanitaria nacional no está al frente de la modernización constante de las leyes, regulaciones y normas a través de revisiones regulares participativas.

Los grupos y actores clave, así como los expertos y expertas del sector salud consultados en el marco de este diagnóstico, plantearon la necesidad de fortalecer el marco legal con reglamentos y normativas que permitan operativizar lo que las leyes plantean de manera general. Las principales mejoras necesarias señaladas incluyen, entre otras:

- Cambio en la ley 42-01 y ley 87-01 para ordenar una sola autoridad sobre el Sistema Nacional de Salud (Nota: en la actualidad existe una situación que afecta la gobernabilidad, dada por la presencia de dos autoridades para un solo sistema de salud, El MISPAS y el CNSS.)
- Creación e implementación del Reglamento Operativo de la Ley No. 123-15.
- Revisión de los reglamentos, resoluciones y normas relacionados que toquen temas relacionados o contenidos en las Leyes 42-01 y especialmente en la Ley 87-01, pues varios contradicen lo que esta última establece.
- Revisión de las Leyes 42-01 y 87-01 para verificar la necesidad de actualización de algunos aspectos, dado que tanto el contexto como el perfil epidemiológico han cambiado desde la promulgación de ambas.
- Elaboración e implementación de Resoluciones operativas que complementen y fortalezcan el marco legal existente.

En ese orden, el MISPAS está llevando a cabo una revisión exhaustiva en el ámbito de la normativa en salud, actualizando y/o formulando numerosos documentos normativos y técnicos del área de prestación de servicios individuales y colectivos, de los cuales 10 fueron oficializados y puestos en circulación durante el año 2022.

Cuadro No. 3. Documentos Normativos y Técnicos actualizados y/o formulados por MISPAS en 2022.

	Normativa / Documento Técnico	Estatus
1	Plan estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2022-2025 (PEI TB).	Publicado
2	Manual de implementación de la calidad y humanización para la atención a personas con tuberculosis	Publicado
3	Manual de implementación de la calidad y humanización para la atención a personas con tuberculosis.	Publicado
4	Manual de evaluación para la calidad y humanización en la atención a personas con tuberculosis.	Publicado
5	Manual de evaluación para la calidad y humanización en la atención a personas con tuberculosis.	Publicado
6	Manual de estándares de calidad y humanización para la atención a personas con tuberculosis.	Publicado
7	Manual de estándares de calidad y humanización para la atención a personas con tuberculosis.	Publicado
8	Plan Estratégico para la Transversalización del Enfoque de Género en el Sistema Nacional de Salud, 2022-2030 PlanTEGS II	Publicado
9	Prioridades de Investigación en Salud	Publicado
10	Normas Administrativas y de Gestión de Enfermería	Publicado
11	Normas Nacionales para la Atención Integral en Salud de la Violencia de Género, Contra las Mujeres e Intrafamiliar	En proceso
12	Reglamento Técnico para la Gestión de Expedientes Clínicos	En proceso
13	Reglamento Técnico para Organización y Funcionamiento de los Comités de Análisis y Respuesta de Muerte Materna e Infantil	En proceso
14	Reglamento que regula la fabricación, elaboración, control de calidad, suministro, circulación, distribución, comercialización, información, publicidad, importación, almacenamiento, dispensación, evaluación, registro y donación de los medicamentos	En proceso
15	Protocolo para el uso de medicamentos del programa de Medicamentos de Alto Costo.	En proceso
16	Reglamento Técnico para la Habilitación de Servicios Clínicos y Quirúrgicos (actualización).	En proceso
17	Manual de evaluación para la calidad y humanización en la atención a personas con tuberculosis.	En proceso
18	Manual de diagnóstico parasitológico de la Malaria	En proceso
19	Manual de aseguramiento de la calidad del diagnóstico de la Malaria	En proceso
20	Reglamento técnico de Bioseguridad en aspectos ambientales para establecimientos de salud	En proceso
21	Manual de Procedimientos de Detección Temprana de Cáncer Infantil	En proceso
22	Manual de Procedimientos para la evaluación de hospitales seguros y acreditación de evaluadores de hospitales seguros	En proceso
23	Reglamento técnico que regula la promoción y la publicidad de bebidas alcohólicas	En proceso
24	Directrices para desinfección de superficies en instituciones públicas y privadas	En proceso

	Normativa / Documento Técnico	Estatus
25	Directriz de actuación de las enfermeras especialistas en salud materno neonatal de bajo riesgo y planificación familiar en la República Dominicana	En proceso
26	Estrategia de Implementación del Programa Hospitales Seguros en República Dominicana	En proceso
27	Lineamientos técnicos salas amigas de las familias lactantes en el entorno laboral	En proceso
28	Guía para la Organización y Funcionamiento de los Comités para la Vigilancia de las Cesáreas	En proceso
29	Reglamento técnico para la regulación de las actividades sanitarias vinculadas a la disposición de tejidos, órganos y cadáveres humanos	En proceso
30	Manual de Implementación de calidad y humanización para la atención a personas con tuberculosis	En proceso
31	Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Hemofilia y Otros Trastornos Congénitos de Coagulación en Pediatría	En proceso
32	Protocolo de Manejo de Anemia Aplásica en Pediatría	En proceso
33	Protocolo de Manejo de Linfoma Hodgkin en Niños y Adolescentes	En proceso
34	Protocolo de Manejo de Linfoma No Hodgkin en Niños y Adolescentes	En proceso
35	Protocolo de Manejo de Leucemia Granulocítica Crónica Pediátrica	En proceso
36	Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Hemofilia y Otros Trastornos Congénitos de Coagulación en Adulto	En proceso
37	Protocolo de Manejo de Anemia Aplásica en Adultos	En proceso
38	Protocolo de Manejo de Leucemia Linfocítica Crónica	En proceso
39	Protocolo de Manejo de Linfomas No Hodgkin de Estirpe B en Adultos	En proceso
40	Protocolo de Manejo y Tratamiento de la Leucemia Mieloide Crónica Según la Fase en Población Adulta	En proceso
41	Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento del Mieloma Múltiple	En proceso
42	Protocolo para el Manejo del Linfoma de Hodgkin en Adultos	En proceso
43	Protocolo de Manejo y Tratamiento de la Anemia Falciforme en Adulto	En proceso
44	Protocolo de Atención Nutricional en el Adulto Mayor	En proceso
45	Guía para el Manejo Nutricional e Integral de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en el Menor de 5 años	En proceso
46	Guía de práctica Clínica Renal y Crónica	En proceso
47	Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión sexual	En proceso
48	Guía de Lesiones Precancerosas y Cáncer Cérvico Uterino	En proceso
49	Protocolo para la evaluación del Crecimiento y Desarrollo en los menores de 5 años	En proceso
50	Protocolo de Atención al Recién Nacido Prematuro	En proceso
51	Guía para el uso de los fluoruros como medida preventiva en odontología	En proceso
52	Protocolo de Atención sobre Criterios de Seguridad en Cirugía Plástica de Liposucción (Actualización)	En proceso
53	Protocolo de Atención para Cirugía de Reconstrucción Mamaria con Implantes y Expansores (Actualización)	En proceso
54	Infarto Agudo con elevación del Segmento	En proceso
55	Protocolo Síndrome Coronario Agudo	En proceso
56	Protocolo de Manejo de Cefalea en Emergencia	En proceso
57	Protocolo Eventos Cerebrovascular Hemorrágico en Sala de emergencias	En proceso
58	Protocolo de Atención a Los Pacientes con Taquiarritmias Supra ventriculares	En proceso
59	Protocolo de Evento Vascular Cerebral	En proceso
60	Protocolo de Trombo embolismo Pulmonar	En proceso
61	Guía de Atención Primaria y prevención de demencias	En proceso

Se puede observar que *son diversas las problemáticas clínicas, epidemiológicas y de gestión abordadas por la revisión y actualización normativa que realiza el MISPAS*, desde planes estratégicos y estrategias de implementación para temas específicos hasta manuales de estándares, protocolos y guías técnicas.

En última instancia, la efectividad de la regulación de las leyes y la normativa del sector salud en República Dominicana dependerá de la implementación y aplicación efectivas de las regulaciones existentes, así como de la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades y desafíos en constante evolución.

2.2.1.3 Vinculación de la normativa a las políticas públicas

En esta variable examina la relación de las normativas con las políticas públicas y con las estrategias y planes de desarrollo nacional e internacional del sector.

La guía principal para las políticas públicas en la República Dominicana es la Ley No. 1-12, que establece la **Estrategia Nacional de Desarrollo 2030**⁶⁸ con cuatro ejes fundamentales, el segundo de los cuales se refiere a la salud como uno de los derechos que la población debe tener garantizada. De forma más directa, el Objetivo General 2 del segundo Eje es precisamente “Salud y seguridad social integral” y dentro de éste los dos primeros objetivos específicos:

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

2.2.2 Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.

En sentido amplio, La Ley General de Salud de la República Dominicana busca garantizar la protección de la salud de la población, la provisión de servicios de salud de calidad y accesibles, y la supervisión y regulación del sector de la salud. En ese sentido, esta Ley se encuentra en coherencia con los objetivos específicos de la END citados.

Asimismo, el **Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP)** es un marco referencial y punto de partida para fijar las prioridades, objetivos, metas y necesidades de recursos para las iniciativas más importantes de la administración pública en la República Dominicana. En ese sentido, el PNPSP 2021-2024 tiene establecidas 31 políticas públicas, dentro de las cuales se encuentra “Acceso universal a la salud y seguridad social”⁶⁹.

68 Ley No. 1-12. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

69 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021-2024. www.mepyd.gov.do

Esta política procura “la asignación de los recursos financieros requeridos para la ejecución de programas de salud pública preventivos, y la aplicación de un modelo eficiente de gestión de los establecimientos públicos, con recursos humanos competentes y comprometidos”⁷⁰. Para lograr universalizar el acceso, se plantean 4 estrategias principales:

- a) Implementar la Estrategia de Atención Primaria de Salud;
- b) Garantizar el acceso de la población a redes integradas de servicios de salud individual y colectiva;
- c) Garantizar el acceso universal, oportuno y con precios asequibles a medicamentos esenciales, seguros y eficaces; y
- d) Garantizar servicios de atención, rehabilitación, prevención y promoción.

Estas estrategias están estrechamente vinculadas con los planteamientos contenidos en la Ley General de Salud y la normativa que de ella se deriva, así como otros instrumentos del marco regulatorio de salud. En la primera evaluación de monitoreo realizada al PNPSP 2021-2024⁷¹, la política “Acceso universal a la salud” presentó un progreso global de un 63%, donde los principales desafíos identificados fueron aumentar el esfuerzo preventivo para disminuir la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal e infantil, así como mejorar la implementación del protocolo de prevención de las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia.

Por otro lado, como marco que engloba los planes a nivel del sector público en la República Dominicana y en los demás países miembros de las Naciones Unidas, están los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**⁷², un conjunto de 17 metas globales que fueron adoptadas en septiembre 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Estos objetivos abarcan los desafíos más urgentes y apremiantes a nivel global, incluyendo la pobreza, el hambre, la falta de acceso a servicios básicos de salud y educación, la desigualdad, el cambio climático y la degradación ambiental.

Los temas abordados por los ODS se enfocan en tres dimensiones interdependientes: desarrollo económico, protección ambiental y bienestar social. Aunque son diversos los objetivos que guardan relación con el sistema de salud, el marco normativo de salud está fundamentalmente vinculado con el ODS 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Igualmente guarda estrecha relación con el ODS 6: *Garantizar la disponibilidad y gestión sostenible del agua y saneamiento para todos*.

70 Ibid.

71 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Primer Informe Anual de Monitoreo del Plan Nacional Plurianual del Sector Público. www.mepyd.gov.do

72 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/

Existe convergencia también en los principios que rigen el Sistema Nacional de Salud, definidos en el artículo 11 de la Ley General de Salud 42-01⁷³, que incluyen *Universalidad y Equidad*, y el ODS 10: *Reducir las desigualdades económicas, sociales y de género*.

En conclusión, en términos generales y con sus oportunidades de mejora, **el marco normativo del sector salud está adecuadamente vinculado con las políticas públicas** y con los planes de desarrollo nacionales e internacionales. También lo está la política de salud de la República Dominicana, que se enfoca en mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de atención médica, y en reducir la brecha entre los sistemas público y privado.

2.2.2. Transparencia y Rendición de Cuentas

La transparencia y la ética en la gestión pública son dos elementos consagrados en la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030 (Ley No. 1-12), de la que derivan numerosas políticas, planes y proyectos desarrollados en la última década. El Primer Eje de la END y su Objetivo 1, describen la meta país al 2030⁷⁴:

Artículo 7. Primer Eje que procura un Estado Social Democrático de Derecho. - “Un Estado social y democrático de derecho, con instituciones que actúan con ética, transparencia y eficacia al servicio de una sociedad responsable y participativa, que garantiza la seguridad y promueve la equidad, la gobernabilidad, la convivencia pacífica y el desarrollo nacional y local”.

Objetivo general 1.1 Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.

También, y precediendo a la END, a partir de la promulgación de la Ley No. 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública, son muchos los avances que en ese sentido se han registrado en el sector público, desde la creación de las Oficinas de Acceso a la Información (OAI) hasta importantes esfuerzos por hacer la información más fácilmente accesible.

En ese sentido, aunque no existen indicadores específicos para medir la oportunidad y confiabilidad de la información que brindan las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Resolución No. 002-2021 de febrero 2021 de la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG)⁷⁵ deja establecidos los lineamientos de transparencia con los que deben cumplir las instituciones públicas. Entre ellos, se instruye a las instituciones a contar con un Portal de Transparencia, accesible desde su portal institucional, y se indica tanto la estructura de dicho portal como la información que debe estar disponible para ser consultada por los ciudadanos y los formatos a utilizar.

Una revisión de los **Reportes de Monitoreo realizados por la DIGEIG**⁷⁶ durante los tres primeros trimestres del 2022⁷⁷ muestra que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y otras de relevancia para el Sistema, cumplen en su mayor parte con las disposiciones, a juzgar por las calificaciones asignadas por la DIGEIG⁷⁸.

Cuadro No. 4. Calificación en Transparencia de principales instituciones del Sistema de Salud ene-sep 2022.

Institución	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Ministerio de Salud Pública /MISPAS)	94.3	93.3	96.0	96.0	89.8	95.8	99.4	96.8	90.3
Servicio Nacional de Salud (SNS)	95.0	91.0	92.5	99.0	99.0	100.0	91.8	97.8	99.0
Seguro Nacional de Salud (SENASA)	76.5	100.0	87.0	85.5	73.0	78.8	83.1	74.6	65.0
PROMESE/CAL	96.5	96.5	98.0	98.0	100.0	95.0	99.0	96.5	96.0
Servicio Regional de Salud Metropolitano	92.3	92.4	93.0	93.5	95.5	92.4	95.3	96.0	100.0
Consejo Nacional Personas Envejecientes	92.8	91.0	92.5	87.6	97.6	89.6	97.0	97.0	99.0
Consejo Nacional para el VIH y el SIDA	90.7	88.7	82.5	82.2	84.9	89.4	84.5	85.5	84.0

73 Ley No. 42-01. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

74 Ley No. 1-12. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

75 Sitio web de la DIGEIG. <https://www.digeig.gob.do/wp-content/uploads/2021/04/Resolucion-DIGEIG-No.-002-2021.pdf>

76 La División de Monitoreo de Portales de Transparencia de la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) realiza evaluaciones mensuales a las divisiones de transparencia de los portales web institucionales para garantizar el cumplimiento de la publicidad de las informaciones mínimas exigidas por las normativas vigentes de transparencia gubernamental y la Ley 200-04; en base a dichas evaluaciones, asigna una calificación máxima de 100 puntos a la institución evaluada.

77 El reporte del último trimestre del 2022 aún no se encontraba disponible en la página web de la DIGEIG al momento de redacción de este informe.

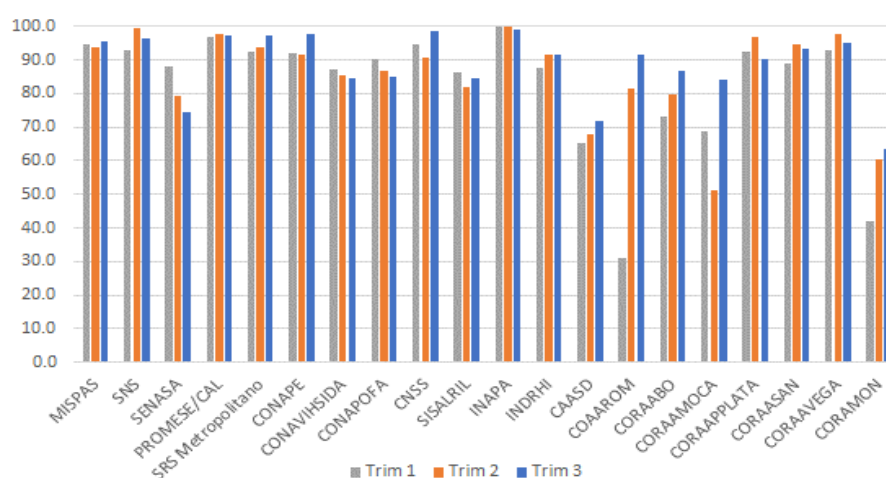
78 Las calificaciones se obtienen con la suma de 3 componentes, cada uno conformado por diversos elementos evaluados sobre la base de Cumple o no: Portal de Transparencia (82 pts.), Solicitud de Acceso a la Información Pública (13 pts.) y Datos abiertos (5 pts.).

Institución	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Consejo Nacional de Población y Familia	87.8	90.3	92.1	88.5	91.9	80.3	81.3	85.8	87.1
Consejo Nacional Seguridad Social (CNSS)	95.2	95.2	93.8	90.6	90.8	90.8	96.7	99.6	99.8
SISALRIL	92.5	88.5	77.8	78.0	89.0	79.2	86.5	86.4	80.7
INAPA	100.0	100.0	99.0	100.0	100.0	100.0	100.0	98.0	99.5
INDRHI	88.6	86.9	86.6	87.7	91.0	96.1	95.4	90.7	88.0
CAASD (Santo Domingo)	74.3	72.3	48.7	71.2	66.9	65.9	70.4	69.7	75.0
COAAROM (La Romana)	27.0	25.3	40.3	76.8	80.8	87.3	86.3	91.8	96.0
CORAABO (Boca Chica)	76.3	71.4	71.3	79.8	72.8	86.3	86.6	87.3	86.8
CORAAMOCA (Moca)	76.0	67.5	63.0	75.0	60.3	18.0	80.3	85.0	87.0
CORAAPPLATA (Puerto Plata)	94.5	95.0	88.3	93.2	97.8	98.8	90.5	100.0	80.5
CORAASAN (Santiago)	87.0	94.0	85.3	94.5	95.5	93.4	91.8	94.5	93.5
CORAAVEGA (La Vega)	94.0	92.0	93.1	98.3	98.4	96.6	98.6	94.1	91.8
CORAMON (Monseñor Nouel)	46.0	44.3	35.8	63.3	52.3	66.0	69.0	58.7	63.0

Fuente: Consultoría Senior de Gobernabilidad a partir de los Reportes de Monitoreo de Transparencia de la DIGEIG.

Además de un alto grado de cumplimiento, si se examina el comportamiento de los tres trimestres (Gráfico 6) puede observarse que varias instituciones presentan una tendencia ascendente en las calificaciones. También es favorable que las calificaciones obtenidas por el órgano rector del sistema, Ministerio de Salud Pública y el proveedor público, Servicio Nacional de Salud (SNS), se han mantenido por encima de 90 puntos y del promedio de las calificaciones en conjunto. No sucede así con otra institución clave, el SENASA, cuyas puntuaciones presentan un deterioro en el año y están por debajo del promedio de las instituciones.

Gráfico No. 6. Promedio de Calificaciones en Portal de Transparencia de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, Trimestres 1-3 2022.



Fuente: Consultoría Senior de Gobernabilidad a partir de los Reportes de Monitoreo de Transparencia de la DIGEIG.

Cuando se examina en el cuadro a continuación para los hospitales⁷⁹, se puede observar que las calificaciones obtenidas, a excepción de casos notables como el Hospital Pediátrico Hugo Mendoza, tienen un promedio inferior al de las instituciones incluidas en el cuadro anterior. Efectivamente, la puntuación promedio ronda los 80 puntos, aunque hay casos como el Hospital Docente Francisco Moscoso Puello, que distan mucho de esa calificación.

⁷⁹ La citada Resolución 002-2021 de la DIGEIG establece en su Artículo 2., Párrafo 2: “La vinculación de la división de Transparencia de los Portales webs institucionales al Portal Único de Transparencia solo se realizará cuando las obligaciones de transparencia activa de esa institución sean disponibles en su totalidad desde el Portal Único. Este proceso será acompañado y verificado por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG). No obstante, durante el proceso de migración el Portal Único de Transparencia irá presentando de forma paralela información pública de dicha institución.”. Entendemos entonces que los hospitales que no aparecen en estos Reportes de Monitoreo no han completado el proceso de estructuración de su Portal de Transparencia.

También resalta el hecho que sólo 14 del total de hospitales que forman parte de la red pública están siendo evaluados, con ausencias importantes como el Hospital Infantil Robert Reid, el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez y otros.

Cuadro No. 5. Calificación en Transparencia de los hospitales del Sistema de Salud, Ene-Sep 2022.

Hospital	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Centro Cardio-Neuro-Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)	99.5	98.8	99.2	98.2	95.2	87.4	91.8	93.6	97.6
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	88.9	90.5	89.3	91.6	81.4	90.1	91.4	87.1	83.9
Hospital Francisco Moscoso Puello	13.0	13.0	65.1	45.0	57.9	64.9	63.0	50.7	63.4
Hospital Docente Padre Billini	90.9	90.9	93.7	90.2	93.6	90.8	93.3	93.3	97.6
Hospital Docente SEMMA Santo Domingo	53.3	63.8	69.7	52.8	67.8	79.1	77.0	71.7	72.9
Hospital Universitario Darío Contreras	79.5	82.0	77.0	79.0	68.5	70.8	65.5	67.3	75.5
Hospital General Vinicio Calventi	92.0	87.0	87.5	89.5	92.5	87.0	98.5	99.5	99.8
Hospital Materno Reynaldo Almánzar	91.5	91.5	98.0	95.0	98.8	96.0	92.8	99.0	93.8
Hospital Pediátrico Hugo Mendoza	96.9	96.9	97.6	98.0	99.0	98.8	100.0	100.0	98.8
Hospital Regional Marcelino Vélez	75.8	77.8	80.9	83.1	76.8	86.9	80.9	82.4	61.8
Hospital Traumatológico Ney Arias	79.8	79.8	90.7	82.6	95.6	90.7	95.3	68.7	85.8
Hospital Traumatológico Juan Bosch	79.0	72.8	41.7	73.0	64.7	32.4	61.2	72.1	81.1
Hospital Maternidad La Altagracia	69.2	70.1	72.1	82-6	87.6	79.3	80.0	72.1	78.3
Instituto Nacional del Cáncer (INCART)	76.0	75.1	59.3	60.5	67.1	70.6	84.4	87.2	95.3

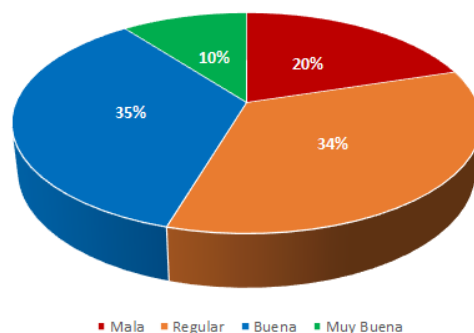
Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de los Reportes de Monitoreo de Transparencia de la DIGEIG.

A pesar de las altas calificaciones de las evaluaciones de la DIGEIG para las instituciones de salud en general, el ejercicio de evaluación de las capacidades para las FESP ya citado, revela **que no existen mecanismos explícitos de transparencia y rendición de cuentas sobre el cumplimiento de los objetivos sanitarios**. Señala, además, que no se cuenta con un sistema de seguimiento y supervisión de rendición de cuentas que se exprese en el nivel subnacional.

Las opiniones recolectadas en los foros regionales y otros encuentros celebrados en el marco de este diagnóstico participativo también reflejan que hay camino por recorrer en cuanto a la transparencia. En el ejercicio para identificación de Fortalezas y Debilidades en Gobernabilidad y Rectoría del Sector Salud se enunciaron debilidades relativas a la transparencia, que abarcan desde frases directas como “no hay transparencia” hasta particularidades como inconsistencia en la frecuencia de rendición de cuentas, poca confiabilidad de informaciones incluidas en las Memorias y falta de portales de transparencia en los hospitales, entre otras.

Asimismo, el formulario de recolección de información sobre “Situación de Salud” aplicado en los encuentros citados, incluyó varios acápite para evaluar la satisfacción del participante en aspectos de gobernabilidad, siendo la transparencia uno de ellos. Como se aprecia a continuación, las opiniones están casi igualmente distribuidas entre lo favorable (“buena” y “muy buena”) y lo desfavorable (“mala” y “regular”), con ligero predominio de esta última (55% no favorable vs 45% favorable).

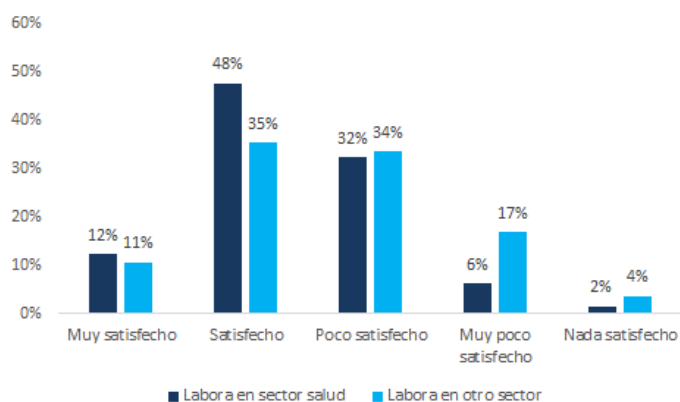
Gráfico No. 7. Satisfacción con la transparencia en el sector salud de los participantes en Foros Regionales.



Fuente: Consultoría Senior de Gobernabilidad a partir de los resultados del Formulario “Situación de Salud” 2022-2023.

Estas opiniones son consistentes con las recolectadas vía el Barómetro de Gobernabilidad, en el cual **la valoración desfavorable (poco, muy poco o nada satisfecho) superó, aunque no por mucho, a la favorable**. Esa percepción fue diferente entre las personas encuestadas pertenecientes al sector salud, quienes valoraron la transparencia en el sector de forma más favorable, tal como se muestra en la próxima figura.

Gráfico No. 8. Satisfacción con la transparencia en el sector salud de los entrevistados en el Barómetro.



Fuente: Consultoría Senior de Gobernabilidad a partir de los resultados del Barómetro de Gobernabilidad en Salud. 2023.

La evaluación de la transparencia en el sector salud realizada para este diagnóstico examinó, además, los tres aspectos que se detallan a continuación.

2.2.2.1. Disponibilidad de Información

Esta variable se refiere a la medida en que se cuenta con información oportuna, completa, accesible, comprensible, relevante y verificable que facilite la veeduría y la rendición de cuentas.

Si se examina la definición de transparencia adoptada por la Comisión Técnica de Gobernanza, Gobernabilidad y Articulación del Plan Estratégico Nacional de Salud, puede inferirse la importancia que reviste la información en un sistema transparente:

Transparencia y rendición de cuentas en salud es la medida en que el accionar de las instituciones que forman parte del sistema de salud sea observable, verificable y en cumplimiento con la normativa...

Esto así, pues la forma en que el accionar institucional se hace observable es a través de la información. Como ya se mencionó, la promulgación en el año 2004 de la Ley No. 200-04 de Libre Acceso a la Información Pública significó un avance decisivo en la forma como las instituciones públicas se relacionan con la ciudadanía, ya que establece el derecho de ésta a solicitar información a entidades del Estado y garantiza el acceso a la información pública en poder de estas.

Para cumplir con las disposiciones de dicha Ley, el Estado dominicano ha invertido esfuerzos de alta cuantía en proyectos de modernización y agilización de procesos, adopción de nuevas tecnologías de la información y comunicación e implementación de herramientas para la explotación de datos para orientar la toma de decisiones.

El sector salud no ha escapado a estas gestiones. Las instituciones del sector ejecutan iniciativas que incluyen desde equipamiento y software hasta fortalecimiento de estructuras organizativas y capacitación, con el propósito de cumplir las normativas.

En ese sentido, la Memoria Institucional 2022 del Ministerio de Salud da cuenta de varios proyectos e iniciativas llevados a cabo para mejorar la gestión de información tanto hacia afuera, la que accede la ciudadanía, como interna, con repercusiones de importancia sobre la información disponible. Algunas de estas iniciativas son⁸⁰:

- **Tablero de información gerencial:** plataforma que centraliza la información gerencial de todas las dependencias del MISPAS.
- **Rediseño del Portal Institucional y del Portal de Transparencia:** en atención a los lineamientos de la Agenda Digital 2030, mejora la estructura de estos portales para disponer herramientas de comunicación digital sólidas, actualizadas, de fácil navegación y acceso, que brinden una experiencia agradable al usuario/a y que faciliten el acceso rápido y seguro de la población a información sobre salud.
- **Implementación de Alba-MISPAS Chatbot de WhatsApp:** permite a la población en general acceder a información sobre los servicios ofrecidos por MISPAS y obtener resultados de pruebas COVID-19 realizadas en distintos puntos.

Por su parte, la Memoria Institucional 2022 del Servicio Nacional de Salud reporta varias iniciativas de fortalecimiento de la gestión de la información, entre ellas⁸¹:

- **Implementación y seguimiento de Plataforma Informática** para la medición de satisfacción de usuarios en los 15 Centros Clínicos y Diagnósticos de Atención Primaria en el SRS Metropolitana.
- **Implementación del Sistema de Información Operacional y Epidemiológico (SIOE)** en 5 centros penitenciarios.
- **Actualización del repositorio de Información y Estadísticas** de los servicios de salud para lograr mayor cobertura en uso de información para la toma de decisiones, investigación y rendición de cuentas al público sobre la situación de salud.

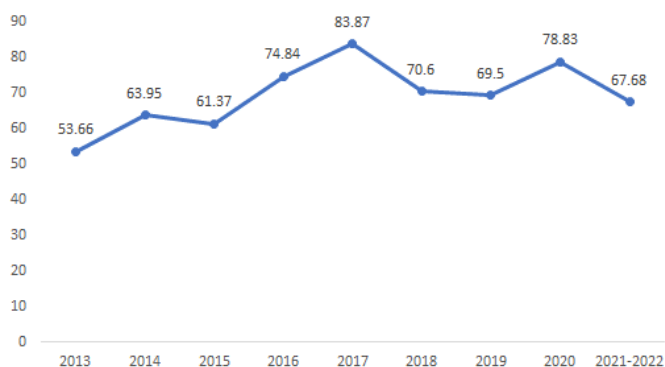
80 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria Institucional 2022. www.MISPAS.gob.do

81 Servicio Nacional de Salud. Memoria Institucional 2022. www.sns.gob.do

Una iniciativa que apoyará la disponibilidad de información y fortalecerá la transparencia y rendición de cuentas, entre otros importantes beneficios, lo representa la participación del ministerio en la **Red Centroamericana de Informática en Salud (RECAINSA)**. Ésta es una red creada por voluntarios/as centroamericanos, mayoritariamente profesionales y técnicos, que trabajan en el ámbito de la salud y la tecnología de la información, con el objetivo de apoyar las estrategias nacionales de salud digital e intercambiar experiencias y buenas prácticas tanto en el sector público como en el privado. Parte de las gestiones realizadas vía RECAINSA se enfocan en fortalecer la gobernanza de datos, abarcando desde su recolección y almacenamiento hasta su uso y divulgación.

Por otro lado, debe subrayarse que las estrategias y proyectos del MISPAS para fortalecer la gobernanza de datos y el mejor aprovechamiento de información para la toma de decisiones y la veeduría, **están aún en ciernes**, por lo que sus resultados tardarán en visibilizarse. Esto se evidencia en la posición que ocupa el MISPAS en el ranking del Índice de Uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) e Implementación de Gobierno Electrónico (iTICge) que realiza la Oficina Gubernamental de Tecnologías de Información y Comunicación (OGTIC)⁸²; en el siguiente gráfico se muestran los resultados de la última década.

Gráfico No. 9. Puntuaciones obtenidas por MISPAS en iTICge, 2013-2022.

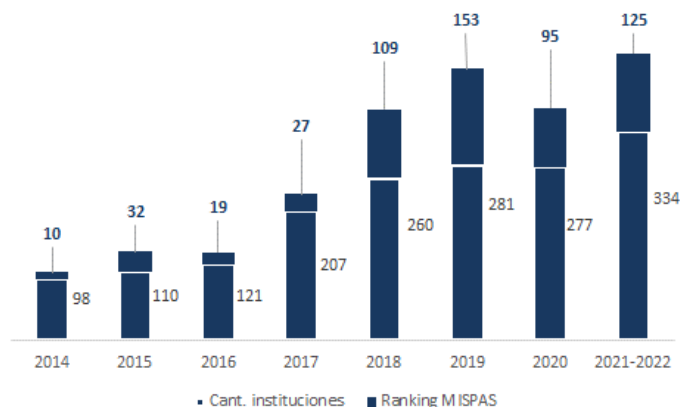


Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de las publicaciones anuales de iTICge.

Estas puntuaciones con promedio de alrededor de 70 **revelan la brecha en términos de aprovechamiento y utilización de TIC** para facilitar la transparencia y veeduría, aspecto que fue destacado también en el ejercicio de evaluación de capacidades para las FESP realizado por MISPAS/OPS, citado precedentemente. El índice cobra relevancia cuando se considera la posición en el ranking con relación al total de instituciones evaluadas en cada año, como se aprecia en el gráfico donde, en 2021-2022 MISPAS ocupa el lugar 125 de un total de 334.

⁸² Este índice proviene de una evaluación exhaustiva y metódica del progreso y los avances en la implementación de soluciones de TIC y de gobierno electrónico, con un enfoque particular en la mejora de los servicios ciudadanos, la eficiencia interna y la transparencia en las instituciones públicas de la República Dominicana. www.iTICge.gob.do

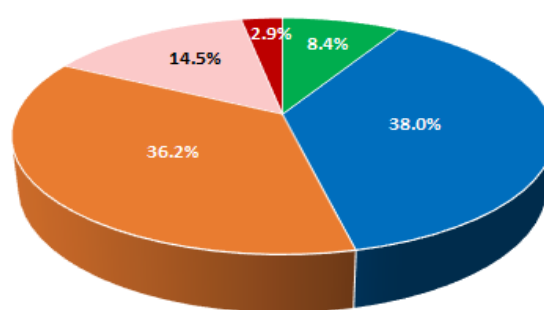
Gráfico No. 10. Ranking obtenido por MISPAS en iTICge, 2014-2022.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de las publicaciones anuales de iTICge, www.iTICge.gob.do.

Dado que la disponibilidad de información es un aspecto central en términos de transparencia, los instrumentos de recolección de información diseñados para este diagnóstico también abordaron ese aspecto. De los entrevistados para el **Barómetro de Gobernabilidad en Salud**, sólo **46% expresó estar satisfecho o muy satisfecho con la información** que el gobierno brinda sobre temas de salud y la facilidad para entenderla, mientras que la mitad dijo estar poco o muy poco satisfecho (ver próxima figura).

Gráfico No. 11. Satisfacción con la información que proporciona el gobierno sobre temas de salud.

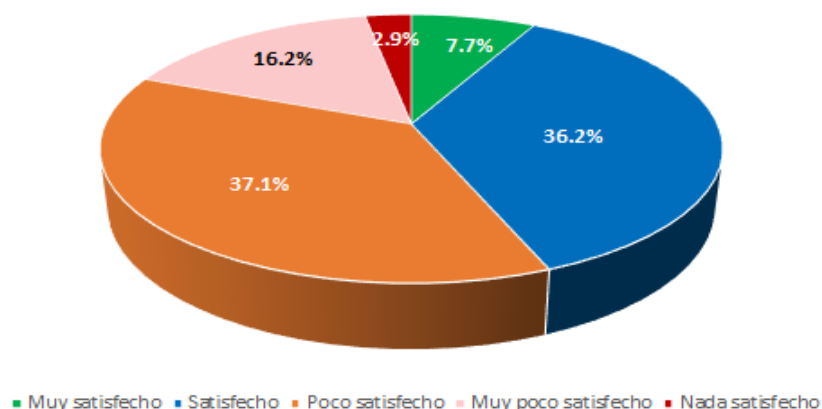


■ Muy satisfecho ■ Satisfecho ■ Poco satisfecho ■ Muy poco satisfecho ■ Nada satisfecho

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de resultados del Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Igualmente, se les preguntó sobre la publicación oportuna de las regulaciones nacionales sobre temas de salud, donde los resultados muestran que, por lo menos en términos de percepción, **la satisfacción es un poco menor** que en el caso de la pregunta anterior, 44% en respuestas de satisfecho o muy satisfecho, como se muestra a continuación.

Gráfico No. 12. Satisfacción con la publicación oportuna de regulaciones sobre salud.



Fuente: Consultoría Senior de Gobernabilidad sobre resultados del Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Sin embargo, la revisión de las solicitudes de información realizadas a la Oficina de Acceso a la Información Pública del MISPAS, revela que sólo el 2% de las 591 solicitudes del 2022 estaban relacionadas con leyes o regulaciones⁸³.

Cuando se examinan más a fondo los resultados del Barómetro sobre satisfacción con la publicación oportuna de regulaciones sobre salud, se desprenden algunas conclusiones interesantes. Como se ve en el siguiente cuadro, en cuatro de las provincias **alrededor del 90% de encuestados expresó estar insatisfecho** (sumando “nada satisfecho”, “muy poco satisfecho” y “poco satisfecho”).

Además, parece haber correlación entre el tamaño de la población de la provincia y el grado de satisfacción, donde en las provincias de menor población hay una mayor proporción de insatisfacción que en las que tienen poblaciones mayores.

Cuadro No. 6. Porcentaje de insatisfacción con la publicación de regulaciones sobre salud, por región.

Provincias	Región	Población	Cantidad No Satisfecha	Total encuestas	%
San Cristóbal	Valdesia	637,429	93	101	92.1%
San Juan Maguana	El Valle	221,736	32	35	91.4%
Barahona	Enriquillo	189,177	27	30	90.0%
La Altagracia	Yuma	353,406	49	56	87.5%
Valverde	Cibao Noroeste	176,720	18	30	60.0%
La Vega	Cibao Sur	411,290	38	65	58.5%
Duarte	Cibao Nordeste	298,913	27	48	56.3%
Santo Domingo y DN.	Ozama	3,949,189	300	624	48.1%
Santiago y Puerto Plata	Cibao Norte	1,378,390	99	219	45.2%
San Pedro de Macorís	Higüamo	304,966	22	49	44.9%
		7,921,216	705	1257	56.1%

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad sobre resultados del Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

La disponibilidad de información se valoró también en los foros regionales, en los cuales se señaló como una debilidad del sector salud. Algunos comentarios manifestaron posiciones extremas (“no hay acceso a la información pública de salud” o “no hay información disponible y confiable”). Pero la mayoría señalaban oportunidades de mejora en la calidad de la información, pero reconociendo que se han hecho avances.

⁸³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reportes de Estadísticas de Solicitudes de Información a la Oficina de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud Pública, Trimestres 1, 2, 3 y 4 del 2022.

En cualquier caso, tal como recomienda el Informe de Evaluación de Capacidades para las FESP de MISPAS/OPS, **es preciso “mejorar la calidad y oportunidad de la información relacionada a salud en el país”⁸⁴** con un adecuado diseño de sistemas y una efectiva aplicación de las tecnologías de información y comunicación. A esto se añade asegurar que la información llegue a todos los puntos sin distinguir el tamaño de la población.

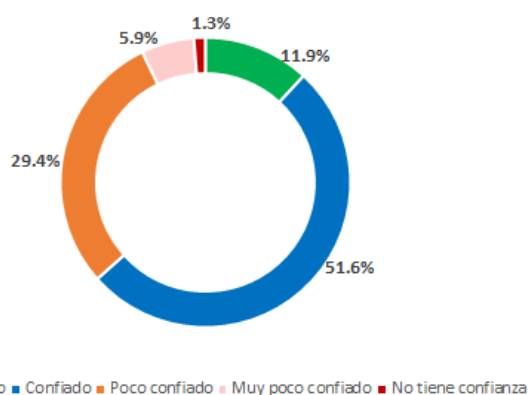
2.2.2.2. Rendición de Cuentas

En el estudio de esta variable se valora la responsabilidad de los funcionarios e instituciones de cumplir con sus funciones y dar cuenta de ellas y de sus decisiones.

Se ha convenido conceptualizar la **rendición de cuentas como el proceso mediante el cual una persona o entidad es responsable de explicar y justificar sus acciones y decisiones a aquellos a los que afectan**. En el ámbito gubernamental, se refiere a la obligación de los funcionarios públicos y cualquier entidad que maneje fondos públicos de justificar sus acciones y de explicar cómo han gastado dichos recursos.

La rendición de cuentas es una parte fundamental de la buena gobernanza, que procura promover transparencia, confianza y confiabilidad en la gestión de las instituciones y en la relación con sus grupos de interés. Por eso, resulta relevante conocer **el nivel de confianza** que tiene la población en las decisiones del gobierno en salud, aspecto que fue incluido en el cuestionario del Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud y se aprecia en la siguiente figura.

Gráfico No. 13. Confianza en las decisiones del gobierno ante un problema de salud.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de resultados del Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

El voto de confianza que se infiere de los resultados del Barómetro (63.5% sumando los resultados de “muy confiado” y “confiado”), **se explica probablemente por las acertadas decisiones tomadas por el gobierno dominicano y las autoridades de salud** ante la pandemia Covid-19, el problema de salud de mayor relevancia y trascendencia que el país ha experimentado en lo que tienen de vida la mayoría de los dominicanos y dominicanas. Ciertamente, el buen manejo en salud frente a la pandemia junto a las medidas para proteger la economía ha sido reconocido a nivel internacional.

Para que esta confianza sea sostenible, **se requiere de coherencia en la acción, es decir, correspondencia entre lo que se dice y lo que se hace**, para lo cual la rendición de cuentas es determinante. En ese sentido, resulta positivo la gestión que realiza el Ministerio de Salud por promover la rendición de cuentas no sólo al interior de la institución, sino también frente a las asociaciones sin fines de lucro (ASFL) que reciben fondos públicos del MISPAS.

En el 2021, el MISPAS estableció la *Política de Rendición de Cuentas de las ASFL de la Sectorial de Salud*, con el propósito de fomentar el cumplimiento de la normativa actual en relación con la regulación y apoyo de las ASFL, mediante la creación de normas complementarias que respalden los criterios para el correcto uso de fondos recibidos y una rendición de cuentas coherente con las actividades ejecutadas⁸⁵. Se estableció además una evaluación con reportes trimestrales en la cual se verifica, entre otros aspectos, el cumplimiento con lo establecido en la Ley 122-05 sobre el porcentaje de fondos que deben ser destinados a actividades operativas y administrativas.

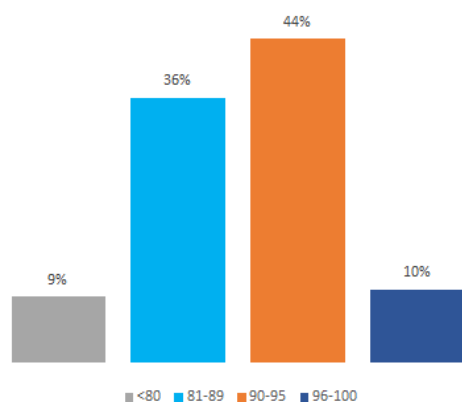
El reporte más reciente al momento de elaboración de este informe, correspondiente al trimestre julio-septiembre 2022⁸⁶, evidencia que la mayoría de ASFL cumple sus rendiciones de cuentas y utilizan los fondos para los fines correspondientes, con 54% del total de 178 ASFL habilitadas obteniendo calificaciones por encima de los 90 puntos, como se muestra en el gráfico.

⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

⁸⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Política de Rendición de Cuentas de las ASFL de la Sectorial de Salud. Octubre 2021.

⁸⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de Ejecución Financiera de ASFL del Ministerio de Salud Pública, Trimestre julio-septiembre 2022. 2022.

Gráfico No. 14. Calificaciones obtenidas por las ASFL en base a su rendición de cuentas, Jul-Sep 2022.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Informe de Ejecución Financiera de ASFL del MISPAS.

Cabe anotar que en ese mismo período de julio-septiembre, 38 ASFL no hicieron su reporte de rendición de cuentas en el Sistema Integrado de Gestión de las ASFL (SIGASFL), plataforma de información del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo.

Por otro lado, la publicación anual de memorias institucionales es otra práctica de rendición de cuentas instaurada desde hace ya varios años en el sector público dominicano. De hecho, es uno de los elementos valorados por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) en sus evaluaciones de los Portales de Transparencia de las instituciones, siendo éste uno de los componentes que deben formar parte del Portal de acuerdo a la normativa.

En ese sentido, agrega poco valor para este diagnóstico, comprobar si las instituciones están publicando o no su memoria institucional anual. Lo que sí es pertinente, es examinar qué información se incluye en esas memorias y si ésta se corresponde verdaderamente con una rendición de cuentas.

Para eso, y a modo de muestra, se revisaron las memorias más recientes de tres de las instituciones fundamentales del sistema nacional de salud, MISPAS, SNS y SENASA, valorando varios de los aspectos que describen una rendición de cuentas efectiva, los cuales se presentan a continuación.

- **Normativa:** adherencia de los documentos de Memoria a los lineamientos sobre formato y estructura de contenido para Memorias Institucionales descritos en la Guía elaborada por el Ministerio de la Presidencia⁸⁷.
- En este aspecto, los tres documentos revisados cumplen a cabalidad con los lineamientos establecidos en la Guía del MINPRE, tanto en cuanto a los elementos de formato y estilo de redacción como a estructura de contenido.

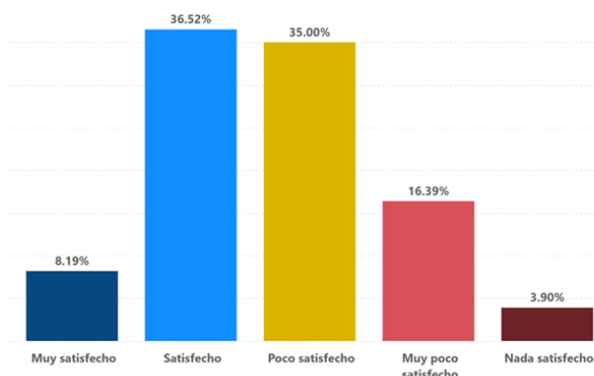
⁸⁷ Ministerio de la Presidencia de la República Dominicana. Guía para Elaboración de Memorias Institucionales. 2021. <https://minpre.gob.do/wp-content/uploads/2021/11/Guia-elaboracion-Memorias-Institucionales-2021.pdf>.

- **Cumplimiento:** la medida en que las ejecutorias están alineadas con los planes de trabajo y compromisos.
 - Se presentan los objetivos estratégicos del Plan Estratégico Institucional, y sólo en la Memoria de SENASA, el porcentaje de ejecución alcanzado por objetivo; sin embargo, ninguna de las tres instituciones incluye la meta de ejecución planteada para cada objetivo.
 - En los anexos se incluye la Matriz de Indicadores por Procesos, que contiene la meta que se había establecido para cada uno, así como la Matriz de Índice de Gestión Presupuestaria, que presenta el presupuesto programado, el ejecutado y el subindicador de eficacia.
 - También en los anexos se incluye una tabla cuyo nombre es Plan de Compras, que contiene los montos adjudicados por proceso, pero no hay manera de saber si estos procesos se corresponden con lo que se había programado ni si los montos adjudicados se corresponden con el plan de compras estipulado para el año en cuestión.
 - Se presentan listas considerables de ejecutorias, pero no se indica si es una acción que estaba contemplada en el plan de trabajo del año.
- **Evaluación:** valoración de los resultados obtenidos y análisis de los errores o deficiencias para poder mejorar en futuros procesos.
 - Se describe el impacto en la población y generación de valor de las ejecutorias.
 - Los resultados de encuestas de satisfacción con el servicio no se comparan con resultados de años anteriores, para mostrar tendencia si la hubiera.
 - En sentido general, la Memoria tiene una orientación más informativa que evaluativa, los resultados se presentan pero no van acompañados de un análisis ni valoraciones que permitan extraer lecciones aprendidas para años futuros.

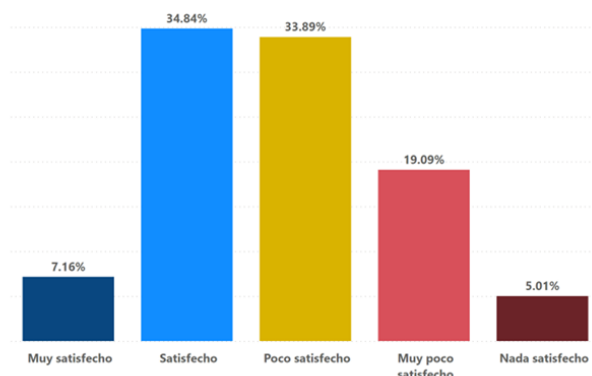
La necesidad de mejora en la rendición de cuentas del órgano rector fue reconocida también por los entrevistados en la encuesta de Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud, como muestran las figuras a continuación. Al sumar las valoraciones de “poco satisfecho”, “muy poco satisfecho” y “nada satisfecho”, se obtiene que 55% de las personas entrevistadas expresó insatisfacción con la transparencia y 58% con la rendición de cuentas del MISPAS.

Gráfico No. 15. Satisfacción con la transparencia con que se maneja el MISPAS en informar resultados y decisiones a la población y con la rendición de cuentas que realiza sobre el gasto público.

Transparencia con que se maneja el Ministerio de Salud Pública en informar las decisiones, fundamentos y resultados obtenidos a la población en general.



Rendición de cuentas acerca del gasto público con que se maneja Salud Pública.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Para fortalecer las conclusiones sobre la necesidad de robustecer la rendición de cuentas en el sector salud, cabe mencionar los resultados del análisis en este ámbito realizado a los órganos colegiados de más alto nivel del Sistema Nacional de Salud: Gabinete de Salud, Consejo Nacional de Salud (CNS) y Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

- **Gabinete de Salud.** El Gabinete de Salud de República Dominicana fue creado mediante el Decreto No. 498-20, mandato que insta además otros nueve (9) consejos consultivos con la función de “coordinación de criterios y el análisis conjunto de las áreas asignadas a los fines de diseñar políticas, estrategias y planes para fomentar el desarrollo en la República Dominicana, presentando sus recomendaciones al Presidente de la República para la toma de decisiones”⁸⁸.

Aunque es de carácter consultivo, su puesta en función durante la pandemia del COVID 19 le imprimió una alta relevancia e incidencia sobre el manejo de la pandemia en la República Dominicana y las decisiones que se tomaron no sólo en el ámbito de la salud, sino también en otras áreas. Entre las acciones impulsadas por el Gabinete de Salud están la implementación de medidas de distanciamiento social, la promoción del uso de mascarillas, el plan de vacunación contra el COVID-19, la realización de pruebas de detección del virus en todo el país, la adquisición de suministros y equipos médicos y la capacitación del personal sanitario.

Estas acciones no han sido acompañadas de una rendición de cuentas propiamente dicha, aunque han formado parte de los discursos de rendición de cuentas del Presidente de la República Luis Abinader del 2021 y 2022⁸⁹.

- **Consejo Nacional de Salud (CNS).** El CNS es un espacio de concertación y asesoría del MISPAS en la formulación de la política de salud. A pesar de que es un órgano asesor, la Ley de Salud establece que, para dar seguimiento en la ejecución y evaluación, el CNS “contará con los recursos físicos y financieros, así como con el apoyo técnico y administrativo que requiera en función de la Ley y su reglamento”⁹⁰,

En el CNS es donde existen más debilidades en rendición de cuentas. No dispone de un sitio web para publicación de ejecutorias, actas de reuniones y otras informaciones de interés, acorde con la normativa establecida. Tampoco es verificable que se hagan publicaciones por otra vía, ya que, por ejemplo, al hacer una búsqueda simple por el nombre completo o iniciales de la institución en los buscadores comunes, los resultados son los del “Consejo Nacional de Seguridad Social”.

88 Decreto No. 498-20. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>.

89 Discursos Presidente Abinader Rendición de Cuentas ante la Asamblea Nacional 27 de febrero 2021 y 27 de febrero 2022. <https://presidencia.gob.do/discursos>.

90 Ley No. 42-01. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

- **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).** El CNSS es el órgano rector y superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y, como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura y defender a los beneficiarios.

El CNSS tiene un Portal de Transparencia que sigue los lineamientos establecidos y que en los primeros 3 trimestres del 2022 mantuvo **una calificación promedio de 95 puntos en las evaluaciones** realizadas mensualmente por la DIGEIG (Cuadro 4). Además, sus ejecutorias se evidencian en las Memorias que publica vía este portal.

También las resoluciones emitidas por el CNSS están disponibles en el Portal de Transparencia, organizadas tanto por fecha como por tema (esta última actualizada sólo hasta 2016).

2.2.2.3. Control de la Corrupción

Este aspecto examina los mecanismos y procesos que previenen, regulan y sancionan el uso del poder público en beneficio particular.

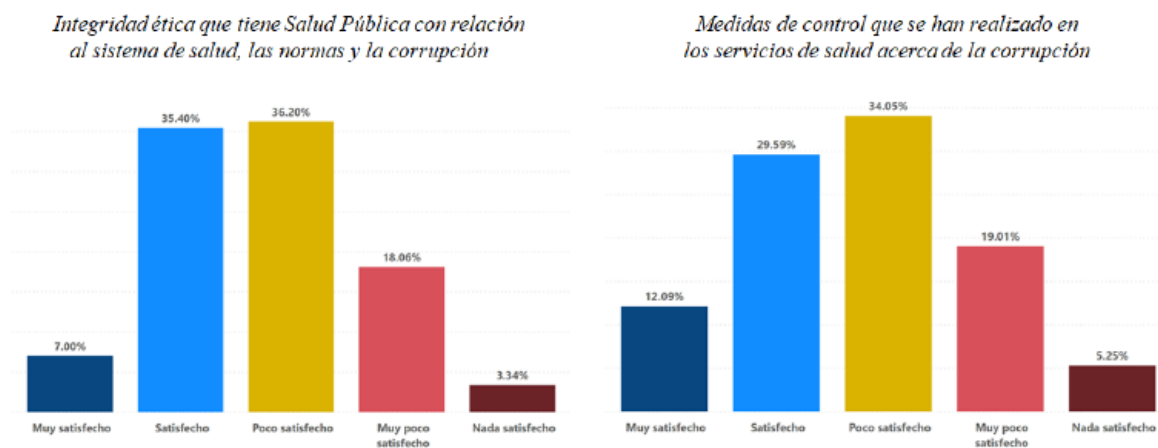
Un aspecto que ha sido el talón de Aquiles para el desarrollo de la democracia en la República Dominicana y Latinoamérica es la corrupción. De acuerdo con el Informe Latinobarómetro 2021, **“la corrupción en América Latina es un producto cultural que comienza con la certeza del 75% de los ciudadanos de que no existe igualdad ante la ley”**⁹¹. La percepción de aumento de corrupción, aunque ha disminuido, aún es alta en muchos países, la República Dominicana incluida.

Más de la mitad de los encuestados/as en el Latinobarómetro 2021 (54%) declaró percibir que la corrupción había aumentado el año anterior. **República Dominicana es el segundo país en la lista con mayor porcentaje de personas que dicen que ellas mismas o un pariente han sabido de un acto de corrupción.** “Cuando observamos el detalle por país y por tipo de institución o personero, no encontramos tampoco ausencia de corrupción. La sospecha de corrupción en las sociedades latinoamericanas es completa”⁹².

El sector salud en la República Dominicana no escapa a esa realidad. En los últimos años ha habido varios casos de corrupción en el sector salud del país, algunos ampliamente reportados por los medios de comunicación, como la compra de productos adulterados, desvío de fondos públicos, sobrevaluación de costos y contrataciones ilegales.

De ahí que los **resultados de la encuesta Barómetro de Gobernabilidad en Salud sean consistentes con los del Latinobarómetro.** El porcentaje de insatisfacción de encuestados con respecto a la integridad ética de Salud Pública⁹³ y las medidas de control implantadas para prevenir la corrupción en servicios de salud (58% en ambos) supera al de satisfacción, como se ve aquí.

Gráfico No. 16. Satisfacción con la integridad ética de MISPAS con relación a la corrupción y con las medidas de control en los servicios de salud para prevenir la corrupción.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

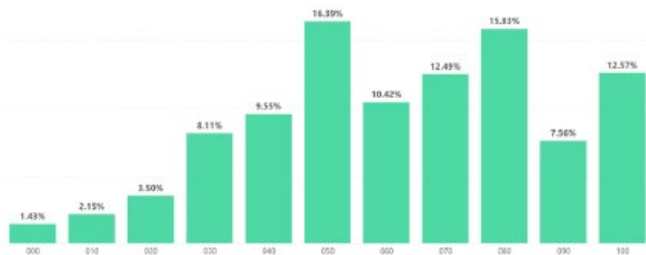
91 Corporación Latinobarómetro. Informe Latinobarómetro 2021. www.latinobarometro.org.

92 Ibid.

93 Debe tenerse en cuenta que el ciudadano común puede no estar en conocimiento de cuáles instituciones proveen servicios de salud, cuáles proveen aseguramiento y cuál es la rectora. El término “salud pública” suele usarse indistintamente para referirse a cualquier institución pública del sector salud.

La percepción ciudadana de corrupción se hace más palpable cuando se revisan los resultados de otra pregunta del Barómetro de Gobernabilidad. Se les planteó a los entrevistados/as que consideraran un universo de 100 funcionarios/as del sector salud, para que indicaran cuántos de esos 100 entendían que eran corruptos; los resultados se muestran en el gráfico a continuación.

Gráfico No. 17. Percepción de cantidad de funcionarios corruptos de un total de 100 funcionarios de salud.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Como se aprecia, casi el 60% de encuestados opina que más de la mitad de los funcionarios/as del sector salud son corruptos/as, con menos de un 2% opinando que ninguno es corrupto y más del 10% expresando que todos lo son. **Es, sin dudas, una percepción de corrupción alta.**

Sin embargo, tal y como apunta el Informe Latinobarómetro 2021 –y pudiera resultar paradójico– **la lucha de los Estados contra la corrupción y el fomento de la transparencia aumenta la cantidad de casos de corrupción** que son tratados a la luz pública, por lo que es necesario tomar en cuenta el contexto del país y la progresión en los indicadores, más que establecer comparaciones con otros países.

Efectivamente, los actores y actrices clave y expertos/as en salud consultados para este diagnóstico, coinciden en señalar como algo positivo los **avances realizados recientemente para fortalecer la transparencia en la gestión pública**, desde normativas y regulaciones hasta la aplicación intensiva de tecnologías de la información y comunicación para promover la veeduría. **De hecho, ninguno mencionó la corrupción como un asunto importante a atender en el sector salud.**

Tampoco en los foros regionales surgió el tema de corrupción en salud, ni en las discusiones abiertas ni en los formularios utilizados para recolección de información sobre fortalezas y debilidades en el ámbito de gobernanza y gobernabilidad, aunque sí se señalaron deficiencias en cuanto a transparencia y rendición de cuentas.

En cualquier caso, como ya se ha señalado en otros puntos de este informe, un punto fundamental para lograr fortalecer la gobernanza y gobernabilidad en salud será la consistencia en la aplicación de sanciones ante violaciones a las leyes y en el apego a las buenas prácticas de transparencia y rendición de cuentas. En este aspecto, en el cumplimiento y en la sanción al

¹²⁶incumplimiento, es donde radica el mayor reto.

2.2.3 Articulación y Participación Social

La articulación en el contexto de la gobernabilidad se refiere al proceso de coordinación y colaboración entre diferentes actores y sectores para identificar problemas, analizar opciones y tomar decisiones conjuntas con relación a un tema específico.

Cuando se trata de temas complejos y multifacéticos, como la salud pública, la articulación es especialmente importante porque se requiere la **colaboración de diferentes sectores como el gobierno, el sector privado, la sociedad civil, las asociaciones comunitarias y la academia, para solucionar problemas** como la prevención de enfermedades, el acceso a servicios de salud y la promoción de estilos de vida saludables.

Por su parte, la participación social es el proceso mediante el cual las personas, grupos y comunidades se involucran activamente en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias que afectan su vida y entorno. Este es un aspecto fundamental de la gobernabilidad y el fortalecimiento de la democracia, que se fomenta mediante la promoción del diálogo y la colaboración, el acceso a información y recursos, el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, y el desarrollo de estructuras y procesos inclusivos y participativos que permitan la toma de decisiones conjunta.

En el ámbito de la salud, la participación social es determinante para alcanzar el objetivo de cobertura universal. Así lo ha considerado la Organización Mundial de la Salud, que en el año 2021 publicó el manual “Voz, Agencia y Empoderamiento: Manual de la Participación Social para la Cobertura Universal en Salud”.⁹⁴

Para evaluar el estado de la articulación y la participación social en salud en República Dominicana, se examinaron tres aspectos: las instancias de articulación que existen, la efectividad de su funcionamiento y la representatividad de los diversos actores en dichas instancias, así como la participación e involucramiento de los actores y la ciudadanía en la toma de decisiones y en las acciones sobre temas de salud.

2.2.3.1 Instancias de articulación

Esta variable abarca la evaluación de la existencia y efectivo funcionamiento de instancias y espacios formales de articulación en los cuales se ventilen y tomen decisiones en consenso y la búsqueda del bien común sobre temas de salud.

Desde hace varios años, la República Dominicana, a través del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), promueve la descentralización y desconcentración de la toma de decisiones, con espacios de articulación escalonados que integran actores de diferentes niveles. Así lo establece la Ley de Planificación e Inversión Pública, que en su artículo 6 define

⁹⁴ World Health Organization. Voice, Agency, Empowerment – Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage. 2021. Geneva.

los integrantes del Sistema de Planificación e Inversión Pública, que incluyen, además del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, instancias de articulación a nivel nacional, regional, provincial y municipal⁹⁵.

A nivel nacional está el Consejo de Gobierno, que es el órgano colegiado de coordinación de los asuntos generales de gobierno, integrado por Presidente y Vicepresidente de la República y los Ministros y Ministras. Para los niveles regional, provincial y municipal, están los Consejos de Desarrollo, organismos de participación en el ámbito territorial, que tienen como objetivo articular y canalizar las demandas y necesidades de la ciudadanía ante las autoridades centrales y municipales y participar en la formulación de los Planes Estratégicos de Desarrollo Territorial, de acuerdo con su ámbito de competencia.

Los Consejos de Desarrollo tienen una composición uniforme que incluye⁹⁶:

- Gobernación de la(s) provincia(s) (excepto por el Consejo de Desarrollo Municipal);
- Senador(es) y diputados de la(s) provincia(s) (excepto por el Consejo de Desarrollo Municipal);
- Alcaldía(s) del (los) municipio(s);
- Asociaciones empresariales y/o Cámara(s) de Comercio y Producción;
- Instituciones gubernamentales que tienen presencia en el territorio;
- Gremios profesionales del territorio;
- Asociaciones agropecuarias, juntas de vecinos y organizaciones no gubernamentales del territorio.

Esta estructura de planificación y articulación “en cascada” es un enfoque efectivo para fortalecer la gestión en el territorio y las comunidades y promover que tanto la identificación de los problemas, como las iniciativas para su solución y los proyectos de desarrollo del territorio, cuenten con la visión y el debido empoderamiento de los actores locales. Además, es coherente con el objetivo 1.3.1 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 sobre participación de la población.⁹⁷

Tal como se precisó en el diagnóstico del pilar de inclusión, el Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud define 4 mecanismos básicos que se deben articular para permitir la funcionalidad y desarrollo del Modelo, entre ellos la participación intersectorial, que se hace especialmente importante en el primer nivel de atención, tal como se describe en el Modelo:⁹⁸

El primer nivel de atención de la red asistencial, juntamente con las Unidades Territoriales Desconcentradas del MISPAS (Direcciones Provinciales de Salud (DPS) Direcciones Municipales de Salud (DMS) y Direcciones de Áreas de Salud (DAS)) realizan el análisis, identificación, definición e implementación de acciones intersectoriales en su ámbito de actuación. Para ello deben constituirse mecanismos formales de coordinación entre las Unidades Territoriales Desconcentradas del MISPAS y las Prestadoras de Servicios de Salud, sean éstas de patrimonio público o privado. Los ámbitos de participación local deben ser también entornos de actuación y difusión para el desarrollo de las estrategias intersectoriales.

En ese sentido, el subsistema de salud del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana también cuenta con varios espacios de articulación “en cascada” entre los diferentes actores/as y organizaciones involucrados. Estas instancias abarcan niveles desde las máximas autoridades nacionales hasta representantes municipales, como se muestra en la figura y se examinan más adelante.

Gráfico No. 18. Instancias de articulación del subsistema de salud del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad.

95 Ley No. 498-06. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

96 Para el Consejo de Desarrollo Regional, la Ley establece que a excepción de las gobernaciones, que deben tener representación de cada provincia debe estar representada, haya un solo representante de cada uno de los demás sectores que lo conforman.

97 Ley No. 1-12. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>

98 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud. 2017.

Órganos colegiados de alto nivel nacional. En el máximo nivel, el Subsistema de Salud cuenta con dos instancias de articulación, ya mencionadas en este informe: el Gabinete de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

La creación del **Gabinete de Salud** responde a una estrategia específica del gobierno del Presidente Luis Abinader de contar con “estructuras de asesoría, consulta y coordinación que permitan abordar problemáticas de forma integral, tomando en consideración la perspectiva de las entidades llamadas a ofrecer soluciones a las mismas”⁹⁹. El desempeño del Gabinete de Salud genera opiniones encontradas, aunque hay aceptación general de su significativo rol en el manejo del gobierno dominicano de la crisis sanitaria y no sanitaria provocada por la pandemia del Covid-19.

Por su parte, el **Consejo Nacional de Salud (CNS)** es el órgano de articulación de más alto nivel del subsistema de salud, consagrado en la Ley General de Salud como “la expresión nacional de la cogestión de la salud pública y basará su legitimidad en la representación delegada de las instituciones integradas al Sistema Nacional de Salud”¹⁰⁰.

Entre las funciones del CNS está la de “crear mecanismos de coordinación, comunicación e información entre las instituciones que conforman el sector, a fin de asegurar la eficiencia, eficacia y sentido de equidad de las acciones de salud que las mismas desarrollan”¹⁰¹. Sin embargo, la relevancia del CNS como ente articulador en el Sistema Nacional de Salud es cuestionable.

Casi todos los expertos/as y actores/as clave consultados coincidieron en señalar la necesidad de que el CNS asuma el liderazgo que le corresponde como máximo órgano de articulación del subsistema de salud. “El CNS pudiera ser un espacio interesante si se viera como un medio y no como un fin”, y “Mal pudiéramos esperar articulación en el territorio si al más alto nivel no la tenemos”, fueron de las opiniones más contundentes.

Ciertamente, como ya se mencionó en una sección anterior, el CNS tiene poca visibilidad y su espacio de relevancia en la práctica lo ha cedido al Gabinete de Salud.

Órganos colegiados a nivel nacional para áreas específicas. Existen diversas instituciones, todas adscritas al Ministerio de Salud Pública, que funcionan como órganos colegiados, articulando temas específicos con actores tanto del ámbito público como del privado y de la academia. Estos son, **Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)**, **Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)**, **Consejo Nacional para el VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA)**, **Consejo Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS)** y **Consejo Directivo del Centro de Atención Integral a la Capacidad (CAID)**.

La composición de estos Consejos, como se verá en la próxima sección, así como sus ejecutorias, indican que, aunque con sus oportunidades de mejora sobre todo en la estructuración de la articulación, en general ésta se lleva a cabo de forma adecuada.

Espacios de articulación territorial. Para la articulación sobre temas de salud en el territorio, existen espacios formalmente definidos, como son los Comités de Salud y las Mesas de Salud.

Los **Comités de Salud** son grupos comunitarios formados por residentes locales que trabajan en colaboración con las autoridades de salud para fortalecer la atención primaria de salud y promover la salud en sus comunidades¹⁰². La conformación de estos Comités está planteada en el Modelo de Atención en Salud como una de las actividades directas vía las cuales se prestan los servicios en el Primer Nivel de Atención.

Las funciones de los Comités de Salud incluyen la promoción de hábitos saludables, la prevención de enfermedades, la educación en salud, la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y control de las enfermedades endémicas y la colaboración en el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención médica. De acuerdo con lo reportado por el Servicio Nacional de Salud, **existen 641 Comités de Salud activos** distribuidos a lo largo del territorio nacional como se muestra en el siguiente cuadro.

99 Decreto No. 498-20. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>.

100 Ley No. 42-01. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>.

101 Ibid.

102 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud. 2017.

Cuadro No. 7. Establecimientos con Comités de Salud activos por región.

Región	CPN	Comités	Miembros totales	Masculino	Femenino
Metropolitano	132	148	301	187	114
Valdesia	151	51	475	274	201
Norcentral	26	26	112	51	61
Nordeste	126	126	759	489	270
Enriquillo	55	55	330	153	177
Este	120	120	886	533	353
El Valle	0	0	0	0	0
Cibao Occidental	42	42	298	189	109
Cibao Central	73	73	511	368	143
Total	725	641	3672	2244	1428

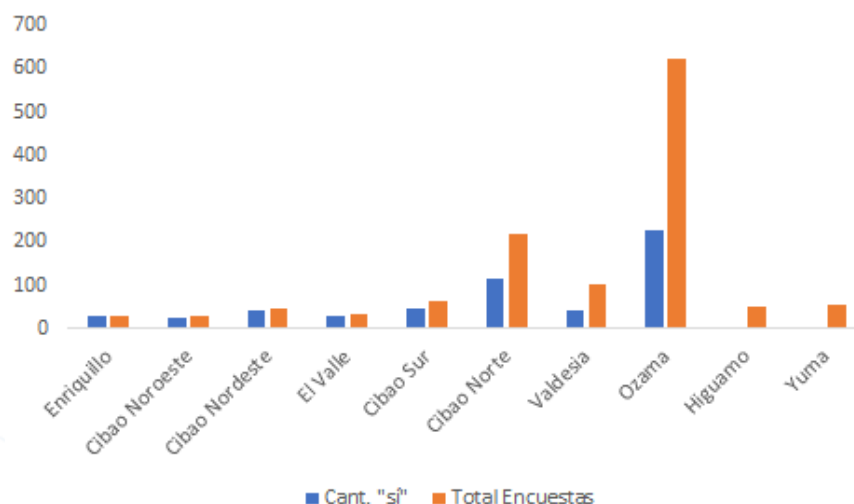
Fuente: Memoria Institucional 2022 del Servicio Nacional de Salud.

Por otro lado, y aunque sólo en unas cuantas provincias y municipios, existen también las llamadas **Mesas de Salud**, estructuras que se establecen en diferentes comunidades para atender asuntos específicos relacionados con la salud. Estas Mesas suelen estar conformadas por representantes de diversas organizaciones comunitarias.

La mayoría de estas Mesas de Salud han sido conformadas en el marco de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables del MISPAS apoyado por la OPS, que se implementa con poco impacto en el país desde el 2019. A la fecha, se han conformado Mesas de Salud en 13 municipios del país, varias de ellas como subgrupos de los Consejos de Desarrollo Provinciales y Municipales. Esta estrategia fue abordada con mas en detalle en el diagnóstico de Inclusión Social y Redes de Servicios.

El conocimiento de la población de estos espacios de participación comunitaria es aceptable, como puede valorarse en el siguiente gráfico.

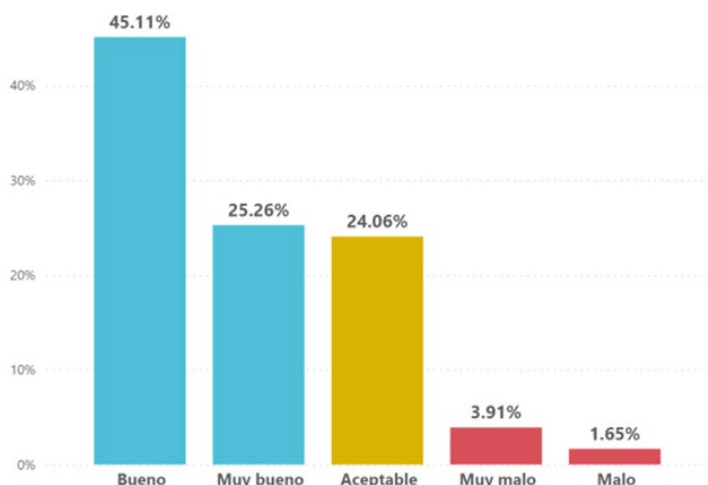
Gráfico No. 19. Conocimiento de la existencia de espacios comunitarios para temas de salud, por región.



Fuente: Consultoría Senior de Gobernabilidad a partir de resultados del Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Quienes respondieron que conocen de la existencia de Mesas de Salud, Comités de Salud o similar, valoraron la labor de estas instancias de forma positiva, con un 70% de ellos calificando de “bueno” o “muy bueno” el trabajo que realizan estas agrupaciones, y una valoración negativa significativamente baja.

Gráfico No. 20. Valoración del trabajo que realizan los espacios comunitarios de temas de salud.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Cuando se analiza la articulación que existe entre las diversas instituciones y organizaciones que gravitan en el territorio, el panorama es otro. El grado de articulación en el territorio se trató con preguntas abiertas en el marco de un análisis de Fortalezas y Debilidades realizado en el taller con Directores y Directoras Provinciales de Salud (DPS) y de Áreas de Salud (DAS) del MISPAS, como parte de las actividades para este diagnóstico.

Dentro de dicho análisis, uno de los puntos se refería a cómo realiza la DPS/DAS la vinculación tanto a lo interno con otras instancias del Ministerio de Salud como a lo externo, con otras instituciones del gobierno representadas y con la Gobernación.

Las respuestas y comentarios permiten caracterizar la valoración dada por los DPS/DAS en tres categorías generales:

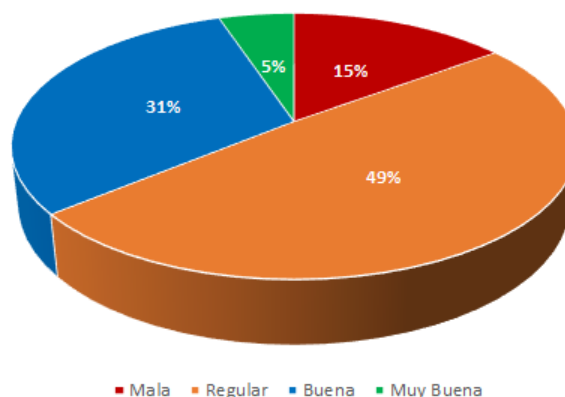
- **Articulación estructurada y efectiva:** se tienen definidos encuentros periódicos con agendas previamente compartidas y donde están representados todos los sectores pertinentes. Se toman las decisiones en conjunto y se da seguimiento a los temas.
- **Articulación no estructurada:** no hay una definición de actores a ser convocados ni se tiene establecida una frecuencia específica para sostener intercambios, sino que surgen de forma coyuntural, pero se obtienen buenos resultados.
- **Articulación limitada o inexistente:** se realizan reuniones sólo por casos aislados o no se realizan en absoluto, ni se trabaja con un plan común.

Como era de esperarse, la mayoría de las respuestas se concentró en la articulación no estructurada, con algunos casos en los extremos. Abundaron las respuestas como “nos reunimos cuando tenemos que tratar algún tema”, pero sólo 3 respuestas reflejaron que existe una articulación estructurada.

La necesidad de articulación en el territorio tiene implicaciones especiales cuando se trata de temas de ambiente, cambio climático y riesgos naturales, cuyo efecto sobre la salud influye en la forma en que se gestionan las estructuras técnicas y operativas del sector salud, pero cuya autoridad y control se encuentran fuera del ámbito de este sector.

La percepción del ciudadano o ciudadana común sobre el grado de articulación coincide con la información levantada en el taller con los DPS/DAS. Una de las preguntas incluidas en el Formulario “Situación del Sector Salud” aplicado en los foros regionales y otros encuentros que se celebraron pedía al encuestado/a valorar la coordinación que percibía entre los diferentes organismos del sector salud en su localidad.

Gráfico No. 21. Valoración de los participantes en los foros regionales sobre la articulación entre los organismos de salud del territorio.

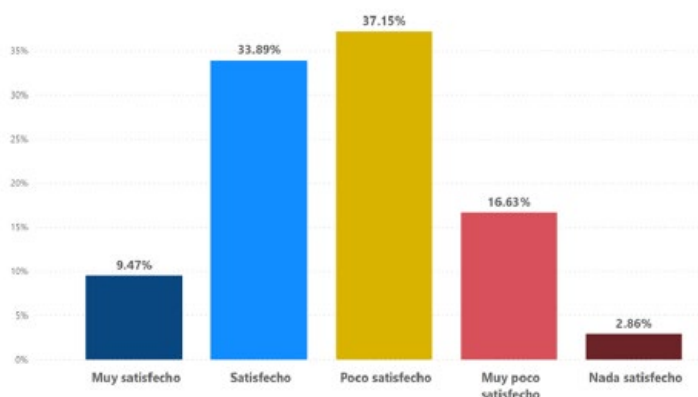


Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de los resultados del Formulario “Situación de Salud”.

Como se ve en la figura anterior, sólo una **tercera parte de las personas participantes en las consultas regionales opina de forma positiva sobre la articulación** entre las instituciones que tienen que ver con salud. La necesidad de una articulación estructurada queda más que evidenciada.

Similar percepción comparten las personas entrevistadas mediante el Barómetro de Gobernabilidad, quienes en su mayoría (57%) manifestaron **estar poco, muy poco o nada satisfechos**, con menos de un 10% expresando mucha satisfacción, como se aprecia a continuación.

Gráfico No. 22. Valoración sobre la articulación entre los organismos de salud del territorio.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Con respecto a las relaciones con los representantes en el territorio de instituciones del gobierno central, en la mayoría de los casos indicaron que son buenas. En cuanto a la interacción con otras instancias a lo interno del MISPAS, las respuestas reflejaron que hay una comunicación aceptable (con oportunidades de mejora), aunque no tanto así con los representantes en el territorio del SNS, **cuya relación en la mayoría de los casos es pobre**, según respuestas de formularios y comentarios en las plenarias.

Estos resultados, deben tomarse con cautela. Dado que los formularios contenían el nombre de quien los completaba, es posible que algunas personas hayan matizado algunos comentarios para no generar conflictos, por ejemplo, al referirse a las relaciones y grado de vinculación con otras instancias del MISPAS. De ahí la importancia de estructurar todo lo relativo a los espacios de vinculación a nivel provincial, municipal y comunitario, de manera que haya evidencias verificables del funcionamiento y efectividad de dichos espacios.

Espacios de articulación a nivel de hospitales. Otro espacio de articulación en el territorio lo constituyen los **Consejos Administrativos Hospitalarios (CAH)**, figura establecida mediante Decreto 351-99 de Reglamento General de Hospitales, como “organismo para la participación y la concertación entre la parte técnica del hospital y los usuarios y entre las prioridades nacionales y las locales, por ello vela por una adecuada respuesta del hospital a las necesidades comunitarias y viceversa”¹⁰³. Es instancia de participación social y técnica formada por nueve (9) miembros y presidida por el Director Provincial de Salud.

A pesar de estar ya a casi 25 años de su instauración, según los expertos y expertas consultados son escasos los hospitales en los que este consejo está funcionando de forma activa y efectiva.

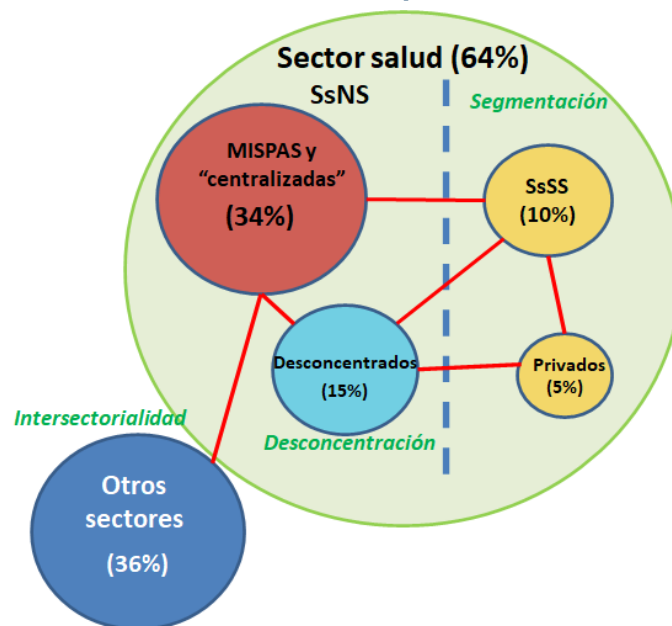
2.2.3.2. Representatividad de actores y sectores

Esta variable mide el grado de representatividad de los diferentes actores y sectores en las instancias y espacios donde se discuten y toman decisiones de salud.

La importancia de contar con espacios de articulación efectivos está intrínsecamente relacionada con la adecuada selección de las instituciones que participan en esos espacios. La legitimidad de una instancia de articulación viene dada no por la estructura que ésta tenga, sino porque real y efectivamente los sectores y actores que deben formar parte de las decisiones estén debidamente incorporados a dicho espacio.

Los resultados del ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública realizado por MISPAS/OPS, identificaron que el desarrollo de las FESP en el país involucra **146 actores e instituciones diferentes**, que incluyen desde el Ministerio de Salud hasta actores de otros sectores y la sociedad civil, como se muestra en el gráfico.

Gráfico No. 23. Distribución de actores en el desarrollo de las FESP en la República Dominicana.



Fuente: Informe Ejecutivo del Ejercicio de Evaluación de las FESP en RD. MISPAS/OPS 2023.

¹⁰³ Art. 12 Decreto 351-99 Reglamento General de Hospitales de la R.D. Repositorio MISPAS. www.repositorio.MISPAS.gob.do.

De acuerdo con el “mapeo institucional” realizado por MISPAS/OPS, en el desarrollo de las FESP, 36% de 146 actores involucrados no son del sector salud¹⁰⁴, proviniendo de los sectores educación, economía, producción, seguridad, legislativo, judicial, gobiernos subnacionales, organismos supranacionales y organizaciones de la sociedad civil, entre otros¹⁰⁵.

Como se dijo al inicio de este acápite, no sólo deben ser identificadas las instancias de articulación sino también debe ser verificado que éstas sean representativas de todos los sectores y actores. En consecuencia, los espacios formales de articulación identificados en el punto anterior fueron examinados en cuanto a su composición, adoptando el esquema de mapeo de actores utilizado por MISPAS /OPS para evaluación de las FESP. Para esos fines, se revisó el marco regulatorio y/o estratégico que crea las diferentes instancias de articulación del Subsistema de Salud evaluadas, como se indica en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 8. Instrumento legal o estrategia que la institucionaliza.

Instancia	Instrumento legal o estrategia que la institucionaliza
Gabinete de Salud (GB)	Decreto 498-20
Consejo Nacional de Salud (CNS)	Ley 42-01, Art. 17
Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)	Decreto 2091, Art. 2, 14/feb/1968
Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)	Ley 352-98, Artículo 25
Consejo Nacional para el VIH/SIDA (CONAVIHSIDA)	Ley 135-11, Artículo 22
Consejo Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS)	Disposición Administrativa MISPAS No. 004-2004, 21 de octubre del año 2004
Consejo de Atención a la Discapacidad (CAID)	Decreto 170-21, Art. 2
Comités de Salud	Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud 2017
Mesas de Salud	Estrategia Municipios y Comunidades Saludables, Ministerio de Salud Pública (MISPAS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Consejos Administrativos Hospitalarios (CAH)	Decreto 351-99, Artículo 12

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de resultados del Barómetro de Gobernabilidad en Salud.

El resultado del análisis arroja las siguientes conclusiones:

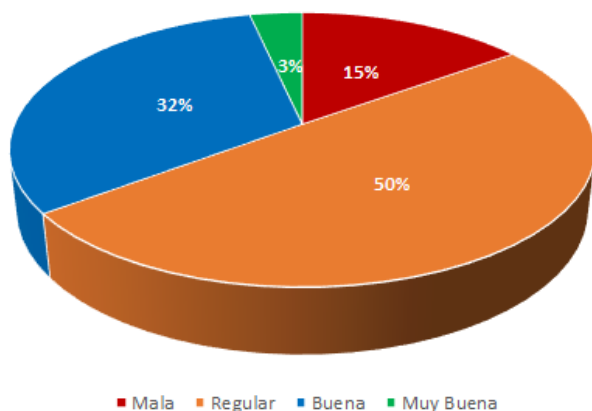
- En el caso del Consejo Nacional de Salud (CNS), entre los actores extra sectoriales estatales, podría contemplarse incluir al Ministerio de Deportes y Recreación, por su incidencia en la promoción de estilos de vida saludables.
- Igualmente, en el CNS, la participación de actores de la sociedad civil podría fortalecerse, indicando en calidad o naturaleza el perfil de las organizaciones a formar parte.
- En el caso de CONABIOS, sería recomendable establecer una composición más estructurada, que asegure la representación mínima de los actores y disciplinas que se consideren clave, al tiempo que permita la flexibilidad de adaptar la composición a las características del contexto.
- En cuanto al CAID, es notable la ausencia de la sociedad civil, que pudiera estar representada por los miembros que son designados por el Poder Ejecutivo, pero al no estar explícitamente indicado, no se puede asegurar que forme parte.

En los encuentros y foros regionales celebrados como parte de este diagnóstico, se evidenció que hay insatisfacción con la representatividad en los espacios donde se toman decisiones sobre aspectos de salud, con un 65% de los y las participantes asignando valoración de “mala” o “muy mala”, como se ve a continuación.

¹⁰⁴ Para fines del análisis de actores, la evaluación realizada por MISPAS/OPS consideró dentro de los actores del sector salud a la Autoridad Nacional de Salud (instancias públicas centralizadas); las desconcentradas (instituciones de la Autoridad Nacional de Salud con un grado de autonomía); Seguridad Social (instituciones sin fines de lucro que administran recursos y/o prestan servicios de salud a población con seguros públicos u obligatorios) y privados (instituciones (con y sin fines de lucro) que administran recursos y/o prestan servicios de salud a población con seguros privados). Dentro de los otros sectores están considerados los actores extra sectoriales (estatales, privados y la sociedad civil) y los actores supranacionales (OPS, OMS, OCDE, BID, BM, etc.). Fuente: OPS. Análisis preliminar del rol de la ANS y otros actores clave para el cierre de brechas de las FESP en República Dominicana. 2022.

¹⁰⁵ Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

Gráfico No. 24. Valoración de los participantes en los foros regionales sobre la representatividad en los espacios donde se toman decisiones sobre salud.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de los resultados del Formulario "Situación de Salud".

La evaluación de las FESP realizada por MISPAS /OPS también identificó oportunidades de mejora en la representatividad, al señalar en su informe que **"No hay un foro nacional activo que acuerde las prioridades de investigación en salud pública con participación intersectorial y multidisciplinario relevante a atender los determinantes sociales de la salud"**¹⁰⁶.

2.2.3.3. Participación e involucramiento de actores

Esta variable estudia el involucramiento de la ciudadanía en los procesos y decisiones que afectan el bien común, en el monitoreo de su ejecución y en la evaluación de sus resultados; y facilidad para que esto ocurra.

La participación social en salud se refiere a la colaboración activa de las comunidades y la sociedad en general en la toma de decisiones y en la implementación de estrategias de salud pública. Esto implica que las personas, grupos y organizaciones puedan expresar sus necesidades y opiniones, y que éstas sean consideradas en la formulación de políticas, programas y proyectos de salud.

Este involucramiento de la sociedad en las decisiones tiene diferentes beneficios, como aumentar el acceso a los servicios, mejorar su calidad, fortalecer capacidad de las comunidades para cuidar su salud y aumentar responsabilidad y transparencia de los sistemas. Además, la participación social puede contribuir a reducir las desigualdades y promover un enfoque más integral y equitativo en la atención de la salud.

Si bien es cierto que la participación social puede darse de forma individual, la forma mayormente utilizada para el involucramiento de la ciudadanía en asuntos de bien común es a través de las organizaciones sin fines de lucro. La END 2030 de

106 Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

República Dominicana enfatiza en la participación social como una de las políticas transversales a ser aplicadas en todas las estrategias y planes del sector público¹⁰⁷:

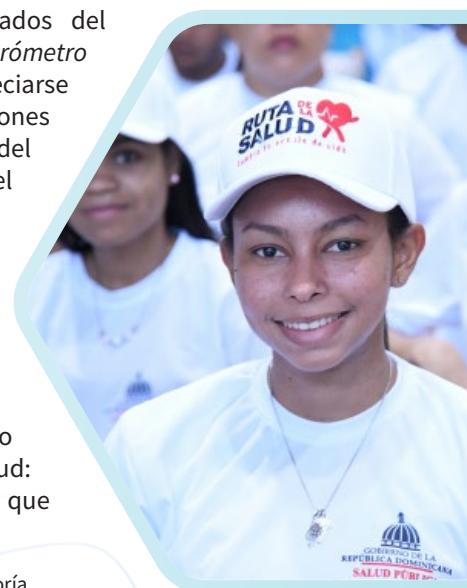
Artículo 15. Participación Social. - Deberá promoverse la participación social en la formulación, ejecución, auditoría y evaluación de las políticas públicas, mediante la creación de espacios y mecanismos institucionales que faciliten la corresponsabilidad ciudadana, la equidad de género, el acceso a la información, la transparencia, la rendición de cuentas, la veeduría social y la fluidez en las relaciones Estado-sociedad.

De acuerdo con el Registro de las Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL) inscritas en el Centro Nacional de Fomento y Promoción de las Asociaciones Sin Fines de Lucro del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), del 2001 al 2022 se han registrado 772 ASFL en el sector Salud, que representa un 9.14% del total de ASFL registradas en ese período, superado sólo por las registradas en el sector Educación y las que impactan sectores múltiples¹⁰⁸.

Actualmente, existen 178 ASFL habilitadas por el Ministerio de Salud recibiendo fondos del gobierno vía esta institución, distribuidas en el territorio nacional como se muestra en el gráfico¹⁰⁹:

- Gran mayoría de ellas (74%) ubicadas en Distrito Nacional y Santo Domingo¹¹⁰;
- En la provincia de Santiago están registradas 13 ASFL;
- En Puerto Plata, 7;
- 4 tanto en San Cristóbal como en San Pedro de Macorís;
- 3 en La Romana, La Vega y en San Juan de la Maguana;
- 2 en Hermanas Mirabal;
- 8 provincias tienen sólo 1 ASFL habilitada, mientras que en 14 de las provincias no hay ninguna.

Cuando se revisan los resultados del sondeo de percepción del *Barómetro de Gobernabilidad*, puede apreciarse que precisamente en las regiones en las que no existen ASFL del sector, el interés expresado por el encuestado/a para involucrarse en la toma de decisiones sobre temas de salud es más bajo que en aquellas regiones donde hay más ASFL. Igualmente puede decirse sobre la satisfacción expresada con respecto al involucramiento de la comunidad en temas de salud: es mucho mayor en las regiones que más ASFL tienen.



107 Ley No. 1-12. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>.

108 Página web del MEPyD <https://mepyd.gob.do/casfl>

109 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de Ejecución Financiera de ASFL del Ministerio de Salud Pública, Trimestre julio-septiembre 2022. 2022.

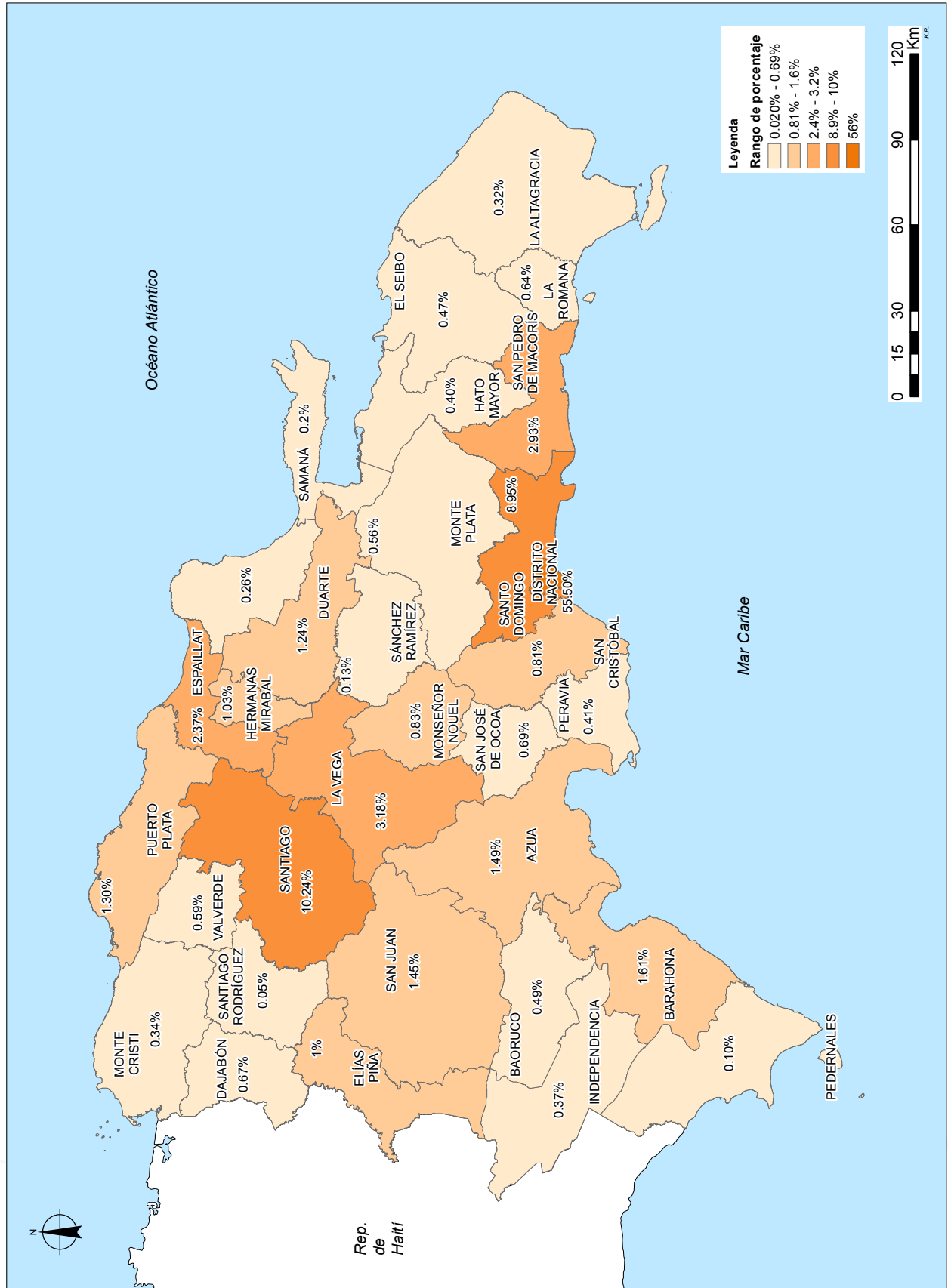
110 Algunas de éstas tienen filiales en otras provincias, aunque la mayor parte está concentrada en estas dos.



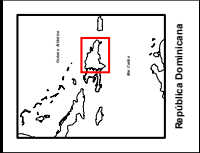
RUTA DE LA SALUD
Cambia tu estilo de vida

REPUBLICA DOMINICANA
SALUD PUBLICA

Mapa 1. Distribución de las asociaciones sin fines de lucro del sector salud en República Dominicana 2023



Equipo técnico:
 Dr. Reynaldo Peguero
 Aq. Julio César Corral
 Aq. Kerlan Rodríguez, MPY

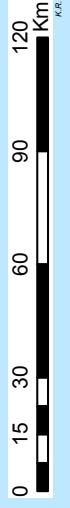


Fuente:
 Ministerio de Economía, Planificación y Fomento y Dirección de las Asesorías Técnicas y de Estudios (DAT-E).
 Anuario Estadístico del Sector Salud (ASESS), 2023.



Proyecto: LTM-Zona 19N
 Datum: WGS84

Leyenda
Rango de porcentaje
 0.020% - 0.69%
 0.81% - 1.6%
 2.4% - 3.2%
 8.9% - 10%
 56%



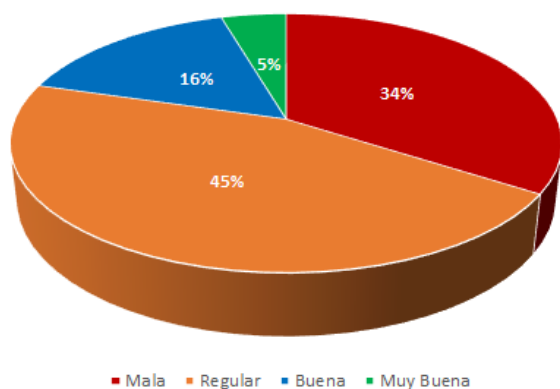
Cuadro No. 9. Incidencia de la existencia de ASFL de salud en la región en el interés de los ciudadanos por involucrarse en temas y decisiones sobre salud.

Región	ASFL Salud	Forma parte de algún espacio/ interesado(a) en formar parte	Satisfacción con el involucramiento de la comunidad en temas de salud
Ozama	131	33.5%	55.4%
Cibao Norte	21	22.1%	21.3%
Higüamo	5	1.8%	3.8%
Cibao Sur	4	11.6%	5.4%
Valdesia	4	4.8%	1.3%
Cibao Nordeste	3	7.1%	4.5%
El Valle	3	4.8%	2.0%
Yuma	3	4.8%	2.2%
Enriquillo	2	5.0%	1.1%
Cibao Noroeste	2	4.6%	3.1%
	178		

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Informe de Ejecución Financiera de ASFL del MISPAS y del Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

La débil valoración del involucramiento de la comunidad en salud también salió manifestada en los foros regionales, donde, como se muestra en el gráfico siguiente, el 80% consideró mala o regular la participación comunitaria en cuestiones de salud. El gráfico inmediatamente posterior muestra que la percepción por región guarda cierta consistencia con la recolectada en el Barómetro, mostrada en el cuadro anterior, con la notable excepción de la región Cibao Norte, que fue mejor valorada en el Barómetro.

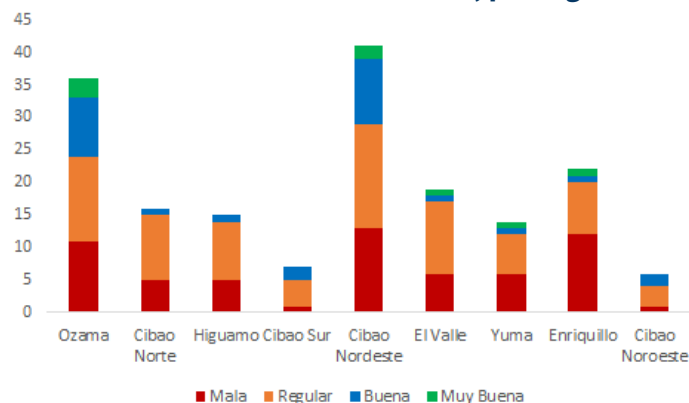
Gráfico No. 25. Valoración de la participación comunitaria en temas de salud.



■ Mala ■ Regular ■ Buena ■ Muy Buena

Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de los resultados del Formulario "Situación de Salud".

Gráfico No. 26. Valoración de la participación comunitaria en temas de salud, por región.

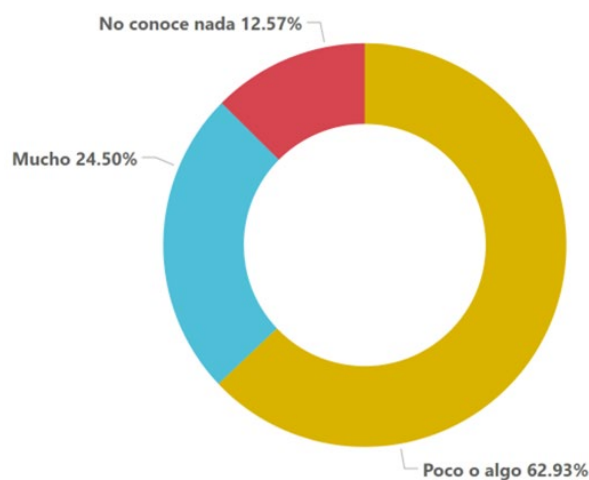


Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir de los resultados del Formulario "Situación de Salud".

Esto es relevante pues, como ya se comentó, la participación y el involucramiento ciudadano pueden aumentar el empoderamiento y la capacidad de las personas y comunidades para influir en las políticas y prácticas que afectan sus vidas, además de que tienen un impacto positivo en la rendición de cuentas. De ahí que en esas regiones de menor motivación de la ciudadanía a formar parte de las decisiones y discusión de temas que afectan a la comunidad, debería estimularse el establecimiento de organizaciones sin fines de lucro que trabajen en los temas de salud afines al perfil de la región.

Una de las áreas en las que las ASFL podrían servir de apoyo es en **mejorar el conocimiento de la población sobre sus derechos de salud**. Los resultados del Barómetro muestran un bajo nivel de conocimiento: sólo 25% de los entrevistados declaró conocer "mucho" los derechos de salud, mientras que 63% dijo conocer "poco o algo" y 13% "nada", como se ve en la figura.

Gráfico No. 27. Conocimiento sobre los derechos de salud que tiene la población.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Esta necesidad fue identificada también en la Evaluación de Capacidades para FESP mencionada. Una de las brechas identificadas en la *FESP 5. Participación y Movilización Social*, fue que **“La autoridad de salud no cuenta con programas de información y educación regular para la ciudadanía sobre los derechos** en materia de salud, para todos los niveles del sistema (nacional, intermedio y local)”¹¹¹.

Ahora bien, así como resulta fundamental que desde las instituciones públicas se facilite la participación social y ciudadana proveyendo espacios abiertos, accesibles y funcionales y promoviendo la participación, es igualmente esencial que la ciudadanía tenga la voluntad y decisión de involucrarse.

En ese sentido, **no resultan alentadores los resultados del Barómetro**. Se les preguntó a las personas entrevistadas si formaban parte de algún espacio donde se discutan y tomen decisiones sobre temas de salud, y en caso de que no, si les interesaría involucrarse. Como se aprecia en el gráfico siguiente, **casi la mitad de los entrevistados manifestó no estar interesada**, con sólo un 10% actualmente involucrado y 25% con interés de hacerlo.

Gráfico No. 28. Pertenencia o interés de integrarse a espacios donde se toman decisiones sobre salud.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Informe Barómetro de Gobernabilidad en Salud.

Sin embargo, la pandemia del Covid-19 dio oportunidad a que surgieran casos replicables de participación, como es el caso de Ramón Santana, municipio de la provincia San Pedro de Macorís. Para hacer frente a la pandemia, el municipio, en conjunto con otros organismos, elaboró una estrategia “Municipio Saludable Carl Theodore Georg” con el lema *Construcción Social de la Salud desde el Territorio*. La estrategia se enfocaba en la atención primaria como respuesta al COVID-19, desde un enfoque de desarrollo local, con activa participación de las comunidades en un esfuerzo coordinado y articulado junto con la alcaldía, la Dirección Provincial de Salud y otras instituciones y organizaciones locales¹¹².

111 Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

112 Ayuntamiento Municipal de Ramón Santana. Plan Municipal de Desarrollo 2021-2024. www.sismap.gob.do/Municipal.

Como reflexión final, cabe destacar lo planteado por la OPS en su Manual de Participación Social para la Cobertura Universal en Salud:

En la última década, los esfuerzos por avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud se han enfocado sobre el financiamiento y la entrega de servicios (...). Un buen sistema de gobernanza es indispensable para cualquier reforma que se oriente a construir un sistema de salud en que la población se asuma como copropietaria, y las organizaciones de las comunidades y la sociedad civil en general, a nivel nacional, puedan contribuir, monitorear los avances y propugnar por superar las deficiencias y desviaciones en los planes acordados¹¹³.

2.2.4. Rectoría y Gestión Institucional

En el marco de los subsistemas públicos y los sistemas nacionales de salud, hasta hace unos años la tradición había sido que los ministerios de salud se enfocaran en regulación, financiamiento y prestación de servicios. Sin embargo, las reformas del sector salud de las últimas décadas han **impulsado la separación de funciones y la descentralización**, tanto del Estado como del sector salud, lo que ha llevado a una disminución en la responsabilidad tradicional de proveer servicios de salud y un aumento en su papel como regulador.

A esto se suma la creación de nuevos actores públicos y privados en el sector, que se superponen y actúan de manera descoordinada e independiente dentro del sistema de salud generando **un aumento en los costos de atención médica** y dificultando la asignación eficiente de recursos dentro del sistema¹¹⁴.

En ese sentido, numerosos estudios e investigaciones evidencian la importancia de fortalecer la rectoría, lo cual ha motivado una evolución en la conceptualización del término. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define rectoría en salud como:

El ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales¹¹⁵.

113 World Health Organization. Voice, Agency, Empowerment – Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage. 2021. Geneva.

114 USAID / OPS. Función rectora de a autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento. 2007 www.paho.org.

115 Ibid.

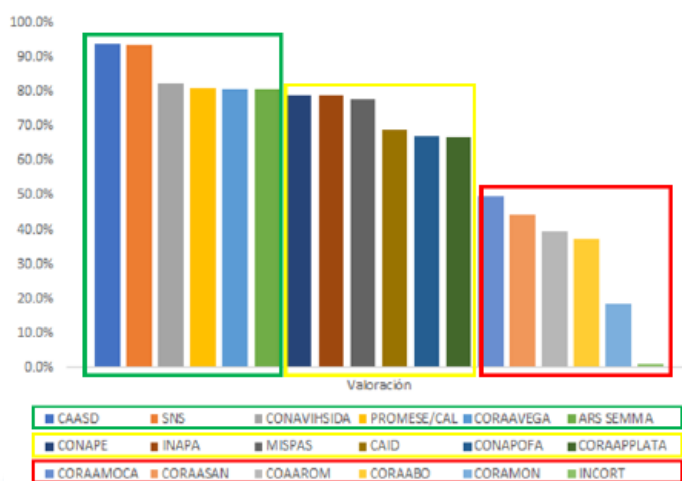
Aunado a lo anterior, está la necesidad de fortalecer la gestión institucional, vista ésta como el conjunto de procesos y prácticas dirigido a mejorar la eficiencia, eficacia y transparencia en la gestión pública. Una iniciativa que ha contribuido en este sentido ha sido el **Sistema de Monitoreo de la Administración Pública (SISMAP)** implementado desde el 2010 por el Ministerio de Administración Pública.

El SISMAP es un sistema de monitoreo para medir niveles de desarrollo de la gestión pública. Toma como referencia los indicadores del Barómetro de las Américas, sondeo auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como los postulados de la Carta Iberoamericana de la Función Pública. El sistema monitorea la gestión de entes y órganos de la Administración Pública Central, vía nueve (9) Indicadores Básicos de Organización y Gestión y sus veinticuatro (24) Sub-Indicadores vinculados en el marco de los principios de eficacia, objetividad, transparencia y publicidad, entre otros¹¹⁶.

El SISMAP hace publicaciones trimestrales de estas mediciones y coloca en su sitio web un ranking de posiciones de las instituciones medidas, en base al porcentaje de logro obtenido por éstas en el cumplimiento de los indicadores establecidos.

El ranking además asocia un estatus y color en base al porcentaje de logro: “objetivo logrado” (verde), para aquellas instituciones con porcentaje de logro entre 80%-100%; “avance significativo” (amarillo), para porcentaje de logro entre 60%-79%; y “ningún o poco avance” (rojo), para porcentaje de logro inferior al 60%. Al momento de levantar información para este diagnóstico, 101 instituciones estaban en “verde”, 44 en “amarillo” y 40 en “rojo”, con 6 instituciones del sistema de salud en cada grupo.

Gráfico No. 29. Puntuación en SISMAP Nivel Institucional de las instituciones del sector salud, 2022.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Ranking SISMAP Gestión Pública Nivel Institucional. 2022.

116 Ministerio de Administración Pública. Guía SISMAP versión Gestión Pública. Junio 2022. www.sismap.gov.do.

Como se aprecia en el gráfico anterior, en el grupo seleccionado para analizar su cumplimiento bajo los parámetros que mide el SISMAP, se encuentran instituciones de dentro y fuera del subsistema de salud, con la institución rectora en el grupo de “avance significativo” y las corporaciones de acueducto y alcantarillado en los niveles de logro más bajos.

Si bien es cierto que la efectividad de las instituciones de salud es un componente fundamental para una gobernanza efectiva; es también importante que la ciudadanía perciba dicha efectividad en su territorio.

Los resultados del Barómetro de Gobernabilidad en Salud muestran una ciudadanía no satisfecha con la institución pública de salud de su provincia, siendo esta percepción diferente en el grupo de encuestados que labora en el sector salud.

Gráfico No. 30. Satisfacción con la institución pública de salud de su provincia.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

Para una evaluación integral de la rectoría y gestión institucional en el sistema de salud, se hace preciso entonces examinar tres aspectos: la capacidad rectora, la organización y ejecución de funciones y el monitoreo y evaluación de resultados.

2.2.4.1. Capacidad rectora

Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita el fortalecimiento de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.

La Ley General de Salud define claramente el propósito de la función de rectoría que debe desarrollar el Ministerio de Salud, al establecer que “El funcionamiento del sector como un Sistema Nacional de Salud será la principal función rectora de regulación de la SESPAS, al normar, controlar y evaluar el desarrollo de los subsistemas de financiamiento, aseguramiento y provisión que lo conforman”¹¹⁷.

117 Ley No. 42-01. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>.

Efectivamente, desde la promulgación de la Ley General de Salud 42-01 en el 2001, se ha reconocido la importancia de que el MISPAS asuma dicho rol con carácter firme y contundente. De hecho, son diversos los proyectos e iniciativas que se han desarrollado para el fortalecimiento de la función rectora del MISPAS, como la “Agenda Estratégica y Ruta Crítica de la Reforma en Salud” definida en el 2006, creada como un “instrumento de coordinación de las acciones relevantes que las diferentes instituciones del sector salud debían poner en marcha para avanzar en el proceso de reforma”¹¹⁸.

El primero de los cuatro propósitos planteados en dicha Agenda fue precisamente el fortalecimiento del rol rector del MISPAS basado en las Funciones Esenciales de Salud Pública y la reorganización y reconversión de los Programas de Salud Pública.

Por su parte, sobre la rectoría, la Organización Panamericana de la Salud señala que

*(...) el ejercicio de la rectoría por parte de la autoridad sanitaria y el involucramiento de los actores claves que integran la acción colectiva no deben agotarse en la definición de las competencias formales, sino en el desarrollo de las capacidades críticas que respondan al contexto particular de cada caso. Esta condición rescata el concepto de las funciones esenciales de la salud pública, como capacidades críticas de la autoridad sanitaria y embebida a una agenda de desarrollo de las funciones de rectoría de las autoridades de salud, en el marco de los procesos de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud.*¹¹⁹

En el mismo orden de lo planteado por la OPS, la necesidad de fortalecer el rol de rectoría de la institución rectora ha sido resaltada en prácticamente todos los análisis, evaluaciones y diagnósticos que se han realizado en la última década.

El análisis de situación realizado en el marco de la evaluación de capacidades para las FESP citado en diversos puntos de este informe, incluyó un análisis de las características de las relaciones entre los actores y el MISPAS, de acuerdo con las dimensiones de alineación e influencia¹²⁰.

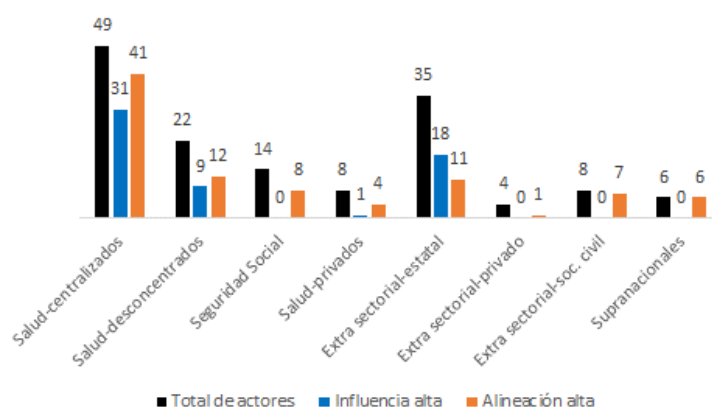
118 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud República Dominicana. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Tercera edición (marzo 2007). www.paho.org

119 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Salud de las Américas. 2017. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html>.

120 La metodología de OPS define la influencia como la capacidad de la Autoridad Nacional de Salud para modificar las actividades de los actores e instituciones, mientras que la alineación se refiere a la disposición de un actor o institución en relación con la misión institucional de la Autoridad Nacional de Salud.

Los resultados muestran que, de los 146 actores involucrados en el desarrollo de las FESP, el MISPAS tiene una influencia alta sólo en el 40% del total, porcentaje que mejora ligeramente (44%) si se considera el grupo de actores de sector salud (ver distribución de actores en gráfico no. 23, sección 3.2). El grado de influencia del MISPAS sobre los actores y la alineación de éstos se muestra en la figura a continuación.

Gráfico No. 31. Influencia del MISPAS y alineación de los actores involucrados en el desarrollo de las FESP.



Fuente: Informe Ejecutivo del Ejercicio de Evaluación de las FESP en RD. MISPAS/OPS 2023.

La baja influencia en actores del sector salud-privado que muestra el análisis realizado por OPS fue un punto señalado también por las personas expertas consultadas para este diagnóstico, quienes identificaron la baja supervisión y la falta de sanciones a instituciones del sector privado como una debilidad del rol rector del MISPAS.

La Mesa de Salud de los Diálogos para la Reforma y Modernización del Estado también identificó el fortalecimiento de la rectoría como uno de los diez puntos acordados para la reforma integral del sistema de salud, estableciendo lo siguiente:

3. Rectoría. Fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud Pública para el ejercicio efectivo de las funciones sustantivas de rectoría en su calidad de máxima autoridad sanitaria, que permitan una adecuada gestión del sistema de salud y un desempeño óptimo en lo que se refiere a la conducción y regulación del sistema de salud, así como para poder coordinar entre los actores sociales e institucionales en la búsqueda de los mejores resultados en salud.¹²¹

121 Consejo Económico y Social. Mesa Temática de Salud. Convocatoria Presidencial del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado. Informe Final Mesa Temática Salud. Junio 2022.

Afín con lo anterior es la recomendación contenida en el Informe de Evaluación de las FESP, de continuar con el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza del MISPAS, especialmente en lo relativo a generación de la investigación en salud, revisión y actualización del sistema jurídico, legislativo, normativo y regulatorio y desarrollo de los recursos humanos en salud, entre otros aspectos¹²².

Una medida que puede tener un impacto positivo y contribuir al fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud es la designación a finales del 2022 del Ministro de Salud como Coordinador de Gabinete de Salud, lo cual se espera tenga impacto en los niveles de influencia y alineación determinados en el análisis de actores presentado previamente.

La opinión de los expertos consultados, sin embargo, es que se necesitará mucho más para lograr una mejora sustancial en la función de rectoría del MISPAS.

El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones del Sistema Nacional de Salud establece claramente lo siguiente¹²³:

Artículo 2. Las acciones de rectoría en salud son una responsabilidad de la SESPAS, por lo que son sujetos y objetos de dichas acciones todas las personas y actores institucionales, públicos o privados, pertenecientes al Sistema de Salud y/o al Sistema Dominicano de Seguridad Social, así como al Sistema Social Global, que de forma directa o indirecta participan en la producción social de la salud o deban ser beneficiados por ella.

No obstante, veinte años después de emitido este Decreto, las evaluaciones que se realizan sobre el sistema de salud dominicano siguen señalando debilidades en la rectoría, especialmente en lo que tiene que ver con la desconcentración de las funciones rectoras.

Basado en la conceptualización realizada para este Plan Estratégico Nacional de Salud, que define la capacidad rectora como la “capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita el fortalecimiento de las estructuras de gobernanza”, se consideró pertinente evaluar la percepción ciudadana sobre el liderazgo de las autoridades del sector salud en el territorio.

El gráfico a continuación muestra que el porcentaje de personas encuestadas que labora en el sector salud que valora como favorable el liderazgo de la institución de salud en la provincia (57%) es prácticamente el mismo que expresa insatisfacción (58%) en el resto de encuestados/as. Es decir, quienes se presume tienen mayor conocimiento del sector salud por pertenecer a él, tienen una opinión más favorable del liderazgo de las autoridades de salud de la provincia.

Gráfico No. 32. Valoración del liderazgo de las autoridades del sector salud en la provincia.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Informe Barómetro de Gobernabilidad en Salud.

Sin embargo, las opiniones recogidas en el taller celebrado con los Directores/as Provinciales de Salud y Directores/as de Áreas de Salud se acercan más a la percepción de la ciudadanía en general.

Los DPS/DAS expresaron limitaciones para ejercer su función rectora en el territorio, con deficiencias en rendición de cuentas por parte de las demás instituciones locales del sector. Está claro, pues, que cualquier esfuerzo por fortalecer la rectoría del MISPAS debe atender de forma contundente sus expresiones desconcentradas.

2.2.4.2. Organización y ejecución de funciones

Esta variable examina la medida en que las funciones están asignadas y son ejecutadas de forma adecuada, sin duplicidad y con orientación al usuario.

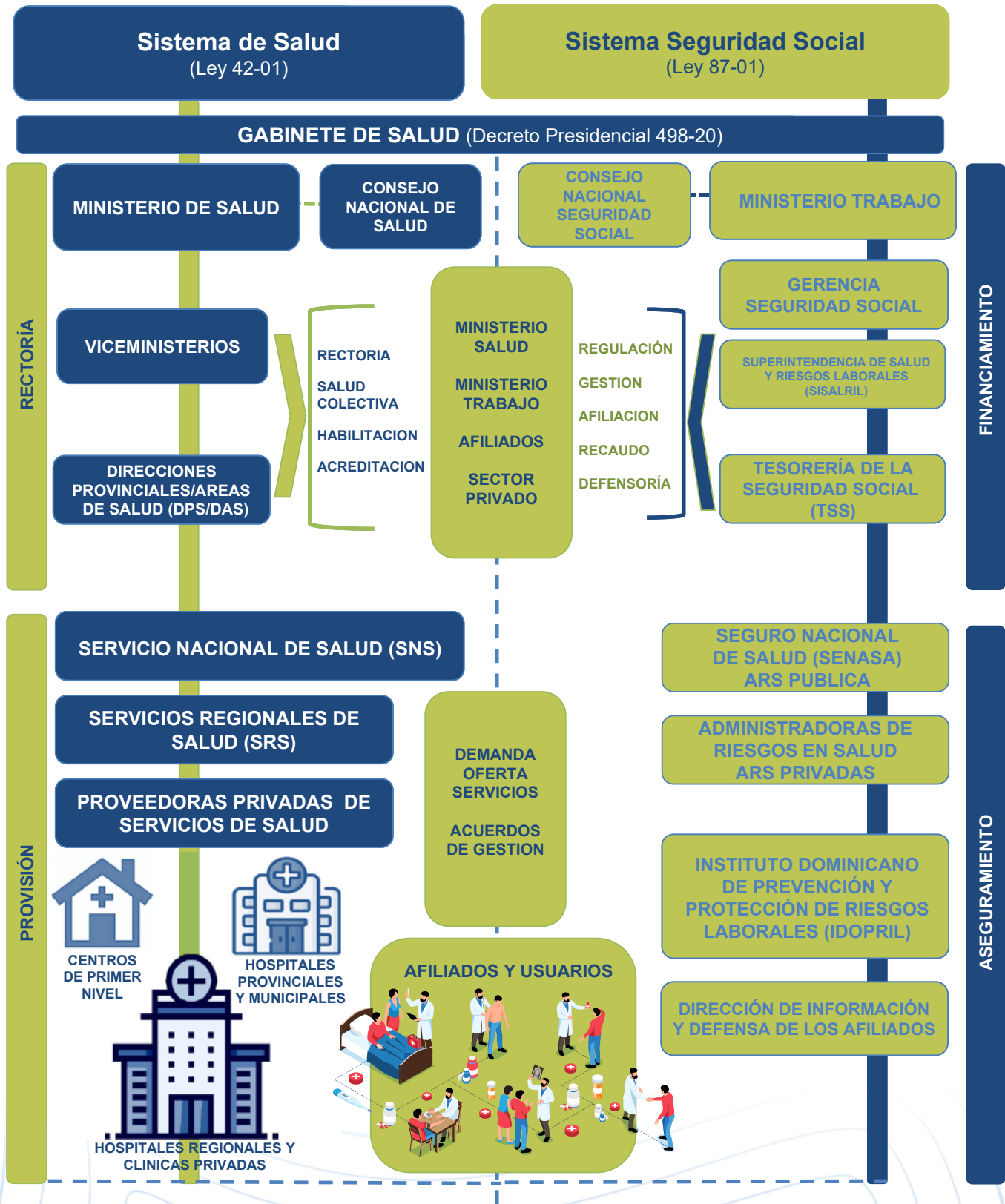
A partir de la Ley General de Salud No. 42-01 y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, se creó una serie de instituciones y organismos que conforman el nuevo Sistema Nacional de Salud. Como órganos colegiados relevantes están el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con la Gerencia de la Seguridad Social (GSS) y el Consejo Nacional de Salud (CNS), responsables de coordinar y tomar decisiones importantes para el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

122 Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

123 Decreto 635-03 de Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones del Sistema Nacional de Salud. Sitio web de la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo. <https://www.consultoria.gov.do/consulta/>.

También forman parte del sistema la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), entre otras.

Gráfico No. 33. Estructura del Sistema Nacional de Salud.



Fuente: Coordinación Técnica Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

La figura anterior expresa lo que todos los estudios y expertos señalan y que la Ley General de Salud deja entrever: se trata de un sistema complejo, compuesto por una diversidad de actores y funciones que son compartidas incluso con la sociedad civil. Por tanto, y dado que la reforma del sistema de salud está aún en desarrollo, es de esperar que se hayan presentado complicaciones para organizar un sistema tan complejo y en constante evolución.

El análisis de la situación de salud realizado para el Plan Decenal de Salud 2006-2015 señaló diversas limitaciones en cuanto a la organización del sistema y el modelo de gestión¹²⁴, entre ellas:

- La organización del nivel central de la SESPAS expresa una larga historia de desarrollo e incorporación de estructuras y dependencias en respuesta a necesidades de cada momento.
- El modelo de salud en desarrollo aún sigue siendo centralizado y desarticulado, con un limitado desarrollo de la desconcentración y la descentralización establecidas en la Ley 42-01 y en los Reglamentos vigentes.
- Las Direcciones Provinciales de Salud, como unidades desconcentradas, aun han tenido un desarrollo limitado que dificulta el ejercicio pleno de sus funciones de salud colectiva y de rectoría.
- Las deficiencias gerenciales del sistema se observan en la baja eficiencia, productividad y calidad de los servicios, en las dificultades encontradas para el desarrollo de la carrera sanitaria y en una limitada disponibilidad de información, así como en la poca utilización de las existentes para la toma de decisiones y para hacer más transparente la gestión.

Algunas de estas debilidades han sido superadas, especialmente en lo relativo a la estructura organizativa del MISPAS y las dependencias adscritas. A finales del 2021, el Ministerio de Administración Pública aprobó una nueva estructura organizativa para el MISPAS (ver anexos), que incluyó, entre otras, las siguientes mejoras¹²⁵:

- Reestructuración del Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud;
- Creación de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud;
- Fortalecimiento de la Dirección de Planificación y Desarrollo;
- Creación de la Dirección de Gestión de la Información y Estadísticas en Salud.

Esta nueva estructura supone una respuesta a limitaciones señaladas anteriormente y una vía para el fortalecimiento del rol rector del MISPAS. Otras instituciones del Subsistema de Salud y adscritas al MISPAS, como CONAPOFA y CONABIOS, también han realizado modificaciones en sus estructuras organizativas con miras a fortalecerlas y dar mejor respuesta a las funciones que están llamadas a realizar.

124 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un Acuerdo Nacional por la excelencia de la Salud. Documento para consulta. Noviembre 2006. www.MISPAS.gob.do

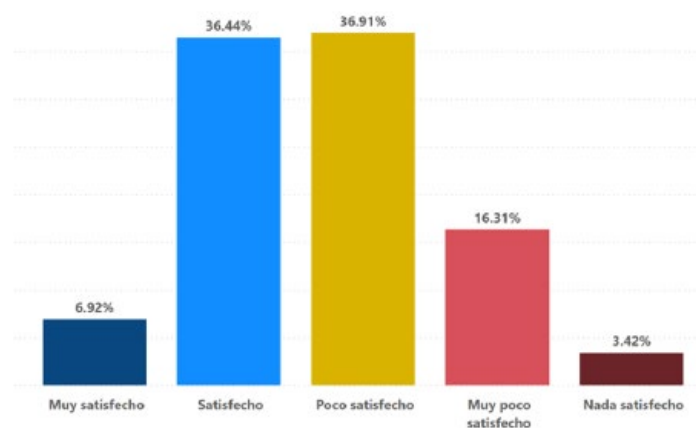
125 Ministerio de Salud Pública. Resolución 000068-21 que modifica la estructura organizativa. www.MISPAS.gob.do.

Sin embargo, en la opinión de algunos expertos consultados, si bien es cierto que es necesario robustecer las estructuras organizativas, es fundamental fortalecer las capacidades. Los intereses y agendas particulares que el MISPAS y sus expresiones desconcentradas deben concertar, así como la vigilancia del cumplimiento de la normativa tanto a nivel público como privado, requieren de recursos humanos capacitados, empoderados y dotados de las herramientas adecuadas para realizar sus funciones.

En el orden de la desconcentración, se han dado pasos de avance en la dotación de recursos a las direcciones provinciales, aunque hay un largo camino por recorrer en materia de fortalecimiento de capacidades. La Evaluación de las FESP mencionada resalta la necesidad de “fortalecer la capacidad de desempeño, en materia de recursos (especialmente humanos y financieros), habilidades y competencias necesarias, para garantizar la ejecución de las FESP”¹²⁶.

Los resultados del sondeo de percepción recogido en el Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud muestran que la ciudadanía no se encuentra satisfecha con la capacidad de la autoridad de salud de su territorio en transformar ideas en políticas de salud viables y bien diseñadas, como se aprecia en el siguiente gráfico. Las valoraciones de satisfacción (“muy satisfecho” y “satisfecho” sumadas) no alcanzan el 50%.

Gráfico No. 34. Satisfacción con la capacidad de las autoridades del sector salud en la provincia de transformar ideas en políticas de salud bien diseñadas.



Fuente: Consultoría Sénior de Gobernabilidad a partir del Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.

126 Organización Panamericana de la Salud. Ejercicio de Evaluación y Fortalecimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en República Dominicana, 2020-2022. Resumen Ejecutivo. Febrero 2023.

Se hace necesario también que la infraestructura de los espacios ocupados tanto por el MISPAS como por sus expresiones desconcentradas, cuenten con las condiciones apropiadas para la realización de sus funciones de una manera efectiva y que responda a los siete principios que la misma Ley General de Salud establece:

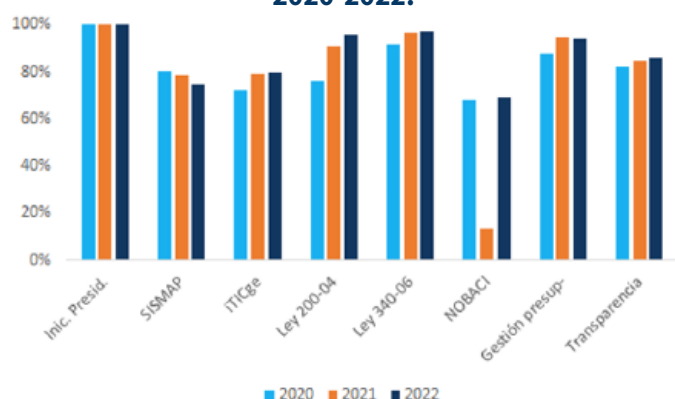
- Universalidad
- Solidaridad
- Equidad
- Eficiencia
- Eficacia
- Integralidad
- Cooperación

Esto implica un proceso exhaustivo de adecuación de espacios y dotación de recursos de diversa naturaleza, tomando en cuenta las características particulares de cada localidad, pero también el crecimiento esperado en las organizaciones.

Por otro lado, merece la pena examinar el desempeño del MISPAS a la luz de sus indicadores de gestión. Para esos fines, se tomaron las Memorias Institucionales de los últimos tres años, que son las que tienen estructura e información comparables y, por tanto, pueden ser analizadas con los mismos parámetros.

Como se aprecia en el gráfico siguiente, los indicadores del SISMAP, consolidados en un único índice, presentan una tendencia – aunque no marcada – hacia el deterioro, mientras que en cumplimiento del indicador sobre utilización de las tecnologías de información y comunicación y gobierno electrónico se registró una discreta mejoría. Esto es positivo por lo comentado anteriormente sobre las debilidades del MISPAS en la gestión de la información.

Gráfico No. 35. Matriz de principales indicadores de gestión por procesos MISPAS, 2020-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de Memorias Institucionales MISPAS 2020-2022.

2.2.4.3 Monitoreo y evaluación de resultados

Esta variable examina el nivel de estructuración del monitoreo y evaluación de los resultados y el grado en que dicha evaluación se integra a los procesos de planificación y toma de decisiones.

Como fue señalado, la Evaluación de las Capacidades para las FESP realizada por MISPAS /OPS reveló amplias oportunidades de mejora en cuanto a la FESP 1: *Monitoreo y Evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.*

Las principales brechas encontradas fueron¹²⁷:

- En cuanto a marco legal e institucional, el país no cuenta con estructuras institucionales y/o lineamientos técnicos que apoyan el levantamiento y sistematización de información relacionada a salud ni la revisión de la pertinencia de la información para el sistema de Monitoreo y Evaluación. Tampoco existe una estrategia de movilización de recursos nacionales e internacionales para el funcionamiento del sistema de Monitoreo y Evaluación.
- Con respecto a calidad de información, el país no cuenta con estructuras institucionales y/o lineamientos técnicos que apoyan la revisión de la consistencia entre distintas fuentes de información. También hay deficiencias en interconectividad de las fuentes de datos y en los mecanismos para la revisión y supervisión de la cobertura e integridad de la información de las distintas bases que utiliza el sistema de Monitoreo y Evaluación.
- En lo relativo a análisis y uso de la información, el país no cuenta con la suficiente producción de evidencia sobre factores de riesgo y hábitos de la población ni sobre trazadores de determinantes sociales de la salud, la desigualdad y la inequidad de distintos aspectos de la salud.
- En ese mismo orden, el país no cuenta con estructuras institucionales que apoyen la participación de la comunidad en la generación de información y procesos de Monitoreo y Evaluación. Tampoco cuenta con la divulgación apropiada de informes sobre cumplimiento de metas nacionales y opciones de mejora entre el conjunto de actores de políticas de salud del país, ni con una estrategia de utilización de información producida para la evaluación de programas y políticas.

Como se aprecia, las oportunidades de mejora en el monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar son amplias y numerosas.

¹²⁷ Organización Panamericana de la Salud. Op. cit.

Donde se han hecho algunos avances es en el monitoreo del desarrollo de la gestión de las entidades del sector salud con el SISMAP Salud, una vertiente del SISMAP previamente explicado, y que fue diseñado en conjunto por el Servicio Nacional de Salud, el Ministerio de Administración Pública y el Instituto Nacional de Administración Pública.

En su etapa inicial, las mediciones están enfocadas en el monitoreo de la gestión de los centros de salud de las diferentes regiones del país, con indicadores relacionados a la gestión administrativa, de recursos humanos, aspectos sanitarios y la prestación de servicios; en términos de calidad, cumplimiento de normas, eficiencia administrativa y rendición de cuentas¹²⁸.

En el sitio web del SISMAP Salud se informa que a futuro podrían incorporarse indicadores del MISPAS, sin embargo, llama la atención que no formaran parte de la primera versión. También llama la atención que, en su calidad de órgano rector y por tanto responsable de supervisar las demás entidades del sistema de salud, el MISPAS no haya formado parte del equipo que diseñó el SISMAP Salud.

En cualquier caso, la iniciativa es positiva para fortalecer la gobernanza en salud con la medición objetiva de indicadores de organización y gestión de los centros de salud y las regionales de salud. Además, se han establecido premiaciones basadas en las calificaciones obtenidas en las mediciones, lo cual puede funcionar como un incentivo al cumplimiento por parte de las instituciones.

El informe agosto-septiembre 2022, que incluye a 50 centros evaluados, muestra que la mayor parte presenta poco o ningún avance en el logro de los objetivos, como se ve a continuación.

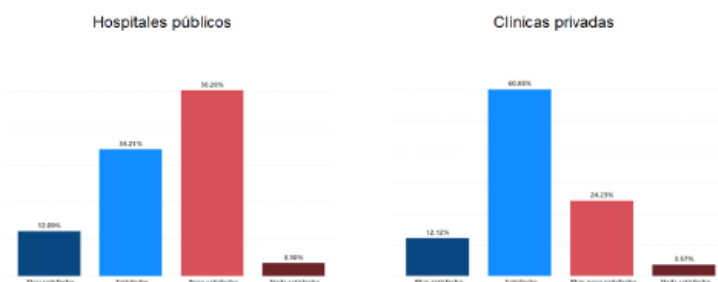
Cuadro No. 10. Indicadores SISMAP Salud Agosto-Septiembre 2022.

Nivel de avance general	No. Centro Hospitalario por nivel	Porcentaje
Objetivo-logrado (80-100)	2	4.00%
Avance significativo (60-79)	15	30.00%
Ningún o poco avance (0-59)	33	66.00%
Total	50	100.00%

Fuente: SISMAP Salud.

Las opiniones de las personas expertas sobre la supervisión del MISPAS a los centros privados no es compartida con el ciudadano común, que expresó mayor satisfacción con la supervisión a centros privados que a públicos. Dado que es una encuesta de percepción, no se tiene forma de saber en qué se basaron los entrevistados/as para opinar así.

Gráfico No. 36. Satisfacción con el monitoreo que tiene Salud Pública en centros públicos y privados.



Fuente: Informe Barómetro de Gobernabilidad y Rectoría en Salud.



128 Ministerio de Administración Pública. SISMAP Salud. www.sismap.gob.do/salud.

Más de 180,000 familias dominicanas han sido impactadas positivamente vía las “Rutas de la Salud con el lema “Cambia tu Estilo de Vida”, se realizan en el país. Con las 23 entregas de las Rutas de la Salud, muchos dominicanos se han beneficiado. Se ofertan 35 servicios diversos para saber cómo está la salud, porque la prevención es lo primordial. En diversas provincias se realiza estudio sobre el Sobrepeso Obesidad, Diabetes, Hipertensión (SODHIP) que muestra valores coincidentes con el diagnóstico de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.





2.3. SÍNTESIS DE INDICADORES DE GOBERNABILIDAD

DIAGNÓSTICO DE GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN PÚBLICA-PRIVADA-COMUNITARIA

INDICADORES	LÍNEA BASAL
Población con percepción negativa (0-5/10) sobre cumplimiento de las leyes en R.D.	57.2%
Calificación promedio anual del Ministerio de Salud Pública (MISPAS) en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	95.0%
Calificación promedio anual del Servicio Nacional de Salud (SNS) en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	97.0%
Calificación promedio anual del Seguro Nacional de Salud (SENASA) en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	80.7%
Calificación promedio anual de PROMESE/CAL en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	97.8%
Calificación promedio anual de las instituciones del sector agua en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	82.5%
Satisfacción ciudadana con transparencia en el sector salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	44.7%
Índice de uso de TIC e implementación de gobierno electrónico (iTICge) del MISPAS	67.7%
Satisfacción ciudadana con la información que ofrece el gobierno sobre temas de salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	46.4%
Satisfacción ciudadana con las publicaciones de regulaciones del sector salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.9%
Confianza en las decisiones del gobierno ante un problema de salud (Muy confiado y Confiado)	63.5%
Porcentaje de ASFL sector salud con calificaciones de 90 o más en la evaluación de rendición de cuentas del MISPAS	54.0%
Satisfacción ciudadana con la integridad ética del MISPAS (Muy satisfecho y Satisfecho)	42.4%
Satisfacción ciudadana con las medidas de control de la corrupción del MISPAS (Muy satisfecho y Satisfecho)	41.7%
Porcentaje de Centros de Primer Nivel (CPN) con Comité de Salud conformado	88.0%
Valoración de la ciudadanía sobre el trabajo que realizan los espacios comunitarios que manejan temas de salud en el territorio (Muy bueno y Bueno)	70.4%
Satisfacción ciudadana sobre la articulación entre los organismos de salud del territorio (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.4%
Satisfacción ciudadana con la representatividad en los espacios territoriales donde se toman decisiones sobre salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	35.0%


**DIAGNÓSTICO DE GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y
ARTICULACIÓN PÚBLICA-PRIVADA-COMUNITARIA**

INDICADORES	LÍNEA BASAL
Valoración de la ciudadanía sobre participación comunitaria en temas de salud	21.0%
Conocimiento de la ciudadanía sobre derechos de salud (Mucho)	24.5%
Participación de la ciudadanía en espacios donde se toman decisiones sobre salud (pertenece a un espacio/organización)	10.0%
Puntuación anual del Ministerio de Salud Pública (MISPAS) en SISMAP	78.1%
Puntuación anual del Servicio Nacional de Salud (SNS) en SISMAP	93.6%
Puntuación anual del Ministerio de PROMESE/CAL en SISMAP	81.0%
Puntuación anual promedio de las instituciones del sector agua en SISMAP	56.8%
Satisfacción ciudadana con el liderazgo de las autoridades de salud de su provincia (Muy satisfecho y Satisfecho)	42.6%
Satisfacción ciudadana con la capacidad de las autoridades territoriales de salud para transformar políticas en acciones de impacto (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.4%
Satisfacción ciudadana con el monitoreo que realiza el Ministerio de Salud Pública en hospitales y centros públicos de su provincia (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.4%
Satisfacción ciudadana con el monitoreo que realiza el Ministerio de Salud Pública en clínicas y centros privados de su provincia (Muy satisfecho y Satisfecho)	49.1%



***Las Rutas de la Salud son
un ejercicio creativo de
articulación pública, privada
y comunitaria.***



An aerial photograph of a dense, vibrant green forest. A winding river flows through the center of the forest, with a small boat visible on its surface. The image is overlaid with a semi-transparent dark blue banner that contains the title text. The overall scene is bright and clear, with some light flare effects in the corners.

SÍNTESIS DIAGNÓSTICA DE AMBIENTE, RIESGOS, ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD



AMBIENTE, RIESGOS

ORDENAMIENTO Y ADAPTACIÓN
AL CAMBIO CLIMÁTICO

Comisión Técnica de Ambiente, Riesgos y Cambio Climático

Comisión técnica que compendió contradicciones y soluciones desde el sector salud, armonizando desencuentros del medio natural, medio social y medio construido que dañan la salud. Asimismo, conoció y propuso soluciones para transformar problemáticas de higiene ambiental; seguridad alimentaria, cambio climático, riesgos y amenazas; gestión de emergencias y desastres naturales; gestión de residuos y desechos de salud; clima, y prevención y control de accidentes de tránsito y seguridad vial.



Rosa Urania Abreu

Coordinadora

Comisión Técnica de Ambiente, Riesgos y
Cambio Climático



Julio Corral

Consultor Sénior

Comisión Técnica de Ambiente, Riesgos y
Cambio Climático



Miembros titulares de la Comisión Técnica

- Rosa Urania Abreu Coordinación técnica | Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Julio Corral Consultor Sénior
- Adalberto Crisóstomo Cilpen Global (Sistema Gestión Integral de Residuos de Santiago)
- Alejandra Cedeño Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre (INTRANT)
- Andrés Burgos Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santiago (CORAASAN)
- Carlos Manuel Cueto Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública (MSP)
- David Luther Instituto de Desarrollo Integral (IDDI)
- Doris Holguín Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA-RD)
- Erick Conde Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
- Erick Dorrejo Gestión Fronteriza, Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)
- Eugenia Morales Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- Federico Franco Ministerio de Medio Ambiente
- Hugo Beras Goico Instituto Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre (INTRANT)
- Jesús de los Santos Fundación REDDOM
- Jhael Isa Oficina de Presidencia para los proyectos de movilidad
- José Mármol Fundación Banco Popular Dominicano
- Juan Cesáreo Salas Defensa Civil
- Luciano Bertozzo Consejo de Desarrollo Salcedo
- Luis Carvajal Experto en gestión ambiental
- Manuel E. Ruiz Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Maximiliano Puig Consejo Nacional de Cambio Climático y MDL
- Nathalie Flores Dirección de Adaptación y Mitigación del Cambio Climático, Ministerio Ambiente
- Nelson Batista Jardín Botánico de Santiago
- Reynaldo Peguero Plan Estratégico de Santiago
- Silvio Carrasco Experto en Agua
- Takayuki Kondo Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA-RD)
- Teresa Moreno García Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)
- Víctor D' Aza Liga Municipal Dominicana
- Víctor Dumé Grupo ABRISA | Plan Estratégico Altagracia del Mundo
- Wellington Arnaud Instituto Nacional de Agua Potable (INAPA)

Fuente: Base de datos. Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

Comisión Técnica designada por comunicación formal del ministro de salud Daniel Rivera y juramentada en el salón Las Cariátides de la Casa de Gobierno, Palacio Nacional el 10 de mayo 2022. Las Comisiones Técnicas del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 tendrán carácter permanente en el proceso de implantación de esta Agenda Oficial del Desarrollo y contribuirán en el Observatorio de Salud 2030, como proyecto estructurante de gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria.

3. SÍNTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE AMBIENTE, RIESGOS Y ADAPTACION CLIMÁTICA

3.1. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL

El presente diagnóstico sintetiza los principales hallazgos del diagnóstico correspondiente al pilar de Ambiente, Territorio, Cambio Climático y Riesgos Naturales-Antrópicos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. Se trata de resultados obtenidos a partir de las informaciones proporcionadas por los representantes de las instituciones públicas y privadas participantes de la Comisión Técnica constituida “ad hoc” para este pilar, y de estudios, investigaciones y publicaciones realizadas sobre esta temática.

La particularidad que caracteriza al análisis de este pilar es que se aborda el tema de ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos desde la óptica de la salud.

Esto significa que no se busca conocer la naturaleza ni los problemas de estos componentes en sí mismos, sino de aquellas características que son propias de ellos y que inciden en el comportamiento de la salud y el bienestar de la población (p.e. condiciones de vida, aumento de la temperatura, amenazas naturales, manejo de los residuos sólidos y líquidos).

El hecho que el análisis se focalice en el impacto que tienen o podrían tener esos componentes sobre la salud, condiciona las modalidades de gestión de las estructuras técnicas-operativas del sector salud, ya que la rectoría de algunas de las dimensiones de estos componentes es extra sectorial.

En tal sentido, como los impactos producidos en el seno de estas dimensiones no pueden ser planificados ni controlados directamente por las instancias del sector salud, su rol en estos casos se limita a alertar, vigilar, prevenir, articular, y promover acciones para la adaptación y mitigación de estos. Dentro de ello, cabe mencionar la rectoría del Ministerio de Medio Ambiente en el manejo de los residuos sólidos; al Consejo Nacional de Cambio Climático en la planificación e intervenciones para la adaptación y mitigación del cambio climático; y al INTRANT en la planificación, monitoreo e intervenciones en la movilidad de las personas, bienes y servicios, entre otras.

En términos prácticos, por ejemplo, la modalidad de recolección y disposición final de los residuos sólidos no depende del sector salud, sino de los ayuntamientos; las alteraciones del cambio climático tampoco, y menos aún las causas de los accidentes de tránsito o las pérdidas de vida como consecuencia de inundaciones, ciclones o movimientos sísmicos, entre otros.

Sin embargo, el sector salud tiene una cuota de responsabilidad a través de un manejo apropiado de los residuos hospitalarios y no hospitalarios, de un uso de energía limpia y sistemas de agua y saneamiento apropiados en sus instalaciones, y de un sistema de alerta frente a riesgos y emergencias producto de amenazas naturales-antrópicas, entre otros.

Considerando esta particularidad del enfoque, este documento se ha estructurado en 4 partes secuenciales y complementarias entre sí.

En la *primera* se presenta el marco conceptual que fundamenta el enfoque adoptado para el análisis de las dimensiones de ambiente/territorio-cambio climático-riesgos naturales/antrópicos desde la óptica del sector salud.

Para ello se recurre a un enfoque de las relaciones causales que se establecen entre el medio natural, el medio sociopolítico y el medio construido, que son las que determinan la capacidad de los asentamientos humanos para desarrollarse de manera saludable, sostenible y resiliente.

En la *segunda* se analiza la dimensión de la salud ambiental, a partir de la incidencia que tienen los factores ambientales (agua, saneamiento, calidad del aire) y sus comportamientos asociados (manejo de residuos sólidos y líquidos) sobre la salud.

En la *tercera* se hace lo propio con la dimensión del cambio climático, considerando los escenarios climáticos (temperatura, precipitaciones y aumento del nivel del mar) y los niveles de vulnerabilidad a los que se expone la salud de la población.

Finalmente, en la *cuarta* se realiza un ejercicio similar con la dimensión de los riesgos naturales-antrópicos, que incluye las amenazas naturales y la calidad de la infraestructura hospitalaria y el sistema de movilidad territorial.

3.2. MARCO METODOLÓGICO

En esta Sección se presenta el marco conceptual que fundamenta el análisis del pilar ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos desde la óptica de la salud. Se elabora desde un enfoque de relaciones causales que vincula el marco legal vigente con las funciones esenciales de la salud pública, en general, y de la salud pública ambiental, en particular.

De este modo, se establece un armazón conceptual entre un aporte teórico (el enfoque de relaciones causales) y un aporte práctico fundado en el régimen legal de la República Dominicana y las políticas y acciones provenientes del sector salud a nivel internacional bajo la orientación de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Esta sección se ha estructurado en dos partes complementarias entre sí. En la primera se describe el alcance de los fundamentos del enfoque de relaciones y su pertinencia para el análisis desde el sector salud; y, en la segunda, se correlacionan los fundamentos señalados con las funciones esenciales de salud pública (FESP) en general, y de la salud pública ambiental (FESPA) en particular.

Fundamentos del enfoque de relaciones causales

El enfoque de relaciones causales se fundamenta en el supuesto de que los componentes (naturales, sociopolíticos y construidos) de un ambiente/territorio sólo son comprensibles si se los interpreta en su relación con otros componentes¹²⁹. Esta perspectiva se sustenta en el hecho de que cada componente tiene sus particularidades constitutivas que lo hacen distinto a los otros, pero que se van moldeando, modificando, o alterando a través de su relación con los otros componentes.

Al momento que se producen modificaciones o alteraciones se generan nuevas situaciones que, a su vez, pueden modificar o alterar la naturaleza constitutiva de los otros componentes. Son estos tipos de modificaciones o alteraciones las que precisamente tienen incidencia sobre la salud de la población.

Desde esta óptica, por ejemplo, el agua contaminada es producto de la interrelación entre la sociedad y la naturaleza, la constitución originaria del agua se ha alterado producto de una acción determinada de la sociedad (disposición de residuos sólidos o líquidos, entre otras causas). En consecuencia, el agua no solo pierde sus propiedades para satisfacer la demanda de la sociedad, sino que también se constituye en un foco generador de olores, y de producción de microorganismos infecciosos capaces de generar enfermedades y alterar el bienestar de las personas.

El aspecto conceptual que se deriva del ejemplo presentado es que la perspectiva de análisis del pilar ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos se fundamenta en un **análisis sectorial centrado en la relación salud-medio natural/sociopolítico/construido**.



129 Corral, Julio César (2010). La dimensión del ordenamiento territorial en el Plan estratégico de Santiago. Consejo para el Desarrollo Estratégico de la Ciudad y el Municipio de Santiago. Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

Esto significa que se interpretan las causas de la situación de la salud y el bienestar de la población, a partir de las interacciones que se generan en las relaciones:

- *Sociedad-Naturaleza*, que alude a la modalidad de uso, conservación y aprovechamiento de los recursos naturales por parte de la sociedad;
- *Sociedad-Estado*, que refiere a la dinámica de satisfacción de las demandas de la sociedad por parte de un Estado que da respuesta a los derechos de la ciudadanía; y
- *Sociedad-Asentamientos Humanos*¹³⁰, que responde al modo en que la población se concentra o se dispersa en el territorio, movido por sus intereses o condicionantes de vida, así como por factores de atracción y expulsión.

Las puntualizaciones señaladas se fundamentan en un concepto de **ambiente** entendido como “el **conjunto de interrelaciones** que se producen entre el Medio Natural, el Medio Social y el Medio Construido en un tiempo y espacio determinado y modificado en el proceso de vivir”¹³¹. Tal como se observa, es un concepto que alude a la dinámica de interrelaciones entre distintos componentes que se van modificando a través del tiempo, de acuerdo con las modalidades de vida de la sociedad.

De allí que, el ambiente incida en las condiciones de salud de la población por el modo como la sociedad se relaciona con la naturaleza, el Estado y los asentamientos humanos. Esta conceptualización se enfatiza en el art. 2 de la Ley General de Salud 42-01 cuando se establece que:

*“La producción social de la salud está íntimamente ligada al **desarrollo global de la sociedad, constituyéndose en el producto de la interacción entre el desarrollo y la acción armónica de la sociedad en su conjunto**, mediante el cual se brindan a los ciudadanos y ciudadanas las mejores opciones políticas... ambientales... de bienes y servicios... de recreación y participación social para que, individual y colectivamente, desarrollen sus potencialidades en aras del **bienestar**. Por lo tanto, **la salud no es atribución exclusiva del sector salud...**”¹³².*

En una dirección similar a la de ambiente, las puntualizaciones señaladas se sustentan en un concepto de **Territorio** como “una unidad geográfica, política y administrativamente definida por una sociedad, **a partir del dominio que ejerce** sobre la misma en la toma de decisiones y ejecución de acciones”¹³³.

Esta conceptualización complementa la de ambiente, en tanto le imprime el sello político-administrativo y del ejercicio del dominio en las relaciones de poder Estado-ciudadanía. De allí se entiende el papel de las entidades del sector salud en sí mismas y en su relación con las demás instituciones del Estado y de la sociedad civil. Precisamente, el art. 8 de la Ley 42-01 refiere que el objeto del Sistema Nacional de Salud es:

*“...regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses... 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.”*

Los conceptos de **ambiente** y **territorio** tienen en común las relaciones de poder que ocurren entre los distintos sectores del Estado y entre éstos y la sociedad civil (toma de decisiones y ejecución de acciones).

Más aún, cuando, de la dinámica de esas relaciones depende que las poblaciones sean más saludables o menos saludables. De allí que el art. 9 de la Ley 42-01 incluya a diversas instituciones en adición al Ministerio de Salud Pública como parte del Sistema Nacional de Salud, tales como “los **institutos nacionales de agua potable, alcantarillado y de recursos hidráulicos... los municipios... y las organizaciones no gubernamentales de diferentes denominaciones y especialidades**”¹³⁴.

Esta necesaria articulación del sector salud con las diversas instancias que tienen la rectoría de algunos de los componentes del ambiente/territorio, se ve reflejada en el art. 14 de la Ley 42-01 cuando señala que “...**además de las funciones que le atribuya el Poder Ejecutivo y de las consagradas en otras disposiciones de la presente ley, son funciones (del MISPAS)...** **Colaborar con la Secretaría de Estado de Medio Ambiente y Recursos Naturales** (actual Ministerio) **por la preservación y el mejoramiento del medio ambiente**”.

La relación de la salud con las dimensiones de ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos tienen sus antecedentes conceptuales en el modelo de Campo de la Salud, en donde se relaciona la salud con la enfermedad y el comportamiento del ambiente. Precisamente, esto se enfatiza en el art. 12 de la Ley 42-01 cuando señala que (el MISPAS) que,

“...como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, promoverá y desarrollará las siguientes estrategias:

*a) Promover y desarrollar las **estrategias de descentralización y desconcentración**, con los propósitos de acercarse en forma creciente a individuos, familias y comunidades, como usuarios de los servicios, para responder sensible y adecuadamente a las necesidades manifiestas, así como **para responder a las modificaciones del entorno que afectan a la salud y a la asistencia sanitaria**”.*

130 Corral, Julio César, y Yunén, Rafael Emilio (2012). Diagnóstico territorial a nivel nacional. Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial, MEPLYD. Santo Domingo, República Dominicana.

131 Corral, Julio César et al. (2013). Plan de ordenamiento territorial de la provincia Samaná con adaptación al cambio climático. CEBSE-The Nature Conservancy-USAID. Samaná, República Dominicana.

132 Congreso Nacional (2001). Ley General de Salud de la República Dominicana. Congreso Nacional. Santo Domingo, República Dominicana.

133 Corral, Julio César y Yunén, Rafael Emilio (2012). Herramientas conceptuales, metodológicas y operativas para el ordenamiento territorial. Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial, MEPLYD. Santo Domingo, República Dominicana.

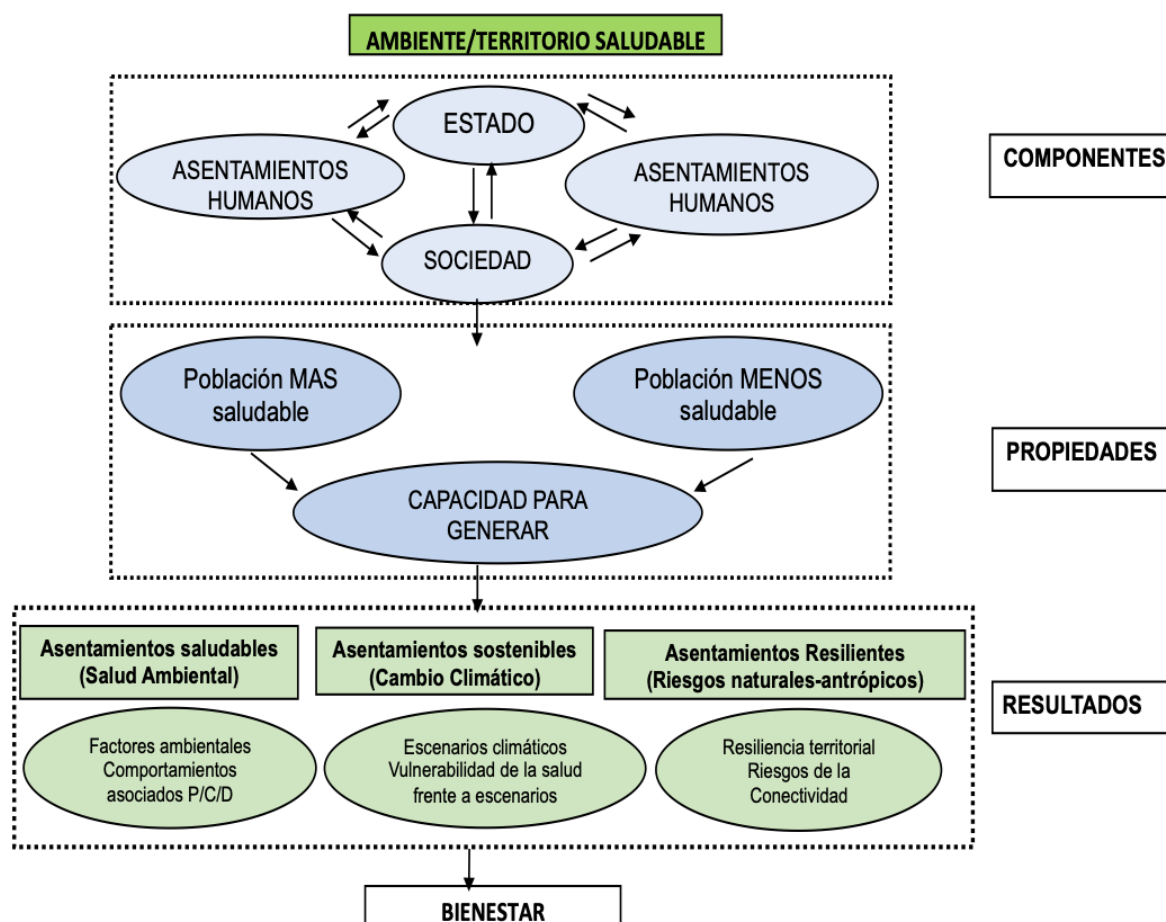
134 Congreso Nacional (2001). Op. Cit.

Esta afirmación del compromiso del sector salud para con la respuesta a *las modificaciones del entorno que afectan a la salud*, justifican la pertinencia del enfoque de relaciones causales que se establecen entre la sociedad y la naturaleza, el Estado y los asentamientos humanos. Aspecto que ya se enfatizaba en el Capítulo I, Sección III, art. 61 de la constitución nacional del 2010, cuando al referirse al derecho a la protección social, económica, medioambiental y de la salud alude a que **“El Estado debe 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”**¹³⁵.

Esta última cita es el corolario de que el enfoque de relaciones causales adoptado para el análisis de este pilar es el más apropiado, en tanto tiene como propósito el bienestar de las personas. El gráfico siguiente sintetiza los alcances del enfoque adoptado, expresando que el resultado de las interrelaciones entre los componentes de un territorio define una capacidad del sector salud y sus entidades asociadas para generar, o no, asentamientos saludables, sostenibles y resilientes.

Cada uno de ellos es una respuesta a los postulados de la salud ambiental (asentamientos humanos saludables); el cambio climático (asentamientos humanos sostenibles); y los riesgos naturales-antrópicos (asentamientos humanos resilientes), que son las dimensiones de análisis para este pilar. En el caso de la salud ambiental, se incluyen los factores ambientales y los comportamientos asociados a estos; en el cambio climático, los escenarios climáticos y la vulnerabilidad de la salud frente a estos cambios; finalmente, en los riesgos naturales-antrópicos, la resiliencia territorial y los riesgos de la conectividad.

Gráfico No. 1. Esquema de relaciones conceptuales adoptadas para el análisis del Pilar



Fuente: Consultoría de Ambiente y Salud realizada a los fines del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, Abril 2022.

135 Congreso Nacional (2010). Constitución Nacional de la República Dominicana. Congreso Nacional. Santo Domingo, República Dominicana.

Las funciones esenciales de la salud general/ambiental y el enfoque de relaciones causales

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) constituyen el núcleo de la agenda de fortalecimiento del sector de la salud en la Región de las Américas desde la década de 1980 (OPS, 2020). Se definen como **Funciones Esenciales de la Salud Renovadas** a las “...capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población”¹³⁶.

Esta conceptualización de las FESP muestra una correlación con el enfoque de relaciones causales, en tanto alude a la necesaria actuación sobre los factores de riesgo (cambio climático, amenazas naturales-antrópicas) y los determinantes sociales (condiciones de vida, acceso al agua y saneamiento, manejo de residuos sólidos y líquidos, entre otros) que tienen efectos sobre la salud de la población.

Por otra parte, refiere a la necesaria articulación entre todos los niveles institucionales del sector salud y la sociedad civil para garantizar un ejercicio de pleno derecho a la salud, lo cual tiene implicancias sobre las entidades con rectoría sobre las dimensiones de cambio climático, riesgos naturales y los factores ambientales y comportamientos asociados de la salud ambiental. Esto se enfatiza aún más con los cuatro pilares que fundamentan el accionar de las políticas del sector salud, en tanto aluden a los valores éticos para superar las brechas de las inequidades y garantizar el acceso universal a los servicios de salud (relación sociedad-Estado), a las condiciones de vida de la población, y a la función de rectoría de las autoridades de salud (relación sociedad-asentamientos humanos).

Tal como se observa, no refiere explícitamente a las condiciones ambientales que inciden en la salud de la población, que, precisamente, se deja establecido en **las Funciones Esenciales de la Salud Pública Ambiental (FESPA)** cuando señala que “...es la rama de la salud pública que aborda los factores ambientales subnacionales, nacionales, regionales y mundiales que influyen en la salud humana”¹³⁷.

Esta conceptualización de la FESPA responde al propósito de la Agenda para las Américas sobre Salud, Medio Ambiente y Cambio Climático 2021-2030 (en adelante “la Agenda”), de “...reducir la carga de enfermedad y las inequidades en cuanto a la salud atribuibles al impacto medioambiental en la Región, haciendo hincapié en calidad del aire, seguridad química, repercusiones del cambio climático, agua, saneamiento e higiene (ASH), y los comportamientos relacionados con todo ello”¹³⁸.

136 Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. OPS-OMS. Washington, Estados Unidos. 2020.

137 Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública ambiental. Un marco para poner en marcha la Agenda de las Américas sobre salud, medioambiente y cambio climático 2021-2030. Washington, Estados Unidos. 2022.

138 Organización Panamericana de la Salud. Agenda para las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021-2030. OPS-OMS. Washington, Estados Unidos. 2021.

La Agenda propone tres líneas de acción relacionadas con el enfoque de relaciones causales adoptados para el análisis de este pilar:

- Mejorar el desempeño de los programas y las instituciones de salud pública ambiental (*relación sociedad-Estado*);
- Fomentar que el sistema de salud sea sostenible y resiliente desde el punto de vista medioambiental (*relación sociedad-naturaleza*); y
- Promover que las ciudades y las comunidades sean saludables y resilientes desde el punto de vista ambiental (*relación sociedad/Estado-asentamientos humanos*).

Dentro de las diez FESPA establecidas en relación con las FESP, y que están vinculadas con el enfoque de las relaciones causales del pilar de ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos, se han identificado dos para la dimensión de salud ambiental; dos para la de cambio climático, y una para la de riesgos naturales-antrópicos:

Salud Ambiental

- **FESPA 1. Monitoreo y evaluación de la salud** y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud. Se trata de una función establecida para la etapa de evaluación del ciclo de las políticas de salud, que coincide con el tema de condiciones de vida establecidas en la relación sociedad-Estado.
- **FESPA 11. Gestión y promoción de las intervenciones** sobre los determinantes sociales de la salud. Esta función responde a la etapa de acceso del ciclo de las políticas de salud, que se correlaciona con la articulación sociedad-Estado del enfoque de las relaciones causales, por ejemplo, en lo referente al acceso a sistemas de agua y saneamiento.

Cambio Climático

- **FESPA 3. Promoción y gestión de la investigación** y el conocimiento en el ámbito de la salud. El alcance de esta función establecida para la etapa de evaluación del ciclo de las políticas de salud se corresponde con el análisis de la relación sociedad-naturaleza en la dimensión del impacto del cambio climático sobre la salud.
- **FESPA 10. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud**, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Esta función alude a la etapa de acceso del ciclo de las políticas de salud, correspondiente a la relación sociedad-Estado del enfoque de las relaciones causales del cambio climático sobre la salud.

Riesgos Naturales-Antrópicos

- **FESPA 2. La vigilancia en la salud pública:** el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias. Es una función establecida para la etapa de evaluación del ciclo de las políticas de salud que se corresponde con la relación sociedad-asentamientos humanos y el impacto de los riesgos naturales-antrópicos sobre la población.

Las tres dimensiones estudiadas en este pilar son:

- **Factores vinculados a la Salud Ambiental:** Factores medioambientales comportamientos asociados a la producción-consumo y disposición de residuos y gestión de asentamientos humanos.
- **Cambio Climático: Escenarios climáticos.** Vulnerabilidad de la salud frente a escenarios climáticos y gestión de asentamientos humanos ambientalmente sostenibles.
- **Riesgos naturales y antrópicos:** Resiliencia territorial, riesgos de conectividad territorial, y gestión de asentamientos humanos resilientes.

3.3. FACTORES VINCULADOS A LA SALUD AMBIENTAL Y ASENTAMIENTOS HUMANOS

En esta Sección se presenta un análisis de la **dimensión de la Salud Ambiental** como una de las partes del pilar ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos, considerando el marco conceptual señalado precedentemente. Esta sección se ha estructurado en cuatro partes complementarias entre sí. En la primera se describen las características principales de la salud ambiental y sus dimensiones. En la segunda, se presenta un análisis de los componentes de la salud ambiental a nivel regional en general, y a nivel de la infraestructura hospitalaria en particular.

En la tercera, se examinan los factores ambientales que hacen parte del proceso de producción-consumo-disposición final de los residuos sólidos, líquidos y el manejo de los productos químicos y peligrosos. Finalmente, en la cuarta, se analizan las características del sistema de gestión de la salud ambiental por parte de las entidades responsables.

3.3.1. Características de la salud ambiental

La Agenda para las Américas sobre Salud, Medioambiente y Cambio Climático, define la salud pública ambiental como “la rama de la salud pública que aborda los factores medioambientales subnacionales, nacionales, regionales y mundiales que influyen en la salud humana, incluidos los factores físicos, químicos y biológicos externos a una persona, así como todos los comportamientos asociados a todo ello. En conjunto, estos factores se denominan determinantes ambientales de la salud”¹³⁹. Esta conceptualización se correlaciona con lo establecido en el eje estratégico 2 de la END 2030 cuando señala que se procura “Una sociedad con igualdad de derechos y oportunidades, en la que toda la población tiene garantizada... salud, vivienda digna y servicios básicos de calidad...”¹⁴⁰.

Como se puede observar, se trata de un interés por construir **entornos saludables** que garanticen el bienestar de toda la población sin inequidades. Para ello, en el análisis de la salud ambiental, se recurre a los factores ambientales y los comportamientos humanos asociados a estos, tal y como señalan OPS-OMS.

Cada uno de los componentes se relacionan con las variables de análisis (calidad del aire, agua y saneamiento, higiene ambiental, residuos químicos y peligrosos, y residuos sólidos y líquidos hospitalarios y no hospitalarios), que permiten entender su incidencia en las situaciones que afectan a la salud (contaminación, bajo nivel de acceso al agua y saneamiento, débil concientización de la población y hábitos inadecuados, entre otros), y, en consecuencia, el tipo de afectaciones a la misma (accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas y pulmonares, cáncer, diarrea, entre otras) que se han detectado en el análisis de esta dimensión.

El gráfico a continuación es ilustrativo de las relaciones establecidas entre los componentes con sus variables, las situaciones que afectan a la salud y el tipo de afectación resultante.

Se trata de un ejercicio que se aplica al comportamiento de estos a nivel regional en general, y de los centros hospitalarios a nivel particular. De este modo se pretende tener una primera aproximación al conocimiento de la realidad de la salud ambiental en el territorio nacional, y del comportamiento que tienen los distintos actores sociales, económicos y políticos. Dos aspectos interrelacionados que posibilitan conocer no sólo los impactos generados sobre la salud, sino también la respuesta del sistema de salud y la de otros actores institucionales asociados.

Gráfico 2. Cinco Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) clave de la Agenda 2030 abordan los determinantes ambientales de la salud



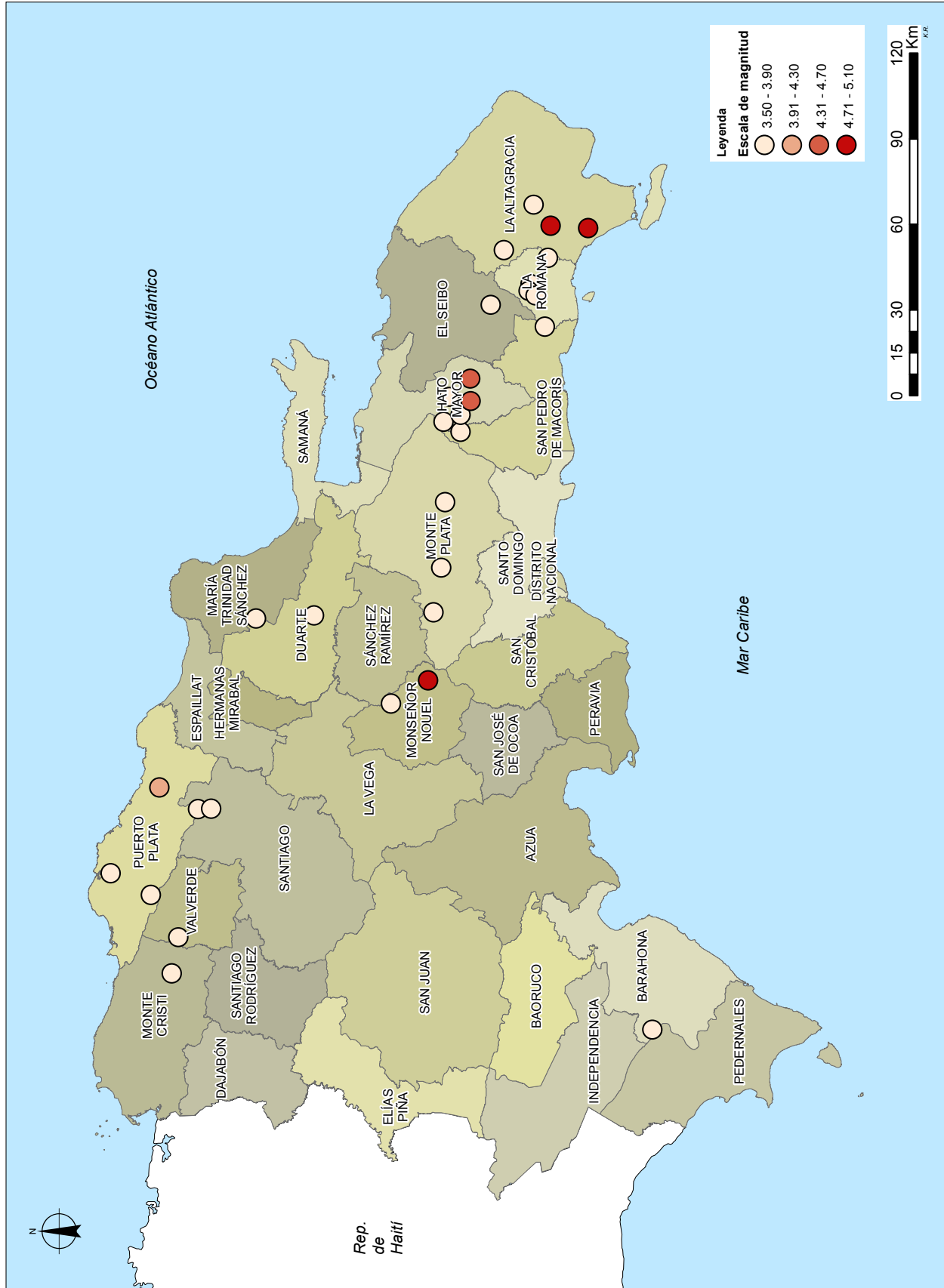
Fuente: OPS. Salud Ambiental

139 Organización Panamericana de la Salud. Agenda para las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021-2030. OPS-OMS. Washington, Estados Unidos. 2021.

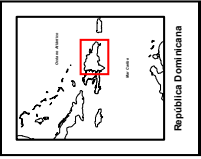
140 Congreso Nacional (2010). Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Congreso de República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.



Mapa 1. Movimientos sísmicos superiores o iguales a 3.50 grados escala Richter en República Dominicana 2021



Equipo técnico:
Dr. Reynaldo Peguero
Arq. Julio César Cerril
Arq. Karman Rodríguez, MPY



Fuente:
Banco de datos de terremotos de la Oficina de Geología y Geotecnología (ONGE), 2021



Proyección: UTM Zona 18N
Datum: WGS84

Cuadro 1. Componentes, Variables de Análisis, Situaciones que afectan a la salud y tipo de afectaciones de la Dimensión Salud Ambiental

Componentes	Variables de Análisis	Situaciones que afectan la salud	Tipo de afectaciones a la salud
Factores medioambientales	Calidad del aire	a) Contaminación	b) accidentes cerebrovasculares c) enfermedades cardíacas d) enfermedades pulmonares e) cáncer
	Agua y sistema de saneamiento	a) Bajo nivel de acceso al servicio de agua b) Contaminación	c) Diarrea d) Hipertensión e) Migraña f) Calambres g) Fatiga
	Higiene ambiental	a) Débil concientización b) Hábitos inadecuados	c) Sequedad en la piel
Comportamientos asociados a la producción-consumo y disposición de residuos	Manejo de productos químicos y peligrosos (plomo, mercurio, arsénico y pesticidas)	• Manejo inadecuado • Contaminación	• Dermatitis • Cáncer de piel • Irritación
	Manejo de residuos sólidos hospitalarios y no hospitalarios	• Contaminación directa e indirecta	• Irritación del estómago • Vómito • Diarrea • Cólera • Amebiasis
	Manejo de residuos líquidos	• Contaminación	• Infecciones respiratorias • Parasitosis • Diarrea • Dengue • Malaria

Fuente: Consultoría Sénior de Ambiente y Salud realizada a los fines del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, Abril 2022.

3.3.2. Comportamiento de los Factores Medioambientales en el Territorio

El primer análisis de la salud ambiental lo constituye el tema de los factores medioambientales expresados a través de la calidad del aire, acceso al agua, saneamiento e higiene ambiental. En cada uno de ellos se relaciona lo establecido en el marco legal vigente con lo señalado en la Agenda de las Américas por OPS-OMS y en el trabajo que realiza la Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud. De este modo se analiza la concurrencia entre distintas consideraciones de entidades nacionales e internacionales.

a) Calidad del Aire.

En el caso de la **calidad del aire**, el artículo 49 de la Ley 42-01 de Salud establece que “la eliminación de gases, vapores, humo, polvo o cualquier contaminante producido por actividades domésticas, industriales, agrícolas, mineras, de servicios y comerciales, se hará en forma sanitaria, cumpliéndose con las disposiciones legales y reglamentarias del caso o las medidas técnicas que ordene la SESPAS (actual MISPAS), con el fin de prevenir o disminuir el daño en la salud de la población”.

En correlación, la OPS-OMS establece como parámetros de vigilancia de la salud ambiental de la calidad del aire las siguientes variables:

- **Aire exterior.** Incluye el monitoreo de los contaminantes de PM_{2,5} y PM₁₀ (anual y 24 horas); ozono (8 horas); Dióxido de nitrógeno (anual y 24 horas); dióxido de azufre (24 horas); y productos químicos peligrosos (por ejemplo, compuestos orgánicos volátiles), lo cual supone la vigilancia de las emisiones procedentes de fuentes de contaminación del aire (OPS, 2022).
- **Aire interior.** Incluye aquellos *relacionados con el hogar* como el monitoreo de PM_{2,5} y monóxido de carbono (con y sin ventilación), evaluación de la proporción de hogares que utilizan combustibles y tecnologías limpias para cocinar, obtener refrigeración e iluminar, y con el moho, como las inspecciones y mantenimiento profesionales regulares de las edificaciones para prevenir la humedad y el moho, y vigilancia de los edificios con problemas de humedad y moho para determinar las causas (OPS, 2022).

A nivel regional existen informaciones sobre atención de casos por enfermedades cardíacas y pulmonares, más no así sobre accidentes cardiovasculares y cáncer (solo para el año 2022), que podrían asignarse como producto de la contaminación del aire¹⁴¹. El hecho de contar con este tipo de información permite una aproximación a lo que está sucediendo en el territorio con el comportamiento de la calidad del aire.

En este sentido, el análisis realizado es retrospectivo al 2016¹⁴² de manera de contar con un momento referencial para compararlo con la situación actual y analizar la dinámica de su comportamiento. Esto es, si los indicadores se han mantenido estables, o si han incrementado o disminuido.

En el caso de las **enfermedades cardiovasculares**, se observa que las regiones metropolitana (Distrito Nacional y provincia Santo Domingo); Cibao Norte (Santiago, Espaillat y Puerto Plata), Nordeste (Samaná, Duarte, Hermanas Mirabal y María Trinidad Sánchez), y Valdesia (San Cristóbal, Azua, San José de Ocoa y Peravia) son las que en el 2022 **presentaban la mayor cantidad de atenciones de casos evidenciados**, con valores máximos de 2,892 (metropolitana) y mínimos de 178 (Nordeste) e intermedios de 1,687 (Cibao Norte) y 692 (Valdesia).

Cuadro 2. Tipo de afectaciones a la salud a Nivel Regional causadas por la Contaminación del Aire. Período 2016-2022. ^{143;144}

Regiones	Accidentes cerebrovasculares				Enfermedades cardíacas				Enfermedades pulmonares				Cáncer			
	2016		2022		2016		2022		2016		2022		2016		2022	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Metropolitana	N/D		N/D		3,783	4.10	2,892	3.80	993	23.7	1,474	38.4	N/D		30	0.14
Cibao Norte	N/D		N/D		1,819	2.51	1,687	2.27	383	15.6	475	33.9	N/D		9	0.10
Cibao Sur	N/D		N/D		1,164	1.29	1,288	1.33	226	25.8	125	16.9	N/D		0.0	0.0
Nordeste	N/D		N/D		839	9.05	178	3.79	129	25.9	147	25.4	N/D		0.0	0.0
Noroeste	N/D		N/D		391	1.95	322	1.75	74	14.6	111	29.0	N/D		0.0	0.0
Valdesia	N/D		N/D		1,384	4.60	692	2.30	328	35.3	356	37.2	N/D		0.0	0.0
Enriquillo	N/D		N/D		395	3.95	187	2.08	42	10.8	107	25.2	N/D		0.0	0.0
El Valle	N/D		N/D		303	1.45	213	0.45	52	23.0	62	21.2	N/D		0.0	0.0
Yuma	N/D		N/D		551	4.05	145	1.03	276	31.0	263	37.1	N/D		0.0	0.0
Higuamo	N/D		N/D		927	2.11	339	0.67	190	27.7	172	29.3	N/D		0.0	0.0

Fuente: Consultoría Senior de Ambiente y Salud realizada a los fines del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, Abril 2022. Enero 2023.

El orden presentado de acuerdo con la cantidad de casos atendidos por enfermedades cardiovasculares no se corresponde en términos de las tasas de atención¹⁴⁵, ya que, aunque continúa en primer lugar la región Metropolitana (3.95), le siguen la del Nordeste (3.79), Valdesia (2.30) y finalmente Cibao Norte, que en cantidad de casos era la segunda (2.27).

Comparando estos valores con 2016, se observa que a las regiones metropolitana; Cibao Norte, Nordeste, y Valdesia se le agregaba la de **Enriquillo** (Barahona, Baoruco, Pedernales e Independencia), evidenciando que en ese momento eran 5 las regiones que presentaban los valores más altos de cantidad de casos atendidos y tasas de atención. En esa ocasión, los valores máximos eran 3,783 (metropolitana) y mínimos de 395 (Enriquillo) e intermedios de 1,819 (Cibao Norte), 1,384 (Valdesia) y 839 (Nordeste).

141 Aunque no existen evidencias de que estas afectaciones hayan sido producto de la contaminación del aire, se las incluye a los fines del análisis como parte de un ejercicio que requiere de investigaciones más profundas y de estadística que traten de incluir algunas de las causas posibles de ello.

142 La selección de este año de referencia es porque se cuenta con estadísticas de este, aunque se podrían haber tomado como referencias otros años anteriores.

143 Ministerio de Salud Pública (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana.

144 Ministerio de Salud Pública (2022). Estadísticas por semanas de eventos 2022. Ministerial de Salud Pública. Santo Domingo, República Dominicana.

145 Las tasas de atención de casos corresponden a una proporción de la población atendida por cada 100,000 habitantes, por lo que en algunas regiones, aunque mayor cantidad de casos no necesariamente tiene tasas más altas que otras que tienen menos casos atendidos.

Estas magnitudes mostraron un orden diferente al analizarlas por tasas de atención de casos por cada 100,000 habitantes, dado que las regiones Nordeste (9.05) y Valdesia (4.60) presentaban valores más altos que la región metropolitana (4.10) que se encontraba en una tercera posición. Le seguían a esta última las regiones Enriquillo (3.95) y Cibao Norte (2.51) que era la segunda en la cantidad de casos atendidos.

Comparando el comportamiento evidenciado en estos últimos 7 años, se observa una disminución en los casos atendidos en todas las regiones con su consecuente disminución en las tasas de atención de la población afectada. Esto es un indicador de mejora de la calidad del aire por la disminución de los impactos de las fuentes de contaminación como las emisiones del sistema de transporte y los vertederos principalmente.

b) Agua y Saneamiento

Respecto al **agua y sistemas de saneamiento**, el Departamento de Salud Ambiental utiliza diferentes indicadores de aseguramiento de la desinfección del agua en 2,239 puntos de muestreo; 931 de estos puntos corresponden a sistemas de abastecimiento de agua, 793 corresponden a establecimientos de salud, 364 a infraestructuras educacionales, 76 a recintos penitenciarios y 75 a críticos de alimentos.

Estos puntos están dispersos en toda la geografía nacional, cubriendo el 79% de los municipios¹⁴⁶. Los indicadores básicos que se utilizan para ello son el % de cloro residual aceptable; % de cloro residual y presencia de cloro; % de reportes recibidos; % de cobertura de vigilancia por punto de muestreo; % de municipios cubiertos por la vigilancia; residual promedio mensual; número de visitas de los muestreadores a puntos de muestreo, y número de puntos de muestreo con ausencia de agua al momento de la toma.

Estos indicadores están relacionados en el caso del **agua potable**, a la vigilancia rutinaria de la calidad del agua en los hogares, las escuelas y los establecimientos de salud que puede incluir el seguimiento a los parámetros físicos, biológicos, químicos y radiológicos. A ello se agrega la vigilancia de la salud para confirmar la seguridad del agua potable, y como componente de los planes de seguridad¹⁴⁷.

Por su parte, en el caso del saneamiento refiere a la vigilancia para dirigir los servicios de saneamiento hacia entornos con cargas de enfermedad alta y apoyar los esfuerzos de prevención de brotes; evaluar los riesgos locales para priorizar las mejoras y gestionar el desempeño del sistema, y como componente de los planes de seguridad del saneamiento.

A nivel regional existen informaciones sobre atención de casos por enfermedades diarreicas, más no así sobre hipertensión, migraña, calambres y fatiga, que podrían asignarse como producto de la contaminación del agua y de un inadecuado sistema de evacuación de excretas¹⁴⁸.

146 Informaciones proporcionadas por la Dirección de Salud Ambiental en las reuniones de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Cambio Climático y Riesgos Naturales, en los meses de mayo y junio del 2022.

147 Organización Panamericana de la Salud (2021). Op Cit.

148 Aunque no existen evidencias de que estas afectaciones hayan sido producto de la contaminación del agua o de un inadecuado sistema de

El hecho de contar con este tipo de información permite una aproximación a lo que está sucediendo en el territorio con el comportamiento del agua y saneamiento. En este sentido, se trató de realizar un análisis retrospectivo al 2016¹⁴⁹, que permitiera contar con un momento referencial para compararlo con la situación actual y analizar la dinámica de su comportamiento, pero, esto no fue posible por falta de datos.

Respecto a los casos atendidos por **diarrea**, se observa que, aunque la región metropolitana es la que tiene la mayor cantidad de casos atendidos (137,928), no es la que tiene la tasa de atención más alta. En términos de casos atendidos, le siguen en orden de importancia las regiones de Valdesia (60,290), Cibao Sur (41,128), y Yuma (34,191), seguidas por la de Enriquillo (28,938) y Nordeste (26,173).

Este orden varía en el análisis del comportamiento de las tasas de atención, ya que la región Nordeste alcanza los valores más altos (151.5), seguido por la de Enriquillo (128.6), que eran las de menor cantidad de casos atendidos. Completan el orden de importancia por sus magnitudes, las regiones de Valdesia (110.6), Yuma (110.2), y Cibao Sur (107.2).



evacuación de excretas, se las incluye a los fines del análisis como parte de un ejercicio que requiere de investigaciones más profundas y de estadística que traten de incluir algunas de las causas posibles de ello.

149 La selección de este año de referencia es porque se cuenta con estadísticas del mismo, aunque se podrían haber tomado como referencias otros años anteriores.

Cuadro 3. Tipo de afectaciones a la salud a Nivel Regional causados por el inadecuado sistema de agua y saneamiento. Período 2016-2022

Regiones	Diarrea				Hipertensión				Migraña				Calambres/Fatiga			
	2016		2022		2016		2022		2016		2022		2016		2022	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Metropolitana	N/D		137,928	100.4	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Cibao Norte	N/D		28,540	57.1	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Cibao Sur	N/D		41,128	107.2	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Nordeste	N/D		26,713	151.5	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Noroeste	N/D		17,440	90.5	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Valdesia	N/D		60,290	110.6	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Enriquillo	N/D		28,938	128.6	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
El Valle	N/D		13,159	89.1	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Yuma	N/D		34,191	110.2	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	
Higüamo	N/D		33,316	100.1	N/D		N/D		N/D		N/D		N/D		N/D	

Fuente: Consultoría Ambiente y Salud para el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, realizada a partir de Indicadores Básicos de Salud proporcionados por el Ministerio de Salud a los fines de esta investigación, enero 2023.

Las magnitudes presentadas de los casos atendidos por diarrea son concordantes con la situación del acceso al agua potable y a los sistemas de saneamiento que se presentan a nivel regional. De acuerdo con ENHOGAR 2022¹⁵⁰ el 38% de los hogares de las regiones Nordeste (71,441) y Enriquillo (64,331) carece de inodoros privados en su vivienda; el 30% hace lo propio en la región Yuma (60,682), el 29% (26,723) en la región Valdesia; y el 16% (28,432) en la región Cibao Sur.

Por otra parte, en términos de acceso al agua potable que reciben 3 días o menos, se observa que en la región Nordeste lo reciben 12 horas; en la Enriquillo 5 horas; en la de Yuma 4 horas; y en la de Valdesia y Cibao Sur 7 horas. Esta situación de acceso al agua potable junto a un sistema inadecuado de disposición final de excretas es indicativo de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la población de esas regiones y de la cantidad de casos que han sido atendidos por problemas de diarrea en los centros de salud de esas regiones.

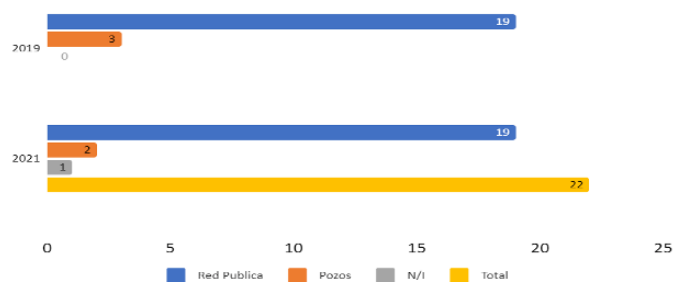
Analizando la **situación del agua en 22 Centros de Salud Pública** entre el 2019 y el 2021, se observa que el 86% (19) de las fuentes de **abastecimiento del agua** y la calidad con la que se utilizan, correspondían a la provisión de la red pública, mientras el 14% (3) restante hacía lo propio mediante una captación por pozos¹⁵¹.

150 Oficina Nacional de Estadística (2022). Encuesta Nacional de Hogares de propósitos Múltiples 2022. ONE. Santo Domingo, República Dominicana.

151 Los centros públicos de los Servicios Regionales de Salud evaluados fueron los siguientes:

- Cibao Central (1). Dr. Luis Morillo King (La Vega) correspondiente al Tercer Nivel.
- Norcentral (2). Presidente Estrella Ureña (Santiago) y Dr. Ricardo Limardo (Puerto Plata) del Tercer Nivel.
- Cibao Occidental (1). Hospital José Francisco Peña Gómez (Valverde) del Tercer Nivel.
- Nordeste (2). Regional San Vicente de Paul (Duarte) y Provincial Leopoldo Pou (Samaná), de los cuales el primero es del Tercer Nivel y el último del Segundo Nivel).
- Metropolitano (6). Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina; Materno Dr. Reynaldo Almánzar; Hospital Ángel Contreras; y Municipal Infantil de Boca Chica (todos de Santo Domingo); y Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia y de la Mujer Dominicana (Distrito Nacional), de los cuales todos son del Tercer Nivel con excepción del Hospital Ángel Contreras y el Municipal de Boca Chica que son del Segundo Nivel.
- Este (2). Dr. Antonio Musa (San Pedro de Macorís); y Nuestra Señora de La Altagracia (La Altagracia) del Primer y Segundo Nivel, respectivamente.
- Valdesia (2). Nuestra Señora de Regla (Peravia) y Regional Juan Pablo Pina (San Cristóbal) del Tercer Nivel.
- El Valle (2). Regional Dr. Alejandro Cabral (San Juan de la Maguana); y Rosa Duarte (Elías Piña) del Tercer Nivel y Segundo Nivel, respectivamente.
- Enriquillo (3). Regional Jaime Mota (Barahona); Provincial Elio Fiallo (Pedernales); y Provincial General Melenciano (Independencia), de los cuales el primero es del Tercer Nivel y los otros dos del Segundo Nivel.

Gráfico 3. principal fuente de abastecimiento de los centros de salud pública 2019-2021



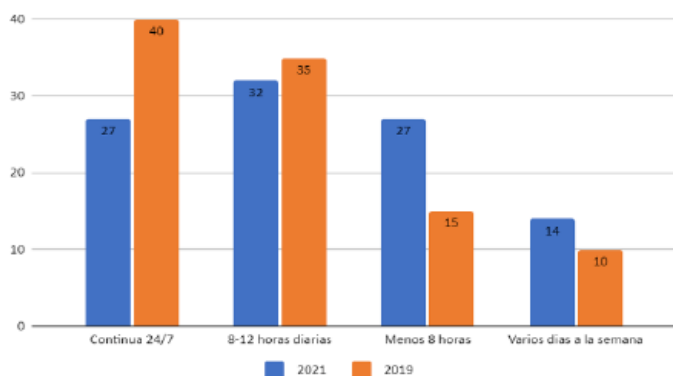
Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Evaluación ASH en centros de salud. Fase II. OPS-PAHO. Santo Domingo. República Dominicana.

No obstante, esta modalidad predominante de abastecimiento de agua de la red pública cabe señalar que ha disminuido la frecuencia en la que los centros de salud pública reciben el agua, ya que en el 2019 el 40% (9) la recibían de manera continua 24/7, mientras en el 2021 solamente el 27% (6) lo recibía de este modo.

Esta disminución también se observaba en aquellos centros que la recibían entre 8 y 12 horas diarias, dado que en el 2019 fue el 35% (8) y en el 2021 se redujo al 32% (7). Considerando la sumatoria de ambos casos, que son los que tenían una mayor frecuencia en el servicio de agua potable, cabe mencionar que hubo una disminución de un 16%, ya que se pasó de un 75% en el 2019 a un 59% en el 2021.

Esto significa que, en el período 2019 y 2021 hubo un incremento en la cantidad de los centros que recibían el agua menos de 8 horas (de un 15% se pasó a un 27%) o varios días a la semana (de un 10% se pasó a un 14%). Es decir, que el 41% (9) de los centros de salud evaluados no recibían un servicio de abastecimiento de agua que les permitiera garantizar situaciones no contaminantes en la atención a los pacientes.

Gráfico 4. Frecuencia en la que los centros de salud pública reciben el agua (2019-2021)



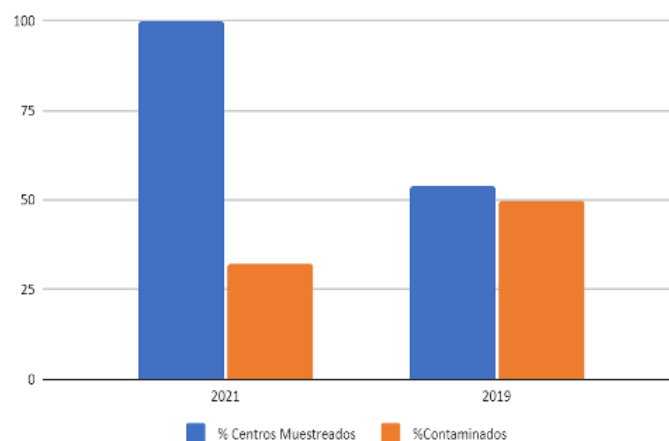
Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

Esta situación es una de las razones por las cuales al verificar la cantidad de centros que presentaban problemas de contaminación, se observó que el 32% (7) de los mismos presentaban algún nivel de contaminación.

Siete (7) centros presentaban contaminación por presencia de coliformes totales; 2 con coliforme fecales y el 38% con pseudomona, que con frecuencia causan infecciones intrahospitalarias, especialmente en pacientes con asistencia respiratoria mecánica, pacientes quemados y con neutropenia o debilidades crónicas.

Tomando como base a la NORDOM 1, versión de 1979, solo el 7% de las muestras de un total de 167 tomadas son “no aptas para el consumo humano”, puesto que esta versión de la norma dominicana de la calidad no considera entre los parámetros limitantes a la pseudomona.

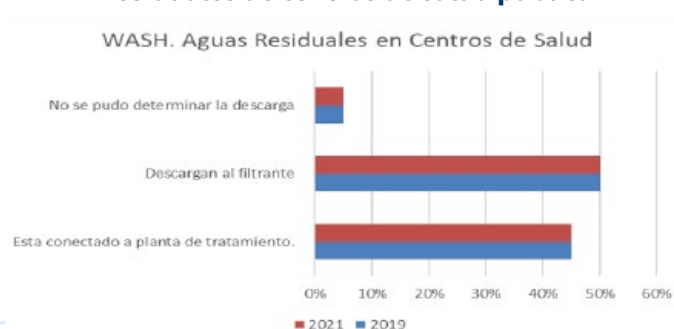
Gráfico 5. Porcentaje de centros muestreados y contaminados (2019-2021)



Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

Con relación al **sistema de saneamiento** de los 22 centros de salud pública evaluados en los años 2019 y 2021, se observa que el 50% (11) descargan las aguas residuales directamente a un pozo filtrante y un 45% (10) está conectado a una planta de tratamiento. En el caso del 5% (1) restante no se pudo determinar el sistema de descarga que tiene. El hecho de que se hayan mantenido porcentajes similares en los dos años evaluados es una muestra que en ninguno de los casos señalados hubo cambios.

Gráfico 6. Sistema de evacuación de las aguas residuales de centros de salud pública



Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

En el caso de los centros de salud pertenecientes al Tercer Nivel (13), cabe señalar que el 16% (2) no se encuentran conectados a ninguna planta de tratamiento; el 62% (8) no tiene ninguna compañía contratada para el servicio de control de vectores y menos aún cuenta con un programa destinado a ello¹⁵².

c) Higiene Ambiental

La higiene ambiental refiere al cuidado de los factores químicos, biológicos y físicos externos a la persona con el objetivo de prevenir de enfermedades, para lo cual se procura crear un entorno saludable.

En tal sentido, se trata de una vigilancia de las instalaciones para el lavado de manos en lugares públicos (escuelas, centros de atención de la salud), así como de la limpieza, desinfección (para controlar las bacterias y organismos que son nocivos para la salud) y esterilización de los centros públicos y privados de salud. Las principales causas que inciden en la higiene ambiental son la débil concientización en el área de la salud y los hábitos inadecuados para el lavado de las manos y para el cuidado del entorno, que puede afectar la calidad de vida de las personas.

Por su parte, el hecho de no cuidar la higiene ambiental provoca, entre otras cosas, problemas de sequedad de la piel, de la cual no existen estadísticas oficiales que permitan conocer el impacto.

No obstante, en la **evaluación realizada a 22 centros de salud pública en los años 2019 y 2021**, se observa que todos los que corresponden al tercer nivel (13) cuentan con instalaciones para el lavado de las manos, mientras que los del segundo nivel (9) solo lo hacen en el 61% (5) y no lo hacen en el 39% (4) de los mismos. Si se promedia ambos niveles se observa que el 81% (18) de los mismos si cuenta con este tipo de instalaciones, mientras que el 19% (4) restante no cuenta con ello.

Gráfico 7. Instalaciones para el lavado de manos en



centros de salud pública (2019-2021)

Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

Aunque hay instalaciones para la higiene de las manos en puntos de atención, que no son funcionales o carecen de agua y jabón o de una solución alcohólica, como lo demuestra el 80% de los centros de salud del segundo y tercer nivel y en menor medida el 65% de los correspondientes al Primer Nivel de Atención de la Salud¹⁵³.

152 OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

153 OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.



En el caso de las estaciones de higiene de las manos cerca de los baños, se observa que el 50% de los centros de salud pública del primer nivel cuentan con instalaciones de este tipo; el 48% hace lo propio en el caso de las instalaciones de higiene del Tercer Nivel; y apenas un 30% de los del Segundo Nivel cuentan con ello. Finalmente, respecto a las estaciones de higiene de las manos en área de espera, se observa que esto sucede en el 10% (2) de los Centros de Segundo Nivel y en el 5% de los correspondientes al Tercer Nivel (1).

Gráfico 8. Localización de las Instalaciones para el lavado de manos en centros de salud pública (2019-2021)



Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

Considerando las labores de limpieza y desinfección realizadas en los centros de salud pública en el 2019 y 2021, cabe señalar que el 54% (12) de los mismos presentó un aumento en su buen comportamiento y un 46% (10) presentó disminuciones en el mismo. Mientras en aquellos se observó una iniciativa de mejoramiento de la higiene ambiental, en éstos sucedió lo contrario¹⁵⁴.

Los centros de salud que menores puntuaciones de higiene ambiental tuvieron son:

- Hospitales Presidente Estrella Ureña (Santiago) con 19 puntos sobre 38 (ideal);
- Materno Infantil San Lorenzo de los Mina con 12 puntos y
- Hospital Ángel Contreras con 10 puntos; ambos de la Región Metropolitana.

Los que más se acercaron a la puntuación ideal de 38 puntos, fueron:

- Maternidad Nuestra Señora La Altagracia (25),
- Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia de Higüey (23).

Cuadro 4. Comparativo de limpieza y desinfección en centros de salud públicos 2019-2021

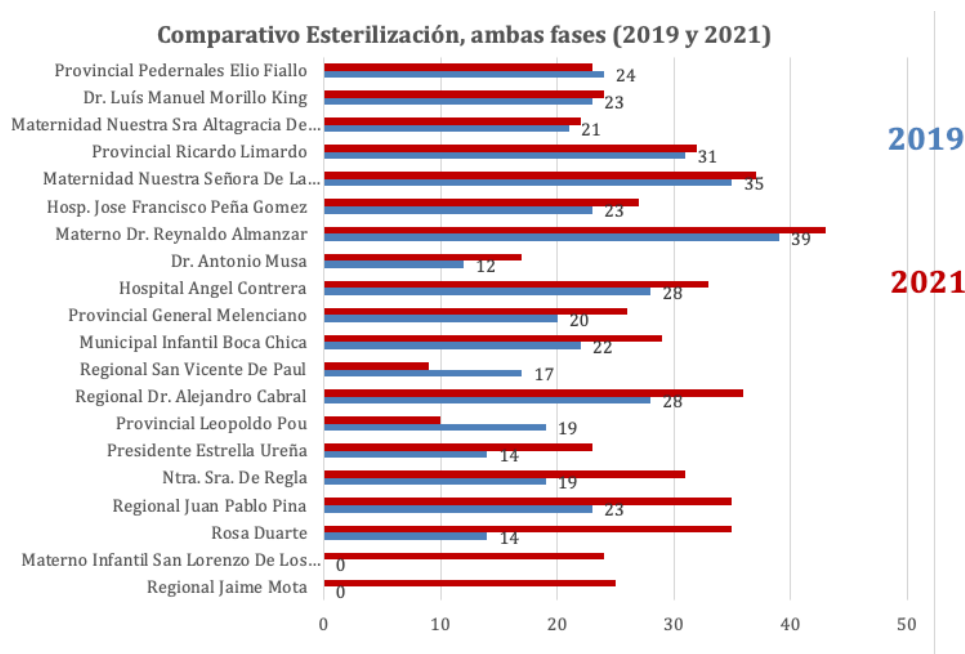
Centro de Salud	2019	2021	Puntuación de Diferencia	Comportamiento
Presidente Estrella Ureña	5	19	14	Aumento
Materno Infantil San Lorenzo De Los Mina	0	12	12	Aumento
Hospital Angel Contrera	13	23	10	Aumento
Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia	16	25	9	Aumento
Maternidad Nuestra Sra Altagracia De Higüey	14	23	9	Aumento
Regional Juan Pablo Pina	14	19	5	Aumento
Regional Dr. Alejandro Cabral	9	14	5	Aumento
Hosp. Jose Francisco Peña Gomez	9	14	5	Aumento
Regional Jaime Mota	0	5	5	Aumento
Materno Dr. Reynaldo Almanzar	19	22	3	Aumento
Ntra. Sra. De Regla	12	14	2	Aumento
Provincial Leopoldo Pou	3	5	2	Aumento
Provincial Ricardo Limardo	17	15	2	Disminuyo
Dr. Antonio Musa	18	15	3	Disminuyo
Dr. Luis Manuel Morillo King	13	9	4	Disminuyo
Rosa Duarte	9	4	5	Disminuyo
Provincial Pedernales Elio Fiallo	11	6	5	Disminuyo
De La Mujer Dominicana (Dra. E. Rodriguez)	24	16	8	Disminuyo
Provincial General Melenciano	12	4	8	Disminuyo
Regional San Vicente De Paul	22	14	8	Disminuyo
Municipal Infantil Boca Chica	14	5	9	Disminuyo
Puntuación Ideal	38	38		

Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

En el caso de la **higiene ambiental por la esterilización**, se observa que el 81% (17) de los centros de salud público aumentaron en el nivel de calidad entre 1 (Provincial Ricardo Limardo, Nuestra Señora de La Altagracia de Higüey, y Dr. Luis Morillo King) y 21 puntos (Rosa Duarte), lo cual es indicativo del mejoramiento experimentado por los mismos en 2 años de muestreo. Sin embargo, el 19% (4) restante disminuyó en la calidad de la esterilización en el servicio brindado. Tal es el caso del Hospital Provincial Leopoldo Pou; el Regional San Vicente de Paul; el Provincial Pedernales Elio Fiallo; y el de la Mujer Dominicana, los cuales disminuyeron entre 9 y 1 punto.

154 OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

Gráfico 9. Comparativo Esterilización en centros de salud público (2019-2021)



Fuente: OPS-PAHO (2021 b). Op. Cit.

Finalmente, cuando se realiza un análisis comparativo entre higiene y seguridad se observa que solo el 19% (4) de los centros de salud pública aumentaron su nivel de calidad, alcanzando valores entre 7 y 14 puntos sobre un ideal de 18 puntos. Tal es el caso de aquellos que alcanzaron puntuaciones más próximas al ideal como los Hospitales Presidente Ureña (11 puntos), Regional Juan Pablo Pina y Materno Dr. Reynaldo Almánzar (13 puntos), y Provincial Pedernales Elio Fiallo (7 puntos). El 21% (17) restante disminuyó su nivel de calidad entre 1 y 120 puntos, alcanzando puntajes entre 4 y 13 puntos.

3.3.3. Comportamientos asociados a la producción-consumo y disposición de los residuos

Un segundo análisis de la salud ambiental lo constituye los comportamientos **asociados a la producción-consumo y disposición de los residuos**, expresados a través del manejo de productos químicos y peligrosos (arsénico, plomo, mercurio y pesticidas), de los residuos sólidos hospitalarios y no hospitalarios, y de los residuos líquidos¹⁵⁵.

a) Manejo de productos químicos y peligrosos

En el caso del **manejo de los productos químicos y peligrosos**, la OPS facilita una vigilancia de la salud ambiental considerando un "...*biomonitorio y monitoreo ambiental (por ejemplo, el agua, el suelo, el aire) de la exposición a desechos nocivos, y vigilancia para determinar la exposición de las poblaciones de interés a desechos dañinos*". Sin embargo, en la práctica el uso de agroquímicos no está monitoreado, se vende sin ninguna regulación y más de la mitad de los que se usan no son necesarios¹⁵⁶.

Dentro de este sistema de vigilancia se incluye también el de los desechos eléctricos y electrónicos con el objetivo de determinar los flujos de estos y las posibles exposiciones de los seres humanos.

Respecto a la vigilancia de la seguridad de los productos químicos, la OPS se focaliza en las posibles exposiciones y cargas para la salud. En tal sentido, los productos químicos de interés son:

- Arsénicos asociados al desarrollo de diversas neoplasias,
- Amianto (asbesto), vinculado al desarrollo de infecciones respiratorias y neoplasias,
- Plaguicidas (organofosforados), relacionados con intoxicaciones laborales
- Dioxinas y sustancias similares, asociadas a contaminaciones crónicas e infertilidad
- Mercurio relacionado a problemas de desarrollo intrauterino en las primeras etapas de vida y tóxico para los sistemas nervioso e inmunitario, el aparato digestivo, la piel y los pulmones riñones y ojos.
- Plomo (en particular las exposiciones prenatales e infantiles), generando afectaciones del sistema nervioso central y convulsiones.

¹⁵⁵ OPS (2021). Op. Cit.

¹⁵⁶ Informaciones proporcionadas por la Dirección de Salud Ambiental en las reuniones de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Cambio Climático y Riesgos Naturales, en los meses de mayo y junio del 2022.

b) Manejo de residuos sólidos no hospitalarios y hospitalarios

La Ley 42-01 incluye evaluar el Sistema de Salud y da mandato al Ministerio de Salud, en coordinación con las instituciones competentes, para establecer las **normas oficiales** que regulen el manejo, la recolección, el transporte y la disposición final de los residuos sólidos y desechos hospitalarios en el territorio nacional. Su manejo adecuado previene enfermedades, reduce la exposición de la comunidad a bacterias y otros agentes infecciosos, contribuye a la reducción de plagas, e interrumpe el ciclo de contagios.

En este sentido, la Ley 225-20 y su reglamento tienen como eje la coordinación interinstitucional e intersectorial para la gestión de residuos. El Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MIMARENA) es la autoridad rectora de la política nacional y la regulación de la gestión de los residuos.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública debe garantizar que todos los centros de salud pública y privada, “...que por sus operaciones utilicen materias o sustancias tóxicas o radioactivas, contaminantes u otras que puedan difundir elementos patógenos para la salud, deberán tener sistemas de eliminación de desechos...”¹⁵⁷.

Finalmente, los ayuntamientos son las entidades locales que deben “...establecer y aplicar en el ámbito de su demarcación el Plan Municipal de Gestión Integral de Residuos (PMGIR) con la participación de representantes de los distintos sectores sociales...”¹⁵⁸.

Con respecto a los efectos que produce el manejo inadecuado de los residuos sólidos por contaminación directa o indirecta, cabe señalar que provoca irritación del estómago, vómito, diarrea, cólera y amebiasis, tanto a los trabajadores que participan de la recolección, transportación y disposición final de los mismos como a aquellos que tienen contacto directo a nivel de hogares, negocios, entre otros. Analizando la situación regional, se observa que existen informaciones sobre atención de casos por enfermedades diarreicas y de cólera, más no así sobre irritación del estómago, vómito y amebiasis, que podrían asignarse como producto de la contaminación del inadecuado manejo de los residuos sólidos¹⁵⁹.

El hecho de contar con este tipo de información permite una aproximación a lo que está sucediendo en el territorio con el comportamiento de este tipo de manejo de los residuos sólidos. En este sentido, el análisis realizado también es retrospectivo al 2016¹⁶⁰, de manera de contar con un momento referencial para compararlo con la situación actual y analizar la dinámica de su comportamiento.

157 Art. 47 de la Ley 42-01.

158 Art. 16 Ley 225-20.

159 Aunque no existen evidencias de que estas afectaciones hayan sido producto de la contaminación por el manejo inadecuado de los residuos sólidos, se las incluye a los fines del análisis como parte de un ejercicio que requiere de investigaciones más profundas y de estadística que traten de incluir algunas de las causas posibles de ello.

160 La selección de este año de referencia es porque se cuenta con estadísticas del mismo, aunque se podrían haber tomado como referencias otros años anteriores.

En cuanto a los casos atendidos por **diarrea**, los datos son similares a los señalados en el análisis de los efectos sobre la salud con el manejo inadecuado del agua y saneamiento. En tal sentido, se observa que, aunque la región metropolitana es la que tiene la mayor cantidad de casos atendidos (137,928), no es la que tiene la tasa de atención más alta. En términos de casos atendidos, le siguen en orden de importancia las regiones de Valdesia (60,290), Cibao Sur (41,128), y Yuma (34,191), seguidas por la de Enriquillo (28,938) y Nordeste (26,173).

Este orden varía en el análisis del comportamiento de las tasas de atención, ya que la región Nordeste alcanza los valores más altos (151.5), seguido por la de Enriquillo (128.6), que eran las de menor cantidad de casos atendidos. Completan el orden de importancia por sus magnitudes, las regiones de Valdesia (110.6), Yuma (110.2), y Cibao Sur (107.2).

Las magnitudes presentadas de los casos atendidos por diarrea son concordantes en parte con la situación del manejo de los residuos sólidos que se presentan en los hogares a nivel regional. De acuerdo con ENHOGAR 2022161, el 19% (33,773) de los hogares de las regiones Nordeste; el 17% (15,665) de la de Enriquillo; y el 16% /20,386) de El Valle queman la basura o la tiran a un patio, solar o la calle, ya que los ayuntamientos no se la recogen.

Aunque esas 3 regiones tienen valores porcentuales similares, presentan grandes diferencias en términos cuantitativos, tal como se observa en el caso de la metropolitana. Finalmente, se encuentran en idénticas situaciones el 13% (32,492) de los hogares de la región Valdesia, y el 11% (19,547) de la Cibao Sur.

En el caso del cólera, se observan apenas 11 casos registrados en el 2019 frente a los 1,158 atendidos en el 2016¹⁶², lo que indica una dinámica que presenta mucha variabilidad anualmente. Dentro de estos casos, las regiones metropolitanas (357), Noroeste (338) y Cibao Norte (309) son las que más cantidad de casos han presentado en el 2016. Sin embargo, aunque la región metropolitana es la que tiene la mayor cantidad de casos atendidos, no es la que tiene la tasa de atención más alta, ya que la región Noroeste alcanza los valores más altos (506.7), seguido por la de Cibao Norte (11.7) y Enriquillo (11.6), esta última con apenas 21 casos atendidos. Cabe señalar que el comportamiento de la tasa de casos atendidos de la región Noroeste es muy alto por su proximidad con Haití, donde el control sanitario presenta situaciones de debilidad para controlar la propagación del cólera.

161 Oficina Nacional de Estadística (2022). Encuesta Nacional de Hogares de propósitos Múltiples 2022. ONE. Santo Domingo, República Dominicana.

162 Ministerio de Salud Pública (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana.

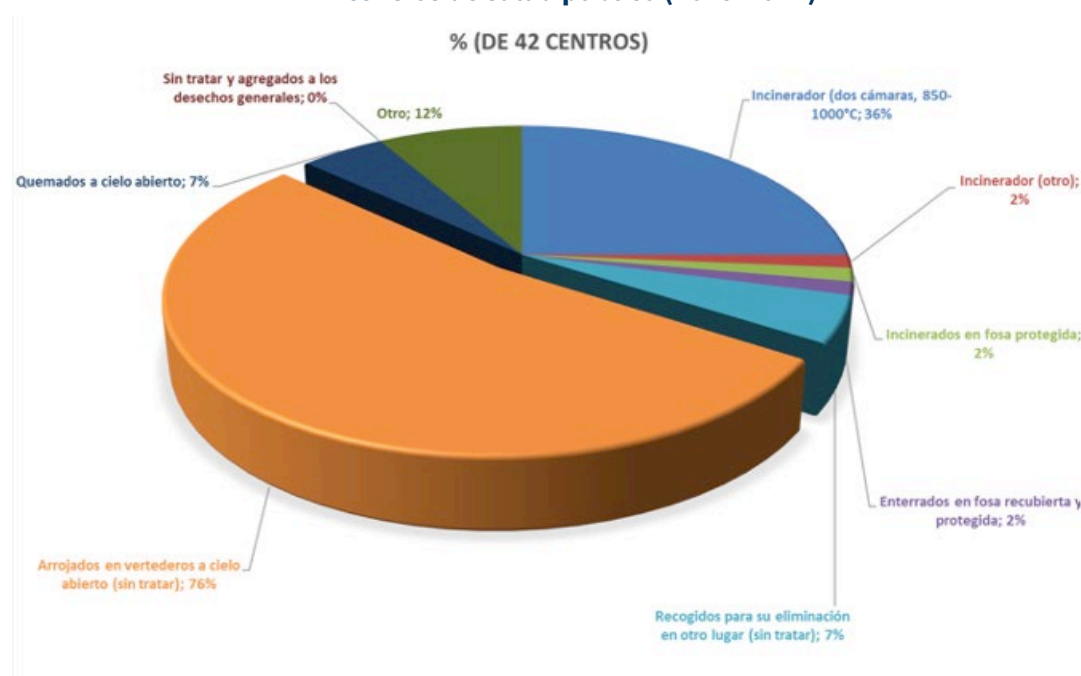
Los valores más bajos de casos atendidos lo tienen las regiones Higüamo (51), Valdesia (41), Cibao Sur (15), El Valle (14), Yuma (8) y Nordeste (4). Estas magnitudes se reflejan también en las bajas tasas de atención de casos cada 100,000 habitantes, dado que varían entre 0.8 (Nordeste) y 4.7 (Valdesia), con porcentajes intermedios de 1.3 (Yuma) y Cibao Sur (1.8). La única excepción de ello es la región El Valle (8.8) que tiene una tasa levemente mayor a la de la región metropolitana (8.7).

En el caso de los **residuos hospitalarios**, su manejo se explicita en el reglamento sobre desechos sólidos generados en centros hospitalarios (Decreto 126-09). A pesar de este mandato de la ley, la situación actual muestra que el Ministerio de Salud carece de información del volumen de residuos producidos en los establecimientos de salud y el inventario de esta situación y no se conoce su costo¹⁶³. Sin embargo, se conoce que cada unidad de cama produce 3.5 kg de residuos sólidos, que incluyen Residuos comunes, Residuos infecciosos, Residuos químicos y radioactivos y Residuos peligrosos.

La OMS calcula que los **residuos peligrosos representan entre 10% y 20% del total de los desechos hospitalarios**, y al momento de la pandemia se incrementó un 18% la producción de residuos hospitalarios y comunes.

Por otra parte, sí se cuenta con información sobre las modalidades de eliminación de los residuos hospitalarios, tal como se presenta en el monitoreo realizado en 42 centros de salud público (de tercer, segundo y primer nivel) entre el 2019 y 2021. Sus resultados muestran que el 36% de los mismos utilizan autoclave, **el 76% recogen los desechos y lo eliminan en otro lugar** (sin tratar y se los mezcla con residuos comunes en vertederos), el 7% lo entierran en fosa recubierta y protegida; y el 6% los incineran en dispositivos de doble cámara o en fosa protegida.

Gráfico 10. Sistema de eliminación de los residuos hospitalarios en 42 centros de salud público (2019-2021)



Organización Panamericana de la Salud, (2021b). Evaluación ASH en centros de salud. Fase II. OPS-PAHO. Santo Domingo. República Dominicana.

De acuerdo con las magnitudes presentadas, cabe señalar que los Centros de Segundo Nivel son los que presentan los porcentajes más altos respecto a las modalidades utilizadas por los centros de Primer y Tercer Nivel.

Por ejemplo, el 40% de los centros monitoreados del Segundo Nivel utilizan autoclave vs. el promedio general de un 35%; el 20% los entierra en una fosa recubierta y protegida vs. el 7% del promedio general; y el 80% hace lo propio con recogerlo y eliminarlo en otro lugar sin tratar vs. el 76% del promedio general. Esto es indicativo de las diferencias de comportamiento que tienen los distintos niveles de Centros de Salud Pública, y que impactan en las condiciones de salud de quienes asisten y trabajan allí.

Por otra parte, los establecimientos de salud no producen datos respecto a la clasificación de sus residuos, según las categorías establecidas. Menos aún lo hacen con relación a la recolección y movimiento interno de los mismos. Los desechos hospitalarios son tratados igual que los desechos no peligrosos y su disposición final es a través de la recogida del ayuntamiento (ONE, 2019).

¹⁶³ Datos proporcionados por el Dr. Gregorio Moya, Viceministerio de Garantía de la Calidad, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 23 de agosto del 2022.

Esto se corrobora con las informaciones proporcionadas por el Laboratorio de Innovación de Datos para los ODS (2018), que señala que no hay disponibilidad de información sobre el manejo integral de residuos infecciosos de los centros de salud. **Solo el 10% de este sector cuenta con un manejo integral y 4% del total de laboratorios clínicos** del país cuenta con contratación de servicios de empresas que gestionen sus desechos infecciosos¹⁶⁴.

Todo ello se contradice con lo establecido en el Reglamento 126-09 cuando se establece en su artículo 8 que *“los establecimientos de salud deberán separar sus residuos y/o desechos al momento de su generación, conforme a lo establecido en este Reglamento (considerando) a) residuos infecciosos: cultivos y muestras, anatómicos infecciosos, sangre y productos derivados, corto-punzantes, animales biosanitarios, b) residuos especiales: químicos, farmacéuticos, medicación oncológica, metales pesados, contenedores presurizados; c) residuos comunes: reciclables, biodegradables no infecciosos, d) residuos radioactivos: rayos X y tratamiento y diagnóstico radiológico”*¹⁶⁵.

Tal como lo explicita el citado reglamento, la separación de los residuos hospitalarios se debería hacer al interior del establecimiento, **pero no se han planificado los horarios y rutas para la recolección de los residuos hospitalarios, con excepción del HOMS** y la Maternidad de La Altagracia¹⁶⁶.

Esto es producto de que no se han definido las responsabilidades ni se han asumido compromisos por parte de los actores, ya que no existe un régimen de consecuencias para las entidades involucradas como Medio Ambiente, Salud Pública, Educación, Ayuntamientos, FEDOMU, LMD, FEDODIM. Esto se enfatiza aún más al corroborarse de que no existe un Sistema Nacional de Residuos Sólidos a nivel regional y local, con una mesa técnica sobre gestión intersectorial en Hospitales¹⁶⁷.

Finalmente, la OPS (2021) señala lineamientos para garantizar la seguridad de los productos químicos en los vertederos, que aún no han sido consideradas por los Ayuntamientos ni tampoco controladas por el Ministerio de Medio Ambiente. Tal es el caso de la prevención (nivel de peligrosidad); la preparación (información química de los residuos); las respuestas (personas expuestas al manejo inadecuado); y la recuperación (riesgos y consecuencias sanitarias).

164 Laboratorio de Innovación de Datos para las ODS (2019). Desechos peligrosos generados per cápita y proporción de desechos peligrosos tratados, desglosados por tipo de tratamiento. ONE. Santo Domingo, República Dominicana.

165 Ministerio de Salud Pública (2009). Reglamento 126-09 sobre Desechos y Residuos generados por los centros de Salud y Afines. MISPAS. Santo Domingo, República Dominicana.

166 Datos proporcionados por el Dr. Gregorio Moya, Viceministerio de Garantía de la Calidad, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 23 de agosto del 2022.

167 IDEM

c) Manejo de residuos líquidos

Aunque el manejo de los residuos líquidos ya ha sido tratado en el análisis del acceso al agua y al sistema de saneamiento de los hogares y de los centros de salud pública, en este tópico se profundiza en los efectos que causan sobre la salud, especialmente en lo que se refiere al dengue y la malaria.

A nivel regional existen informaciones sobre atención de casos por enfermedades diarreicas, dengue y malaria, más no así sobre parasitosis e infecciones respiratorias, que podrían asignarse como producto del manejo inadecuado de los residuos líquidos¹⁶⁸. El hecho de contar con este tipo de información permite una aproximación a lo que está sucediendo en el territorio. En este sentido, el análisis realizado es retrospectivo al 2016¹⁶⁹ lo que permite contar con un momento referencial para compararlo con la situación actual y analizar la dinámica de su comportamiento. Esto es, si los indicadores se han mantenido estables, si han incrementado o si han disminuido.

Respecto a las enfermedades diarreicas, no se profundizará sobre el tema porque los casos atendidos por estas situaciones fueron presentados en el análisis del manejo inadecuado del agua y saneamiento y de los residuos sólidos.

Por su parte, en el caso del **dengue**, se observa que las regiones Metropolitana (Distrito Nacional y provincia Santo Domingo); Cibao Norte (Santiago, Espaillat y Puerto Plata), Cibao Sur (La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez), Nordeste (Samaná, Duarte, Hermanas Mirabal y María Trinidad Sánchez), y Valdesia (San Cristóbal, Azua, San José de Ocoa y Peravia) son las que en el 2019¹⁷⁰ presentaban la mayor cantidad de atenciones de casos evidenciados, con valores máximos de 2,892 (metropolitana) y mínimos de 742 (Valdesia) e intermedios de 2,827 (Cibao Norte) y 825 (Nordeste).

El orden presentado de acuerdo con la cantidad de casos atendidos por enfermedades de dengue no se corresponde en términos de las tasas de atención¹⁷¹, ya que en primer lugar se ubican la región Cibao Norte (3.7) y la Noroeste (3,7), seguidos de Higüamo (3.5), El Valle (3.0) y Valdesia (2.7). De acuerdo con estos valores, las regiones Noroeste e Higüamo se agregan a las que tenían mayores cantidades de casos atendidos, aunque ellas solamente hayan tenido 524 y 591 casos respectivamente.

168 Aunque no existen evidencias de que estas afectaciones hayan sido producto de la contaminación del aire, se las incluye a los fines del análisis como parte de un ejercicio que requiere de investigaciones más profundas y de estadística que traten de incluir algunas de las causas posibles de ello.

169 La selección de este año de referencia es porque se cuenta con estadísticas del mismo, aunque se podrían haber tomado como referencias otros años anteriores.

170 Ministerio de Salud Pública (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana

171 Las tasas de atención de casos corresponden a una proporción de la población atendida por cada 100,000 habitantes, por lo que en algunas regiones, aunque mayor cantidad de casos no necesariamente tiene tasas más altas que otras que tienen menos casos atendidos.

3.3.4. La Gestión de la Salud Ambiental y de Asentamientos Humanos Saludables.

Un tercer análisis de la salud ambiental es la modalidad de gestión de los asentamientos humanos, considerando las potencialidades y limitaciones que contribuyen a prevenir, vigilar y controlar, o no, los efectos sobre la salud humana que provocan los factores ambientales (calidad del aire, agua y saneamiento, e higiene ambiental) o los comportamientos asociados al manejo de residuos sólidos y líquidos peligrosos.

Para este análisis se han considerado los componentes institucionales, técnicos, participativos, y financieros de todo proceso de gestión.

Desde el punto de vista **institucional**, el sector salud cuenta con el Departamento de Salud Ambiental del Ministerio de Salud Pública, que depende de la Dirección de Gestión de Riesgos. Está estructurado en dos unidades complementarias entre sí,

focalizadas en la salud ocupacional (sustancias químicas peligrosas, bioseguridad en aspectos ambientales, desechos infecciosos y salud ocupacional) y en el saneamiento básico (desechos sólidos comunes, calidad del agua y aguas residuales y excretas), y un sistema de información de salud ambiental y de salud y cambio climático.

Las funciones de este departamento están orientadas a la producción de conocimientos, la vigilancia y evaluación de los componentes de la salud ambiental, capacitación al personal de salud, y desarrollo de un Sistema de información de salud ambiental y de vigilancia epidemiológica, y se focalizan en¹⁷²:

- Elaborar los reglamentos, guías y protocolos de salud ambiental de los componentes de saneamiento básico e higiene, calidad de agua, aguas residuales y excretas, vigilancia de los desechos, salud ocupacional, manejo de los desechos infecciosos, sustancias químicas peligrosas, bioseguridad en aspectos ambientales entre otras.
- Vigilar y evaluar los componentes de salud ambiental en establecimientos públicos y privados en coordinación con las DPS-DAS;
 - Capacitar a las DPS/DAS en los documentos normativos y formularios de evaluación de los componentes de salud ambiental;
 - Proveer de un sistema de información de salud ambiental para el reporte de todas las actividades de los componentes de salud ambiental;
 - Implementar un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica adaptado para la vigilancia ambiental. Debe incluirse a los gobiernos locales en el sistema. Se requiere documentar todo lo que está cambiando.

Respecto a la **capacidad técnica** del Departamento de Salud Ambiental, cabe señalar que su personal se dedica a la producción de conocimientos y actualmente se encuentran en proceso de diagramación del Reglamento de Bioseguridad en Aspectos Ambientales en Establecimientos de Salud, y de las Directrices para Desinfección de Superficies en Instituciones Públicas y Privadas¹⁷³.



172 Registros del departamento de Salud Ambiental, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, MISPAS, 2022.

173 Ídem.

Por otra parte, cuenta con manuales de prevención en el manejo de residuos hospitalarios, que son utilizados en los procesos de capacitación a los servidores públicos, así como en la vigilancia del accionar de los centros de salud privados.

No obstante, estas acciones, el sector salud presenta limitaciones para una gestión apropiada del manejo de los residuos hospitalarios, en tanto:

- No convierte en herramienta de uso cotidiano en los establecimientos de salud los informes de cumplimiento ambiental (ICA), que son una herramienta de prevención, seguimiento y control, donde se verifica cumplimiento de normativas y estándares;
- No se implementa un sistema de monitoreo de residuos en los servicios quirúrgicos (área de mayor producción de residuos peligrosos);
- No se enfatiza en procesos de pilotaje de monitoreo de la gestión de los desechos en el primer nivel de atención;
- Aún no se ha fortalecido el monitoreo de los residuos hospitalarios en las áreas de cirugías plásticas; y
- No se ha diseñado y puesto en funcionamiento un mecanismo de registro de la generación de residuos hospitalarios que incluya un sistema con vigilancia y respuesta.
- Los permisos de construcción de centros hospitalarios no incluyen las rutas y modalidades de manejo de residuos.

Con relación al componente de **participación/articulación**, La Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios y Establecimientos de Salud y el Departamento de Salud Ambiental, desarrollan las siguientes acciones para el manejo de los residuos hospitalarios¹⁷⁴:

- Difusión de la normativa sobre desechos y residuos generados por los centros de salud.
- Capacitación de personal de salud de las DPS/DAS y de los SRS/Áreas de Salud del SNS para la gestión de los desechos.
- Promoción, sensibilización y capacitación en gestión de los desechos para la prevención de eventos adversos
- Proceso de levantamiento de línea de base del PNCIASS que incluye información sobre la gestión de desechos.
- Inicio del M&E a través de instrumentos para dicho propósito.

No obstante, estas acciones, el sector salud presenta limitaciones en los procesos de articulación/participación dentro del sistema como con otras entidades del gobierno, en tanto:

- El Sistema Nacional de Seguridad Social no asume su rol en temas ambientales;
- No hay una fuerte articulación entre el Departamento de Gestión de Residuos y las entidades hospitalarias.
- No se ha dejado establecida una cultura de manejo de residuos sólidos, de manera que quede institucionalizada,
- Aún se continúa utilizando incineradores en los hospitales lo que contribuye a la contaminación del aire.

¹⁷⁴ Datos proporcionados por el Dr. Gregorio Moya, Viceministerio de Garantía de la Calidad, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 23 de agosto del 2022.

Respecto al componente **administrativo-financiero**, cabe mencionar la gestión de residuos hospitalarios y comunes no está clasificada en el presupuesto de salud, aunque se invierte un 2% del monto total percibido por este Ministerio¹⁷⁵. Se considera que el servicio es costoso, pero no caro, porque contribuirá a prevenir posibles efectos del manejo inapropiado de los residuos sólidos hospitalarios sobre las personas que tienen contactos directos o indirectos sobre ellos.

3.4. CAMBIO CLIMÁTICO. ASENTAMIENTOS HUMANOS SOSTENIBLES

En esta sección se presenta un análisis de la dimensión de cambio climático como parte del pilar ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos, considerando el marco conceptual señalado precedentemente. Esta sección se ha estructurado en cuatro partes complementarias entre sí.

En la primera se describen las características principales del cambio climático y los componentes que se incluyen en el mismo. En la segunda, se presenta un análisis de los escenarios climáticos del comportamiento de la temperatura, las precipitaciones y del incremento del nivel del mar. En la tercera, se hace lo propio con los niveles de vulnerabilidad de la salud según los escenarios climáticos, considerando la capacidad de adaptación y mitigación de los asentamientos humanos.

Finalmente, en la cuarta, se analizan las características del sistema de gestión del cambio climático por parte de las entidades involucradas en ello. Una descripción de estas se detalla a continuación.

3.4.1. Características del cambio climático

El **Cambio Climático** es una variación del clima producto de causas naturales, pero principalmente de la acción humana directa o indirecta (quema de combustibles, emisiones de gases, entre otras), “...que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos comparables” (Art. 1.2 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).

El incremento de los gases de efecto invernadero (GEI) altera la composición de la atmósfera global y genera cambios en el clima global.

¹⁷⁵ Ídem.

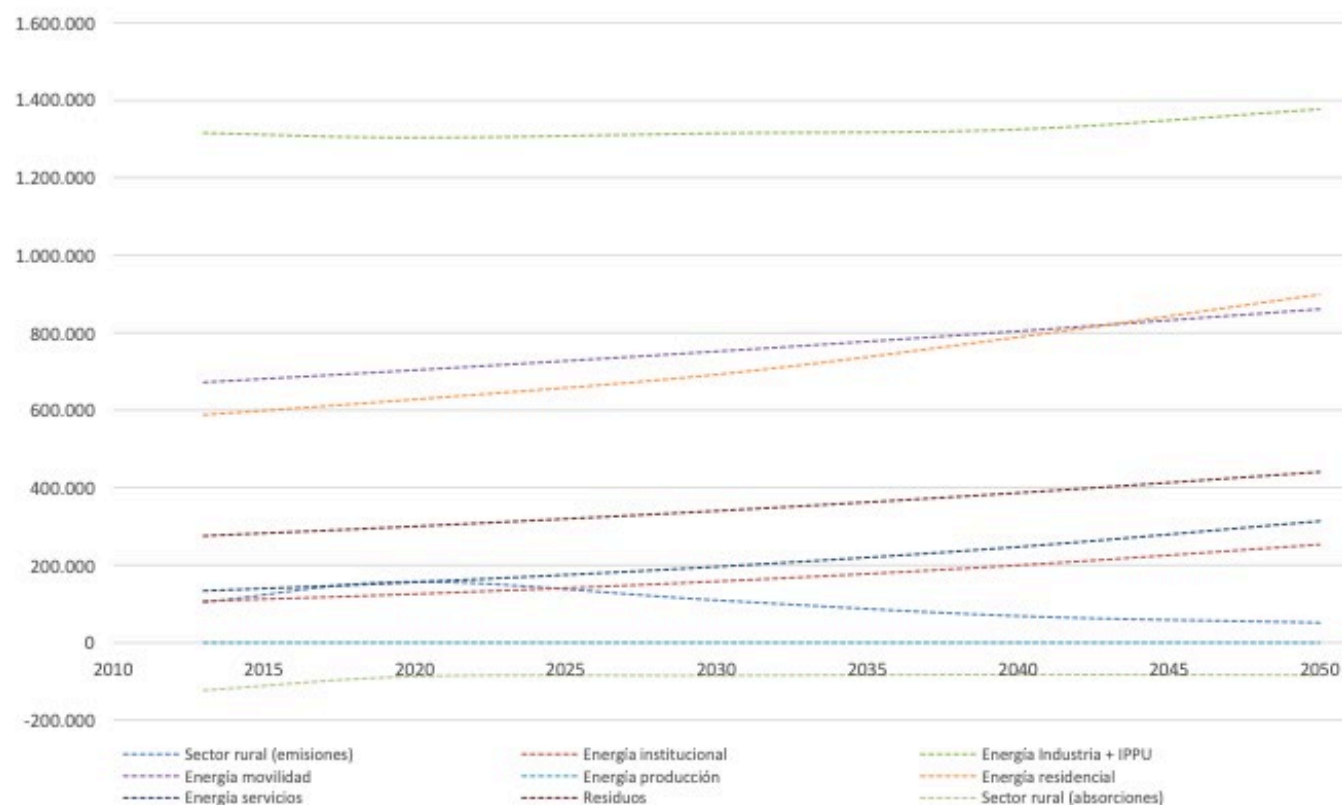
Esta situación, que incide en la salud de la población, es uno de los fundamentos establecidos en el eje estratégico tres (3) de la END 2030 cuando señala que se procura “una sociedad con cultura de producción y consumo sostenibles, que gestiona con equidad y eficacia los riesgos y la protección del medio ambiente y los recursos naturales y promueve una adecuada adaptación al cambio climático”¹⁷⁶.

Tal como se observa, se trata de un interés por construir **asentamientos humanos sostenibles** que garanticen el bienestar de toda la población sin comprometer los recursos naturales para las futuras generaciones. Para ello se recurre a los componentes de los escenarios climáticos y a la vulnerabilidad de la salud de la población frente a dichos escenarios.

Cada uno de estos componentes se relacionan con las variables de análisis (aumento de la temperatura, alteración de los patrones de precipitaciones e incremento del nivel del mar), que permiten entender su incidencia en las situaciones que afectan a la salud (incremento de vectores que transmiten enfermedades, reducción de la capacidad de las personas para trabajar y mantenerse saludable, mayores riesgos para la vida y los medios de subsistencia, desplazamientos de poblaciones, entre otros), y, en consecuencia, el tipo de afectaciones a la misma (malaria, dengue, estrés mental, trastornos de estrés postraumático, cáncer de piel, lesiones físicas, pérdidas de vidas, entre otras) que se han detectado en el análisis de esta dimensión.

El gráfico No. 11 evidencia la tendencia de la producción de gases invernadero a nivel nacional y el cuadro 7 las relaciones establecidas entre los componentes con sus variables, las situaciones que afectan a la salud y el tipo de afectación resultante.

Gráfico 11. Escenario tendencial por sectores sin políticas públicas nacionales (t CO₂ e). República Dominicana.



Fuente. Estudios de Cambio Climático. IDOM.CDES.BID

176 Congreso Nacional (2010). Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Congreso de República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.

Cuadro 7. Componentes, Variables de Análisis, Situaciones que afectan a la salud y tipo de afectaciones de la Dimensión Cambio Climático

Componentes	Variables de Análisis	Situaciones que afectan la salud	Tipo de afectaciones a la salud
Escenarios climáticos	Aumento de la temperatura	a) Incremento de vectores que transmiten enfermedades (p.e. mosquitos) b) Reducción de la capacidad de las personas para trabajar y mantenerse saludable	a) Malaria b) dengue c) estrés mental (ansiedad, depresión) d) trastornos de estrés postraumático e) cáncer de piel f) pérdidas de vidas
	Alteración de patrones de precipitaciones	a) Mayores riesgos para la vida y los medios de subsistencia.	• lesiones físicas
	Incremento del nivel del mar	• Desplazamientos	• Transmisión por portadores de enfermedades contagiosas • Pérdidas de vidas
Vulnerabilidad de la salud frente a escenarios climáticos	Capacidad de Adaptación	• Hábitat en zonas vulnerables • Viviendas inadecuadas • Bajo nivel de conciencia • Escasa disponibilidad de recursos	• Incidencia sobre personas vulnerables que tienen condiciones de salud preexistentes • enfermedades cardiovasculares, • enfermedades respiratorias • lesiones físicas
	Capacidad de Mitigación	• Escasos conocimientos de medidas a implementar • Escasos espacios abiertos y/o con coberturas de vegetación	• Estrés mental • Enfermedades respiratorias • Pérdidas de vida

3.4.2. Escenarios del cambio climático

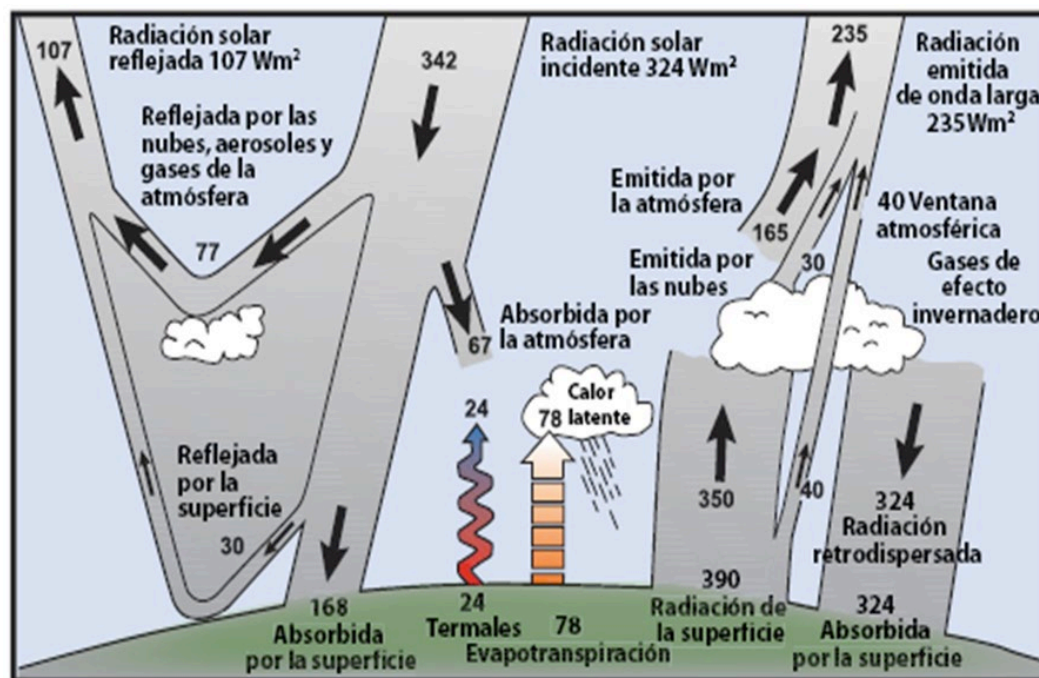
Los **escenarios** de cambio climático “...son una representación plausible y a menudo simplificada del **clima futuro**, basados en un conjunto internamente coherente de relaciones climatológicas, que se construyen para ser utilizados de forma explícita en la investigación de las consecuencias potenciales del cambio climático”¹⁷⁷.

En tal sentido, no son pronósticos del clima ya que cada escenario es una alternativa de cómo se puede comportar el clima futuro. Las informaciones que incluye el análisis de escenarios son las de aumento de la temperatura, alteración de patrones de precipitaciones e incremento del nivel del mar. Se trata de un ejercicio que se aplica al comportamiento de estos a nivel regional en general, y de los centros hospitalarios a nivel particular.

De este modo se pretende tener una primera aproximación al conocimiento de la realidad del cambio climático en el territorio nacional, y del comportamiento que a este respecto tienen los distintos actores/as sociales, económicos y políticos. Dos aspectos interrelacionados que posibilitan conocer no sólo los impactos generados sobre la salud sino también la respuesta del sistema de salud y la de otros actores institucionales vinculados.

¹⁷⁷ Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (2017). Escenarios de cambio climático. INECC. Distrito Federal, México.

Esquema 1. Balance radiactivo de la Tierra



Fuente: Estudios de Cambio Climático de Santiago IPCC, 2007: Perry, M.L., O.F. Canziani, J.P. Palutikof y Coautores 2007: Resumen Técnico. Cambio Climático 2007: Impactos, Adaptación y Vulnerabilidad. Aportes del Grupo de Trabajo II al Cuarto Informe de Evaluación del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático, M.L. Parry, O.F. Canziani, J.P. Palutikof, P.J. van der Linden y C.E. Hanson, Eds., Cambridge University Press, Cambridge, Reino Unido

a) Aumento de la temperatura

El clima del país es tropical, con temperatura media anual de 25.5 °C, pero las grandes variaciones orográficas generan diferencias notables entre zonas llanas y no llanas, que van de 26 a 28 °C para las zonas más bajas, como las zonas costeras, y de 18 a 22 °C para zonas de mayor altitud. La temperatura máxima media-anual es de 31 °C, variando para las zonas más cálidas (suroeste y noroeste del país) entre 32 a 34 °C, y para las zonas de mayor altitud (700-1164 msnm) entre 25 a 30 °C. Se han registrado temperaturas máximas extremas que van desde 39 a 43 °C para las zonas más cálidas en los meses de julio a septiembre¹⁷⁸.

Sin embargo, esto tiende a modificarse anualmente por el aumento de la temperatura promedio del mundo o “calentamiento global”, que es producto del aumento de la concentración de gases que genera el efecto invernadero provocando una mayor retención de calor en la atmósfera (Art. 1.5 de Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).

El sol calienta la tierra irradiando energía en forma de luz, de la cual un tercio de la energía es reflejada en el espacio mientras la restante la toma la Tierra que la refleja en forma de calor. La mayor parte de esta radiación es absorbida por los océanos, la Tierra y la atmósfera incluyendo las nubes y re irradiadas, y es precisamente esto lo que representa el efecto invernadero.

Es este “efecto” el que incide en el aumento de las temperaturas. Bajo el análisis de la información climática histórica de República Dominicana 1984-2013, provistas por la Oficina Nacional de Meteorología (ONAMET)¹⁷⁹, los resultados indican que las temperaturas mínimas y temperaturas máximas muestran un incremento en sus valores promedio anuales, donde existe un incremento tendencial generalizado de entre 2°C y 3°C en los valores promedio anuales de temperatura mínima y de 1°C a 3°C en la temperatura máxima.

Por ser un país altamente vulnerable, la República Dominicana aspira al logro de un acuerdo mundial, basado en el consenso científico, que evite el incremento de la temperatura media mundial de 2°C, con reducción progresiva hacia 1.5°C. En términos de emisiones, la RD representa menos del 0.1% de las emisiones mundiales.

Las emisiones per cápita están por debajo de la media de Latinoamérica y El Caribe (4.9 tCO₂e), sin embargo, la tendencia de las emisiones de algunos sectores económicos es importantes, en especial, transporte, energía, manufactura y construcción, residuos y agropecuaria¹⁸⁰.

178 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2017). Tercera Comunicación Nacional de República Dominicana para la Convención Marco de las Naciones Unidas para el Cambio Climático. MIMARENA-GEF-PNUD-Consejo Nacional para el Cambio Climático. Santo Domingo, República Dominicana.

179 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2016). Plan Nacional de Adaptación al cambio climático 2015-2030. MIMARENA-GEF-PNUD. Santo Domingo, República Dominicana.

180 IDEM

Por consiguiente, en términos de escenarios de clima futuro para la República Dominicana se estima que, con valores altos y bajo de emisiones, la situación podría ser la siguiente:

- Las temperaturas mínimas aumentarán de entre 1°C y hasta 3°C hacia el 2050 y alcanzarán valores de cambio de entre 2°C y hasta 6°C hacia el 2070, donde sólo la Provincia de Independencia (Jimaní) podrá presentar cambios negativos (temperaturas más frías) de entre -1°C y -2°C durante el periodo lluvioso. Por su parte, hacia el 2070, los cambios aumentarán más de entre 2°C y hasta 6°C, siendo más evidentes los cambios en las provincias de Barahona, Monte Plata, La Romana, Hato Mayor y San Juan, el cual será el más extremo.
- Las temperaturas máximas tendrán un incremento más marcado, generalizado y podrán aumentar de entre 2°C y 3°C hacia el 2050 y de 3°C a 5°C hacia el 2070. Existe la excepción de las Provincias de Samaná e Independencia quienes podrán mostrar cambios, pero con valores cercanos a su variabilidad natural, la cual hoy en día muestra cambios de entre 1°C y 3°C. Se destaca que serán las provincias de Barahona, Monte Plata, Distrito Nacional, Hato Mayor y San Juan donde podrán ser más notorios estos cambios¹⁸¹.
- Se proyecta que el porcentaje de días calurosos tendría un fuerte incremento con respecto a la cifra cercana al 10% de todos los días observados que, en promedio, se registró en el período 1981–2010. En un escenario de alto nivel de emisiones, alrededor del 95% de los días, en promedio, se definirían como “calurosos” para fin del siglo. Si las emisiones disminuyen rápidamente, aproximadamente 75% de los días, en promedio, serían “calurosos”¹⁸².

Este aumento de la temperatura incrementará los niveles de riesgos de enfermedades transmisibles producto de vectores y el agua; riesgos para la vida y subsistencia y riesgos de inequidades sociales¹⁸³. Los *riesgos de enfermedades transmitidas* por vectores y el agua es producto de que el cambio climático está redistribuyendo y aumentando los hábitats óptimos para los mosquitos y otros patógenos que transmiten enfermedades (algunas endémicas como el dengue y la malaria).

En algunos casos, estos patógenos están trayendo enfermedades infecciosas a comunidades que no las habían encontrado antes. Por ejemplo, las temperaturas más cálidas amplían los rangos de reproducción de los mosquitos, lo que hace que la malaria se desplace hacia nuevas comunidades.

Respecto a los mayores *riesgos para la vida y los medios de subsistencia*, cabe señalar que el clima cálido y las olas de calor más intensas reducen la capacidad de las personas para trabajar y mantenerse saludables; un ambiente demasiado cálido y húmedo hace que sea imposible que el cuerpo humano sude y puede provocar un sobrecalentamiento y la muerte.

“Las olas de calor, es decir, los períodos prolongados de calor excesivo, pueden ser una grave amenaza para la salud de los seres humanos, los animales y las plantas, que resultaría en pérdidas de vida, medios de subsistencia y productos socioeconómicos; menor productividad laboral; mayor demanda y costo de sistemas de enfriamiento, y contribuiría al deterioro de los determinantes ambientales de la salud (como la calidad del aire, el suelo o el abastecimiento de agua)”¹⁸⁴.

Por su parte, los *riesgos de inequidades sociales* se traducen en mayores afectaciones a las personas que viven en la pobreza, las socialmente excluidas, las mujeres, los/as niños/as, los/as ancianos/as, y las personas que ya están enfermas o viven con alguna discapacidad.

La frecuencia, intensidad y duración cada vez mayores de los fenómenos meteorológicos extremos afectarán de manera desproporcionada las capacidades físicas y económicas de las personas y los hogares que ya luchan contra problemas de salud debilitada y las enfermedades crónicas.

Debido a sus sistemas inmunológicos debilitados, las personas con enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y otras condiciones de salud preexistentes corren un mayor riesgo de lesiones o enfermedades por aquellos relacionados con el clima.

A nivel regional existen informaciones sobre atención de casos por enfermedades por dengue y malaria, cuyos datos se proporcionaron en el análisis de la dimensión de salud ambiental, más no así sobre cáncer de piel, estrés mental (ansiedad, depresión), trastornos de estrés postraumático y, pérdidas de vida, que podrían asignarse como producto del incremento de las temperaturas¹⁸⁵.

181 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2016). Op. Cit.

182 Organización Panamericana de la Salud (2021c). República Dominicana Salud y Cambio Climático. Perfil del país 2021. Una iniciativa para los pequeños estados insulares en desarrollo. OPS-United Nations/OMS. Washington, Estados Unidos.

183 Datos proporcionados por Rosalía Avval del Departamento de Adaptación al Cambio Climático del Consejo Nacional de Cambio Climático en el encuentro de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático realizado el 26 de julio del 2022.

184 Organización Panamericana de la Salud (2021c). Op. Cit.

185 Aunque no existen evidencias de que estas afectaciones hayan sido producto del aumento de la temperatura, se las incluye a los fines del análisis como parte de un ejercicio que requiere de investigaciones más profundas y de estadística que traten de incluir algunas de las causas posibles de ello.

El hecho de contar con este tipo de información permite una aproximación a lo que está sucediendo en el territorio con el comportamiento del aumento de la temperatura. En este sentido, el análisis realizado es retrospectivo al 2016¹⁸⁶ de manera de contar con un momento referencial para compararlo con la situación actual y analizar la dinámica de su comportamiento. Esto es, si los indicadores se han mantenido estable, si se han incrementado o si han disminuido.

En el caso del **dengue**, cuyas informaciones detalladas se han presentado en el análisis por afectaciones en el manejo de residuos líquidos en la Sección II, se observa que el comportamiento en ciertas regiones coincide con los escenarios señalados precedentemente. Tal es el caso de la región **metropolitana** que en el 2019¹⁸⁷ presentaba el valor máximo de 2,892 casos atendidos, lo cual hace prever que se verá más afectada en el 2050 por ser una de las zonas donde se incrementará entre 2 y 3° C la temperatura anual.

Más aún cuando se trata de una situación recurrente, ya que en el 2016¹⁸⁸ también era la que presentaba el mayor número de casos (2,261). De continuar con esta tendencia, al 2030 habría 2,100 nuevos casos y al 2050 habría 6,300 nuevos casos, lo cual supondría un total de 4,992 y 9,192 casos respectivamente.

Otras regiones que se verían afectadas por el incremento de las temperaturas son las de **Higüamo** (591 casos en el 2019 y 153 en el 2016), **El Valle** (304 casos en el 2019 y 88 casos en el 2016) y **Enriquillo** ((246 casos atendidos en el 2019 y 240 casos en el 2016), que incrementarían sus niveles de temperatura entre 2 y 3° C. Se trata de regiones que en el 2019 las dos primeras alcanzaron una tasa de atención de 3.5 y 3.0 respectivamente y la tercera un 1.6, constituyéndose en una de las más altas de atención de este tipo de enfermedad, después de las regiones Cibao Norte y Noroeste que tuvieron una tasa de atención¹⁸⁹ del 3.7.

De continuar con esta tendencia, al 2030 en la región Higüamo habría 1,460 nuevos casos, en la de El Valle 72 nuevos casos, y en la Enriquillo 60 nuevos casos. Eso significa que al año 2050 en la región Higüamo habría 4,380 nuevos casos, en la de El Valle 216 y en la de Enriquillo 180 nuevos casos. De continuar con esta tendencia, esto supondría un total de 2,051 nuevos casos en la región **Higüamo** para el 2030, y 4,971 nuevos casos al 2050.

En el caso de **El Valle**, de continuar con esta tendencia supondría un total de 376 nuevos casos para el 2030, y 520 nuevos casos al 2050. Por su parte, en la región Enriquillo sucedería lo mismo con 306 nuevos casos para el 2030, y 426 nuevos casos al 2050. Estas proyecciones solo son especulaciones formuladas a partir del comportamiento evidenciados por el impacto del dengue a nivel regional entre el 2016 y 2019.

186 La selección de este año de referencia es porque se cuenta con estadísticas del mismo, aunque se podrían haber tomado como referencias otros años anteriores.

187 Ministerio de Salud Pública (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana

188 IDEM

189 Las tasas de atención de casos corresponden a una proporción de la población atendida por cada 100,000 habitantes, por lo que, en algunas regiones, aunque mayor cantidad de casos no necesariamente tiene tasas más altas que otras que tienen menos casos atendidos.

Respecto al comportamiento de la **Malaria**, cuyas informaciones detalladas se han presentado en el análisis por afectaciones en el manejo de residuos líquidos en la Sección II, se observa que el comportamiento en ciertas regiones coincide con los escenarios señalados precedentemente. Tal es el caso de la región **metropolitana** que en el 2022¹⁹⁰ presentaba el valor máximo de 3,476 casos atendidos, lo cual hace prever que se verá más afectada en el 2050 por ser una de las zonas donde se incrementará entre 2 y 3° C la temperatura anual. Más aún cuando se trata de una situación recurrente, ya que en el 2016¹⁹¹ también era la que presentaba el mayor número de casos (440). De continuar con esta tendencia, al 2030 habría 7,524 nuevos casos y al 2050 habría 20,276 nuevos casos, lo cual supondría un total de 4,992 y 9,192 casos respectivamente.

Con relación a **El Valle** y **Enriquillo** sucedería lo mismo, ya que de 703 y 464 casos respectivamente en el 2022, pasarían a 934 y a 768 casos en el 2030 y a 21,100 y a 12,030 casos en el 2050. Todos esto es posible dado que en términos de las tasas de atención¹⁹² del 2022, en primer lugar, se ubican la región Enriquillo (5.6), El Valle (3.7), e Higüamo (2.4). De acuerdo con estos valores, las regiones Enriquillo y El Valle eran las únicas que se encontraban entre las que tenían mayores cantidades de casos atendidos, aunque ellas solamente hayan tenido 463 y 703 casos respectivamente.

En el caso de las que presentaron un incremento de casos atendidos, corresponden a las que se encuentran próximas a la frontera con Haití (El Valle y Enriquillo) o que cuentan con la mayor concentración de población (metropolitana). Se trata de dos razones que tienen incidencia en los niveles de adquisición de este tipo de enfermedades, ya sea porque están próxima a poblaciones vulnerables (como es el caso de Haití), o que se verán afectadas por el incremento de las temperaturas, tal cual se ha señalado en los escenarios climáticos.

Con respecto a las otras enfermedades que podrían generarse por aumento de las temperaturas, tales como cáncer de piel, estrés mental (ansiedad, depresión), trastornos de estrés postraumático y, pérdidas de vida, no se puede hacer ninguna proyección porque no se cuenta con estadísticas confiables para el período analizado.

b) Alteración de patrones de precipitaciones

La alteración de los patrones de precipitaciones supone mayores riesgos para la vida y los medios de subsistencia y podría causar impactos sobre la salud en lo que respecta a lesiones físicas. Mas aún, cuando la precipitación total anual a nivel nacional no muestra un patrón claro de disminución o aumento. La mayoría de los sitios analizados para la construcción de escenarios climáticos indican un aumento mínimo relativo en sus valores totales de lluvia, aunque muy cercanos a sus valores promedio de variabilidad natural. No obstante, las provincias del Sur,

190 Ministerio de Salud Pública (2022). Estadísticas por semanas de eventos 2022. Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo, República Dominicana.

191 IDEM

192 Las tasas de atención de casos corresponden a una proporción de la población atendida por cada 100,000 habitantes, por lo que en algunas regiones, aunque mayor cantidad de casos no necesariamente tiene tasas más altas que otras que tienen menos casos atendidos.

Sureste y Central son las que presentan los aumentos de lluvia total más notorios¹⁹³.

Sin embargo, cabe señalar que hay mayor ocurrencia de eventos extremos de lluvia intensa de entre 20% y 30% mayor a los presentados en las últimas dos décadas entre los meses de mayo a octubre. Sólo en la región Suroeste (estación San Juan) y Sur (Estación A. Herrera) no son claros los cambios e inclusive presentan menos ocurrencia de eventos extremos de lluvias por alrededor del -30% respecto al número de ocurrencias históricas por décadas¹⁹⁴.

Por otra parte, la temporada de secas (diciembre-abril) podrá intensificarse aún más hacia el 2050 y 2070. A nivel puntual y bajo cualquier tipo de forzamiento radiactivo los Modelos coinciden mayormente en una disminución en la lluvia total de hasta 50% respecto a los valores históricos en las provincias de Independencia, Puerto Plata, San Juan y Santiago, así como disminuciones de entre 10 y 30% en provincias como Samaná, Distrito Nacional, Altagracia, Barahona y Hato Mayor. El inicio de las lluvias podría presentar un aumento súbito en la lluvia total acumulada tanto hacia el 2050 y 2070. Existe coincidencia en los resultados de los Modelos en ambos horizontes de tiempo de presentar incrementos de más del 100% (principalmente en Herrera, Barahona y San Juan). Este resultado, es coherente con la ocurrencia de un ciclo diurno más intensificado y con mayor capacidad para presentar eventos extremos de lluvias¹⁹⁵.

Tal como se observa, el escenario climático de las precipitaciones muestra que la precipitación total anual hacia el 2050 disminuirá un 15% al promediarla en todo el territorio nacional, agravándose a valores de 17% hacia el 2070, en comparación con los valores históricos de 1961-1990. La consistencia de los resultados entre los Modelos bajo un forzamiento Radiactivo de 8.5 W/m² es del 87%. En tal sentido, las Provincias del Sur y Oeste del país serán las más afectadas por la disminución en las precipitaciones hacia el 2050 y 2070, mientras que las provincias del Este y Norte podrían inclusive mostrar hasta pequeños cambios positivos. La condición de disminución en la precipitación total anual podría acentuarse aún más hacia el 2050/2070 en las regiones de Ozama (18%/20%), Valdesia (17.5%/20%), Enriquillo (17%/20%), Higüamo (16%/18%) y Cibao Sur (15%/17%). Las demás regiones podrían experimentar cambios menores a 15%. Solo un Modelo muestra valores positivos hacia el 2050 en Cibao Noroeste (1.3%), Cibao Norte (0.9%) y Yuma (0.1%) donde incluso sólo se incrementaría en Yuma (4.5%) hacia el 2070¹⁹⁶.

Estas variaciones incidirán sobre todo en la producción de alimentos que causarían efectos indirectos sobre la salud de la población, tales como la desnutrición, y las pérdidas de vida por deslizamientos provocados por las lluvias, entre otros. No obstante, para mayor precisión se requiere de un banco digital de informaciones climáticas con el que no se cuenta en la actualidad. Esto implicaría el aumento de mayores registros de las estaciones meteorológicas, especialmente en aquellas zonas donde se observan variaciones climáticas.

193 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2016). Op. Cit.

194 IDEM

195 Organización Panamericana de la Salud (2021c). Op. Cit.

196 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2016). Op. Cit.

c) Incremento del nivel del mar

El aumento del nivel del mar es una de las amenazas más graves para las zonas bajas de las islas pequeñas y los atolones, producto del derretimiento de los glaciares, la reducción de la capa de hielo, el cambio de almacenaje del agua en tierra, y el contenido de calor en las aguas. Las investigaciones indican que las tasas de elevación media del nivel del mar en el mundo se están acelerando, casi sin duda, como resultado del cambio climático. Debido a los tiempos de respuesta relativamente largos ante el recalentamiento del planeta, el nivel del mar seguirá subiendo durante un tiempo considerable aún después de que se reduzcan las emisiones. Los impactos potenciales que este incremento producirá en el país son la erosión costera, las perturbaciones en los ecosistemas, las marejadas más intensas, con el consecuente desplazamiento de la población. Consecuencia de ello, se generarían una mayor contaminación del agua e interrupción en el suministro, así como efectos negativos en la salud mental¹⁹⁷.

En el caso de la República Dominicana¹⁹⁸, observaciones realizadas en una red de mareógrafos operada en Cuba ratifican el ascenso del nivel oceánico con valores promedios de 2.9 mm/año en los últimos 30 años. (Planos y Barros, 1999). Considerando la construcción de tres escenarios (IS92C; IS92a; e IS92 f) se prevé que para el 2030 el ascenso del nivel del mar sería entre 0.03 mts (IS92 C) y 0.267 mts (IS92f), con un valor intermedio de 0.12 mts (IS92 a), lo que implicaría un retroceso de la costa entre 19 y 134 mts, con un valor intermedio de 62 mts. Considerando los mismos escenarios, esta situación se agravaría al año 2050 con valores de aumento del nivel del mar entre 0.06 mts. 0.47 mts. con su consecuente retroceso de la costa entre 33 y 236 mts. Sin duda todo esto afectaría a las 15 provincias que cuentan con un frente costero, desde Pedernales hasta Montecristi.

Si estos escenarios se proyectan al año 2100, sin duda que la situación se agravaría aún más, ya que el incremento del nivel del mar sería entre 0.12 mts y 1.35 mts, lo que implicaría un retroceso de la costa entre 64 mts y 535 mts., con un valor intermedio de 276 mts. Aunque esto no afectaría directamente a la salud, generaría obligados desplazamientos de las poblaciones costeras y pérdidas de fuentes de empleos e infraestructuras en los sectores hoteleros de las zonas de La Romana-Chavón, en la desembocadura del Río Chavón con el Mar Caribe; la Isla Saona¹⁹⁹-Boca del Yuma y la Isla Catalina, la Bahía de Samaná, Miches y Bávaro²⁰⁰.

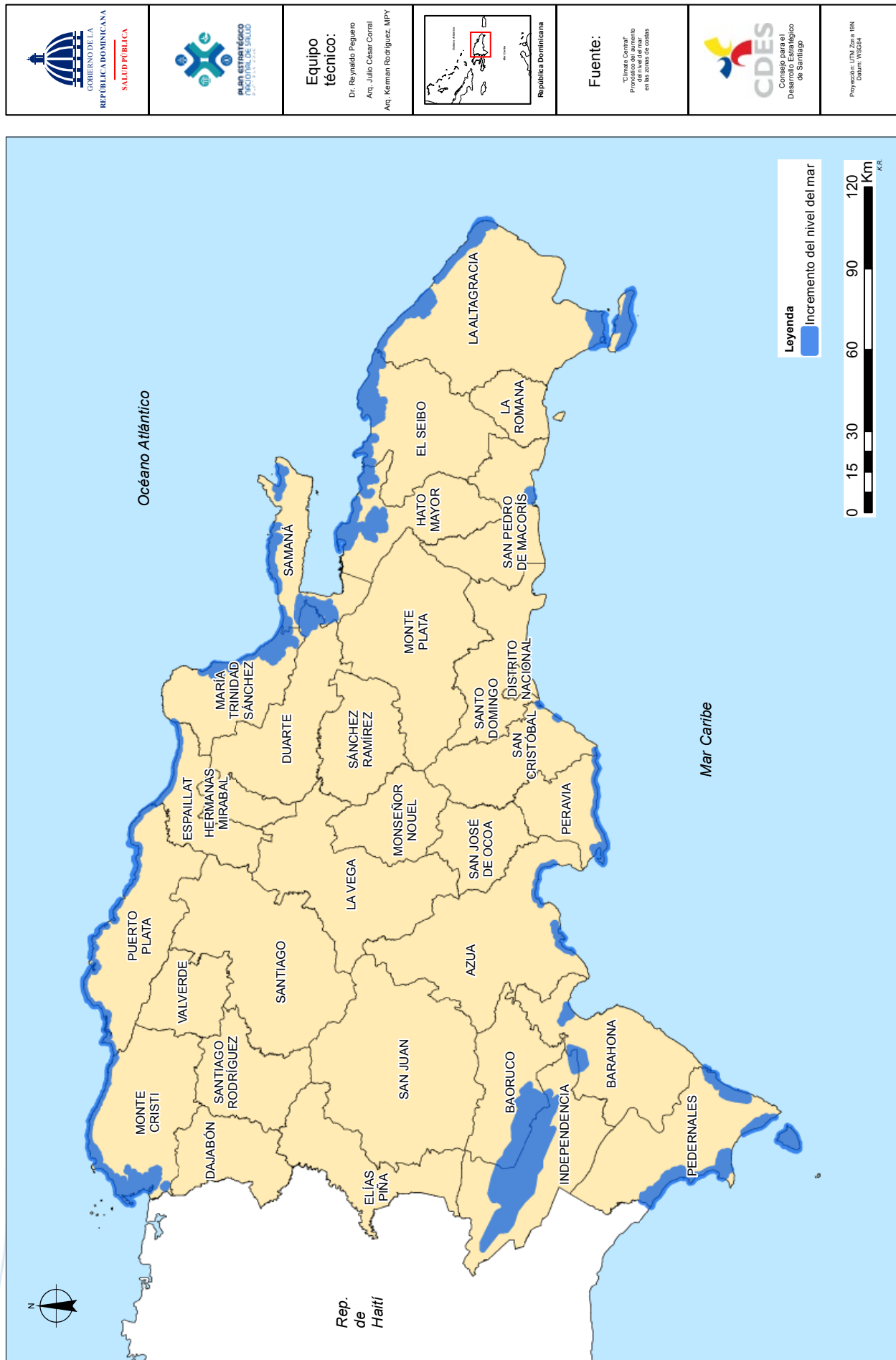
197 Organización Panamericana de la Salud (2021c). Op. Cit.

198 Consejo Nacional de Cambio Climático (2019). El cambio climático en la República Dominicana. Consejo Nacional para el Cambio Climático. Santo Domingo, República Dominicana.

199 La Isla Saona perdería un cuarto de su territorio al 2030; y la mitad del mismo al 2050, y la tercera parte al 2100. Algo similar pasaría con la Isla Catalina.

200 Consejo Nacional de Cambio Climático (2019). op Cit.

Mapa 2. Incremento de altura de nivel del mar en República Dominicana



3.4.3. Vulnerabilidad de la salud frente a los escenarios climáticos

a) Capacidad de adaptación

La adaptación al cambio climático es definida como las iniciativas y medidas encaminadas a reducir la vulnerabilidad de la sociedad y la susceptibilidad de los sistemas naturales, ante los efectos reales o esperados del cambio climático (Consejo Nacional para el Cambio Climático, 2017).

Esto supone los cambios en los procesos, prácticas y estructuras para moderar los daños potenciales o para beneficiarse de las oportunidades asociadas con el mismo en los diversos sectores que más influyen en la emisión de gases de efecto invernadero que producen los cambios climáticos y dañan el planeta.

Con relación a ello, cabe señalar que no todas las regiones poseen las mismas capacidades para adaptarse a los impactos del cambio climático.

De acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad frente a los Choques del Cambio Climático²⁰¹, se observa que 13 provincias presentan niveles de adaptación muy bajos o bajos, que los convierte en territorios muy vulnerables. Se trata de provincias localizadas en las regiones Suroeste (Pedernales, Barahona y Bahoruco); Yuma (El Seibo y La Altagracia); Higüamo (San Pedro de Macorís y Monte Plata); Ozama (Santo Domingo); Valdesia (Peravia); Nordeste (Hermanas Mirabal); y Noroeste (Montecristi y Valverde).

La vulnerabilidad al cambio climático (y a la variabilidad) se expresa en función de tres variables, las cuales son la exposición (E), la sensibilidad (S) y la capacidad adaptativa (CA) que es inversamente proporcional ($V = E \times S/CA$)²⁰².

Al analizar a la República Dominicana, los factores críticos en términos de vulnerabilidad al cambio climático que le afectan son: Elevado grado de exposición al cambio climático, baja capacidad de adaptación y presencia de hábitats y/o sectores potencialmente sensibles. Precisamente, las provincias/regiones señaladas con muy bajo nivel de adaptación al cambio climático son aquellas que cuentan con zonas en las cuales han desarrollado sus hábitats en zonas vulnerables, y hogares que poseen viviendas inadecuadas, bajo nivel de conciencia de los efectos del cambio climático sobre la salud, y escasa disponibilidad de recursos.

Esa situación tiene incidencia sobre personas vulnerables que tienen condiciones de salud preexistentes, especialmente las enfermedades cardiovasculares y respiratorias y/o lesiones físicas.

Frente a esta realidad, el **sector salud** aún no realizado los aportes que debería haberlo hecho, tal como lo señalan los resultados de la encuesta de la OMS (2018) sobre la salud y el cambio climático. Con relación al *empoderamiento y los avances en el liderazgo y la gobernanza* en la planificación nacional de la salud y el cambio climático señalaba que aún no se había elaborado una estrategia o plan nacional para la salud y el cambio climático²⁰³. En consecuencia, no se cuenta con prioridades de adaptación en materia de salud, ni los beneficios para la salud de medidas de mitigación, ni los indicadores de desempeño, ni tampoco el nivel de ejecución de la estrategia o plan.

Sin embargo, en el Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático 2015-2030, se actualizaron algunas informaciones sobre salud y cambio climático, producto de un programa de capacitación realizado en el 2015 entre el Ministerio de Salud y la CEPAL. Estas informaciones ajustaron aún más en el 2020 en el marco de la Contribución Nacionalmente Determinada (NDC RD 2020), por lo que se trata de un avance respecto a lo señalado en la encuesta OMS.

Otros aspectos señalados en dicha encuesta refieren a la *Colaboración intersectorial para abordar el cambio climático*. Los resultados obtenidos en ese momento era que no existían acuerdos entre el ministerio de salud y los sectores relacionados con el cambio climático (transporte, generación de electricidad, energía doméstica, agricultura y ganadería, servicios sociales, agua, saneamiento y aguas residuales, en el cual se definieran funciones y responsabilidades específicas en relación con los nexos entre la salud y la política sobre el cambio climático.

Dentro de la misma encuesta también se aborda el tema de la Inversión en salud y cambio climático, considerando la realización de *evaluaciones de vulnerabilidad y adaptación en materia de salud*. El resultado obtenido es que se desconoce si se ha realizado una evaluación de la vulnerabilidad de la salud y las repercusiones del cambio climático a nivel nacional. En consecuencia, no se cuenta con informaciones para asignar prioridades de políticas o recursos humanos y financieros para el abordaje de los riesgos del cambio climático para la salud.

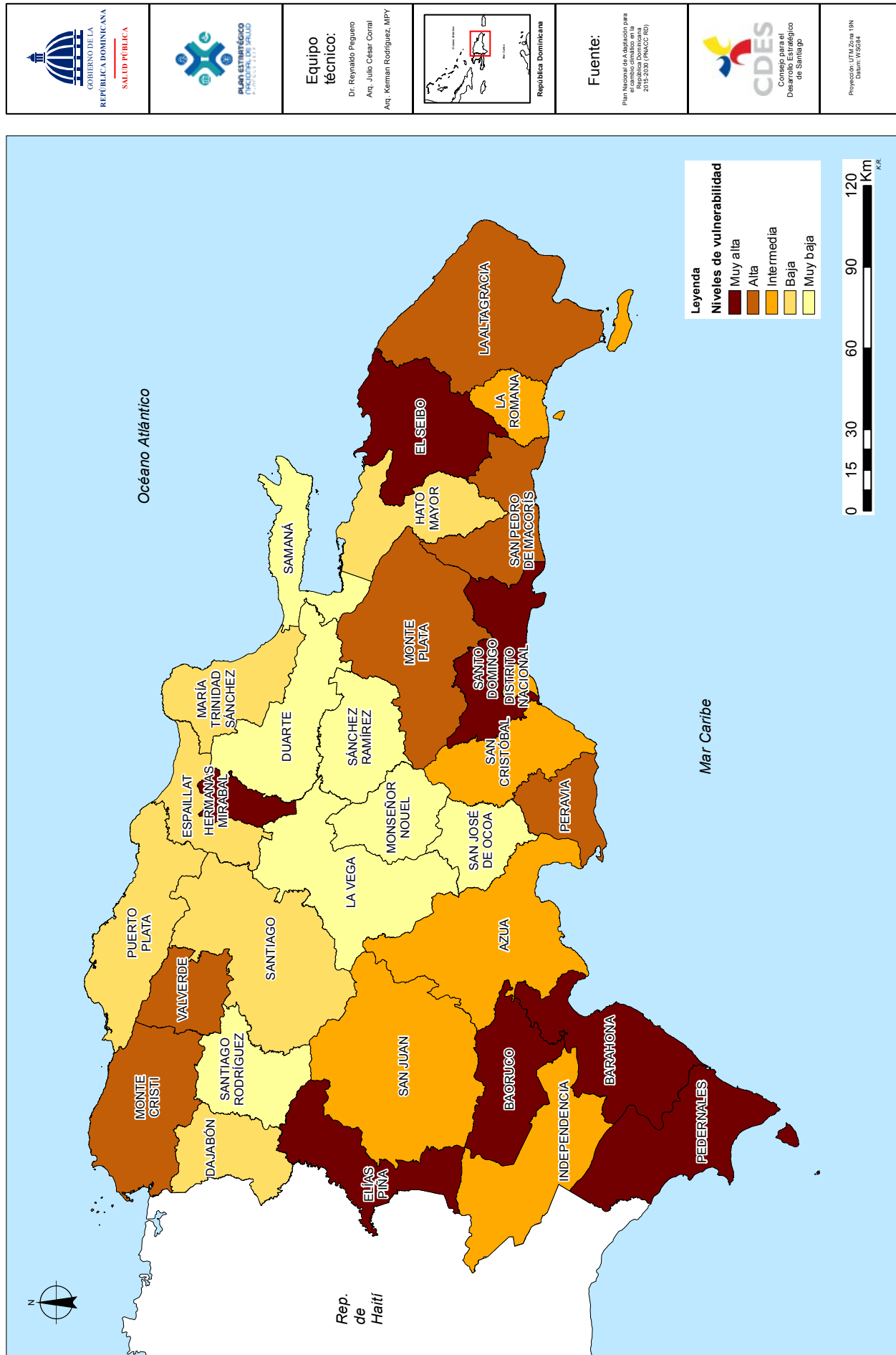
Un último aspecto señalado en la encuesta OMS respecto a la capacidad de adaptación al cambio climático desde el sector salud, es el de los *sistemas integrados de alerta temprana y vigilancia de riesgos*. Los resultados obtenidos en este aspecto señalan que existe un sistema de vigilancia para el caso de las enfermedades transmitidas por vectores, en aquellas de transmisión alimentaria, en las de transmisión por el agua y en las transmitidas por vías aérea y respiratorias. Por su parte, no se cuenta con un sistema de vigilancia para las enfermedades por estrés de calor, ni tampoco para la desnutrición vinculada a eventos climáticos extremos, ni para la salud y bienestar mental y lesiones (físicas o asfixia por inmersión en fenómenos climáticos extremos).

201 Lizardo, Jeffrey y otros (2020). La experiencia del Índice de Vulnerabilidad frente a Choques Climáticos (IVACC) en la República Dominicana. Gabinete de Política Social. Santo Domingo, República Dominicana.

202 USAID/TNC/IDDI/PLENITUD (2013) Puntos críticos para la vulnerabilidad a la variabilidad y al cambio climático en la República Dominicana y su adaptación al mismo. República Dominicana.

203 Organización Panamericana de la Salud (2021c). Op. Cit.

Mapa 3. Áreas de vulnerabilidades provinciales de la República Dominicana 2015-2030



Cuadro 8. Resultados de la Encuesta de la OMS (2018) sobre los preparativos para riesgos climáticos. Sistemas Integrados de Alerta Temprana y vigilancia de Riesgos

OPS/OMS			
Sistemas integrados de alerta temprana y vigilancia de riesgos			
Enfermedades sensibles a los efectos del clima y resultados en materia de salud	Existe un sistema de vigilancia	El sistema de vigilancia incluye información meteorológica	Existen estrategias de alerta temprana y prevención para llegar a los grupos poblacionales afectados
Estrés por calor (por ejemplo, olas de calor)	X	X	X
Enfermedades transmitidas por vectores	SI	X	SI
Enfermedades de transmisión alimentaria	SI	X	SI
Enfermedades transmitidas por el agua	SI	X	SI
Nutrición (por ejemplo, desnutrición vinculada a eventos climáticos extremos)	X	X	SE DESCONOCE
Lesiones (por ejemplo, lesiones físicas o asfixia por inmersión en fenómenos climáticos extremos)	X	X	X
Salud y bienestar mentales	X	X	X
Enfermedades transmitidas por vía aérea y respiratorias	SI	X	SI

Ejecución: Preparativos para riesgos climáticos

Organización Panamericana de la Salud (2021c). Op. Cit.

En el caso del sistema de vigilancia que incluya información meteorológica, no se cuenta con ningún sistema que permita vigilar las enfermedades causadas por estrés de calor, las transmitidas por vectores, el agua o por vías aéreas y respiratorias, las de transmisión alimentaria, las enfermedades producto de desnutrición o lesiones vinculadas a eventos climáticos, ni tampoco la de salud y bienestar mental.

Respecto a la existencia de estrategias de alerta temprana y prevención para llegar a los grupos poblacionales afectados, cabe señalar que la encuesta OMS refleja que, si se cuenta con este tipo de instrumentos para el caso de las enfermedades transmitidas por vectores, en aquellas de transmisión alimentaria, en las de transmisión por el agua y en las transmitidas por vías aérea y respiratorias. Por su parte, no se cuenta con un sistema de estrategias para las enfermedades por estrés de calor, ni tampoco para la salud y bienestar mental y lesiones (físicas o asfixia por inmersión en fenómenos climáticos extremos), y se desconoce si existen algunas estrategias para el caso de la desnutrición vinculada a eventos climáticos extremos.

No obstante, estos resultados, cabe señalar que la NDC RD 2020 ha considerado dentro de sus componentes de adaptación al cambio climático, aspectos relacionados con la seguridad hídrica y alimentaria, la construcción de ciudades climáticamente resilientes, y consideraciones específicas para los sectores salud, turismo, recursos costero marino, y ecosistemas, diversidad y bosques.

b) Capacidad de mitigación

La mitigación frente al cambio climático es definida como aquellas acciones que están encaminadas a reducir y limitar las emisiones de gases de efectos invernadero, a diferencia de las de adaptación que basan en reducir la vulnerabilidad ante los efectos derivados del cambio climático²⁰⁴.

Mientras la mitigación aborda las causas del cambio climático, la adaptación hace lo propio con los impactos generados por éste. De allí que la NDC RD 2020 incluya dentro de las medidas de mitigación acciones referidas a la energía, el uso de productos y procesos industriales, la agricultura, silvicultura y otros productos de la tierra y los desechos.

²⁰⁴ CIIFEN (2022). Adaptación y mitigación al cambio climático. CIIFEN. Guayaquil, Ecuador.

Un avance logrado en esta dirección lo constituye en análisis de la relación clima-*Eficiencia energética* en 22 centros hospitalarios del país, dentro del proyecto Wash Fase II²⁰⁵. En el levantamiento realizado se abordó esta temática con el propósito de determinar la huella de carbono de los centros de salud objeto de esta evaluación. El levantamiento de información que permite el cálculo de la eficiencia energética consistió en aplicar un cuestionario, llenar las fichas sobre los equipos y sus respectivos consumos.

Para la mayoría de los centros de salud se identificaron los equipos en los archivos de activo fijo, y se complementó con una inspección visual del centro para confirmar que no existían equipos fuera de inventario y que los que estaban en los inventarios estaban en funcionamiento.

Para el consumo se tomaron las mediciones de las empresas distribuidoras de energía a nivel nacional, y con el apoyo de las DPS/DAS se llenaron los formularios y se realizó el inventario de generadores eléctricos, lámparas, neveras y freezers, acondicionadores de aire, lavadoras, secadoras y esterilizadoras, vehículos y otros, así como el consumo de agua y combustibles de dichos centros, a partir de lo cual, con el apoyo de la Oficina Regional de la OPS, se realizará la determinación de la huella de carbono.

El 100% de los centros de salud evaluados hicieron su levantamiento para huella, aunque en algunos casos requirieron la colaboración del equipo del nivel central.

A pesar de estas incipientes iniciativas, aún no se cuenta con la cantidad necesaria de estaciones de medición de las variaciones climáticas, ni tampoco se cuenta con un enfoque preventivo ante la variabilidad climática ni con un marco operacional para el fortalecimiento de sistemas de salud resilientes al clima²⁰⁶.

Esta situación limita la obtención de informaciones que permitan tomar medidas más precisas para la mitigación del cambio climático. En una dirección similar no se han realizado iniciativas más agresivas tendientes a Mejorar el transporte público; el uso de vehículos de bajas emisiones, el uso de biocombustibles, y la eficiencia del transporte colectivo, que son parte de las propuestas de mitigación incluidas en el NDC RD 2020. Estas acciones pendientes de realizar se consideran necesarias para la reducción de las emisiones de GEI.

Algo parecido sucede con las incipientes iniciativas orientadas a la mejora de la eficiencia energética; sobre todo en el sector industrial introduciendo técnicas modernas y aumentar el uso de energías limpias.

En este sentido, se observa que Falta más desarrollo de programas orientados a los Hábitos alimenticios, y de políticas de financiamiento para el desarrollo técnico y la educación en términos de salud y cambio climático. De hecho, en las consultas regionales realizadas en el marco de este plan, los participantes señalaron esta debilidad tanto a nivel de la ciudadanía como de las propias instituciones del Estado.

3.4.5. La gestión del cambio climático y de asentamientos humanos sostenibles

La gestión del cambio climático en los asentamientos humanos presenta potencialidades y limitaciones que contribuyen a prevenir, vigilar y controlar, los efectos sobre la salud humana que provocan las variaciones climáticas como temperatura, precipitaciones y el nivel del mar. Para esto se cuenta con un marco legal institucional y estudios orientadores de la relación salud-cambio climático.

En el caso del **marco legal e institucional**, la Constitución del 2010 es mandataria en su artículo 194- Plan de Ordenamiento Territorial, que *“Es prioridad del Estado la formulación y ejecución, mediante ley, de un plan de ordenamiento territorial que asegure el uso eficiente y sostenible de los recursos naturales de la Nación, acorde con la necesidad de adaptación al cambio climático”*.

Este mandato garantiza que los resultados de los planes de ordenamiento territorial sean un aporte a la relación salud-cambio climático, ya que se orientarían al desarrollo de los usos del suelo bajo el concepto de la adaptación y la mitigación al cambio climático.

Como complemento la Ley 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, cuyo eje estratégico 4º se focaliza en *“Una sociedad con **cultura de producción y consumo sostenible**, que gestiona con equidad y eficacia los riesgos y la **protección del medio ambiente** y los recursos naturales promueve una adecuada **adaptación al cambio climático**”*.

Se trata de un aporte relacionado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 2030), que a su vez fue orientador de la formulación de la Política Nacional de Cambio Climático (PNCC, 2016) y el Plan Nacional de Adaptación del Cambio Climático 2015-2030.

En el caso de la política, se trata de un instrumento que enriquece las acciones institucionales de adaptación y mitigación al cambio climático que se implementan y desarrollan en el país, y contribuye a la continuidad del proceso de articulación de esas acciones con medidas concretas y efectivas y con la participación de los actores sociales.

Respecto al plan nacional, se trata de un instrumento que propone 6 líneas estratégicas con medidas de adaptación y mitigación al cambio climático en diversos sectores sociales, económicos y ambientales.

205 OPS/OMS (2021b). Evaluación ASH en centros de salud. Fase II. OPS-PAHO. Santo Domingo, República Dominicana.

206 Datos proporcionados en el encuentro de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático realizado el 26 de julio del 2022.

Finalmente, otro aporte para el conocimiento de los impactos del cambio climático es la Comunicación Nacional que se realiza cada 4 años a nivel país como un mecanismo de reporte que tienen los países miembros CMNUCC para compartirlo a nivel mundial sus avances en la implementación de la Convención (acciones de mitigación, adaptación, educación, entre otros).

Esto se complementa con los Informes Bienales de Actualización, que son informes conocidos como BUR (Biennial Update Reports), ahora sustituidos por los BTR (Biennial Transparency Reports), se realizan cada dos años y contienen la actualización de los inventarios de GEI del país por sector.

En términos internacionales, el país ha suscrito tres convenios relacionados con el cambio climático que son la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC, 1992 y ratificado en 1998) que refuerza la conciencia pública a escala mundial de los problemas del cambio climático; el Protocolo de Kioto (2002) para la reducción de emisiones donde sólo los países desarrollados se comprometen a reducir las mismas; y el Acuerdo de París (2016) orientado a mantener el aumento de la temperatura media mundial por debajo de 2 °C limitándolo a 1.5 °C.

Estas contribuciones legales e institucionales constituyen el marco orientador para superar las limitaciones del sector salud para la realización de un mapeo de vulnerabilidades nacionales de salud, con estudios orientados a determinar enfermedades sensitivas al clima, no solo las transmitidas por vectores sino también de la piel, respiratorias y del agua.

3.5. RIESGOS NATURALES-ANTRÓPICOS. ASENTAMIENTOS HUMANOS RESILIENTES

En este componente se presenta un análisis de la dimensión de los riesgos naturales-antrópicos como la última de las partes del pilar ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos, considerando el marco conceptual señalado precedentemente. Esta sección se ha estructurado en cuatro partes complementarias entre sí. En la primera se describen las características principales de los riesgos naturales-antrópicos y los componentes que se incluyen en el mismo.



En la segunda, se presenta un análisis de la resiliencia territorial frente a amenazas naturales (sísmicas, ciclónicas, incendios, inundaciones y sequías). En la tercera, se hace lo propio con los riesgos de la conectividad territorial tanto a nivel de la infraestructura hospitalaria como en las modalidades de movilidad en el territorio. Finalmente, en la cuarta, se analizan las características del sistema de gestión de los riesgos naturales/antrópicos por parte de las entidades pertinentes. Una descripción de estas se detalla a continuación.

3.5.1. Características de los riesgos naturales/antrópicos

Los **riesgos naturales-antrópicos** son la resultante de una combinación entre la amenaza y el grado de exposición (vulnerabilidad) frente a ella, y tienen en común con el cambio climático su incidencia en la salud (pérdidas de vidas, enfermedades respiratorias y las transmitidas por vectores, inseguridad alimentaria, entre otras). En el caso del sector salud, en el período 2005-2015 se aludía a riesgos naturales, pero entre el 2015-2030 se alude a riesgos de desastres. De allí que entre las funciones esenciales se refiera a la vigilancia de la salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias²⁰⁷.

Esta visión tiene su fundamento en el *Marco de Sendai, para la reducción del riesgo de desastres, 2015-2030*, que fue el primer acuerdo de la agenda de desarrollo posterior al 2015 y ofrece a los Estados miembros una serie de acciones concretas, que se pueden tomar para proteger los beneficios del desarrollo contra el riesgo de desastres²⁰⁸. Cuatro de los siete objetivos que allí se plantean están relacionados con la salud, y se orientan a *reducir sustancialmente la mortalidad* asociada a desastres al 2030; el *número de personas afectadas* por desastres al 2030; las *pérdidas económicas* directamente asociadas a desastres en relación con el PIB al 2030; y el *daño crítico a infraestructura* básica, especialmente las de salud y educación a través de construir resiliencia al 2030.

Considerando esta conceptualización, se presentan consideraciones sobre los componentes relacionados con las variables de análisis (sísmicas, ciclónicas, incendios, inundaciones y sequías), que permiten entender su incidencia en las situaciones que afectan a la salud (contaminación, destrucción del hábitat, escasez de producción de alimentos entre otros), y, en consecuencia, el tipo de afectaciones a la misma (enfermedades cardíacas, pulmonares, cáncer, leptospirosis, infecciones de heridas y de la piel, desnutrición, pérdidas de vidas, entre otras) que se han detectado en el análisis de esta dimensión. El gráfico siguiente es ilustrativo de las relaciones establecidas entre los componentes con sus variables, las situaciones que afectan a la salud y el tipo de afectación resultante.

Cuadro. 9. Componentes, Variables de Análisis, Situaciones que afectan a la salud y tipo de afectaciones de la Dimensión Riesgos naturales-antrópicos

Componentes	Variables de Análisis	Situaciones que afectan la salud	Tipo de afectaciones a la salud
Resiliencia territorial	Amenazas sísmicas, ciclónicas, incendios	a) Contaminación	b) accidentes cerebrovasculares c) enfermedades cardíacas d) enfermedades pulmonares e) Cáncer
	Inundaciones	a) Destrucción del hábitat b) Contaminación post inundación	c) Infecciones de heridas d) Infecciones de la piel e) Leptospirosis
	Sequías	a) Escasez de producción de alimentos	b) Desnutrición c) Pérdida de vidas
Riesgos de la conectividad territorial	Infraestructura hospitalaria	• Barreras urbanísticas y arquitectónicas	• Lesiones físicas • Estrés mental • Enfermedades cardiovasculares
	Modalidad de movilidad	• Accidentes de Tránsito y transporte	• Lesiones físicas • Pérdidas de vidas

Fuente: Consultoría de Ambiente y Salud realizada a los fines del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, Abril 2022.

207 Datos proporcionados por José Luis Cruz Raposo, Director Técnico de Gestión de Riesgos del MISPAS, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 28 de junio del 2022.

208 Naciones Unidas (2015). Marco de Sendai para la reducción de riesgos de desastres 2015/2030. Naciones Unidas. New York, Estados Unidos.

3.5.2. Resiliencia Territorial

a) Amenazas sísmicas, ciclónicas e incendios

Un primer aspecto de este análisis es del impacto que producen las amenazas sísmicas, ciclónicas e incendios sobre la salud. Se trata de situaciones que generan accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, y Cáncer, y pérdidas de vidas humanas.

Estas 3 amenazas se incluyen dentro de un mismo tópico porque generan impactos similares sobre la salud. Aunque no se cuenta con estadísticas certeras de estos tipos de impactos, salvo las pérdidas de vida por el paso de ciclones o movimientos sísmicos, constituye un ejercicio de análisis que puede constituirse en un punto de partida para futuras investigaciones.

En el caso de las **amenazas sísmicas**, el territorio nacional se ve afectado por este fenómeno, especialmente la zona norte que está ubicada en un área activa y de alta amenaza, ya que está localizada en el límite norte de la Placa del Caribe y en los bordes de esta placa es donde se producen la mayoría de los eventos sísmicos resultado de su interacción con la Placa de Norteamérica²⁰⁹.

Los principales sismos ocurridos en el pasado siglo XX afectaron zonas ubicadas dentro de este contexto, como las del Valle del Cibao y la Región Norte. Aunque los terremotos no son tan frecuentes como los huracanes, su amenaza es permanente sobre el territorio nacional, y puede desencadenar otros fenómenos como deslizamientos o derrumbes, incendios, ruptura de líneas vitales y de otras instalaciones críticos o productivas²¹⁰.

Unos 1,460 temblores de tierra superiores a tres (3) grados ocurren cada año en la República Dominicana²¹¹. La provincia La Altagracia y el canal de La Mona son los puntos geográficos con la mayor cantidad, con dos o más movimientos telúricos diarios. En segundo lugar, están las provincias de María Trinidad Sánchez y San Francisco de Macorís donde se producen de 3 a 5 temblores cada semana con un registro promedio de 10 a 15 cada mes.

Los mayores riesgos sísmicos de la zona del Caribe están en la falla septentrional, que atraviesa la región altamente poblada del valle del Cibao. Especialistas indican que un terremoto de magnitud 7,5 o más alto puede ocurrir en cualquier momento en la costa cerca de la trinchera entre Puerto Rico y La Española (República Dominicana y Haití)²¹² que supone un riesgo adicional para la región.

Respecto a los **ciclones tropicales**, éstos se forman donde ocurre una alta temperatura de los mares²¹³, que combinada con baja presión promueven el movimiento violento de los vientos. De acuerdo con la velocidad que adquieren se establecen distintas categorías de ciclones, tales como depresiones tropicales (- de 62 km); tormentas tropicales (entre 63 y 117 km); y huracán (mayor a 118 km)²¹⁴.

Su paso histórico por el territorio nacional ha tenido un período de recurrencia de un promedio de 2 años, aunque también se presentaron períodos sin afectación de éstos entre 5 y 10 años. El nivel de impacto que producen los ciclones en el territorio está asociado a la intensidad de los vientos, las lluvias intensas, y la marea alta. A mayor impacto se incrementan las posibilidades de mayores pérdidas de vidas humanas, productos agrícolas-ganaderos e infraestructura de comunicación y servicio, mayores extensiones de zonas inundadas, y desbordamientos de ríos y cañadas.

Con relación a los **incendios forestales**, sus causas principales se encuentran los cambios estacionales de los sistemas meteorológicos, el fenómeno “El Niño”, así como la acción dañina de la sociedad sobre los recursos naturales, ya sea movida por el vandalismo o por prácticas agrícolas inadecuadas. Estos eventos se han manifestado para el 54% de los casos entre los meses de febrero y abril. De acuerdo con los datos estadísticos de Medio Ambiente, el 85% de los incendios se producen por actividades agrícolas fundamentados en una modalidad de sustitución del uso del suelo forestal por el agrícola.

209 Secretariado Técnico de la Presidencia (2001). Diseño del Sistema Nacional de Prevención, Mitigación y Respuesta – PMR. Banco Interamericano de Desarrollo. Santo Domingo, República Dominicana.

210 Cocco Quezada, Antonio (2001). Desastres Naturales del Siglo XX en República Dominicana. ACQ y Asociados. Meteorólogos Privados-Consultores. Santo Domingo, República Dominicana.

211 UASD. Registros del Instituto Sismología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2015-2022.

212 Woods Hole Oceanographic Institution joined a thriving ocean science community in the village of Woods Hole, Massachusetts, that included the Marine Biological Laboratory and the National Marine Fisheries Service.

213 Entre estas áreas cabe señalar a los mares y océanos tropicales próximos al Ecuador, al norte de los 4° de latitud sobre el océano Atlántico, en el Mar Caribe y el Golfo de México y en la Costa de nueva Guinea en África (Frank Moya Pons, 2004)

214 Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2014). Op. Cit.

Relacionando los impactos de estas amenazas sobre la salud, cabe señalar que a nivel regional existen informaciones sobre atención de casos por enfermedades cardíacas y pulmonares, más no así sobre accidentes cardiovasculares y cáncer (solo para el año 2022), que podrían asignarse como producto de los impactos generados por estas amenazas²¹⁵. El hecho de contar con este tipo de información permite una aproximación a lo que está sucediendo en el territorio con el comportamiento de estas amenazas.

Sin embargo, cabe consignar que el ejercicio de análisis que se hará en este caso será el de relacionar las zonas donde más amenazas se han generado históricamente y las estadísticas de salud respecto a las enfermedades que se han producido o podrían producirse producto de estas. En este sentido, el análisis realizado es retrospectivo al 2016²¹⁶ de manera de contar con un momento referencial para compararlo con la situación actual y analizar la dinámica de su comportamiento. Esto es, si los indicadores se han mantenido estable, si se han incrementado o si han disminuido.

En el caso de las **enfermedades cardiovasculares**, analizadas en la Sección I, se observa que las regiones metropolitanas; Cibao Norte, Nordeste, y Valdesia son las que en el 2022 presentaban la mayor cantidad de atenciones de casos evidenciados, con valores máximos de 2,892 (metropolitana) y mínimos de 178 (Nordeste) e intermedios de 1,687 (Cibao Norte) y 692 (Valdesia).

Aunque el orden de las tasas de atención²¹⁷ no sea el mismo, continúa en primer lugar la región Metropolitana (3.95), le siguen la del Nordeste (3.79), Valdesia (2.30) y finalmente Cibao Norte que en cantidad de casos era la segunda (2.27). Comparando estos valores con lo que acontecía en el 2016, se observa que a las regiones metropolitana; Cibao Norte, Nordeste, y Valdesia se le agregaba la de Enriquillo, evidenciando que en ese momento eran 5 las regiones que presentaban los valores más altos de cantidad de casos atendidos y de tasas de atención. En esa ocasión, los valores máximos eran 3,783 (metropolitana) y mínimos de 395 (Enriquillo) e intermedios de 1,819 (Cibao Norte), 1,384 (Valdesia) y 839 (Nordeste).

Relacionando esta información con las amenazas sísmicas, se observa que hay una coincidencia con las regiones Metropolitana, Cibao Norte, Nordeste, Valdesia y Enriquillo, ya que las zonas más afectadas son las localizadas en la franja entre el litoral costero del Atlántico y el valle del Cibao, y otra similar en el litoral costero de la bahía de Samaná y Los Haitises.

215 Aunque no existen evidencias de que estas afectaciones hayan sido producto de la contaminación del aire, se las incluye a los fines del análisis como parte de un ejercicio que requiere de investigaciones más profundas y de estadística que traten de incluir algunas de las causas posibles de ello.

216 La selección de este año de referencia es porque se cuenta con estadísticas del mismo, aunque se podrían haber tomado como referencias otros años anteriores.

217 Las tasas de atención de casos corresponden a una proporción de la población atendida por cada 100,000 habitantes, por lo que, en algunas regiones, aunque mayor cantidad de casos no necesariamente tiene tasas más altas que otras que tienen menos casos atendidos.

En términos del relieve del suelo correspondería a la mayor parte de la llanura costera del Atlántico, de la cordillera septentrional y de la cordillera oriental; de las regiones hidrográficas a las correspondientes a la Atlántica y a la parte norte de la del Este, y la parte norte de la del Yuma. Esta situación afecta al 31% (2,934,692 personas) de la población total del país. Dentro de esta zona de riesgo se localizan las ciudades de Santiago de los Caballeros, Puerto Plata, San Francisco de Macorís y La Vega, que se encuentran entre las 12 principales ciudades que tienen entre 100,000 y 600,000 habitantes.

En el caso de la vertiente sur, se observa que las zonas más afectadas corresponden a la franja ubicada entre el litoral costero del Caribe y la cordillera central.

En términos del relieve del suelo corresponde a la mayor parte de la llanura costera del Caribe, al piedemonte de la cordillera oriental, a la zona sur de la cordillera central, a la península de Barahona, a la Hoya Enriquillo y a las sierras de Neiba y Baoruco; de las regiones hidrográficas corresponde a la porción sur de la del Yaque del Sur, a la del Este y a la del Ozama-Nizao. Esta situación afecta al 60% (5,682,844 personas) de la población total del país. Dentro de esta zona de riesgo medio se localizan las ciudades de Santo Domingo de Guzmán, San Pedro de Macorís, La Romana, Santo Domingo Este, Norte y Oeste, Los Alcarrizos, San Cristóbal, Higüey, La Romana y San Pedro de Macorís que se encuentran entre las 14 principales ciudades que tienen entre 100,000 y 1,000,000 de habitantes.

Relacionando los casos atendidos por enfermedades cardiovasculares con las amenazas ciclónicas, se observa que las zonas más afectadas son las localizadas en los litorales costeros de las regiones Este y Suroeste del país. En términos del relieve del suelo correspondería a la mayor parte de la llanura costera del Caribe; de las regiones hidrográficas a las correspondientes a la Ozama-Nizao y Yaque del Norte, del Este y parte de la del Yuma.

Esta situación afecta al 55% (5,158,619 personas) de la población total del país, en donde se localizan las ciudades de Santo Domingo de Guzmán, San Pedro de Macorís, La Romana, Santo Domingo Este, Norte y Oeste, Los Alcarrizos, San Cristóbal, Higüey, La Romana y San Pedro de Macorís que se encuentran entre las 14 principales ciudades que tienen entre 100,000 y 1,000,000 de habitantes.

En el caso de las **enfermedades pulmonares**, se observa que las regiones metropolitanas; Cibao Norte, Nordeste, Valdesia, Yuma, e Higüamo, son las que en el 2022 presentaban la mayor cantidad de atenciones de casos evidenciados, con valores máximos de 1,474 (metropolitana) y mínimos de 172 (Higüamo) e intermedios de 475 (Cibao Norte), 356 (Valdesia) y 263 (Yuma).

El orden presentado de acuerdo con la cantidad de casos atendidos por enfermedades pulmonares no se corresponde en términos de las tasas de atención, ya que, aunque continúa en primer lugar la región Metropolitana (38.4), le siguen la de Valdesia (37.2), Yuma (37.1), Cibao Norte (33.9) y finalmente Higüamo (29.3).

Comparando estos valores con lo que acontecía en el 2016, se observa que a las regiones Metropolitana; Cibao Norte, Valdesia, Yuma e Higüamo se le agregaba la de Cibao Sur (La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez) y Nordeste (Samaná, Duarte, María Trinidad Sánchez y Hermanas Mirabal), y no se encontraba con tasas de atención alta la región metropolitana. En ese momento eran 6 las regiones que presentaban los valores más altos de cantidad de casos atendidos y de tasas de atención, con valores máximos de 328 (Valdesia) y mínimos de 129 (Nordeste) e intermedios de 276 (Yuma), 226 (Cibao Sur), y 190 (Higüamo).

Estas magnitudes mostraron un orden diferente según las tasas de atención de casos/100,000 habitantes, dado que las regiones Valdesia (35.3) y Yuma (31.0) presentaban los valores más altos, aunque seguidos por un estrecho margen por las regiones de Higüamo (27.7), Nordeste (25.9) y Cibao Sur (25.8). Analizando este comportamiento de los últimos 7 años se observa que hubo un aumento en todos los casos, lo que evidencia que los niveles de contaminación del aire afectaron más a las enfermedades pulmonares que a las cardiovasculares.

Relacionando los casos atendidos por enfermedades pulmonares con las *amenazas por incendios*, se observa que las zonas más afectadas son las localizadas en la zona fronteriza, la Loma Nalga de Maco y Guayayayuco, Monción, La Leonor y Santiago Rodríguez, además de la Cordillera Central en los Parques Nacionales Armando Bermúdez, José del Carmen Ramírez y Juan Bienvenido Pérez Rancier (Valle Nuevo), así como en las sierras de Bahoruco y Neiba, San José de Las Matas y Restauración.

Tal como se observa, existe una coincidencia con las enfermedades pulmonares atendidas en las regiones Cibao Norte, y Cibao Sur.

Eso significa que, aunque se hayan producido en otras regiones, no generaron impactos sobre la salud en las zonas fronterizas y noroeste.

b) Amenazas por inundaciones y sequías

Un segundo aspecto de este análisis es el del impacto que producen las amenazas por inundaciones y sequías sobre la salud. Se trata de situaciones que generan infecciones de heridas y de la piel, leptospirosis, desnutrición y pérdidas de vidas humanas.

Estas dos (2) amenazas se incluyen dentro de un mismo tópico porque generan impactos similares sobre la salud. Aunque no se cuenta con estadísticas certeras de estos tipos de impactos, salvo las pérdidas de vida por inundaciones, es un ejercicio de análisis que puede constituirse en un punto de partida para futuras investigaciones.

En el caso de las **inundaciones**, el territorio nacional se ve afectado por este fenómeno producido por lluvias torrenciales, marejadas, desbordamiento de embalses, ríos, arroyos y cañadas. Esta amenaza afecta tanto a los asentamientos

humanos como a los recursos naturales y el desarrollo económico. Las zonas más afectadas son la gran llanura del Cibao, antiguo canal marino que separa entre sí las cordilleras central y septentrional, gran parte de la Hoya Enriquillo, que también formaba otro canal marino en la región suroeste, y el Valle de San Juan en la región sur del territorio nacional.

No obstante, hay otras áreas que también se ven afectadas por las inundaciones. En el caso de la región Este, las provincias más afectadas son Monte Plata y La Altagracia y la franja costera Sabana de la Mar-Miches. En el caso de la costa Norte la vulnerabilidad es menor, aunque las zonas de los municipios de Sánchez, Samaná, Las Terrenas, Nagua, el Bajo Yuna y Río San Juan son propensas a inundaciones.

Algo similar se observa en la Región Enriquillo donde municipios como Tamayo o San Juan se han visto afectados por este tipo de fenómenos, especialmente frente al paso de un huracán; o los municipios de San José de Ocoa, Padre Las Casas, Tabara y Sabana Yegua que han pasado por situaciones de la misma naturaleza.

Estas áreas son las más susceptibles a las inundaciones debido a la deforestación de las cuencas alta y media, lo que supone una baja capacidad de retención por la pérdida de la capa vegetal de los suelos y una consecuente mayor escorrentía superficial de las aguas.

La concentración de lluvias de alta intensidad produce una respuesta rápida de las cuencas hidrográficas en términos de escorrentía e infiltración, condición ésta muy perjudicial para las áreas bajo las condiciones actuales de deforestación de las laderas y de los sectores aladaños a los márgenes y salidas de los torrentes de montaña hacia las áreas bajas²¹⁸, donde la amenaza de inundaciones se incrementa, especialmente si se trata de áreas planas y/o deprimidas topográficamente.

En el caso de las enfermedades como **leptospirosis**, que podrían generarse a partir de las inundaciones, hay coincidencia en lo que respecta al impacto producido en las regiones de El Valle que en el 2022 tuvo una tasa de atención del 1,01 con una baja cantidad de casos atendidos (8). No ha sucedido lo mismo con las regiones de Valdesia (0.77 para 45 casos); Higüamo y Nordeste que no superaron los 25 casos y una tasa de 0.7.

Eso significa que no hubo un impacto de las inundaciones sobre la salud en dichos territorios. Sin embargo, cabe consignar que en el 2016 las regiones Cibao Norte (16.8), Noroeste (15.4), Nordeste (12.3), y Cibao Sur (8.2) fueron las que alcanzaron las tasas de mayor atención por leptospirosis, territorios coincidentes con las áreas de mayores amenazas por inundación. En el caso de la región Cibao Norte se presentaron 213 casos de atención por este tipo de enfermedades, seguido por la región Metropolitana con 199 casos atendidos, pero con una tasa de atención de 5.3, el triple menos que la región Cibao Norte y Noroeste.

²¹⁸ Corral, Julio César y Yunen, Rafael Emilio (2014). Plan de Ordenamiento Territorial a nivel nacional. DGODT-MEPYD. Santo Domingo, República Dominicana.

Cuadro 10. Tipo de afectaciones a la salud a Nivel Regional causados por INUNDACIONES Y SEQUIAS. Período 2016-2022^{219, 220}

Regiones	Leptospirosis				Infecciones de la piel				Desnutrición				Pérdidas de vida			
	2016		2022		2016		2022		2016		2022		2016		2022	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Metropolitana	199	5.3	125	0.26	N/D	N/D	24,134	6.7	24,176	6.7	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Cibao Norte	213	16.8	68	0.27	N/D	N/D	5,158	3.8	5,059	3.8	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Cibao Sur	60	8.2	22	0.36	N/D	N/D	4,449	6.9	4,346	6.9	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Nordeste	72	12.3	25	0.75	N/D	N/D	1,258	6.8	3,676	6.0	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Noroeste	74	15.4	20	0.97	N/D	N/D	2,734	7.1	2,654	7.1	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Valdesia	54	7.8	45	0.77	N/D	N/D	8,867	8.3	7,828	7.2	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Enriquillo	11	2.7	3	0.53	N/D	N/D	4,518	10.3	4,387	10.3	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
El Valle	14	3.6	8	1.01	N/D	N/D	3,541	11.1	3,347	11.1	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Yuma	31	5.5	16	0.57	N/D	N/D	5,788	7.9	5,739	7.9	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Higüamo	50	7.9	24	0.67	N/D	N/D	3,988	7.5	4,111	7.5	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

Respecto a las **sequías**, el territorio nacional se ve afectado por este fenómeno reflejando la degradación de los suelos como resultado del mal uso y manejo de las tierras por el ser humano. Esto ocasiona el incremento de áreas secas en el país que eventualmente podrían conducir a procesos de desertificación, esto, sumado a las condiciones climáticas del país han originado que cada vez más los suelos se encuentran afectados por la salinidad, la erosión y la degradación de la cubierta vegetal.

La sequía afecta fundamentalmente a la agricultura animal y vegetal, a la oferta de agua potable y a la producción hidroeléctrica. El 40% de los eventos de sequía registrados en los últimos 35 años se concentró en la parte noroeste del país, en las provincias de Santiago, Valverde, Puerto Plata, y Montecristi, y al sur, en el Distrito Nacional; encontrándose en segundo nivel de afectación las provincias Santiago Rodríguez y Dajabón, son las que presentan un nivel medio en la frecuencia de efectos causados por las sequías²²¹.

En el caso de la **desnutrición**, que podrían generarse a partir del déficit de precipitaciones, hay coincidencia en lo que respecta al impacto producido en las regiones de Enriquillo y El Valle que en el 2022 tuvieron una tasa de atención del 10,3 y 11.1 y 4,387 y 3,347 casos atendidos respectivamente. Por su parte, las regiones Higüamo (4,111), Valdesia (7,828), y Yuma (5,739) que también se ven afectadas por las sequías fueron las que también alcanzaron una mayor cantidad de casos atendidos, aunque con tasas de atención más bajas.

En este orden, las regiones Metropolitana (24,176) y Cibao Norte (5,059) tuvieron valores muy altos de atención de casos, pero bajas tasa de atención. Este comportamiento, con bajas y altas, se mantuvo similar a lo acontecido en el 2016.

3.5.3. Riesgos de la Conectividad Territorial

a) Infraestructura hospitalaria

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se procura que “*Todos los establecimientos y servicios de atención de salud sean ambientalmente sostenibles si utilizan servicios de agua y saneamiento y energía limpia administrados en forma segura; gestionan sus desechos y adquieren sus productos de manera sostenible; son resilientes a los fenómenos climáticos extremos, y son capaces de salvaguardar la salud y dar protección y seguridad al personal de salud*” (WHO, 2019). Esta aspiración de la OMS aún no se ha cumplimentado en el caso de la República Dominicana dado que se presentan las siguientes situaciones²²²:

- La infraestructura y servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud son limitados.
- Los establecimientos de salud son una de las principales fuentes de emisión de mercurio a la atmósfera.
- Los peligros naturales y los fenómenos climáticos extremos pueden causar una interrupción significativa de los servicios de salud, así como pérdidas económicas.
- El sector de la salud puede generar ~5% de las emisiones de gases de efecto invernadero a nivel mundial.

219 Ministerio de Salud Pública (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana

220 Ministerio de Salud Pública (2022). Estadísticas por semanas de eventos 2022. Ministerio de Salud Pública. Santo Domingo, República Dominicana.

221 Corral, Julio César y Yunen, Rafael Emilio (2014). Op. Cit. .

222 Datos proporcionados por José Luis Cruz Raposo, Director Técnico de Gestión de Riesgos del MISPAS, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 28 de junio del 2022.

- No se realizan Compras sostenibles para ahorrar dinero y reducir emisiones de CO₂. (OPS-OMS, 2019).
- Aún no se ha reducido la huella ambiental en los sistemas de salud, para lo cual no se ha desarrollado una evaluación de referencia de las emisiones de gases de efecto invernadero de nuestro sistema de salud (o establecimientos de salud), que incluya las cadenas de suministro.
- Tampoco se cuenta con la provisión de infraestructura y servicios ambientales adecuados en los establecimientos de salud.

Estas limitaciones exigen procesos de superación ya que el país se ha comprometido en el COP 26 a desarrollar un sistema de salud para que sea resiliente a los efectos del cambio climático. Por lo cual se ha comprometido a:

- Realizar una evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación en materia de cambio climático y salud, que se completará antes del 2023.
- Elaborar un plan nacional de adaptación de la salud, fundamentado en la evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación en materia de salud, como parte del Plan Nacional de Adaptación.
- Cumplir con 4 requisitos para prestar una atención segura y de calidad:
 - **Personal sanitario** suficiente, cualificado, en condiciones de trabajo decentes, capacitado e informado para responder a esos retos ambientales.
 - **Gestión** del agua, saneamiento, higiene y desechos de la atención sanitaria.
 - **Energía** y servicios de energía sostenibles.
 - **Infraestructura, tecnología y productos** y procesos apropiados, incluidas operaciones para el funcionamiento eficaz de un centro de atención de salud.

Con todo esto **se busca desarrollar un sistema de salud sostenible y con bajas emisiones de carbono con el propósito de facilitar el acceso a financiación** de actividades relativas al cambio climático y la salud, en particular mediante los mecanismos multilaterales de financiación para luchar contra el cambio climático (Fondo para el Medio Ambiente Mundial, Fondos Verdes).

b) Modalidad de movilidad territorial

En este tópico se analiza el comportamiento de la movilidad territorial y su impacto en la salud, especialmente en lo que refiere a los accidentes de tránsito, ya sea por lesiones o fallecimientos.

Se trata de un análisis comparativo entre el 2016 y el 2021 con informaciones extraídas del Observatorio Permanente de Seguridad Vial del INTRANT. Analizando la tabla siguiente se observa que al 2021 las regiones Nordeste, Cibao Norte y Valdesia son las que han presentado la mayor tasa de lesionados por accidentes de tránsito, aunque la región Metropolitana es la que más casos presenta (53,420), seguida de la Cibao Norte (27,202) y la Valdesia (17,309), dado que el resto de las regiones presentan valores menores a 10,000 accidentados que tuvieron lesiones físicas.

Si se comparan estos datos con la cantidad de vehículos, se observa que la región Metropolitana cuenta con 1,609,581 vehículos, lo cual la hace más vulnerable frente a las probabilidades de accidentes. Le siguen la Cibao Norte con 536,519 vehículos y la de Cibao Sur con 439,248 vehículos. Sin embargo, la región Valdesia con 104,262 vehículos presenta más casos de lesionados por accidentes de tránsito que la Cibao Sur (9,100).



Cuadro 11. Tipo de afectaciones a la salud a Nivel Regional causados por ACCIDENTES DE TRANSITO. Período 2014-2017

Regiones	Lesionados				Fallecidos			
	2016		2021		2016		2021	
	Casos	Tasas ²²³	Casos	Tasas	Casos	Tasas ²²⁴	Casos	Tasas
Metropolitana	44,273	98.7	53,420	88.7	730	19.0	850	18.0
Cibao Norte	20,837	124.9	27,202	126.1	427	36.2	587	36.7
Cibao Sur	9,100	98.0	10,288	99.3	348	43.0	425	46.9
Nordeste	2,417	228.7	2,917	220.7	163	39.2	177	40.4
Noroeste	1,612	75.7	2,322	81.7	78	31.6	111	29.0
Valdesia	17,309	87.5	19,692	92.3	211	39.5	356	37.2
Enriquillo	1,546	19.1	2,187	22.0	101	26.1	107	25.2
El Valle	1,256	60.0	1,513	60.4	101	29.7	162	31.2
Yuma	3,378	36.3	3,545	41.0	270	42.3	283	43.1
Higuamo	3,637	59.0	3,939	60.6	189	32.7	192	33.3

Fuente: INTRANT (2022). Observatorio permanente de Seguridad Vial. INTRANT. Santo Domingo, República Dominicana

Esta situación se mantuvo similar comparando los datos del 2016 y el 2021, por lo cual el orden de las regiones con más problemas de accidentes de tránsito es el mismo. Por su parte, en el caso de las personas fallecidas por accidentes de tránsito, las regiones Cibao Sur (46.9), Yuma (43.1) y Nordeste (40.4) son las que tienen las tasas más altas de personas fallecidas. Sin embargo, las regiones metropolitanas (850), Cibao Norte (587) y Cibao Sur (425) son las que presentan mayor cantidad de fallecidos por accidentes.

Las conectividades hacia las provincias de Montecristi y Monseñor Nouel (Bonao). También hacia la provincia La Altagracia (Punta Cana-Bávaro) entre las mayores mortalidades por accidentes por 100 mil habitantes. El Corredor Duarte como se evidencia en el mapa es una de las áreas de mayor de riesgo.

Con relación a la gestión de la modalidad de movilidad, se observa que aún no se ha articulado debidamente el Sistema de Salud con INTRANT, Ayuntamientos, comunidad y sociedad civil para la prevención de accidentes²²⁵. En tal sentido, es el PREMAT la división del Departamento de Salud de la Familia responsable dentro del sector salud, de la formulación de políticas, estrategias, planes y acciones que contribuyan a la reducción significativa de las muertes y lesiones a casusa del tránsito. Este Departamento establece Lineamientos de los servicios del PREMAT, protección de la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, coordinación, colaboración y enlace.

El marco legal que favorece la vigilancia epidemiológica es el Decreto No. 309-2007 que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, el cual incluye el Programa de Promoción y Prevención de las Enfermedades Crónicas, Accidentes y Violencia. Desde el año 2013 del Ministerio de Salud reglamenta las enfermedades de notificación obligatoria e incluye entre estas la notificación semanal de lesiones causadas por el tránsito. Otro avance importante es el Observatorio Permanente de Seguridad Vial de la República Dominicana (OPSEVI) y la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, las cuales permiten actualizar continuamente los accidentes de tránsito por lesiones y o fallecimientos, con sus correspondientes tasas de casos por cada 100,000 habitantes.

223 Tasa establecida cada 10,000 habitantes

224 Tasa establecida cada 100,000 habitantes.

225 Datos proporcionados por el el PREMAT del Departamento de Salud Familiar, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 12 de Julio del 2022

3.5.4. Gestión de Asentamientos Humanos Resilientes

La gestión de los riesgos naturales/antrópicos en los asentamientos humanos presenta potencialidades y limitaciones que contribuyen a prevenir, vigilar y controlar, los efectos sobre la salud humana que provocan las amenazas naturales como ciclones, sismos, incendios, sequías e inundaciones. Para ello se cuenta con un marco legal institucional y estudios orientadores de la relación salud-riesgos naturales/antrópicos.

En el caso del **marco legal e institucional**, se cuenta con el reglamento sanitario internacional del 2005 cuyo artículo 2 señala que la finalidad es *prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esta propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tránsito y el comercio internacional*. Se trata de un marco legal orientador para la prevención de la salud a nivel internacional.

En términos institucionales, a partir del PLANDES 2005/2015 se crea la Dirección de Emergencias y Desastres en el Viceministerio de Salud Colectiva conformada por dos áreas operativas, la de Gestión de Riesgo que se relaciona con los preparativos e intervenciones en todas las etapas del ciclo de los desastres, y la de Sistema de Transporte Sanitario constituida por los Centros Coordinadores de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUED).

En esta línea, el Ministerio de Salud Pública ha priorizado el concepto de gestión de riesgos, aplicando la iniciativa de “hospitales seguros” frente a desastres como una estrategia práctica y medible de reducción de riesgos en los establecimientos de salud²²⁶.

A partir de su creación se elaboraron las guías de “Acabados arquitectónicos para establecimiento de salud”, la “Guía de diseño arquitectónico” y la “Guía para la construcción estructural y no estructural para establecimientos de salud”. Esto se complementó con el Reglamento para la Habilitación de los Servicios de Ambulancia Terrestre (2013). Se trata de instrumentos que contribuyen a mejorar el sistema de prevención frente a riesgos de desastres por amenazas naturales.

Por otra parte, se ha desarrollado un sistema de vigilancia y respuesta a emergencias en salud, articulado con el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Este ha cobrado especial relevancia en la epidemia de cólera, chikungunya, en los brotes de fiebre por zikavirus y en COVID-19. En estos casos el MISPAS, a través de las instancias nacionales correspondientes, ha articulado el Centro de Operaciones de Emergencias (COE), a fin de que los ministerios y sus sectores correspondientes se integren a las acciones sanitarias dispuestas. Sin embargo, aún no se cuenta con las necesarias intervenciones en hospitales y centros de atención del primer nivel para el caso de accidentes. Ello incluye infraestructura de salud, equipamientos, equipos y ambulancia y fortalecimiento de recursos humanos (información).

En términos de articulación intersectorial no se cuenta con una plataforma de vigilancia en acuerdo con la Oficina Nacional de Estadísticas, porque, por ejemplo, no hay información de cuántos días se interrumpió el servicio de salud a causa del COVID.

Tampoco se ha articulado con el REDDOM que cuenta con una plataforma que mide la radiación solar, temperatura, humedad ambiente y calidad del suelo. De allí que puedan definir un Índice de sequía y desarrollar un programa de alerta temprano, que le serviría al sector salud para adoptar las medidas preventivas necesarias.

De acuerdo con los resultados de la encuesta OMS del 2018 se observa que existe un sistema de alerta temprana para el caso de las olas de calor, las tormentas y las inundaciones, más no así para la sequía. En esa misma dirección se cuenta con un plan de respuesta del sector salud frente a las mismas situaciones, con excepción de la sequía, en los casos donde existe información meteorológica para la toma de decisiones.



²²⁶ Datos proporcionados por José Luis Cruz Raposo, Director Técnico de Gestión de Riesgos del MISPAS, en la sesión de trabajo de la Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales-Antrópicos y Adaptación al Cambio Climático del 28 de junio del 2022.

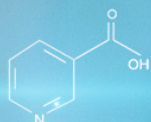
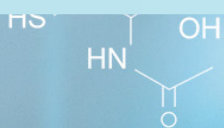
3.6. SINTESIS DE INDICADORES DE AMBIENTE, RIESGOS Y ADAPTACIÓN CLIMÁTICA

DIAGNÓSTICO DE MEDIO AMBIENTE

Indicadores ambientales 2022	Línea basal
Porcentaje de la población residente en áreas urbanas	82.0%
Puntos de muestreo nacionales de la calidad de la desinfección del agua	2,239 puntos
Puntos de muestreo de agua en establecimientos de salud	793 puntos
Puntos de muestreo a infraestructuras educacionales	364 puntos
Total de viviendas sin olores particulares (2023)	251,609 viviendas (7.2%)
Promedio nacional de horas de no recibir agua dentro de los hogares	7.0 horas
Porcentaje de hospitales y establecimientos de salud que reciben agua 24/7	27.0%
Porcentaje de hospitales con algún tipo de contaminación	37.0%
Total de hospitales que descargan sus aguas residuales en pozos	50.0%
Total de hospitales conectados a las tuberías de aguas residuales	45.0%
Porcentaje de hospitales con instalaciones de lavado de manos	81.0%
Porcentaje de residuos peligrosos del total de los desechos hospitalarios	15.0%
Porcentaje de hospitales que mezclan residuos normales con los de riesgos	76.0%
Porcentaje manejo adecuado de residuos hospitalarios, laboratorios y otros	10.0%
Incremento tendencial en valores promedio de temperatura mínima	2°C y 3°C
Incremento tendencial en valores promedio de temperatura máxima	1°C a 3°C
Porcentaje de incendios forestales por actividades agrícolas fundamentadas en sustitución del uso del suelo forestal por agrícola	85%
Respecto a valores históricos en provincias de Independencia, Puerto Plata, San Juan y Santiago	Disminución en la lluvia total de hasta 50%
Respecto a valores históricos en provincias como Samaná, Distrito Nacional, Altagracia, Barahona y Hato Mayor	Disminución de entre 10 y 30%
Emisiones nacionales de gases de efecto invernadero anuales	28 megatoneladas de CO2
Emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) per cápita	3,9 toneladas de CO2
Ascenso del nivel oceánico en los pasados 30 años	2.9 mm/año
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	34.1 por 100 mil hab.
Regiones con tasas de mortalidad por accidentes de tránsito superior a la media nacional	Cibao Norte, Sur, Nordeste y Yuma
Provincias con altos riesgos de inundaciones severas (Mapas de inundaciones)	12 provincias







SÍNTESIS DIAGNÓSTICA DE ECONOMÍA Y SALUD





Comisión Técnica de Economía, Financiamiento y Cuentas Nacionales

Comisión Técnica asociada a estudiar acciones de políticas coherentes con el Plan Nacional Plurianual del Sector Público, que mejoren las cuentas nacionales de salud, fortalezcan equitativo uso del seguro familiar de salud (SFS), y seguro por accidentes de trabajo (Ley 87-01). Acciones tendentes a promover y consolidar empleos dignos y empresas saludables. A robustecer la higiene y la inocuidad de la producción de vocación exportadora, por igual, vincular este proceso con una economía global de bajo riesgo y amenazas internacionales para la salud dominicana.



Manuel Robles
Coordinador
Comisión Técnica de Economía,
Financiamiento y Cuentas Nacionales



Rolando Reyes
Consultor Sénior
Comisión Técnica de Economía,
Financiamiento y Cuentas Nacionales



Miembros titulares de la Comisión Técnica

- Manuel Robles Coordinador técnico/ Gabinete del MEPyD
- Rolando Reyes Consultor Sénior
- Agustín González Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Alejandro Cambiaso Salud y Turismo
- Alejandro Moliné Fundación Plenitud
- Alfredo Matías Centro para el Desarrollo Local (CIDEL)
- Ariel Espejo Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR)
- Arismendi Díaz Santana Fundación Dominicana Seguridad Social
- Carolina Serrata Méndez Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
- Fernando Puig Miller Cámara de Comercio y Producción Santiago (CCPS)
- Javier Matías Henríquez Asociación Comerciantes Industriales (ACIS)
- Jeffrey Lizardo Sistema Único de Beneficiarios (SIUBEN)
- José Natalio Redondo Salud y Turismo
- José Vargas Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)
- Juan Bautista Ventura Asociación de Industriales Regional Norte (AIREN)
- Juan Manuel Pérez Fundación Un Amigo como Tú
- Katia Rey Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Luis Madera Sued Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Magdalena Rathe Fundación Plenitud
- María Villlaín Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
- Martin Franco Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Meris Francisco Federación Centroamericana y del Caribe de Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA)
- Miguel Collado Di Franco Centro Estrategias Económicas (CREES)
- Miguel Martínez ROCHE
- Paula Comas Novartis
- Pavel Isa Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD)
- Pedro Ramírez Slaibe Experto en Salud, Seguridad Social y Economía
- Raymond Umpierre Cooperativa de Servicios Ópticos (OPTICACOOP)
- Robinson Santos Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP)
- Roque Félix Ciudad Alternativa
- Rosa Ruiz Alcántara Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM)
- Telésforo González Experto en economía y salud
- William Duke Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM)
- Yaneli Santos Consejo para el Desarrollo Estratégico de Santiago (CDES)
- Yesenia Luzón Asociación de Empresas de Zona Franca del Cibao (AEZFC)

Fuente: Base de datos. Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

Comisión Técnica designada por comunicación formal del ministro de salud Daniel Rivera y juramentada en el salón Las Cariátides de la Casa de Gobierno, Palacio Nacional el 10 de mayo 2022. Las Comisiones Técnicas del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 tendrán carácter permanente en el proceso de implantación de esta Agenda Oficial del Desarrollo y contribuirán en el Observatorio de Salud 2030, como proyecto estructurante de gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria.

4. SINTESIS DEL DIAGNÓSTICO DE ECONOMÍA Y SALUD

4.1 INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL

En el proceso de planificación estratégica de salud al año 2030, el componente o pilar Economía y Salud se interpreta y se define como el subproceso que comprende el suministro y requerimiento de insumos y recursos (humanos, físicos y financieros), así como su distribución y balance entre los proveedores públicos y privados de servicios de salud, asegurando la máxima efectividad y eficiencia en el uso de estos, y el máximo impacto en los años de vida saludables esperados por la población.

Es un pilar que también analiza la producción de servicios; los costos de los programas y sus impactos en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y Años de Vida Esperados Saludablemente (AVES). Igualmente, valora la producción privada de servicios financiados vía el seguro familiar de salud (SFS) y el pago directo de los hogares en servicios de salud.

Esta síntesis diagnóstica está orientada a demostrar que la relación entre economía y salud en la República Dominicana es un eje decisivo del plan estratégico.

Analizarlo simultáneamente **con los otros tres ejes de planificación estratégica sectorial del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030** es fundamental para valorar el impacto de las diferentes formas y clasificaciones del gasto en salud, sus fuentes de financiamiento, y sus articulaciones de corto, mediano y largo plazo con la dinámica de la economía en su conjunto, y con el empleo y la generación del ingreso en particular.

En un contexto de post pandemia, este eje sintetiza fuerzas productivas, dinámica de relaciones económicas y el modo como éstas debieran concretarse en una movilidad social incluyente, un bienestar general como expresión de calidad de vida, y muy en especial, en unos servicios de salud que privilegien la atención primaria.

Es valorar la manera de cómo esta dinámica potencia un metabolismo para generar una producción y consumo responsables con naturaleza, expresión de un nuevo modo de vida.

Por último, es muy importante señalar que el pilar economía y salud ha sido abordado y trabajado teniendo muy en cuenta las causas multidimensionales determinantes del perfil de mortalidad y morbilidad de la población, así como también las características esenciales del actual sistema de salud, y la incidencia determinante de las políticas públicas y su influencia en la asignación y el uso de los recursos públicos y privados.

4.2. ELEMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DEL MODELO CONCEPTUAL

El modelo teórico/conceptual adoptado en este diagnóstico parte de la hipótesis de que existe una correlación positiva entre los Años de Vida Ajustados por Discapacidad, AVAD (años de vida perdidos por muerte prematura más años productivos perdidos por convalecencia producida por la carga de enfermedad), y las partidas de atención curativa, productos médicos, y servicios auxiliares del gasto corriente en salud según la clasificación por funciones del Sistema de Cuentas en Salud (SHA²²⁷, por sus siglas en inglés).

Igualmente, con los programas presupuestarios cuya naturaleza es función curativa en el segundo y tercer nivel; y una correlación negativa entre estos y el gasto de los programas presupuestarios que asignan recursos a acciones preventivas, así como también con el acceso y la cobertura de centros de atención del primer nivel que ofertan servicios de atención primaria en salud.

Murray, C. J. L. (1994) presenta uno de los primeros escritos de los fundamentos teóricos y metodológicos del cálculo de los AVAD. El surgimiento de los AVAD supuso un importante avance con respecto al concepto de “carga de enfermedad”, ya que el mismo permite la identificación de las causas de pérdidas de vida por fallecimientos prematuros, como de años perdidos por la convalecencia de la enfermedad, lo que tiene enormes consecuencias para la mejoría del impacto del uso de los recursos asignados a la atención.

Al respecto, el citado autor plantea que “el personal directivo que asigna recursos a programas de salud que compiten entre sí **debe escoger entre la importancia relativa de diferentes consecuencias para la salud**, como reducir mortalidad o prevenir la discapacidad. Puesto que el dinero es unidimensional, la asignación de recursos a diversos programas define un conjunto de pesos relativos de distintas consecuencias para la salud”.

De acuerdo con la OMS, la institucionalización de las cuentas de salud es un proceso de elaboración y uso de resultados que expresa tres componentes estratégicos:

- Recolección de datos;
- Producción de las cuentas; y
- Uso de los resultados en la toma de decisiones.

La institucionalización de cuentas de salud se construye sobre la capacidad local de producir las cuentas de manera regular, de manera costo-efectiva, y oportuna para la toma de decisiones. El diseño de políticas de salud eficientes y eficaces tiene como condición necesaria el conocimiento de las fuentes de financiamiento, origen y aplicación de los recursos, distribución y clasificación del gasto en salud, y de las actividades productivas **vinculadas a los servicios de salud**.

227 OPS/OMS. Institucionalización del Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011 en América Latina. Washington D.C. 2021.

Supone también facilitar la apropiación de los resultados y su integración en la toma de decisiones a varios niveles del sistema de salud. De hecho, las cuentas representan una herramienta primordial para la gobernanza del sistema de salud, dado que muestran los flujos de gasto por componente, lo que permite garantizar su coordinación y complementariedad vía diversos instrumentos de política.

Lo anterior tiene profundas implicaciones para el diseño de políticas, planes y programas de salud, los cuales deberían priorizar las principales causas de pérdidas de AVAD, dirigiendo el gasto público en salud y orientando el gasto privado hacia aquellas que tienen la mayor incidencia en pérdidas de AVAD, lo que produciría la menor relación costo/eficiencia y la mayor relación beneficio/costo en términos de reducción de AVAD perdidos, o de Años de Vida Esperados Saludablemente (AVES).

Partir de los AVAD como unidad de medida fundamental tiene unos fundamentos que no son comprendidos a cabalidad por algunos salubristas y profesionales del ejercicio de la medicina curativa. Al respecto, González Anaya, T. se refiere a las personas que tienen que tomar decisiones de asignar recursos a prioridades en el sector salud, resaltando que estas necesitan *“información simple, confiable, relevante, inmediata y oportuna para tomar decisiones”*²²⁸.

En este contexto plantea que *“un indicador que en teoría reúne todas esas características son los “Años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD). Un AVAD corresponde a un año de vida sana perdido (OMS, 2012). Entonces, a través de la aplicación de este indicador podemos establecer en primer lugar, cuáles son los padecimientos (sean enfermedades o factores de riesgo), que quitan más años de vida sana a la población, y en segundo lugar podemos determinar qué estrategias de salud, evitarían que la sociedad perdiera la mayor cantidad de años de vida saludable posible”*²²⁹.

El análisis de los cambios y evolución de los AVAD debe considerar la comparabilidad entre los períodos a considerar. El diagnóstico presentado en este documento se centra en el período 2008-2019. El 2008 es el primer año de vigencia plena y efecto completo del Seguro Familiar de Salud (SFS), lo cual significó un cambio radical en la organización de la provisión del sistema y en las fuentes de financiamiento del gasto en salud.

El 2019 es el año anterior a la pandemia del COVID 19, que sacó de su trayectoria natural el monto y la composición del gasto en salud, que se mantuvo en los años 2020 y 2021. Adicionalmente, el diagnóstico presentado toma en cuenta los elementos pertinentes y relevantes de la “Metodología del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030”, el cual define las intervenciones de políticas públicas para avanzar hacia el acceso universal, de entre las cuales se considera las siguientes:

- Garantizar los recursos financieros para la salud.
- Modelo de gestión hospitalaria eficiente.
- Garantizar recursos materiales para la salud.
- Garantizar eficiencia del sistema de salud.

El aspecto más importante para avanzar hacia la cobertura universal es la implantación de la Atención Primaria en Salud (APS), privilegiando el primer nivel como acceso a los servicios, dotado de capacidad resolutoria. La APS es piedra angular del sistema que se desarrolle como resultado de esta Estrategia de Salud 2030, según todos los marcos de referencia elaborados por la OPS/OMS. El modelo conceptual propuesto utiliza las métricas de los AVAD y los AVES para la identificación de los beneficios y los costos de los proyectos e intervenciones de políticas públicas en salud enumeradas más arriba.

Toda política, proyecto o intervención tiene costos que son medibles e identificables, y tienen efectos e impactos en la reducción de AVAD o aumento de AVES, aunque son diversos los factores y variables que determinan los mismos, tal y como puede observarse en el Gráfico a continuación:

Gráfico 1. Determinantes de los AVAD y los AVE. 2023. Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.



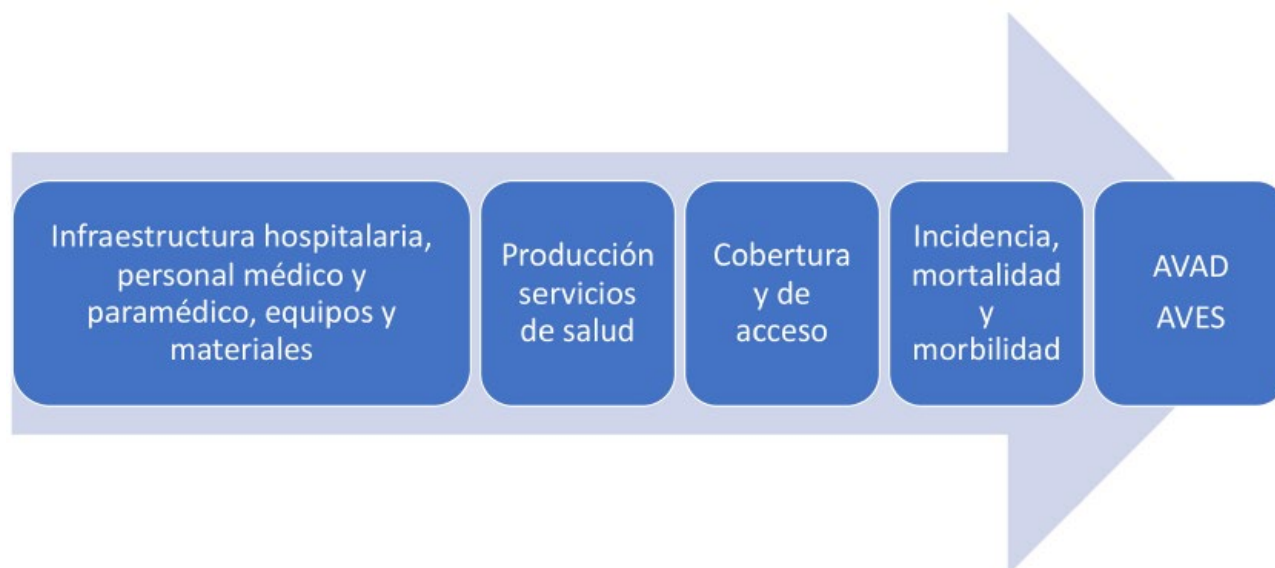
Fuente: Consultoría Senior de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. 2023

228 González Anaya, Teresa. Entendiendo el uso y resultados del indicador Años de Vida Ajustados por Discapacidad. Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública Departamento de Gestión Pública y Departamento de Estudios Políticos y de Gobierno Volumen IV, número 2, julio-diciembre 2015 Pp. 195-210.

229 Ídem. P. 196.

En términos de la cadena de producción de los servicios de salud, el impacto final de toda política, proyecto o intervención es la reducción de los AVAD o un aumento de los AVES, tal y como se puede observar en el gráfico que sigue a continuación:

Gráfico 2. Cadena de producción de Servicios de Salud y Reducción de los AVAD y aumento de los AVES. 2023. Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.



Fuente: Consultoría de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. 2023

Siguiendo el procedimiento para el diagnóstico del documento metodológico, y las dimensiones del Pilar Economía y Financiamiento en Salud que el mismo contiene, los elementos del diagnóstico que se presentan en los siguientes capítulos de este informe parten de su definición del Pilar de Economía y Financiamiento.

Este establece que en el mismo se debe analizar la “dinámica de suministro y requerimiento de recursos financieros, así como su distribución y balance en el sistema de salud, valorar la efectividad y la eficiencia de las entidades que suministran, aseguran y regulan los servicios”.

“Es un pilar que también analiza la producción de servicios; los costos de los programas y sus impactos en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), así como el gasto de los hogares y la producción privada de servicios financiados vía el seguro familiar de salud y el pago directo de los hogares”.

Desde el punto de vista de la relación de causalidad, el modelo conceptual propuesto y utilizado en este informe asume que las causas de pérdidas de AVAD determinan la demanda de servicios de salud curativa, la cual, una vez ajustada a la oferta, se revela a través de la composición del gasto total en los mismos, según sus diferentes clasificaciones, y que por tanto, los objetivos de reducción de AVAD deben estar atados a aumentos en la eficiencia y en los montos de las partidas de gastos vinculadas a la reducción de la incidencia de cada causa.

4.3. RELACIÓN ENTRE ECONOMÍA Y SALUD: RELEVANCIA Y EVIDENCIAS

Uno de los planteamientos más generalizado y de mayor aceptación en el campo de la economía de la salud es el impacto que tiene la situación de salud de la población en el crecimiento de la economía. La teoría fundamental afirma que, a mejor situación de salud, mayor cantidad de años de vida esperados, mayor productividad laboral, y, por ende, mayor crecimiento económico.

Moul, J., después de citar varios autores pioneros en la materia, resalta que en los planteamientos originales de estos se “*enfaticaba que la salud contribuía al bienestar y al desarrollo económico de múltiples maneras. Por un lado, se tiene que las enfermedades reducen los ingresos de una sociedad, al distraer recursos económicos que podrían ser de utilidad en otras actividades necesarias para el desarrollo económico. Por otro lado, las enfermedades también generan otro tipo de costos indirectos, al reducir la productividad y los ingresos de los trabajadores y de sus familias, limitando así las potencialidades de crecimiento económico que una nación pueda obtener.*”²³⁰

²³⁰ Moul, Joaquín. “Impacto de la salud en el crecimiento económico”. Gestipolis.com. 2006. En línea: <https://www.gestipolis.com/impacto-de-la-salud-en-el-crecimiento-economico/>

Moul, J. cita varios estudios cuyos resultados apoyan la hipótesis básica del impacto positivo de la salud en el crecimiento económico, destacando que,

“... en un estudio global de largo plazo, Bloom, Canning y Sevilla (2001) encontraron que al aumentar un año la esperanza de vida, la tasa de crecimiento económico se incrementa en un 0,04%. De igual forma, Sachs (2001) señala que cada incremento del 10% en la esperanza de vida al nacer se encuentra asociado a un alza del 0,3%-0,4% en la tasa de crecimiento económico (si se mantienen todos los demás factores de crecimiento constantes). En otra investigación, Bloom y Sachs (1998) demostraron que la diferencia entre el desarrollo económico de los países de África Subsahariana y los países de alto ingreso en Asia se explica, principalmente, por factores vinculados a la salud más que a otras variables de crecimiento tradicionales, tales como la política macroeconómica o la calidad de las instituciones. En este estudio, los autores hallaron que la alta incidencia de malaria y HIV/SIDA en África fue la responsable de la reducción de un 1% en las tasas de crecimiento económico. En otro estudio, Arreola-Ornelas et al. (2003) encontraron, para el caso de México, que una mejora del 1% en la esperanza de vida elevaba en 0,05% el ingreso per cápita”. 231

Pero la relación entre economía y salud es de doble vía, pues el mayor ingreso que produce el mayor crecimiento económico permite el aumento del gasto en salud, que es inversión en capital humano.

En el año 2000 la OMS formó la Comisión de Macroeconomía y Salud, cuya misión era “**evaluar el lugar que ocupa la salud en el desarrollo económico mundial**”. Estaba integrada por 18 de los/as economistas, expertos/as en salud pública, profesionales del desarrollo y responsables de políticas más destacados/as del mundo, presididos por el Profesor Jeffrey Sachs, de la Universidad de Harvard. El informe de la Comisión se hizo público en diciembre de 2000”²³².

Entre sus conclusiones la Comisión establece que,

“Se han subestimado las pérdidas económicas causadas por la mala salud. Los países donde la salud y la educación están en peor situación tienen más dificultad para lograr un crecimiento sostenido. Se estima que, en el África al sur del Sahara, las pérdidas causadas por el VIH/SIDA ascienden por lo menos al 12% del PNB anual. El desarrollo económico de las zonas exentas de paludismo supera por lo menos en un 1% al año al de las que sufren paludismo endémico.

“Se ha subvalorado mucho la influencia de la salud en el crecimiento económico. Los datos presentados por la Comisión sugieren que cada mejora del 10% de la esperanza de vida está asociada a un aumento del crecimiento económico del 0,3%-0,4% anual, a igualdad de los demás factores”. 233

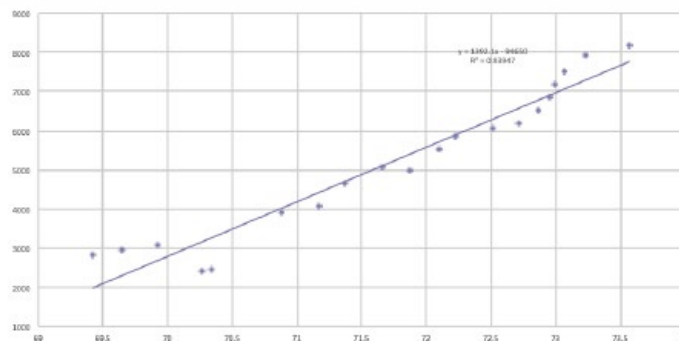
En su informe del 2003, la Comisión plantea que,

“la salud solía verse como un producto final del proceso de crecimiento: la gente con ingresos más elevados es más sana porque posee mayores bienes y servicios que ayudan a tener buena salud. Pero el nuevo pensamiento —que la salud ayuda al crecimiento económico— complementa y, en cierto grado, reordena las ideas que justifican el gasto en materia de salud fundándose en argumentos humanitarios y de equidad. La riqueza, sin duda, conduce a una mejor salud, pero la salud también debería verse como una forma de capital humano y, por ende, como un insumo y como un producto del proceso de crecimiento: los países con una población sana y con mejor educación tienen mayores posibilidades de prosperar, en especial en un contexto de políticas favorables”²³⁴.

4.3.1 Análisis del impacto general de la condición de salud de la población (medida por los Años de Vida Esperados, (AVE)

Para los fines de este informe diagnóstico se ha realizado un análisis del impacto general de la condición de salud de la población (medida por los Años de Vida Esperados, (AVE) en el ingreso per cápita real (medido en US\$ a precios actuales), para el período de los veinte años comprendidos entre 2000 y el 2019. Los resultados se presentan el Gráfico 3 que sigue a continuación.

Gráfico 3, Impacto de los Años Esperados de Vida en el ingreso per cápita. 2000-2019. República Dominicana



Fuente: Consultoría Sénior de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. 2023

231 Moul, Joaquín. “Impacto de la salud en el crecimiento económico”. Gestipolis.com. 2006. En línea: <https://www.gestipolis.com/impacto-de-la-salud-en-el-crecimiento-economico/>

232 OMS. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud. A55/5. 23 de abril de 2002. Párrafo 1.

233 OMS. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud. A55/5. 23 de abril de 2002. Párrafo 3.

234 Organización Panamericana de la Salud. Crecimiento económico y reducción de la pobreza. Informe del Grupo de Trabajo 1 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud Washington, D.C.: OPS, 2003. P. 1.

Los resultados muestran que, durante el período analizado, por cada año de crecimiento en la Vida Esperada, el ingreso per cápita crecía en 1,392 dólares. Lo anterior significa que si esa relación se mantiene en la actualidad, entonces cualquier inversión en salud que produzca un aumento de un año en la Esperanza de Vida ganado, o una disminución de un Año de Vida Perdido, a un costo menor a dicha monto, sería beneficiosa para la economía en su conjunto. Tal y como será expuesto al final de este documento, este será el criterio de priorización propuesto para la ordenación de los proyectos a ser incluidos en el financiamiento de esta Estrategia Nacional de Salud.

Antes de entrar al análisis de las cuentas nacionales y la composición del valor agregado del sector salud, es muy importante tomar en cuenta que la teoría de la relación entre economía y salud predice que un aumento en el ingreso y la cantidad de Años de Vida Esperados (AVE) produce un cambio en el perfil de morbilidad de la población, es decir, un cambio en las causas de pérdidas de AVAD.

Como ya se ha visto, a medida que aumenta el ingreso, aumenta la cantidad de AVE, lo que a su vez aumenta la prevalencia de las enfermedades asociadas a la vejez y las lesiones. Pero también disminuye la incidencia de las enfermedades transmisibles asociadas a la pobreza, tales como las causadas por la desnutrición y el consumo de agua y alimentos contaminados.

Cuadro No.1. Cambios en la cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por las cinco principales causas, y de su ranking o posición, entre los años 2000 y 2019

Fuente: Consultoría Sénior de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud

CAUSA	AVP 2000	Ranking 2000	AVP 2019	Ranking 2019
Condiciones neonatales	4,476.00	1	2,571.00	3
VIH/Sida	3,561.00	2	848.00	7
Accidentes de tránsito	1,750.00	3	3,050.00	1
Enfermedades respiratorias	1,406.00	4	760.00	8
Isquémicas del corazón	1,304.00	5	2,748.00	2
TOTAL	12,497.00		9,977.00	

2030. 2023

Es necesario **resaltar que el aumento en los AVE tiene como contrapartida una disminución de los AVP**, lo cual queda demostrado en el cuadro anterior, ya que en el mismo se comprueba que durante el período citado la incidencia de las cinco primeras causas de pérdidas de AVP disminuyó en 20.1%, mientras que el ingreso per cápita aumento en un 278%.

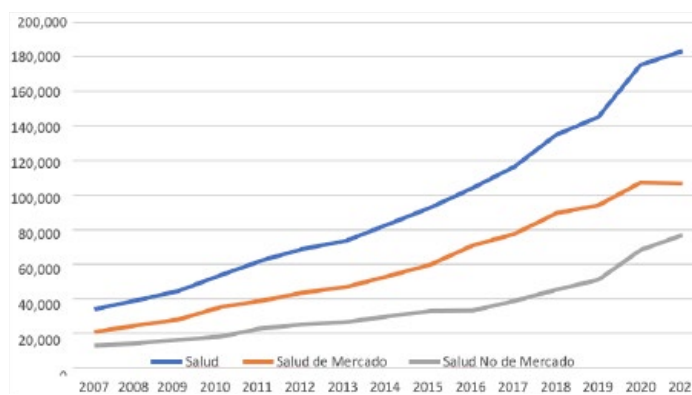
Adicionalmente, el análisis de la base de datos de las principales causas de mortalidad y discapacidad de OPS demuestra que las cinco primeras causas de AVP del 2019 representan una disminución de un 25.9% con respecto a las cinco primeras causas del año 2000.

Los cambios de posiciones en el ranking revelan también la influencia del crecimiento económico en las causas de AVP. Las causas de las condiciones neonatales bajo de la posición 1 a 2, mientras que la de accidentes de tránsito subió de la 3 a la 1, fenómenos que pueden asociarse a los avances en materia de salud materno/infantil y al aumento del parque vehicular y la

infraestructura de transporte. De la misma forma, la causa de enfermedades isquémicas del corazón subió de la posición 5 a la 2, lo que también podría estar asociado al mayor sedentarismo al que conduce un mayor nivel de ingreso.

La relación entre economía y salud es bidireccional, pues el crecimiento económico produce aumento en el valor agregado en las actividades del sector de la salud. Según las cuentas nacionales del Banco Central, en el 2021 el sector salud tenía una participación del 3.2% en el PIB total. En términos evolutivos, es importante destacar que hasta el 2019, la producción privada de servicios de salud (de mercado, según las cuentas nacionales) creció más rápido que la pública (no de mercado), tal y como puede observarse en el gráfico de más abajo.

Gráfico 4 Distribución del valor agregado en la producción de servicios de salud (Valores corrientes en millones de RD\$)

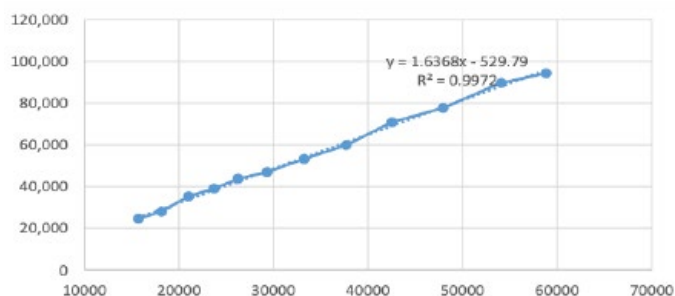


Fuente: Banco Central de la República Dominicana

Como se puede observar, esta diferencia se acentúa a partir del 2008, es decir, después de la entrada en vigor plena del SFS, lo cual aumentó el flujo de recursos del régimen contributivo para financiar la producción de los prestadores privados. El aumento de la afiliación obligatoria al SFS aumenta la demanda de servicios de salud de la población, y también las contrataciones de las ARS a los prestadores privados, lo que significa que la producción privada crece con la cantidad o porcentaje de la población afiliada al régimen contributivo y con las contribuciones al mismo.

El gráfico que sigue más abajo muestra la veracidad de la hipótesis anteriormente planteada. El mismo presenta la ecuación de regresión y el grado de correlación entre las recaudaciones del régimen contributivo (variable explicativa) y el valor agregado en la producción privada de servicios de salud (variable explicada), para el periodo de referencia 2008-2019, y en el cual se puede observar que las recaudaciones del citado régimen explican el 100% de las variaciones del valor agregado del sector privado.

Gráfico 5. Correlación entre el Valor agregado por la producción privada de servicios de salud y recaudaciones del régimen contributivo del Seguro Familiar de Salud, periodo 2007-2019.



Fuente: Consultoría Sénior de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. 2023.

4.3.2. Valor agregado y consumo intermedio por las sociedades no financieras del sector salud.

Entiéndase por **valor agregado de los servicios de salud**, como la valía adicional que adquieren los bienes y servicios de salud al ser transformados durante el proceso productivo de la atención a las personas. Se conoce que en la actualidad la generación de valor agregado en los servicios de salud ha sobrepasado los límites económicos, para concebirse en el ámbito económico, como una práctica integral en la cual intervienen las instituciones proveedoras de servicios de salud. Diversos estudios plantean el objetivo de determinar cómo los estilos y habilidades gerenciales influyen en la generación de valor de los proveedores de servicios de salud (PSS).

Por su parte el **consumo intermedio es un concepto económico equivalente al valor de aquellos bienes y servicios, cuyo fin es su empleo en la producción de servicios de salud para generar atenciones a las personas**. Es decir, es el consumo intermedio asignado a los insumos del proceso productivo de los servicios de salud.

En este orden, es muy importante señalar que el valor agregado en la producción no es igual al gasto total en servicios de salud público y privado. El valor agregado está referido exclusivamente a las actividades productivas de los proveedores de servicios de salud, y es igual al valor bruto de su producción menos el consumo intermedio de bienes y servicios, independientemente de que el origen de estos sea nacional o extranjero, y de que la producción sea consumida por residentes o no residentes.

Según las cuentas nacionales, el **valor agregado medido por el lado del gasto** incluye el consumo final de los servicios de salud, es decir, deduciendo el consumo intermedio, pero excluyendo el consumo de bienes médicos (medicamentos y materiales) y servicios de salud importados (los que consumen los residentes cuando viajan al exterior, los cuales representan importaciones), e incluyendo el que consumen los no residentes cuando se encuentran en territorio nacional.

Por otra parte, la documentación oficial del Sistema de Cuentas de Salud (SHA), por sus siglas en inglés), cuyos productos y resultados serán analizados más adelante en este informe, establece claramente que “los principios normativos adoptados al definir las dimensiones y clasificaciones del SHA 2011 han sido la importancia y utilidad de sus análisis, la continuidad de las normas existentes y una mejor conexión con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN)”.

El punto de partida del SHA es el consumo de bienes y servicios de la población residente en un país o región, lo cual influye en la estructura de las clasificaciones, ya que para describir el sistema se otorga mayor importancia al **consumo final de los residentes, más que a la producción**²³⁵.

El cálculo del valor agregado en salud de las cuentas nacionales se centra en el Cuadro de Oferta y Utilización (COU), a partir del cual se calculan los consumos intermedios de los proveedores privados y se determinan las cuentas de remuneraciones de los asalariados, los impuestos sobre la producción y las importaciones, y el excedente bruto de explotación.

Asimismo, en el cuadro de la Clasificación Cruzada de Industrias y Sectores (CCIS), en el cual la producción privada (de mercado) de servicios de salud se ubica en el sector institucional de *Sociedades no Financieras, entre las cuales se incluyen las clínicas y hospitales privados, los laboratorios clínicos y especializados, los distribuidores de productos y materiales médicos, y los consultorios privados*.

Al respecto, hay que señalar que, según el Banco Central, el Cuadro de Oferta y Utilización presenta una visión de la economía que se concentra en los procesos de producción y consumo, es decir, de dónde provienen los productos y cómo son utilizados, es recogido en el Cuadro de Oferta y Utilización (COU).

Este cuadro sirve para comparar y contrastar datos de las diversas fuentes y aportar una mejor coherencia al sistema de información económica. “El COU permite un análisis a nivel de mercados e industrias y hace posible el estudio de la productividad desagregada a este nivel”²³⁶.

El cuadro que sigue a continuación presenta la desagregación del consumo intermedio y el valor agregado por los prestadores privados de servicios de salud (sector institucional “sociedades no financieras” según el Sistema de Cuentas Nacionales, SCN) para los años 2007 y 2016, periodo suficiente para estimar el impacto del SFS en dichas variables.

235 World Health Organization (WHO) and European Union. A System of Health Accounts 2011. Revised Edition. 552 pages. 2017.

236 Banco Central. Departamento de Cuentas Nacionales y Estadísticas Económicas Cuentas Nacionales de la República Dominicana, Año de Referencia 2007. P. 34.

Cuadro 2. Consumo intermedio y valor agregado por las sociedades no financieras del sector salud (MM de RD\$)

Consumo intermedio:	2007	%	2016	%
productos alimenticios	308.00	2.7%	1,070.00	3.6%
productos textiles	302.00	2.7%	1,011.00	3.4%
productos quimicos	1,138.00	10.1%	2,473.00	8.3%
maquinarias y accesorios	746.00	6.6%	1,983.00	6.6%
aparatos medicos	1,669.00	14.9%	6,951.00	23.2%
energia electrica	1,189.00	10.6%	2,282.00	7.6%
servicios profesionales	2,365.00	21.1%	6,984.00	23.3%
servicios salud humana	1,694.00	15.1%	3,473.00	11.6%
otros consumos intermedios	1,820.00	16.2%	3,717.00	12.4%
Total consumo intermedio	11,231.00	100.0%	29,944.00	100.0%
Valor agregado:	2007	%	2016	%
remuneraciones asalariados	8,964.00	42.7%	28,626.00	39.7%
contribuciones SS empleadores	264.00	1.3%	1,284.00	1.8%
impuestos produccion e import.	57.00	0.3%	145.00	0.2%
ingreso mixto	4,210.00	20.0%	7,346.00	10.2%
excedente bruto de explotacion	7,512.00	35.8%	34,650.00	48.1%
Total valor agregado	21,007.00	100%	72,051.00	100.0%
Valor Bruto Produccion	32,238.00		101,995.00	

Fuente: Consultoría Sénior de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. 2023

En las partidas del consumo intermedio se destaca que en 2007 los servicios profesionales eran la principal partida, la que no solamente se mantuvo hasta el 2016, sino que también aumentó su participación en 2.2 puntos porcentuales hasta dicho año, lo cual es consistente con el hecho de que una mayor demanda y un mayor volumen de facturación y venta (resultado de la entrada en vigencia plena del SFS) aumenta los requerimientos de servicios profesionales en sistemas de organización, contabilidad, impuestos, mantenimiento, y asesoría general.

En el 2007, la partida de aparatos médicos (equipos de medición y materiales accesorios no medicamentosos) era la tercera en importancia. Sin embargo, en el 2016, paso a ser la segunda, y casi igual a la primera, lo cual podría ser explicado también por el hecho de la disponibilidad de recursos para las mediciones diagnósticas que hizo posible el SFS, lo que a su vez también podría explicar la gran disminución de la tercera partida en términos de participación, “servicios de salud humana”, es decir, los pagos de consultas médicas dentro de los establecimientos de servicios de salud privados.

En las partidas del valor agregado se destaca el hecho de la disminución de “remuneraciones asalariadas”, y el gran aumento del “excedente bruto de explotación” (ganancias de los prestadores privados, o sociedades no financieras del sector salud, en los términos de las cuentas nacionales).

Mientras la primera disminuyó en 3 puntos porcentuales, la segunda aumentó en 12.3 puntos porcentuales, lo que demuestra, que, según los resultados de la distribución del valor agregado, mientras los trabajadores fueron perdedores de la reforma del SFS, los empresarios fueron los grandes ganadores, y este resultado es totalmente consistente con la gran correlación entre los pagos del régimen contributivo del SFS y el crecimiento del valor agregado del sector privado del sector salud.

4.3.4. Evolución de pérdidas de AVAD, cambios en las causas de estas, y su vinculación con los programas presupuestarios y el gasto en salud.

Aunque las enfermedades que conducen a fallecimientos prematuros y a inhabilitaciones temporales por convalecencia (causas de pérdidas de AVAD) determinan la demanda por servicios de atenciones médicas curativas, es extremadamente difícil, casi imposible, asociar la demanda de un determinado servicio a una causa determinada.

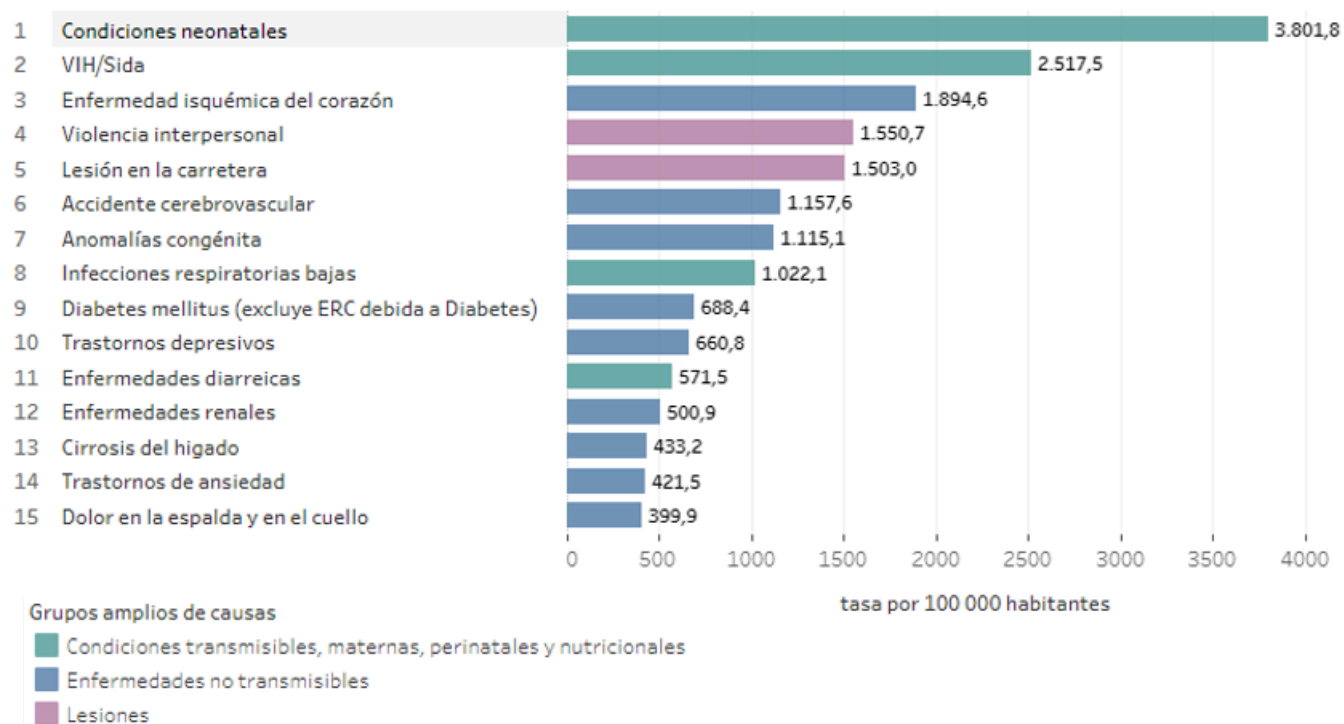
Tal y como se verá más adelante, el gasto individual o familiar que refleja la demanda está clasificado de forma que se pueda asociar a una enfermedad determinada, aunque si se puede afirmar que, a mayor incidencia de la mortalidad y morbilidad, mayor será el gasto en atención medica curativa, en diagnósticos y otros servicios auxiliares, y en productos médicos destinados al tratamiento de enfermedades.

Pero se puede afirmar también, que los programas de intervenciones de políticas públicas orientados a reducir la incidencia de las principales causas de pérdidas de AVAD serán los de mayor relación beneficio/costo, o lo más costo/eficiente, siempre medidos en términos de pérdidas de AVAD evitados, lo cual constituye un criterio robusto para la priorización de programas de políticas públicas en materia de salud.

El portal de la Organización Panamericana de la Salud contiene una herramienta interactiva que presenta las 15 causas principales que impactan los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por países y años, desde el año 2000 hasta el 2019.

Los gráficos que siguen a continuación presentan los resultados para los años 2008 (primer año de la vigencia plena del Seguro Familiar de Salud, SFS), y 2019 (año anterior a la pandemia del COVID 19) para la República Dominicana:

Gráfico 15 primeras causas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en ambos sexos y todas las edades. República Dominicana. 2008



Fuente: OMS. Estimaciones. 2020.

Obsérvese los cambios registrados en las cinco primeras causas de pérdidas de AVAD durante los once años comprendidos entre el 2008 y el 2019. La lesión en carretera (accidentes de tránsito) subió del quinto al primer lugar, mientras que las pérdidas asociadas a condiciones neonatales bajaron del primer al segundo lugar. El VIH/SIDA bajó del segundo al octavo lugar, las enfermedades isquémicas del corazón se mantuvieron en el tercer lugar, pero los accidentes cerebrovasculares subieron del sexto al cuarto lugar.

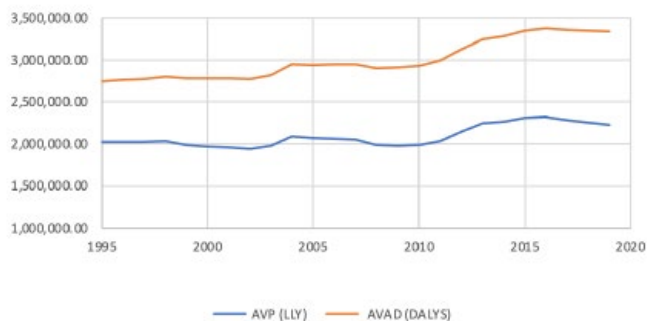
Considérese solo las tres primeras causas que prevalecieron durante el 2019. La primera son los accidentes de tránsito. Este es un problema multidimensional y multicausal, lo cual implica que para lograr reducir las pérdidas es necesario diseñar programas por resultados en los que deben participar varias instituciones.

La segunda causa (condiciones neonatales) compete directamente a la política pública en salud, y existen programas presupuestarios de atención directa que podrían y deberían incidir en una reducción importante de dichas pérdidas, lo que significa una oportunidad de mejora.

La tercera causa son las enfermedades isquémicas del corazón, las cuales tienen múltiples causalidades en las que las políticas públicas en salud no tienen una incidencia directa a corto plazo. La prevención, la educación en salud, y la promoción de estilos de vida saludables deben ser factores convergentes en programas o proyectos de largo plazo que involucren a varias instituciones, lo que si pudiera incidir en una reducción de las pérdidas por esta causa.

El siguiente Gráfico presenta la evolución de los años de vida perdidos (AVP) por muerte prematura (LLY, por sus siglas en inglés) y años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD, o DALY por sus siglas en inglés), el cual es un complemento necesario de los anteriores.

Gráfico No. 8. Total de AVAD perdidos, 1995- 2019



Fuente: OMS. Estimaciones. 2020.

El planteamiento fundamental de la teoría y el enfoque adoptado en este informe es que las políticas, los programas y los proyectos deben fundamentarse y formularse teniendo en cuenta las causas de las pérdidas de AVAD, y asignar los recursos en aquellos que tengan la mayor relación beneficio/costo, o que sean más costo/efectivos, en términos de sus impactos en evitar pérdidas de AVAD. Es en este contexto donde debe evaluarse la importancia de invertir en Atención Primaria en Salud.

El reto fundamental por enfrentar para avanzar hacia la consecución de este objetivo es el establecimiento de vínculos más directos y estrechos entre las clasificaciones y programas de gastos y las causas de pérdidas de AVAD. La clasificación funcional de las cuentas de gastos del SHA no está diseñada en función de este objetivo. Por ejemplo, se sabe, con absoluta claridad y certeza, que una mayor incidencia de la causa “accidentes de tránsito” está asociada a un mayor gasto en servicios de atención curativos, diagnósticos y otros servicios auxiliares, y provisión de medicamentos. Sin embargo, esta causa no representa una enfermedad, sino una lesión, a cuyos daños debe responder el sistema de salud, aunque este tiene muy escasas posibilidades en reducir la incidencia de esta.

El marco contable central del SHA no está diseñado para conectar las cuentas con las causas de pérdidas de AVAD, y la misma publicación reconoce que mientras más se parezca este “a la contabilidad de las empresas, a las normas de la contabilidad pública, a las guías para registrar la información nacional e internacional de salud y a las definiciones de la contabilidad nacional, mayores posibilidades habrá de elaborar las cuentas de salud y más útiles serán estas cuentas para realizar los análisis”²³⁷.

237 Un sistema de cuentas de salud 2011: edición revisada. Versión resumida [A system of health accounts 2011: revised edition. Concise version]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P. 20.

Pero la dificultad de conectar las causas de pérdidas de AVAD con las cuentas del gasto en funciones de salud siempre existirá, pues “los servicios de salud generalmente se consumen empaquetados en un conjunto de servicios integrados. De hecho, un contacto con el sistema de salud normalmente supone una combinación personalizada de servicios. Por ejemplo, puede incluir atención preventiva, curativa o de rehabilitación. Dichos servicios pueden estar integrados en un programa. Por ello, es posible que no sea fácil separar cada uno de los componentes de dicho conjunto de servicios, según atención preventiva, curativa o de rehabilitación, cuando no poseen registros de gastos específicos”²³⁸.

Establecer la vinculación de las pérdidas de AVAD con los programas presupuestarios también es difícil, pero mucho menos que con la clasificación del gasto según el esquema central del SHA. “Según la División Fiscal de las Naciones Unidas, el Presupuesto por Programas es un sistema en que se presta particular atención a las cosas que un gobierno realiza, más bien que a las cosas que adquiere”²³⁹.

Los insumos sistémicos que un gobierno adquiere tales como servicios personales, provisiones, equipos, medios de transporte, y otros, no son naturalmente, sino medios que emplea para el cumplimiento de sus funciones²⁴⁰, que pueden ser carreteras, escuelas, casos tramitados, entre otros. Así, “el Presupuesto por Programas es un conjunto de técnicas y procedimientos que sistemáticamente ordenados en forma de programas y proyectos, muestran las tareas a efectuar, señalando objetivos específicos y sus costos de ejecución, además de racionalizar el gasto público, mejorando la selección de las actividades gubernamentales”²⁴¹.

Existen programas presupuestarios vinculados a la función de tratamiento y prevención de enfermedades. El VIH/SIDA y la Tuberculosis son dos casos que se aplican en la República Dominicana. Pero este tipo de programa debe estar sujeto a la incidencia de la enfermedad y su participación en el total de AVAD perdidos, lo cual significa que los programas presupuestarios deben de cambiar en función del cambio del perfil de morbilidad de la población.

Las cuentas del catálogo de servicios del PBS agrupa los mismos en 12 grandes categorías, de las cuales 10 entran en la categoría de servicios curativos, servicios auxiliares y medicamentos de la clasificación funcional del SHA, pero ninguna de ellas se asocia a causas específicas de pérdidas de AVAD. Sin embargo, si existe una consistencia entre la distribución de los pagos por cuentas del catálogo de servicios y la distribución del gasto corriente en los principales renglones de la atención curativa. Los pagos por concepto de las categorías asociadas a atenciones curativas, servicios auxiliares y medicamentos del catálogo del PBS representan el 96.3% de los pagos totales, mientras que el caso del gasto corriente de la clasificación funcional del SHA, las mismas representan el 86.5% del gasto total.

238 Op. Cit. P. 26.

239 Trinidad Salazar, Daniela (et. al.). Presupuesto por Programas. Universidad Veracruzana, s/f.

240 Jiménez Castro, Wilburg. Evolución del pensamiento administrativo en la educación costarricense. San José de Costa Rica: EUNED. 2003.P. 372.

241 Trinidad Salazar, Daniela (et. al.). Presupuesto por Programas. Universidad Veracruzana, s/f.

4.3.5. La demanda revelada a través del gasto privado de los hogares y las consultas del primer nivel en centros públicos.

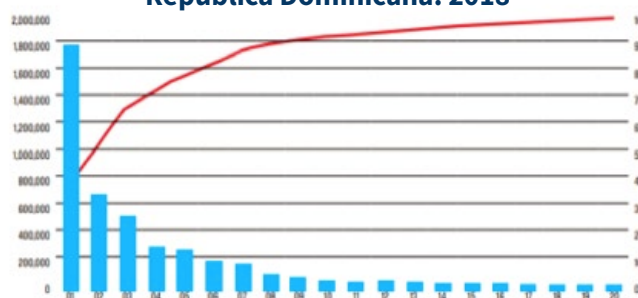
Según el marco central de financiamiento del SHA, en el 2019 el 28.3% del gasto en salud provino de los hogares. También conocido como gasto de bolsillo, este gasto es adicional a los pagos de seguros obligatorios y voluntarios que hacen los trabajadores y los demás miembros de los hogares. Según la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares de 2019, el 4.74% del gasto total se destinaba al gasto en salud. El cuadro 1 que sigue a continuación muestra que el gasto de los hogares en salud es completamente regresivo, lo cual significa que políticas y proyectos tendientes a mejorar el acceso y la atención primaria tendrían impactos positivos en la equidad y la distribución del ingreso. El cuadro también muestra que el gasto privado en salud se encuentra altamente concentrado en medicamentos en un 68.7%, lo cual significa que una mejora en la cobertura y el acceso de los grupos de mayor pobreza monetaria a los mismos tendría un impacto doble:

- Reduce las pérdidas de AVAD, y Mejora la equidad.

La categoría de medicamento de mayor demanda es la de los hipertensivos, lo cual es coherente con las enfermedades isquémicas del corazón como tercera causa de pérdida de AVAD.

El siguiente Gráfico muestra las causas de consultas externas en centros de atención pública. Obsérvese que la segunda causa de consulta es la presión arterial alta, y si la causa de consulta tiene una correlación positiva con la causa de mortalidad prematura y la discapacidad, entonces la tercera causa de pérdidas de AVAD por enfermedades isquémicas del corazón es consistente con la segunda causa de consultas externas.

Gráfico No. 9. Principales causas de consulta externa, República Dominicana. 2018



Cuadro No. 3. 20 primeras causas de consulta externa, República Dominicana. 2018

20 primeras causas de consulta externa	Número de Casos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Infección Respiratoria Aguda	872,640	16.0	16.01%
Hipertensión Arterial	556,166	10.2	26.21%
Enfermedad Febril Aguda de las Vías Respiratorias Altas	487,771	8.9	35.16%
Enfermedad Diarreica Agua	318,946	5.9	41.01%
Diabetes Mellitus	160,541	2.9	43.95%
Infección Vías Urinarias	143,985	2.6	46.60%
Traumatismos	124,861	2.6	48.89%
Enfermedades Infecciosas Intestinales	81,597	1.5	50.38%
Vaginitis	70,291	1.3	51.67%
Dermatitis	66,618	1.2	52.89%
Gastritis	63,042	1.2	54.05%
Enfermedad Febril Agua de las Vías Respiratorias Bajas	55,600	1.0	55.07%
Chequeo Prenatal/Embarazos	53,711	1.0	56.06%
Infección de Transmisión Sexual	45,892	0.8	58.90%
Enfermedades del Sistema Genitourinario	41,118	0.8	57.65%
Personas en contacto con servicio de salud reproductiva	38,566	0.7	58.36%
Flujo Vaginal	22,745	0.4	58.78%
Enfermedades del sistema circulatorio	22,444	0.4	58.19%
Contacto y exposición enfermedades transmisión sexual	20,034	0.4	59.56%
Conjuntivitis	17,984	0.3	59.89%
Resto de las causas	2,186,706	40.1	100.00%
Total	5,451,258	100.0	

Fuente: Ministerio de Salud. 2018

4.3.6. Financiamento, oferta y demanda según fuentes y clasificación del gasto.

El diseño y ejecución de políticas públicas de servicios de salud eficientes y eficaces tiene como condición necesaria y previa el estudio y análisis de la oferta y demanda de estos, lo cual es revelado por la composición del gasto, así como también por la estructura de financiamiento de dicho gasto.

La fuente de financiamiento es el ingreso que se destina al pago de los servicios y productos médicos, el cual es recibido por los proveedores públicos y privados. El siguiente Gráfico refleja el flujo circular del ingreso (financiamiento) y el gasto total en salud:

Gráfico 10. Financiamento, oferta y demanda. 2023



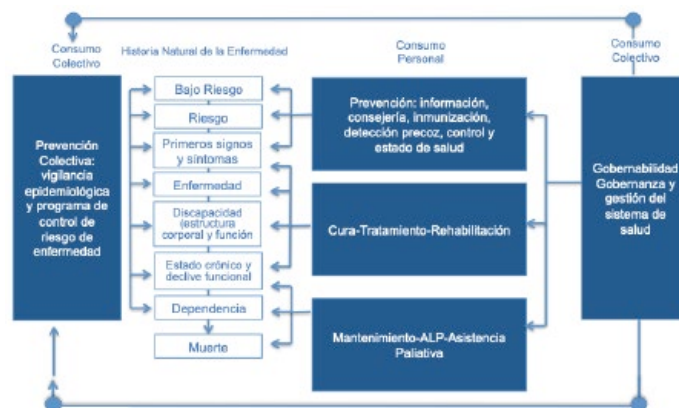
Fuente: Consultoría sénior de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030. Adaptado de Norman 2003.

Como se había subrayado, el Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA, por sus siglas en inglés) es un Sistema de Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA) que tiene como objetivos:

- “Establecer un marco de referencia que incluye los principales agregados para comparar internacionalmente los gastos en salud y analizar los sistemas de salud;
- Servir de herramienta, que puede ampliar cada país según sus prioridades, para obtener datos de utilidad en el monitoreo y análisis del sistema de salud;
- Definir la frontera armonizada internacionalmente de la salud para poder hacer un seguimiento del gasto de consumo”²⁴².

El SHA permite realizar cruces del origen del financiamiento y el destino del gasto en servicios de salud. Uno de ellos es la clasificación del financiamiento según la fuente del ingreso de este (ICHA-FS), y el gasto según la clasificación de las funciones de atenciones médicas (ICHA-HC), es decir, el origen de los recursos destinados a la salud, y el destino de los mismos en términos del tipo de funciones de salud en que se gastan. Existe una relación directa entre la historia de la enfermedad que conduce a pérdidas de AVAD y las categorías de la clasificación funcional del gasto en salud, tal y como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 11. Historia natural de la enfermedad y finalidad de los bienes y servicios de salud



Fuente: Consultoría de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030. Adaptado de Norman 2003.

El gasto en atención curativa cubre desde los primeros síntomas de la enfermedad hasta la dependencia, fase en la cual se producen las pérdidas de AVAD por discapacidad y/o convalecencia. Por tanto, a mayor carga o incidencia de esta, mayor será el gasto en atención curativa y en productos médicos (principalmente medicamentos). En cambio, el fallecimiento a edades por debajo de la esperanza de vida produce las pérdidas de AVAD por muerte prematura, lo que en otra parte de este informe se denomina AVP.

Sin embargo, tal y como ya ha sido señalado previamente en este informe, no es posible relacionar directamente las causas de pérdidas de AVAD con la clasificación funcional del gasto en salud. No obstante, es posible afirmar que un aumento en las pérdidas de AVAD iría acompañado de un aumento en el monto y participación del gasto en las funciones de atenciones curativas y productos médicos, mientras que, a largo plazo, una disminución en la función de atención preventiva produciría un aumento en las pérdidas de AVAD, y por ende, un aumento en el gasto en atención curativa y productos médicos.

242 Un sistema de cuentas de salud 2011: edición revisada [A system of health accounts 2011: revised edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P. 25.

En el 2017 el Ministerio de Salud publicó el estudio “**Serie homogénea del gasto sanitario para el período 2004 – 2014, aplicando el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)**”²⁴³. El cuadro que sigue a continuación presenta un resumen del gasto corriente en salud distribuidos por funciones, y según el esquema de financiamiento, para el año 2014, extraído del citado estudio: Como se puede observar, en el 2014 el gasto en atención curativa representaba el 45.5% del total, seguido por el de bienes médicos con 24.0% y servicios auxiliares con 11.2%, mientras que la atención preventiva solo representaba el 2.8%.

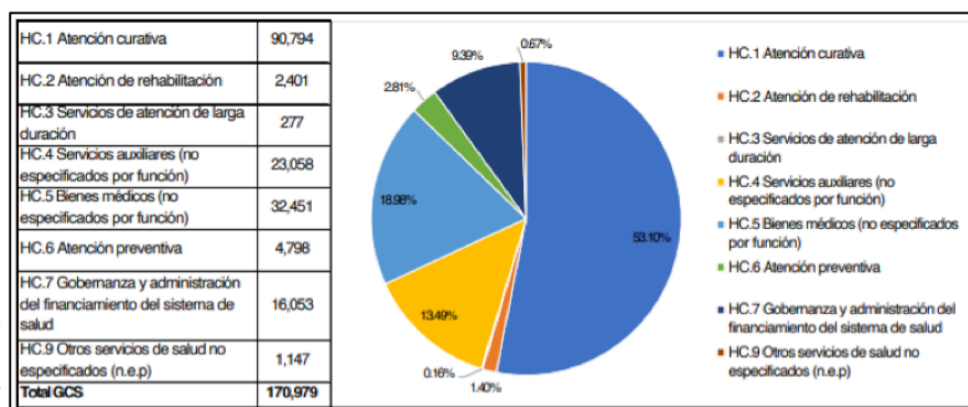
Cuadro. 4. Matriz de gastos en funciones de salud por esquemas de financiamiento (RD millones). 2014

Funciones de salud	Esquemas de financiamiento					Total	%
	HF.1 Esquemas gubernamentales y de seguros contributivos obligatorios		HF.2 Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud		HF.3 Pagos directos de los hogares		
	HF.1.1 Esquemas gubernamentales	HF.1.2 Esquemas de seguros obligatorios contributivos	HF.2.1 Esquemas de seguros voluntarios	HF.2.2 Esquemas de ISFLSH			
HC.1 Atención curativa	31,796.00	19,931.50	765.00	824.80	24,272.50	77,589.80	45.5%
HC.2 Atención de rehabilitación	421.10	284.30	16.70	135.90	1,547.50	2,405.60	1.4%
HC.3 Servicios de atención de larga duración	167.00	-	-	97.00	-	264.00	0.2%
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	2,664.20	5,495.10	338.70	122.10	10,501.60	19,121.80	11.2%
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	1,728.30	1,991.30	881.80	9.40	36,350.70	40,961.50	24.0%
HC.6 Atención preventiva	2,636.50	557.40	10.90	300.70	1,261.30	4,766.80	2.8%
HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	4,790.10	5,075.80	2,990.50	3.50	-	12,859.90	7.5%
HC.9 Otros servicios de salud no especificados (n.e.p)	3,853.70	-	8,812.10	72.20	-	12,738.00	7.5%
Total HF	48,056.90	33,335.50	13,815.80	1,565.60	73,933.60	170,707.30	
	28.2%	19.5%	8.1%	0.9%	43.3%		100.0%

Fuente: Consultoría Sénior de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030.

En el 2014 el ingreso de los hogares era la principal fuente de financiamiento del gasto en salud, con un 43.3%, seguido de los esquemas gubernamentales con 28.2%, mientras que los seguros obligatorios y voluntarios participaban con 19.5% y 8.1%, respectivamente. Otro importante estudio sobre cuentas de salud de la República Dominicana fue publicado por Magdalena Rathe en el año 2022, la siguiente imagen, que resume la distribución por funciones del gasto corriente en salud para el año 2017, se toma de este estudio²⁴⁴.

Gráfico 11. Gasto Corriente en Salud por funciones, República Dominicana. 2017



Fuente: Fundación Plenitud. Compendios Estadísticos de cuentas de Salud.

243 : Ministerio de Salud Pública. Serie homogénea del gasto sanitario para el período 2004 – 2014, aplicando el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) 2011. MISPAS: DPI, Santo Domingo, República Dominicana, 2017.

244 Rathe, M. Estimación del gasto en salud en la República Dominicana 2007-2021. Utilizando el enfoque SHA 2011. Santo Domingo: Fundación Plenitud. 2022. P. 15

Un análisis comparativo de los datos del 2014 y el 2017 arroja que durante dicho periodo la participación del gasto en funciones de atención curativa aumentó 7.6 puntos porcentuales, bienes médicos aumentó en 4.02 puntos porcentuales, mientras que servicios auxiliares creció en 2.29 puntos su participación porcentual. *El modelo teórico adoptado predice que el gasto en estas tres categorías funcionales está positivamente relacionado con la cantidad de AVAD perdidos. Entre el 2014 y el 2017 la cantidad de AVAD perdidos aumentó en 74, 886 años, lo cual apoya el enfoque teórico formulado.*

El cuadro que sigue a continuación presenta la fuente de financiamiento (ingresos) de la clasificación por funciones del gasto en salud para el año 2019 (año anterior a la pandemia del COVID 19), en la forma de la presentación financiera convencional de fuentes y usos de fondos:

Cuadro 5. Fuente de Financiamiento y gasto en atención médica según su clasificación institucional. 2019

Fuente de financiamiento		
Año	2019	%
Ingresos publicos	1,295.00	35%
Contribuciones obligatorias al SFS	1,010.00	27%
Contribuciones voluntarias al SFS	367.00	10%
Ingresos de los hogares	1,054.00	28%
Total fuentes	3,726.00	100%

Aplicaciones al gasto en atencion medica		
Año	2019	%
Atencion curativa	2,013.00	54%
Servicios auxiliares	504.00	14%
Productos medicos	705.00	19%
Atencion preventiva	111.00	3%
Administracion y gobernanza	353.00	9%
Otros no clasificados	40.00	1%
Total gastos	3,726.00	100%

Fuente: Consultoría de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030.

El análisis exhaustivo del componente de las aplicaciones del gasto según las partidas de la clasificación funcional en atenciones médicas refleja que la suma de atención curativa, productos médicos y servicios auxiliares representó el 86.4% del total gastado en el 2019, mientras que en el 2014 esta cifra fue de 80.7%. Si se toma en cuenta que durante ese periodo de tiempo los AVAD perdidos anualmente aumentaron en 55,492 años, y si se asume que ese periodo es representativo de las condiciones y la historia determinante de dichas perdidas, entonces es posible concluir que la participación de los gastos vinculados a la atención medica citados en el párrafo anterior aumenta un punto porcentual por cada 9,735 de AVAD perdidos.

La base de datos mundial de la OMS²⁴⁵ no contiene las informaciones de la República Dominicana correspondientes al año 2008. Entre el 2008 (año de entrada en vigor plenamente del SFS) y el 2019 (año anterior a la pandemia del COVID 19) los AVAD perdidos anualmente aumentaron en 440,022 años.

245 OMS. Informe mundial sobre sistemas y capacidad en materia de datos de salud, 2020. Paquete técnico para Datos de Salud. Fundación Bloomberg Philanthropies. OMS.2021.

El siguiente cuadro presenta la composición de los pagos por concepto de prestaciones según el catálogo del PBS para los años 2008 y 2019. Aunque no existe una equivalencia entre este catálogo y las partidas de la clasificación por funciones del SHA del gasto en salud, se podría plantear que excepto “prevención y promoción” y “servicios odontológicos”, todas las prestaciones están asociadas a los renglones de atención curativa, productos médicos y servicios auxiliares de la clasificación funcional del gasto según el SHA, las cuales aumentaron su participación en 5.55 puntos porcentuales, lo cual es consistente con el crecimiento del 13.8% de los AVAD perdidos durante el periodo.

Cuadro 6. Distribución de pagos por prestaciones de PBS. 2008-2019

Distribucion pagos por prestaciones del PBS	2008	2019
Prevención y Promoción	8.97%	2.25%
Atención Ambulatoria	8.48%	6.57%
Servicios Odontológicos	0.24%	1.40%
Emergencia	9.19%	7.75%
Hospitalización	22.79%	11.97%
Partos	7.61%	4.17%
Cirugía	13.40%	17.69%
Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatoria	19.73%	20.26%
Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	4.06%	16.33%
Rehabilitación	0.60%	1.33%
Hemoterapia	0.01%	0.05%
Medicamentos Ambulatorios	4.92%	9.99%
	90.79%	96.34%

Fuente: Consultoría sénior de Economía y Salud. Plan Estratégico Salud 2030.

Se destaca el gran aumento en la participación de los pagos por prestaciones de “alto costo”, “medicamentos ambulatorios” y “cirugía”, los cuales aumentaron en 12.32, 6.31 y 3.52 puntos porcentuales, respectivamente, durante el periodo considerado. *Se puede afirmar que estos cambios son consistentes con dos de los grandes cambios observados en las causas de pérdidas de AVAD: el gran ascenso de la incidencia de los accidentes de tránsito y el gran descenso del VIH/SIDA, pues los primeros aumentan la demanda de estas prestaciones, mientras el segundo las disminuye.*

El siguiente cuadro presenta los cinco renglones del catálogo de servicios del PBS que presentaron las principales variaciones durante el periodo considerado, en el cual se destaca que los aumentos asociados a la atención curativa tuvieron como contrapartida una disminución en los servicios de atención preventiva.

Cuadro No. 7. Promedio de porcentajes de los principales renglones catálogos. 2007-2019

Periodo	Prom. y prev.	Cirugia	Diagnostico	Alto costo	Medicamentos ambulatorio
Prom 2007-2009	7.64	12.93	19.94	4.08	3.58
Prom 2018-2019	2.11	16.45	21.56	16.4	9.89

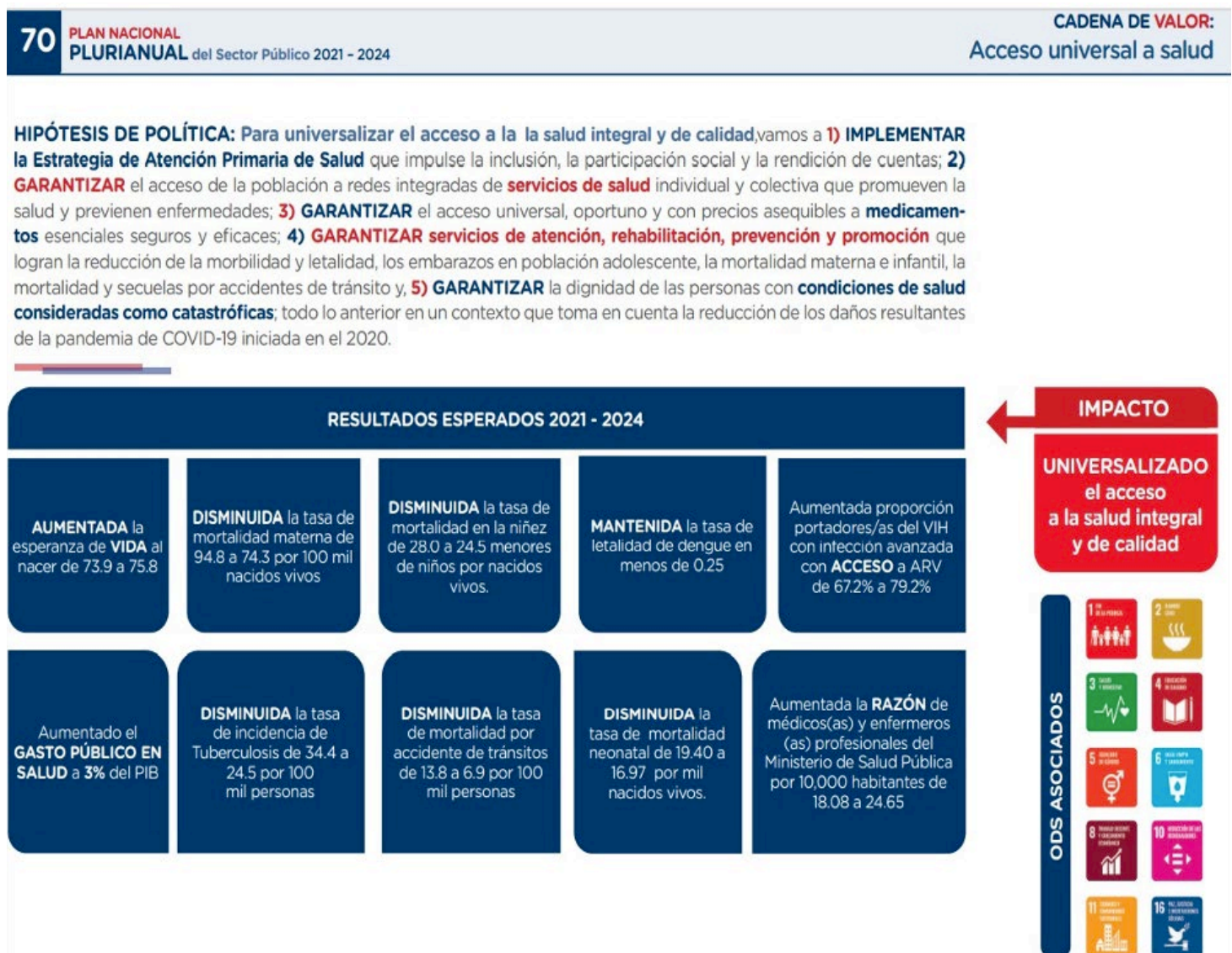
Fuente: Consultoría de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030. Adaptado de Norman 2003.

Un análisis cuantitativo sobre las relaciones entre estos cambios, llevado a cabo para los fines de este diagnóstico, arrojó los siguientes resultados: durante el periodo cubierto por los datos analizados, por cada 1% que disminuye la atención preventiva, los servicios de alto costo aumentan en 2.22%, mientras que, en los casos de medicamentos ambulatorios, cirugías y diagnósticos, los aumentos son de 1.14%, 0.63% y 0.29%, respectivamente.

4.3.7. La planificación del sector salud y producción de salud priorizada en PNPSP

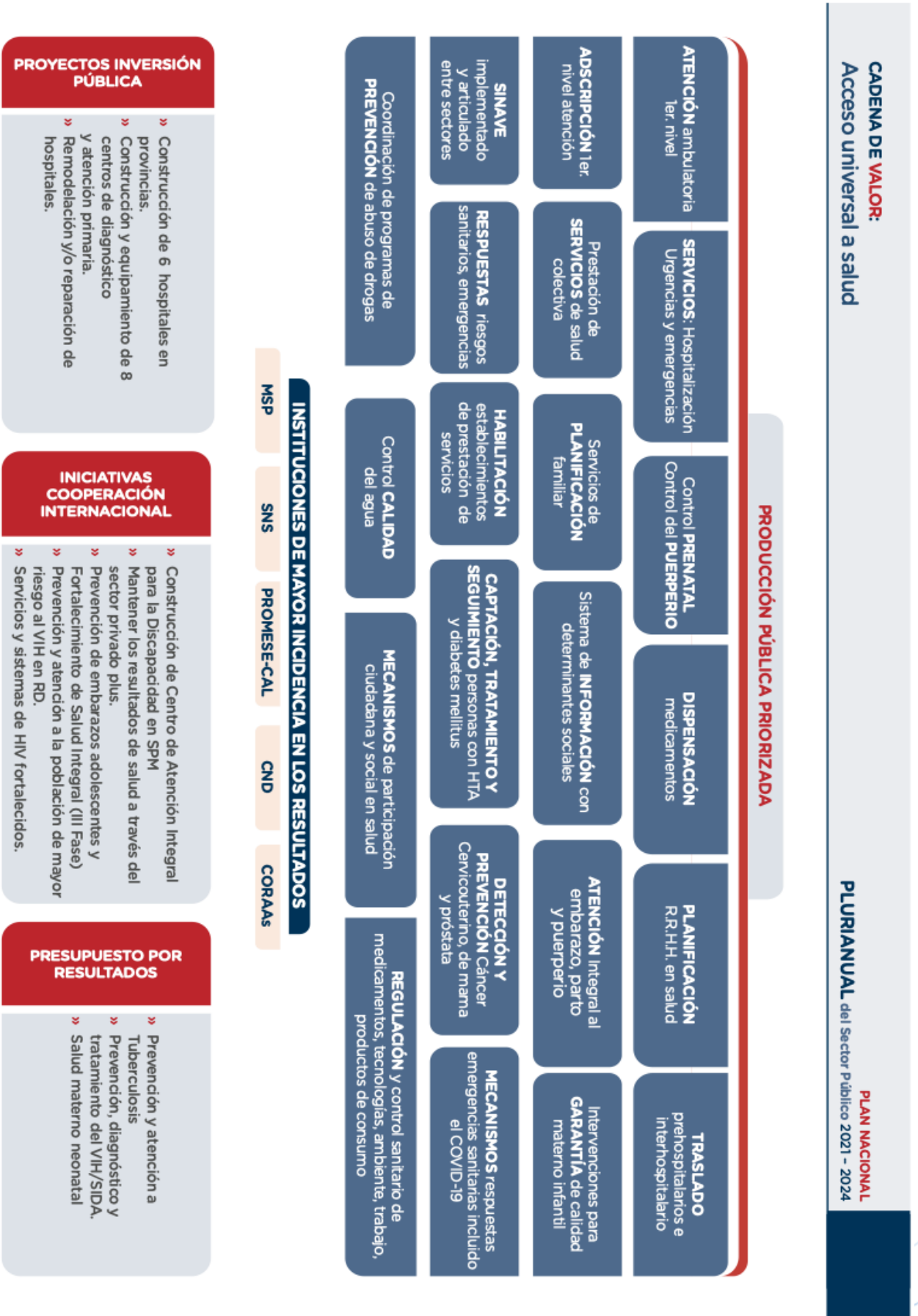
La planificación pública del sector salud es normativa para las instituciones que componen el mismo, e indicativa para el resto de la sociedad y el sector privado, planteamiento que es fundamental en el análisis de la producción pública de servicios de salud. El siguiente esquema muestra los resultados esperados por el PNPSP vigente:

Gráfico No. 11. Abordaje del Plan Nacional Plurianual. MEPYD. 2021-2024



El primer resultado esperado es un aumento de los AVE, lo cual es muy consistente y coherente con una política integral en salud, siendo este el principal indicador de la situación social de la salud en cualquier país. El segundo y el tercer resultado es reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, lo que es coherente con la segunda causa de pérdidas de AVAD. El siguiente Gráfico presenta la producción priorizada en el PNPSP:

Gráfico No. 12. Cadena de Valor. MEPyD.



Nota: En el esquema se presentan los elementos de cadena de valor más trazadores de la política. En anexo se detallan los resultados, indicadores y metas, así como la producción pública con sus respectivas unidades de medidas y la proyección de metas físicas para el periodo 2021-2024.



La primera prioridad es la atención ambulatoria en el primer nivel de atención, lo cual es consistente con las causas de accidentes de tránsito leves que evitan pérdidas por discapacidad, mientras que la segunda (servicios de hospitalización, urgencias y emergencias) lo es con accidentes severos que causan pérdidas por mortalidad. La tercera causa (control prenatal y del puerperio) es consistente con la segunda causa de pérdidas de AVAD, y la cuarta (dispensación de medicamentos) es la única que tiene el doble efecto de reducir los AVAD y aumentar la equidad.

Es necesario resaltar que, de los tres programas presupuestarios orientados a resultados, solo uno (salud materna neonatal) está vinculado a una de las tres principales causas de pérdidas de AVAD. Los otros dos programas son la prevención y atención a la tuberculosis y el VIH/SIDA. Sin embargo, la tuberculosis no aparece entre las principales causas de pérdidas de AVAD, y el VIH/Sida era la octava causa de pérdidas en el año 2019.

No obstante, los resultados anteriores sugieren la conveniencia de revisar el grado de alineación entre los resultados esperados y la producción pública priorizada en el PNPS, para lo cual es imprescindible revisar y actualizar la estructura programática presupuestaria, tanto del MISPAS como del SNS. Como ya ha sido planteado anteriormente, un programa presupuestario se refiere a qué produce una entidad pública con sus actividades, para lo cual utiliza insumos, y esa producción debe tener un efecto o un impacto, lo que significa que siempre el mismo reflejará los eslabones de la cadena de valor ya presentada en este informe.

El diseño de una estructura presupuestaria programática esta referido al clasificador programático. Según la DIGEPRES, “este clasificador se utiliza como resultante del uso de la técnica del presupuesto por programas, con aplicación a todas las instituciones del sector público. Dicha técnica define categorías programáticas, que constituyen los patrones de distribución de las apropiaciones presupuestarias. **Estas categorías no son estáticas y deben reflejar la cambiante realidad del sector público**”.

En el caso de los programas presupuestarios del sector salud, la principal “cambiante realidad” a que se refiere la cita anterior siempre serán los cambios en el perfil de morbilidad de la población, es decir, las causas de pérdidas de AVAD.

El cuadro que sigue a continuación presenta la relación o impacto directo e indirecto (imputada personalmente por el autor) de la programática presupuestaria del MISPAS y del SNS, con las tres principales causas de pérdidas de AVAD:

Cuadro 8. Programación presupuestaria en relación con las causas de pérdidas de AVAD.

Programática presupuestaria con productos del MSP y del SNS	Tres principales causas de pérdidas de AVAD al 2019 (51% del total)		
	Accidentes de tránsito	Condiciones neonatales	Enfermedades isquémicas del corazón
Atención a enfermedades de alto costo	Sin impacto	Sin impacto	Indirecto
Control de enfermedades prevenibles por vacunas	Sin impacto	Directo	Sin impacto
Prevención y atención de la tuberculosis	Sin impacto	Sin impacto	Sin impacto
Prevención, diagnóstico y tratamiento VIH/SIDA	Sin impacto	Sin impacto	Sin impacto
Provisión de medicamentos, insumos sanitarios y reactivos de laboratorio	Indirecto	Indirecto	Indirecto
Rectoría, dirección y coordinación del Sistema Nacional de Salud	Sin impacto	Sin impacto	Sin impacto
Salud colectiva	Sin impacto	Indirecto	Sin impacto
Salud materno neonatal	Sin impacto	Directo	Sin impacto
Provisión de servicios de salud en establecimientos auto gestionados	Directo	Directo	Directo
Atención de emergencias médicas	Directo	Indirecto	Directo
Provisión de servicios de salud en establecimientos no auto gestionado	Directo	Directo	Directo
Provisión de servicios de salud especializados Ciudad Sanitaria Luis E. Aybar	Indirecto	Indirecto	Indirecto
Salud materno neonatal	Sin impacto	Directo	Sin impacto
Provisión de servicios de salud en establecimientos de primer nivel	Directo	Directo	Directo
Prevención y atención de la tuberculosis	Sin impacto	Sin impacto	Sin impacto
Prevención, diagnóstico y tratamiento VIH/SIDA	Sin impacto	Sin impacto	Sin impacto

Según esta primera y subjetiva aproximación, los programas presupuestarios tienen el menor impacto en la causa “accidentes de tránsito”, y el mayor en la causa “condiciones neonatales”. Un programa presupuestario orientado a obtener como producto, o como resultado, una reducción de los accidentes de tránsito produciría una alta relación beneficio/costo medida en términos de AVAD. El siguiente cuadro repite el mismo ejercicio que el anterior, pero referido al catálogo de servicios del SFS:

Cuadro 9. Catálogos de Cuentas con relación a las causas de pérdidas de AVAD

Catalogo de cuentas del PBS	Tres principales causas de pérdidas de AVAD al 2019 (51% del total)		
	Accidentes de tránsito	Condiciones neonatales	Enfermedades isquémicas del corazón
Prevención y Promoción	Sin impacto	Directo	Directo
Atención Ambulatoria	Directo	Directo	Directo
Servicios Odontológicos	Sin impacto	Sin impacto	Sin impacto
Emergencia	Directo	Indirecto	Directo
Hospitalización	Directo	Directo	Directo
Partos	Sin impacto	Directo	Sin impacto
Cirugía	Directo	Directo	Directo
Apoyo Diagnóstico (Dx) en Internamiento y Ambulatoria	Directo	Directo	Directo
Atenciones de Alto Costo y de Máximo Nivel de Complejidad	Indirecto	Indirecto	Indirecto
Rehabilitación	Directo	Sin impacto	Sin impacto
Hemoterapia	Indirecto	Sin impacto	Sin impacto
Medicamentos Ambulatorios	Directo	Directo	Directo

Una comparación con el cuadro anterior demuestra que el impacto de los servicios del catálogo de prestaciones del SFS es mayor que el de los programas presupuestarios del MISPAS y del SNS.

El tercer y último cuadro de este análisis repite nuevamente el ejercicio anterior, pero esta vez referido al impacto de la producción pública priorizada por el PNPSP:

Cuadro No. 10. Producción priorizada por el PNPSP y en relación con las causas de pérdidas de AVAD

Produccion publica priorizada PNPSP sector salud (cinco primeras prioridades)	Tres principales causas de pérdidas de AVAD al 2019 (51% del total)		
	Accidentes de tránsito	Condiciones neonatales	Enfermedades isquémicas del corazón
Atencion ambulatoria en el primer nivel	Directo	Directo	Directo
Hospitalizacion urgencias y emergencias	Directo	Indirecto	Directo
Control prenatal y del puerperio	Sin impacto	Directo	Sin impacto
Dispensacion de medicamentos	Directo	Directo	Directo
Planificacion RH en salud	Indirecto	Indirecto	Indirecto
Trsalado pre e interhospitalario	Directo	Directo	Directo

El análisis conjunto y simultaneo de los tres cuadros anteriores demuestra que la producción pública priorizada en el sector salud tiene muchos más impactos que la programática presupuestaria de las dos principales instituciones del sector público, y que las cuentas del catálogo de prestaciones del SFS también tiene más impactos que la citada programática.

4.3.8. La cobertura y el acceso a través del SFS: Las restricciones del costo del PBS y su financiamiento

El siguiente flujograma muestra las variables y el proceso de determinación de las recaudaciones del régimen contributivo del SFS, la fijación de la cápita que determina el monto máximo del costo del PBS, también fijado por las autoridades del SDSS, el que finalmente debería compararse con el costo de la canasta de servicios mínimos que demandan las condiciones de salud de la población:

Gráfico No. 12. Flujograma de determinación de las recaudaciones del Régimen Contributivo del SFS. 2023



Fuente: Consultoría de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030. Adaptado de Norman 2003.

El análisis realizado para los fines de la preparación de este documento genera cuatro grandes resultados. El primero es que el copago y la insuficiencia de cobertura demuestra que el costo del PBS demandado es mayor que la cápita, lo cual tiene los siguientes resultados e impactos:

- Prestadores y ARS con juego de suma cero y en conflicto tratando de evitar pérdidas.
- Afiliados y afiliadas registrando aumentos de gastos como consecuencia de copagos.

El segundo es que la tasa y la base salarial insuficiente generan bajo recaudolo cual impide aumentar la cápita:

- La última indexación es del 2021, y no hay aumento salariales recientes y significativos.
- Tesorería sin espacio para aumentar la cápita.

El tercero es que el sistema no separa la demanda de servicios de bajo costo, lo que no permite un uso óptimo del total de la cápita dispersada:

- La atención primaria reduciría el costo de la prestación de servicios ambulatorios.
- La separación mejoraría el impacto de la distribución de la cápita entre el catálogo de prestaciones.

El cuarto es que, si la cápita determina la cobertura del PBS, entonces la del régimen subsidiado tiene que ser sustancialmente menor que la del régimen contributivo, pues mientras en el año 2021 el recaudo de la cápita del régimen contributivo fue de RD\$ 10,884.19, el subsidio del régimen subsidiado fue de RD\$ 2,596.05, es decir una diferencia de 76%, cifra que representa la diferencia de financiamiento por la vía de la demanda del régimen subsidiado.

La incorporación de la atención primaria al PBS es una de las grandes reformas pendientes y uno de los proyectos de más alto impacto de los que podrían calificar para formar parte del portafolio de proyectos de este plan, para lo cual se puede partir de una propuesta bien documentada y sustentada por la SISALRIL en el año 2018.

En su informe la SISALRIL considera que la introducción de la atención primaria al PBS es *“indispensable para alcanzar la cobertura universal de protección por el Seguro Familiar de Salud, así como para adecuar el catálogo a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico del país, para dar mejor cobertura de promoción y prevención de la salud y para evitar complicaciones y daños irreparables por hipertensión arterial, diabetes y otras patologías crónicas”*.

“También se destaca la necesidad de reducir el gasto familiar de bolsillo como barrera de acceso a servicios oportunos y de calidad, y la necesidad de fortalecer el valor social del Plan Básico (actual PDSS) del Seguro Familiar de Salud, y apuntalar la sostenibilidad y los equilibrios financieros del Seguro Familiar de Salud”.

Asimismo, plantea que *“se requiere modificar el Catálogo de Prestaciones del PDSS tomando como uno de sus ejes clave la estrategia de Atención Primaria de Salud y, simultáneamente, crear condiciones para que la Red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) contratada por cada ARS avance hacia una estructuración por niveles de complejidad de la atención, e incluya establecimientos de Primer Nivel y servicios de Prevención Secundaria y Terciaria de problemas prioritarios”*.

Se destaca así mismo, *“la necesidad de actualizar las normativas y regulaciones sobre los Contratos (acuerdos) de Gestión entre las ARS y las PSS, y reglas de acceso para algunas prestaciones claves. Estas responsabilidades corresponderían a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) con posterioridad a las decisiones del CNSS”*.

En cuanto al financiamiento, propone que *“para la gestión de los fondos correspondientes al Primer Nivel de Atención y para los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, se propone al Consejo Nacional de la Seguridad Social crear una cuenta especial denominada FONDO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, a través de la cual la Tesorería de la Seguridad Social deberá transferir mensualmente los Per cápita Adicionales correspondientes al Primer Nivel de Atención y a los Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, y que posteriormente serán dispersados a las ARS para su pago a las Prestadoras de Servicios de Salud”*.

4.3.9. Costos, financiamiento y condiciones necesarias para la incorporación del Primer Nivel de Atención al PBS y el financiamiento del SNS vía el régimen subsidiado del SFS.

En el capítulo anterior se puso de relieve la importancia de separar la atención primaria como estrategia de reducción de los costos de los servicios curativos, provisión de productos médicos y servicios auxiliares, mientras que en capítulos anteriores se demostró que el crecimiento de estos ocurre a expensas del gasto en atención preventiva. *Los datos muestran que el gasto en atención preventiva en todo el sistema representa apenas el 2.9% del total del gasto corriente, mientras que, en el caso de lo pagado por el SFS, la participación baja al 2.2% del total de los pagos por los conceptos del catálogo de prestaciones.*

La clasificación funcional de los servicios de atención del SHA no presenta la distribución del gasto por niveles de atención de los centros de salud. No obstante, el planteamiento de que el acceso universal a la Atención Primaria en Salud (APS) (condición necesaria para el escalamiento a los demás niveles), parte de la teoría de que la capacidad resolutoria del mismo reduce la demanda de servicios de los proveedores del segundo y el tercer nivel, cuyos costos son sustancialmente más elevados.

Para ofrecer una primera aproximación a lo anteriormente planteado, hay que tomar en cuenta que SNS tiene un programa presupuestario denominado “Provisión de servicios de salud en establecimientos primer nivel”, el cual se encuentra entre los programas con metas físicas de producción de dicha entidad.

Tal y como se puede observar en el anexo 1, el cual presenta el costeo de los programas presupuestarios de dicha entidad vinculados a productos físicos, en el 2021 estos establecimientos produjeron un total de 9,514, 676 atenciones, a un costo unitario de RD\$ 13.9, cifra que demuestra el bajo costo de la atención primaria en relación con la atención a los establecimientos autogestionados y especializados (del tercer nivel), en los que el costo unitario fue de RD\$ 1,646.3. El MISPAS tiene una estructura programática con nueve programas con producción física. El listado de estos se presenta en el anexo 2.

El análisis de la factibilidad y del impacto de incorporar los Centros de Atención Primaria (CAP) al SFS debe partir de las funciones esperadas de la APS y de la composición de los CAP. Al respecto, el estudio de ADESA (2019) establece que *“el primer nivel de atención, orientado al fomento, promoción y prevención de la salud, corresponde a la atención ambulatoria. Está constituido por clínicas rurales y urbanas, consultorios, Unidades de Atención Primaria, dotados de la adecuada capacidad resolutoria para la atención básica en acciones de vigilancia, seguimiento de pacientes especiales, consultas de emergencias y la atención domiciliaria”*²⁴⁶.

246 Op. Cit. P. 42.

Las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) constituyen la esencia de la APS. El estudio de ADESA contiene un análisis detallado de la cantidad, composición y distribución de las UNAPS en todo el territorio nacional. Según el mismo, una UNAPS solo cuenta con personal médico, paramédico y promotores de salud.

Según el estudio citado, “solamente un 7% de las UNAPS cobran una cuota por servicios. La mayoría de éstas actúan en cogerencia con organizaciones de la sociedad civil (iglesias, gremios, organizaciones comunitarias, entre otras”²⁴⁷.

Si a lo anterior se agrega el hecho de que las UNAPS (y muy probablemente la mayoría de los CAP) no cuentan con personal administrativo, ni con las demás condiciones de infraestructura típica de un proveedor privado de servicios de salud, entonces se puede concluir que la falta de capacidad institucional de estas constituye un gran obstáculo a su entrada como proveedoras del SFS.

La factibilidad de la propuesta de SISALRIL esbozada en el capítulo anterior fue analizado a profundidad en el estudio realizado por la Fundación Plenitud (2022). El citado estudio explica detalladamente el proceso de implementación de la APS a través del SFS, tal y como fue propuesto en el 2018 por la SISALRIL.

Dado que este es el único plan disponible para la implementación de la APS a nivel nacional, en este informe se propone que este plan inicie de inmediato la ejecución de los proyectos estratégicos de la ruta crítica propuesta por la Fundación Plenitud, los cuales no dependen de los resultados de negociaciones ni decisiones políticas. Un listado de estos se presenta más adelante en el capítulo final de conclusiones y recomendaciones.

Pero la implementación de la APS a través del SFS tiene como condición necesaria que los establecimientos no autogestionados y los del primer nivel tengan las condiciones requeridas para ser Prestadores de Servicios de Salud, PSS, y la realidad que una cantidad mínima de estos centros tienen tales condiciones. Una métrica del nivel de adquisición de tales requisitos es el ranking SISMAP Salud que publica el Ministerio de Administración Pública y el Servicio Nacional de Salud.

El ranking SISMAP Salud tiene cuatro grandes componentes:

- Gestión de recursos humanos, calidad y fortalecimiento institucional.
- Gestión administrativa y de la información (incluye la capacidad para ser contratado por las ARS).
- Gestión clínica.
- Satisfacción de usuarios.

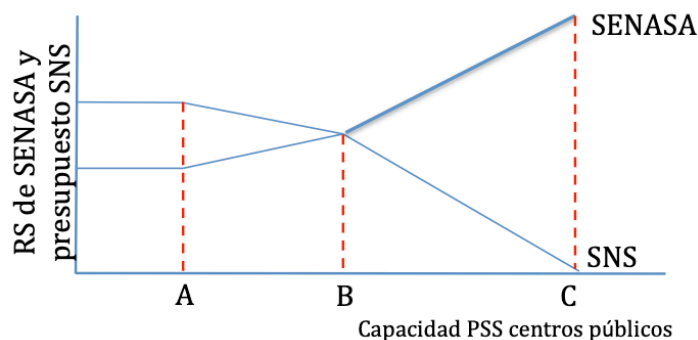
247 Op. Cit.P. 90.

Cada uno de estos se divide en subcomponentes, con un total de 27 indicadores que son puntuables para fines del cálculo de la posición en el ranking, cuyo valor máximo es 100. Los hospitales autogestionados, los municipales, provinciales y regionales están incluidos en el ranking publicado en el portal del SNS.

De los nueve hospitales autogestionados, solo uno tiene una puntuación superior a los 80 puntos, lo cual podría cuestionar la capacidad de autogestión que se supone tienen los mismos. Ninguno de los hospitales regionales, provinciales y municipales presentan una puntuación igual o mayor a los 75 puntos, lo cual es un indicador de la poca capacidad de red pública de establecimientos de salud para ser PSS, condición necesaria para implementar la atención primaria a través del SFS y financiar el SNS también a través del mismo.

La propuesta de que la producción pública de los servicios de salud sea determinada por la demanda, desmontando el presupuesto del SNS, el aumento de las transferencias al régimen subsidiado también requiere que la totalidad de los 1,420 establecimientos de la red pública adquieran la condición de PSS. El proceso de desmonte y traspaso sería una función de la adquisición de dicha capacidad, y este planteamiento puede ilustrarse en el Gráfico No.13, que sigue a continuación.

Gráfico 13: Correlación de la Red de Servicios de SENASA y el presupuesto del SNS.

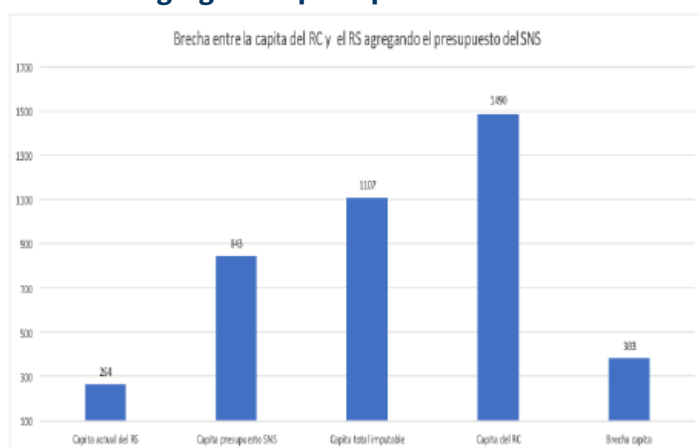


El eje vertical representa el subsidio otorgado a través del SENASA a los afiliados del régimen subsidiado y el presupuesto asignado al SNS. El eje horizontal representa la capacidad de los establecimientos no autogestionados y los CPN como PSS. El esquema representa el hecho de que en la situación actual el presupuesto del SNS es mayor que las transferencias recibidas por el SENASA para el subsidio.

En el punto A se inicia el proceso con los primeros establecimientos que adquieren la condición de PSS, aumentando el subsidio de SENASA y disminuyendo el presupuesto del SNS, los cuales se igualan rápidamente en el punto B. El proceso culmina en el punto C, en el que el presupuesto del SNS se hace igual a cero y el subsidio de SENASA es el máximo.

La segunda condición necesaria para la implementación de esta propuesta es la existencia de un solo PBS, el cual por definición tiene un solo costo, lo que requiere una única cápita, tanto en el RC como en el RS, y la diferencia actual entre la cápita de ambos regímenes es de un 76%, cifra que debe ser ajustada para incluir el presupuesto del SNS como cápita imputable al RS. Cuando se realiza el citado ajuste, se obtiene el resultado que se presenta en el Gráfico No.14.

Gráfico 14. Brecha entre la capita del RC y el RS agregado al presupuesto nacional.



Es muy importante tomar en cuenta que en este cálculo se supone que la totalidad del presupuesto del SNS del 2023 es imputable a la cápita del régimen subsidiado del SFS, y que la brecha de financiamiento actual es de un 25.7%, la cual debería estar cubierta al final de proceso de transición del traspaso del financiamiento de la red pública a través del SFS.

Las pérdidas de AVAD no se distribuyen simétricamente a nivel territorial, lo cual debe ser considerado en la estrategia de implementación de la APS a nivel nacional. En los territorios de mayor pobreza monetaria y multidimensional, la incidencia de las enfermedades transmisibles y no transmisibles asociadas a factores de riesgos relacionados con la misma será mayor que en otros territorios. Las UNAPS requeridas se calculan por familias o población, y ese mismo criterio también debe aplicarse a los demás CAP.

Pero la maximización del impacto de la APS en términos de reducción de AVAD perdidos requiere que el establecimiento y apertura de CAP debe priorizar los territorios de mayor densidad de población vulnerable. En términos de pérdidas de AVAD y programas presupuestarios, las enfermedades transmisibles, y las prevenibles por vacunas y el cuidado de la salud colectiva, deben ser las prioridades. Un caso especial la constituyen las transmisibles por vías respiratorias.

Para los fines de este informe se ha preparado un índice provincial de riesgos pandémicos asociados a enfermedades respiratorias, el cual ha sido medido como el producto de la proporción de la población mayor de 60 años, la incidencia de enfermedades respiratorias febriles vías altas y bajas, y el % de

población total que representa cada provincia, dividido entre el Índice de Condiciones de Vida (ICV) promedio. El resultado se presenta ordenado de mayor a menor en el cuadro No.12 a continuación:

Cuadro 11. Índice provincial de riesgos pandémicos asociados a enfermedades respiratorias

Prov.	Riesgo
Santo Domingo	1.7456
Distrito Nacional	0.3953
Santiago	0.3221
La Vega	0.2637
San Cristóbal	0.2542
Duarte	0.2095
San Pedro de Macorís	0.1842
San Juan	0.1629
Puerto Plata	0.1570
Azua	0.1360
Sánchez Ramírez	0.1249
Valverde	0.1246
Españat	0.1233
Barahona	0.1102
María Trinidad Sánchez	0.1061
Monte Cristi	0.1057
Peravia	0.0985
La Altagracia	0.0961
Monte Plata	0.0952
Hermanas Mirabal	0.0892
Baoruco	0.0837
El Seibo	0.0809
La Romana	0.0802
Monseñor Nouel	0.0735
Hato Mayor	0.0698
Santiago Rodríguez	0.0558
Dajabón	0.0557
San José de Ocoa	0.0521
Samaná	0.0472

Fuente: Consultoría de Economía y Salud. Plan estratégico Salud 2030. Adaptado de Norman 2003.

Las implicaciones del resultado principal de este análisis son: el gasto en atención preventiva de enfermedades transmisibles, principalmente las asociadas o transmitidas por vías respiratorias, así como los servicios de atención primaria en salud, deben concentrarse en el territorio del gran Santo Domingo.

4.3.10. Conclusiones y recomendaciones: Políticas, proyectos y programas a ser priorizados en Plan Estratégico Nacional de Salud

A continuación, se presenta un resumen de las principales conclusiones a que conducen los contenidos presentados en este diagnóstico:

- Los grandes ganadores de la gran reforma que significó la entrada en vigencia del SFS son proveedores privados, lo cual debe tenerse en cuenta para posibles negociaciones conducentes a la redistribución de financiamientos actuales y futuros destinados a la ampliación de la cobertura y el impacto de la atención primaria.
- El cambio en las causas de pérdidas de AVAD es consistente con los cambios en el gasto privado de los hogares y con los demás cambios registrados en las demás cuentas de la clasificación funcional del SHA, así como también con los cambios en la composición de los pagos por los servicios del PBS
- La cápita del PBS no está alineada a sus costos, y la del régimen subsidiado es 76% menor a la del contributivo. Cuando se toma en cuenta que el presupuesto del SNS es imputable a la cápita del régimen subsidiado, la brecha anterior se reduce a un 25.7%, cuyo cierre es condición necesaria para poner en vigencia la Atención Primaria y el financiamiento de la producción pública a través del SFS.
- La mayoría de los establecimientos públicos del primer nivel de atención no tienen las condiciones institucionales requeridas para actuar como proveedores en un régimen en el que la atención primaria sea la puerta de entrada al sistema.
- La estructura programática presupuestaria no refleja los cambios en las causas de pérdidas de AVAD registrados en los últimos años, y algunos de los programas con productos específicos vinculados a enfermedades específicas ya deben ser cerrados, pues los mismos fueron diseñados cuando las mismas tenían alta incidencia en la carga total de la enfermedad.
- Implementación simultánea del Primer Nivel de Atención y financiamiento del Régimen Subsidiado vía SFS (igualando cápita con contributivo) aporta los siguientes resultados:

- Mayor eficiencia del gasto público en salud, produciendo mayor cantidad de servicios con los mismos recursos.
- Disminución del gasto de bolsillo de los hogares.
- Disminución de la carga de enfermedad: AVAD perdidos por discapacidad.

- La reforma a la programática presupuestaria del SNS y del MISPAS, la definición de las hojas de ruta de los procesos, y la identificación de las fuentes de financiamiento de las inversiones requeridas y del gasto corriente del aumento de la cápita, son condiciones necesarias para el inicio del proceso

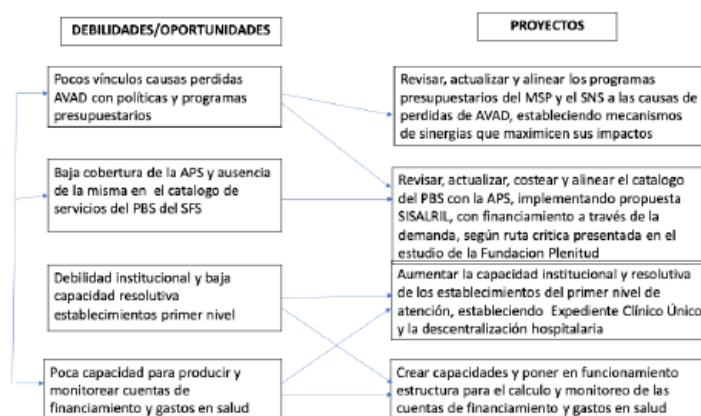
- Los proyectos resultantes de los procesos anteriores deben ser evaluados y priorizados en este plan y en el PNPS, en base al costo de las ganancias o pérdidas de AVAD evitados por cada proyecto y por cada programa.

Las recomendaciones que se desprenden de lo anterior son las siguientes:

- Iniciar el régimen de la APS como puerta de entrada con la implementación de una ruta crítica definida con la participación de los actores fundamentales del proceso.
- Diseñar y ejecutar acciones encaminadas al fortalecimiento institucional de la red de establecimientos públicos del primer nivel de atención del SNS, y del programa de salud colectiva del MISPAS.
- Modificar las estructuras programáticas presupuestaria del MISPAS y del SNS para que las mismas aumenten su grado de vinculación con el perfil de morbilidad de la población, y eliminando programas de muy bajo impacto. En particular se recomienda eliminar los programas de medicamentos de alto costo (el cual debería ser financiado a través del SFS), atención y prevención de la tuberculosis, y modificar y unificar el de VIH/SIDA.

Se proponen también cuatro grandes proyectos a ser incluidos en el portafolio de este plan, cuyos vínculos con las debilidades entre sí y con las debilidades/oportunidades presentadas se pueden observar en el siguiente Gráfico:

Gráfico No. 15. Debilidades y potenciales proyectos



Fuente: Consultoría Sénior de Economía. 2023.

El segundo proyecto es parte esencial de la ruta crítica propuesta por la Fundación Plenitud anteriormente citada, por lo que el mismo estaría compuesto a su vez por algunos proyectos de esta. En este pilar se propone que este plan estratégico de salud implante los siguientes:

- Relevamiento de herramientas del PNA. Realización de inventario y diagnóstico de las principales herramientas del PNA para revisión, evaluación y selección previo a su implementación de cara al fortalecimiento del PNA y al desarrollo de la APS del Régimen Subsidiado. (Responsable: SNS).
- Revisión y definición de indicadores del PNA. Establecimiento de una batería de indicadores de proceso, producto, resultado e impacto para el seguimiento continuo del fortalecimiento del PNA de la red pública. (Responsable: SNS).
- Diagnóstico de necesidades de capacitación en el PNA. Identificación y levantamiento de necesidades de formación y capacitación basado en competencias de los RRHH del PNA. (Responsable: SNS en coordinación con SRS).
- Elaboración de plan de capacitación del PNA. Preparación de un plan de capacitación para un período de 2 años con insumos provenientes del diagnóstico de necesidades. (Responsable: SNS en coordinación con SRS).
- Puesta en marcha de un programa de capacitación y desarrollo de capacidades. Definición e implementación de un programa de formación para personal clínico y administrativo del PNA, basado en el diagnóstico de necesidades de capacitación. (Responsable: SNS en coordinación con SRS).

Adicionalmente, se recomienda que se incorporen también al portafolio de este plan los proyectos y programas que se derivarían de las siguientes decisiones:

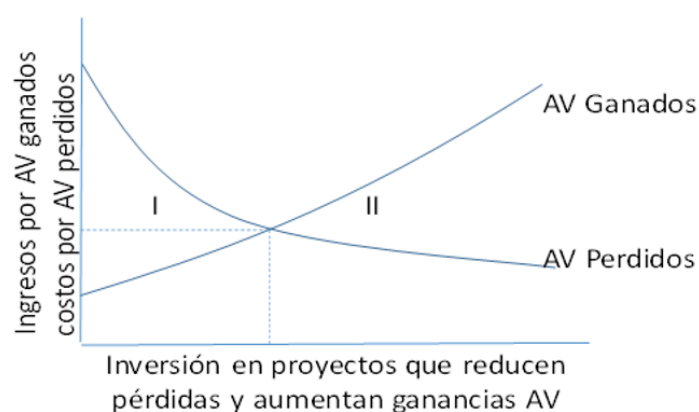
- Iniciar en el 2024 con la unificación de los programas presupuestarios del MISPAS y del SNS con alineación al catálogo de prestaciones del PBS que incluye el primer nivel.
- Iniciar aplicación hoja de ruta de implantación del primer nivel según propuesta del SISALRIL y estudio de la Fundación Plenitud.
- Crear capacidades de PSS y equipar los CPN habilitados y los establecimientos no autogestionados con puntuación mínima de 75 en ranking SISMAP salud.
- Habilitar los centros no autogestionados y los CPN no habilitados, con equipamiento y capacidades para ser PSS.
- Transición de reasignación del presupuesto del SNS hacia SENASA con definición de fuentes adicionales de financiamiento, incluyendo la cápita de las nuevas prestaciones.

Por último, se recomienda la adopción de un criterio de priorización de proyectos en base al criterio de costo/eficiencia, basado a su vez en las ganancias o reducción de pérdidas de AVAD, ordenando los proyectos en función del costo unitario de ganar o reducir la pérdida de estos. La aplicación de esta técnica supone que siempre es posible determinar la cantidad de AVAD en que cada proyecto puede incidir. Sin embargo, esta

técnica no permite la optimización del impacto del presupuesto de inversión en salud en los AVAD, para lo cual sería necesario utilizar la técnica de la relación beneficio/costo, para lo cual a su vez sería necesario disponer del valor del costo o precio de un AVAD.

Según los cálculos y estimaciones presentadas en este informe, un AV ganado (perdido) representa un ingreso (costo) de US\$ 1,394.0, cifra que representaría la constante a ser comparada con el costo unitario de la inversión de cada proyecto. La distribución óptima del presupuesto de inversión disponible según este criterio de priorización se ilustra en el Gráfico No. 16 que sigue a continuación.

Gráfico No. 16: Ingresos por AV ganados costos por AV perdidos e inversión en proyectos



Fuente: Consultoría Sénior de Economía. 2023

Todo proyecto tendrá impacto en los años de vida perdidos o en los años de vida vividos con discapacidad. Los proyectos asociados a la atención primaria que producen atenciones de salud preventivas y diagnósticos precoces tienen impacto en aumentar los Años de Vida Esperados (AVE). En cambio, los proyectos de aumento de la cobertura y el acceso a los servicios de atención curativa tienen impacto en reducir la cantidad de Años Vividos con Discapacidad (AVD). Al principio, los proyectos orientados a reducir AVD serán más rentables, lo cual queda ilustrado en la zona I del gráfico. Sin embargo, después del punto de intersección de las curvas representadas en el mismo, los proyectos de impacto neto en los AVE se hacen más rentable. No obstante, hay que reiterar nuevamente que la gran dificultad que tiene la aplicación de ambos criterios de priorización es la identificación y medición de los impactos en los AVAD que tendría cada proyecto.



4.4. SINTESIS DE INDICADORES DE ECONOMÍA Y SALUD



DIAGNÓSTICO DE MEDIO AMBIENTE

Indicadores ambientales 2022	Línea basal
Correlación entre años esperanza de vida y niveles de ingreso	Cada 1 año crecimiento de esperanza de vida/1,392 dólares
Cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por accidentes de tránsito acontecidos	3,050 AVP
Cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por enfermedades isquémicas del corazón	2,748 AVP
Cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por condiciones neonatales	2,572 AVP
Correlación entre recaudaciones del régimen contributivo y el valor agregado en la producción privada de servicios de salud.	0.9972
Aumento del crecimiento del consumo intermedio de los servicios profesionales y aparatos médicos en 10 años	46.5% RD\$ 13,935,000,000.00
Aumento del valor de las remuneraciones de los asalariados y del excedente bruto de explotación	87.8% RD\$ 63,276,000,000.00
Porcentaje del pago directo o de bolsillo en medicamentos	68.7%
Porcentaje de la suma de atención curativa, productos médicos y servicios auxiliares	86.4% del total gastado
Gasto en atención curativa ²⁴⁸	45.5%
Gasto en bienes médicos	24.0%
Gasto en servicios auxiliares	11.2%
Gasto en la atención preventiva ²⁴⁹	2.8%

²⁴⁸ Serie homogénea del Gasto Sanitario para el período 2004-2014. MISPAS.

²⁴⁹ Una reducción del 7.64% en gastos preventivos a 2.11 en prevención en salud .





LÍNEA BASE DE INDICADORES

5. LÍNEA BASE DE INDICADORES

Es el conjunto de indicadores estratégicos seleccionados que serán medidos sistemáticamente y que permiten hacer el debido seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de políticas públicas, programas y proyectos estructurantes de este Plan Estratégico Nacional de Salud, para comparar avances y logros que se hayan hecho respecto a un año o periodo de referencia.

La Línea Basal de indicadores del sector salud de la República Dominicana al año 2030 es una herramienta metodológica de trabajo en construcción. Expresa la compilación de indicadores cuantitativos y cualitativos necesarios para organizar las formas concretas de seguimiento y monitoreo del esperado desarrollo estratégico del sector salud, valorando la salud en la justa dimensión de la Visión 2030 concretada en este plan estratégico nacional de salud.

Con esta primera herramienta de Línea Basal, las Comisiones Técnicas que contribuyeron en la formulación de esta Agenda Oficial de Salud, **quedarán con los insumos básicos para permanecer activas y coordinadas en el Consejo Nacional de Salud (CNS) de forma permanente**, como expresión de un ejercicio democrático de gestión riguroso orientado a establecer la tendencia o transformación de los indicadores hacia al año 2030.

En este Plan Estratégico Nacional de Salud se valorarán otras mediciones de monitoreo, como las realizadas por las diversas agencias de cooperación internacionales y organismos multilaterales. Igualmente, los estudios de proyección de escenarios y situaciones de salud generados por diversos organismos de investigación de la sociedad civil y las academias.

Asimismo, son fuentes formales, los estudios demográficos y el sistema de indicadores oficiales aportados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) derivados del Censo Nacional 2023 y otras valoraciones y mediciones cuantitativas y cualitativas generadas por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), el Banco Central de la República Dominicana y diversos organismos del Estado dominicano.

Este **Plan Estratégico** aporta información de contraste para medir, valorar y evaluar el avance, estancamiento o retroceso de la salud dominicana en términos de los siguientes ejes estratégicos:

- Inclusión y redes de servicios de salud.
- Gobernabilidad, gobernanza y articulación público-privada-comunitaria.
- Ambiente, salud y cambio climático.
- Economía y financiamiento en salud.

Para facilitar el seguimiento y monitoreo al 2030, los indicadores se presentan por ejes estratégicos observados al año 2023 en cada uno de los diagnósticos formulados y en los diversos estudios consultados.





Objetivo Estratégico I para lograr inclusión social, redes y servicios

Orientado a elevar el acceso a la salud de toda la población, en especial los grupos vulnerables, a través de mejores condiciones de vida, redes con un primer nivel de atención fortalecido y servicios inclusivos, integrales, de calidad y humanizados, con recursos humanos con nuevas habilidades y capacidades que utilizan información efectiva, automatiza y resolutive de forma oportuna.

DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y REDES DE SERVICIOS SALUD	
Indicadores sociodemográficos 2022	Línea basal
Población dominicana	10,535,535 Hab.
Tasa bruta de natalidad	18.1 nacidos vivos por 1.000 Hab.
Nacimientos vivos anuales	157,084 nacimientos anuales
Tasa bruta de mortalidad	7.0 por 1,000 hab.
Defunciones totales	66,918 fallecidos
Tasa de Mortalidad Infantil (2021)	20.6 por 1,000 nacidos vivos
Tasa mortalidad neonatal	16 por 1,000 nacidos vivos
Porcentaje de población mayor de 65 años (2021)	8.0%
Porcentaje de población menor de 21 años (2021)	40.0%
Población Económicamente Activa (PEA) ²⁵⁰	64.8%
Esperanza de vida al Nacer (2021)	74.4 años
Edad promedio de la población dominicana (2021)	37.6
Total de hogares (2021)	3,335,155
Porcentaje de población de pobres monetarios ²⁵¹	21.8%
Indicadores de Salud 2022	Línea basal
Carga enfermedad por isquémica coronaria	86.7%
Total fallecidos por enfermedades cardiovasculares accidentes cerebrovasculares y ENT	46,842 fallecidos
Tasa mortalidad por Enfermedades No Trasmisibles (ENT)	512.7 por 100 mil hab.
Tasa de mortalidad Enfermedades Trasmisibles (ET)	85.4 por 100 mil
Tasa mortalidad por causas externas asociadas a las violencias y accidentes de tránsito	108.4 por 100 mil
Casos de alcoholismo, ansiedad, depresión, drogodependencia e intentos de suicidio	64,314 casos
Primera causa problemas mentales (Crisis de ansiedad)	25,742 Casos
Segunda causa de problemas mentales (Depresión)	21,894 Casos
Porcentaje adultos padeciendo de Hipertensión Arterial	32.3%
Total adultos padeciendo de hipertensión	2,092,831
Total adultos que desconocen que son hipertensos	962,702
Discapacidad más frecuente (Visual)	8.34% de la población
Total centros públicos y privados de salud	9,302
Total centro de primer nivel de atención	1.226
Total casos patología de altos costos	15,629
Razón de médicos	15 por 10 mil habitantes
Razón de enfermeras	3.6 por 10 mil habitantes

Fuente: Diagnóstico de Inclusión Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Objetivo Estratégico II

para gestar gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria

Fortalecer la gobernabilidad y la concurrencia de la visión y acción del sector y el sistema de salud mediante el robustecimiento de la articulación, la efectividad, la transparencia y la representatividad, con la decisiva participación e involucramiento de todos los sectores y la ciudadanía, para facilitar el ejercicio del derecho a la salud.

DIAGNÓSTICO DE GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN PÚBLICO-PRIVADA-COMUNITARIA	
INDICADORES	Linea Basal
Población con percepción negativa (0-5/10) sobre cumplimiento de las leyes en R.D.	57.2%
Calificación promedio anual Ministerio de Salud (MISPAS) en Reporte de Transparencia de DIGEIG	95.0%
Calificación promedio anual del Servicio Nacional Salud (SNS) en Reporte de Transparencia DIGEIG	97.0%
Calificación promedio anual del Seguro Nacional de Salud (SENASA) en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	80.7%
Calificación promedio anual de PROMESE/CAL en Reporte de Transparencia de la DIGEIG	97.8%
Calificación promedio anual de instituciones del sector agua en Reporte de Transparencia DIGEIG	82.5%
Satisfacción ciudadana con transparencia en el sector salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	44.7%
Índice de uso de TIC e implementación de gobierno electrónico (iTICge) del MISPAS	67.7%
Satisfacción ciudadana con la información que ofrece el gobierno sobre temas de salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	46.4%
Satisfacción ciudadana con publicaciones de regulaciones del sector salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.9%
Confianza en las decisiones del gobierno ante un problema de salud (Muy confiado y Confiado)	63.5%
Porcentaje de ASFL sector salud con calificaciones de 90 o más en la evaluación de rendición de cuentas del MISPAS	54.0%
Satisfacción ciudadana con la integridad ética del MISPAS (Muy satisfecho y Satisfecho)	42.4%
Satisfacción ciudadana con medidas de control de corrupción MISPAS (Muy satisfecho y Satisfecho)	41.7%
Porcentaje de Centros de Primer Nivel (CPN) con Comité de Salud conformado	88.0%
Valoración de la ciudadanía sobre el trabajo que realizan los espacios comunitarios que manejan temas de salud en el territorio (Muy bueno y Bueno)	70.4%
Satisfacción ciudadana sobre articulación entre organismos de salud del territorio (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.4%
Satisfacción ciudadana con la representatividad en los espacios territoriales donde se toman decisiones sobre salud (Muy satisfecho y Satisfecho)	35.0%
Valoración de la ciudadanía sobre participación comunitaria en temas de salud	21.0%
Conocimiento de la ciudadanía sobre derechos de salud (Mucho)	24.5%
Participación de la ciudadanía en espacios donde se toman decisiones sobre salud (pertenecer a un espacio/organización)	10%
Puntuación anual del Ministerio de Salud Pública (MISPAS) en SISMAP	78.1%
Puntuación anual del Servicio Nacional de Salud (SNS) en SISMAP	93.6%
Puntuación anual del Ministerio de PROMESE/CAL en SISMAP	81.0%
Puntuación anual promedio de las instituciones del sector agua en SISMAP	56.8%
Satisfacción ciudadana con el liderazgo de autoridades provinciales (Muy satisfecho y Satisfecho)	42.6%
Satisfacción ciudadana con la capacidad de las autoridades territoriales de salud para transformar políticas en acciones de impacto (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.4%
Satisfacción ciudadana con el monitoreo que realiza el Ministerio de Salud Pública en hospitales y centros públicos de su provincia (Muy satisfecho y Satisfecho)	43.4%
Satisfacción ciudadana con el monitoreo que realiza el Ministerio de Salud Pública en clínicas y centros privados de su provincia (Muy satisfecho y Satisfecho)	49.1%



Objetivo Estratégico III: para gestar ambiente, territorio, riesgos naturales-antrópicos y adaptación al cambio

Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y su capacidad de articulación con entidades públicas y privadas relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y riesgos naturales-antrópicos para promover asentamientos humanos, municipios y ciudades saludables, sostenibles y resilientes, a partir de iniciativas de concurrencia con el sector ambiente y recursos naturales del Estado y la sociedad civil.

DIAGNÓSTICO DE MEDIO AMBIENTE	
Indicadores ambientales 2022	Línea basal
Porcentaje de la población residente en áreas urbanas	82.0%
Puntos de muestreo nacionales de la calidad de la desinfección del agua	2,239 puntos
Puntos de muestreo de agua en establecimientos de salud	793 puntos
Puntos de muestreo a infraestructuras educacionales	364 puntos
Total de viviendas sin inodoros particulares (2023)	251,609 viviendas ²⁵² (7.2%)
Promedio nacional de horas de no recibir agua dentro de los hogares	7.0 horas
Porcentaje de hospitales y establecimiento de salud que reciben agua 24/7	27.0%
Porcentaje de hospitales con algún tipo de contaminación	37.0% ²⁵³
Total de hospitales que descargan sus aguas residuales en pozos	50.0% ²⁵⁴
Total de hospitales conectados a las tuberías de aguas residuales	45.0%
Porcentaje de hospitales con instalaciones de lavado de manos	81.0%
Porcentaje residuos peligrosos del total de los desechos hospitalarios	15.0%
Porcentaje hospitales que mezclan residuos normales con los de riesgo	76.0%
Porcentaje manejo adecuado de residuos hospitalarios, laboratorios y otros	10.0%
Incremento tendencial en valores promedio de temperatura mínima	2°C y 3°C
Incremento tendencial en valores promedio de temperatura máxima	1°C a 3°C
Porcentaje de incendios forestales por actividades agrícolas fundamentadas en sustitución del uso del suelo forestal por agrícola	85%
Respecto a valores históricos en provincias de Independencia, Puerto Plata, San Juan y Santiago	Disminución en la lluvia total de hasta 50%
Respecto a valores históricos en provincias como Samaná, Distrito Nacional, Altagracia, Barahona y Hato Mayor	Disminución de entre 10 y 30%
Emissiones nacionales de gases efecto invernadero anuales	28 megatoneladas de CO ₂
Emissiones de gases de efecto invernadero (GEI) per cápita	3,9 toneladas de CO ₂
Ascenso del nivel oceánico en los pasados 30 años	2.9 mm/año
Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	34.1 por 100 mil hab.
Regiones con tasas de mortalidad por accidentes de tránsito superior a la media nacional	Cibao Norte, Sur, Nordeste y Yuma
Provincias con altos riesgos de inundaciones severas (Mapas de inundaciones)	12 provincias

Fuente: Diagnóstico de Ambiente del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

251 Comité Técnico Interinstitucional de Medición de la Pobreza. MEPLYD. 2022

252 3,481, 376 hogares en la República Dominicana. Año 2023. Oficina Nacional de estadística. Base de Datos

253 Estudio efectuado en una muestra de 22 hospitales.

254 Ob. Citada.



Objetivo Estratégico IV: para gestar una economía en salud incluyente y universal

Para impulsar acopio y contribución de recursos financieros racionales para transformar el Estado de Salud de la Población (ESP) y costear los servicios, vía un modelo de gestión impulsado con el presupuesto público y un plan básico de salud (PBS), eficiente y coherente con los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Años de Vida de Esperanza de Vida Saludable (AVES). Proceso que acopiará y egresará recursos e insumos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Presupuesto Público en Salud, promoviendo la eficiencia del sector, para facilitar el avance hacia la cobertura universal vía la implantación de la estrategia de atención primaria especialmente en un primer nivel de elevada capacidad resolutive.

DIAGNÓSTICO DE ECONOMÍA Y SALUD	
Indicadores de Economía 2022	Línea basal
Correlación entre años esperanza de vida y niveles de ingreso	Cada 1 año crecimiento de esperanza de vida/1,392 dólares
Cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por accidentes de tránsito acontecidos	3,050 AVP
Cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por enfermedades isquémicas del corazón	2,748 AVP
Cantidad de Años de Vida Perdidos (AVP) por condiciones neonatales	2,572 AVP
Correlación entre recaudaciones del régimen contributivo y el valor agregado en la producción privada de servicios de salud.	0.9972
Aumento del crecimiento del consumo intermedio de los servicios profesionales y aparatos médicos en 10 años	46.5% RD\$ 13,935,000,000.00
Aumento del valor de las remuneraciones de los asalariados y del excedente bruto de explotación	87.8% RD\$ 63,276,000,000.00
Porcentaje del pago directo o de bolsillo en medicamentos	68.7%
Porcentaje de la suma de atención curativa, productos médicos y servicios auxiliares	86.4% del total gastado
Gasto en atención curativa ²⁵⁵	45.5%
Gasto en bienes médicos	24.0%
Gasto en servicios auxiliares	11.2%
Gasto en la atención preventiva ²⁵⁶	2.8%

Fuente: Diagnóstico de Economía del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

255 Serie homogénea del Gasto Sanitario para el período 2004-2014. MISPAS.

256 Una reducción del 7.64% en gastos preventivos a 2.11 en prevención en salud.





FODA FORTALEZAS, OPORTUNIDADES DEBILIDADES Y AMENAZAS



PILAR ESTRATEGICO I: INCLUSIÓN, REDES Y SERVICIOS DE SALUD



FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protección de la salud de los privados de libertad: proyecto con la PGR con varios desafíos. • Marco regulatorio robusto en diversas materias. • Implementación de nuevas políticas acordes a necesidades de la población. • Gabinete de Salud activo y presidido por el Ministro de Salud Pública. • Buena experiencia documentada de los servicios para el manejo de la pandemia COVID-19. • Presencia de buenos programas de prevención y promoción en salud. • Personal capacitado y con vocación de servicio. • Buen interés en el desarrollo de herramientas informáticas como solución para los servicios de salud. • Interés del MISPAS en fortalecer el primer nivel de atención. • Eficiente gestión de PROMESE-CAL en la distribución de medicamentos e insumos. • Representación desconcentrada de unidades regionales del Servicio Nacional de Salud (SNS). • Existencia de personal capacitado en atención primaria. • Monitoreo y evaluación de la gestión y la atención por parte de enfermería. • 2021: política piloto nacional de cuidado. • Mecanismo consultivo para la elaboración del Plan Nacional de Salud 2030. • Presencia activa de Programas del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). • El MISPAS tiene guías, protocolos y normas de terapéutica y gestión epidemiológica de casos. • Proceso de formulación del reglamento de Carrera sanitaria. • Proceso de construcción, formulación y elaboración del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente protección de la salud de las personas privadas de libertad. • El Colegio Médico Dominicano no utiliza como debiera, los espacios de negociación y gobernabilidad, persistiendo en la movilización. • Ausencia de una política de formación de profesionales y técnicos de la salud. • No hay planificación de los RHS según el perfil epidemiológico actual y sus proyecciones futuras. • Variabilidad y falta de homogeneidad de la calidad de atención. • Informaciones diferentes entre diversas instancias. • Elevada tasa de embarazo adolescente. • Tasa de Mortalidad Materna elevada por falta acciones para evitabilidad de las muertes. • Deuda de servicios con la salud mental y adultos mayores. • Primer Nivel de atención con muchas deficiencias y baja capacidad resolutive. • No se garantiza la calidad de la atención en los servicios. • Faltan programas de seguimiento y monitoreo de servicios. • Deficiencia de ley 340 de garantizar acceso a medicamentos. • Insuficientes servicios de rehabilitación. • Falta de accesos a servicios que reduzcan las secuelas de discapacidad. • Personas discapacidad no acceden en vías y espacios. • Falta orientación sobre consumo medicamentos de venta libre. • Baja inversión en servicios de salud y en el primer nivel. • Desmotivación personal de salud de atención primaria. • Insuficientes cuidados de salud a la mujer. • Ausencia de un reglamento de aplicación la Ley de Carrera Sanitaria.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

OPORTUNIDADES

- Agencias como USAID prevén una significativa inversión en salud pública de la RD.
- Importante responsabilidad social corporativa sector privado.
- Marco normativo de compromisos internacionales que apoyan la perspectiva de salud inclusiva.
- Trabajo intersectorial con otras ONG de las áreas de municipalidad y desarrollo local.
- Formulación y aplicación de Reglamento de veeduría.
- Proceso de revisión de la ley 87-01 crea espacios y potenciales mandatos a favor del PBS/SFS en coherencia con el perfil epidemiológico y la estrategia de APS.
- Iniciativa de proyecto de fortalecimiento institucional y desarrollo del MISPAS vía Banco Mundial favorece cambios impulsados por el proceso de planificación estratégica.
- Plan Operativo Anual de OPS para el País favorece resultados y productos entregables de la planificación estratégica de salud.
- Proyección de la referencia internacional de la RD en la gestión de la pandemia COVID.
- Convenio concretado con el PNUD para la inclusión social y el desarrollo enfocado en fortalecer la cadena de suministro MISPAS, infraestructura inclusiva, bienes y servicios o equipamiento para gestión institucional.

AMENAZAS

- Infodemia y redes sociales creadoras de falsas alarmas y noticias apócrifas o sin base.
- Crisis económica que afecta los costos de la canasta básica y el costo de provisión de los servicios de salud.
- Inmigración: sin una política regulatoria.
- Proceso electoral que pierde la institucionalidad y credibilidad legal y legítima.
- Potencial surgimiento de nuevas Pandemias.
- Fenómenos antrópicos ambientales y desastres naturales relacionados con el riesgo sísmico.
- Conflicto de intereses nacionales e internacionales que afecten la paz y la gobernabilidad
- Escasa formación en salud de la comunidad: poco interés de la familia y la comunidad por estilo saludable.
- Falta de regulación de los factores de riesgo.
- Apatía por parte de la ciudadanía para temas de promoción y prevención.
- No aplicación de la ley de participación social comunitaria.
- Alta influencia de partidos políticos en la gestión de salud.
- Proliferación internacional de consumo de drogas de diseño y subregistro de consumo de drogas.
- Tendencias nacionales y exteriores de conservadurismo religioso.
- Falta de coordinación intersectorial.
- Modelo de Seguridad Social de fragmentación de servicios.
- Cuidados de salud no contemplados en la seguridad social.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

PILAR ESTRATEGICO II: GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ALIANZA PÚBLICA, PRIVADA Y COMUNITARIA



FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Marco regulatorio bastante completo. • Experiencia de articulación Estado-sector privado-comunidades para el manejo de la pandemia Covid-19. • Las dos instancias de articulación al más alto nivel del sector salud son presididas por el ministro de salud. • El proceso de planificación estratégica que se lleva a cabo tiene la gobernabilidad como elemento central y transversal. • Estructura organizativa del MISPAS actualizada y orientada a facilitar la función de rectoría. • Presencia geográfica del MISPAS en todo el territorio nacional. • Buena capacidad de los recursos humanos a nivel gerencial en las instituciones del sistema de salud. • Proceso de construcción, formulación y elaboración del Plan Estratégico de Salud 2030 	<ul style="list-style-type: none"> • Contradicciones en el marco regulatorio. • Falta de estructuración de la revisión y actualización periódica del marco regulatorio. • Limitada articulación interinstitucional. • Falta de representatividad de algunos sectores y actores clave en espacios fundamentales de articulación; en otros, hay sectores representados que no deberían estarlo (CNSS). • Falta de información actualizada y confiable en ámbitos críticos. • Limitada utilización de las TIC para mejora de los procesos de gestión de la información y de participación y veeduría ciudadana. • Debilidad en el ejercicio del rol de rectoría tanto a nivel del sector público como del privado y local. • Pobre monitoreo y evaluación de resultados por parte de la institución rectora. • Orientación y visión “curativa” de la salud. • Falta de vinculación del accionar de las instituciones del sector con el plan país y con las prioridades país (en “papel” y en plan, está la vinculación, pero en la ejecución no). • Concentración de los recursos humanos en las urbes. • Deficiente planificación territorial de los recursos humanos (ajustando la composición a las características locales). • Algunos hospitales de la red pública no tienen posibilidad de cobrar por servicios del régimen contributivo -debilidades en los mecanismos de contratación y pago (por la falta de habilitación).

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

OPORTUNIDADES

- Reconocimiento al país por parte de organismos internacionales por el buen manejo de la pandemia Covid-19.
- Existencia de organismos internacionales con disposición e interés de colaborar en el fortalecimiento de la gobernabilidad en el país y en el sector salud (OPS, PNUD).
- Énfasis en transparencia y rendición de cuentas por parte del actual gobierno.
- Impulso del fortalecimiento de gestión y capacidades locales.
- Procesos de reforma y modernización del estado que se llevan a cabo (CES, MAP).
- Disponibilidad de tecnología y software para gestión de información.
- Existencia de una red de universidades para investigación y proyectos (creada a raíz de la pandemia).
- La salud está consagrada como derecho fundamental en nuestra carta magna; igual la dignidad humana.
- Marco nacional de cualificaciones (pero MISPAS no ha estado participando).
- Contexto favorable desde el Colegio Médico Dominicano (CMD) y el CNSS.

AMENAZAS

- Pobre institucionalidad y gobernanza en la gestión pública.
- Escasa formación en gestión y planificación en funcionarios y directivos de entidades públicas.
- Apatía por parte de la ciudadanía para involucrarse en el desarrollo del país o de su comunidad.
- Desconfianza de la participación privada en iniciativas de carácter público.
- La rendición de cuentas está enfocada en el cumplimiento de procesos y no en el de objetivos y en el impacto.
- Inestabilidad política en nuestro país vecino.
- El país se mantiene entre los de alto índice de corrupción.
- Falta de interoperabilidad de sistemas de información de las instituciones públicas.
- El clientelismo, antagonismo y partidismo político impera en las decisiones sobre aspectos de bien común.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

PILAR ESTRATEGICO III: AMBIENTE, RIESGOS Y CAMBIO CLIMÁTICO



FORTALEZAS

- El sector salud y el ministerio de salud cuenta con el Departamento de Salud Ambiental, que depende de la Dirección de Gestión de Riesgos del Ministerio.
- Presencia y existencia del Reglamento de Bioseguridad en Aspectos Ambientales en Establecimientos de Salud, y Directrices para desinfección de superficies en Instituciones Públicas y Privadas en ejecución.
- Aprobación y puesta en operación de Ley General de Gestión Integral y Co-procesamiento de Residuos Sólidos 225-20.
- Formulación y proceso de implantación del Plan Nacional de adaptación al cambio climático 2015-2030 y actualización y mejora NDC RD 2020 en ejecución.
- Elaboración y proceso de implantación Plan Estratégico Nacional para la Seguridad Vial en República Dominicana 2021-2030 en ejecución.
- Presencia de Guías de “Acabados Arquitectónicos para establecimiento de salud”, “Diseño arquitectónico” y “Construcción estructural y no estructural para establecimientos de salud” vigentes para la construcción de centros de salud seguros y resilientes.
- Compromiso del Ministro de Salud de hacer cumplir los acuerdos firmados por el Estado Dominicano en la COP 26 (Conferencia de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
- Presencia sistema de alerta temprana y plan respuestas del sector a situaciones de riesgos por olas de calor, inundaciones y tormentas, con información meteorológica.
- Existencia y operación efectiva del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica a cargo del Ministerio de Salud.
- Desarrollo del Programa de Hospitales Seguros por parte de la Dirección General de Gestión de Riesgos.

DEBILIDADES

- Déficit de sistemas apropiados de energía limpia y manejo de agua potable y residuales en centros de salud.
- Déficit de instalaciones de lavamanos en centros de salud.
- Escasas informaciones sobre cáncer de piel y afectaciones a la salud por los efectos del cambio climático y manejo de residuos sólidos y líquidos a nivel regional.
- El SDSS no tiene una estructura que funcione como contraparte para implementar proyectos en temas de salud medio ambiental.
- El Departamento de Salud Ambiental no es una Dirección que tenga la autoridad para controlar a las DPS, por lo que no hay capacidad de gestión Ambiental en la Rectoría del Sistema Nacional de Salud.
- Manejo inadecuado de los residuos hospitalarios y no hospitalarios en los centros de salud pública.
- Los establecimientos de salud no producen datos respecto a la clasificación de sus residuos, según las categorías establecidas.
- Desarticulación entre el MISPAS y los ayuntamientos en el manejo de los residuos hospitalarios y no hospitalarios.
- Los centros de salud SNS entienden que no les compete aplicar instrumentos establecidos por ley como los informes de cumplimiento ambiental (ICA), que son una herramienta de prevención, seguimiento y control, donde se verifica cumplimiento de normativas y estándares.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

OPORTUNIDADES

- Apoyo permanente y puntual de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y otras entidades y agencias en las áreas de salud ambiental, cambio climático y seguridad vial.
- Fuentes permanentes de financiamiento internacional y asistencia técnica para los programas de salud ambiental, cambio climático y riesgos naturales.
- Disponibilidad y facilidades para realizar estudios con auspicio internacional sobre las afectaciones a la salud generadas por el cambio climático.
- Disponibilidad de conocimientos nacionales e internacionales sobre el uso de la energía limpia, reciclaje y manejo de residuos sólidos y líquidos en los establecimientos hospitalarios.
- Convenios internacionales suscriptos por la República Dominicana orientados a recibir apoyo de la comunidad internacional en salud, ambiente y cambio climático.
- Gestión internacional de la República Dominicana en las áreas de salud y su relación con el cambio climáticos y los riesgos naturales.
- Transferencia permanente de metodologías internacionales para la elaboración del Inventario de Gases de Efecto Invernadero (GEI) en la República Dominicana.

AMENAZAS

- Incremento de las amenazas naturales con afectaciones severas en zonas vulnerables (sequías, inundaciones, sismos, ciclones).
- Incremento del nivel del mar con afectaciones en zonas productivas y de Desarrollo turísticos y urbanísticos.
- Incremento de las temperaturas con afectaciones en zonas vulnerables y de mayor concentración de población.
- Incremento de los casos de cólera en Haití que son transmitidos por portadores que se trasladan a República Dominicana.
- Afectaciones a la seguridad alimentaria por prolongación de los tiempos de sequía.
- Incremento de insectos y roedores vectores que son portadores de enfermedades transmisibles.
- Déficit de lluvias y abastecimiento de agua con afectaciones en zonas vulnerables y de alta concentración poblacional.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

PILAR ESTRATEGICO IV: ECONOMIA, FINANCIAMIENTO Y SALUD



FORTALEZAS

- Voluntad política presidencial con este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, para hacer los cambios económicos y de financiamiento necesarios para generar el fortaleciendo de la estrategia de atención primaria en el primer nivel atención.
- Condiciones robustas para la negociación en el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) conducentes a una redistribución de financiamientos actuales y futuros destinados a ampliar cobertura e impactar con la atención primaria.
- Se registran gestiones institucionales con este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 para cerrar la brecha entre los regímenes subsidiado y contributivo en el SFS de forma de poner en vigencia la Atención Primaria y financiamiento de la producción publica a través del SFS.
- Se trabaja en la definición de hojas de ruta de procesos, y la identificación de las fuentes de financiamiento de inversiones requeridas y del gasto corriente del aumento de la cápita. Esto favorece el inicio del proceso de reducir inequidades de financiamiento con una armonización financiera entre el régimen contributivo y régimen subsidiado.
- Los proyectos basados en las fortalezas y oportunidades acumuladas en el sector salud, tienen condiciones favorables para ser evaluados y priorizados en el Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 y en el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP), en base al costeo de las ganancias o pérdidas de AVAD evitados por cada proyecto y por cada programa.
- Decisión de alto nivel político de fortalecimiento institucional de la red establecimientos públicos del primer nivel de atención.

DEBILIDADES

- Los grandes ganadores de la reforma que significó la entrada en vigencia del SFS fueron proveedores privados.
- Estructuras programáticas presupuestaria del MISPAS y del SNS no se vinculan al perfil de morbimortalidad de la población.
- El cambio en las causas de pérdidas de AVAD es consistente con los cambios en el gasto privado de los hogares y con los demás cambios registrados en las demás cuentas de la clasificación funcional del SHA.
- Lo mismo puede plantearse en los cambios en la composición de los pagos por los servicios del PBS.
- La cápita del PBS no está alineada a sus costos, y la del régimen subsidiado es 76% menor a la del contributivo.
- Cuando se toma en cuenta que el presupuesto del SNS es imputable a la cápita del régimen subsidiado, la brecha anterior se reduce a un 25.7%.
- La mayoría de los establecimientos públicos del primer nivel de atención no tienen las condiciones institucionales requeridas para actuar como proveedores en un régimen en el que la atención primaria sea la puerta de acceso al sistema.
- La estructura programática presupuestaria no refleja los cambios en las causas de pérdidas de AVAD registrados en los últimos años.
- Algunos de los programas con productos específicos vinculados a enfermedades específicas ya deben ser cerrados, pues los mismos fueron diseñados cuando estas tenían alta incidencia en la carga total de enfermedad.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030

OPORTUNIDADES

- La implementación simultánea del Primer Nivel de Atención y el financiamiento del régimen subsidiado vía el SFS, igualando la cápita con la del régimen contributivo, es una decisión oportuna para producir resultados positivos e incluyentes.
- Coyuntura propicia para mayor eficiencia del gasto público en salud, produciendo mayor cantidad de servicios con los mismos recursos.
- Asimismo, para la disminución del gasto de bolsillo de los hogares.
- Igualmente, para la disminución de la carga de enfermedad: AVAD.
- Es una coyuntura propicia para la potencial reforma a la programática presupuestaria de acuerdo con la ley de presupuesto del SNS y del MISPAS.
- Tiene potencial cronograma y ruta crítica el impulso de la estrategia APS en el primer nivel con la implementación de propuesta de SISALRIL.
- Es un punto de inflexión positivo, la oportunidad coyuntural de eliminar programas de muy bajo impacto. En particular los programas de medicamentos de alto costo, atención y prevención de tuberculosis, entre otros.

AMENAZAS

- Potenciales desacuerdos y desencuentros del sector salud y el sector de seguridad social impedirían la entrada de abordaje decisivo para fortalecer el primer nivel de atención y la estrategia de atención primaria.
- La probable eliminación o transferencia a la seguridad de programas de alto costo como financiamiento de salud pública y ciertos programas como TB y VIH, podría generar conflictos.

Fuente: Base de datos del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030





FORMULACIÓN

7. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

7.1. INTRODUCCIÓN

La **Formulación** es la segunda fase de este proceso de planificación estratégica del sector salud al año 2030. conduce a establecer el conjunto de pasos que concretan la Visión 2030 que de forma concertada es asumida por los actores como asimilación del futuro deseado y anhelado para la salud dominicana.

Si la formulación es estratégica, traza la ruta para dirigirse con inteligencia social, hacia la visión construida por todas y todos. Esta fase se compone de:

- Escenarios de actuación;
- Principios rectores para garantizar la ética y las conductas esperadas de la acción;
- Visión convertida en sueño concretable de **una** República Dominicana en salud;
- Objetivos estratégicos que conducen la acción; y
- Proyectos estructurantes y productos entregables derivados de éstos.

Esta formulación pretende concretar el futuro preferido o plausible de la salud dominicana. Es una herramienta para conceptualizar y elaborar el futuro.

Define el escenario tendencial y deseable de la Nación, valorando lo que acontecería si, primero, no se implementa este plan estratégico salud 2030 y, segundo, qué avances lograría la República Dominicana, si lograr operacionalizar esta estrategia.

Se expone cómo se construyó de forma concertada la Visión 2030, los objetivos estratégicos, los proyectos estructurantes, las victorias rápidas, las iniciativas de aumento de escala, y los productos entregables.

Esta planificación estratégica trata de hacer converger la direccionalidad estratégica y la planificación. Intenta apoderarse de un supuesto que conduce a la admisión consciente de que el Estado y su administración pública aisladamente, no pueden lograr el desarrollo. Por eso requieren de una alianza estratégica con las sociedades que pretenden dirigir y que pagan los impuestos para financiar ese desarrollo.

Además, esta planificación estratégica vincula el corto y el mediano plazo, para que las acciones de hoy concurren con las de mañana, creando redes, sistemas y regímenes de actuación continua, concurrente y colectiva, entre Estado, sociedad civil y sector privado.

Esta planificación estratégica del desarrollo tiene como órgano rector al Ministerio de Salud, pero por ser “estratégica” no puede pertenecer a ningún sector. Es de todas y todos.

De la sociedad civil por su activa vigilancia y presión social.

Del sector privado con responsabilidad corporativa por su contribución a la salud como vía, escenario y fin del desarrollo.

Del Estado por ser el órgano regulador y rector del desarrollo impulsado desde el gobierno y con la responsabilidad de velar por el derecho a la salud de los dominicanos y dominicanas.



Si esta formulación es estratégica es porque suma y multiplica un concierto diverso de voluntades. Porque hace importante la construcción colectiva del futuro deseado y anhelado por todas y todos.

Esta formulación evidencia, que las buenas políticas públicas contienen factores asociados al poder y la sociedad desde su origen, objetivos, importancia y explicación en los medios de comunicación y redes sociales.

En este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, convergen la política y las políticas públicas, aunque no pueden ser valoradas como categorías equivalentes.

Este plan, expresado como política pública enuncia las soluciones más racionales de cómo se manejan asuntos de carácter colectivo del desarrollo de la salud. La buena política pública orienta el quehacer gubernamental para lograr la formulación, gestión e implantación de acciones sostenibles de transformación.

Este Plan Nacional Estratégico de Salud, por definición es una política pública. Esencialmente, la Ley 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo, en sus artículos 11 al 17, impone siete políticas públicas transversales: i) derechos humanos, ii) enfoque de género, iii) sostenibilidad ambiental, iv) cohesión territorial, v) participación social, vi) tecnología de información y comunicación y vii) responsabilidad institucional.

Como mandatos orgánicos condicionantes de este plan, se suma, la Ley de Salud 42-01, el Plan Plurianual del Sector Público y las principales líneas discursivas del Ministerio de Salud.

7.2. ESCENARIOS DE DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

La metodología empleada aseguró la elaboración prospectiva de los escenarios deseables y tendenciales del sector salud. El escenario deseable²⁵⁷ de la nación es ese que prevemos llegar si las intervenciones de salud planificadas, organizadas y concertadas se implantan integralmente. El escenario tendencial, caracteriza hacia dónde iría la salud, si no se hace nada, o peor aún se sigue haciendo lo que tradicionalmente se hace.

Los escenarios son útiles para sensibilizar sobre la situación actual y su evolución futura (si no hacemos nada diferente), y para hacer más concreta la visión futura de desarrollo de la salud entre los actores políticos y sociales de la Nación.

Está demostrado que un trabajo metodológico de calidad implica que los planes estratégicos sepan combinar de forma inteligente la visión, estrategias, tendencias y escenarios.²⁵⁸

Si se valoran estas definiciones a profundidad, se puede considerar²⁵⁹ que los **escenarios tendenciales** (*si no hacemos nada, hacia dónde iríamos*); presentan la situación que se produciría **si los proyectos de este Plan Estratégico de Salud, no se llevan a cabo**.

El escenario tendencial es la imagen a la que tiende la Nación, si las 73 debilidades y amenazas actuales se mantienen. Es el límite inferior del crecimiento espontáneo. Las bases de este escenario son la proyección demográfica, la carga de enfermedad, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los años de esperanza de vida saludable (AVES), la evolución de las inversiones, la gobernabilidad del sector salud, las actuales infraestructuras equipamientos tecnológicos y la calidad resolutoria de la atención se mantienen. Igualmente, implica el predominio de los comportamientos sociales y el modo de vida consumista sin movilidad continua. Según esta imagen, todas las áreas desfavorecidas agudizarían su situación y sólo aquellas áreas favorables, podrían seguir mejorando.

257 PNUD, Argentina, Laboratorio de Aceleración. Explorando futuros: Guía para impulsar el cambio, anticipándose a tendencias. 2022.

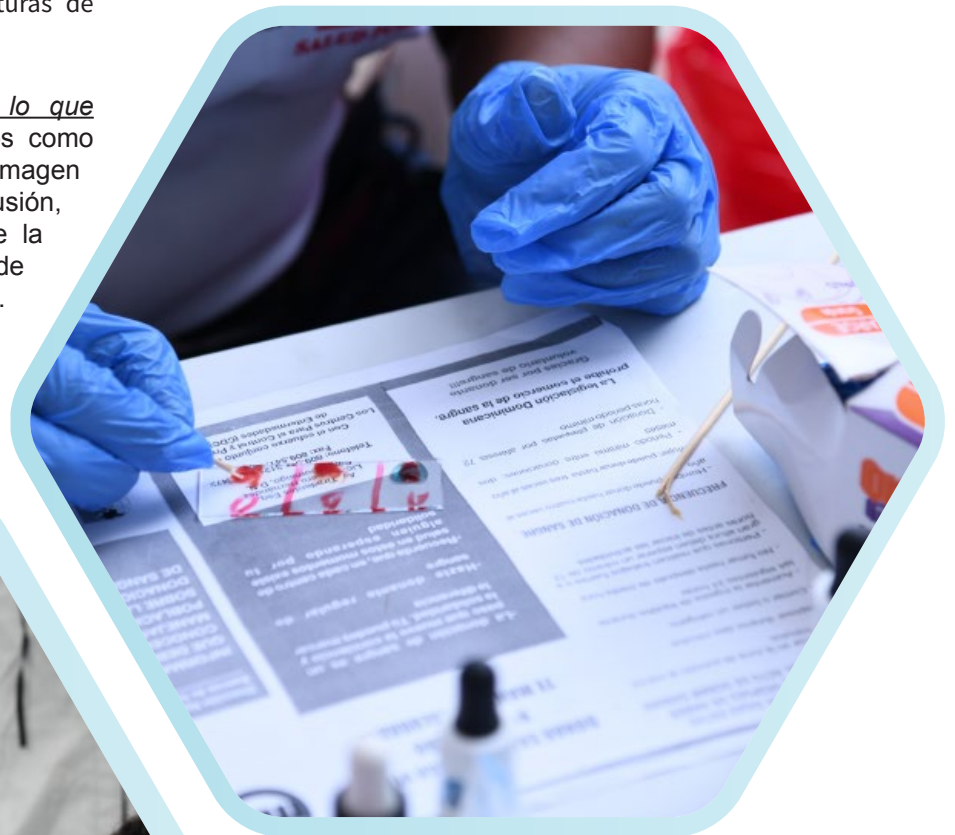
258 Bezold, Cl; Frenk, J. y McCarthy, Sh. Atención en Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Institute for Alternative Futures. México 1998

259 Ob. Citada. Pagina 19-35

El Escenario Óptimo (*si hacemos todas las inversiones que necesitamos*), se refiere a la situación que se alcanzaría, si se saben aprovechar las 81 fortalezas y oportunidades para reducir todas las debilidades y amenazas. Es un escenario “**quimérico**”, una imagen utópica-deseable del desarrollo del sector salud, que permite fijar el límite máximo del desarrollo. Es una imagen proyectada que consigue las inversiones suficientes para gestar la dinámica del desarrollo. En concreto es un escenario utópico, para el que se considera una disponibilidad absoluta de recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos, así como la perfecta adecuación del ambiente, usos del suelo, adaptabilidad al cambio climático y las infraestructuras de servicios de salud.

El Escenario Planificado (*si hacemos justo lo que debemos hacer*), se refiere a lo que proponemos como plan estratégico del sector salud. Futuro, visión, imagen concreta y realizable del crecimiento de la inclusión, gobernabilidad, gestión ambiental y economía de la salud. Es un escenario que resuelve la mayoría de las debilidades y contiene las principales amenazas. Mejora significativamente, el curso, pero sin alcanzar niveles óptimos, ni requerir toda la inversión necesaria.

Esta imagen futurista constituye una situación intermedia entre el **límite inferior (tendencial)** y el **límite superior (óptimo)** de los anteriores escenarios. Imagen de convergencia de la mayoría de las voluntades de instituciones políticas y de la ciudadanía, participantes en el proceso del plan.



7.2.1. Escenario Tendencial: ¿Si dejamos todo como está, hacia dónde iríamos?

En el año 2030, la República Dominicana estaría llegando a los 12 millones de habitantes, de los cuales más del 85%, estarán residiendo en las diferentes ciudades de la isla. Viviendo en ciudades que han reducido significativamente su sistema verde, afectadas de frecuentes olas de calor y sequías. Urbes con importantes niveles de exclusión social en servicios de salud que no son resolutivos, ni mantienen la salud de su población servida. Que residirán en hábitats sin confortabilidad de servicios de agua potable, residual y que asumen modos de vida de riesgos.

La ausencia de un modo de vida saludable, la presencia de hábitos de consumos con excesos de carbohidratos, grasas y alcohol genera un consumo de más de 34 millones, 563 mil litros de alcohol anualmente²⁶⁰, son factores que siguen elevando las mortalidades prevenibles por enfermedades y procesos no transmisibles como isquemias coronarias, diabetes, cáncer, los accidentes, violencia urbana y en contra la familia. Los casos de hipertensión arterial en adultos y la diabetes han superado el 40% población adulta para la primera patología y el 20% para la segunda. Los accidentes de tránsito continúan generando tasas de fallecimientos por 100 mil habitantes que ascienden a los primeros lugares de cientos de naciones homólogas.

La mortalidad de las personas adultas jóvenes, mujeres y adultos mayores aumenta dramáticamente, sobre todo la causada por la violencia urbana, los feminicidios, accidentes de tránsito, los problemas cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades mentales y otras causas.

Las enfermedades vectoriales, inmunoprevenibles, enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y alimentos contaminados, además de generar fallecimientos evitables, afectan la reputación y la calidad saludable del pujante turismo dominicano, sector que se ve afectado por las capacidades saludables de otros destinos turísticos.

Siendo afectado además por la permanente e irresoluta situación política e institucional de Haití, genera demandas insatisfechas de su sistema de salud que se expresa en el aumento de procesos infecciosos y violencias políticas, que presionan los servicios de salud dominicanos.

La urbanización acelerada, generaría al 2030, unos 16,200 millones de toneladas diarias de residuos sólidos²⁶¹ que se depositarán sin clasificar, en tiraderos de basuras sin ningún tipo de tratamiento, muy en especial en el Distrito Nacional, Santiago, los municipios del Gran Santo Domingo, San Cristóbal, Higüey, San Francisco de Macorís y La Vega, entre otros.

Las mortalidades infantil, neonatal y materna continúan su rumbo lentamente descendente, lo que provoca la muerte prevenible de cientos mujeres y de niños menores de un año que pudieron haber sido salvados con programas preventivos.

La gestión presupuestaria del Ministerio de Salud Pública continúa realizándose de forma tradicional por la ausencia de un convenio de gestión con la Dirección General de Presupuesto y el Ministerio de Hacienda para que los componentes presupuestarios del ministerio se correspondan al perfil epidemiológicos nacional, a los AVAD y los años de esperanza de vida saludables esperados (AVES).

La falta de un convenio en el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), impide que las enfermedades de alto costo sean cubiertas por el Seguro Familiar de Salud (SFS), teniendo que seguir atendidas por el Ministerio de Salud, lo que resta capacidades para robustecer la gestión de la rectoría territorial a cargo de las Direcciones Provinciales de Salud y las Direcciones de Áreas de Salud.

Las capacidades de gestión del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 no han permitido que las agencias de cooperación internacional y los organismos multilaterales, puedan apoyar las gestiones del sector salud de la República Dominicana y en especial de su organismo rector.

El Ministerio de Salud Pública en este proceso, no ha sabido lograr la debida gobernabilidad y la participación comunitaria en los servicios de salud. El MISPAS y el SNS continúan sin un plan concurrente, donde el órgano rector del sistema pueda desarrollar armónicamente la regulación, supervisión e inspectoría de los servicios de salud.

De los 1,226 centros del primer nivel de atención de la República Dominicana, menos de un 15% ha podido fortalecerse en materia de capacidad resolutive, presencia de médicos, enfermeras y promotores de salud. Continua el egreso de recursos humanos en salud, especialmente médicos sin que, en su calidad y cantidad, se genere una correspondencia con lo que requiere el sistema de salud nacional.

La ausencia de un Máster Plan de Recursos Humanos del Sector Salud pactado entre el Ministerio y todas las universidades conduce a que más de 2,600 médicos continúen graduándose anualmente, sin que hayan puestos para emplearlos, ni tampoco todos puedan hacer una especialidad médica. Asimismo, las 54 especialidades²⁶² médicas del país, avaladas por 186 programas de residencias contabilizados, continúan su ejecución sin la calidad necesaria, ni el desarrollo de la investigación.

²⁶⁰ República Dominicana. Dirección General de Impuestos Internos (DGII). Reportes de Impuestos a las bebidas alcohólicas y a la importación de alcohol. 2010-2022.

²⁶¹ GIZ.CDES. BID. Diversos estudios y análisis de la Gestión Integral de los Residuos Sólidos en la República Dominicana.

²⁶² Ministerio de Salud y OPS. Evaluación de las Residencias Médicas de nueve (9) hospitales de la República Dominicana. 2019.

7.2.2. Escenario planificado: ¿Si hacemos justo lo que debemos hacer?

Al año 2030, la efectiva implantación del proyecto de **Recuperación y Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención**, sumado al diseño y puesta en operación del Máster Plan de Recursos Humanos, favorecen una nueva prospectiva de gestión de redes de servicios que robustece la participación social y el impulso del proyecto de Ciudades y Municipios Saludables promovido por la Liga Municipal Dominicana, FEDOMU y el Ministerio de Salud. Iniciativas que permiten aprovechar fortalezas y oportunidades del sector para robustecer las Direcciones Provinciales y Áreas como organismos impulsores de la salud colectiva y rectores de los servicios de salud en el territorio de las 32 provincias de la República Dominicana. Al concluir la tercera década de este siglo XXI, la población, no supera los 11 millones de habitantes como resultado de programas de fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva; intervenciones que a su vez logran reducir el embarazo en adolescentes, matrimonios infantiles, la mortalidad materna y los fallecimientos evitables en niños y adolescentes.

La gobernabilidad y gobernanza se expanden a todos los niveles del sector, asimismo acontece con la participación en servicios de salud y los mecanismos de veeduría ciudadana de los servicios y la gestión. Especiales resultados se logran en la relación de rectoría del Ministerio de Salud Pública (MISPAS) sobre el organismo regido, el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Como resultado más del 70% de los 189 hospitales de segundo y tercer nivel de todo el territorio, registran Consejos de Administración Hospitalaria en funciones con agenda y actas formales, y que rinden cuenta a las diversas comunidades servidas. La estrategia de municipios saludables incorpora más del 50% de los 158 municipios de la República Dominicana en la inversión en parques urbanos con buenos sistemas verdes, espacios públicos y corredores peatonales para realizar ejercicios físicos y efectuar actividades culturales de baile y relajamiento mental al conjunto de pobladores Envejecientes de sus territorios.

La Liga Municipal Dominicana (LMD) y la Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU) realizan la premiación anual de los municipios que se destaquen elevando la inversión pública en salud y en espacios públicos saludables en estos territorios. Elevando las transferencias vía el gabinete de descentralización de la gestión.

Se logra el desarrollo de al menos 10 Rellenos Sanitarios Regionales en las diversas regiones de planificación, con áreas especiales para tratar los residuos peligrosos derivados de la atención en los servicios de salud.

Al segundo año de gestión de este Plan Nacional Estratégico de Salud 2030, el Ministerio de Salud Pública transforma su gestión presupuestaria, priorizando inversiones públicas en coherencia con el perfil epidemiológico, los AVAD y los AVES, cambiando la matriz presupuestaria anteriormente enfocada en programas del pasado cuadro higiénico sanitario de la República Dominicana. Asimismo, logra traspasar al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y el Seguro Familiar de Salud (SFS), el Programa de Alto Costo y Ayudas Médicas. Lo anterior permite redireccionar recursos financieros especiales.

La prevalencia de hiperglicemia, sobrepeso, obesidad, índice de masa corporal, hipertensión arterial y consumo excesivo de alcohol, se reducen significativamente permitiendo un decrecimiento de más del 30% de las enfermedades coronarias, cerebrovasculares y la diabetes. El índice de masa corporal se mantiene en valores 25 kg/m² y 30 kg/m²; la hiperglucemia en valores menos a 126 mg/dl y reducción de la prevalencia de hipertensión a menos de 25% de la población adulta²⁶³.

En este proceso, el Ministerio de Salud garantiza que las entidades públicas gestoras del agua de consumo monitoreen, con la participación de los organismos correspondientes, la calidad del agua consumida en los servicios de salud. Igualmente, apertura conjunta con la Liga Municipal Dominicana (LMD), la medición de la calidad del aire en aquellas ciudades con elevada circulación vial y millones de viajes de origen y destino a los lugares de estudio y trabajo de las diversas ciudades.

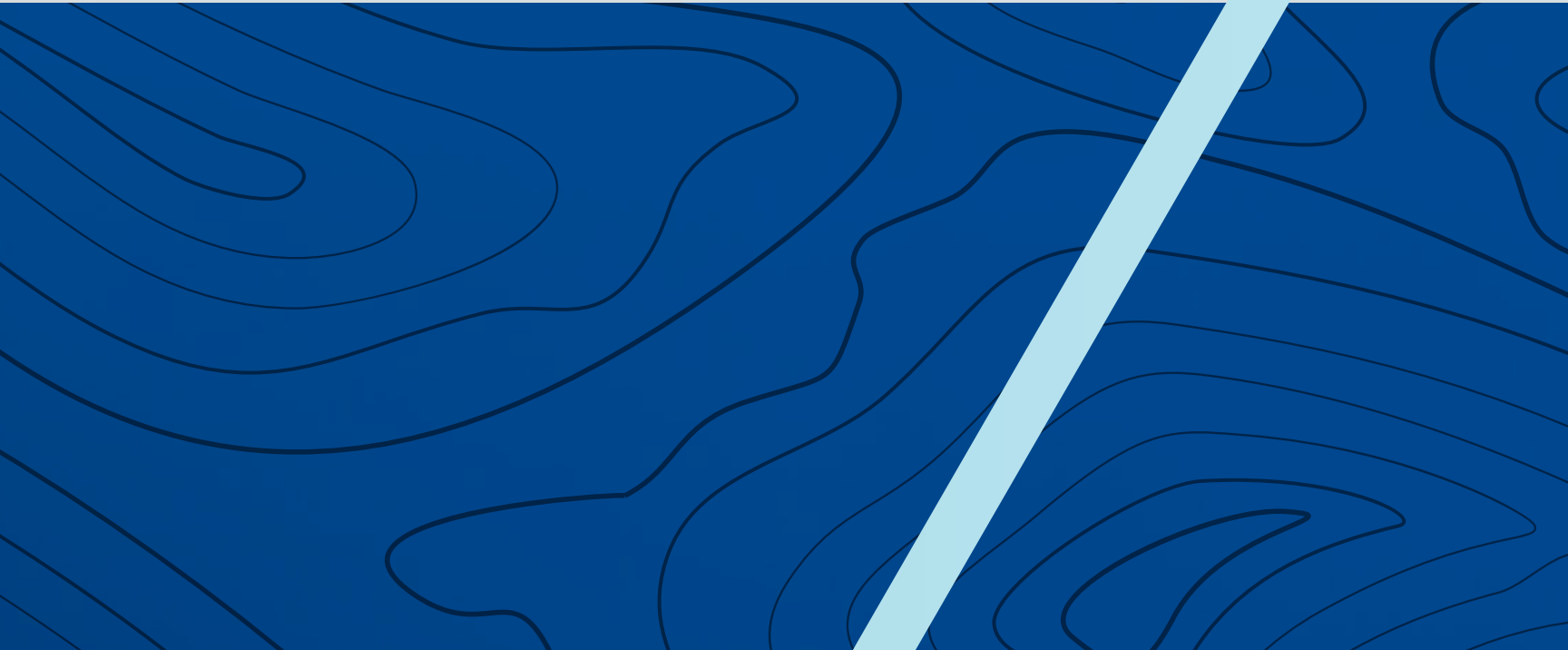
263 OPS/OMS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. OPS.

Como resultado de la implantación del Plan Estratégico de Seguridad Vial²⁶⁴ y el control de los Accidentes de Tránsito del INTRANT, y teniendo como propósito general reducir al 2030 un 50% de las muertes ocasionadas por el tránsito, se salvan más de 1, 500 vidas anuales y reduce el consumo de insumos y materiales en los hospitales como resultado de la atención a estos accidentes. Se masifica el uso obligatorio de los cascos homologados para los motociclistas con la activa participación de las empresas aseguradoras de vehículos, los ayuntamientos, el INTRANT y el Ministerio de Salud.

Resueltas las intervenciones decisivas para relanzar el primer nivel de atención, acontece el impulso efectivo de las ciudades sanitarias, las redes de Trauma, Materno Infantil y Oncología. Igualmente, la Red Salud Mental, los Nodos Hemocentro, las Unidades Cardiometaabólicas y los Centros Salud Vial, contribuyen a reducir la carga de enfermedad y aumentar las Años de Vida de Esperanza de Vida (AVES).



²⁶⁴ INTRANT, Ministerio de Salud. OPS/OMS. Plan Estratégico Nacional de Seguridad Vial 2030. 2021.





PRINCIPIOS RECTORES

7.3. PRINCIPIOS RECTORES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Los principios rectores de la planificación estratégica son los *fundamentos conductores* que expresan las esencias de la conducta institucional, individual y de gestión, esperada por todos los actores estratégicos en el diagnóstico integral y el conjunto de intervenciones planificadas.

Son *rectores* porque rigen, modulan y gobiernan la metodología de la implantación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. Declaraciones genuinas de compromiso con los fundamentos éticos del diseño y ejecución de los proyectos estructurantes.

Los principios rectores que se adaptaron durante el proceso de formulación del nuevo Plan Estratégico Nacional de Salud 2030²⁶⁵, son los siguientes:

- **Este Plan Estratégico Nacional de Salud es COHERENTE:** este principio se refiere al hecho de concurrencia y consistencia del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 con las políticas, planes y normas del Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública (SNIP) y el Plan Plurianual del Sector Público (PNPSP). Igualmente, es un principio que enfatizan que las *estrategias son la diferencia*, por lo que se realizó una especial labor para que el diagnóstico y formulación de este nuevo plan, fueran auténticamente innovadores y originales. Que garanticen repeticiones fuera de contexto y asuman referencias holísticas y universales. La coherencia se logra con estas formulaciones genuinamente nacionales. Se aseguró que este plan, *piense primero en lo nacional, para luego proyectar lo global*.
- **Este Plan Estratégico Nacional de Salud es FACTIBLE:** este criterio condiciona que este plan tome en cuenta en qué grado sus proyectos son transferibles a la realidad y a los actores estratégicos con capacidad de decisión. Se aseguró que las formulaciones estratégicas se puedan transferir y aceptar por los sectores representativos que intervienen de forma constante en la creación del futuro del sector salud de la República Dominicana y su entorno internacional. Se trató de que, en este *Plan Nacional* confluyeran cuatro (4) activos de factibilidad y viabilidad:
 - Actores con capacidad de decisión y actuación estratégica;
 - Proyectos con elevadas posibilidades de concreción y sostenibilidad;
 - Iniciativas con altas potencialidades de financiación;
 - Proyectos con una relación costo-beneficio garantizada.
- **Este Plan Estratégico Nacional de Salud se basa en la CONCERTACIÓN:** este principio de calidad refuerza una virtud de gobernabilidad del proceso estratégico nacional puesto en evidencia en la elaboración de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Su cumplimiento asegura que este plan garantice la concurrencia de la mayoría de los actores estratégicos con capacidad de decisión, tanto públicos, comunitarios como privados, en el interés de pensar y avizorar el desarrollo del sector salud como impulsor de calidad de vida y mejoría de funcionalidades y capacidades^{266,267} para la conquista del bienestar de la población. No es pensar la Nación de un grupo social, económico o político, sino en el país que soñaron y decidieron alcanzar las dominicanas y dominicanos participantes.
- **Este Plan Estratégico Nacional de Salud se asume en FLEXIBILIDAD:** este imperativo llevará a proponer y generar escenarios laxos, asertivos, resilientes y dúctiles²⁶⁸ en una sociedad tan dinámica y cambiante como la dominicana en este mundo globalizado del siglo XXI. Se valora cómo esta universalidad en el periodo glacial del antropoceno²⁶⁹ donde los seres humanos han llevado al planeta al extremo, se conecta con la República Dominicana, en un contexto de potencialidad pandémica permanente. Se entiende que la dinámica mundial hace que la República Dominicana sea un territorio en continuo cambio y transformación. Esta Nación se piensa y planifica como una nación en transición.
- **Este Plan Estratégico Nacional de Salud es CONCURRENTE:** pues condiciona que este proceso escudriñe la convergencia territorial y sectorial de los diferentes niveles de gestión y gobierno que se expresan en la Nación. La concurrencia hace considerar una adecuada relación entre los sistemas e instrumentos de planificación estratégica, planificación e inversión pública y sostenibilidad ambiental. Se asegura la búsqueda de la coherencia entre las visiones estratégicas que sobre el mismo territorio sostienen el gobierno central, y la sociedad civil, ponderándose el proceso con el Plan Nacional Plurianual del Sector Público²⁷⁰ orientado por el MEPyD y con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 que impulsa el Estado dominicano.

265 Ministerio Salud Pública y Consejo Nacional Salud. Metodología aprobada Plan Estratégico Nacional en Salud 2030. 2022

266 Ceara-Hatton, M. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007-2008. "Desarrollo humano, una cuestión de poder". Santiago. Oficina de Desarrollo Humano.

267 Klisberg, B. El Capital Social. Instituto Latinoamericano de Estudios Sociales. Banco Interamericano para el Desarrollo (BID)(BID). Curso de Postgrado en Gestión Social. INDES-BID, Washington, 2000.

268 Saldías C. Sistema de Certificación de la Calidad de la Planificación Estratégica; y Sistema de Evaluación de la Calidad de la Planificación Estratégica. Bogotá, Colombia. Mayo 2006.

269 PNUD. Informe Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera: el desarrollo humano y el Antropoceno. 2020.

270 MEPyD. Dirección General de Desarrollo Económico y Social. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021-2024.

- **Este Plan Estratégico Nacional de Salud tendrá SEGUIMIENTO:** este principio de calidad conduce a vincular lo inmediato y lo mediato, y el corto con el mediano plazo. Al momento de formular este plan, se aseguró la definición de una Línea de Base y un Observatorio “Salud 2030” como herramientas que ayudarán a monitorear la implantación y ejecución del plan.
- **Este Plan Nacional de Salud expresa un PROCESO:** este principio rector final, pero no menos importante, orienta el sentido de asegurar la calidad total del plan, para que guarde relación con los procesos de articulación de actores estratégicos, recolección de información, formulación, aprobación, comunicación, implantación y ejecución, su correspondiente revisión y evaluación. Esto supone que este plan será un producto concreto y un resultado coherente con el proceso seguido en esta formulación. Además, será un proceso documentado y transparente para garantizar su replicabilidad y fiscalización por entes auditores.



7.4. VISIÓN SALUD 2030

La metodología empleada facilitó la construcción de los Sueños de Salud al año 2030 como **herramienta e insumo para crear la Visión Salud 2030**. Se consideraron como base los objetivos y líneas de acción establecidas en la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, la formulación de proyectos y la debida sinergia entre saberes socialmente distribuidos, el *expertis* científico-técnico y las propuestas de acción en favor del país. Incorporó además las “Consultas Estratégicas Regionales” y actividades de visión de salud comunitarias.

Esta visión se nutrió del conjunto de palabras que más se repetían en las sesiones de las comisiones técnicas, como en los foros regionales. Actividades donde los y las participantes aportaban una expresión apremiante e inspiradora del futuro preferido. Lo crucial de esta visión no es la expresión o la frase elaborada, sino el sentido de compromiso que genera y la actuación mancomunada que estimula. *Esta visión es un futuro para el corazón*. Con la intención de conmovir, estimular y movilizar a la República Dominicana y su sector salud.





La visión construida va en el orden de lograr entre todas y todos:

“Una nación saludable con pleno ejercicio del derecho a la salud, impulsada por la participación social, la protección del ambiente y servicios humanizados, asequibles y de calidad”



La Visión Salud 2030 valora el concepto **Nación Saludable** como la expresión formal de una población residente en un territorio, estructurado políticamente en un Estado Social y Democrático de Derecho, organizado en forma de República que respeta la dignidad humana, los derechos fundamentales, el trabajo, la soberanía y la separación e independencia de los poderes públicos.

La Visión Salud 2030 promueve el respeto al pleno ejercicio del **Derecho a la Salud** como garantía de que toda persona tiene derecho a un completo bienestar físico, mental y social. Debiendo el Estado velar por la protección de la salud de todas las personas, acceso al agua potable, mejoramiento de la alimentación, los servicios sanitarios, condiciones higiénicas, 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.

La Visión Salud 2030 promueve la **Participación Social** tanto en el conocimiento de las causas de los problemas de salud, como en su solución, promoviendo que la ciudadanía pueda participar en todos los espacios que la ley y la constitución faciliten en los diferentes niveles de atención del sistema de salud y en todas las estructuras formales del Estado en el sector salud. Teniendo derecho a pedir cuentas y exigir transparencia en la utilización de los recursos públicos invertidos y utilizados en el sector salud.

La Visión Salud 2030 fomenta y anima a la **Protección del Ambiente** y el ordenamiento territorial saludable, en el ejercicio de la producción social de la salud, así como en el despliegue de servicios en todos los niveles del sistema, gestionando con otros sectores públicos y sociales, el logro de asentamientos saludables, sostenibles y resilientes en tanto en cuanto se adapten al cambio climático y prevengan los riesgos para lograr un completo bienestar de la población.

La Visión Salud 2030 impulsa y conforta **Servicios Humanizados** en tanto en cuanto incluyan mucho más que recursos humanos que ofertan servicios con calidad y calidez. La humanización impone la certeza de que solo con la voluntad de las personas en los servicios y la comunidad, es factible implementar servicios de salud humanizados, haciendo cálido, familiar y afable a alguien o algo, es decir, comprensivo y sensible a los infortunios ajenos, realizado en la macro, meso y micro gestión de la atención.

La Visión Salud 2030 induce y fortalece los **Servicios Asequibles** y de calidad como base para que las personas puedan llevar una vida más saludable y productiva y que los países tengan una cobertura sanitaria universal. Que proteja a la ciudadanía de los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, medicamentos y vacunas seguros, eficaces, y de calidad para todos y todas. El acceso a una atención primaria de calidad es la piedra angular de la de la visión 2030.

La Visión Salud 2030 alienta, vigoriza y demanda por **Servicios de calidad** con una atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como virtudes. Logrando así, estos atributos, disponibilidad de los servicios y su adecuada organización y gestión. La Visión llama a que mejorar la calidad de la atención en la provisión de servicios de salud impone la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, producto esperado de la implantación de este Plan Estratégico Nacional de Salud al año 2030.









OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
LÍNEAS DE ACCIÓN Y
PROYECTOS ESTRUCTURANTES.

7.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y PROYECTOS ESTRUCTURANTES.

7.5.1. Introducción

El momento de arribar a los Objetivos Estratégicos, las Líneas de Acción y los Proyectos Estructurantes es decisivo. Estos elementos se derivan del diagnóstico participativo realizado en cada uno de los cuatros pilares en que se organizó la intervención de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. Es paso decisivo porque es la **fase de las intervenciones concretas** para lograr el **Escenario Deseado y Planificado** que conducen a la Visión Salud 2030.

Precisamente, este plan será efectivo y de impacto si acumula la capacidad de adaptarse, reaccionar y anticiparse a los cambios en el sector salud local y mundial. Si avizora como elemento fundamental el funcionamiento y la narrativa de las acciones que habrán de transformar la salud valorada sólo como un servicio, en un auténtico medio, escenario y fin del desarrollo. Estrategia donde Estado, organizaciones, colectivos de personas y otros organismos y entidades, ya sean públicas, sociales o privadas, se acerquen a lograr salud universal para todos y todas.

El rápido desarrollo tecnológico, junto con la consolidación de la cuarta revolución industrial, los movimientos sociales en red, los crecientes efectos producidos por el cambio climático e invasión del espacio natural, entre otros, aceleran cambios, generan pandemias, crisis, guerras, pero también desarrollo, si logramos gestionar estos grandes cambios. Entendemos los objetivos estratégicos, las líneas de acción, los proyectos estructurantes como un continuum metodológico vinculado a la acción.

Donde los Objetivos Estratégicos son esa orientación general, sinérgica y concurrente que resumen las direccionalidades hacia donde deben ser conducidos, con sentido de impacto inmediato, las líneas de acción y los proyectos estructurantes.

Con la orientación de elevar la inclusión social y las redes de servicios, utilizando una gobernabilidad y gobernanza que mejore la eficiencia y la apropiación social de las acciones; gestando una relación con el ambiente que proteja el medio natural y se adapte al medio ambiente, intervenciones financiadas con racionalidad económica, basadas en inversiones dirigidas a lograr más años con esperanza de vida saludable.

Las Líneas de Acción por su parte, son esas orientaciones concretas que cada objetivo estratégico pretende desplegar para asegurar la integralidad de las intervenciones contenidas en los proyectos estructurantes, con el interés de mejorar y transformar el conjunto de indicadores de daño a la salud.

Finalmente los Proyectos Estructurantes son el conjunto de intervenciones sinérgicas con capacidad de impacto efectivo sobre los problemas asociados a la inclusión, gobernabilidad, ambiente y economía de salud que tendrán las capacidades de garantizar continuidad, complementariedad, articulación y sostenibilidad. Conectados por acciones de victoria rápida o de impacto inmediato como actividades impulsadas por el gobierno nacional y local; también por otros actores, que se expresarán como acciones demostrativas, focalizadas y microlocalizadas.

Aportan los primeros pasos en la solución, elevan la cohesión social y respaldo institucional de las acciones. Son complementadas con acciones de incremento de escala como iniciativas que aportan sostenibilidad en la medida que aumentan la amplitud territorial de las acciones de corto plazo. Si se ejecutan, entonces tendremos proyectos que quebrarán las tendencias adversas, garantizan el control, eliminación y erradicación de los problemas que dieron origen al proyecto. Llevan la nación a un punto de no retorno a los problemas iniciales.



7.5.2. Objetivo Estratégico I para lograr inclusión social, redes y servicios

Orientado a elevar el acceso a la salud de toda la población, en especial los grupos vulnerables, a través de mejores condiciones de vida, redes con un primer nivel de atención fortalecido y servicios inclusivos, integrales, de calidad y humanizados, con recursos humanos con nuevas habilidades y capacidades que utilizan información efectiva, automatizada y resolutive de forma oportuna.

Líneas de acción

- Mejoramiento del acceso a la salud elevando las condiciones de vida y la calidad de los servicios.
- Priorización de la promoción y prevención en las intervenciones.
- Fortalecimiento integral el Primer Nivel de Atención.
- Transformación de recursos humanos en salud, la tecnología y el abastecimiento.
- Gestión integral de la información.

Este primer objetivo estratégico del sistema de cuatro grandes componentes del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, valora las características demográficas de la población en general, en especial los grupos vulnerables más necesitados de acciones incluyentes, o aquellos que representan y expresan una deuda social acumulada. Asimismo, estudia los procesos de evolución de la población y perfil epidemiológico del país, valorando el pasado y proyectando el futuro, como manera de prever las necesidades que tendrá la población en los próximos años en materia de salud.

Tiene los fines de procurar elevar los niveles de salud para el año 2030. Este eje considera especialmente las iniciativas de promoción y prevención, como tareas ejecutadas, principalmente, con la implementación y masificación integral de la estrategia de atención primaria en salud (APS), reflejada concretamente, en un primer nivel resolutive, integral y de calidad. En este orden se estudiaron los servicios, no solo curativos, así como las redes de salud con todos sus elementos.

El fin último de este eje fue analizar los elementos de inclusión, redes y servicios que procuran la garantía del derecho a la salud, incluyendo las condiciones de vida, con el objetivo de mantener, proteger, restaurar y/o rehabilitar la salud.



7.5.2. Objetivo Estratégico II para gestar gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria

Fortalecer la gobernabilidad y la concurrencia de la visión y acción del sector y el sistema de salud mediante el robustecimiento de la articulación, la efectividad, la transparencia y la representatividad, con la decisiva participación e involucramiento de todos los sectores y la ciudadanía, para facilitar el ejercicio del derecho a la salud.

Líneas de acción

- Actualización del marco legal, normativo y reglamentario para el ejercicio de la rectoría.
- Fortalecimiento del modelo de información gerencial de salud.
- Consolidación de la transparencia y la rendición de cuentas.
- Implementación de la desconcentración de la rectoría dotando a las estructuras locales de los recursos y capacidades necesarios para realizar sus funciones de forma efectiva.
- Estructuración de la composición y funcionamiento de los órganos e instancias de articulación nacionales y territoriales.

Este segundo objetivo estratégico se orienta a la caracterización e impulso de la articulación, cohesión y concurrencia de los sectores representativos de organizaciones, fuerzas y grupos públicos, privados y comunitarios en la implementación de políticas públicas, regulaciones, sistemas de gestión y servicios de salud que facilitan a todos los sectores sociales de la Nación el pleno ejercicio del derecho a la salud.

Es uno de los objetivos relacionados con pilares estratégicos que más están vinculados al desarrollo de la democracia y la gestión moderna del sector salud, que propone proyectos estructurantes e iniciativas de impacto rápido para robustecer el Ministerio de Salud y todo el sector salud, en base a un ejercicio eficiente y efectivo de la rectoría y autoridad sanitaria.

El objetivo estratégico propone resolver los problemas vinculados a la regulación de la producción social de la salud, y la dirección y conducción de acciones sanitarias (Ley 42-01). Estas iniciativas deben producir la coordinación de acciones descentralizadas y desconcentradas de las diferentes instituciones públicas, privadas y sociales; y asimismo garantizar una nación articulada, participativa y democrática en los servicios y programas de salud con el involucramiento y participación de las organizaciones sociales en la cogestión de los servicios de salud, así como buenos mecanismos de coordinación, veeduría y observación ciudadana.





Objetivo Estratégico III: para gestar ambiente, territorio, riesgos naturales-antrópicos y adaptación al cambio climático

Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y su capacidad de articulación con entidades públicas y privadas relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y riesgos naturales-antrópicos, para promover asentamientos humanos, municipios y ciudades saludables, sostenibles y resilientes, a partir de iniciativas de concurrencia con el sector ambiente y recursos naturales del Estado y la sociedad civil.

Líneas de acción

- Mejoramiento de la infraestructura de servicios de agua, saneamiento y residuos sólidos en centros de salud.
- Sostenibilidad y resiliencia de la infraestructura de los centros de salud ante el cambio climático y los riesgos naturales.
- Fortalecimiento institucional del Sistema de gestión articulada de la salud ambiental.
- Sistematización integrada de investigación y monitoreo de la salud y el cambio climático.
- Fortalecimiento de la capacidad de gestión del MISPAS en prevención de accidentes de tránsito.

Este objetivo estratégico concentrado en ambiente/territorio, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos se fundamenta en un análisis sectorial desde un enfoque integral y concurrente con la relación salud-medio natural, y sociopolítico-medio construido. Esto significa que se valoran, interpretan y relacionan las causas de la situación de salud y el bienestar de la población, a partir de las interacciones que se generan en las siguientes relaciones:

- **Relación Sociedad-Naturaleza**, que alude a la modalidad de uso, conservación y aprovechamiento de los recursos naturales por parte de la sociedad;
- **Relación Sociedad-Estado**, que refiere a la dinámica de satisfacción de las demandas de la sociedad por parte del Estado, como superestructura jurídico-política; y
- **Relación Sociedad-Asentamientos Humanos**, que responde al modo **en que** la población se concentra o dispersa en el territorio, residiendo en asentamientos atractores de población o asentamientos humanos expulsivos de sus habitantes.

Propone proyectos estructurantes en lo relativo al ambiente, territorio, riesgos y cambio climático. Compendia contradicciones y vínculos desde el sector salud, valorando los encuentros y desencuentros entre medio natural, medio social y medio construido. Asimismo, se conoció y propuso soluciones para transformar problemáticas de higiene ambiental; inocuidad de los alimentos; cambio climático, riesgos y amenazas; gestión de emergencias y desastres naturales; ordenamiento territorial de redes de servicios; habilitación higiénica de los establecimientos de salud; gestión de residuos y desechos de salud; clima, trabajo y salud ocupacional; y la ocurrencia o contención de los accidentes de tránsito.



Objetivo Estratégico IV: para gestar una economía en salud incluyente y universal

Para impulsar acopio y contribución de recursos financieros racionales para transformar el Estado de Salud de la Población (ESP) y costear los servicios, vía un modelo de gestión impulsado con el presupuesto público y un plan básico de salud (PBS), eficiente y coherente con los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Años de Vida de Esperanza de Vida Saludable (AVES). Proceso que acopiará y egresará recursos e insumos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Presupuesto Público en Salud, promoviendo la eficiencia del sector, para facilitar el avance hacia la cobertura universal vía la implantación de la estrategia de atención primaria especialmente en un primer nivel de elevada capacidad resolutive.

Líneas de acción

- Financiamiento del relanzamiento y fortalecimiento inmediato del primer nivel de atención, en una primera fase en el sector público con la implantación de su funcionamiento integral y resolutive, partiendo de un cronograma y ruta crítica.
- Diseño y ejecución de acciones financieras encaminadas al fortalecimiento institucional de la salud colectiva impulsada por las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud como órganos rectores en el territorio de la red de servicios del primer nivel de atención.
- Modificación de estructuras programáticas presupuestarias del Ministerio de Salud para aumentar su grado de vinculación con el perfil epidemiológico, y eliminando programas de bajo impacto. En particular se recomienda transferir al SFS, el financiamiento del programa de medicamentos de alto costo; también reajustando la atención y prevención de la tuberculosis, modificar y unificar el VIH/SIDA.

Este objetivo estratégico termina de completar el ciclo explicativo del sector salud dominicano. Propone iniciativas para garantizar un financiamiento integral y gestionar de forma transparente y eficiente las donaciones. Compila y genera consenso en acciones de políticas públicas coherentes con el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP), auspiciado por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD), para la utilización de las cuentas nacionales como insumos en la toma de decisiones financieras.

En el proceso de planificación estratégica de salud al año 2030, el pilar economía y salud se interpreta y se define como el subproceso que comprende el suministro y requerimiento de insumos y recursos (humanos, físicos y financieros), así como su distribución y balance entre los proveedores públicos y privados de servicios de salud, asegurando la máxima efectividad y eficiencia en el uso de estos, así como el máximo impacto en los años de vida saludables esperados por la población (AVES). Es un pilar que también analiza la producción de servicios; los costos de los programas y sus impactos en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y Años de Vida Esperados Saludablemente (AVES). Igualmente, valora la producción privada de servicios financiados vía el seguro familiar de salud (SFS) y el pago directo de los hogares en servicios. Analizarlo simultáneamente con los otros tres ejes de planificación estratégica sectorial del plan es fundamental para valorar el impacto de las diferentes formas y clasificaciones del gasto, sus fuentes de financiamientos y articulaciones de corto, mediano y largo plazo con la dinámica de la economía en su conjunto, y el empleo y generación del ingreso.







PROYECTOS ESTRUCTURANTES

DEL EJE DE INCLUSIÓN SOCIAL,
REDES Y SERVICIOS

PROYECTOS ESTRUCTURANTES DEL EJE DE INCLUSIÓN SOCIAL, REDES Y SERVICIOS

- 1.1. Fortalecimiento integral del Primer Nivel de Atención.
- 1.2. Plan de sostenibilidad de Revisión periódica del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales.
- 1.3. Transformación del Programa de Alto Costo.
- 1.4. Plan de análisis de Propuestas innovadoras de financiamiento del Programa de Alto costo y Ayudas Médicas Directas.
- 1.5. Fortalecimiento de los mecanismos y procesos de compra y distribución de PROMESE/CAL.
- 1.6. Dotación para el cumplimiento de estándares requeridos en la habilitación de centros públicos de servicios.
- 1.7. Programa de Educación en Salud para disminución de riesgos.
- 1.8. Programa de servicios de rehabilitación física accesibles y oportunos.
- 1.9. Plan Nacional de Seguridad del Paciente.
- 1.10. Diseño y construcción de red de centros de salud mental, regeneración sicosocial y desarrollo humano.
- 1.11. Recursos humanos acreditados para garantizar acceso a personas con capacidades diferentes.
- 1.12. Puesta en marcha de la Carrera Sanitaria.

OBJETIVO ESTRATÉGICO I PARA LOGRAR INCLUSIÓN SOCIAL, REDES Y SERVICIOS

Elevar el acceso a la salud de toda la población, en especial los grupos vulnerables, a través de mejores condiciones de vida, redes con un primer nivel fortalecido y servicios inclusivos, integrales, de calidad y humanizados, con recursos humanos con nuevas habilidades y capacidades que utilizan información forma oportuna.



1.1 Fortalecimiento integral del Primer Nivel de Atención en Salud.

“Salud Comunitaria Activa”

Descripción del proyecto

Esta iniciativa realizará una intervención gradual con impacto en el conjunto de 1,348 Centros del Primer Nivel (CPN) en toda la geografía nacional, mejorando en los primeros 12 meses el 30% (404) de todos los CPN. Se mejorará su estructura física, equipamiento tecnológico y desempeño de los recursos humanos en salud (RHS). Se renovarán más de 367 Centros de Primer Nivel (CPN) y se fortalecerán las capacidades resolutivas de las Unidades



de Atención Primaria (UNAPS) e incluyendo al equipo responsable de promoción en salud. Se aportarán instrumentos para garantizar efectividad, clínica, administrativa y financiera, como herramientas indispensables para la garantía de la calidad en la prestación de los servicios. Se busca garantizar la protección de la salud, mantener saludables a las personas, familias y comunidades, brindar servicios de atención acordes al primer nivel para maximizar la evitación de complicaciones, se trabajará con el sistema de red a través de referimiento y contrarreferimiento con los prestadores adecuados. Para esto se requiere: **i)** desarrollar en los profesionales y colaboradores de los CPN la calidad y humanización; **ii)** garantizar un colectivo de familias monitoreadas y atendidas con Ficha de Salud Familiar (FSF) digital que tome como referencia las herramientas del Modelo de Atención de la República Dominicana; **iii)** garantizar que el perfil de competencias de los recursos humanos de los CPN y las UNAPS se correspondan con una retribución salarial competitiva. El proyecto fortalecerá todas las Unidades de Atención Primaria de Salud (UNAPS) del entorno de los CPN intervenidos para que realmente constituyan equipos de salud familiar y comunitaria. Este nivel de atención debe garantizar la salud, organizando los CPN/UNAPS, a razón de una UNAPS por cada 750 familias. Cada CPN y sus correspondientes equipos comunitarios tendrán un manual operativo de salud familiar que establece servicios a ofertar en el plan básico de salud (PBS) y Ficha de Salud Familiar (FSF). Este proyecto responde al **Acuerdo Número 7** alcanzado en el Diálogo Nacional de Salud del Consejo Económico Social (CES).

Los ODS 1, 3, 10 y 11 están directamente vinculados con este proyecto. En la medida que se asuman conductas saludables, se reduzcan mortalidades por enfermedades no transmisibles, la mortalidad infantil y materna y otras víctimas evitables se reduce la pobreza (ODS 1); igualmente se avanza en salud y bienestar (ODS 3); al decrecer estas mortalidades se reducen desigualdades (ODS 10) lográndose como resultado de esta interacción, provincias, municipios, ciudades y territorios saludables y sostenibles (ODS 11). Es decir, se impulsa una alianza estratégica genuina por la vida saludable y la reducción de mortalidades evitables.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: Objetivo General 1.3. Democracia Participativa y ciudadanía responsable.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral: 2.3. Igualdad de derechos y 2.4. Cohesión Territorial.

Propósito general

Transformar de forma gradual, la gestión de los Centros del Primer Nivel (CPN), impulsando en una primera fase el relanzamiento y fortalecimiento integral del 30% de estos para que se concentren en mantener la salud de las personas con medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria; fomentando la búsqueda activa de signos de riesgos y precoces de enfermedad en las familias; igualmente, promoviendo nuevos modos de vida y conductas saludables.

Productos Entregables (PE)

- Inventario municipal, provincial y nacional de los CPN, realizado.
- Reestructuración física del 30% de los CPN.
- Plan de abastecimiento de medicamentos e insumos, especialmente para las enfermedades no transmisibles.
- Herramientas y equipos de diagnóstico rápido de acuerdo con el modelo de atención.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y competencias de líderes y lideresas comunitarias, promotores/as, técnicos/as de salud familiar y otros.
- Gestión de visibilidad social en coordinación con los medios de comunicación.
- Plan de capacitación del personal médico y administrativo de los CPN.
- Certificación del personal médico y administrativo en áreas claves.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS)
Servicio Nacional de Salud (SNS)
Ministerio de Administración Pública
Ministerio Economía Planificación y Desarrollo
Liga Municipal Dominicana (LMD)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Organismos internacionales multilaterales
Organizaciones de Vecinos y ASFL

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.



Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La inversión pública, la asistencia técnica directa y los fondos de inversión provenientes de préstamos de los organismos multilaterales a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 4,500 millones de pesos. Recursos que en renglones de: **i)** inventarios de situación, **ii)** mejoría física y tecnológica, **iii)** contratación de recursos humanos, **iv)** educación permanente y **v)** visibilidad habrá que calcular de forma concreta. Este proyecto transitará por el ciclo normal de planificación que inicia con estudios de prefactibilidad y alcance, lo cual además permitirá identificar con mayor precisión los actores estratégicos involucrarse y los roles de cada uno.

1.2. Plan de sostenibilidad para la revisión periódica del Cuadro Básico Medicamentos Esenciales (CBME).

“La actualización salva vidas”

Descripción del proyecto

El CBME es una herramienta que garantiza el acceso a medicamentos esenciales por parte de la población los cuales deben ser cubiertos por la seguridad social, específicamente por el Plan Básico de Salud (PBS). Asimismo, aporta las bases para racionalizar el uso de medicamentos. Según la resolución sobre el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de agosto 2015, queda establecido que la revisión del CBME debe realizarse cada 2 años bajo la coordinación de la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios, juntamente con las instituciones correspondientes, bajo la vigilancia y supervisión del Ministerio de Salud. Este plazo coincide con la revisión de la lista OMS de Medicamentos Esenciales por parte de un grupo de expertos. La séptima y última revisión fue en 2018, contiene 797 medicamentos y 465 principios activos. Esta versión incluyó 30 grupos terapéuticos con la adición de 35 medicamentos correspondientes a 28 principios activos, que se utilizan para abordar prioridades en programas de salud colectiva con terapias innovadoras, incluyendo VIH, tuberculosis y planificación familiar; así como medicamentos cardiovasculares, psicofármacos y tratamiento para hepatitis B y C, entre otros. Se propone que la revisión del CBME se lleve a cabo cumpliendo con los plazos establecidos por la normativa y utilizando principios de fármaco-economía, beneficio-riesgo según la evidencia científica disponible y la relación de coste-efectividad.



Los ODS 3, 9 y 12 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 dado que la revisión sostenible del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales (CBME) aporta acceso a medicamentos esenciales cubiertos por la seguridad social; el ODS 9 puesto que la industrialización inclusiva y sostenible, junto con innovación e infraestructura, aceleran las fuerzas económicas que garantizan nuevos medicamentos facilitando la atención a las personas. Finalmente, ODS 12, será promovido en la medida que, con el CBME se promueva un consumo responsable por parte de la ciudadana, el paciente y el ambiente.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social Integral
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Proponer una metodología sostenible para que cada 2 años el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales (CBME), sea revisado y actualizado de manera que se asegure la permanente incorporación y oportuna exclusión, de las mejores y menos efectivas terapéuticas farmacológicas que permitan elevar el acceso de la población a medicamentos de manera asequible y equitativa.

Productos Entregables (PE)

- Propuesta Metodológica de Revisión Sostenible del CBME.
- Diseño del cronograma a 10 años.
- Creación de Comité Interdisciplinario.
- Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales actualizado.

Actores Estratégicos del Proyecto

Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS).

MISPAS. Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Sociedades Científicas, Colegio Médico Dominicano y Universidades y Asociaciones de Profesionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 33 millones de pesos. Recursos para renglones tales como: **i)** consultorías para revisión del cuadro básico, **ii)** las gestiones para los trabajos de un comité interdisciplinario y **iii)** visibilidad, habrá que calcular de forma concreta. Muchos de estos productos que serán entregados cada dos años, son tareas misionales del Ministerio de Salud Pública.



1.3. Transformación del Programa de Alto costo y Ayudas Médicas Directas

“Por los pacientes: Gestión integral efectiva”

Descripción del proyecto

Este proyecto pretende robustecer el Programa de Acceso de Medicamentos de Alto Costo para que responda a la ley 87-01 que establece que el MISPAS debe responder a la población acceso a medicamentos seguros, eficaces, de calidad óptima sobre bases técnicas a fin de obtener la mejor efectividad terapéutica. Fue creado como una dependencia del Despacho del Ministro de Salud mediante la disposición ministerial 000003-15 del 5 de marzo de 2015. Actualmente, este programa **no posee una estructura administrativa** acorde a las necesidades. Además, presenta un incremento sostenido de beneficiarios, nuevas tecnologías sanitarias, ampliación de la cartera de servicios, nuevos procedimientos para autorización de suministro y facturación a las ARS según lo establecido por SISALRIL. Se pretende mediante este proceso de transformación, garantizar las funciones de la Dirección DAMAC como son: **i)** promover el desarrollo de políticas para el acceso a medicamentos de alto costo y otras tecnologías sanitarias, **iii)** monitorear los procesos relacionados a las buenas prácticas de almacenamiento, suministro, dispensación y administración de medicamentos de AC, **ii)** autorizar solicitudes de aprobación para cobertura de medicamentos de AC y **iv)** llevar a cabo procedimientos y lineamientos técnicos a nivel general con fines de garantizar la calidad de los servicios ofertados. Para estos fines se requiere diseño de un sistema de gestión que incluye: **a)** creación de una política nacional de ingreso, permanencia y alta de pacientes e inclusión y exclusión de moléculas; **b)** rediseño de procesos internos y externos, **c)** nuevas alianzas estratégicas, **d)** métodos de compra innovadores, **e)** definición de roles y necesidades concretas de personal, y **f)** inclusión de herramientas tecnológicas de apoyo, entre otras.



Este proyecto pretende robustecer el Programa de Acceso de Medicamentos de Alto Costo para que responda a la ley 87-01 que establece que el MISPAS debe responder a la población acceso a medicamentos seguros, eficaces, de calidad óptima sobre bases técnicas a fin de obtener la mejor efectividad terapéutica. Fue creado como una dependencia del Despacho del Ministro de Salud mediante la disposición ministerial 000003-15 del 5 de marzo de 2015. Actualmente, este programa **no posee una estructura administrativa** acorde a las necesidades. Además, presenta un incremento sostenido de beneficiarios, nuevas tecnologías sanitarias, ampliación de la cartera de servicios, nuevos procedimientos para autorización de suministro y facturación a las ARS según lo establecido por SISALRIL. Se pretende mediante este proceso de transformación, garantizar las funciones de la Dirección DAMAC como son: **i)** promover el desarrollo de políticas para el acceso a medicamentos de alto costo y otras tecnologías sanitarias, **iii)** monitorear los procesos relacionados a las buenas prácticas de almacenamiento, suministro, dispensación y administración de medicamentos de AC, **ii)** autorizar solicitudes de aprobación para cobertura de medicamentos de AC y **iv)** llevar a cabo procedimientos y lineamientos técnicos a nivel general con fines de garantizar la calidad de los servicios ofertados. Para estos fines se requiere diseño de un sistema de gestión que incluye: **a)** creación de una política nacional de ingreso, permanencia y alta de pacientes e inclusión y exclusión de moléculas; **b)** rediseño de procesos internos y externos, **c)** nuevas alianzas estratégicas, **d)** métodos de compra innovadores, **e)** definición de roles y necesidades concretas de personal, y **f)** inclusión de herramientas tecnológicas de apoyo, entre otras.

Los ODS 3, 9, 10 y 12 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 dado que el programa de alto costo impacta directamente sobre pacientes cuyas patologías requieren un tratamiento que no es asequible y de no entrar en el programa los resultados de progreso y evitación de la mortalidad serían negativos. El ODS 9 también se ve impactado puesto que, lo que requiere alto costo es un uso de la industria de medicamentos de forma racional, basado en la innovación tanto en tecnología sanitaria como en el modelo de gestión, además de una infraestructura no solo física sino, sobre todo, organizacional. Uno de los mayores impactos será en el ODS 10 sobre reducción de las desigualdades. Actualmente, solo los/as pacientes con poder adquisitivo alto pueden costear los tratamientos de alto costo lo que genera una brecha de desigualdad social. Alto costo permite cumplir con el principio de equidad. Simultáneamente, esta transformación permite que se haga una producción y consumo responsables de los medicamentos requeridos, por esta razón también el ODS 12 está vinculado a este proyecto.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social Integral
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Transformar el Programa de Alto Costo con un proceso de gestión integral que garantice el cumplimiento del mandato del MISPAS haciendo un uso eficiente y eficaz de los recursos para que los pacientes cuyas patologías lo ameriten tengan garantía de acceso a las mejores terapéuticas farmacológicas de manera asequible y equitativa.

Productos Entregables (PE)

- Creación de Comité Interdisciplinario.
- Diagnóstico del Programa de Alto Costo.
- Propuesta Metodológica de Transformación.
- Política Nacional de ingreso, permanencia y alta de pacientes e inclusión y exclusión de moléculas
- Propuestas de herramientas tecnológicas de apoyo para registro de solicitudes, seguimiento de pacientes, inventario de moléculas, pedidos de compra, entre otras.
- Plan de sostenibilidad a 7 años.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Despacho del Ministro.

MISPAS. Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

MISPAS. Viceministerio de Salud Colectiva. Dirección de Alto Costo y Ayudas Médicas.

MISPAS. Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud.

MISPAS. PROMESE-CAL.

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Profesionales Médicos de especialidades claves.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 22 millones de pesos para la gestión de recursos en renglones tales como: **i)** consultorías para el diagnóstico de situación del programa alto costo, **ii)** las gestiones para los trabajos un comité interdisciplinario y **iii)** política nacional de ingreso, entre otros. Muchos de estos productos que será entregados cada dos años, son tareas misionales del Ministerio de Salud Pública.

1.4. Plan de análisis de Propuestas innovadoras de financiamiento del Programa de Alto costo y Ayudas Médicas Directas.

“Por los pacientes: recursos suficientes y sostenibles”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto pretende robustecer el Programa de Acceso de Medicamentos de Alto Costo para que responda a la ley 87-01 que establece que el MISPAS debe respaldar a la población el acceso a medicamentos seguros, eficaces, de calidad óptima sobre bases técnicas a fin de obtener la mejor efectividad terapéutica. Fue creado como una dependencia del Despacho del Ministro de Salud mediante la disposición ministerial 000003-15 del 5 de marzo de 2015. Actualmente, este programa **es financiado a través del presupuesto del Ministerio de Salud Pública**. Presenta un incremento sostenido de beneficiarios y solicitantes, y nuevas tecnologías sanitarias disponibles, sin embargo, el mecanismo de financiamiento actual demanda de una actualización para encontrar soluciones innovadoras que permitan la sostenibilidad del programa. Se pretende mediante este proyecto, estudiar diferentes mecanismos de financiamiento con sus pros, sus contras, su impacto presupuestario y el impacto en los beneficiarios/as. En el mundo y en particular en la región de Latinoamérica, los diferentes países han adoptado formas de obtención de recursos financieros para poder garantizar la provisión oportuna de las moléculas con mayor costo-efectividad y mayor costo-beneficio para los pacientes y así evitar que las familias deban asumir un elevado, y mayormente inasequible, costo de bolsillo para adquisición de tratamientos para patologías de alto costo. Analizar estas buenas prácticas y proponer soluciones innovadoras al problema de financiamiento del programa de Alto Costo aportará al país herramientas para afrontar esta problemática de interés nacional.



Este proyecto pretende robustecer el Programa de Acceso de Medicamentos de Alto Costo para que responda a la ley 87-01 que establece que el MISPAS debe respaldar a la población el acceso a medicamentos seguros, eficaces, de calidad óptima sobre bases técnicas a fin de obtener la mejor efectividad terapéutica. Fue creado como una dependencia del Despacho del Ministro de Salud mediante la disposición ministerial 000003-15 del 5 de marzo de 2015. Actualmente, este programa **es financiado a través del presupuesto del Ministerio de Salud Pública**. Presenta un incremento sostenido de beneficiarios y solicitantes, y nuevas tecnologías sanitarias disponibles, sin embargo, el mecanismo de financiamiento actual demanda de una actualización para encontrar soluciones innovadoras que permitan la sostenibilidad del programa. Se pretende mediante este proyecto, estudiar diferentes mecanismos de financiamiento con sus pros, sus contras, su impacto presupuestario y el impacto en los beneficiarios/as. En el mundo y en particular en la región de Latinoamérica, los diferentes países han adoptado formas de obtención de recursos financieros para poder garantizar la provisión oportuna de las moléculas con mayor costo-efectividad y mayor costo-beneficio para los pacientes y así evitar que las familias deban asumir un elevado, y mayormente inasequible, costo de bolsillo para adquisición de tratamientos para patologías de alto costo. Analizar estas buenas prácticas y proponer soluciones innovadoras al problema de financiamiento del programa de Alto Costo aportará al país herramientas para afrontar esta problemática de interés nacional.

Los ODS 3, 9, 10 y 12 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 dado que el programa de alto costo impacta directamente sobre pacientes cuyas patologías requieren un tratamiento que no es asequible y de no entrar en el programa los resultados de progreso y evitación de la mortalidad serían negativos. El ODS 9 también se ve impactado puesto que, lo que requiere alto costo es un uso de la industria de medicamentos de forma racional, basado en la innovación tanto en tecnología sanitaria como en el modelo de gestión, además de una infraestructura no solo física sino, sobre todo, organizacional. Uno de los mayores impactos será en el ODS 10 sobre reducción de las desigualdades. Actualmente, solo los/as pacientes con poder adquisitivo alto pueden costear los tratamientos de alto costo lo que genera una brecha de desigualdad social. Alto costo permite cumplir con el principio de equidad. Simultáneamente, esta transformación permite que se haga una producción y consumo responsables de los medicamentos requeridos, por esta razón también el ODS 12 está vinculado a este proyecto.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Analizar estrategias existentes en la región y en el mundo y proponer mecanismos innovadores de financiamiento del Programa de Alto Costo a través de un proceso de análisis científico-académico que permita evaluar propuestas de manera que se garantice el cumplimiento del mandato del MISPAS con un esfuerzo mancomunado de instituciones y sectores para que el resultado sea siempre una situación ganar-ganar-ganar para los pacientes, el estado y los entes financiadores.

Productos Entregables (PE)

- Creación de Comité Interdisciplinario.
- Diagnóstico del Financiamiento actual del Programa de Alto Costo.
- Propuesta Metodológica de Análisis de buenas Prácticas.
- Resultado de análisis de buenas prácticas regionales.
- Propuesta de soluciones innovadoras de financiamiento.
- Plan de sostenibilidad a 7 años.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Despacho del Ministro.

MISPAS. Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

MISPAS. Viceministerio de Salud Colectiva. Dirección de Alto Costo y Ayudas Médicas

MISPAS. Viceministerio de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud.

MISPAS. PROMESE-CAL.

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Academia.

Profesionales Médicos de especialidades claves.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 25 millones de pesos para la gestión de recursos en renglones tales como: **i)** consultorías para el diagnóstico financiamiento del programa alto costo, **ii)** las gestiones para los trabajos un comité interdisciplinario y **iii)** consultoría de soluciones de factibilidad, entre otros. Muchos de estos son tareas misionales del Ministerio de Salud Pública.

1.5. Fortalecimiento de los mecanismos y procesos de compra y distribución de PROMESE/CAL.

“Adquirir mejor, entregar más rápido”

Descripción del proyecto estructurante

Se trata de una iniciativa para robustecer el Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) creado en 1984 por decreto presidencial como respuesta a la variabilidad de los costos de medicamentos que se definían como esenciales para la atención básica de los segmentos más vulnerables de República Dominicana. Mediante el decreto 608-12 y su modificación 168-13, se dispone que PROMESE/CAL, sea la única central de suministro de medicamentos, insumos sanitarios y reactivos de laboratorio que satisfaga la demanda del Sistema Público Nacional de Salud, garantizando calidad, acceso y uso racional, de manera oportuna, segura y eficiente. Su operación va dirigida a todas las instituciones que integran el Sistema Público Nacional de Salud: Hospitales, centros, y centros del primer nivel. El proyecto debe consolidar el servicio a los derecho habientes. PROMESE/CAL será mejorada para cumplir con eficacia y eficiencia la misión para la cual fue creada. En el marco del proceso de modernización, expresado en la normativa del Sistema Nacional de Planificación y en la estrategia Nacional de Desarrollo 2030, PROMESE/CAL se encuentra en la **implantación y ejecución de su Plan Estratégico Institucional para el periodo 2021-2024**, serán robustecidas el conjunto de sus fortalezas y gestionará para superar las debilidades en tiempos de respuesta, fiabilidad y amabilidad tal como subraya la Carta Compromiso de PROMESE/CAL. Los mecanismos de compra y distribución de los medicamentos e insumos necesarios también serán robustecidos, en coherencia con la visión de esta entidad de consolidarse como entidad descentralizada única, un auténtico modelo transparente de regionalización. Las debilidades por superar son de diversas esferas tales como que en ocasiones se reciben pedidos que no fueron solicitados; ya sea en cantidad o en tipo de producto; y en otras no se recibe lo que se solicitó. Se requiere, por lo tanto, revisar los procesos para detección de oportunidades de mejora y elaboración de un plan de mejora del sistema de gestión de PROMESE-CAL siendo coherentes con la ley de compras y contrataciones del Estado. En caso de que se identifiquen propuestas de mejora de la ley también serán consideradas.

Los ODS 3, 9, 10 y 12 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 dado que la provisión de medicamentos e insumos impacta en los resultados de salud de los servicios prestados de manera directa. El ODS 9 también se ve impactado pues en cierta forma, lo que requiere PROMESE-CAL es un uso de la industria de medicamentos e insumos médicos de forma racional, haciendo uso de la innovación tanto en tecnología sanitaria como en el modelo de gestión y la infraestructura no solo física, sino organizacional. Definitivamente, uno de los mayores impactos será en el ODS 10 de reducción de desigualdades. Actualmente, los pacientes de la red pública soportan desigualdades de acceso a medicamentos e insumos tanto en la atención sanitaria como en tratamientos posteriores, una mejor gestión permitirá cumplir el principio de equidad. Simultáneamente, esta transformación permite que se haga una producción y consumo responsables de los medicamentos e insumos requeridos, por lo que también el ODS 12 está vinculado a este proyecto.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y Seguridad Social Integral.

Propósito general

Revisión, detección de oportunidades de mejora y evaluación y apoyo a la implantación de plan estratégico 2024 del sistema de gestión de PROMESE-CAL para garantizar y acelerar las intervenciones en sus tres ejes estratégicos: **i)** Proveer un sistema de servicios más eficiente a los usuarios; **ii)** fortalecimiento de transparencia y rendición de cuentas **iii)** fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades para lograr compras más costo-efectivas, dirigidas a resolver necesidades y una logística de distribución oportuna.

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico de situación actual y proyección de PROMESE-CAL.
- Plan de Mejora de sistema gestión integral de PROMESE-CAL.
- Cronograma propuesto para los próximos 5 años.



Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

PROMESE-CAL.

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos de alrededor de los RD\$ 30 millones de pesos para la gestión de recursos en renglones tales como la consultoría para el diseño de intervenciones institucionales para la proyección y apoyo al plan de desarrollo organizacional de PROMESE-CAL. Este producto es una tarea misional de PROMESE-CAL.

1.6. Centros públicos de servicios con estándares requeridos para su habilitación. “Igualdad de estándares para la equidad de atención”

Descripción del proyecto

Se trata de impulsar una iniciativa de habilitación y acreditación de los centros del Servicio Nacional de Salud (SNS). Este organismo cuenta con 45 centros de tercer nivel, 144 de segundo nivel y 1,348 de primer nivel. De estos centros un alto porcentaje **no tiene habilitación por parte de la Dirección General de Habilitación y Acreditación del Ministerio de Salud Pública**. Esto se debe a que no cumplen con los estándares requeridos de infraestructura, equipamiento y personal para poder brindar la atención que presentan en su cartera de servicios. La ausencia de habilitación impide que los servicios que se ofertan puedan cumplir los estándares de calidad esperados, en especial para los pacientes, más que para cumplir con la función de rectoría. La iniciativa, además, permitirá que las aseguradoras de riesgos de salud (ARSS) puedan contratar hospitales y Centros de Primer Nivel (CPN) para que formen parte de su red de prestadores, lo cual impacta positivamente su sostenibilidad financiera. Cada establecimiento tiene su situación particular y se realizará un **diagnóstico exhaustivo de la situación actual para determinar cuáles serían las intervenciones pertinentes**.

Muchos hospitales han sido remozados y remodelados en los últimos años, sin embargo, no cuentan con los equipos requeridos y/o con el personal médico y de apoyo suficiente en número y competencias para brindar servicios acreditables. En el caso del primer nivel de atención, esa es la intervención descrita en el primer proyecto estructurante de este objetivo estratégico. Las acciones serán integrales comenzando por la infraestructura. Además, debe proveerse a los centros de los servicios básicos para poder operar como, suministro eléctrico, abastecimiento de agua y conectividad de internet. Por otra parte, es imperante revisar y sanear la nómina de recursos humanos de manera que se pueda contar con el personal requerido para poder brindar los servicios esperados.

Los ODS 3, 9, 10 y 11 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 será impactado al promover mejores centros de salud con mejores servicios en cantidad y calidad, permitiendo que la población cuente con mejores niveles de salud y bienestar; el ODS 9 porque se requiere que la infraestructura hospitalaria responda a principios innovadores y de sostenibilidad probada. Este proyecto disminuirá desigualdades injustas en lo que respecta al acceso a servicios de salud de calidad y oportunos, por lo que el ODS 10 está íntimamente vinculado. Finalmente, ODS 11, será promovido en la medida que los hospitales en su infraestructura y operatividad sean concebidos con el espíritu de formar parte de un ecosistema sostenible con el medio ambiente.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.



Propósito general

Alcanzar los estándares de habilitación requeridos por la Dirección General de Habilitación y Acreditación de los centros de salud de todos los niveles en la red pública del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico de situación de todos los centros individualizados.
- Presupuesto de requisitos de infraestructura y equipamiento.
- Programa de dotación de personal de salud y de apoyo.
- Cronograma propuesto para los próximos 7 años.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

MISPAS. Dirección General de Habilitación y Acreditación (DGHA).

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Sociedades Científicas, Colegio Médico Dominicano y Universidades y Asociaciones de Profesionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La inversión pública, la asistencia técnica directa y los fondos de inversión provenientes de préstamos de los organismos multilaterales a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 4,750 millones de pesos. Recursos que en renglones de: **i)** inventarios de situación, **ii)** mejoría física y tecnológica, **iii)** contratación de recursos humanos, y **iv)** visibilidad; habrá que calcular de forma concreta. Este proyecto transitará por el ciclo normal de planificación que inicia con estudios de prefactibilidad y alcance, lo cual además permitirá identificar con mayor precisión los actores estratégicos a involucrarse y los roles de cada uno.

1.7. Programa de Educación en Salud para disminución de riesgos.

“Educación: poder de decisión”

Descripción del proyecto

Esta iniciativa favorece que las personas establezcan relaciones saludables y nuevos vínculos de armonía ambiental. Las interacciones nocivas aumentan la percepción y aparición de riesgos, amenazas y peligros, que se viralizan vía medios digitales, generando “infodemias” que precipitan la pérdida de la salud. La nueva educación en salud como proceso social debe responder al contexto social, histórico, cultural, político y económico del territorio. La tercera década del siglo XXI exige la configuración de nuevas prácticas pedagógicas que permitan que las sociedades respondan a las necesidades concretas del entorno, generar conductas que contribuyan a superar contradicciones entre medio social, medio construido y medio natural tanto nivel local y planetario. Se impone navegar entre riesgos de desastres y riesgos para la salud impuestos por la nueva normalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta educación se define como una disciplina encargada de orientar y organizar procesos formativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con la salud. Esta área se ha posicionado como una de las principales estrategias de promoción. Hay evidencias de correlación entre bajos niveles educativos y desenlaces peores en salud. Los bajos niveles de educación tiene consecuencias: **i)** Modos de vida promotores del consumo de alcohol, tabaco, sexo inseguro, vida sedentaria, entre otros; **ii)** Barreras sociales para el acceso a servicios de salud; **iii)** Problemas en el uso correcto de medicamentos y cumplimiento de órdenes médicas; **iv)** Acceso deficiente a la información válida en salud; **v)** Dificultades en prevención y control de enfermedades crónicas y **vi)** Diferencias entre géneros sobre acceso a información y oportunidad de educación





La educación en salud **concorre con la promoción en salud siendo ésta un proceso que espera que la comunidad tome el control de su situación en salud**. Vía conocimientos otorgados por personal capacitado y competente con nuevas estrategias didácticas, se logra evidenciar que la educación para la salud es una herramienta fundamental para lograr el objetivo que pacientes, familias y comunidades sean corresponsables de su salud. Se propone que la educación en salud sea una de las principales estrategias para lograr formar comunidades auto gestionables con buena capacidad resolutoria en el manejo de su propia salud. Superando el paternalismo donde el responsable del mantenimiento de la salud sólo es el personal de la salud.

Los ODS 3, 4, 5, 6, 10, 11 y 12 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 es impactado directamente pues poblaciones educadas toman mejores decisiones. El ODS 4 por su parte, verá mejoría puesto que las estrategias de educación permitirán aumentar la calidad de algunos elementos de la educación. El ODS 5 es crucial en este proyecto pues se observa una desigualdad de acceso a la educación e información, brecha que debe cerrarse. De la mano va el ODS 10 puesto que hay desigualdades referentes a zonas geográficas, género, nivel socioeconómico. Las que deben desaparecer en lo referente a educación para la salud. Los ODS 6 y 12 también serán impactados pues con mejor educación la población tomará mejores decisiones sobre la importancia del agua limpia, saneamiento, producción y consumos responsables. Finalmente, la educación para la salud favorecerá el ODS 11 pues comunidades educadas promueven el desarrollo de ciudades y comunidades sostenibles.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.1. Educación de calidad para todos y todas y 2.2. Salud y seguridad social integral.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Diseño de un Plan Nacional Intersectorial de Educación para la salud en el orden de favorecer la disminución de riesgos para los 10 principales problemas de salud definidos por la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

Productos Entregables (PE)

- Diez (10) principales problemas de salud del país definidos mediante el método de Hanlon.
- Plan de educación en salud para prevención de riesgos diseñado.
- Ruta de alianzas estratégicas interinstitucionales definida.
- Plan Operativo de implantación formulado.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Academia.

Juntas de Vecinos.

Medios de comunicación.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 80 millones de pesos para la investigación-acción en educación en salud y la consultoría para el diseño de estrategias de educación en salud y visibilidad del proyecto. Estos productos son tareas misionales del Ministerio de Salud (MISPAS), asimismo se pueden gestar con asistencia técnica internacional.

1.8. Programa de servicios de rehabilitación física accesibles y oportunos.

“Atención integral en cada rincón”

Descripción del proyecto

Este proyecto estructurante se dirige a posicionar la rehabilitación como conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. A robustecerla como un servicio de salud clave para el proceso de restauración de la salud de la población. Ante el predominio de las enfermedades no transmisibles en los indicadores de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), se deben desplegar el conjunto de acciones para que la rehabilitación realmente ayude a niños, adultos y las personas mayores, para que sean lo más independientes posibles en su día a día, permitiéndole participar en actividades educativas, laborales o recreativas o llevar a cabo las tareas que dan sentido a su vida, como atender a la familia. Sin embargo, la mayoría se encuentra ubicado en las grandes ciudades como el Gran Santo Domingo, Distrito Nacional y Santiago, siendo esto una evidencia de falta de acceso para la población. Sin servicios de rehabilitación accesibles a la población los procesos de enfermedad encuentran un obstáculo que dificulta alcanzar niveles de salud y bienestar esperados. En este sentido, se perjudica el paciente y el sistema pues la optimización de recursos (económicos y de tiempo) no es la adecuada. El proyecto pretende superar las brechas de acceso y por lo tanto generar resultados de calidad en los servicios de salud. Se propone la creación y promoción de centros de rehabilitación física en el territorio nacional y contratación como prestadores de servicios por las diferentes ARS del país.



Los ODS 3 y 10 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 será impactado debido a que más servicios de rehabilitación en lugares claves y estratégicos del país promoverá más salud y bienestar para la población. El ODS 10 puesto que esto reducirá desigualdades injustas tanto en acceso a servicios de rehabilitación como en los consecuentes resultados de salud.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Lograr que la población dominicana tenga acceso a servicios de rehabilitación física de manera oportuna con accesibilidad, asequibilidad, equidad y calidad.

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico de situación de necesidades a nivel territorial, identificación de brecha entre lo demandado y lo ofertado de los centros de rehabilitación concluido.
- Formulación de presupuesto detallado de requisitos de infraestructura y equipamiento.
- Plan de designación de personal de salud y de técnicos de apoyo ejecutado.
- Cronograma de ejecución propuesto y aprobado para los próximos 7 años.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

MISPAS. Dirección General Habilidadación Acreditación (DGHA).

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Asociación Dominicana de Fisioterapeutas.

Academias.

Sociedades Científicas, Colegio Médico Dominicano y Universidades y Asociaciones de Profesionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La inversión pública, la asistencia técnica directa y los fondos de inversión provenientes de préstamos de organismos multilaterales a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 1,500 millones de pesos. Recursos que en renglones de: **i)** diagnóstico de situación, **ii)** mejoría física y tecnológica, **iii)** contratación de recursos humanos, y **iv)** visibilidad habrá que calcular de forma concreta. Este proyecto transitará por el ciclo normal de planificación que inicia con estudios de prefactibilidad y alcance, lo cual además permitirá identificar con mayor precisión los actores estratégicos a involucrarse y los roles de cada uno.

1.9. Plan de Seguridad del Paciente

“Atención segura, pacientes seguros.”



Descripción del proyecto estructurante

Es un proyecto de inclusión social y servicios de carácter estructurante para impulsar a gran escala, pero partiendo de victorias rápidas y acciones de impacto, la Seguridad del Paciente vía un **Plan Nacional de Seguridad del Paciente**. Se gestará la aplicación innovadora de esta disciplina de la atención de la salud que surgió como consecuencia de la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el aumento de los daños a los pacientes en los centros prestadores de servicios. Compila un conjunto de acciones educativas, de corrección y ajustes necesarias para prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de servicios, **vía la mejora continua basada del aprendizaje a partir de errores y eventos adversos**. La seguridad del paciente es uno de los pilares de la calidad de la atención en salud eficaz y de bajo riesgo, centrado en las personas. Además, para que los beneficios de la atención de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Se formularán políticas y normas claras, se impulsarán capacidades y funcionalidades con acopio de datos para promover mejoras en la seguridad gestadas por profesionales cualificados y **participación efectiva de los pacientes en su atención**.

Muchas prácticas de salud y riesgos relacionados con la atención sanitaria se convirtieron en problemas importantes para la seguridad de pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención. Este plan pretende impactar directamente en la reducción de los problemas asociados a la atención: **i) errores de medicación** (una de las principales causas de lesiones y daños evitables); **ii) infecciones relacionadas con la atención sanitaria** (afectan a 10% hospitalizados en países de ingresos bajos y medios); **iii) procedimientos quirúrgicos poco seguros** (provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes), **iv) prácticas de inyección poco seguras** (pueden transmitir infecciones, entre ellas por el VIH y por los virus de la hepatitis B y C, y plantean un peligro directo para los pacientes y los profesionales sanitarios), **v) errores diagnósticos** (afectan aproximadamente al 5% de los adultos que reciben atención ambulatoria, y más de la mitad de estos errores pueden llegar a causar daños graves), **vi) prácticas de transfusión poco seguras** (exponen a los pacientes al riesgo de reacciones adversas a la transfusión y de transmisión de infecciones), **vii) errores de irradiación** (incluyen casos de sobreexposición a radiación y los que se irradia al paciente incorrecto o en la zona equivocada), **viii) septicemia** (no se diagnostica a tiempo). Como muchas de las infecciones que la causan son resistentes a los antibióticos, pueden provocar un rápido deterioro de la situación clínica), **viii) tromboembolias venosas** (son una de las causas más frecuentes y prevenibles de daños a los pacientes, y suponen una tercera parte de las complicaciones atribuidas a la hospitalización). Para tales fines se desarrollará una investigación acción nacional pública y privada que valorará conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad del paciente, extrayendo la frecuencia de factores asociados y formulando este Plan.

Los ODS 3, 9 y 10 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 será avanzado debido a que más pacientes seguros, menor la estadía hospitalaria y más racionalidad en el uso de los recursos. El ODS 9 puesto que con pocos recursos efectivos habrá que renovar los puntos críticos y capacitar para innovar la infraestructura hospitalaria y la señalética. El ODS 10 porque lo anterior reducirá desigualdades tanto en los servicios salud.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Formulación del Plan Nacional de Seguridad del Paciente a implementarse en todos los establecimientos de salud públicos y privados diferentes tipos y niveles, que tenga como punto de partida una Investigación Nacional de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de seguridad del paciente, que permita establecer una línea base y un programa educativo de nuevas habilidades y acciones de pequeñas mejoras en las infraestructuras de servicios, evaluable cada 24 meses.

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico Investigación nacional de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de Seguridad del Paciente y análisis por Grupos Focales Regionales.
- Plan de Mejora Habilidades/Capacidades en Seguridad del Paciente.
- Dos evaluaciones del nivel de implantación del plan.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

MISPAS. Viceministerio de Garantía de la calidad.

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 400 millones de pesos para la investigación de análisis situacional y conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) y el plan de mejora en seguridad y ubicación de señalética. Estos productos son tareas misionales del Ministerio de Salud (MISPAS), asimismo se pueden gestar con asistencia técnica internacional y apoyo de los organismos multilaterales.

1.10. Diseño y construcción de red de centros de atención sicosocial y desarrollo humano “Bienestar integral para todos y todas”

Descripción del proyecto estructurante

El diagnóstico efectuado para este Plan Estratégico Nacional Salud 2030, coloca la Salud Mental en su justa dimensión, con 139 centros y unidades en la República Dominicana que ofertan estos servicios. La inversión del Estado dominicano en esta problemática alcanzó su punto más alto con 0.73% del gasto sanitario total, lo que resulta insuficiente para compensar el límite inferior de los costos asociados a la falta de atención de pacientes con condiciones de salud mental.

Este proyecto, promueve la visualización y valoración de la salud mental, además de enfocarla como derecho humano, la ubica como un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y social, que será atendida como uno de los desafíos del país. El proyecto transformará la salud mental más que en una mera ausencia de trastornos mentales, en una expresión de un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera particular con resultados sociales y clínicos diferentes. Las afecciones de salud mental comprenden: alcoholismo; crisis de ansiedad; crisis de depresión; drogodependencia e intentos suicidas, entre otras. Las iniciativas nacionales de fortalecimiento de la salud mental con este proyecto, además de proteger y promover el bienestar mental de todos y todas, atenderán las necesidades de personas que padecen estas afecciones. Se impulsará una **atención de salud mental de base comunitaria**, accesible, aceptable e incluyente. Asimismo, se ayudará a prevenir las violaciones de derechos humanos y a ofertar mejores resultados en la recuperación de quienes padecen este tipo de afecciones.

Esta atención de base comunitaria, se propone proporcionar, mediante una red: **i) Servicios de salud mental integrados en los servicios generales**, brindados comúnmente en hospitales generales y en colaboración con el personal de atención primaria no especializado; **ii) Servicios de salud mental a nivel comunitario**, que puedan involucrar a centros y equipos comunitarios de salud mental, rehabilitación psicosocial, servicios de apoyo entre pares y servicios de asistencia para la vida cotidiana, y **iii) Servicios que brinden atención de salud mental en servicios sociales y entornos no sanitarios**, como la protección infantil, servicios de salud escolar y prisiones. Es decir, se creará una red de centros de atención psicosocial y desarrollo humano que permitan atención ambulatoria, atención hospitalaria y apoyo a familiares y cuidadores de pacientes con condiciones de salud mental. Este proyecto se basa en seis enfoques transversales: **a)** Cobertura universal; independientemente de edad, sexo, nivel socioeconómico, raza, etnia y orientación sexual; **b)** observancia de los derechos humanos con estrategias y acciones de tratamiento, prevención y promoción; **c)** Práctica basada en la evidencia con estrategias e intervenciones de salud mental de tratamiento, prevención y promoción; **d)** Enfoque “curso de vida” con políticas, planes y servicios que toman en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en las etapas de la vida, incluidas infancia, niñez, adolescencia, edad adulta y vejez; **e)** Enfoque multisectorial, como respuesta coordinada que requiere la asociación con múltiples sectores públicos, como educación, empleo, servicios judiciales, vivienda, social y otros, así como el sector privado; y **f)** Empoderamiento de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales para incluirlas en promoción, política, planificación, legislación y prestación de servicios.

Los ODS 3, 9 y 10 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 será impactado debido a que más servicios de atención psicosocial y desarrollo humano en lugares claves y estratégicos del país promoverá más salud y bienestar para la población. El ODS 9, que requiere una infraestructura productiva saludable; y el ODS 10 ya que el acceso a los servicios de salud mental presenta muchas desigualdades y es fuente de otras más.



Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.

Propósito general

Robustecimiento de las políticas públicas en salud mental con carácter multisectorial, fortalecimiento y creación de una red Centros y unidades de atención psicosocial y desarrollo humano con capacidad de brindar servicios de atención ambulatoria, servicios de hospitalización y de atención a familiares y cuidadores teniendo siempre a la comunidad como base de su acción.

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico de situación de necesidades de salud mental a nivel territorial, identificación de brecha entre lo demandado y servicios ofertados.
- Programa escalonado y por niveles de atención a la salud mental desde el Centro de Contacto hasta RESIDE.
- Presupuesto de requisitos de infraestructura y equipamiento.
- Plan de dotación de personal de salud y de apoyo.
- Cronograma propuesto para los próximos 7 años.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

MISPAS. Viceministerio de Salud Colectiva.

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Sociedades Científicas y Asociaciones de Profesionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La inversión pública, la asistencia técnica directa y los fondos de inversión provenientes de préstamos de organismos multilaterales a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 900 millones de pesos. Recursos que en renglones de: **i)** diagnóstico de situación, **ii)** mejoría física y tecnológica, **iii)** contratación de recursos humanos, y **iv)** visibilidad; habrá que calcular de forma concreta. Este proyecto transitará por el ciclo normal de planificación que inicia con estudios de prefactibilidad y alcance, lo cual además permitirá identificar con mayor precisión los actores estratégicos a involucrarse y los roles de cada uno.



1.11. Recursos humanos acreditados para garantizar el acceso a personas capacidades diferentes

“Construyendo puentes”



Descripción del proyecto estructurante

Es una iniciativa de promoción de derechos a la salud en base a la declaración de los derechos humanos y la Constitución Dominicana, que imponen que no debe existir ningún tipo de discriminación al momento de brindar servicios de salud. Por esto, se deben también eliminar las posibles barreras de acceso. Actualmente, en República Dominicana hay un 7.3% del total de personas estudiadas en diversas investigaciones que presentan algún tipo de discapacidad. Las personas adultas mayores representan 34.0% de personas que reportan algún tipo de discapacidad y 23.1% de las personas con discapacidad de 15 años o más, no sabe leer y escribir. Además, en un estudio realizado por el PNUD a personas que se identifican con el grupo LGBTI, en referencia al acceso a servicios de salud, se observó una demanda reducida, en especial entre las personas trans y cisgénero que se identifican como hombres. Los motivos principales para no demandar servicios son los siguientes: **i)** Ocultar al personal de salud su identidad de género, orientación sexual o el ser intersexual; **ii)** Dificultad para encontrar profesionales de la salud que respeten a la población LGBTI; **iii)** Curiosidad inapropiada; **iv)** Recibir un trato desigual por el personal de salud; **v)** Tener que cambiar de médico de cabecera y especialistas por reacción negativa; **vi)** Necesidades específicas ignoradas (no tomadas en cuenta); **vii)** Renunciar tratamiento por temor a la discriminación o reacciones intolerantes; **viii)** Dificultad para acceder a la atención sanitaria y **ix)** El personal de salud minimiza el padecimiento. Estas informaciones indican la necesidad de transformar las capacidades y funcionalidades de atención de la discapacidad y de diversidad sexual. Esta formación debe estar orientada a la minimización de las barreras que generan el desconocimiento de herramientas que permitan la comunicación y comprensión tanto de las personas con diversidad funcional como de las personas LGBTI. Esta educación y formación debe enfocarse en lograr la comprensión científica y humana de estas personas y en la provisión de herramientas concretas como por ejemplo lenguaje de señas.

Los ODS 3 y 10 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 será impactado debido a que más acceso a servicios de atención por parte de estos grupos vulnerabilizados permitirá mejores resultados de salud. Finalmente, ODS 10 puesto que esto reducirá desigualdades injustas tanto en acceso a servicios de salud como en los consecuentes resultados de salud.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.

Propósito general

Creación de un programa de capacitación y desarrollo de habilidades y funcionalidades de los Recursos Humanos en Salud para garantizar acceso a personas con capacidades diferentes y personas LGBTI.

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico de situación de necesidades a nivel territorial.
- Diseño de un Programa Nacional de formación profesional en diversidad sexual y atención a las personas con capacidades diferentes.
- Plan de implementación del programa de formación por grupos de profesionales priorizados.
- Cronograma propuesto para los próximos 7 años.

Actores Estratégicos del Proyecto

MISPAS. Viceministerio de Salud Colectiva.

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Sociedades Científicas, Colegio Médico Dominicano y Universidades y Asociaciones de Profesionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 50 millones de pesos para la investigación-acción en diagnóstico situacional y la consultoría para el diseño de un programa nacional, un plan nacional de implantación y visibilidad del proyecto. Estos productos son tareas misionales del Ministerio de Salud (MISPAS), asimismo se pueden gestar con asistencia técnica internacional.

1.12. Puesta en marcha de la Carrera Sanitaria.

“Humanización del servicio empieza con los Recursos Humanos”

Descripción del proyecto estructurante

Se trata de una iniciativa para poner en operación la Ley No. 395-14 que establece la Carrera Sanitaria de 2014. Se impone que los recursos humanos que se integren a la Carrera Sanitaria sean la base fundamental para el avance y la sostenibilidad del proceso de la institucionalización de los recursos humanos del sector salud. La Ley General de Salud, No. 42-01 reconoce que los recursos humanos en salud son la esencia del Sistema Nacional de Servicios de Salud y, en consecuencia, se gestará su formación, capacitación y sus incentivos laborales como prioridades para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de salud de la población.



Además, se apuntalará la Ley No. 41-08 sobre Función Pública con un programa de visibilidad para disponer la creación y desarrollo de Sistemas de Carreras Especiales en sectores de la Administración Pública. El proyecto promoverá un marco jurídico especial, integral y sistematizado que propenda al establecimiento de los diferentes subsistemas técnicos de gestión de los recursos humanos. A pesar de que la Ley de Carrera Sanitaria tiene más de 8 años desde la fecha de su promulgación, aun no ha sido implementada por carecer de reglamentos de implementación complementarios. Sin embargo, su implementación es urgente. Se requieren intervenciones para: **i)** planificar los recursos humanos en salud, **ii)** división de los cargos según los grupos ocupacionales, **iii)** implementación del sistema retributivo con sus componentes fijos y variables, **iv)** llevar a cabo convocatorias públicas para los diferentes puestos, **v)** planes y programas de capacitación y desarrollo y **vi)** la correspondiente evaluación de desempeño. Todo lo anterior garantizará una mayor satisfacción del personal de salud en lo referente a sus condiciones laborales y un servicio de mayor calidad para los pacientes y de la ciudadanía en general pues la Carrera Sanitaria aportará un personal por área y las competencias requeridas. Los que no cumplan el desempeño esperado deberán atenerse al régimen de consecuencias.

Los ODS 3 y 10 se vinculan con este proyecto. El ODS 3 será impactado debido a que una mejor planificación, distribución y retribución del personal sanitario garantiza acceso y calidad de atención con sus consecuentes resultados en la salud de la población. Finalmente, ODS 10 puesto que la carrera sanitaria implica igualdad en la selección del personal, y en el sistema de retribución reduciendo desigualdades en el personal de salud que afectan su nivel de satisfacción y por lo tanto su rendimiento.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: el Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
- Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.

Propósito general

Puesta en marcha de la Carrera Sanitaria establecida en la Ley No. 395-14 para garantizar planificación de los recursos humanos en salud, dotación del personal requerido en cantidad y competencias, y procurar elevar los niveles de satisfacción y garantizar el desempeño de esperado.

Productos Entregables (PE)

- Diagnóstico de situación actual de la puesta en marcha de la Ley de Carrera Sanitaria realizado.
- Reglamentos complementarios para la implementación de la ley formulados y aprobados.
- Plan de regularización de los RHS actuales.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

MISPAS. Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Colegio Médico Dominicano (CMD).

Fuente: Formulación del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Inversión general estimada del proyecto a siete (7) años

La asistencia técnica directa a siete años podría ascender a montos superiores a los RD\$ 40 millones de pesos para diagnóstico situacional, la consultoría de formulación del reglamento y visibilidad del proyecto. Estos productos son tareas misionales del Ministerio de Salud (MISPAS), asimismo se pueden gestar con asistencia técnica internacional.



PROYECTOS ESTRUCTURANTES EN GOBERNABILIDAD, GOBERNANZA Y ARTICULACIÓN PÚBLICA-PRIVADA Y COMUNITARIA

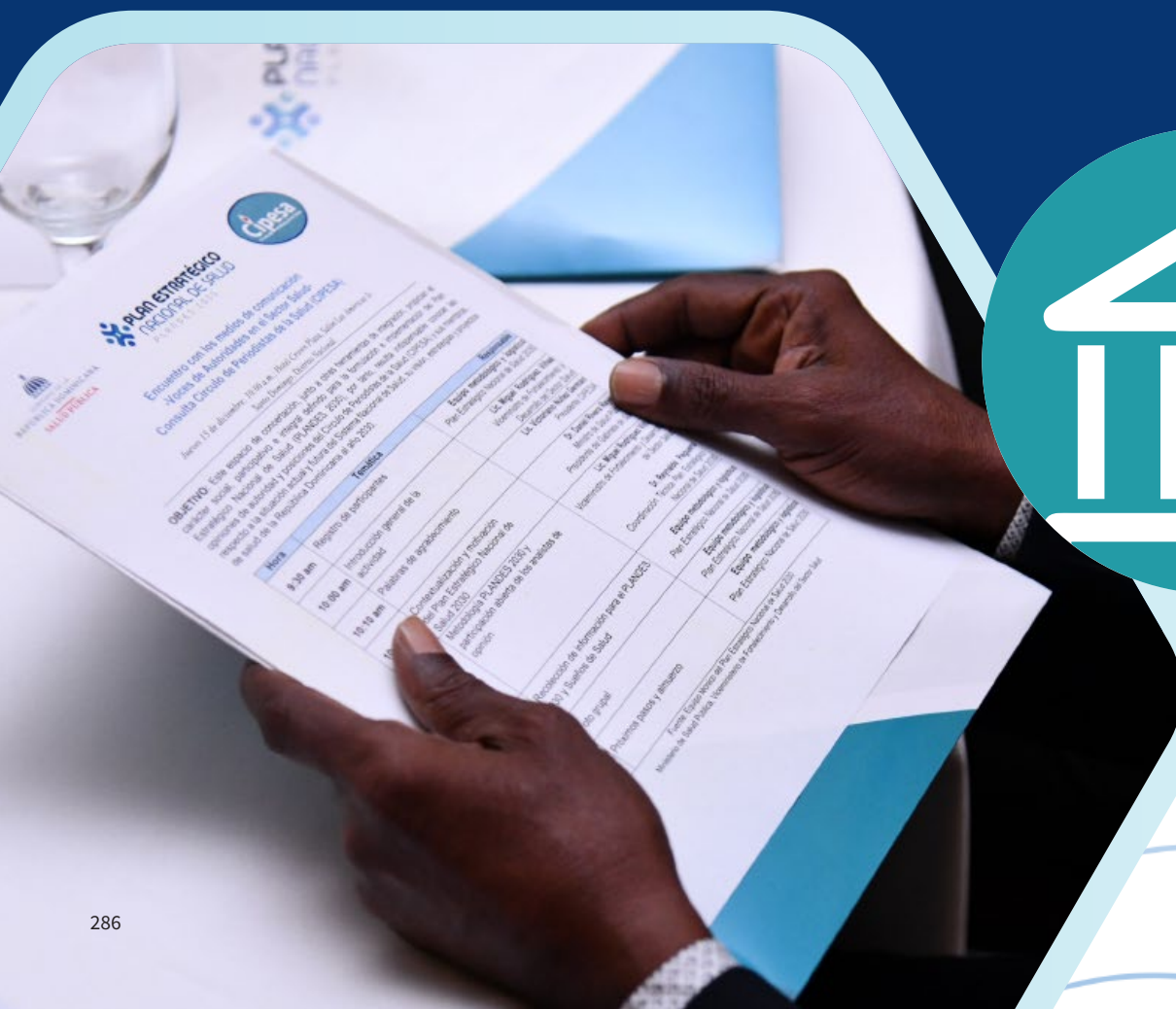
- 2.1. Elaboración e implementación de la Agenda Legislativa y Normativa en salud 2030
- 2.2. Definición del modelo de gestión para la rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

Programa de innovación y transformación digital en rectoría, gestión y servicios de salud, que se compone de 4 proyectos:

- 2.3. Elaboración de la Estrategia de Salud Digital (eSalud) 2030.
 - 2.4. Implementación del Expediente Único Electrónico e Historia Clínica Electrónica.
 - 2.5. Transformación Digital del Ministerio de Salud Pública.
 - 2.6. Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica del MISPAS y el SNS.
- 2.7. Diseño e implementación del Observatorio Salud 2030.
 - 2.8. Fortalecimiento de capacidades en niveles directivo y técnico del Ministerio de Salud y sus expresiones desconcentradas.
 - 2.9. Estructuración del modelo y fortalecimiento de la participación social en salud.

Objetivo Estratégico II para gestar gobernabilidad, gobernanza y articulación pública, privada y comunitaria

Fortalecer la gobernabilidad y la concurrencia de la visión y acción del sector y el sistema de salud mediante el robustecimiento de la articulación, la efectividad, la transparencia y la representatividad, con la decisiva participación e involucramiento de todos los sectores y la ciudadanía, para facilitar el ejercicio del derecho a la salud.



El conjunto de proyectos del pilar estratégico “Gobernanza, Gobernabilidad y Articulación Pública-Privada-Comunitaria”, están orientados a dar respuesta a las oportunidades de mejora identificadas en el diagnóstico y enmarcadas en las cuatro dimensiones definidas. Los proyectos apuntan también a la consecución del Objetivo Estratégico de este pilar, así como al logro de la Visión Salud 2030, poniendo especial énfasis en el fortalecimiento institucional y la participación social como bases para un sistema de salud más efectivo, inclusivo y sostenible.



Todos los proyectos que procuran el fortalecimiento de la gobernanza, la gobernabilidad y la articulación en salud se encuentran intrínsecamente vinculados con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y 16**.

En relación con el ODS 3, que busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades, una gobernanza sólida en el sector salud es fundamental para asegurar que los sistemas y servicios de salud sean eficientes, equitativos y accesibles para todos los ciudadanos. La gobernabilidad efectiva, en este contexto, implica la creación de políticas y marcos regulatorios adecuados, así como la participación de la sociedad civil y las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Además, el fortalecimiento de la articulación entre los sectores público, privado y comunitario es esencial para asegurar la provisión de servicios de salud integrales y de calidad, involucrando a todos los actores y actoras relevantes y aprovechando sus capacidades complementarias.

En cuanto al ODS 16, que busca promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, el fortalecimiento de la gobernanza y la gobernabilidad en el sector salud implica la transparencia, la rendición de cuentas y la participación ciudadana en la toma de decisiones. Esto contribuye a garantizar la equidad en el acceso a servicios de salud, así como a promover la protección de los derechos humanos y la erradicación de la corrupción en el sistema de salud.

Asimismo, todos los proyectos de este pilar están vinculantes con varios de los objetivos generales de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (Ley 1-12).

Primer Eje Estratégico que procura un Estado Social Democrático de Derecho.

Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados.

Objetivo General 1.3. Democracia participativa y ciudadanía responsable.

Cada uno de los proyectos propuestos procura que la toma de decisiones y la gestión institucional estén orientadas a la obtención de resultados de valor para la ciudadanía, mediando la participación social, la transparencia y la rendición de cuentas como elementos transversales.

Segundo Eje Estratégico que gestiona una Sociedad de Igualdad de derechos y oportunidades.

Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.

Objetivo General 2.3. Igualdad de derechos y oportunidades.

Con la eficiencia en la gestión y el foco puesto en el bien común, aspectos también contemplados de manera transversal en todos los proyectos de este pilar, se promueve una ciudadanía con mejores y mayores facilidades y oportunidades para ejercer su derecho a la salud consagrado en la Constitución Dominicana.

2.1. Elaboración e implementación de la Agenda Legislativa y Normativa en Salud 2030.

“Reglas claras en Salud”



Descripción del Proyecto

En la actualidad, las iniciativas propuestas por los 222 legisladores/as que conforman el Congreso Nacional, no necesariamente se fundamentan en un programa legislativo propio, que reúna las prioridades del Estado dominicano o englobe las necesidades no cubiertas de la población. En este orden, es precisa una actuación coordinada del Ministerio de Salud y el Congreso Nacional en el establecimiento de una hoja de ruta legislativa y normativa para la revisión o creación de nuevas normativas en el período 2023-2030, que fortalezcan el rol rector del MISPAS y la calidad de los servicios de salud que se le ofertan a la población.

Este proyecto está directamente vinculado con lo acordado en la Mesa Temática de Salud del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado coordinado por el Consejo Económico Social, específicamente en lo relativo al Punto 3. Rectoría, para el fortalecimiento de la capacidad rectora del MISPAS, y el Punto 8. Compras en Salud.

Para el proyecto se contemplan las siguientes etapas:

- i. Identificación de necesidades y prioridades, en base a un análisis exhaustivo de las problemáticas y desafíos más relevantes en el ámbito de la salud, considerando aspectos como equidad, accesibilidad, calidad de servicios, gestión de riesgos y monitoreo, entre otros. A partir de este análisis, se establecerán las prioridades temáticas que orientarán la agenda legislativa y normativa.
- ii. Consultas y diálogos participativos que se llevarán a cabo con diferentes actores/as y expertos/as en salud, con el objetivo de recoger sus aportes, opiniones y propuestas. Estas consultas permitirán enriquecer la agenda, asegurando una visión plural y promoviendo la participación comunitaria en el proceso de toma de decisiones.
- iii. Revisión del marco legislativo y normativo actual, identificando leyes, reglamentos y normativas del marco vigente para determinar cuáles pueden mantenerse como están planteadas, cuáles podrían servir de base y sólo requerirían adecuación a las necesidades y prioridades identificadas y cuáles son los vacíos que esta Agenda debe llenar.
- iv. Formulación de la Agenda Legislativa y la Agenda Normativa: luego de la revisión del marco actual y tomando en cuenta los resultados de las consultas y diálogos, se elaborarán las agendas que contendrán los temas a abordar, los objetivos específicos, las acciones requeridas y los plazos establecidos. Estas agendas servirán como hoja de ruta para la implementación de cambios legislativos y la creación de nuevas normativas en el período 2023-2030.
- v. Implementación de la agenda normativa e impulso de la agenda legislativa: una vez aprobadas las Agendas, se procederá a su implementación gradual. El Ministerio de Salud, como entidad rectora, liderará la implementación de la agenda normativa e impulsará, en articulación con el Congreso, la implementación de la agenda legislativa.
- vi. Monitoreo y evaluación: se contemplarán mecanismos de seguimiento y evaluación para asegurar la efectividad de las medidas implementadas, fomentando transparencia y rendición de cuentas.

A lo largo del proyecto, se promoverá la colaboración entre instituciones y la participación de la sociedad civil y otros actores interesados en el proceso de elaboración, implementación y evaluación de las medidas, para lograr un enfoque inclusivo y fortalecer la legitimidad y el impacto de las acciones implementadas. El proyecto debe contemplar también la difusión y sensibilización para informar a la población sobre los cambios legislativos y normativos, así como los derechos y responsabilidades relacionados con la salud y la importancia de la participación de la ciudadanía.

Además de los ODS 3 y 16 vinculantes a todos los proyectos de este pilar, este proyecto se relaciona con el ODS 17, que busca fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. La elaboración de una agenda legislativa y normativa en salud requiere la cooperación y colaboración entre diferentes actores, incluyendo el gobierno, el poder legislativo, el sector privado y la sociedad civil.

Propósito General

Este proyecto tiene como objetivo principal fortalecer y actualizar el marco normativo para promover y proteger la salud de la población. Mediante estas agendas, se impulsarán cambios legislativos y se crearán nuevas normativas que respondan a desafíos y necesidades actuales en el ámbito de la salud, robusteciendo la gobernanza en el sector salud y fomentando la participación y control social.

Productos Entregables

- Alianza Estratégica entre el Ministerio de Salud y Congreso Nacional para una Hoja de Ruta Legislativa, firmada, articulada y en operación.
- Inventario de leyes, reglamentos y normativas vigentes del ámbito de salud elaborado.
- Agenda Normativa de Salud 2030, que incluya las normativas y regulaciones a crearse y/o actualizarse, formulada y editada.
- Agenda Legislativa de Salud 2030, que contemple la revisión y actualización de las leyes 87-01 de Seguridad Social, 42-01 General de Salud, 123-15 que crea el SNS, 340-06 de Compras y Contrataciones, entre otras, formulada y editada.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública.
Congreso Nacional.
Gabinete de Salud.
Consejo Nacional de Salud.
Consejo Nacional de Seguridad Social.
Servicio Nacional de Salud.
PROMESE/CAL.
Asociaciones gremiales de salud.
Organizaciones de la sociedad civil.
Academia y expertos en salud.
Medios de comunicación.



Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto no conlleva construcción de obras, ni adquisición de bienes de mayor cuantía, salvo los materiales, insumos y equipos necesarios para realizar las actividades propias del proyecto derivadas de las etapas reseñadas. Los principales renglones de gasto estarán orientados a la contratación de servicios de consultoría, la edición de dos principales productos, a saber, la Agenda Legislativa en Salud 2030 y la Agenda Normativa en Salud 2020 y las actividades de consulta y difusión a realizarse a lo largo de todo el proyecto.

2.2 Definición del Modelo de Gestión para la Rectoría y Gobernanza del Sistema Nacional de Salud.

“Articulación en la Gestión de Salud”

Descripción del Proyecto

Este proyecto estructurante se orienta a la definición y formalización de roles, responsabilidades y mecanismos de coordinación que permitan una toma de decisiones estratégica, asignación adecuada de recursos y mejora continua en la calidad de los servicios. Este proyecto guarda vinculación directa con los acuerdos de la Mesa Temática de Salud del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado ya mencionados, en lo particular con el Punto 3. Rectoría, para el fortalecimiento de la capacidad rectora del MISPAS, y el Punto 6. Acuerdo Marco entre el MISPAS y el SNS.

La iniciativa se enfocará en los siguientes aspectos:

- i. Diseño de la estructura de gobernanza, organizado con el liderazgo del Ministerio de Salud Pública (MISPAS), para definir una estructura clara y efectiva de gobernanza para el sistema nacional de salud. Esto incluirá la identificación de roles, responsabilidades y armonización de diferentes entidades, como Consejo Nacional de Salud (CNS), Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), Consejo Directivo del Servicio Nacional de Salud (SNS) y sus Servicios Regionales (SRS), expresiones desconcentradas del MISPAS y las demás instituciones adscritas o presididas por el MISPAS, entre otras, así como los mecanismos de coordinación, toma de decisiones y rendición de cuentas entre ellas.
- ii. Fortalecimiento de la representatividad y del ámbito de acción del CNS para mejorar la capacidad de este organismo para ejercer su función de liderazgo y coordinación en el sector de la salud, dotándolo de estructura, procesos y mecanismos para tales fines. Esto contempla la incorporación en su estructura del Observatorio de Salud 2030 y puede incluir la creación de comisiones técnicas, comités o grupos de trabajo intersectoriales para abordar temas específicos, la promoción de alianzas estratégicas y la cooperación con organismos gubernamentales, instituciones de salud y organizaciones de la sociedad civil. Se fortalecerá la



- representatividad y la ampliación del ámbito de acción del CNS, promoviendo la participación de diversos actores y garantizando una gobernanza efectiva en el sistema de salud dominicano.
- iii. Establecimiento de mecanismos de comunicación efectivos, claros y accesibles entre el MISPAS, el CNS y los demás actores relevantes. Esto incluirá diversos medios, canales y formatos, que faciliten la comunicación oportuna y bidireccional para el intercambio de información relevante, la coordinación de acciones y la toma de decisiones informadas.
 - iv. Implementación de mecanismos de rendición de cuentas robustos en el sistema de salud dominicano. Esto envuelve la definición de indicadores y estándares de desempeño, la realización de evaluaciones periódicas y la publicación de informes transparentes sobre los resultados y el cumplimiento de metas. La rendición de cuentas promoverá transparencia, responsabilidad y mejora continua en gestión del sistema;
 - v. Monitoreo y evaluación para asegurar efectividad e impacto del modelo de gestión. Esto implicará la recopilación y análisis de datos, identificación de áreas de mejora y retroalimentación de ajuste y optimización del modelo. El monitoreo y evaluación garantizarán eficiencia y calidad en la rectoría y gobernanza del sistema nacional de salud dominicano.

Este proyecto fortalece el Acuerdo Número 3 sobre Rectoría del Diálogo Nacional en Salud firmado en contexto del Consejo Económico Social.

Este proyecto está vinculado también al ODS 17, para fortalecer los medios de implementación y revitalización de la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible. Esto así porque implica fortalecer procesos, estructuras y mecanismos necesarios para efectuar políticas y programas de salud efectivos. Además, fomenta la colaboración y alianza entre diferentes actores, incluyendo gobierno, sector privado y sociedad civil, para lograr un sistema de salud sostenible y resiliente.

Propósito General

El propósito del proyecto es establecer un marco sólido, eficiente y representativo para la gestión y gobernanza del sistema de salud en la República Dominicana. Se busca fortalecer el Ministerio de Salud Pública como ente rector del sistema de salud y el Consejo Nacional de Salud como órgano colegiado del más alto nivel, promoviendo la comunicación efectiva y la rendición de cuentas como elementos clave del nuevo modelo de gestión.

Productos Entregables

- Mapa de actores del Sistema de Salud dominicano (con sus roles y responsabilidades) formulado y aprobado.
- Modelo de coordinación, toma de decisiones y rendición de cuentas establecido y en operación.
- Tabla de Indicadores de desempeño y sistemas de monitoreo, que incluyan el monitoreo general a la calidad de la atención de servicios de salud, integrados al flujo de comunicación y a la rendición de cuentas.
- Estructura organizativa y Manual de Funciones del Consejo Nacional de Salud (CNS), plan de implementación y capacitación, diseñado, completado y en operación.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública.

Gabinete de Salud.

Consejo Nacional de Salud.

Consejo Nacional de Seguridad Social.

Consejo del Servicio Nacional de Salud.

Consejos de las instituciones adscritas al MISPAS.

Consejos de corporaciones de acueductos/instituciones del sector agua adscritas al MISPAS

Asociaciones gremiales de salud.

Organizaciones de la sociedad civil.

Academia y expertos en salud.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto no conlleva construcción de obras ni adquisición de bienes de mayor cuantía, salvo los materiales, insumos y equipos necesarios para realizar las actividades propias de cada componente del proyecto. Los principales renglones de gasto estarán orientados a la contratación de servicios de consultoría y las actividades de consulta y difusión a realizarse en cada componente del proyecto.

Programa de innovación y transformación digital en la rectoría, gestión y servicios de salud. “Salud Digital”

Descripción del Programa

La adopción de tecnologías digitales y soluciones innovadoras en rectoría, gestión y provisión de servicios de salud implica mejorar la infraestructura y plataformas tecnológicas, fomentar innovación en el sector y promover la adopción de prácticas y cultura de transformación digital. En ese sentido, se requiere ejecutar un programa – diversos proyectos relacionados entre sí por su orientación a un objetivo común – dirigido, en este caso, al aprovechamiento de las tecnologías digitales para mejorar los servicios de salud que recibe la ciudadanía. Para lograr esto, es fundamental la implementación del Expediente Único Electrónico (EUE), modernizar y fortalecer la infraestructura tecnológica del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional de Salud, así como impulsar la transformación digital en el sector salud tanto público como privado.

Todos los proyectos de este programa están **directamente vinculados al Acuerdo Número 9**. Sistemas de Información de los acuerdos de la Mesa Temática de Salud del Diálogo por las Reformas, que estableció la necesidad de fortalecer el desarrollo e interoperabilidad de los sistemas de información en salud e implementar el expediente integral de salud.

Se recolectará y acopiará información sobre la tecnología y sistemas utilizados por los centros de salud públicos y privados, para procurar la interoperabilidad en los sistemas, base primordial para varios de los proyectos incluidos en este Programa. Además, se realizarán acciones de capacitación y sensibilización para promover una cultura digital en las instituciones de salud y fomentar la adopción de estas nuevas tecnologías. Esto garantizará que el personal de salud esté preparado para las herramientas digitales y maximizar beneficios de la transformación.

Entre los principales proyectos que este programa debe incluir se identifican de manera preliminar los siguientes cuatro.

2.3. Elaboración de la Estrategia de Salud Digital (eSalud) 2030 de la República Dominicana.

Con esta iniciativa se procura definir la guía de ruta para aprovechar las tecnologías digitales en el sector salud en el país. Esta estrategia se enmarca en la Agenda Digital 2030 de República Dominicana, específicamente en su línea de acción 3.2.1 Impulsar la transformación digital del sistema nacional de salud para mejorar su calidad y ampliar su cobertura.

La Estrategia de eSalud 2030 tiene como finalidad mejorar la calidad de los servicios de salud, optimizar la gestión de recursos y promover la inclusión y equidad en el acceso a la atención médica a través de la utilización de tecnologías de la información y comunicación (TIC). Se busca aprovechar el potencial de las TIC para fortalecer la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de enfermedades, así como para mejorar la comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, como pacientes, profesionales de la salud, proveedores de servicios y autoridades sanitarias.

La Estrategia de eSalud 2030 debe contemplar proyectos para una amplia gama de productos y servicios relacionados con la salud, tales como aplicaciones móviles, telemedicina, dispositivos incorporados en ropa y accesorios para monitorización, análisis de grandes cantidades de datos (Big Data), sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas, conectividad de dispositivos en Internet de las cosas y el uso de videojuegos con fines de salud, entre otras, herramientas.

La elaboración de esta estrategia implica un análisis exhaustivo de la situación actual del sistema de salud en términos de infraestructura tecnológica, capacidades humanas, normativas y políticas existentes, aspectos abordados por otros proyectos de este Plan Estratégico de Salud. Además, se realizarán consultas con diferentes actores clave, incluyendo instituciones públicas y privadas de salud, expertos en tecnología y sociedad civil, para recabar información y opiniones que permitan diseñar una estrategia sólida y adaptada a las necesidades y realidades de República Dominicana.

Una vez desarrollada la estrategia, ésta servirá como guía para la implementación de proyectos y programas de salud digital en el país, estableciendo metas claras, indicadores de seguimiento y acciones concretas a llevar a cabo en el corto, mediano y largo plazo. La estrategia también contemplará aspectos de interoperabilidad, seguridad y protección de datos, así como la promoción de la formación y capacitación en salud digital para garantizar la apropiación y uso efectivo de las tecnologías por parte de los diferentes actores del sistema de salud dominicano.

2.4. Implementación del Expediente Único Electrónico (EUE) e Historia Clínica Electrónica.

Es uno de los principales proyectos que forman parte de este programa y elemento fundamental a contemplar en la Estrategia eSalud 2030. Tiene como objetivo principal establecer un sistema de registro y gestión electrónica de la información de salud en República Dominicana. El proyecto busca reemplazar el uso de registros y documentos físicos en el sector de la salud por un expediente único electrónico y una historia clínica electrónica, permitiendo un acceso rápido, seguro y eficiente a la información médica de los pacientes.

La implementación del Expediente Único Electrónico (EUE) implica la creación de una plataforma digital centralizada que almacena y gestiona los datos médicos de los pacientes de manera integrada. Esta plataforma permitirá a los profesionales de la salud acceder a la información actualizada de los pacientes, incluyendo riesgos personales y familiares y signos precursores de enfermedad, historias clínicas, resultados de pruebas, medicamentos y tratamientos recetados y antecedentes médicos relevantes, de forma ágil y segura.

Cada usuario de los servicios de salud contará con su registro en salud numerado, automatizado y codificado. Este recurso debe ser único y estar vinculado al número de seguridad social de cada persona, para garantizar que la información esté disponible para todas las unidades prestadoras de servicios de salud de la red.

La Historia Clínica Electrónica, como parte del EUE, es un componente clave del proyecto. Consiste en la digitalización y almacenamiento de los registros médicos y tratamientos de cada paciente en un formato electrónico accesible para los profesionales de la salud autorizados. Esto permitirá una mejor coordinación y continuidad en la atención médica, evitando duplicaciones de pruebas y tratamientos, y facilitando la toma de decisiones basadas en datos precisos.

La implementación de este proyecto requiere la adopción de estándares y protocolos tecnológicos que garanticen la interoperabilidad y la seguridad de la información. Además, implica la capacitación del personal de salud en el uso de la plataforma y la adaptación de los procesos y flujos de trabajo para aprovechar al máximo los beneficios de la digitalización.

La implementación del EUE y la Historia Clínica Electrónica permitiría una mejor coordinación entre los diferentes niveles del sistema de salud, facilitando el cumplimiento del modelo de atención establecido y evitando fragmentación y duplicidad. El acceso a información completa del paciente facilita al personal de salud una visión integral y en tiempo real, lo que les permite tomar decisiones mejor informadas sobre tratamiento y atención médica, garantizando efectividad con diagnósticos precoces y tratamientos oportunos en diversos niveles de atención del sistema. Igualmente se espera que esto contribuya a la disminución de los costos operativos y administrativos del sistema de salud, reduciendo la duplicidad de pruebas y tratamientos. Por último, y no menos importante, la implementación del EUE contribuye sustancialmente a la mejora en la experiencia del paciente, al tener acceso a sus datos médicos de forma más ágil y segura.

2.5. Transformación Digital del Ministerio de Salud.

Este proyecto, que formará parte de la Estrategia de eSalud 2030, consiste en la reevaluación y reestructuración de los modelos operativos, procesos internos y la interacción con los usuarios del MISPAS, utilizando herramientas digitales como el análisis de datos, la inteligencia artificial, la computación en la nube y la automatización, con el objetivo de modernizar procesos administrativos y mejorar servicios.

Esto implicará la implementación de soluciones tecnológicas innovadoras, como sistemas de monitoreo y evaluación, herramientas de análisis de datos, automatización de tareas, sistemas de información administrativos, gestión documental, autorizaciones sanitarias, repositorios, redes y comunicaciones, centro de datos, equipos y licencias entre otras, así como robustecimiento del equipamiento tecnológico, definido como un proyecto en sí mismo dentro del conjunto de proyectos del programa de innovación y transformación digital, y que se describe a continuación.

Asimismo, el proyecto tiene como objetivo promover una cultura de salud digital en la población y fortalecer la participación ciudadana en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Esto implica la implementación de herramientas y plataformas digitales que permitan a los ciudadanos acceder a información de salud, realizar trámites y consultas en línea, y participar activamente en la gestión de su propia salud.

La capacitación del personal del Ministerio de Salud en el uso de las tecnologías y en la adopción de nuevas formas de trabajo también es una parte fundamental de este proyecto. Se busca fomentar una cultura de innovación, colaboración y aprendizaje continuo que permita aprovechar al máximo las ventajas de la transformación digital.

2.6. Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica del MISPAS y SNS.

Este proyecto tiene el objetivo de lograr una gestión más eficiente de la información, mejorando la coordinación e intercambio de datos entre las instituciones de salud. Esta iniciativa también formaría parte de los proyectos a incluirse en la Estrategia eSalud 2030 y está estrechamente ligado al proyecto de Transformación Digital del Ministerio de Salud descrito precedentemente.



El proyecto implica la implementación de tecnologías avanzadas y sistemas de información eficientes que permitan agilizar los procesos administrativos y de gestión del MISPAS y el SNS.

Esto incluye el desarrollo o actualización de sistemas de registro y manejo de datos, la implementación de soluciones digitales para la comunicación y coordinación entre las diferentes unidades y centros de salud, así como el fortalecimiento de la conectividad y la seguridad de la información.

Se realizará una evaluación exhaustiva del estado actual de la infraestructura tecnológica del MISPAS y del SNS, identificando las necesidades, brechas y oportunidades de mejora. También se evaluará la capacidad de adopción y resistencia al cambio en el ámbito digital.

El fortalecimiento de la infraestructura tecnológica también implica la capacitación del personal en el uso y aprovechamiento de las herramientas tecnológicas, así como la promoción de buenas prácticas en materia de seguridad de la información y protección de datos. De esta manera, se busca garantizar la adecuada utilización de la infraestructura tecnológica y fomentar una cultura de innovación y transformación digital en el sector de la salud en el país.

Con la mejora en la infraestructura tecnológica y el fomento de la innovación y la transformación digital en el sector de la salud, además de los ODS 3 y 16 mencionados, este conjunto de proyectos contribuye al ODS 9 al promover la industria, la innovación y el desarrollo de infraestructuras resilientes y sostenibles.

Asimismo, y en adición a los Objetivos Generales de Estrategia de Desarrollo 2030 (Ley 1-12) vinculantes transversalmente a todos los proyectos de Gobernabilidad, este programa de innovación y transformación digital se vincula también con el Tercer Eje Estratégico de la END 2030, que procura una Economía Sostenible, Integradora y Competitiva. En particular, impacta al Objetivo General 3.1. Economía articulada e innovadora, por la incidencia positiva que tiene el aprovechamiento de tecnologías digitales en la reducción de costos.

Propósito General

Este conjunto de proyectos busca mejorar la eficiencia, calidad y accesibilidad de los servicios de salud, así como fortalecer la toma de decisiones basada en la evidencia de efectiva comprobación y fundamentada en datos; iniciativa que promueve la colaboración en línea y fundamentada en datos entre los actores del sistema de salud dominicano.

Productos Entregables

- Estrategia de eSalud 2030 para República Dominicana diseñada, formulada y en operación.
- Registro nacional de sistemas informáticos del sector salud elaborado y actualizado.
- Expediente Único Electrónico e Historia Clínica Electrónica diseñados y en ejecución.
- Infraestructura tecnológica del MISPAS y SNS actualizada y robustecida.
- Sistema de información gerencial en salud diseñado y en operación.

Actores Estratégicos del Programa

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Gabinete de Salud.

Consejo Nacional de Salud (CNS).

Servicio Nacional de Salud (SNS).

Gabinete de Innovación.

Viceministerio de Agenda Digital del MINPRE.

Oficina Gubernamental Tecnologías de Información y Comunicación (OGTIC).

Proveedores de tecnología.

Organismos internacionales de cooperación y desarrollo.

Red Centroamericana de Informática en Salud (RECAINSA).

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este programa no conlleva construcción de obras importantes, aunque el levantamiento de necesidades de transformación digital del MISPAS pudiera determinar la necesidad de habilitar espacios para albergar equipos tecnológicos y de comunicación. Las mayores inversiones de este programa se orientarían a la adquisición de equipos y software de tecnologías de información y comunicación, así como a consultorías para el desarrollo de software, para la elaboración de la estrategia de eSalud y para la transformación digital del MISPAS. Se deben contemplar también inversiones para el desarrollo de talleres y consultas para la construcción de la estrategia de eSalud y capacitación del personal de las instituciones involucradas en los proyectos que conforman este programa. Los cambios por implementar como consecuencia de la transformación digital del MISPAS pudieran conllevar cambios en estructura organizacional, que podrían tener un impacto presupuestario. Asimismo, el presupuesto deberá asignar recursos a las actividades de consulta y difusión a realizarse en cada proyecto.

2.7. Diseño e implementación del Observatorio Salud 2030.

“Ciudadanía informada sobre salud”

Descripción del Proyecto

El Observatorio Salud 2030 es un proyecto estructurante que conjuga las cuatro dimensiones definidas en el eje de Gobernabilidad del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, con especial énfasis en la rendición de cuentas y en la participación social. Desde el Observatorio se producirá un flujo de información continuo sobre la ejecución del Plan y otros temas de interés, en base al monitoreo de los principales indicadores de salud.



El punto de partida para el monitoreo y seguimiento que se realizará en el Observatorio lo constituyen los indicadores que conforman la línea basal construida en el marco del Plan de Salud 2030, en torno a sus 4 ejes: **i)** Inclusión y redes de servicios; **ii)** Gobernabilidad, gobernanza y articulación pública- privada-comunitaria; **iii)** Ambiente, Ordenamiento Territorial y cambio climático; y **iv)** Economía y financiamiento. El Observatorio Salud 2030 analizará, además, la información generada por las investigaciones que serán puestas en operación en el marco del conjunto de proyectos estructurantes del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, ofreciendo una base de conocimiento con posibilidades de solución a proyectos pendientes o en proceso de operación.

El Observatorio se concibe como una instancia del Consejo Nacional de Salud (CNS) con amplia participación social –incluyendo el conjunto de actores institucionales que constituyeron las Comisiones Técnicas de este Plan– que fungirá como monitorea de las iniciativas y proyectos del Plan, de la incidencia de las inversiones públicas y privadas en las pautas trazadas, y de los ajustes requeridos en base a resultados que se observen en la implementación del Plan Estratégico Nacional de Salud.

El Proyecto se desarrollará en cinco componentes, que son: **i)** Definición del marco de actuación; **ii)** Definición de la metodología de trabajo; **iii)** Implementación de infraestructura, estructura y equipamiento; **iv)** Aplicación de Prueba Piloto y **v)** Puesta en marcha.

En adición a los ODS 3 y 16, el Observatorio Salud 2030 está vinculado estrechamente con el ODS 17, pues busca promover la transparencia, la rendición de cuentas y la colaboración en el ámbito de la salud en República Dominicana, aspectos fundamentales para fortalecer los medios de implementación de los ODS y promover el desarrollo sostenible en el país. Además, el Observatorio promueve la colaboración y la alianza entre diferentes actores, incluyendo el gobierno, los organismos internacionales, el sector privado y la sociedad civil.

Propósito General

La orientación integral de este proyecto es establecer un sistema de monitoreo y análisis que aporte información útil y crítica para la ciudadanía sobre la situación de salud en República Dominicana y la valoración objetiva de su evolución y desarrollo. Asimismo, el Observatorio permitirá evaluar el impacto en los indicadores fruto de la implementación de la cartera de proyectos contenidos en el Plan Estratégico de Salud 2030. Con el Observatorio de Salud se busca recopilar, procesar y difundir información relevante para la toma de decisiones en materia de proyectos y políticas de salud, así como para la identificación de tendencias, desafíos y oportunidades en el ámbito de la salud pública.

Productos Entregables

- Formulación y diseño del Observatorio, incluyendo conceptualización, marco de actuación, estructura y metodología de trabajo, elaborada y puesta en operación.
- Adecuación de infraestructura y equipamiento de hardware y software, realizado y concretado.
- Sistema de información y con aplicaciones monitoreables por la ciudadanía, diseñado y ejecutado.
- Prueba piloto realizada.
-

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Consejo Nacional de Salud (CNS).

Gabinete de Salud.

Servicios Regionales de Salud.

Direcciones de Áreas y Provinciales de Salud.

Instituciones públicas y privadas de prestación de servicios.

Academias y centros de investigación.

Organismos internacionales de cooperación y desarrollo.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este programa no conlleva construcción de obras importantes, aunque requerirá de adecuar un espacio físico para albergar el equipo humano que operará en el Observatorio. En cuanto a adquisiciones de bienes, estarían concentradas en las necesarias para el equipamiento de equipos tecnológicos y mobiliario. Se debe contemplar que el proyecto requerirá conformar y capacitar al equipo que operará de manera permanente en el Observatorio, así como la contratación de consultorías para la formulación y puesta en marcha del proyecto. Dada la naturaleza de este, en el presupuesto debe designarse una partida para las actividades de consulta y difusión a lo largo del proyecto y cuando el Observatorio esté operando.

2.8. Fortalecimiento de las capacidades en niveles directivo y técnico del Ministerio de Salud y sus expresiones desconcentradas.

“Rectoría competente”

Descripción del Proyecto

Este proyecto se enfocará en fortalecer las capacidades del personal directivo del MISPAS y sus expresiones desconcentradas en áreas de liderazgo, gestión, habilidades y funcionalidades técnicas y administrativas. Con esto se procura robustecer la toma de decisiones, la eficiencia en el seguimiento de la situación en salud, vigilancia epidemiológica, ejecución de proyectos, programas de salud, y el manejo racional de los recursos disponibles. Este proyecto encuentra respaldo en el plan de mejora de infraestructura física y equipamiento de la sede central y unidades desconcentradas que se está llevando a cabo como parte del plan de fortalecimiento institucional del MISPAS.



Además, el fortalecimiento de capacidades al equipo directivo responde a lo acordado en la Mesa Temática de Salud del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado en cuanto al Punto 3. Rectoría, para el fortalecimiento de la capacidad rectora del MISPAS y el Punto 4. Recursos Humanos en Salud, que propone el desarrollo de más y mejores oportunidades de formación.

El fortalecimiento de las capacidades se implementará mediante las siguientes acciones:

- i. Evaluación de necesidades de capacitación de los profesionales del nivel directivo y técnico en las Direcciones de Áreas y Provinciales de Salud (DPS/DAS) y sede del Ministerio de Salud, a partir de sus niveles de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de Gestión de Salud. Esto permitirá identificar áreas clave en las que se requiere un fortalecimiento de habilidades, funcionalidades y capacidades.
- ii. Diseño e implementación de programas de capacitación adaptados a las necesidades identificadas. Estos programas abordarán habilidades y herramientas como liderazgo, gestión estratégica, gestión de proyectos planificación y evaluación de programas de salud, gestión de talento humano, gestión financiera y administrativa, entre otros. Los programas de capacitación podrán ser presenciales, virtuales o una combinación de ambos, dependiendo de los recursos disponibles y condiciones.
- iii. Desarrollo de materiales, manuales, guías y recursos de apoyo para complementar la capacitación, que permitirán a los profesionales acceder de forma oportuna a información crítica, relevante y actualizada, fortaleciendo así sus habilidades y herramientas.
- iv. Asesoría y mentoría permanente para proporcionar a los profesionales del nivel directivo y técnico, apoyo individualizado en el desarrollo de capacidades y competencias. La asesoría y mentoría permitirá recibir orientación y retroalimentación de desempeño, promoviendo un crecimiento continuo y mejora en su práctica profesional.
- v. Intercambio de experiencias y buenas prácticas para fomentar reciprocidad de usos evidenciados como efectivos. Esto permitirá aprendizaje mutuo, identificación de soluciones innovadoras y promoción de estándares de excelencia en la gestión.
- vi. Evaluación y seguimiento para realizar mediciones periódicas de impacto de acciones de fortalecimiento. El seguimiento constante permitirá identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias de capacitación según sea de rigor.

Este proyecto, además de los ODS 3 y 16, está directamente vinculado con el ODS 4, cuyo objetivo es garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad para todos. En este caso, el proyecto se enfoca en brindar una formación innovadora y desarrollo profesional al personal directivo del Ministerio de Salud, lo cual se traduce en una mejora significativa de la calidad de la educación en el ámbito de la salud.

Asimismo, este proyecto está vinculado con el ODS 11, que busca garantizar que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. La capacitación de los recursos humanos deriva en una gestión más sólida en salud, lo cual puede contribuir a la reducción de desigualdades, mejorar el acceso a servicios de salud y fortalecer la resiliencia de las ciudades ante desafíos y crisis de salud.

Propósito General

La intención estratégica de este proyecto es impactar positivamente la capacidad rectora del Ministerio de Salud (MISPAS) y sus unidades desconcentradas. Con el fortalecimiento de habilidades y competencias del personal directivo y técnico, el proyecto busca mejorar la capacidad de liderazgo, gestión y toma de decisiones estratégicas en salud. Esto permitirá al MISPAS impulsar políticas, proyectos y acciones que promuevan una mejor organización, planificación y coordinación de los servicios de salud en beneficio de la población.

Productos Entregables

- Estudio CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) formulado y ejecutado.
- Plan de fortalecimiento de capacidades formulado y en operación.
- Programas de capacitación y formación diseñados y en ejecución.
- Acompañamiento, coaching, asesoría técnica y seguimiento de las capacitaciones, realizados.
- Red de aprendizaje y colaboración conformada y en operación.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).
Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud (DPS/DAS).
Academias y centros de investigación.
Instituciones académicas y de formación continua públicas/privadas.
Organización Panamericana de la Salud.
Agencias multilaterales de cooperación y financiamiento.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto no conlleva construcción de obras ni adquisición de bienes de mayor cuantía, salvo los materiales, insumos y equipos necesarios para realizar las actividades propias del proyecto esbozadas en el acápite de descripción del proyecto. Las principales partidas de gasto se concentrarán en la contratación de consultoría para el Estudio CAP y la contratación de centros y/o instructores para el diseño e implementación de los planes y materiales de formación.

2.9. Estructuración del Modelo y Fortalecimiento de la Participación Social en Salud

“Empodérate en salud”

Descripción del Proyecto

Este proyecto tiene como objetivo principal fortalecer e impulsar la participación comunitaria y social en los servicios y espacios de salud para garantizar la vigilancia ciudadana y el eficiente funcionamiento de los programas y servicios de salud. Se estructura desde los territorios, municipios, barrios y comunidades, garantizando también el correcto funcionamiento de las instancias de participación social contempladas en la normativa vigente.



En ese sentido, este proyecto se apoya en el convenio establecido entre el MISPAS y la Liga Municipal Dominicana, para el impulso de la estrategia “Municipios Saludables” y lo planteado en los proyectos del pilar de Ambiente y Salud de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.

Con este proyecto se busca establecer mecanismos y estructuras que permitan una participación significativa de la sociedad en la toma de decisiones, el diseño de políticas y la implementación de programas relacionados con la salud, así como en la veeduría y monitoreo de estos. Entre las acciones a desarrollar se contemplan:

- i. Revisión y definición de los roles y responsabilidades de las instancias de participación ciudadana en salud, a saber, las Comisiones de Veedurías Ciudadanas en Salud, los Comités de Salud y los Consejos Administrativos Hospitalarios, creando un genuino sistema de participación comunitaria en salud, desde la base hasta la cúspide de los servicios. Se buscará evitar solapamientos y asegurar una mayor eficacia en su funcionamiento, teniendo en cuenta los compromisos del V Plan de Acción de Gobierno Abierto y los procedimientos de involucramiento comunitario establecidos en el modelo de atención en la República Dominicana relacionados con la apertura de las demandas territoriales y la participación social en la toma de decisiones.
- ii. Evaluación de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) para la construcción de una línea basal sobre las consideraciones, reservas, potencialidades y habilidades de participación social en salud de la ciudadanía. Estos resultados permitirán diseñar los programas de formación en participación social y trazar metas a ser monitoreadas a lo largo de las actividades de formación y otras que se realicen para estructurar y fortalecer la participación social. Este Estudio CAP deberá repetirse a medio término y al finalizar el período que abarca este Plan Estratégico de Salud.
- iii. Definición del Modelo de Participación Social en Salud para la República Dominicana, para lo cual se revisarán experiencias exitosas del sector salud nacional e internacional y de otros sectores sociales de los que se puedan extraer lecciones aprendidas y mejores prácticas.
- iv. Elaboración de documentos prácticos que brinden orientación sobre cómo establecer y fortalecer la participación social en el ámbito de la salud. Estas guías y manuales podrían contener recomendaciones paso a paso, buenas prácticas y herramientas para facilitar la implementación de instancias de participación efectivas.
- v. El Manual de Participación Social de la OPS y el Reglamento Técnico para el Funcionamiento de las Comisiones de Veeduría Ciudadana en Salud como mecanismo de participación y control social del MISPAS servirán de marco de referencia para esto.
- vi. Estrategias y acciones de difusión y sensibilización para motivar y promover la participación de la comunidad en los programas y servicios de salud. Se utilizarán canales de comunicación abiertos y accesibles para informar a la ciudadanía sobre sus derechos, opciones de participación y oportunidades para contribuir en la mejora de los servicios de salud. Esto también se alinea con la Ley de Salud y el Modelo de Atención, así como con los compromisos de Gobierno Abierto relacionados con la apertura de datos y la promoción de la transparencia en el sector de la salud.

El proyecto implica la colaboración entre el gobierno, la sociedad civil y otros actores relevantes para fortalecer la participación social en salud. La construcción de alianzas y la promoción de la participación ciudadana son fundamentales para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible de manera integral, especialmente el ODS 17, Alianzas para los objetivos.

Además, al promover la participación ciudadana en la toma de decisiones relacionadas con la salud, se fomenta la creación de comunidades más sostenibles y saludables, por lo que el proyecto impacta también el ODS 11. La mejora de los servicios de salud contribuye al desarrollo de ciudades más inclusivas, seguras y resilientes.

Propósito General

El proyecto se enfoca en promover un mayor involucramiento, participación y empoderamiento de las comunidades y las organizaciones comunitarias en la toma de decisiones relacionadas con la salud, los programas y servicios, impulsando la calidad, vía la utilización de herramientas y habilidades como la veeduría, la implementación del Observatorio de Salud 2030 y la participación abierta y democrática de la ciudadanía.

Productos Entregables

- Estudio CAP de conocimientos, actitudes y prácticas sobre participación social en salud, formulado y ejecutado.
- Análisis y diagnóstico de los Comités de Salud y Consejos Administrativos Hospitalarios (CAH) existentes, formulado y concretado.
- Estructuración del funcionamiento de los Comités de Salud y los CAH formulada y puesta en operación.
- Revisión y adecuación del Reglamento Técnico para el Funcionamiento de las Comisiones de Veeduría Ciudadana en Salud, formulado y concretado.
- Manual y Guías de participación social en salud formuladas y concretadas.
- Conformación y capacitación de las Comisiones de Veeduría Ciudadana en Salud realizada.
- Programa de formación en participación social en salud diseñado y en ejecución.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Direcciones de Áreas y Provinciales de Salud (DPS/DAS).

Servicio Nacional de Salud (SNS) y los Servicios Regionales.

Federaciones de Juntas de Vecinos y organizaciones comunitarias.

Organización Panamericana de la Salud.

Agencias nacionales e internacionales de cooperación y desarrollo.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto no conlleva construcción de obras ni adquisición de bienes de mayor cuantía, salvo los materiales, insumos y equipos necesarios para realizar las actividades que aparecen enunciadas en la descripción del proyecto. Las principales partidas de gasto se concentrarán en la contratación de consultoría para el Estudio CAP y la contratación de centros de formación para el diseño e implementación de los planes y materiales de formación.





PROYECTOS ESTRUCTURANTES EN AMBIENTE, GESTIÓN DE RIESGO Y CAMBIO CLIMÁTICO

- 3.1. Programa de control del riesgo de accidentes de tránsito
- 3.2. Fortalecimiento de los servicios de agua potable en centros de salud
- 3.3. Fortalecimiento de los servicios de saneamiento en centros de salud
- 3.4. Robustecimiento de la gestión integral de los residuos hospitalarios
- 3.5. Instalación de un sistema de eficiencia energética renovable para los centros de salud
- 3.6. Sistema integrado de gestión de riesgos en las infraestructuras de salud
- 3.7. Fortalecimiento organizacional y operativo del Departamento de Salud Ambiental con formación y educación permanente de inspectores territoriales
- 3.8. Programa integrado en gestión de municipios saludables en concurrencia estratégica con la Liga Municipal Dominicana y la Federación Dominicana de Municipios
- 3.9. Diseño de mecanismos sostenibles de articulación entre el MISPAS y las entidades relacionadas con la mitigación y adaptación al cambio climático
- 3.10. Programa investigación-acción y mediciones impacto del cambio climático en la salud

OBJETIVO ESTRATÉGICO PARA AMBIENTE, RIESGOS, ORDENAMIENTO Y ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICA

Fortalecer la institucionalidad del Ministerio de Salud Pública y de su capacidad de articulación con entidades públicas y privadas relacionadas con la salud ambiental, el cambio climático y riesgos naturales-antrópicos para promover asentamientos humanos, municipios y ciudades saludables, sostenibles y resilientes, a partir de iniciativas de concurrencia con el sector ambiente y recursos naturales del Estado y la sociedad civil.



3.1. Programa de control del riesgo de accidentes de tránsito.

“Salvar Vida en las Vías”

Descripción del proyecto estructurante

Es una iniciativa que se corresponde con la propuesta 2 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa a las políticas de salud con el propósito de garantizar la vida y seguridad vial de peatones, ciclistas, acompañantes y conductores de vehículos. Se impulsará una alianza estratégica entre la gestión del Ministerio de Salud Pública, INTRANT y el Ministerio de Obras Públicas. Se pretende superar las debilidades que impiden prevenir mortalidades por accidentes. Esta mortalidad está por encima de los 34 fallecidos por cada 100 mil habitantes lo que duplica las tasas comparables en América. La iniciativa presenta soluciones a 500 mil motocicletas en corredores críticos que son conducidas por conductores sin cascos, generadores de la primera causa de mortalidad, quienes recibirán donaciones replicables. Se mejorará el monitoreo del tránsito por DIGESETT, vía un acuerdo con el Ministerio de Interior y Policía en su programa de seguridad, se garantizará la gestión de DIGESETT los fines de semana y noches. Dado que las motocicletas generan 64.0% de los accidentes mortales, la iniciativa contiene una masiva campaña de educación vial, en medios y redes sociales para prevenir los cinco factores causantes de mortalidad: i) uso obligatorio de cascos homologados por motociclistas a ser ofertados por las empresas aseguradoras, INTRANT, Liga Municipal Dominicana (LMD) y Alcaldías; ii) el uso obligatorio del cinturón de seguridad; iii) control de ingesta de bebidas alcohólicas con medición de alcoholímetros; iv) regular el exceso de velocidad con medidores en corredores de riesgo; y v) imponer el uso de sillas especiales para niños. La campaña de seguridad vial debiera incluir operativos colectivos mixtos de seguridad vial diurnos, nocturnos y fines de semanas con equipos de DIGESETT, Ministerio Público, sociedad civil y representantes de empresas del transporte.



Los ODS 3, 11 y 17 están vinculados con este proyecto. En la medida que se asuman conductas saludables en las vías, en los vehículos y en los participantes del tránsito, se reducen los riesgos y factores precipitantes asociados a las cinco (5) grandes causas de mortalidades citadas; lográndose como resultado de esta interacción, provincias, municipios, ciudades y territorios saludables y sostenibles para una movilidad con seguridad vial (ODS 11), que se articulan con el Ministerio de Salud, en una alianza estratégica interinstitucional para Salvar Vidas en las Vías.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social, democrático y de derecho son: Objetivo General 1.4. Seguridad y convivencia pacífica.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Tercer Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.2. Eficaz gestión de riesgos para minimizar pérdidas humanas, económicas y ambientales.

Propósito general

Impulsar una masiva intervención para prevenir los factores de riesgos asociados a los accidentes de tránsito mortales, privilegiando el acceso y uso masivo de cascos homologados, cinturones de seguridad, reducción de la ingesta de alcohol, reducción de la velocidad y dispositivos de protección para los niños infantes; incluyendo una campaña de medios en seguridad vial y creación de sistema organizado e integrado de atención de emergencia prehospitalaria y en centros del primer nivel proporcionando formación en atención de emergencia a los equipos de respuesta.

Productos Entregables (PE)

- Diseño del plan de adquisiciones de cascos homologados ejecutado.
- Campaña de Medios de prevención de los cinco factores precipitantes de mortalidad, diseñada y en operación vía un acuerdo con los dueños de canales de TV, radio e *influencers*.
- 54 operativos mixtos de seguridad vial en los corredores organizados y en operación.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y capacidades de atención a los politraumatizados de las brigadas del MOPC, realizada.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.



Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).
Instituto Nacional de Transporte Terrestre (INTRANT).
Ministerio de Obras Públicas.
Asociación Dominicana de Corredores de Seguros.
Liga Municipal Dominicana (LMD).
Empresas del Transporte.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de equipos, gestiones de seguridad vial, actividades educativas con una inversión general estimada de 510 millones de pesos a siete años. Montos de inversión que requerirán los estudios de prefactibilidad de rigor para determinar el monto exacto de inversión.

3.2. Fortalecimiento de los servicios de agua potable en centros de salud. “Atención segura y calidad del agua, Servicio Vital”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto se corresponde con la propuesta 4 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa a los recursos humanos en salud de manera de, “...desarrollar las capacidades necesarias...para brindar un servicio de alta calidad...”. Resulta fundamental para el mejoramiento de la calidad del servicio de atención a los y las pacientes que asisten a los centros de salud pública, ya que conlleva un conjunto de iniciativas que contribuirán a evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y de la piel en su ámbito y en el de su entorno inmediato. Con ello se pretende superar las debilidades que presenta el servicio de agua potable en los centros de salud pública, ya sea porque no se da el seguimiento y mantenimiento apropiado a la infraestructura de abastecimiento y almacenamiento (cisternas, planta de tratamiento, grifos, membranas y filtros de tratamiento y equipos para desinfección del agua), o porque se carece de protocolos específicos, especialmente en lo que se refiere a la desinfección del agua por falta de continuidad en el servicio de abastecimiento por parte de INAPA o de las Corporaciones de Agua y Alcantarillado Sanitario; o porque se carece de un sistema de tabulación de análisis físicos, químicos y bacteriológicos del agua servida en puntos de muestreo.



Con la implementación de este proyecto se lograrán cinco aspectos básicos para una atención segura y de calidad: **i)** Continuidad en el servicio de agua potable para el 60% de los centros de salud que no cuentan con ese tipo de frecuencia; **ii)** Incremento de la capacidad de almacenamiento de agua para el 35% de los centros que no cuentan con ello; **iii)** aumento de la capacidad de desinfección del agua en el 60% de los centros de salud que no tienen sistemas especializados de tratamiento del agua luego de su captación de la fuente primaria; **iv)** incremento del control de calidad del almacenamiento del agua en el 70% de los centros de salud que carecen de registros de control bacteriológico (cloro residual); **v)** mejoramiento de las capacidades del personal encargado de la operación, vigilancia y mantenimiento del sistema de abastecimiento de agua potable en todos los centros de salud. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, se prevé una articulación sostenible entre el MISPAS, INAPA y las corporaciones proveedoras del servicio de agua potable, así como de los Comités Comunitarios de Salud.

Los ODS 3, 6, 11 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto promueven un servicio de atención para una vida sana y la promoción del bienestar a los pacientes que asisten a los centros de salud. En la medida que se cuenten con eficientes servicios de calidad del agua potable, se reducirán las posibilidades de adquirir algún tipo de infección por la contaminación del agua, o porque se proporcionarán estos servicios hacia aquellos centros de salud que no cuentan con un sistema apropiado. Para ello, la vigilancia de la calidad del agua que proporciona INAPA y las Corporaciones de Acueducto y Alcantarillado Sanitario se constituyen en un Servicio innegociable para el Ministerio de Salud Pública.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Tercer Eje Estratégico** que promueve una economía estable, articulada, innovadora y ambientalmente sostenible: Objetivo General 3.3. Ambiente favorable a la competitividad y la innovación y 3.4. Empleo decente.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que se adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Gestión del recurso agua de manera sostenible y eficiente y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer la calidad y eficiencia del servicio de agua potable en los centros de salud pública, garantizando su sostenibilidad mediante programas de adaptación al cambio climático así como la creación de un protocolo de seguimiento y mantenimiento de la membrana y los filtros que dan tratamiento y purificación del agua servida a los centros de salud, de la infraestructura de apoyo como las cisternas, llaves, grifos, plantas de tratamiento de aguas residuales, la eliminación de la acumulación de agua pluvial, y la capacitación continua al personal que dosifica la cisterna y los tinacos de los centros de salud.

Productos Entregables (PE)

- Dotación de infraestructura de almacenamiento y captación continua de agua ejecutado.
- Diseño de un sistema sostenible de control de calidad en el tratamiento del agua, implementado.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y capacidades de seguimiento y mantenimiento de los servicios de agua potable, realizado.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA).

Corporaciones de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario.

Comités Comunitarios de Salud.

Departamento de Salud Ambiental del MISPAS.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de equipos, gestiones de dotación de infraestructura de almacenamiento de agua en 50 centros, infraestructura de soporte como segundo abastecimiento, consultoría de sostenibilidad, educación permanente y visibilidad, por un monto de 470 millones de peso, cuyo cálculo de un monto exacto requerirá los correspondientes estudios de factibilidad de rigor.



3.3. Fortalecimiento de los servicios de saneamiento en centros de salud pública.

“Gestión sostenible del saneamiento garantiza la calidad del servicio”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto también se corresponde con la propuesta 4 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa a los recursos humanos en salud de manera de, “...desarrollar las capacidades necesarias...para brindar un servicio de alta calidad...”. Se complementa con el proyecto sobre servicio del agua potable para una atención segura y de calidad en la atención a los pacientes que asisten a los centros de salud pública, ya que incluye iniciativas que también contribuirán a evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y de la piel en su ámbito y en el de su entorno inmediato. Con ello se pretende superar las debilidades que presenta el servicio de saneamiento en los centros de salud pública, ya sea porque no se brinda un seguimiento y mantenimiento apropiado a la infraestructura de descarga de las aguas residuales (retretes conectados a pozos, plantas de tratamiento en la que no se han eliminado los residuos del agua pluvial); o por ausencia de retretes para la higiene menstrual o para las personas con movilidad restringida; o carencia de plantas de tratamiento de aguas residuales; o porque no hay continuidad en el servicio de alcantarillado sanitario por parte de INAPA o de las Corporaciones de Agua y Alcantarillado Sanitario.



Con la implementación de este proyecto se lograrán cuatro aspectos básicos para una atención segura y de calidad en el servicio de eliminación de las aguas residuales: i) Dotación de un sistema de retretes apropiados para la higiene menstrual y para las personas con movilidad restringida para el 85% de los centros de salud que no cuentan con este tipo de equipamiento; ii) Dotación de un sistema de planta de tratamiento para las descargas residuales para el 55% de los centros que no cuentan con ello; iii) aumento de la capacidad de registro de control de limpieza para los baños de las habitaciones, los baños comunes y los que utilizan los médicos pasantes de todos los centros de salud; y iv); mejoramiento de las capacidades del personal encargado de la operación, vigilancia y mantenimiento del sistema de descarga de aguas residuales en todos los centros de salud. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, se prevé una articulación sostenible entre el MISPAS, INAPA y las corporaciones proveedoras del servicio de alcantarillado sanitario, así como de los Comités Comunitarios de Salud.

Los ODS 3, 6, 11 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto promueven un servicio de atención para una vida sana y la promoción del bienestar a los pacientes que asisten a los centros de salud. Al contar con eficientes servicios de saneamiento, se reducirán las posibilidades de adquirir algún tipo de infección por la contaminación del agua, o porque se proporcionarán estos servicios hacia aquellos centros de salud que no cuentan con un sistema de alcantarillado sanitario apropiado. Para ello, la vigilancia de los sistemas de evacuación de las aguas residuales que proporciona INAPA y las Corporaciones de Acueducto y Alcantarillado Sanitario se constituyen también en un Servicio innegociable para el Ministerio de Salud Pública.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
- Objetivo General 2.2. Salud y Seguridad Social Integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Tercer Eje Estratégico** que promueve una economía estable, articulada, innovadora y ambientalmente sostenible: Objetivo General 3.3. Ambiente favorable a la competitividad y la innovación y 3.4. Empleo decente.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que se adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Gestión del recurso agua de manera sostenible y eficiente y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer la calidad y eficiencia del servicio de saneamiento en los centros de salud pública, garantizando su sostenibilidad mediante programas de adaptación al cambio climático así como la creación de un protocolo de seguimiento y mantenimiento de la infraestructura de evacuación de las aguas residuales, de la dotación de infraestructura apropiada para ello en los centros que no cuentan con este sistema, y la capacitación continua al personal que se encarga de la gestión sostenible del sistema de saneamiento intrahospitalario.

Productos Entregables (PE)

- Dotación de infraestructura de planta de tratamiento y sistema de retretes apropiados, ejecutada.
- Diseño de un sistema sostenible de mantenimiento del registro de limpieza de baños, implementado.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y capacidades de seguimiento y mantenimiento de los servicios de saneamiento, realizado.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).
Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA).
Corporaciones de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario.
Comités Comunitarios de Salud.
Departamento de Salud Ambiental del MISPAS.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de equipos, gestiones de dotación de infraestructura de tratamiento de agua en 30 centros, dotación de retretes para 50 centros, consultoría de sostenibilidad del sistema por un monto de 1,300 millones de pesos, cuyo cálculo de un monto exacto requerirá los correspondientes estudios de factibilidad de rigor.

3.4. Robustecimiento de la gestión integral de los residuos hospitalarios.

“Residuos Hospitalarios de Gestión Crítica”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto se corresponde con la propuesta 10 inciso h de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa al Plan Operativo de la Reforma del Sector Salud cuando alude a, “...la promoción de programas de prevención del riesgo de enfermar...”. También está orientado hacia una atención segura y de calidad a los pacientes que asisten a los centros de salud pública, ya que incluye iniciativas que contribuirán a evitar la transmisión de enfermedades como irritación del estómago, vómitos, diarrea, cólera y amebiasis, entre otras, en su ámbito y en el de su entorno inmediato. Se procura superar las debilidades que presenta el servicio de recolección de los residuos hospitalarios bioinfecciosos en los centros de salud pública, ya sea porque no se sistematiza la información sobre el volumen de residuos que se producen en los establecimientos de salud; no se cuenta con una ruta sanitaria señalizada para el traslado de los mismos hacia el destino final dentro de los centros de salud; porque el personal que se encarga de este proceso no tiene las capacidades necesarias para su correcto manejo y clasificación; porque se utilizan las áreas aledañas a la de disposición final como almacén; o porque se carece de protocolos específicos; o porque no hay continuidad en el servicio de recolección de los residuos hospitalarios o sistemas apropiados de disposición final.



Con la implementación de este proyecto se lograrán cinco aspectos básicos para una atención segura y de calidad en el servicio de eliminación de los residuos hospitalarios bioinfecciosos y de otra naturaleza: i) Dotación de un sistema sostenible de tratamiento de los residuos infecciosos y de corte y punzantes en todos los centros de salud ii) Diseño de una ruta sanitaria señalizada para el traslado de los residuos hospitalarios en el 75% de los centros de salud que no cuentan con este tipo de equipamiento; iii) Dotación de un sistema de inventario para la sistematización sostenible del volumen de residuos hospitalarios y de otra naturaleza generados en todos los centros de salud; iv) aumento de la capacidad de registro de control de la separación correcta de los residuos en tres contenedores en el 80% de los centros de salud; y v); mejoramiento de las capacidades del personal encargado de la operación, vigilancia y mantenimiento del sistema de eliminación de residuos hospitalarios infecciosos y de otra naturaleza en todos los centros de salud. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, se prevé una articulación sostenible entre el MISPAS, los ayuntamientos, y las empresas privadas encargadas de la recolección, transportación y disposición final de los residuos hospitalarios y de otra naturaleza, así como de los Comités Comunitarios de Salud.

Los ODS 3, 11, 13 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto procuran un servicio de atención para una vida sana y la promoción del bienestar de los pacientes que asisten a los centros de salud. Para ello, la vigilancia del manejo adecuado de los residuos hospitalarios y de otra naturaleza que proporciona del Departamento de Salud Ambiental el Viceministerio de Control de calidad, generará Menos contaminación y menos enfermedades infecciosas en el servicio que brinda el Ministerio de Salud Pública.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Tercer Eje Estratégico** que promueve una economía estable, articulada, innovadora y ambientalmente sostenible: Objetivo General 3.3. Ambiente favorable a la competitividad y la innovación.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que se adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Mejoramiento de la calidad del medio ambiente y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer la calidad y eficiencia del manejo, tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios en los centros de salud pública, garantizando su sostenibilidad mediante programas de señalización de las rutas para el traslado de los mismos dentro de los centros asistenciales, así como la creación de un protocolo de seguimiento y mantenimiento del equipamiento de recolección y tratamiento de los residuos hospitalarios en los centros de salud, y la capacitación continua del personal que maneja y clasifica los residuos hospitalarios de los centros de salud.

Productos Entregables (PE)

- Dotación de infraestructura de manejo sostenible de los residuos hospitalarios ejecutado.
- Diseño de un sistema de captación de datos del volumen de los residuos hospitalarios, implementado.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y capacidades de seguimiento y mantenimiento de los servicios de manejo de los residuos hospitalarios, realizados.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).
Liga Municipal Dominicana.
Ministerio de Medio Ambiente.
Ayuntamientos y Juntas Distritales.
Fideicomiso de gestión integral de residuos sólidos.
Departamento de Salud Ambiental del MISPAS.
Federación Dominicana de Municipios

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de equipos, gestiones de dotación de infraestructura de tratamiento de los residuos en 50 centros, diseño de ruta sanitaria para el traslado de los residuos, sistema de registro del volumen de residuos consultoría de sostenibilidad del sistema por un monto de 1,500 millones de pesos, cuyo cálculo de un monto exacto requerirá los correspondientes estudios de factibilidad de rigor.



3.5. Instalación de un sistema de eficiencia energética renovable para centros de salud.

“Mayor eficiencia energética, más salud”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto se corresponde con la propuesta 10 inciso f de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa al Plan Operativo de la Reforma del Sector Salud cuando refiere a, “...la promoción de programas de promoción de la salud y la vida...”. Procura garantizar no solo una atención segura y de calidad a los pacientes que asisten a los centros de salud pública, sino también a que sea sostenible y genere bajas emisiones de carbono, y contribuya a la reducción de la exposición a la contaminación del aire derivada de sus actividades. De este modo se contribuirá a la reducción de posibles afectaciones por enfermedades pulmonares y cardiovasculares y cáncer, entre otras. El proyecto se focaliza en la superación de las limitaciones que presenta el servicio de energía renovable en los centros de salud pública, producto de que utilizan combustibles contaminantes para el manejo de las plantas de energía eléctrica, generando emisiones de gases de efecto invernadero; porque carecen de una infraestructura de producción de energía limpia no concurrente con las metas de la Organización Mundial de la Salud que promueve “...energía limpia administrada de forma segura... (WHO, 2019)”; porque no hay un protocolo de seguimiento y mantenimiento apropiado a la infraestructura de energía eléctrica ni al consumo que se realiza en los establecimientos de salud; o porque no hay continuidad en el servicio de distribución de energía eléctrica por parte de las Empresas Distribuidoras de Electricidad a nivel nacional (EDESUR, EDENORTE, EDEESTE).



Con la implementación de este proyecto se lograrán tres aspectos básicos para una atención segura y de calidad en el servicio de energía sostenible en los centros de salud: i) Dotación de un sistema sostenible de producción de energía limpia todos los centros de salud; ii) Diseño de un protocolo de mantenimiento del sistema de eficiencia energética en todos los centros de salud; y iii); mejoramiento de las capacidades del personal encargado de la operación, vigilancia y mantenimiento del sistema de eficiencia energética en todos los centros de salud. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, se prevé una articulación sostenible entre el MISPAS, las empresas prestadoras de energía eléctrica privadas, así como de los Comités Comunitarios de Salud.

Los ODS 3, 7 y 13 están vinculados con este proyecto en tanto se orientan hacia un servicio de atención para una vida sana y la promoción del bienestar, a partir de una eficiencia energética limpia. El hecho de contar con un eficiente servicio de energía renovable, se mejorarán las posibilidades de brindar un servicio continuo de atención al paciente, aunque no se cuente con el servicio continuo de distribución de la energía. Para ello, la vigilancia de la eficiencia energética que tendrán los centros de salud es fundamental para un Mejor servicio de salud por parte del Ministerio de Salud Pública.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta un Sociedad de Igualdad de derechos y oportunidades:
- Objetivo General 2.2. Salud y Seguridad Social Integral.
- **Tercer Eje Estratégico** que promueve una economía estable, articulada, innovadora y ambientalmente sostenible: Objetivo General 3.2. Energía confiable y eficiente.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una Sociedad de Producción y Consumo Ambientalmente Sostenible que se Adapta al Cambio Climático: Objetivo General 4.1. Gestión sostenible de los recursos naturales y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer el sistema de eficiencia energética en los centros de salud pública, garantizando su sostenibilidad a través del uso de energía limpia (solar, eólica, entre otras), y de programas de adaptación al cambio climático, así como la creación de un protocolo de seguimiento y mantenimiento de la infraestructura de energía limpia con la cual se dote a los establecimientos de salud y del ahorro energético, y la capacitación continua al personal que se encargue del sistema de energía limpia.

Productos Entregables (PE)

- Dotación de infraestructura de energía sostenible ejecutado.
- Diseño de un protocolo de seguimiento y mantenimiento al sistema de energía sostenible, implementado.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y capacidades de seguimiento y mantenimiento de los servicios de energía sostenible, realizado.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Consejo Nacional de Adaptación al Cambio Climático y energía limpia.

Ministerio de Energía y Minería.

Empresas distribuidoras de electricidad.

Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud.

Ministerio de Medio ambiente

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de equipos e infraestructura de energía sostenible para 50 centros, consultoría de sostenibilidad del sistema y educación permanente por un monto de 3,570 millones de pesos, cuyo cálculo de un monto exacto requerirá los correspondientes estudios de prefactibilidad de rigor.



3.6. Sistema integrado de gestión de riesgos en las infraestructuras de los centros de salud

“Gestión de riesgos para salvar vidas”

Descripción del proyecto estructurante

Esta iniciativa se corresponde con la **propuesta 10 inciso f de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa al Plan Operativo de la Reforma del Sector Salud** cuando refiere a, “...la promoción de programas de promoción de la salud y la vida...”. Está orientada a fortalecer el sistema de alerta temprana y vigilancia de riesgos y de respuesta eficiente frente a los riesgos naturales-antrópicos que se presentan en el ámbito de localización de los establecimientos de salud. Se trata de otro componente tendiente a garantizar una atención segura y de calidad a los pacientes que asisten a los centros de salud pública, de manera de contribuir a la mitigación de posibles impactos que pueden causar las amenazas sísmicas, inundaciones, ciclones, sequías, entre otras. De este modo se procura superar las limitaciones que tienen los establecimientos de salud en la gestión de riesgos de sus infraestructuras, debido a que no cuentan con un protocolo que facilite un seguimiento y mantenimiento apropiado a la infraestructura hospitalaria (elementos de protección frente a ciclones, estructuras antisísmicas entre otras); o a una señalética que oriente a pacientes y servidores públicos sobre qué hacer frente a una amenaza natural como ciclones, inundaciones o movimientos sísmicos; o a una localización que puede afectar el servicio de salud, ya sea porque se encuentra en una zona de inundaciones, en áreas vulnerables frente a movimientos sísmicos o en las trayectorias históricas de ciclones, entre otras; o porque se carece de un plan de gestión frente a riesgos de desastres en el ámbitos de los centros de salud.



Con la implementación de este proyecto se lograrán cinco aspectos básicos para una atención segura y de calidad en un servicio de salud resiliente y adaptado al cambio climático: **i)** Evaluación de la capacidad de resiliencia de la infraestructura de 50 centros de salud; **ii)** Diseño y aplicación de un sistema integrado de alerta temprana, vigilancia de riesgos y respuestas eficientes en todos los centros de salud; **iii)** Implementación de un sistema de señalética de las rutas de evacuación en los centros de salud considerando la inclusión de las personas con movilidad restringida; **iv)** mejoramiento de las capacidades del personal encargado de la gestión de riesgos a nivel de todos los centros de salud, y **v) construcción de 3 centros de gestión de riesgos y mitigación almacenamiento y acopio de agua**, medicamentos y alimentos. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, se prevé una articulación sostenible entre el MISPAS, el Centro de Operaciones de Emergencia, el Ministerio de Obras Públicas, y el Ministerio de Medio Ambiente.

Los ODS 3, 11 y 13 están vinculados con este proyecto en tanto promueven un servicio de atención para una vida sana y la promoción del bienestar protegida de los riesgos naturales y antrópicos que pudiesen suceder en el ámbito de los establecimientos de salud o en su entorno inmediato.

Con ello se logrará contar con un sistema integrado de alerta temprana y vigilancia de riesgos, especialmente en los que refieren a estrés por calor, desnutrición vinculada a amenazas naturales, lesiones físicas por fenómenos climáticos extremos, salud y bienestar mentales, e impactos a la salud de las sequías. La vigilancia de la gestión de riesgos que proporciona el Viceministerio de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud es una gestión que salva vidas.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
- Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que se adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Eficaz gestión de riesgos y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer el sistema integrado de gestión de riesgos en los centros de salud pública, garantizando su sostenibilidad mediante programas de adaptación al cambio climático, así como la creación de un protocolo de seguimiento y difusión de la información, la señalética y las modalidades de actuación frente a las amenazas naturales-antrópicas, de la infraestructura soporte de la gestión de riesgos, la capacitación continua al personal que se encarga de proteger al centro de salud y a sus pacientes en momentos de amenazas por desastres, y la construcción de 3 centros de gestión de riesgos y mitigación, almacenamiento y acopio en las Regiones Norte, Sur y Este.

Productos Entregables (PE)

- Estudio de evaluación de la capacidad de resiliencia en centros de salud ejecutado.
- Diseño y aplicación de un sistema integrado de alerta temprana, vigilancia de riesgos y respuestas eficientes en todos los centros de salud.
- Diseño y aplicación de señalética de rutas de evacuación en 50 centros de salud, implementado.
- Capacitación y reforzamiento de habilidades y capacidades en gestión de riesgos, realizado.
- Centros de almacenamiento y acopio de alimentos, medicinas y agua ejecutado; y
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Consejo Nacional de Adaptación al Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio.

Ministerio de Medio Ambiente.

Centro de Operaciones de Emergencias.

Oficina Nacional de Meteorología.

Dirección de Gestión de Riesgos.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de sistema integrado de alerta temprana en 50 centros, consultoría de evaluación del sistema, aplicación de señalética y capacitación y educación permanente por un monto de 780 millones de pesos, cuyo cálculo de un monto exacto requerirá los correspondientes estudios de prefactibilidad de rigor.



3.7. Fortalecimiento organizacional y operativo del Departamento de Salud Ambiental (Formación y educación permanente de inspectores territoriales).

“Mayor capacidad institucional, mejor servicio de inspectoría de salud”

Descripción del proyecto estructurante

Esta iniciativa se corresponde con la propuesta 2 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa a la Propuesta de Política de Salud cuando alude a, “...impulsar un sistema de salud articulador de forma armoniosa de los actores públicos y privados, bajo el enfoque del derecho a la salud...”. La salud ocupacional, residuos hospitalarios, sustancias químicas peligrosas, calidad de aire, agua, saneamiento e higiene, aguas residuales y excretas. Precisamente, este proyecto se focaliza en superar las debilidades que presenta el Departamento de Salud Ambiental en cuanto a la vigilancia y evaluación de los componentes de salud ambiental en los establecimientos públicos y privados en coordinación con las DPS/DAS y a la sostenibilidad de los sistemas de información de salud ambiental para el reporte de todas las actividades inherentes a ellos, ya sea porque no cuenta con el equipamiento apropiado para las mediciones en los niveles locales, o porque no tiene el personal capacitado para ello, o porque no desarrolla el componente de salud ambiental de la calidad del aire y del cambio climático, o porque no tiene el fortalecimiento misional para que las DPS/DAS dependan del mismo y para que pueda cumplir su rol de formación y educación permanente a los inspectores territoriales.



Con la implementación de este proyecto se lograrán cinco aspectos básicos para el fortalecimiento del Departamento de Salud Ambiental: **i)** Dotación de instrumentos de medición en los niveles locales con su correspondiente programa de capacitación; **ii)** Diseño de procesos de fortalecimiento del Sistema de Información Integral en Salud Ambiental; **iii)** Ampliación de la capacidad diagnóstica del Laboratorio nacional Doctor Defilló en materia ambiental; **iv)** Desarrollo del módulo de vigilancia epidemiológica de salud ambiental, y de los componentes de calidad del aire y de salud y cambio climático; y **v)** mejoramiento de las capacidades técnicas del personal de las DPS/DAS en los componentes de salud ambiental. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, se prevé la promoción de una estructura técnica-operativa dentro del SNSS que funja como contraparte del departamento de Salud Ambiental, así como la decisión institucional de elevar su capacidad de autoridad para controlar a las DPS.

Las ODS 3, 11 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto tiene entre sus metas la reducción del número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo, a partir de un sistema de inspectoría que garantice mejores condiciones para la salud ambiental. En la medida que se cuenten con eficientes servicios de vigilancia y de sistemas de información permanentes sobre la salud ambiental, se adquirirán mejores conocimientos para la toma de decisiones efectivas en materia de salud ambiental. Para ello, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del Departamento de Salud Ambiental garantizará un mejor servicio de inspectoría de salud.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que propugna un Estado con instituciones eficientes: Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
 - Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer la capacidad organizacional y operativa del Departamento de Salud Ambiental con formación y educación de inspectores territoriales, orientados a la vigilancia y evaluación de los componentes de salud ambiental en los establecimientos públicos y privados en coordinación con las DPS/DAS y a la sostenibilidad de los sistemas de información de salud ambiental para el reporte de todas las actividades inherentes a ellos, garantizando el desarrollo del módulo de vigilancia epidemiológica de salud ambiental, y de los componentes de calidad del aire y de salud y cambio climático; y el mejoramiento de las capacidades técnicas del personal de las DPS/DAS en los componentes de salud ambiental.

Productos Entregables (PE)

- Dotación de instrumentos de medición de los componentes de la salud ambiental en los niveles locales con su correspondiente programa de capacitación.
- Diseño del Sistema de Información Integral en Salud Ambiental, implementado.
- Ampliación de la capacidad diagnóstica del laboratorio nacional Dr. Defilló en materia ambiental realizada.
- Capacitación en la vigilancia epidemiológica de salud ambiental, ejecutada.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Servicio Nacional de Salud.

Organización Panamericana de la Salud.

Consejo Nacional de Cambio Climático y Mecanismo de Desarrollo Limpio.

Departamento de Salud Ambiental

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto conlleva aporte de fortalecimiento del Departamento de Gestión Ambiental en salud del Ministerio de Salud, se formula con un monto de alrededor 470 millones de pesos, lo que implica un aporte de instrumentos de medición para inspectores, sistema de información, equipos y tecnologías, capacitación y educación permanente, cuyo cálculo de un monto exacto requerirá los correspondientes estudios de prefactibilidad de rigor.

3.8. Programa integrado en gestión de municipios saludables en concurrencia con Liga Municipal y Federación de Municipios.

“Salud y territorios es bienestar de la población”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto se corresponde con la **propuesta 2 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa a la Propuesta de Política de Salud** cuando alude a, “...impulsar un sistema de salud articulador de forma armoniosa de los actores públicos y privados, bajo el enfoque del derecho a la salud...”. Se fundamenta en el requerimiento de fortalecer las articulaciones intersectoriales entre el MISPAS

y el binomio Liga Municipal Dominicana/Federación Dominicana de Municipios para la construcción de municipios saludables, que incluya la formulación de políticas públicas saludables, el mantenimiento de los ambientes saludables, la creación de estilos de vida saludables y la reorientación de los servicios locales de salud. En este sentido, esta iniciativa está orientada a superar las debilidades que presenta este tipo de articulaciones interinstitucionales, ya sea porque no se han creado espacios sostenibles de gestión conjunta de los territorios municipales; porque los ayuntamientos no tienen claras políticas de inversión en salud; porque estas instituciones no cuentan con las capacidades técnicas-operativas y normativas para la promoción de municipios saludables; o porque no se cuenta con sistemas integrados de producción de conocimientos para el desarrollo de acciones concretas en salud de la población.

Con la implementación de este proyecto se lograrán cinco aspectos básicos para la gestión de municipios saludables: **i)** Implementación de los acuerdos firmados entre el MISPAS y la Liga Municipal Dominicana para el desarrollo de municipios saludables con la activa participación de los gobiernos locales; **ii)** Diseño de un Sistema Integrado de Información sobre salud ambiental, cambio climático, y riesgos naturales-antrópicos entre el MISPAS y la Liga Municipal/FEDOMU; **iii)** Reorientación de la inversión municipal en salud en concordancia con las políticas de salud de cada territorio municipal; **iv)** Asistencia técnica del MISPAS a los gobiernos locales para la inclusión en las normativas vigentes de edificación y de diseño de espacios públicos aspectos relacionados con la salud; y **v)** mejoramiento de las capacidades técnicas de la Liga Municipal/FEDOMU en los componentes de salud ambiental, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, la Liga Municipal y FEDOMU fungirían como interlocutores/promotores ante los ayuntamientos y Juntas Distritales, de manera de garantizar el desarrollo de municipios saludables.



Las ODS 3, 11 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto están orientados a promover ámbitos o espacios saludables que enfatizan la equidad y la competencia de poder como bases principales a la promoción de la salud, que no solo considera los problemas y necesidades de los grupos de población en ese espacio específico sino también la estructura y el comportamiento organizacional. Para ello, el fortalecimiento de las articulaciones intersectoriales entre MISPAS y las entidades relacionadas con los gobiernos locales garantizarán un mayor bienestar a la población.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que propugna un Estado con instituciones eficientes: Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
 - Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Mejoramiento de la calidad del ambiente y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Fortalecer la articulación de gestión de la salud entre el MISPAS y la Liga Municipal Dominicana/FEDOMU, orientada hacia la consolidación y sostenibilidad de municipios saludables, considerando el diseño de un Sistema Integrado de Información sobre salud ambiental, cambio climático, y riesgos naturales-antrópicos entre estas entidades; la reorientación de la inversión municipal en salud en concordancia con las políticas de salud de cada territorio municipal; la asistencia técnica del MISPAS a los gobiernos locales para la inclusión en las normativas vigentes de edificación y de diseño de espacios públicos aspectos relacionados con la salud; y el mejoramiento de las capacidades técnicas de la Liga Municipal/FEDOMU en los componentes de salud ambiental, cambio climático y riesgos naturales-antrópicos.

Productos Entregables (PE)

- Diseño e implementación de un Sistema Integrado de Información sobre salud ambiental, cambio climático, y riesgos naturales-antrópicos entre el MISPAS y la Liga Municipal/FEDOMU, implementado.
- Programa de reorientación de la inversión municipal en salud ejecutado.
- Capacitación técnica-operativa y normativa sobre salud, cambio climático y ambiente a técnicos y autoridades de las entidades municipales, realizada.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Liga Municipal Dominicana.

Federación Dominicana de Municipios.

Ayuntamientos y Juntas Distritales.

Dirección de Gestión de Riesgos del MISPAS.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto de promoción de municipios saludables expresa una intervención general que implica un sistema integrado con un programa de reorientación de la inversión por un monto de 260 millones para un conjunto de intervenciones municipales tales como capacitación, reorientación de la inversión.

3.9. Formulación de mecanismos sostenibles de articulación MISPAS y entidades de mitigación y adaptación al cambio climático.

“Creación de territorios resilientes con adaptación al cambio climático”

Descripción del proyecto estructurante

Esta iniciativa se corresponde con la propuesta 9 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa al Sistema de Información cuando refiere a, “... fortalecer el desarrollo y la interoperabilidad de los sistemas de información en el área de salud...”. Se focaliza en la demanda interinstitucional de procesos de gestión que contribuyan a fortalecer las intervenciones conjuntas entre el MISPAS y las entidades relacionadas con la mitigación y adaptación al cambio climático como son el Ministerio de Medio Ambiente, y el Consejo Nacional de Cambio Climático, entre otros. Se trata de un necesario requerimiento para enfrentar conjuntamente los impactos que podrían causar el aumento de la temperatura, la alteración (disminución incluida) de los patrones de precipitaciones y el incremento del nivel del mar, de acuerdo con los escenarios climáticos proyectados al 2050 por parte de entidades nacionales e internacionales. Respecto a ello, este proyecto está orientado a superar las debilidades que presenta este tipo de articulaciones interinstitucionales, ya sea porque no se han creado espacios sostenibles de gestión conjunta para abordar el tema de cambio climático y salud; porque no se cuentan con mecanismos estructurados y comprometidos interinstitucionalmente para el diseño e implementación de políticas que se orienten a la mitigación y adaptación del cambio climático en materia de salud; o porque no se cuenta con sistemas integrados de producción de conocimientos y sistemas de información compartidas para el desarrollo de acciones concretas en materia de salud y cambio climático.



Con la implementación de este proyecto se lograrán cuatro aspectos básicos para la gestión articulada de adaptación y mitigación al cambio climático en materia de salud: i) Promoción de acuerdos entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático para el desarrollo de intervenciones de bienestar en la salud de la población; ii) Diseño de un Sistema Integrado de Información sobre el impacto del cambio climático en la salud; iii) Diseño e implementación de espacios de investigación-acción conjuntas sobre la salud y el cambio climático; y iv) mejoramiento de las capacidades técnicas de la Dirección de Gestión de Riesgos del MISPAS en los componentes de cambio climático. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático fungirían en asesores del MISPAS para garantizar la implementación de mecanismos de adaptación al cambio climático.

Las ODS 3, 11 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto están orientados a desarrollar acciones tendientes a reducir los riesgos de producción de enfermedades transmitidas por vectores del agua, para la vida y los medios de subsistencia y las inequidades sociales. Para ello, el fortalecimiento de las articulaciones intersectoriales entre MISPAS y las entidades relacionadas con el cambio climático garantizarán una mejor adaptación al cambio climático.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que propugna un Estado con instituciones eficientes: Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades:
 - Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y 2.4. Cohesión Territorial.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Mejoramiento de la calidad del ambiente y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Diseñar mecanismos de articulación de gestión de la salud entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y la Comisión Nacional de Adaptación al Cambio Climático, orientados hacia la adaptación y mitigación del cambio climático en materia de salud, considerando la promoción de acuerdos entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático para el desarrollo de intervenciones de bienestar en la salud de la población; el diseño de un Sistema Integrado de Información sobre el impacto del cambio climático en la salud; el diseño e implementación de espacios de investigación-acción conjuntas sobre la salud y el cambio climático; y el mejoramiento de las capacidades técnicas de la Dirección de Gestión de Riesgos del MISPAS en los componentes de cambio climático.

Productos Entregables (PE)

- Diseño e implementación de un Sistema Integrado de Información sobre salud y cambio climático, entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático, implementado.
- Diseño e implementación de mecanismos de acciones conjuntas sobre salud y cambio climático, ejecutado.
- Capacitación técnica-operativa sobre salud y cambio climático a técnicos del MISPAS, realizado.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Ministerio de Medio Ambiente.

Consejo Nacional de Cambio Climático.

Entidades de la Sociedad Civil relacionadas con el cambio climático.

Dirección de Gestión de Riesgos del MISPAS.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto de promoción de articulación del MISPAS con los organismos públicos y privados relacionados con la adaptación climática por un monto de 105 millones de pesos para invertirlos en sistema de información de salud y cambio climática.

3.10. Programa de investigación-acción y mediciones del impacto del cambio climático en la salud.

“Conocimiento del cambio climático y Bienestar”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto se corresponde con la propuesta 3 de la Mesa de Salud del Consejo Económico y social (CES) relativa a la Rectoría cuando refiere a, "...coordinar entre los actores sociales e institucionales la búsqueda de los mejores resultados en salud...". está orientado a la promoción de procesos de investigación-acción sobre el impacto del cambio climático sobre la salud que no se encuentran sistematizados a nivel nacional, y sobre los cuales se especula teóricamente de los problemas que pueden generarse en esta relación. Aunque no se cuenta con evidencias fácticas de los impactos que genera el cambio climático sobre la salud, se considera de suma importancia abordar estas dimensiones de análisis porque se constituirán en un punto de apoyo para futuras investigaciones sobre el tema. Se trata de un necesario requerimiento para contar con informaciones fidedignas que permitan enfrentar conjuntamente los impactos sobre la salud que podrían causar el aumento de la temperatura, la alteración (disminución incluida) de los patrones de precipitaciones y el incremento del nivel del mar, de acuerdo con los escenarios climáticos proyectados al 2050. Con relación a esto, esta iniciativa se focaliza en la superación de las debilidades que presenta este tipo de articulaciones interinstitucionales, ya sea porque no se han realizado investigaciones-acciones sostenibles de gestión conjunta para abordar el tema de cambio climático y salud mediante políticas que se orienten a la mitigación y adaptación del cambio climático en materia de salud; o porque no se cuenta con sistemas integrados de producción de conocimientos y sistemas de información compartida para el desarrollo de acciones concretas en materia de salud y cambio climático.



Aunque no se cuenta con evidencias fácticas de los impactos que genera el cambio climático sobre la salud, se considera de suma importancia abordar estas dimensiones de análisis porque se constituirán en un punto de apoyo para futuras investigaciones sobre el tema. Se trata de un necesario requerimiento para contar con informaciones fidedignas que permitan enfrentar conjuntamente los impactos sobre la salud que podrían causar el aumento de la temperatura, la alteración (disminución incluida) de los patrones de precipitaciones y el incremento del nivel del mar, de acuerdo con los escenarios climáticos proyectados al 2050. Con relación a esto, esta iniciativa se focaliza en la superación de las debilidades que presenta este tipo de articulaciones interinstitucionales, ya sea porque no se han realizado investigaciones-acciones sostenibles de gestión conjunta para abordar el tema de cambio climático y salud mediante políticas que se orienten a la mitigación y adaptación del cambio climático en materia de salud; o porque no se cuenta con sistemas integrados de producción de conocimientos y sistemas de información compartida para el desarrollo de acciones concretas en materia de salud y cambio climático.

Con la implementación de este proyecto se lograrán tres aspectos básicos para la gestión articulada de adaptación y mitigación al cambio climático en materia de salud: **i)** Promoción de acuerdos entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático para el desarrollo de investigaciones-acciones conjuntas sobre salud y cambio climático; **ii)** Diseño de un conjunto de indicadores y programas de acción sobre el impacto del cambio climático en la salud; y **iii)** mejoramiento de las capacidades técnicas de la Dirección de Gestión Riesgos del MISPAS en los componentes de cambio climático. Desde el punto de vista de la gestión del proyecto, el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático realizarán investigaciones conjuntas de adaptación al cambio climático.

Las ODS 3, 11 y 17 están vinculados con este proyecto en tanto están orientados a desarrollar acciones tendientes a reducir los riesgos de producción de enfermedades transmitidas por vectores del agua, para la vida y los medios de subsistencia y las inequidades sociales. Para ello, el fortalecimiento de las articulaciones intersectoriales entre MISPAS y las entidades relacionadas con el cambio climático garantizarán un mejor conocimiento del cambio climático y el bienestar de la población.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que propugna un Estado con instituciones eficientes: Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y Seguridad Social Integral y 2.4. Cohesión territorial.
- **Cuarto Eje Estratégico** que procura una sociedad de producción y consumo ambientalmente sostenible que adapta al cambio climático: Objetivo General 4.1. Mejoramiento de la calidad del ambiente y 4.3. Adaptación al cambio climático.

Propósito general

Diseñar e implementar un programa de investigación-acción y mediciones del impacto del cambio climático en la salud entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y la Comisión Nacional de Adaptación al Cambio Climático, orientados hacia la adaptación y mitigación del cambio climático en materia de salud, considerando la promoción de acuerdos entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático para el desarrollo de investigaciones-acciones en la salud de la población; el diseño de un Sistema Integrado de Información sobre el impacto del cambio climático en la salud; el diseño e implementación de espacios de investigación-acción conjuntas sobre la salud y el cambio climático; y el mejoramiento de las capacidades técnicas de la Dirección de Riesgos del MISPAS en los componentes de cambio climático

Productos Entregables (PE)

- Diseño e implementación de un Sistema Integrado de Información sobre salud y cambio climático, entre el MISPAS y el Ministerio de Medio Ambiente y el Consejo Nacional de Cambio Climático, implementado.
- Diseño e implementación de investigaciones-acciones conjuntas sobre salud y cambio climático, ejecutado.
- Capacitación técnica-operativa sobre salud y cambio climático a técnicos del MISPAS, realizada.
- Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Ministerio de Medio Ambiente.

Consejo Nacional de Cambio Climático.

Entidades de la Sociedad Civil relacionadas con el cambio climático.

Dirección de Gestión de Riesgos del MISPAS.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto de promoción y medición del impacto adaptación climática por un monto de 240 millones de pesos para invertirlos en sistema de información de salud y cambio climático. Diseño e implementación de investigaciones-acciones conjuntas sobre salud y cambio climático, ejecutado; capacitación técnica-operativa sobre salud y cambio climático a técnicos del MISPAS, y Gestión de visibilidad social de en coordinación con los medios de comunicación lograda.



PROYECTOS ESTRUCTURANTES EN ECONOMÍA, FINANCIAMIENTO Y SALUD

- 4.1. Revisión, actualización y alineación de programas presupuestarios del sector salud para maximización de impacto en reducción de AVAD.
- 4.2. Diseño y puesta en funcionamiento de una estructura organizacional capaz de calcular, revisar, organizar y divulgar las Cuentas Nacionales de Salud.
- 4.3. Alineamiento del Catálogo del Plan Básico de Salud (PBS) con los servicios ofertados en el Primer Nivel de Atención y coherentes con la estrategia nacional de atención primaria en salud.
- 4.4. Transformación sostenible de la capacidad de gestión financiera pública, como apoyo al robustecimiento del Primer Nivel de Atención.

Objetivo Estratégico IV: para gestar una economía en salud incluyente y universal

Impulsar el acopio y contribución de recursos financieros racionales para mantener el Estado de Salud de la Población (ESP) y costear los servicios, vía un modelo de gestión impulsado con un presupuesto público y un plan básico de salud (PBS), eficientes y coherentes con los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Años de Vida de Esperanza de Vida Saludable (AVES). Proceso que acopiará y egresará recursos e insumos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Presupuesto Público en Salud, promoviendo la eficiencia del sector, para facilitar el avance hacia la cobertura universal vía la implantación de la estrategia de atención primaria especialmente en un primer nivel de atención dotado de elevada capacidad resolutive.



4.1. Revisión, actualización y alineación de programas presupuestarios del sector salud para maximización de impacto en reducción de AVAD

“Alineando Presupuestos”

Descripción del proyecto estructurante

Es una iniciativa sinérgica y estructurante del Estado dominicano y especialmente del Ministerio de Salud, que eleva su efectividad e impacto en la implantación de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030. En la actualidad, aunque en el sector salud existen tres programas presupuestarios priorizados y orientados a resultados los mismos han perdido su capacidad y efectividad debido a los cambios en el cuadro epidemiológico nacional, y la transición demográfica, junto al crecimiento económico sostenido que ubica al país en uno de los primeros lugares de América Latina. Solo uno de estos programas (salud materna neonatal), está vinculado a una de las tres principales causas de pérdidas de los AVAD y reducción de la Años de Esperanza de Vida Saludable (AVES). Los otros dos programas, de prevención y atención a la Tuberculosis y el de priorización del manejo del VIH/SIDA, en la tercera década del siglo XXI, no tienen el nivel de prioridad que otras causas que generan mayores pérdidas de años de vida ajustados por discapacidad. La tuberculosis no aparece entre las principales causas de pérdidas de AVAD, y el VIH/SIDA es la octava causa de pérdidas en la pasada década.



Los resultados anteriores sugieren la conveniencia de revisar el grado de alineación del Presupuesto General de la Nación aprobado cada año, con los resultados esperados y la producción pública priorizada en el **Plan Nacional Plurianual del Sector público (PNPSP)**. Para lo anterior es imprescindible revisar y actualizar la estructura programática presupuestaria, tanto del Ministerio de Salud (MISPAS) como del Servicio Nacional de Salud (SNS). Según esta aproximación, los programas presupuestarios tienen el menor impacto en las causas de “accidentes de tránsito”, y el mayor en la causa “condiciones neonatales”. Este proyecto estructurante de transformación presupuestaria se orienta a obtener como producto o resultado general esperado, una reducción de los accidentes de tránsito, producir una relación costo/beneficio medidos en términos de AVAD, así como de otras causas productoras y de niveles elevados de los AVAD.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 10, 16 y 17 se vinculan con este proyecto de reestructuración presupuestaria para mejorar la inversión pública y capacidad de impacto del MISPAS. El ODS 3, dado que esta gestión aporta insumos para garantizar una vida saludable y promover el bienestar. El ODS 10, porque este ejercicio reduce las desigualdades de acceso y disminuye las mortalidades evitables. Asimismo, el ODS 16 porque va a modernizar institucionalmente el abordaje presupuestario obsoleto, y ODS 17 puesto que los resultados se logran con una alianza estratégica con actores claves.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social democrático de derecho, y su Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados y el Objetivo general 1.3 Democracia participativa y ciudadanía responsable.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y el 2.3. Igualdad de derechos y oportunidades.

Propósito general

Orientar un conjunto de intervenciones dirigidas a transformar la estructura programática y presupuestaria del MISPAS y el SNS para aumentar el vínculo entre las nuevas causas, coherentes con el cuadro epidemiológico nacional, y las causas de años ajustados por discapacidad (AVAD). Especialmente para las mortalidades asociadas a los accidentes de tránsito, las condiciones neonatales prevenibles; las enfermedades isquémicas del corazón. Todas logrables vía la rectoría, dirección y coordinación del Sistema Nacional de Salud.

Productos entregables

Productos entregables:

- Programa Presupuestario por resultados para la reducción de los accidentes de tránsito y otras mortalidades evitables que generan AVAD y reducen los AVES, formulado y en operación.
- Estructura programática del MISPAS-SNS con un nuevo programa de reducción de la incidencia de enfermedades isquémicas y ajuste razonable de la inversión en programas de Tuberculosis y VIH/SIDA.
- Estructura programática del MISPAS con programas de salud colectiva y preventiva fortalecidos, y sin el programa del Alto Costo que se ha transferido al Seguro Familiar de Salud (SFS).

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD).
Ministerio de Hacienda.
Dirección General de Presupuesto (DIGEPRES).
Entidades y fundaciones de la Sociedad Civil relacionadas con la economía y la salud.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto por un monto de 19 millones de pesos para invertirlos en Revisión, actualización y alineación de programas presupuestarios del sector salud para maximización de impacto en reducción de AVAD, se introduce en las funciones misionales del Ministerio de Salud y puede ser costado por el presupuesto de este órgano y por asistencia técnica no reembolsable.

4.2. Diseño y puesta en funcionamiento de una Estructura Organizacional capaz de calcular, revisar, organizar y divulgar las Cuentas Nacionales de Salud. “Cuentas Claras para las intervenciones en Salud”

Descripción del proyecto estructurante

Se trata de una intervención de desarrollo institucional para el Ministerio de Salud Pública (MISPAS) coherente con el proceso de vigilar, contener o favorecer los diferentes procedimientos de financiamiento que concurren en el sistema de salud, con capacidad de detectar riesgos de equidad de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud, que facilite el cumplimiento de la capacidad rectoría del MISPAS. No obstante, de que existen antecedentes importantes de gestiones de implementación y creación de capacidades para la generación de las cuentas nacionales en salud, desde el final del pasado siglo hasta la actualidad, no existe en el MISPAS, una mínima estructura especializada orientada a impulsar estas competencias precedentes. Sin embargo, sin el debido conocimiento de la magnitud, composición y distribución del gasto público y privado en salud, y su distribución por funciones de salud, según el Sistema de Cuentas de Salud (SHA) promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el diseño eficiente y la toma de decisiones certeras en materia de economía y salud serían misiones estratégicas difíciles de poner en operación. El proyecto pondrá en operación una estructura organizacional y su correspondiente sistema de información que tome en cuenta los procesos de planificación y presupuestación del sector salud como un agregado sectorial, vinculando el impacto del gasto público y privado en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Anos de Esperanza de Vida Saludable (AVES) de la población. Desde el punto de vista de la relación de causalidad, el modelo conceptual a utilizar en el diseño asumirá que los factores causales de pérdida de AVAD determinan la demanda de servicios de salud curativa, la cual, una vez ajustada a la oferta, se revela vía la composición del gasto total en los mismos, según sus diferentes clasificaciones, y que por tanto, los objetivos de reducción de AVAD deben estar atados a aumentos en la eficiencia y en los montos de las partidas de gasto vinculado a la disminución de la incidencia de cada causa. La notificación estándar de las cifras de gasto en salud se verá facilitada por la Base de Datos mundial del Gasto de Salud (GHED), de la Organización mundial de la Salud (OMS). Para su actualización anual, el MISPAS tendrá un Viceministerio de Economía de la Salud tal como se aprobó en el Dialogo por la Reforma que impulsó la presidencia y el Consejo Económico Social (CES) con equipos de cuentas de salud que comunican el gasto y remiten los estudios correspondientes para generar indicadores básicos. Los tres componentes estratégicos para institucionalizar las cuentas en salud serán: **i)** la recolección de información; **ii)** la producción de las cuentas; y **iii)** el uso de los resultados en la toma de decisiones, en los varios niveles de rectoría y operación del sistema de salud.



Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 4, 10 y 11 se vinculan con este proyecto de desarrollo institucional y organizativo para mejorar las cuentas nacionales como herramienta del MISPAS. El ODS 3 dado que la gestión de cuentas nacionales en salud, aporta insumos para garantizar una vida saludable y promover el bienestar. El ODS 4 porque precisamente la iniciativa impulsa una formación de los recursos humanos en salud (RHS) con capacidades en economía. El ODS 10 porque este ejercicio reduce las desigualdades ante la salud. Asimismo, el ODS 11 dado que las cuentas nacionales facilitan la orientación de la inversión en salud en la mejoría del ambiente y las ciudades.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social democrático de derecho, y su Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados y el Objetivo general 1.3 Democracia participativa y ciudadanía responsable.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y el 2.3. Igualdad de derechos y oportunidades.
- **Tercer Eje Estratégico**, que procura una economía sostenible, integradora y competitiva. Economía territorial y sectorialmente integrada, innovadora, diversificada, plural, orientada a la calidad y ambientalmente sostenible, que crea y desconcentra la riqueza, genera crecimiento alto y sostenido con equidad y empleo digno, y que aprovecha y potencia las oportunidades del mercado local y se inserta de forma competitiva en la economía global. Especialmente con el Objetivo Estratégico 3.4 empleos suficientes y dignos.

Propósito general

La orientación general de esta intervención está diseñada para que un órgano del MISPAS, conecte las cuentas de salud con las causas de pérdidas de AVAD, logrando una publicación oficial que haga coherente la contabilidad de empresas, normas de contabilidad pública y guías de registro de información nacional e internacional de salud y las definiciones de la contabilidad nacional, logrando mayores potencialidades para elaborar las cuentas de salud con niveles de utilidad para la rectoría del sector. Será superada la dificultad de conectar las causas de pérdidas de AVAD con las cuentas del gasto en funciones de salud. El propósito asimismo es diseñar e implementar un sistema de cuentas nacionales en salud que vincule el gasto total con las causas de pérdidas de AVAD, y que permita calcular la distribución de este, según la clasificación funcional del sistema mundial (SHA).

Productos Entregables (PE)

- Formulación y diseño de una estructura organizacional con las condiciones y las capacidades para todas las informaciones de cuentas nacionales en salud, sea suficientes y necesarias para la toma de decisiones de políticas públicas en el sector salud, generadas desde el Viceministerio de Economía y Salud del MISPAS.
- Sistema de Información de cuentas nacionales y estadísticas en salud interconectado institucionalmente y operando en tiempo real e incluido en la transformación digital para la rectoría y gestión de servicios de salud del MISPAS.
- Seis informes de cuentas nacionales en salud formulados, presentados y editados.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD).

Ministerio de Administración Pública.

Entidades y fundaciones de la Sociedad Civil relacionadas con la economía y la salud.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto por un monto de 490 millones de pesos para invertirlos en la implantación de la organización del Viceministerio de Economía y Salud y su programa de Cuentas Nacionales de Salud se puede manejar con fondos presupuestarios coherentes con las competencias misionales del ministerio de salud y asistencia técnica internacional.

4.3. Alineamiento del Catálogo del Plan Básico de Salud (PBS) con los servicios ofertados en el Primer Nivel de Atención coherentes con la estrategia nacional de Atención Primaria en salud

“Ganar : Ganar en el Primer Nivel con Seguro Familiar de Salud”

Descripción del proyecto estructurante

Este proyecto estructurante se fundamenta en una alianza estratégica de todos los sectores involucrados para fomentar acuerdos de fortalecimiento del primer nivel de atención en coherencia con el Seguro Familiar de Salud (SFS), teniendo concurrencia con las necesidades de salud de la población y sustentado en estudios actuariales, así como en su inversión y costo. Esta iniciativa sinérgica se fundamenta en el marco legal y sus normas complementarias, mandatos que **han hecho efectivo el**

derecho a la salud y el desarrollo de un sistema de protección social con marcada tendencia hacia la cobertura universal, promoviendo una relación entre Estado y ciudadanía que revaloriza el Sistema de Salud en su capacidad de proveer bienes y servicios de forma eficaz y eficiente, así como impulsar la descentralización territorial de los proveedores públicos, favoreciendo su autonomía relativa como servicios del primer nivel y fortaleciendo la función rectora, reguladora y moderadora del Ministerio de Salud y el Gabinete de Salud.



Las intervenciones irían en el siguiente orden: **i)** Priorizar el Primer Nivel de Atención (PNA) en el Seguro Familiar de Salud como pivote para multiplicar el acceso de los derechohabientes previo a la ocurrencia de enfermedades y procesos generadores de daño, vía la promoción de salud y prevención primaria; **ii)** Integración en el Catálogo de prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) de las coberturas a ser ofertadas por los CPN, promociones y servicios de prevención secundaria y terciaria de enfermedades crónicas priorizadas (*Diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, limitación de la discapacidad, rehabilitación y reintegración laboral*). El enfoque incluye también acciones de cambio del modo de vida y promoción de vida saludable, y contiene acciones de autocuidado; **iii)** Fortalecer vía una visibilidad educativa en medios de comunicación y redes sociales, la demanda de servicios de Atención Primaria de Salud (APS); **iv)** Endosar el acceso sin ningún tipo de obstáculos, limitaciones o barreras, independientemente de la capacidad de pago, a todas y todos los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS); **v)** Aportar sentido de coherencia al Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud instituido por el Ministerio de Salud Pública (MISPAS); **vi)** Gesta la reducción del gasto de bolsillo de los hogares; y fomento de la diversificación de modalidades de contratación/pago; **vii)** Finalmente, promover una gestión compartida del riesgo en salud, entre las ARS y las PSS. El proyecto estructurante **Ganar: Ganar en el Primer Nivel con Seguro Familiar de Salud**, gesta efectividad en el control de carga de enfermedad, de AVAD y AVES reduciendo costos de la atención, mejorando acceso a los servicios de promoción y prevención, disminuyendo variabilidad en la atención y suministrando la base de la atención primaria vía diagnósticos precoces y tratamientos oportunos para la mayor cantidad de problemas de salud. Beneficia, asimismo un enfoque centrado en el derecho de salud de las personas, consideradas como un todo, con una atención integral, sostenible y continua, que aprovecharía los avances aportados por Expediente Único Electrónico (EUE) en registro y cuantificación de servicios.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 10, 16 y 17 se vinculan con este proyecto de Alineamiento del Catálogo del Plan Básico de Salud (PBS) con los servicios ofertados en el Primer Nivel de Atención. El ODS 3 dado que esta gestión aporta insumos para garantizar vida saludable y promover bienestar. El ODS 10 porque este modelo reduce las desigualdades de acceso y disminuye las mortalidades evitables. Asimismo, ODS 16 porque va a modernizar institucionalmente un abordaje del primer nivel coherente con el SFS y ODS 17 dado que los resultados se logran vía una alianza estratégica con actores claves.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado social democrático de derecho, y su Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados y el Objetivo general 1.3 Democracia participativa y ciudadanía responsable.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social Integral y el 2.3. Igualdad de derechos y oportunidades.

Propósito general

La orientación general de esta intervención está diseñada para gestar una organización de los beneficios del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud en el primer nivel de atención hacia la mejora de la salud de los derechohabientes, logrando una mayor prevención de problemas de salud prevalentes y limitaciones del daño provocado por las enfermedades crónicas, violencias y accidentes, garantizando atención precoz, oportuna e integral; promoviendo soluciones a los cambios en las necesidades de salud que ocasiona la transición demográfica demostrada en el diagnóstico de este Plan Estratégico de Salud 2030, igualmente, aprovechando en el proceso los avances aportados por Expediente Único Electrónico (EUE) en el registro y cuantificación de los servicios ofertados.

Productos Entregables (PE)

Priorización pactada el Primer Nivel de Atención (PNA) como eje para multiplicar el acceso de la base de la población ante las enfermedades y procesos generadores de daño para que aparezcan del Seguro Familiar de Salud (SFS).

Propuesta de integración en catálogo de prestaciones Plan de Servicios de Salud (PDSS) con coberturas a ser ofertadas por Centros de Primer Nivel de Atención, aprobada y en operación.

Programa de visibilidad en medios de demanda de servicios financiados por el SFS correspondientes a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Ministerio de Trabajo (MT).

Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Colegio Médico Dominicano (CMD).

Entidades y fundaciones de la sociedad Civil.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto por un monto de 21 millones de pesos para invertirlos en la implantación de una alianza estratégica entre el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), el ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud permitirá Alineamiento del Catálogo del Plan Básico de Salud (PBS) con los servicios ofertados en el Primer Nivel de Atención coherentes con la estrategia nacional de Atención Primaria en salud. Esta iniciativa se puede financiar como asistencia técnica no reembolsable o función misional del Ministerio de Salud.

4.4. Transformación sostenible de la capacidad de gestión financiera pública como apoyo al robustecimiento del Primer Nivel de Atención.

“Sostenibilidad financiera del primer nivel”

Descripción del proyecto estructurante

Se trata de una iniciativa estructurante y coherente con el logro de la sostenibilidad financiera de las intervenciones graduales y tendientes a transformar el primer nivel de atención en salud, así como cambios sostenibles impulsados por los proyectos del primer Objetivo Estratégico de este Plan Estratégico Nacional de Salud 2030, dirigido a lograr **Inclusión Social y Redes de Servicios Integrales**. Se impone garantizar una mirada de largo alcance para fortalecer con sostenibilidad, el primer nivel de atención en sus 1,348 CPN. El Objetivo Estratégico de Economía y Salud de este plan, está concebido para promover la armonización de la economía, el financiamiento y la salud; e impulsar el acopio de recursos financieros racionales para mantener el progreso y calidad del Estado de Salud de la Población (ESP) y costear servicios, vía un modelo de gestión impulsado por el presupuesto público formal, el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud (PBS), eficientes y coherentes con los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y los Años de Vida de Esperanza de Vida Saludable (AVES).



Proceso que debe impulsar el acopio y egreso racional de recursos e insumos del Seguro Familiar de Salud (SFS) y el Presupuesto Público en Salud, promoviendo la eficiencia del sector, facilitando el avance hacia la cobertura universal, vía la implantación de la estrategia de atención primaria especialmente en un primer nivel de atención dotado de elevada capacidad resolutoria. Se trata de una **iniciativa de aumento de escala** de la intervención de inclusión social que se estará impulsando para que, a nivel de políticas públicas, se garantice permanencia y sostenibilidad y no retorno a la escasez financiera. Esta iniciativa es sinérgica y tendrá tres niveles de intervención: **i)** Altas políticas y capacidad de rectoría en el Gabinete de Salud, presidido por el Ministerio de Salud; **ii)** En la sede central de este ministerio y su Viceministerio de Salud Colectiva, incluyendo la gestión de las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud (DPS/DAS) en concurrencia con los Servicios Regionales de Salud (SRS); **iii)** la gestión racional de los centros de primer nivel; y finalmente **iv)** gestiones intersectoriales de educación-salud. Igualmente, esta iniciativa utiliza de insumo, los recursos que se ahorrará el Ministerio de Salud (MISPAS), luego de la transferencia del Programa de Alto Costo al Seguro Familiar de Salud vía un acuerdo pactado en el contexto del Gabinete de Salud (GS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Asimismo, otros recursos presupuestarios públicos diversos, asociados a la Salud Escolar, desde el sistema dominicano de educación con dos 2.2 millones de escolares distribuidos en 11,843 centros educativos; que se puede ofertar como búsqueda activa y acciones de promoción de salud

en las escuelas del sistema educativo dominicano, gestada desde los centros del primer nivel y auspiciados vía convenio de gestión con el Ministerio de Educación. De significativa importancia es establecer un per cápita para garantizar las Prestaciones de Servicios del Primer Nivel de Atención por afiliado por mes, estimando el monto actual cubierto, acordando en su momento, un Per cápita Adicional para las ARS del Régimen Contributivo. Se pactará la creación de una cuenta especial en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) denominada “**Fondo del Primer Nivel de Atención**”, a la cual la TSS deberá transferir mensualmente los per cápita adicionales e incentivos correspondientes al primer nivel y a los servicios de prevención secundaria y terciaria.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 10, 16 y 17 se enlazan con este proyecto de Sostenibilidad financiera del primer nivel. El ODS 3 dado que esta gestión aporta insumos para garantizar vida saludable y promover bienestar. El ODS 10 porque esta transformación reduce las desigualdades de acceso y disminuye las mortalidades evitables. Asimismo, ODS 16 porque va a modernizar institucionalmente un abordaje del primer nivel coherente con el SFS; y finalmente el ODS 17 dado que los resultados se lograrán vía una alianza estratégica con actores claves.

Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12): Objetivos Generales vinculantes.

- **Primer Eje Estratégico** que procura un Estado Social Democrático de Derecho, y su Objetivo General 1.1. Administración pública eficiente, transparente y orientada a resultados y el Objetivo general 1.3 Democracia participativa y ciudadanía responsable.
- **Segundo Eje Estratégico** que gesta una sociedad de igualdad de derechos y oportunidades: Objetivo General 2.2. Salud y seguridad social integral y el 2.3. Igualdad de Derechos y oportunidades.

Propósito general

La disposición general de este proyecto se diseña para aportar sostenibilidad al financiamiento del primer nivel de atención desde diversas herramientas y figuras del Estado dominicano, en especial el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y su Seguro Familiar de Salud (SFS), proponiéndose un Fondo del Primer Nivel de Atención y desde el sistema dominicano de educación con 2.2 millones de escolares distribuidos en 11,843 centros educativos que recibirán servicios de salud escolar primaria con recursos frescos transferidos del Ministerio de Educación.

Productos Entregables (PE)

- Convenio de gestión de priorización de la sostenibilidad financiera del primer nivel pactada con diversos actores articulado y en operación.
- Sistema de concurrencia de gestión entre Ministerio de Salud, Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud (DPS/DAS) en coherencia con los Servicios Regionales de Salud (SRS), alienados con el primer nivel de atención.
- Plan de gestión integral, costeo y facturación de los servicios primarios ofertados por los centros de primer nivel.
- Programa de transferencias para las gestiones intersectoriales de educación-salud desde los centros de primer nivel a las escuelas.

Actores Estratégicos del Proyecto

Ministerio de Salud Pública (MISPAS).

Ministerio de Trabajo (MT).

Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Ministerio de Educación.

Entidades y fundaciones de la sociedad Civil.

Consideraciones para la inversión y el presupuesto

Este proyecto por un monto de 28 millones de pesos para invertirlos en la implantación de una Transformación sostenible de la capacidad de gestión financiera pública como apoyo al robustecimiento del Primer Nivel de Atención.

ANEXOS



METODOLOGÍA GENERAL

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD 2030

Descripción y características distintivas de la Metodología de este plan

La metodología general de puesta en operación de este Plan Nacional de Salud 2030, es coherente con la Ley 1-12 que institucionaliza la Estrategia Nacional de Desarrollo. Este enfoque expresa el conjunto de pasos y procedimientos a efectuar para el diagnóstico y formulación de esta estrategia de desarrollo sostenible del sector salud de la República Dominicana. También para su implantación, seguimiento y observatorio.

El horizonte temporal se propone al 2030 para robustecer la coherencia del Plan Nacional de Salud con la ley 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y con los lineamientos de formulación del Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021-2024^{271'272'273}.

El contexto no pudiera ser más desafiante. Bajo esta larga sombra de la pandemia COVID 19, el final del año 2019 y todo el año 2020, fueron períodos de riesgos para la salud y la vida oscuros y sombríos, que el actual gobierno ha sabido gestionar con efectividad.

El Informe de Desarrollo Humano del PNUD 2020 y otros estudios^{274'275} subrayan que los científicos llevaban años advirtiendo de una pandemia como esta. Señalando el aumento de los patógenos zoonóticos que son esos microorganismos que tienen capacidad para pasar de los animales a las personas, como reflejo y resultado de las presiones de los seres humanos sobre la Tierra.

Estas presiones crecieron exponencialmente en los últimos 100 años. Los seres humanos han logrado avances prodigiosos, pero también han llevado el planeta al límite. Cambio climático, desigualdades sociales, cifras nunca vistas de personas que se ven obligadas a abandonar sus hogares por conflictos y crisis; y más. Son los resultados de unas sociedades donde se ha privilegiado **un desarrollo industrial y la acumulación de capitales** no resilientes con la naturaleza, su preservación y fortalecimiento.

De hecho, las presiones que ejercemos sobre el planeta son tan elevadas que los científicos están estudiando si la Tierra ha entrado en una época geológica completamente nueva: **el Antropoceno**, la era de los seres humanos. Esto significa que somos las primeras personas que vivimos en una era precisada por la toma de decisiones humanas y de sus grupos sociales, en la que el riesgo dominante para nuestra supervivencia, somos nosotros mismos.

En este orden, **esta metodología aporta las herramientas técnicas** para realizar la dinámica revisión de estos procesos precedentes, midiéndose el estado de ejecución de proyectos y acciones, así como los cambios acontecidos en la República Dominicana; valorándose en el proceso las nuevas realidades del país, su entorno regional y continental.

Esta metodología permite la formulación de una significativa Estrategia de Nación en Salud, y una Ciudadanía de Salud que tienen como premisa la convergencia de una ciudadanía independiente, profesionales de salud, dirigentes sociales, planificadores, políticos, funcionarios públicos, científicos, líderes comunitarios, feministas y ambientalistas, en el diagnóstico de problemas de salud concretos, muchos de ellos estudiados con anticipación, pero otros, realmente emergentes en el contexto nacional y mundial.

También, la metodología facilita la construcción de los **Sueños de Salud al año 2030**, la formulación de proyectos y la debida sinergia entre saberes socialmente distribuidos, el **expertis** científico-técnico y las propuestas de acción en favor del país. Incorpora además las Consultas Estratégicas Regionales y actividades de visión de salud en las escuelas, centros culturales y unidades del gobierno dominicano.

271 MEPyD (2020). Lineamientos Estratégicos de Formulación del Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021-2024. MEPyD.

272 MEPyD (2008). Sistema Nacional de Planificación: Nuevo Marco Institucional para la Planificación Nacional. MEPyD

273 MEPyD (2011). La Planificación Institucional: Guía Metodológica para la Planificación Institucional del Sector Público de la República Dominicana. MEPyD

274 PNUD. Informe de Desarrollo Humano del PNUD 2020: La próxima frontera: El desarrollo humano y el Antropoceno. 2020

275 Carleton, T. A., Jina, A., Delgado, M. T., Greenstone, M., Houser, T., Hsiang, S. M., Hultgren, A. et al. 2020. "Valuing the Global Mortality Consequences of Climate Change Accounting for Adaptation Costs and Benefits". Documento de trabajo núm. 27599, Oficina Nacional de Investigaciones Económicas, Cambridge, MA.

La metodología se ha referenciado en principios, criterios y orientaciones de las Cumbres Iberoamericanas y el Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico (CIDEU)^{276,277,278} y de otros centros mundiales de pensamiento estratégico, para la elaboración de planes en más de 140 países. Mundialmente, la planificación estratégica socio-territorial facilita de abajo-arriba, la *potenciación de mecanismos que auspiciarán la participación y concertación* entre actores estratégicos que intervienen indicativamente en la toma de decisiones.

Las experiencias en las fases de diagnóstico, formulación e implementación de otros planes decenales de salud y otras de planificación estratégica socio-territorial²⁷⁹, también fueron valoradas, en especial, la propuesta técnica de **Herramientas de Gestión e Implantación de Proyectos**, premiada por el CIDEU, así como los estudios, la arqueología documental y crítica, efectuada a propósito de la Certificación de Calidad otorgada por el CIDEU al primer Plan Estratégico Territorial formulado en la República Dominicana en el año 2002, en Santiago.

La metodología asegura también la comparación entre el escenario deseable de la nación que queremos ser, si las intervenciones de salud organizadas y concertadas se cumplen integralmente; y el escenario tendencial, para dónde vamos en salud si no hacemos nada.

Se ha estudiado²⁸⁰ que los **Escenarios Tendenciales** (*si no hacemos nada, hacia dónde iríamos*); presentan la situación que se produciría *si los proyectos de este plan, no se llevan a cabo*. Es la imagen a la que tiende la Nación si debilidades y amenazas actuales se mantienen. Es el límite inferior del crecimiento espontáneo. Las bases de este escenario son la proyección demográfica, la evolución de las inversiones, infraestructuras y equipamientos. Igualmente, implica el predominio de los comportamientos sociales de crecimiento, de la República Dominicana. Según esta imagen, todas las áreas desfavorecidas agudizarían su situación y sólo aquellas áreas favorables seguirían mejorando.

El Escenario Óptimo (*si hacemos todas las inversiones que necesitamos*), se refiere a la situación que se alcanzaría, si se saben sobre aprovechar todas las fortalezas y oportunidades para reducir todas las debilidades y amenazas. Es un escenario **“quimérico”** una imagen utópica-deseable del desarrollo del sector salud, que permite fijar el límite superior y máximo del desarrollo. Es, en concreto, un escenario utópico para el que se considera una disponibilidad absoluta de recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos, así como la perfecta adecuación de los usos del suelo y las infraestructuras de servicios de salud.

El Escenario Planificado (*si hacemos justo lo que debemos hacer*), se refiere a lo que proponemos como plan 2030, visión, imagen concreta y realizable del crecimiento de la inclusión, gobernabilidad, gestión ambiental y economía de la salud. Es un escenario que resuelve la mayoría de las debilidades y contiene las principales amenazas. Mejora significativamente, el curso, pero sin alcanzar niveles óptimos, ni requerir toda la inversión. Esta imagen constituye una situación intermedia entre el **límite inferior (tendencial)** y el **límite superior (óptimo)** de los anteriores escenarios. Imagen de convergencia de la mayoría de las voluntades de instituciones políticas y de la ciudadanía, participantes en el proceso de este plan.

La metodología además se operacionalizará, superando inteligentemente las aplicaciones mecanicistas de pretendidas “imágenes de nación” o de trazados futuristas del sector social y de salud^{281,282,283}. También se evitó apelar a fórmulas “enlatadas” de procesos no coherentes con la historia, la cultura y situación territorial de la República Dominicana.

Finalmente, se debe subrayar que esta metodología de estructuración del Plan Nacional de Salud 2030, **es novedosa respecto a sus homólogas de otras naciones**. No sólo por los abordajes diagnósticos, objetivos estratégicos, proyectos estructurantes y productos entregables que se proponen fomentar y promover, sino por su adaptación a la metodología general de planificación estratégica en el contexto de la crítica situación de esta tercera década del siglo XXI.

El proceso aportará una genuina Agenda de Salud para el Desarrollo 2030 que en esencia expresa la herramienta del Plan Nacional de Salud contemplado e instituido en la Ley de Salud, 42-01. Este abordaje conlleva una dinámica de abajo-arriba (Bottom-Up) que incluye los actores/as estratégicos públicos, privados y sociales del sector salud, en especial provenientes del órgano rector, el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana.

276 CIDEU; Saldías C. Certificación de la Calidad de la Planificación Estratégica. CI. 2005-2006.

277 Campreciós J. La metodología del proceso estratégico. Módulo 3 Versión Curso de Planificación Estratégica Urbana. Universidad Corporativa, Barcelona. Documento de trabajo. 2007-2008

278 CIDEU. 10 años de planificación estratégica en Iberoamérica. Edición CIDEU, Barcelona-España P.433.2003.

279 Consejo para el Desarrollo Estratégico de la ciudad y el Municipio de Santiago (CDES), Memorias años 2002-2008, CDES-PES.

280 Bezold, CI; Frenk, J. y McCarthy, Sh. Atención en Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Institute for Alternative Futures. México 1998

281 Bossier, S. El desarrollo socio-territorial a partir de la construcción del capital sinérgico. Chile. 1999.

282 Mesa, A. y Merinero, R. Planificación Estratégica Territorial: Estudios Metodológicos Rafael Rodríguez. Catedra de planificación estratégica la Universidad de Jaén.

283 Ayuntamiento De Barcelona. Plan Estratégico Económico y Social. Barcelona 2000, Barcelona. 1990

- Funcionarios públicos de alto y mediano nivel nacionales y regionales del sector salud
- Asociaciones de base de la ciudadanía promotoras de inclusión social en salud
 - Representantes de 2,500 grupos de las Juntas de Vecinos y comunitarias
 - Empresas salud clínicas, centros de salud dental y mental
 - Redes de defensa de intereses de grupos excluidos de los servicios
 - Asociaciones empresas y entidades de responsabilidad corporativa
- Instituciones, universidades de educación superior y educación general
- Representantes de empresas de salud y de hoteles, centros gastronómicos
 - Representantes de medios, redes, radio difusoras y televisoras
- Ayuntamientos y gestores de espacios públicos, parques y plazas
 - Movimiento de derechos humanos y defensa de género
- Representantes de UNAPs, Centros del Primer Nivel y Hospitales
 - SENASA, SRS Nacional y local
 - Redes de comunitarios
 - Institutos culturales y de salud



Contexto

El entorno y coyuntura histórica se caracteriza en sentido general por una fase que ha sido caracterizada como *Antropoceno*²⁸⁴. Es un momento de predominio de factores de agresión al medio ambiente, generadores de nuevos microorganismos productores de pandemias.

En este orden, este Plan Nacional de Salud 2030 está atravesado por la gestión innovadora y proactiva del nuevo gobierno que en correspondencia del programa presentado para el período 2020-2024, ejecuta acciones para lograr “*un país para su gente*”.

En coherencia con el Presidente de la República Luis Abinader y su programa²⁸⁵, el gobierno está “*comprometido con el rescate de la democracia dominicana, la lucha contra la delincuencia y el nuevo modelo económico que conduce al bienestar y al verdadero desarrollo de las personas. Un gobierno honesto, transparente e inclusivo, que elimine la impunidad y la corrupción que afecta el patrimonio presente y futuro del pueblo dominicano*”.

Conforme el mandato de la Constitución, artículo 242, la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 (Ley 1-12), el Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública (Ley 498-06), y reglamentos de aplicación, se formuló el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2021-2024, con el propósito de identificar la contribución del sector público para avanzar, a mediano plazo, al logro y consecución de los objetivos establecidos en la END.

El PNPSP es referente para este plan salud 2030, como instrumento que permite poner en operación la END, para instituir prioridades, objetivos, metas y requerimientos de recursos para los planes, programas y proyectos prioritarios de la administración ejecutables en el horizonte temporal indicado. El PNPSP es fruto de la concertación con todas las instituciones del sector público y fue aprobado por el Consejo de Ministros.

284 PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2020. Ob. Cit.

285 PRM. Programa de gobierno 2020-2024 “Un país para su gente”. Secretaría Nacional técnica y de políticas públicas. Versión 13.1. Febrero 2020.

Los lineamientos presentados en el Programa de Gobierno 2020-2024 junto con la END, son la base para la estructuración de una propuesta país, que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de las personas.

Este Plan Nacional de Salud es formulado teniendo como norte las prioridades identificadas previo a la crisis sanitaria que enfrenta el país, al igual que el resto del mundo por la incidencia de la COVID-19. Prioridades contextualizadas en el marco de la formulación del PNPSP y de los Planes Estratégicos Institucionales, en función de los nuevos desafíos que imponen la pandemia y el logro de los objetivos planteados en el programa de Gobierno y la END.

La pandemia demandó un rediseño de las políticas públicas debido a los problemas del confinamiento en la economía, la caída de los ingresos tributarios y aumento de gastos públicos para subsidiar a la población más pobre y desempleada. El nuevo dilema en la sociedad dominicana es la sobrevivencia en medio de la pandemia versus la economía y los empleos. El nuevo Gobierno optó por garantizar los servicios de salud para que la población sobreviviera en la pandemia para, posteriormente, solucionar las consecuencias económicas.

Qué mejor contexto que las políticas y acciones efectivas del Gabinete de Salud de la República Dominicana y del Ministerio de Salud en esta coyuntura pandémica.

Se subraya que el Gobierno lanzó a una gestión efectiva para garantizar la salud, orientado en ampliar la provisión hospitalaria, universalizar servicios de salud, subsidiar los servicios de hospitalización y pruebas COVID-19. En lo económico, se otorgaron subsidios y se apoyó a diferentes sectores para que pudieran sobrevivir: el agropecuario las exportaciones, el turismo, y las pequeñas y medianas empresas, entre otros.

Justificación

El aporte y beneficio gerencial, organizativo y social de esta metodología viene dado por la mejora de la eficiencia y eficacia de este proceso de planificación estratégica socio territorial en salud, así como por asegurar la continuidad y complementariedad de las acciones.

Se mejorará y aportará **Eficacia y Eficiencia** a las intervenciones sociales y los encuentros de trabajo de los actores estratégicos integrantes de las Comisiones Técnicas de los Pilares, equilibrando el peso de las entidades representativas provenientes de cuatro grandes sectores:

- **El sector de la inclusión y cohesión social:** para las entidades de servicios de salud, proveedoras o rectoras, organizaciones sociales y el liderazgo institucional y comunitario;
- **El sector de la creación y distribución de riquezas:** para las entidades corporativas del Estado, la sociedad civil, el empresariado y de las empresas privadas o públicas propiamente dichas; y las entidades públicas vinculantes;

- **El sector de gestión ambiental, gestión riesgo y ordenamiento espacial-territorial:** para entidades públicas y privadas vinculadas al ordenamiento territorial y al desarrollo.
- **El sector de la gestión pública:** para los funcionarios públicos electos y/o designados y las entidades relacionadas, para dirigentes comunitarios y sociales.

Este colectivo de actores y actoras estratégicos generaron diagnósticos que compilaron variables e indicadores, así como visiones, objetivos estratégicos, proyectos y perfiles de los productos entregables más compactos y sinérgicos.

La *Eficiencia* del proceso será mejorada, optimizando los costos y la racionalidad económica del proceso de diagnóstico y formulación, haciendo que sea racional con un financiamiento local y recursos propios de parte del Ministerio de Salud Pública y del Gabinete de Salud.

Otro beneficio del proceso lo constituirá la conformación de la base de datos para el diagnóstico nacional, formulándose a cargo de cada consultor, una matriz que asocia los componentes de cada gran eje temático, sus variables, dimensiones y los indicadores cualitativos y cuantitativos de medición.

Se ordenarán además **estudios de campo** para fortalecer la información técnica de rigor. Muy beneficioso para la calidad del proceso es el actual proceso de reforma del sector salud y la reestructuración organizativa del Ministerio de Salud Pública, que implementará en ese proceso, varios estudios y enfoques valiosos para la planificación estratégica en salud.

Debe subrayarse como ganancia de este proceso, la significativa **masa crítica de planificadores estratégicos de salud** existentes en el ministerio y la nación, capacitados por diversos organismos especializados como la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo Internacional (AECID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras agencias como el Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano (CIDEU). Otro aporte pueden hacer los y las especialistas egresados de las universidades, en especial de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM), INTEC, O&M y UNIBE, entre otras.

Por otro lado, la metodología asegura también un nivel de gestión de las Comisiones Técnicas de este nuevo Plan Estratégico Decenal de Salud que cuida la coherencia del actual proceso con la búsqueda de la Certificación de Calidad de este proceso.

Sobre todo, se asumió desde los inicios del proceso, **el involucramiento protagónico y rector del Ministerio de Salud Pública**, de las autoridades y de las entidades de la sociedad civil organizadas o no. Será muy asertivo, además, por las formas de llevar las discusiones y formulaciones a los territorios, diseñando los Consultas y Coloquios Estratégicos Regionales como espacios de acopio de informaciones y propuestas de solución a necesidades sentidas de las diversas comunidades.

(Adaptado de Félix Manito, Gestión Cultural de Ciudades. CIDEU. Universidad Corporativa)



4. Objetivos del proceso metodológico de planificación estratégica

Objetivo general

Mejorar la eficacia y efectividad de la elaboración del nuevo Plan Estratégico Decenal de Salud, aportando un conjunto de guías y procedimientos que se fundamenten en las actuales y futuras necesidades y expectativas y sueños de salud de la ciudadanía de la República Dominicana, en especial de los sectores más excluidos de los servicios de salud, siendo coherentes con la documentación, memoria y certificación de calidad esperada y la pertinencia de realizar un seguimiento del proceso y una revisión, utilizando las buenas prácticas de las experiencias acumuladas por diversos organismos locales e internacionales.

Objetivos específicos

- Aportar herramientas que permitan la realización del diagnóstico participativo nacional de análisis de situación de salud que caracterice la situación actual y la perspectiva de la nación a nivel de población y los servicios de salud actuales y futuros, la gestión ambiental y el cambio climático, la economía de salud, gobernabilidad y la autoridad sanitaria.
- Asegurar la territorialización del diagnóstico participativo, efectuando Consulta Estratégicas Regionales con las organizaciones sociales residentes en las cinco regionales de planificación establecidas formalmente por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD).
- Facilitar medios técnicos que ayuden a la comparación y balance entre el diagnóstico de ciudad efectuado en periodos anteriores, y el realizado en el año 2022, muy en especial en lo relativo a las dimensiones-indicadores, los FODA competitivos y concurrentes, los escenarios estratégicos, visión, proyectos y acciones de victorias rápidas.
- Proveer procedimientos que contribuyan a la realización de la formulación de los principios, los escenarios, objetivos estratégicos, proyectos y productos entregables de este nuevo Plan Estratégico Decenal de Salud.
- Facilitar las negociaciones y asegurar la concreción de convenios de gestión entre el gobierno central, el empresariado y la sociedad civil para el establecimiento de una gestión mancomunada de la financiación de los proyectos estratégicos 2022-2030.

Principios de la Metodología, Marco de Actuación y Fases

Principios de la Metodología

En interés de asegurar la consistencia de la metodología se asumieron principios promovidos por el Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano (CIDEU) y las Cumbres Iberoamericanas, en su sistema de certificación de la calidad. Los mismos que se adaptaron al actual proceso de formulación del nuevo Plan de Salud, son los siguientes:

- **Este Plan Estratégico de Salud es coherente:** este criterio se refiere al hecho de que la *estrategia es diferencia*, por lo que se realizó una especial labor para que el diagnóstico y la formulación de este nuevo Plan, fuera auténticamente innovador y original, evitando replicaciones fuera de contexto, asumiendo referencias holísticas y universales, pero con formulaciones genuinamente nacionales. Se aseguró en este plan, que se *pensara primero en lo nacional, para luego actuar en lo global*, superando así el paradigma que, en la década de los años 90, promovía una racionalidad inversa.
- **Este Plan Estratégico de Salud es factible:** este criterio condicionó que este plan, tomara en cuenta en qué grado sus proyectos serían transferibles a la realidad y a los actores estratégicos con capacidad de decisión. Se aseguró que las formulaciones estratégicas se pudieran trasladar y aceptar por los actores estratégicos que intervienen de forma constante en la creación del futuro de la República Dominicana y su entorno internacional. Se trató de que en este *Plan Estratégico* confluyeran tres activos:
 - - Actores con capacidad de gestión y actuación estratégica;
 - - Proyectos con elevado grado de posibilidades de concreción y sostenibilidad;
 - - Iniciativas con altas potencialidades de financiación
 - - Proyectos con una relación costo-beneficio garantizados.
- **Este Plan Estratégico de Salud se basa en la concertación:** este principio de calidad reforzó una virtud y tradición de gobernabilidad del proceso estratégico nacional puesto en evidencia en la elaboración de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, y su cumplimiento aseguró posterior que en este plan, se asegurará que concurrirá la mayoría de actores estratégicos con capacidad de decisión, tanto públicos como privados, en el interés de pensar y avizorar el desarrollo del sector salud como impulsor de calidad de vida y mejoría de funcionalidades y capacidades^{286/287} para la conquista de la felicidad y el bien estar físico, psíquico y social. No es pensar la Nación de un grupo social, económico o político, sino el país que soñaron y decidieron alcanzar las dominicanas y dominicanos participantes.

286 Ceara-Hatton, M. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007-2008. "Desarrollo humano, una cuestión de poder". Santiago. Oficina de Desarrollo Humano.

287 Klisberg, B. El Capital Social. Instituto Latinoamericano de Estudios Sociales. Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Curso de Postgrado en Gestión Social. INTEC, 2000.

- **Este Plan Estratégico de Salud se asume en flexibilidad:** este imperativo llevará a proponer y generar escenarios laxos, asertivos, resilientes y dúctiles²⁸⁸ en una sociedad tan dinámica y cambiante como la de República Dominicana en este mundo globalizado del siglo XXI. Se valoró cómo esta universalidad en momento del periodo del Antropoceno, se conecta con la República Dominicana, en un contexto pandémico permanente. Se entendió que la dinámica mundial hace que la República Dominicana sea un territorio en continuo cambio y transformación. Esta Nación se pensará y planificará en salud estratégicamente, como una nación en transición.
- **Este Plan Estratégico de Salud es concurrente:** pues condicionará que este proceso escudriñe la convergencia territorial y sectorial de los diferentes niveles de gestión y gobierno que se expresan en la Nación. La concurrencia hizo considerar una adecuada relación entre los sistemas e instrumentos de planificación estratégica, planificación e inversión pública, ambiental y estratégica. Se aseguró la búsqueda de la coherencia entre las visiones estratégicas que sobre el mismo territorio sostienen el gobierno central, y la sociedad civil, ponderándose el proceso con el Plan Plurianual de Desarrollo del sector público²⁸⁹ promovido por el MEPyD y con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 que impulsa el Estado dominicano.
- **Este Plan Estratégico de Salud tendrá seguimiento:** este principio de calidad condujo el proceso a vincular lo inmediato y lo mediato, y el corto con el mediano plazo. Al momento de formular este plan, se asegurará así la definición de una Línea de Base y un Observatorio “Salud 2030” con herramientas que ayudarán a monitorear la implantación de este plan. Se hizo un aporte que medirá los avances y retrocesos de las intervenciones realizadas, y monitoreará el estado de los indicadores.
- **Este Plan Estratégico de Salud expresa un proceso:** este criterio final, pero no menos importante, se orienta en el sentido de asegurar la calidad total del plan, para que guarde relación con los procesos de articulación de actores, recolección de información, formulación, aprobación, comunicación e implantación, su correspondiente revisión y evaluación. Esto supone que la calidad del plan será un producto concreto y un resultado coherente con el proceso seguido en esta formulación. Además, será un proceso documentado y transparente de principio a fin para garantizar su replicabilidad y fiscalización por entes auditores.

Marco de Actuación

Este nuevo Plan Estratégico de Salud será elaborado con un abordaje que involucra la Nación y su entorno regional y continental, asumiendo tanto en el diagnóstico como en la formulación de proyectos, la afectación y el impacto del crecimiento en el nivel rural como urbano, y la proyección del desarrollo en el marco de las propuestas y proyectos estructurantes para el desarrollo. La actuación estará referida, entre otros protocolos^{290,291,292} del Ministerio de Salud, del Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano (CIDEU) y de las Cumbres Iberoamericanas de certificación de calidad, que son:

- Participación de actores y seguimiento de grupos de trabajo.
- Comunicación y compromiso de ciudadanía.
- Recolección de la información.
- Redacción del plan.
- Aprobación del plan estratégico.
- Gestión estratégica para la implementación del plan estratégico.

Etapas del Plan Estratégico de Salud

El nuevo Plan Estratégico Nacional de Salud 2030 se establece como un proceso transversal y continuo en cada una de las siguientes etapas de desarrollo:

- **Fase Diagnóstica.** Para determinar y priorizar el análisis de situación de salud en sus principales variables e indicadores en la República Dominicana, y se compararon con los existentes en el año 2012, así como sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, y se realizó un análisis externo del contexto nacional e internacional. Así como los otros componentes a diagnosticar.
- **Fase Prospectiva-Formulación.** Se definirá el escenario tendencial y deseable de la Nación, valorando lo que acontecería si primero, no se implementa el nuevo plan y segundo qué avances lograría la República Dominicana si se operacionaliza este plan. Se construirá consensuadamente la Visión 2030, los objetivos estratégicos, los proyectos estructurantes, las victorias rápidas, las iniciativas e aumento de escala y los productos entregables.
- **Fase de Implementación.** Se apoyará la definición de un sistema de implantación de proyectos estructurantes del nuevo plan, así como un plan bianual de acción,

290 Saldías Barreneche C.; Jaramillo Restrepo D. y Romano Gómez G. Manual de certificación De la calidad de la Planificación Estratégica Urbana. 1era. Edición. 2005.

291 Tavares, M y Berretta, N. Sistemas de Planificación Estratégica e Innovaciones Presupuestarias. Informe preparado para el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Programa de ejecución del Pilar Externo del Plan de Acción a Mediano Plazo para la Efectividad en el Desarrollo (PRODEV) Diálogo Regional de Política. Abril. BID. 2006

292 Zack, G. Montiel, G. Guerrero, M. Solórzano, L. Espinosa, S. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Lecciones aprendidas de la Planificación Estratégica y la Gestión de la Calidad del Ciclo del Proyecto por Resultados y Basado en Riesgos.

288 Saldías C. Sistema de Certificación de la Calidad. de la Planificación Estratégica; y Sistema de Evaluación de la Calidad de la Planificación Estratégica. Bogotá, Colombia. Mayo 2006.

289 MEPyD. Dirección general de desarrollo económico y social. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2021–2024.

promoviéndose los acuerdos de gestión para facilitar esta implantación. Este sistema debe ser coherente con el plan plurianual 2020-2024 del gobierno nacional auspiciado por el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD).

- **Fase Observatorio y Revisión.** Se articulará de forma transversal y permanente el Observatorio “Salud 2030” de seguimiento para monitorear los proyectos estructurantes y cambios acontecidos en la Nación, evaluándose las nuevas necesidades para el desarrollo del sector.

Diagnóstico y Formulación del PLANDES 2022-2032



Procedimientos Metodológicos

La metodología que se aplicará contribuirá a concebir de manera integral y participativa, la dinámica interna y externa del territorio, a identificar los proyectos estructurantes, victorias rápidas y productos entregables necesarios para llevar a la República Dominicana a la Visión Salud 2030, guiados por los objetivos estratégicos o estrategias diseñadas colectivamente. En este orden, los procedimientos metodológicos puestos en operación para estructurar este nuevo plan, fueron tres:

- Procedimientos para el diagnóstico;
- Procedimientos para la formulación; y
- Procedimientos para el Observatorio Salud 2030.

Procedimientos para el diagnóstico

En lo referente al proceso mismo de planificación estratégica como a su posterior observatorio, certificación y evaluación; unas de las tareas primordiales promovidas por la metodología fue decidir una manera concreta de reunir los principales actores estratégicos de la República para que contribuyeran a formular un diagnóstico en cuatro pilares.

Es una significativa oportunidad que la República Dominicana se encuentre en fase inicial de un nuevo gobierno nacional, con una renovada plataforma legislativa y un proceso de implementación de proyectos estratégicos en el sector salud en un contexto de Pandemia, donde muchos actores estratégicos se habían mantenido vinculados a los proyectos, entonces se decidió aprovechar este valor agregado, y hacer fructificar las relaciones que ellos habían establecido, así como su capacidad para impulsar una verdadera transformación.

En consecuencia, el Ministerio de Salud Pública (MISPAS) estructuró las Comisiones Técnicas por pilares, robusteciendo así la alianza del conjunto de entidades de gestión interesadas en participar en los proyectos de desarrollo del nuevo plan.

Se procedió entonces a formular una estructuración de las Comisiones Técnicas que retomara el espacio de articulación público-privada-ciudadana, preservando que el MISPAS asumiera su capacidad rectora, y las diversas entidades de la sociedad civil, se incorporaran responsablemente al proceso.

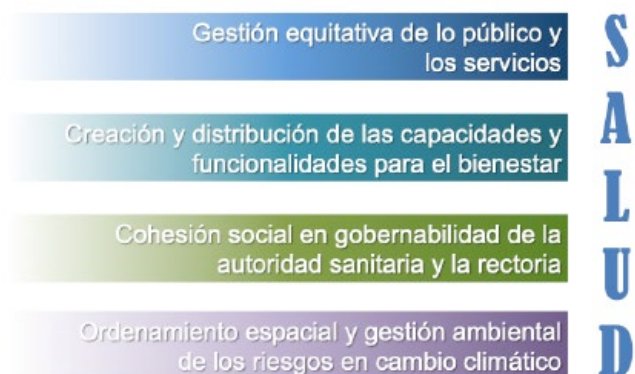
Metodológicamente esta estrategia iniciará con un real compromiso de los actores/as estratégicos que serán juramentados en el Gabinete de Salud y el MISPAS para asumir criterios de actuación y formular proyectos en función de sus competencias, responsabilidades y posibilidades técnicas y financieras. La cooperación de los actores estratégicos se entendió como un proceso tendente a fortalecer la asociatividad, la colaboración y la concertación entre ellos:

- Aportando sentido de identidad con la Nación;
- Resolviendo y/o mitigando históricos conflictos interinstitucionales;
- Contextualizando dificultades, preocupaciones y contradicciones, y lo más fundamental
- Identificando y gestionando claramente los diversos intereses de los actores estratégicos para que se pudiera llegar a convenios efectivos.

Esa fase se hará con respecto a las siguientes grandes categorías o pilares:

- **Gestión equitativa de lo público y los servicios:** se tomó en cuenta dirigentes del sector salud y de las cinco (5) regiones de planificación, líderes religiosos, civiles y comunitarios, de género y culturales. Así como expertos de opinión, editorialistas, periodistas, articulistas, pensadores, dirigentes de ONG locales e internacionales, y académicos como rectores, decanos y docentes.
- **Creación y distribución de las capacidades y funcionalidades para el bienestar:** se incorporaron líderes empresariales, empleados, dirigentes sindicales, regentes gremiales, sectoriales económicas, profesionales, dirigentes sindicales, presidentes, gerentes y funcionarios de empresas privadas y corporaciones, entidades financieras, fondos de desarrollo, cooperativas y bancos.
- **Cohesión social en gobernabilidad de la autoridad sanitaria y la rectoría:** se consideró representantes del gobierno nacional y del MISPAS, como ministros, viceministros, directores de despacho, planeación, finanzas, poder legislativo local, concejales, líderes de partidos políticos, gobernación provincial, gobierno nacional y agencias internacionales.
- **Ordenamiento espacial y gestión ambiental de los riesgos en cambio climático:** se fomentó la participación de representantes del MISPAS, del Ministerio de Medio

Ambiente, de la gestión del agua, gobierno, directores de entidades ambientales, científicos, investigadores, expertos; gestores locales, zonales, empresarios de la construcción, líderes de gremios vinculados a la propiedad



y el uso del suelo.

Considerando estas categorías se organizaron las siguientes cuatro Comisiones Técnicas:

- **La Comisión de inclusión social, población y provisión de servicios:** esta Comisión Técnica se organiza para diagnosticar los problemas de la distribución de los habitantes en el territorio, así como valorar la equidad de los servicios de salud ofertados a la ciudadanía, estableciendo estrategias y proyectos de impacto. Está coordinada por Roger Montes, especialista de servicios de salud de la OPS. Tiene como consultor sénior de estas labores a la magister Cecilia Buchanan. Esta Comisión Técnica delegada para apoyar en la elaboración del Plan Estratégico Decenal de Salud 2022-2032 en lo relativo al componente dirigido a compilar los diagnósticos y la formulación estratégica de los proyectos para conocer y transformar las siguientes problemáticas:

- Composición sociodemográfica de población, transición demográfica y epidemiológica;
- Salud y mortalidad infantil, materna y grupos vulnerables;
- Servicios de salud sexual, reproductiva y embarazo en adolescentes;
- Vigilancia epidemiológica;
- Prevención y atención de enfermedades infecciosas, transmitidas por vectores, procesos y no transmisibles;
- Red de provisión de servicios de salud públicos, privados y mixtos;
- Situación de los niveles de atención y la atención primaria y su funcionamiento establecido en el modelo de atención;
- Garantía de la calidad de medicamentos e insumos de salud;
- Municipios saludables;

- Otras a incluir como resultado de los trabajos técnicos.

- **La Comisión de Gobernabilidad, Gobernanza y Autoridad Sanitaria:** esta Comisión Técnica contribuyó a diagnosticar, establecer y definir los problemas de las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los actores estratégicos, y posteriormente a concertar estrategias y proyectos estructurantes de buen gobierno y de participación de la ciudadanía en la gestión pública de Salud. Estaría presidida por el Ministerio de Salud Pública en la persona del Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo Sectorial, magister Miguel Rodríguez Viñas. Tendrá una consultora sénior, es la ingeniera Marcela Mirabal.

- Esta es la Comisión Técnica encargada de contribuir con la elaboración del Plan Estratégico Decenal de Salud 2022-2032 en lo relativo a la compilación de los diagnósticos y la formulación de estrategias y proyectos para lograr la mejoría y transformación de siguientes áreas:

- Rectoría y autoridad sanitaria;
- Eficacia y eficiencia del ministerio de salud y los órganos públicos del sector salud;
- Calidad, efectividad y nivel de cumplimiento del marco regulatorio en leyes, decretos, normas y disposiciones;
- Armónica organización del sector y los subsectores;
- Estado de situación del desarrollo institucional;
- Situación de la transparencia, la lucha contra la corrupción y la rendición de cuentas;
- Planificación, gestión y monitoreo del desempeño de los recursos humanos;
- Efectiva ejecución de las funciones esenciales de la salud pública;
- Participación social en los servicios
- Otras a incluir resultado de los trabajos técnicos de comisión.

- **La Comisión Técnica de Ambiente, Territorio, Riesgos Naturales y Adaptación climática:** esta Comisión Técnica facilita la determinación y el conocimiento de los problemas de la gestión ambiental y manejo del territorio. También valora el uso, propiedad, usufructo, regulación, armónico equipamiento y disposición de infraestructura en el territorio, concertando estrategias y proyectos de desarrollo. Estaría coordinada por Rosa Urania Abreu y el consultor sénior sería, Julio Corral. Esta Comisión Técnica está delegada para apoyar la elaboración del Plan Estratégico Decenal de Salud 2022-2032 en lo relativo al componente dirigido a compilar los diagnósticos y la formulación estratégica de los proyectos al ambiente, Territorio, Riesgos Naturales y Cambio Climático. para conocer y transformar las siguientes problemáticas:

- Salud e higiene ambiental;
- Seguridad alimentaria, nutricional e inocuidad de los alimentos;
- Cambio climático, riesgos y amenazas;
- Gestión de emergencias y desastres naturales;
- Ordenamiento territorial de redes de servicios;
- Habilitación de establecimientos de salud;
- Gestión de residuos y desechos de salud;
- Clima, trabajo y salud ocupacional;
- Prevención y control de violencia, accidentes tránsito y seguridad vial; y otras incluir.

- **La Comisión de Economía y Competitividad:** Esta Comisión Técnica es un organismo de ciudadanía para conocer la dinámica de la creación de capacidades y funcionalidades para el bien estar, así como valorar la distribución de la riqueza a nivel local y nacional, y el vínculo de este proceso con la mundialización de la economía, consensuando estrategias y proyectos de solución. Está coordinada por Manuel Robles Jefe de Gabinete del MEPyD y Consultor Sénior de estas labores fue al doctor Rolando Reyes. Esta Comisión Técnica está delegada para apoyar la elaboración del Plan Estratégico Decenal de Salud 2022-2032 en lo relativo al componente dirigido a compilar los diagnósticos y la formulación estratégica de los proyectos para conocer y transformar las siguientes problemáticas: de economía, financiamiento, asignación de recursos y cuentas nacionales. Problemáticas continentales de los siguientes tópicos clave:

- Racionalidad, eficacia y eficiencia de las intervenciones en salud;
- Financiamiento, asignación de recursos e inversión pública;
- Carga de enfermedad, tiempo vivido con discapacidad y severidad, AVPP;
- Cuentas nacionales de salud;
- Calidad del gasto en salud;
- Sistema de compras y adquisiciones en economía de escala de adquisiciones de
- equipos, fármacos y otros insumos;
- Evaluaciones tecnológicas;

- Efectividad y calidad de las transferencias de las administradoras de los
- servicios de salud (ARS) a hospitales y centros públicos y;
- Otras a incluir como resultado de los trabajos técnicos.

Procedimientos para la Formulación

Los procedimientos de la formulación iniciaron con la **Revisión** de este plan y proyectos precedentes de reforma del sector salud. Para esta labor se asumirá como referencia el Sistema de Implantación y Gestión de Programas y Proyectos de la DCS, además se consultarán las recomendaciones metodológicas referidas a los niveles de ejecución de los proyectos estratégicos.

La Dirección de Conducción Sectorial elabora y valida con los comisionados y comisionadas de este nuevo plan, **la revisión** exhaustiva de procesos de reforma precedentes. Los resultados de la revisión evidenciaron tres tipos de implantaciones:

- Proyectos Ejecutados,
- Proyectos en Proceso y
- Proyectos Pendientes.

En este orden, se realizó el mayor énfasis metodológico expresado en guías y orientaciones específicas para que el equipo de consultores sénior y los coordinadores/as validen con los comisionados y comisionadas de este nuevo plan, los siguientes abordajes para presentar proyectos estructurantes:

Tipos de Proyectos Estructurantes y Sinérgicos:

- **Proyectos de Investigación-Acción Participativa:** son proyectos de evaluación, medición de impacto, estudios y comprobación de indicadores de línea basal. Son iniciativas transversales al proceso de ejecución del plan.
- **Proyectos de Sistemas de Servicios:** son proyectos que articulan conjuntos de obras físicas, funciones, dinámicas, servicios, programas sociales y otro conjunto de intervenciones generales en una dinámica integradora.
- **Proyectos Regímenes Normativos:** son proyectos que articulan grandes componentes normativos y rectores, tales como guías normativas, compendios de ordenanzas, leyes, mandatos integrales, decretos y disposiciones ministriles
- **Proyectos de creación de Redes:** son proyectos que articulan servicios, generación de bienes, productos, ofertas y programas de atención en los cuales los actores estratégicos responsables asumen las funciones que son de su competencia en el marco de una alianza o pacto.

- **Proyectos de Empresas Públicas de Salud:** son proyectos de creación, construcción de obras y desarrollo de corporaciones que alían el sector público al sector privado vía coaliciones estratégicas, tercerizaciones y concesiones de servicios que son competencia del gobierno nacional.
- **Proyectos de modernización de los órganos y estructura del Estado y del Ministerio de Salud:** son proyectos que enfatizan en la creación, compactación, desarrollo o fortalecimiento de estructuras de gobierno nacional de salud, para asegurar la autoridad pública, consolidar la gestión de rectoría y la mejora constante de la calidad de los servicios públicos.

Consultas Regionales del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030



Acciones Concentradas para construir los Sueños de Salud.

En escuelas, colegios, oficinas públicas, hospitales, unidades de atención primaria, centros culturales y en los medios de comunicación se implementarán las acciones concentradas para sueños de salud y recopilar los principales problemas y soluciones de acuerdo con las opiniones.

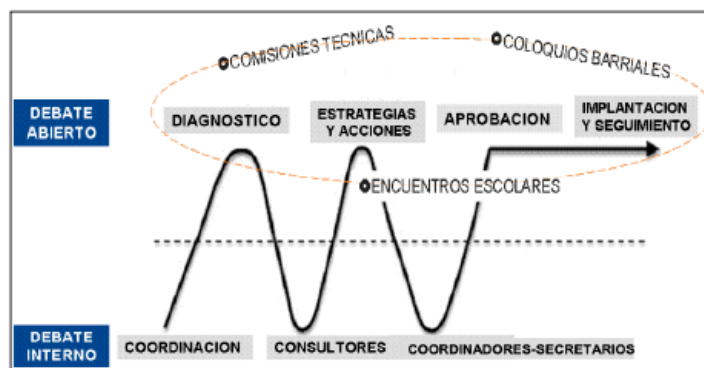
Este conjunto de actividades serán desarrolladas de forma periódica en centros educativos primarios y secundarios, y otros establecimientos y centros contribuyeron en la formulación de la Visión Salud 2030. En estos centros se suman a la realización de un ejercicio de selección inteligente de los tipos de salud preferidos, así como las **frases sintéticas y poéticas** que mejor expresaran los sueños de salud.

Consultas o Coloquios Estratégicos Regionales

Esta iniciativa social y vinculante se organiza para presentar y conversar territorialmente con los dirigentes y líderes comunitarios. Se aspiró a que desde estos espacios de conversación “coloquios” se empiece a vislumbrar aquellas actuaciones e intervenciones estratégicas que permitieron el desarrollo de los proyectos de ganancia rápida e impacto local en el desarrollo con calidad, y que son acciones periódicas de corto plazo.

En el proceso de las Consultas y Coloquios Estratégicos Regionales además de las problemáticas y las propuestas comunitarias para resolverlas, se obtendrán reflexiones críticas sobre:

- La importancia de la decisión que el plan se efectúe con la incorporación de estas consultas.
- El aporte efectuado por el MISPAS para acopiar propuestas de obras y proyectos de bajo costo y de rápido impacto comunitario.
- Consideración y validación de parte de muchos dirigentes sociales de la horizontalidad y de apertura a la participación comunitaria de base en el proceso.
- Disposición de la **dirigencia regional de integrarse** en las comisiones técnicas del Plan Estratégico Nacional de Salud 2030.



Además, se operacionalizarán consultas y **entrevistas a decenas de actores estratégicos** representantes de instituciones, para conocer iniciativas y proyectos que estaban impulsando y sus estrategias de futuro, se consultarán más de 50 actores estratégicos regionales a una proporción de 10 por región de planificación.

Fundamentados en el diagnóstico se procederá a la construcción de escenarios, los cuales servirán de base para la Fase de Formulación.

Los escenarios se entienden en el proceso como *proyecciones de futuros posibles o deseables que compilan las tendencias en diversas imágenes en las que se intenta comunicar una situación previsible*. Para los fines del plan 2030 se ha abordado dos escenarios: *tendencial y deseable*. Ambos escenarios fueron elaborados por la **Dirección de Conducción Sectorial**, los Coordinadores y Consultores Sénior tomando como base los indicadores debatidos en las comisiones técnicas.

La Visión Salud 2030

Será una expresión apremiante e inspiradora del futuro preferido por los actores estratégicos participantes de la Nación. Lo crucial de esta visión no es la expresión o la frase elaborada, sino el sentido de compromiso que genera y la actuación mancomunada que estimula. *“Esta visión es un futuro para el corazón”*. Conmueve, estimula y moviliza la República Dominicana.

Los objetivos estratégicos serán orientaciones generales gestionadas estratégicamente, para concretar la Visión “Santiago 2020”, y alcanzar los proyectos estructurantes que se han concertado en este nuevo Plan Estratégico “Santiago 2020”. Expresan la definición operativa de las intervenciones, su direccionalidad, las formas para lograrlas, su concreción en el tiempo y finalmente los insumos de información necesarios para evaluar si se han alcanzado.

Los proyectos estructurantes serán unidades estratégicas dentro de este proceso de planificación; aseguran que todos los **productos entregables** de la intervención tengan sentido sinérgico y se refuercen unos con otros. Además, vinculan armónicamente el corto y el mediano plazo; actúan en el plano de lo táctico, y de las necesidades inmediatas pero crean un vínculo con la sostenibilidad pues aportan acciones de largo alcance.

Crean condiciones materiales para ampliar en todo el territorio nacional, las acciones, investigaciones, consultorías, estudios, diseños, levantamiento de croquis, maquetas, planos, obras físicas y equipamientos urbanos. Los proyectos estructurantes aumentan la escala geográfica y territorial de las acciones, y replican el éxito inicial de las intervenciones, ajustando las debilidades y errores de sus resultados preliminares.

Procedimientos para el Observatorio Salud 2030

El proceso de implantación será monitoreado por el *Observatorio “Salud 2030”* como un sistema de seguimiento, análisis y evaluación permanente del estado de avance del nuevo plan. El Observatorio será una entidad de independencia relativa institucional valorada como referente nacional que informará, criticará, reconocerá buenas prácticas, y promoverá el debate entre los actores estratégicos a diferentes niveles.

Esta herramienta es una contribución a la construcción de lo que se denomina **ciudadanía de salud** en función del fortalecimiento de la democracia nacional, la participación social y la incidencia pública. Los ejes temáticos de observación son cuatro (4), y se relacionan con los Objetivos Estratégicos y los Proyectos estructurantes a consensuar en este plan.

En este sentido, el Observatorio incluirá los indicadores que conforman la línea basal de cada uno de estos objetivos estratégicos, así como estudios e investigaciones concretas de recolección y análisis de información de compleja recopilación.

El *Observatorio “Salud 2030”* analizará además, la información básica recolectada en estos ejes temáticos, también la información especializada recopilada con investigaciones-acción ofertando posibilidades de solución a intervenciones que estén pendientes o en proceso de puesta en operación. Los procedimientos concretos del Observatorio serán tres:

- El mecanismo de gestión del Observatorio;
- La Línea Basal y los estudios de seguimiento; y
- Los Foros de presentación y divulgación del informe de resultados y recomendaciones de ajustes cada dos años.

Metodología gestará los siguientes resultados o productos entregables asertivos

- **Un pacto general** para fortalecer la continuidad del proceso de planificación decenal y estratégica de la República Dominicana.
- Un aporte de una **base de datos y una calidad de la información** que definiera con exactitud el metabolismo de la ciudad y su comportamiento real en los ejes temáticos.
- Una visualización concertada del futuro de la salud de la Nación teniendo como punto de partida el **contraste de indicadores del período 2012 versus 2022**.
- Un balance de la situación **entre otros planes y este plan** y una comprensión ponderada de sus escenarios tendenciales y deseables.
- La aprobación del **Plan Nacional de Salud 2030 por mandato de una disposición ministerial y un decreto presidencial con un reconocimiento asertivo de los órganos legislativos nacionales**.
- Una Ponderación de las políticas, objetivos, estrategias y proyectos del nuevo plan con la **Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030 y el Plan Plurianual 2022-2024**.
- Un compromiso de **actuación de los actores estratégicos** en la formulación, defensoría e implantación de los proyectos estructurantes pendientes o procedentes del nuevo plan.
- Un costeo de la **financiación de los proyectos estructurantes aprobados** como expresión del acuerdo social que fundamenta el plan.
- El diseño y operación del **Observatorio “Salud 2030”** para monitorear el impacto de los productos generados.

Para lograr resultados cada comisión laborará con la participación de 25-35 instituciones y el apoyo del Despacho ministerial de Salud y de la Dirección de Conducción Sectorial. Se obtendrá un diagnóstico en los ejes temáticos indicados, y se integran las investigaciones y pesquisas existentes a nivel nacional e internacional, y se ordenan algunos **estudios originales especiales**, que consideraron variables cuantitativas y cualitativas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alianza por el Derecho a la Salud (ADESA) (2019). Atención Primaria en Salud, Situación y Retos de la República Dominicana.
2. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y OPS (2007). Función rectora de una autoridad sanitaria nacional. Desempeño y fortalecimiento.
3. Alcaldía de Rosario (2009). Plan Rosario Metropolitana. Edición Argentina.
4. Aldereguía J. (1988). Administración en Salud: Antecedentes y Categorías. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.
5. Ángeles F, G. (2015). Informe de Discapacidad. República Dominicana.
6. Arango Cardinal, S (2012). Ciudad, Planificación y Arquitectura. Seis generaciones que construyeron la América Latina Moderna.
7. Banco Central y Ministerio de Salud 2011-2017. Cuentas Nacionales de Salud. Sistema de Gestión de Cuentas Nacionales.
8. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y CDES (2015-2016). Estudios de Monitoreo de indicadores urbanos de 40 ciudades de América Latina.
9. BID.CDES. (2014). Santiago de los Caballeros Ciudad Sostenible. BID-Ayuntamiento. CDES. República Dominicana.
10. BID-Instituto Latinoamericano para el Desarrollo Económico y Social (INDES). 2000 Metodología de Gestión Social. Grupos Focales.
11. Basile, G. y Rivera Díaz, M. (2021). Epidemiología crítica del sars-cov-2 en América Latina y el Caribe, Determinación, dependencia y descoordinación regional. CLASO. Librería latinoamericana y caribeña de ciencias sociales; conocimiento abierto, conocimiento libre.
12. Bezold, Cl; Frenk, J. y McCarthy, Sh. (1998). Atención en Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Institute for Alternative Futures. México.
13. Boin, J. El proceso de desarrollo del capitalismo en la República Dominicana (1844-1930). Ed. Gramil. 1979. 1ra. ed.
14. Briones, F. (2012) Perspectivas de investigación y acciones frente al cambio climático en Latinoamérica.
15. Carleton, T. A., Jina, A., Delgado, M. T., Greenstone, M., Houser, T., Hsiang, S. M., Hultgren, A. et al. 2020. "Valuing the Global Mortality Consequences of Climate Change Accounting for Adaptation Costs and Benefits". Documento de trabajo núm. 27599, Oficina Nacional de Investigaciones Económicas, Cambridge, MA.
16. Castells, M. (2004). La Cuestión Urbana. Editorial Siglo XXI.
17. Consejo para el Desarrollo Estratégico de Santiago CDES (2020). Agenda de Cultura para el Desarrollo.
18. CDES (2008). Plan Estratégico de Santiago 2002-2010. Indicadores Básicos de Salud de la Rep. Dom. OPS/OMS y SESPAS, 1999.
19. CDES-PES. (2008) Metodología General: II Plan Estratégico de Santiago 2010-2020. Oficina Coordinadora. CDES-PES. Dic.
20. CDES (2011). Sistema de Implantación de Proyectos Estructurantes de Santiago del Plan Estratégico. Clúster y Redes. Impresora Teófilo.
21. Celedón, C. (2002). Gobernanza y participación ciudadana en la Reforma de Salud en Chile. Ponencia presentada en el Tercer Foro Subregional de liderazgo en salud. 2002.
22. Centelles J. (2007-2008). Gobernanza y gobernabilidad. Curso de Especialización de Maestría del Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano (CIDEU).
23. Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico (CIDEU). Tres Décadas de Planificación Estratégica y Certificación de la Calidad de la Planificación 1993-2023.
24. Centro Internacional para la Investigación del Fenómeno de El Niño (CIIFEN) (2022). Adaptación y mitigación al cambio climático. CIIFEN. Guayaquil, Ecuador.
25. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud. ENDESA. República Dominicana.
26. CILPEN (2018). Manejo adecuado de los residuos sólidos municipales de Santiago. Ayuntamiento de Santiago. Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Documento Inédito.
27. Cocco Quezada, A. (2001). Desastres Naturales del Siglo XX en República Dominicana. ACQ y Asociados. Meteorólogos Privados-Consultores. Santo Domingo, República Dominicana.
28. Consejo Nacional de Personas Envejecientes (CONAPE). 2021.. Plan Estratégico Institucional 2021-2024. CONAPE.

29. Consejo Económico y Social (CES) (2022). Mesa Temática de Salud. Convocatoria Presidencial del Diálogo por las Reformas para el Fortalecimiento Institucional y la Gestión Eficiente del Estado. Informe Final Mesa Temática Salud.
30. Consejo Nacional de Cambio Climático (2019). El cambio climático en la República Dominicana. Consejo Nacional para el Cambio Climático. Santo Domingo, República Dominicana.
31. Congreso Nacional. Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Congreso de República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana.
32. Corporación Latinobarómetro (2021). Adiós a Macondo. Informe Latinobarómetro.
33. Corral, JC. y Yunén, RE (2014). Plan de Ordenamiento Territorial a nivel nacional. DGODT-MEPYD. Santo Domingo, República Dominicana.
34. Corral, JC y Yunén, RE. (2012). Herramientas conceptuales, metodológicas y operativas para el ordenamiento territorial. Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial-MEPYD. Santo Domingo, República Dominicana.
35. Corral, JC. (2010). La dimensión del ordenamiento territorial en el Plan estratégico de Santiago. Consejo para el Desarrollo Estratégico de la Ciudad y el Municipio de Santiago. Santiago de los Caballeros, República Dominicana.
36. Corral, JC. y Yunén, RE. (2012). Diagnóstico territorial a nivel nacional. Dirección General de Ordenamiento y Desarrollo Territorial-MEPYD. Santo Domingo, República Dominicana.
37. Corral, JC. et al. Plan de ordenamiento territorial de la provincia Samaná con adaptación al cambio climático. CEBSE-The Nature Conservancy-USAID. Samaná, República Dominicana.
38. Dever A. (1991). Atención Salud en América Latina y el Caribe en el Siglo XXI. Instituto de Futuros Alternativos y Fundación Mexicana de la Salud. Aspen Publishers.
39. Dirección de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) (2022). División de Monitoreo de Portales de Transparencia de las evaluaciones mensuales a las divisiones de transparencia de los portales web institucionales.
40. Fernández Cantón, S.B. (2019) Conceptos relevantes sobre gobernanza y rectoría en salud. Boletín CONAMED Volumen 4, No. 22.
41. Hufty, M. (2022). Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Instituto de Altos Estudios Internacionales y de Desarrollo. Ginebra, Suiza.
42. Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (2017). Escenarios de cambio climático. INECC. Distrito Federal, México.
43. Lizardo, J, et. al. (2020). La experiencia del Índice de Vulnerabilidad frente a Choques Climáticos (IVACC) en República Dominicana. Gabinete de Política Social. Santo Domingo, República Dominicana.
44. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2022). Consejo Nacional de Salud. Metodología del Plan Estratégico Nacional de Salud.
45. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12) y Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPS) 2021-2024.
46. Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD) (2021). Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). República Dominicana en Cifras 2021. República Dominicana, ONE.
47. MEPYD. ONE. (2021) Los Censos dominicanos 2021, 100 años contando nuestra gente 1920-2020. ONE.
48. Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo (MEPYD) (2022). Comité Técnico Interinstitucional de Medición de la Pobreza. Estudios sobre la pobreza.
49. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2023), Reportes de las Rutas de la Salud de la República Dominicana. 2021-2023.
50. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2019). Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019-2024. Estrategia Mundial para las ENT 2012-2025 de OMS. MISPAS.
51. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2021). Viceministerio de Salud Colectiva. Primera Jornada Nacional de Hipertensión Arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad. SODHI.
52. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2022). Viceministerio de Salud Colectiva. Segunda Jornada de Hipertensión Arterial: Prevención de Diabetes y Obesidad, Diabetes e Hipertensión (SODHI).
53. Ministerio de Salud Pública (MISPAS). (2022). Dirección General de Epidemiología (DIGEPI). Informes de monitoreo y evaluación de desempeño.
54. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023). Resultados y avances en evaluación de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).

55. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) y Consejo para el Desarrollo Estratégico de Santiago. (2023) Barómetro de la Salud de la República Dominicana.
56. Ministerio de Salud Pública (2022). Dirección de Medicamentos de Alto Costo. Ranking de patologías donde se otorgan medicamentos alto costo, por número de pacientes.
57. Ministerio de Salud Pública (2022). Levantamiento estatus operativo centros del primer nivel de atención, Centros de primer nivel.
58. Ministerio de Salud Pública (2022). Memoria Institucional.
59. Ministerio de Salud Pública (octubre 2021). Política de Rendición de Cuentas de las ASFL de la Sectorial de Salud.
60. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2017). Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud (SNS).
61. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (1999). Decreto Presidencial 351-99. Reglamento General de Hospitales de la República Dominicana.
62. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2022). Reportes de Estadísticas de Solicitudes de Información a la Oficina de Acceso a la Información Pública, Trimestres 1, 2, 3 y 4.
63. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2021). Resolución 000068-21. Modificación de la estructura organizativa del Ministerio.
64. Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (2016). Plan Nacional de Adaptación al cambio climático 2015-2030. MIMARENA-GEF-PNUD. Santo Domingo, República Dominicana.
65. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana.
66. Ministerio de Salud Pública (MISPAS) (2020). Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud Pública-OPS-OMS. Santo Domingo, República Dominicana.
67. Ministerio de Salud Pública (MISPAS). Estadísticas por semanas de eventos 2022. Santo Domingo, República Dominicana.
68. Ministerio de Salud Pública. Reglamento 126-09 sobre Desechos y Residuos generados por los centros de Salud y Afines. (20099). Santo Domingo, República Dominicana.
69. Ministerio de Administración Pública (MAP) (2022). Guía del Sistema de Administración Pública (SISMAP); Versión Gestión Pública.
70. M.L. Parry, O.F. Canziani, J.P. Palutikof, P.J. van der Linden y C.E. Hanson (2007). Impactos, Adaptación y Vulnerabilidad. Aportes del Grupo de Trabajo II al Cuarto Informe de Evaluación del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático. Eds., Cambridge University Press, Cambridge, Reino Unido.
71. Nissán Schoenfeld, E. (2019) Hacia un nuevo modelo de gobernanza para la promoción de la Salud. Revista Buen Gobierno, núm. 26.
72. Oficina Nacional de Estadística (2022). Encuesta Nacional de Hogares de propósitos Múltiples 2022. ONE. Santo Domingo, República Dominicana.
73. Organización Panamericana de la Salud (2021). Salud y Cambio Climático. Perfil del país. Una iniciativa para los pequeños estados insulares en desarrollo. OPS-United Nations/OMS. Washington, Estados Unidos.
74. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023). Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH). Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Causas Externas.
75. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS.
76. OPS (2021). Agenda para las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021-2030. OPS-OMS. Washington, Estados Unidos. 2021.
77. OPS/OMS (2009). Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas en Salud 49. OPS/OMS.
78. OPS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
79. OPS (2020) Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Las Américas. Una Renovación para el Siglo XXI. Marco Conceptual y Descripción. Washington, D.C.
80. OPS. XXIX (2017). Conferencia Sanitaria Panamericana. 2017. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
81. OPS/OMS (2007). Perfil de los Sistemas de Salud República Dominicana. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Tercera edición.
82. OPS/OMS (2017). Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. Salud de las Américas.
83. OPS/OMS. Institucionalización del Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011 en América Latina. Washington D.C. 2021.

84. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Informe mundial sobre sistemas y capacidad en materia de datos de salud, 2020. Paquete técnico para Datos de Salud. Fundación Bloomberg Philanthropies. OMS.
85. OPS/OMS (2021). Evaluación ASH en centros de salud. Fase II. OPS-PAHO. Santo Domingo. República Dominicana.
86. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción de la Estrategia Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles 2008-2013. OMS.
87. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Primer Informe Mundial sobre las ECNT, OMS.
88. Oriol Prats, Joan (2003). El concepto y el análisis de la gobernabilidad. Revista Instituciones y Desarrollo No. 14-15.
89. Perry, M.L., O.F. Canziani, J.P. Palutikof y Coautores (2007). Estudios de Cambio Climático de Santiago 2007-IPCC. Resumen Técnico.
90. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2021). Encuesta Nacional LGTBI. Santo Domingo, República Dominicana.
91. Rathe, M. Moliné, A. Ramírez Slaibe, P. (2021). Estimación preliminar del costo de implementar el primer nivel de atención en el régimen subsidiado y recomendaciones para su financiación. República Dominicana, Fundación Plenitud, UNICEF.
92. Sabignoso, M. (2018). Los cinco atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
93. Servicio Nacional de Salud (SNS) (2022). Memoria Institucional 2022.
94. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2006). Plan Decenal de Salud 2006-2015. Un Acuerdo Nacional por la excelencia de la Salud. Documento de consulta.
95. Secretariado Técnico de Presidencia (2001). Diseño del Sistema Nacional de Prevención, Mitigación y Respuesta (PMR). Santo Domingo, República Dominicana, Banco Interamericano de Desarrollo.
96. UASD. Registros del Instituto Sismología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2015-2022.
97. USAID y Fundación Plenitud e Instituto de Desarrollo (IDDI) (2013). Puntos críticos para la vulnerabilidad a la variabilidad y al cambio climático en la República Dominicana y su adaptación al mismo. República Dominicana.
98. World Health Organization (2021). Voice, Agency, Empowerment. Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage. Geneva.
99. World Health Organization (WHO) and European Union (2017). A System of Health Accounts 2011. Revised Edition.



PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD

2 0 3 0

Visión Salud 2030

“Una nación saludable con pleno ejercicio del derecho a la salud, impulsada por la participación social, la protección del ambiente y servicios humanizados, asequibles y de calidad”



