

**ESTIMACIÓN DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO
DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE
SALUD PÚBLICA (FESP):
ESTUDIO PILOTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Informe Final

Presentado al Banco Mundial

**Magdalena Rathe
Fundación Plenitud**

**Washington, DC
Agosto de 2002**

RESUMEN EJECUTIVO

Antecedentes

El Banco Mundial acaba de lanzar una estrategia para el fortalecimiento de la salud pública en todos los países donde la entidad realiza operaciones. Particularmente, después de la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas de septiembre del 2000 — donde se reafirmó el compromiso a favor del desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza — la institución se ha comprometido con esas metas, dentro de las cuales se halla la elevación de los niveles de salud de la población mundial. La reducción de la mortalidad infantil y materna, y la lucha contra las enfermedades transmisibles — tres de las ocho metas para el nuevo milenio — hablan de la importancia de fortalecer la salud pública, como forma de lograr el cumplimiento de los objetivos.

Como resultado de ello, surgió el documento “La salud pública y las operaciones del Banco Mundial”, para guiar las operaciones de la entidad en materia de salud pública. Allí se reconoce que el Banco Mundial tiene un papel importante que jugar en el tema de la salud pública, tanto en lo que concierne a los países, como globalmente. Sus opciones a nivel de los países se hallan en las siguientes áreas:

- Dar prioridad a la salud pública en el diálogo político y en los préstamos.
- Evaluar el desempeño de las funciones de salud pública.
- Incorporar las funciones de salud pública en los Informes Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (PRSP) y en los Estudios de Evaluación de País (CAS).
- Diseñar soluciones e inversiones adecuadas al nivel de desarrollo.

En lo concerniente al rol global del Banco, son sus líneas de acción estratégica:

- Diseminar conocimientos sobre salud pública y funciones de salud pública.
- Conducir investigaciones y análisis relacionados con las funciones de salud pública.
- Involucrarse selectivamente en iniciativas globales de salud

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha la iniciativa “La salud pública en las Américas”, la cual tiene el propósito de fortalecer la

rectoría de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las políticas y la implementación de sus funciones en materia de salud pública. Mediante estos esfuerzos, se pretende llenar un vacío en los procesos de reforma del sector salud a que están abocados la mayoría de los países, puesto que en ellos el tema de la salud pública ha sido el gran ausente. Sin embargo, se ha hecho evidente que una gran proporción de los problemas de salud de los países en desarrollo, sólo puede ser enfrentada con acciones propias de la salud pública.

Para llenar este vacío — y tomando como base trabajos previos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otras instituciones — la OPS ha definido, mediante un proceso participativo a nivel continental, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En una fase posterior, después de desarrollar una metodología para la medición del desempeño de los países en la ejecución de las FESP, la OPS llevó a cabo un amplio proceso de aplicación de los instrumentos para medir dicho desempeño, el cual se encuentra en la fase final de análisis de los resultados.

A fin de completar este trabajo iniciado sobre la medición del desempeño de las FESP, el Banco Mundial y la OPS se abocaron conjuntamente, a diseñar una metodología que permita a los países identificar el monto de los recursos que asignan actualmente para llevar a cabo las FESP, tomando como marco de referencia la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Al mismo tiempo, dados los estándares ya identificados para el buen cumplimiento de dichas funciones en sentido general, se requiere desarrollar un marco conceptual que permita a los países costear la implementación futura, sobre todo de aquellas funciones cuyo desempeño ha resultado pobre en el proceso de evaluación.

Un primer producto de esta Iniciativa Conjunta es el documento *“Estimación de gasto y financiamiento en FESP: Un marco de referencia”*, finalizado por esta consultora durante el mes de mayo del 2002. En dicho informe se revisa la literatura relacionada con las FESP, incluyendo los estudios que se vienen realizando en los Estados Unidos para medir el gasto en las funciones esenciales, y se trazan las pautas metodológicas para la estimación, así como el diseño de los instrumentos para la recolección de las informaciones. Este documento constituye la base para el estudio piloto que aquí se presenta.

Objetivos

El propósito de este trabajo es presentar los resultados de la realización de un estudio piloto para probar la propuesta presentada en el informe *“Estimación de gasto y*

financiamiento en FESP: un marco de referencia". El estudio se realizó en la República Dominicana para estimar el gasto y financiamiento en las siguientes funciones:

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.

FESP 9: Garantía de calidad de los servicios individuales y colectivos.

En vista de que, al realizar la información de campo se evidenció que las instituciones que desarrollaban la función 2 eran las mismas que efectuaban la FESP 1, se decidió incluirla también, a saber:

FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud

La experiencia en la realización de este estudio piloto resulta en un conjunto de conclusiones y recomendaciones para mejorar la metodología, con vista a la realización futura de estudios de caso para estimar gasto y financiamiento en las FESP en otros países.

Conclusiones

El financiamiento al sector salud en la RD

En lo que concierne al monto de los recursos públicos que se asignan al sector salud en la República Dominicana, puede decirse que los mismos son aún relativamente bajos para los estándares internacionales. No obstante, si se añade el financiamiento privado, el monto total que asigna la sociedad en su conjunto, pudiera ser bastante elevado, lo cual no guarda relación con los resultados de salud que presenta el país actualmente. Un alto porcentaje de financiamiento privado es un indicador de inequidad en el sistema de salud, debido a las fallas de los mercados de bienes y servicios de salud. La aplicación de la nueva ley de seguridad social que está a punto de entrar en ejecución en la República Dominicana, tenderá a revertir esta situación, al elevar el financiamiento público y reducir el gasto de bolsillo de las familias, contribuyendo así a la equidad del sistema.

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS)

Las CNS constituyen un instrumento excelente para medir la evolución del gasto en salud agregado así como para comprender el flujo de los fondos dentro del sistema de salud y los usos a los que se aplican. En el caso de la República Dominicana, las CNS

están incompletas, desactualizadas y no utilizan la metodología de OECD, que hoy constituye el estándar internacional.

En lo que concierne a las clasificaciones de OECD para elaborar las CNS, es preciso señalar que las mismas no reflejan adecuadamente las tareas relacionadas con la salud pública. En tal sentido, no permiten identificar claramente la función rectora del Estado, ni el esfuerzo que hace el gobierno en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ni por supuesto, tampoco permiten identificar las FESP.

Evolución de la clasificación presupuestaria

Alrededor de un 30% del presupuesto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), que es el ministerio de salud en la República Dominicana, se destina a labores de regulación, control, provisión de servicios colectivos, administración y otros, lo cual constituye un “techo” para la estimación de las FESP. En la República Dominicana, la clasificación presupuestaria está avanzando de manera sustancial, a fin de transparentar las tareas que conciernen a la rectoría, dentro de las cuales están las FESP. Asimismo, a separar la provisión de los servicios colectivos de los individuales. Un paso adicional necesario sería distinguir los servicios preventivos de los curativos.

Si bien es cierto que se avanza en la confección de los programas, es necesario que esto se transfiera también a la contabilidad de la ejecución, a fin de que no se pierda esta valiosa información cuando se produzcan los informes globales de ejecución presupuestaria.

Operacionalizar la función de rectoría

Se necesita una reflexión a nivel internacional sobre cuáles son las tareas claves que configuran la función de rectoría. Dicha función debe poder ser convertida en programas, subprogramas y actividades, que puedan ir al presupuesto y se trasladen luego a la contabilidad de la ejecución. Es necesario pensar bien cuáles son las tareas esenciales de un ministerio de salud y cuál es la información clave para monitorear su desempeño. Entre otras cosas, al analizar los datos de gasto y financiamiento, debería poder saberse, por ejemplo, el monto de los recursos que se asignan al liderazgo sectorial, a la regulación del sistema, al monitoreo del cumplimiento de las normas, a las funciones esenciales de salud pública, a la provisión de los servicios colectivos, al monitoreo de las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, con la finalidad de corregir las imperfecciones del mercado de bienes y servicios de salud.

La mayoría de los ministerios de salud de Latinoamérica no han cumplido cabalmente la función de rectoría, la cual es fundamental para garantizar la entrega de los bienes públicos y la protección de la población más pobre. Para ello, es preciso operacionalizarla y asegurar su financiamiento en el presupuesto tanto de los países como de la cooperación internacional.

En la medida que se avance en este sentido, se podrán mejorar los clasificadores de la salud pública en la metodología de las cuentas nacionales de salud de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OECD), que actualmente no responden a las necesidades de información del sistema, particularmente, de los ministerios de salud.

Metodología del estudio piloto

La principal conclusión que se obtiene de la realización del estudio piloto sobre gasto y financiamiento de las FESP, es que sus resultados serán de gran utilidad a la autoridad sanitaria, para lo siguiente:

- Comprender la forma en que se ejecutan estas funciones en el país, los recursos humanos involucrados y el monto de los recursos financieros, tanto de su propio presupuesto, como de la cooperación nacional e internacional.
- Comparar la actual “función de producción” de cada FESP con los resultados de la evaluación del desempeño.
- Introducir los cambios que juzgue pertinentes para llegar a los resultados óptimos y monitorear la ejecución de estas acciones.
- Esta información le permitirá hacer transparentes estas acciones en las cuentas presupuestarias y, eventualmente, en las cuentas nacionales de salud, con lo cual podrá lograr un gran avance en el proceso de “operacionalizar la función de rectoría”.

En lo que concierne al proceso de recolección de los datos, las principales conclusiones se resumen a continuación:

- Se requiere un fuerte apoyo de las autoridades del ministerio, pues no resulta fácil penetrar en las distintas dependencias. Lo ideal sería que el ministerio tomara este trabajo como propio y que los investigadores actuaran como facilitadores.

- Otra conclusión fundamental es que se requiere de un proceso mayor de capacitación al personal del ministerio que va a suministrar las informaciones, antes del llenado de los instrumentos. No siempre las personas que conocen los temas financieros, están al tanto de lo que significan las FESP. Es vital que las personas seleccionadas para suministrar los datos en cada institución, sean las adecuadas, que tengan el suficiente nivel técnico y que trabajen de común acuerdo con el personal financiero. También es vital que comprendan que la tarea de estimación del nivel de esfuerzo por FESP, es una tarea colectiva, en la cual deben participar activamente los técnicos directamente involucrados en el ejercicio de cada función.
- Existe una falta total de vinculación entre el proceso de preparación del presupuesto y su ejecución. Esto dificulta notablemente la obtención de cifras de presupuesto ejecutado, que sería lo ideal. Por lo tanto, se sugiere, en ciertos casos, utilizar las cifras presupuestadas y luego hacer los ajustes correspondientes, de acuerdo al promedio de ejecución para la secretaría en su conjunto. También existe falta de organización en algunos departamentos, lo que ha dificultado la obtención de los presupuestos.
- Hay gastos que no figuran en la contabilidad del departamento / institución investigada, sino en la contabilidad general del ministerio. Tal es el caso de las donaciones realizadas por organismos internacionales y otras, que se manejan al nivel central, sobre todo cuando son en especie. Se ha sugerido, en este sentido, hacer notar esta situación, aunque no se conozca el monto involucrado y procurarla después directamente en los organismos de cooperación.
- La mayoría de las FESP son realizadas por el propio ministerio y, en general, sus dependencias trabajan en más de una FESP, con mayor o menor concentración. Por ello es factible abocarse a la medición de todas las FESP en un mismo proceso, en lugar de tratar de concentrarse en una o dos.
- Los tiempos para la realización de los estudios de caso, deben tomar en consideración el factor político en los países, dada la alta politización que caracteriza los ministerios de salud. También el personal suele estar participando en numerosas actividades, reuniones, talleres y otras, lo que dificulta el cumplimiento de los plazos.

Recomendaciones

Las Cuentas Nacionales de Salud

A nivel internacional, se sugiere que los organismos de cooperación fomenten el desarrollo e institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud, en todos los países, adoptando el Sistema de Cuentas de Salud de la OECD. A su difusión y puesta en práctica contribuirá la Guía de Producción de CNS desarrolladas por el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Asimismo, se sugiere que se discuta internacionalmente el tema de la función de rectoría y cómo hacerla operacional, así como cuál es la información financiera esencial que se requiere para monitorear su desempeño. Esto debe llevar a una discusión sobre la clasificación de los servicios de salud pública en el manual de la OECD, a fin de introducir los cambios que sean necesarios, para que la información esencial pueda reflejarse allí. Del mismo modo, se sugiere asistir a los países para que vayan haciendo evolucionar su clasificación presupuestaria en el mismo sentido.

En el caso particular de la República Dominicana, se sugiere que se introduzcan modificaciones sustanciales a las Cuentas Nacionales de Salud. En cuanto a la metodología, es preciso adoptar el nuevo estándar internacional de la OECD. Asimismo, es necesario actualizar las cifras y estimar los datos del sector privado. Este es un momento muy adecuado para ello, en vista de que se está ahora aplicando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) a nivel nacional, la cual contiene un módulo de gasto y utilización de servicios de salud.

Otro tema que se debe investigar en las CNS es el gasto en promoción y prevención, que pareciera subestimado o mal clasificado. En general, sería importante conocer con claridad cuántos recursos se asignan al nivel hospitalario y cuántos al ambulatorio y, dentro de éste, separar los servicios curativos de los preventivos.

La metodología del estudio piloto

En general, la metodología utilizada para la estimación del gasto y financiamiento en las funciones esenciales de salud pública, ha resultado bastante adecuada, particularmente en lo que concierne al diseño de los instrumentos, la revisión de las fuentes de información secundaria, el procesamiento y análisis de los datos. Sin embargo, puede ser mejorada sustancialmente de la siguiente manera:

- Es importante asignar tiempo suficiente al proceso de recolección de los datos, a fin de lograr una mayor participación de los actores involucrados. Se sugiere que el plazo de la investigación sea de unos seis meses.
- Al menos en el caso de países pequeños, como la República Dominicana, se sugiere abordar la estimación del gasto y financiamiento de las once FESP desde un principio, en lugar de concentrarse en una o dos. Generalmente, se trata de las mismas dependencias y, al estimar el nivel de esfuerzo, se obtienen resultados parciales para todas las FESP. Este enfoque, además, evitará confusiones al aplicar la metodología.
- Sería interesante formar grupos de trabajo por FESP, que incluyan el personal técnico clave de las dependencias principales y el personal administrativo o financiero. Este personal debe estar apoyado por las autoridades, a fin de poder destinar parte de su tiempo a la investigación.
- Se necesita contar con facilitadores que dominen el concepto de las FESP y dedicar la primera parte del proceso a crear un lenguaje común entre los participantes. Se recomienda preparar presentaciones y guías de discusión para los futuros estudios de caso.
- En lugar de entregar los instrumentos a las dependencias para su llenado y proceder, luego, a suministrar asistencia técnica, se recomienda que los investigadores llenen los instrumentos conjuntamente con el personal clave de cada institución. Esto contribuiría a hacer más rápido y efectivo el levantamiento de los datos.
- Se sugiere que el instrumento 2, que contiene la lista del personal y el nivel de esfuerzo por FESP, sea modificado, a fin de que permita distinguir por tipo de recurso humano necesario, a la hora de hacer el procesamiento. Esto permitirá tener cuadros resúmenes con la composición de recursos humanos por FESP.

Extensión del estudio piloto en RD

Se recomienda que se extienda el piloto de la República Dominicana para abarcar el resto de las FESP. Parte de la información ha sido ya recogida en este primer esfuerzo de levantamiento de datos, además de que se dispone de las herramientas electrónicas para su procesamiento y del personal capacitado. De esta forma, valdría la pena completar la investigación, a fin de poder realizar un análisis completo y poder diseñar mejor los

instrumentos para los estudios de caso que se vayan a realizar en otros países. Al mismo tiempo, con esto se podría contribuir a los esfuerzos que está realizando la SESPAS para transparentar las FESP en su presupuesto.

En esta segunda fase del piloto, se sugiere realizar talleres de trabajo con todas las dependencias participantes en la investigación, a fin de analizar los resultados y obtener de ellas retroalimentación. La información serviría a las dependencias para la elaboración de sus planes de acción para el fortalecimiento de las FESP y su inclusión en el presupuesto del próximo año 2003.

Estudios de caso en otros países

Se recomienda que, además de concluir el piloto de la República Dominicana, se realicen como mínimo, tres estudios de caso en países distintos, en los cuales se apliquen los lineamientos que aquí se proponen. No está de más insistir en la importancia de que estos estudios cuenten con todo el respaldo de los ministerios de salud de los países escogidos, a fin de que éstos asuman la actividad como propia y den el tiempo necesario a su personal. Asimismo, que se destine suficiente tiempo al proceso de consolidación de estos grupos y de capacitación. El resultado de los trabajos supera con creces la labor de investigación, pues viene a constituirse en un proceso de fortalecimiento institucional, que deberá servir para mejorar el desempeño de las FESP en los países y para transparentar los recursos en las cuentas presupuestarias.

Previo a la realización de estos estudios, se deberá sistematizar la metodología probada en la República Dominicana, preparar guías de capacitación para los investigadores, seleccionar los equipos nacionales y darles el entrenamiento. En la selección de los países donde se harán los estudios de caso, deberá buscarse que sean diferentes en cuanto a su organización institucional. Sería importante escoger al menos un país grande, de organización federal, como Argentina, Brasil o México. Un segundo país podría ser cualquiera de Centro o Sudamérica y un tercero podría ser del Caribe de habla inglesa. Esto permitirá evaluar la complejidad del trabajo, identificar los problemas en el terreno, ver cuáles son las dificultades y los obstáculos y buscar las soluciones para los mismos. Es preciso reiterar que la metodología, alcance y complejidad de los estudios de caso va a variar, dependiendo de las características específicas de cada país y de la información disponible.

Es importante tener en cuenta, en el desarrollo del trabajo, que el contenido de las acciones que pueden ser incluidas en cada una de las FESP, puede variar mucho en cada país, dado el nivel de desarrollo y las características particulares del mismo. Puede haber un grado importante de subjetividad en este sentido, que dificulte la adopción de

una metodología uniforme a la hora de calcular los gastos, ya sean éstos actuales o ideales. A medida que se vayan realizando estos estudios, se podrá homogeneizar la práctica de la salud pública en la región latinoamericana.

De la aplicación del estudio en varios países, se obtendrán enseñanzas sobre el alcance, los procedimientos y la presentación de los resultados. Por esta razón, la metodología para estimar el gasto y financiamiento en las FESP, no estará terminada hasta que dicho proceso no haya concluido.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO RECONOCIMIENTOS

I. INTRODUCCION

- 1.1 Antecedentes**
- 1.2 Definición operacional de las FESP**
- 1.3 Objetivos del informe**
- 1.4 Contenido**
- 1.5 Resultados esperados**

II. GASTO EN SALUD EN LA REPUBLICA DOMINICANA

- 2.1 Las cuentas nacionales de salud**
 - 2.1.1 Estimación del gasto público en salud**
 - 2.1.2 Fuentes de financiamiento**
 - 2.1.3 Gasto público en salud por función**
- 2.2 Análisis del presupuesto de la SESPAS**
 - 2.2.1 Presupuesto aprobado y ejecutado**
 - 2.2.2 Evolución del presupuesto por programas**
- 2.3 El reto de la separación de las funciones**
 - 2.3.1 ¿Cómo operacionalizar la función de rectoría?**
 - 2.3.2 Nuevas tendencias en la estructura programática**

III. GASTO Y FINANCIAMIENTO EN FESP EN LA RD

- 3.1 Aspectos metodológicos**
 - 3.1.1 Diseño de instrumentos**
 - 3.1.2 Trabajo de campo**
 - 3.1.3 Procesamiento de los datos**

- 3.2 Resultados FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud**
 - 3.2.1 Evaluación del desempeño**
 - 3.2.2 Organización institucional de la FESP 1**
 - 3.2.3 Estimación de gasto y financiamiento en FESP 1**

- 3.3 Resultados FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública**
 - 3.3.1 Evaluación del desempeño**
 - 3.3.2 Organización institucional**
 - 3.3.3 Estimación de gasto y financiamiento en FESP 2**

- 3.4 Resultados FESP 9: Garantía de calidad de los servicios de salud, individuales y colectivos**
 - 3.4.1 Evaluación del desempeño**
 - 3.4.2 Organización institucional**
 - 3.4.3 Estimación de gasto y financiamiento en FESP 9**

- 3.5 Recursos externos canalizados a las FESP**

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 4.1 Conclusiones**
 - 4.1.1 Las Cuentas Nacionales de Salud**
 - 4.1.2 Evolución de la clasificación presupuestaria**
 - 4.1.3 Operacionalizar la función de rectoría**
 - 4.1.4 Metodología**

- 4.2 Recomendaciones**
 - 4.2.1 Las Cuentas Nacionales de Salud**
 - 4.2.2 Sobre la metodología**
 - 4.2.3 Extensión del estudio piloto en RD**
 - 4.2.4 Estudios de caso en otros países**

BIBLIOGRAFIA

SIGLAS

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS

RECONOCIMIENTOS

En la realización de este trabajo intervino un amplio grupo de personas, sin cuyo esfuerzo el mismo no hubiera sido posible. Dayana Lora, de la Fundación Plenitud, fue la asistente principal de la investigación, participó en el proceso de recolección de los datos y fue la responsable de su procesamiento y análisis. Carlos Roa, de la Fundación Plenitud, contribuyó sustancialmente en la recolección de las informaciones. José Selig, de la SESPAS, participó en el entrenamiento, la asistencia técnica a las dependencias y contribuyó en la descripción institucional. Elizabeth Gómez revisó los formularios llenos y participó también en el análisis institucional.

El apoyo de la representación de la OPS en la República Dominicana fue clave para lograr la convocatoria, además de brindar su asesoría técnica sobre el contenido de las FESP. Específicamente, es preciso mencionar a la representante, Socorro Gross, y a Rigoberto Centeno, Selma Zapata y Celia Riera.

El equipo investigador recibió gran apoyo de las autoridades de la SESPAS, particularmente de José Colón, Subsecretario de Estado de Planificación. En anexo se presentan los nombres e instituciones de todos los participantes en el estudio, sin cuyo interés y dedicación este trabajo no hubiera podido ser realizado.

ESTIMACIÓN DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP): UN ESTUDIO PILOTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Informe Final

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El Banco Mundial acaba de lanzar una estrategia para el fortalecimiento de la salud pública en todos los países donde la entidad realiza operaciones. Particularmente, después de la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas de septiembre del 2000 -- donde se reafirmó el compromiso a favor del desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza -- la institución se ha comprometido con esas metas, dentro de las cuales se halla la elevación de los niveles de salud de la población mundial. La reducción de la mortalidad infantil y materna, y la lucha contra las enfermedades transmisibles – tres de las ocho metas para el nuevo milenio – hablan de la importancia de fortalecer la salud pública, como forma de lograr el cumplimiento de los objetivos.

El documento “La salud pública y las operaciones del Banco Mundial”¹ es parte de una serie de informes e instrumentos destinados a guiar las operaciones del Banco. Su propósito es promover la comprensión común de la salud pública dentro del Banco, definirla mejor en su contexto operativo e identificar cómo el enfoque de salud pública puede ayudar a que la institución cumpla sus metas y objetivos. Siguiendo a la Asociación Americana para la Salud Pública, reconoce seis principios que resumen la teoría y la práctica contemporánea de la salud pública, a saber: énfasis en la responsabilidad colectiva por la salud y rol fundamental del Estado en la protección y promoción de la salud de la población; enfoque en toda la población; énfasis en la prevención, especialmente la estrategia de atención primaria; preocupación por los

¹ Este documento, publicado en marzo de 2002, corresponde al departamento de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, y sus autores son Mariam Claeson, A. Edward Elmendorf, Daniel S. Millar y Philip Musgrove.

determinantes socioeconómicos de la salud y la enfermedad, así como los factores de riesgo; base multidisciplinaria, que incorpora métodos cuantitativos y cualitativos; relación de sociedad con las poblaciones servidas.

El Banco Mundial tiene un papel importante que jugar en el tema de la salud pública, tanto a nivel de los países como globalmente. En el documento citado que plantea su estrategia, se resumen sus opciones a nivel de los países en las siguientes áreas:

- Dar prioridad a la salud pública en el diálogo político y en los préstamos.
- Evaluar el desempeño de las funciones de salud pública.
- Incorporar las funciones de salud pública en los Informes Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (PRSP) y en los Estudios de Evaluación de País (CAS).
- Diseñar soluciones e inversiones adecuadas al nivel de desarrollo.

En lo concerniente al rol global del Banco, son sus líneas de acción estratégica:

- Diseminar conocimientos sobre salud pública y funciones de salud pública.
- Conducir investigaciones y análisis relacionados con las funciones de salud pública.
- Involucrarse selectivamente en iniciativas globales de salud

En resumen, la estrategia de salud pública del Banco Mundial reconoce que esta disciplina evoluciona rápidamente al comenzar el nuevo milenio, con temas novedosos, como los aspectos relacionados con la salud producto de la globalización, la salud pública en las sociedades post-conflictos, bienes globales de salud pública y enfermedades re-emergentes. En este sentido, se plantea que la perspectiva de la salud pública debe ser infundida a todo el trabajo de la institución.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha la iniciativa “La salud pública en las Américas”, la cual tiene el propósito de fortalecer la rectoría de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las políticas y la implementación de sus funciones en materia de salud pública. Mediante estos esfuerzos, se pretende llenar un vacío en los procesos de reforma del sector salud a que están abocados la mayoría de los países, puesto que en ellos el tema de la salud pública ha sido el gran ausente. Sin embargo, se ha hecho evidente que una gran proporción de los problemas de salud de los países en desarrollo, sólo puede ser enfrentada con acciones propias de la salud pública.

Para llenar este vacío — y tomando como base trabajos previos de la Organización Mundial de la Salud y de otras instituciones — la OPS ha definido, mediante un proceso participativo a nivel continental, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En una fase posterior, después de definir una metodología para la medición del desempeño de los países en la ejecución de las FESP, la OPS llevó a cabo un amplio proceso de aplicación de los instrumentos para medir dicho desempeño, el cual se encuentra en la fase final de análisis de los resultados.

A fin de completar este trabajo iniciado sobre la medición del desempeño de las FESP, el Banco Mundial y la OPS se abocaron a desarrollar conjuntamente, una metodología que permita a los países identificar el monto de los recursos que asignan actualmente para llevar a cabo las FESP, tomando como marco de referencia la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Al mismo tiempo, dados los estándares ya identificados para el buen cumplimiento de dichas funciones en sentido general, se requiere desarrollar un marco conceptual que permita a los países costear la implementación futura, sobre todo de aquellas funciones cuyo desempeño ha resultado pobre en el proceso de evaluación.

Un primer producto de esta Iniciativa Conjunta es el documento *“Estimación de gasto y financiamiento en FESP: Un marco de referencia”*, finalizado por esta consultora durante el mes de mayo del 2002². En dicho informe se revisa la literatura relacionada con las FESP, incluyendo los estudios que se vienen realizando en los Estados Unidos para medir el gasto en las funciones esenciales, y se trazan las pautas metodológicas para la estimación, así como el diseño de los instrumentos para la recolección de las informaciones. Este documento constituye la base para el estudio piloto que aquí se presenta, tal como se verá más adelante.

1.2 Definición operacional de las FESP

La OPS, conjuntamente con los gobiernos de los países de las Américas, ha definido once funciones esenciales de salud pública, en un proceso ampliamente participativo que llevó varios años. Estas son las siguientes:

- FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud
- FESP 2: Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.

² Rathe, Magdalena, **Estimación del gasto y financiamiento en las funciones esenciales de salud pública: un marco de referencia**, Informe final de consultoría presentado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, DC, Mayo de 2002.

- FESP 3: Promoción de la salud
- FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud
- FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9: Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos.
- FESP 10: Investigación en salud pública.
- FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El Banco Mundial, por su parte, en la búsqueda de una definición operacional de la salud pública, aceptó las once funciones esenciales definidas por la Organización Panamericana de la Salud, pero agrupándolas en cinco categorías:

- Desarrollo de políticas.
- Producción y diseminación de evidencia para las políticas, estrategia y acciones de salud pública.
- Prevención y control de enfermedades.
- Acciones intersectoriales para el mejoramiento de la salud.
- Desarrollo de recursos humanos y fortalecimiento institucional.

La Estrategia del Banco Mundial para la Salud Pública, justifica el análisis de esta disciplina en términos de funciones en adición a las actividades específicas u objetivos finales. Esto se basa en la realidad de que la salud pública describe un espectro de competencias fundamentales de los sistemas de salud que no pueden ser dejados al mercado y que constituyen parte de la función de rectoría. Las funciones de salud pública se necesitan para cumplir con las tareas de asegurar el acceso, calidad y el empoderamiento de los ciudadanos en la salud, a través del monitoreo de la situación de salud, la vigilancia, regulación, evaluación, movilización social, control y prevención de enfermedades y desarrollo de la fuerza de trabajo. Dado que la mayoría de estas actividades pueden clasificarse como bienes públicos, la intervención estatal en éstas tiene que ser mayor que en la atención clínica, si bien ambas áreas forman un continuo más que una dicotomía. La función de rectoría implica una visión de largo plazo y un sentido de responsabilidad, no sólo por los resultados globales de salud de la población actual, sino también de las generaciones futuras.

A continuación se muestra cómo agrupa el Banco Mundial las funciones esenciales en cinco categorías, las cuales incluyen las once FESP desarrolladas por la OPS. Las que están marcadas con asterisco se corresponden con las de OPS.

Desarrollo de Políticas:

Regulación y reforzamiento de la salud pública.*

Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios esenciales de salud.*

Aseguramiento de la calidad de los servicios de salud personal y poblacional.*

Formulación y planeamiento de políticas.

Financiamiento y manejo de los servicios de salud

 Políticas farmacéuticas, regulaciones y puesta en marcha.

Recolección de evidencia para la formulación de políticas de salud, estrategias y acciones:

Monitoreo y análisis de la situación de la salud.*

Investigación, desarrollo e implementación de soluciones creativas a los problemas de salud.*

Provisión de información a los consumidores, productores, creadores de políticas y financistas.

Sistemas de manejo e información de la salud. Investigación y evaluación.

Prevención y control de enfermedades:

Control de riesgos y daños a la salud pública.*

 Manejo de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Promoción de la salud.*

 Cambio en el comportamiento en cuanto a la prevención y control de enfermedades.

 Participación ciudadana.*

Reducir el impacto a la salud que ocasionado por las emergencias y los desastres. *

Acción intersectorial por una mejor salud

Control del medio ambiente y de la salud, incluyendo seguridad en las carreteras, contaminación ambiental, control de infraestructura, higiene y agua.

Manejo de desperdicios médicos; Legislación de Tabaco, Educación de la salud en las escuelas.

Desarrollo de los recursos humanos y de su capacidad para contribuir en la salud pública.

Desarrollo de políticas, planes y capacidad gerencial.*

Desarrollo de los recursos humanos y entrenamientos.*

Construcción de la capacidad comunitaria.

En términos operativos, pareciera conveniente agrupar las FESP en un número menor de categorías. De cualquier modo, está pendiente aclarar mejor y consensuar internacionalmente el contenido de éstas y su traducción en actividades presupuestables, tanto para medir el gasto y el financiamiento, como para formular planes de acción.

1.3 Objetivos del informe

El propósito de este trabajo es presentar los resultados de la realización de un estudio piloto para probar la propuesta presentada en el informe *“Estimación de gasto y financiamiento en FESP: un marco de referencia”*. El estudio se realizó en la República Dominicana para estimar el gasto y financiamiento en las siguientes funciones:

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.

FESP 9: Garantía de calidad de los servicios individuales y colectivos.

En vista de que, al realizar la información de campo se evidenció que las instituciones que desarrollaban la función 2 eran las mismas que efectuaban la FESP 1, se decidió incluirla también, a saber:

FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud

La experiencia en la realización de este estudio piloto resulta en un conjunto de conclusiones y recomendaciones para mejorar la metodología, con vista a la realización futura de estudios de caso para estimar gasto y financiamiento en las FESP en otros países.

1.4 Contenido

El informe comienza con un análisis de los recursos movilizados por el sector salud en la República Dominicana en los últimos años, principalmente por el sector público, en base a las Cuentas Nacionales de Salud, las cuales existen hasta el año 1999. Para fines de este trabajo, se estimó el gasto nacional en salud del sector público para los años 2000 y 2001. También se analiza el gasto de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el ministerio de salud en la República Dominicana, sobre todo en lo que concierne a la diferencia entre sus gastos en programas de salud pública y servicios a diferentes niveles de atención. Asimismo, se reflexiona sobre los retos de la práctica de la salud pública, sobre todo en momentos como el actual, cuando se está en proceso de implementación una reforma sectorial que consagra la separación de funciones – asignando la rectoría al ministerio, que gradualmente se irá desprendiendo de la provisión. En este sentido, se considera que el estudio del gasto y financiamiento en las FESP contribuirá a hacer operativa la función de rectoría y a asegurar la asignación de los fondos necesarios para la práctica de la salud pública.

El siguiente capítulo contiene los resultados del levantamiento de datos sobre las tres FESP objeto de estudio. Se inicia con una descripción de la metodología utilizada, los instrumentos aplicados, las fuentes de información requeridas y el procesamiento de los datos. A continuación se presenta la organización institucional para llevar a cabo cada una de las tres FESP objeto de estudio, incluyendo los resultados de la evaluación del desempeño y la estimación del gasto y financiamiento.

Finalmente, se comentan las lecciones aprendidas en el curso de la investigación y se ofrecen recomendaciones para la implementación de los futuros estudios de caso a ser realizados en varios países.

En el Anexo II se muestran los cuadros que fueron el resultado del procesamiento de los datos, incluyendo ejemplos de los instrumentos completados por dos de las instituciones entrevistadas.

1.5 Resultados Esperados

Se espera que los resultados de la presente iniciativa tengan importantes usos para fines del desarrollo de las políticas y la práctica de la salud pública a nivel regional, y contribuyan también a estos mismos fines en el resto del mundo. Algunos de sus posibles beneficios se resumen a continuación:

- Mejorar la capacidad de asignación de los recursos, tanto corrientes como de inversión, en las funciones esenciales de salud pública y, consecuentemente, hacer más eficiente el gasto público.
- Mejorar el conocimiento sobre la forma en que se lleva a cabo la ejecución de las FESP y sobre la manera en que los países pueden irse aproximando al estándar.
- Contribuir al mejoramiento de la infraestructura de salud pública y al desempeño en las FESP.
- Mejorar la calidad de los sistemas de salud en su conjunto, al elevar la capacidad normativa de la autoridad sanitaria y su desempeño.
- Transparentar la asignación de recursos en las FESP en las estadísticas presupuestarias y, consecuentemente, en las Cuentas Nacionales de Salud.

II. GASTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

2.1 Las Cuentas Nacionales de Salud

El análisis de las CNS constituye una primera aproximación al estudio del tema del gasto y financiamiento de las FESP, porque nos va a dar información sobre el monto global de los recursos que asigna un país al sector salud, las fuentes de dónde obtiene estos fondos y los usos de los mismos, agrupados tanto por proveedores como según una clasificación funcional.

Dentro de esta última es que cabría la posibilidad de analizar el gasto que se realiza en las FESP, las cuales estarían ubicadas en las siguientes partidas de la clasificación del Manual de Cuentas de Salud de la OECD:³

Cuadro 1
Partidas del manual de OECD donde se clasificarían las FESP

HC.6	Servicios de prevención y salud pública
HC.6.1	Salud materno infantil, planificación familiar y consejería
HC.6.2	Servicios de salud escolar
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC.6.5	Salud ocupacional
HC.6.9	Otros servicios de salud pública misceláneos
HC.7	Administración de salud y seguros de salud
HC.7.1	Administración gubernamental general de salud
HC.7.2	Administración de salud y seguros de salud privados
HC.R	Funciones relacionadas con la salud
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de salud
HC.R.2	Educación y adiestramiento de personal de salud
HC.R.3	Investigación y desarrollo en salud
HC.R.4	Control de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.6	Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida de personas enfermas o con discapacidad
HC.R.7	Administración y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo

³ Ver el estudio *Estimación de gasto y financiamiento en FESP: un marco metodológico*, para una discusión más detallada sobre las clasificaciones del Manual de OECD.

Hasta la fecha, las CNS de la República Dominicana no se han acogido a la clasificación de la OECD, que hoy constituye el estándar internacional, razón por la cual este análisis se ve limitado. No obstante, es importante tenerlo en cuenta para futuras revisiones y para los estudios que se realicen en otros países.

En adición al problema metodológico, en la República Dominicana sólo se realizaron CNS completas, incluyendo gastos públicos y privados, en el año 1996.⁴ Las cifras correspondientes a los años de 1997 a 1999, fueron producidas por el Banco Central, limitándose al sector público. Para fines de este trabajo, se ha intentado estimar el gasto público en salud para los años 2000 y 2001, pero sin elaborar las matrices de fuentes y usos de fondos, lo cual caería fuera del alcance del mismo.

2.1.1 Estimación del gasto público en salud

El cuadro a continuación muestra una serie del gasto público en salud para el período 1996 – 2001, por agente financiero público.

Cuadro 2
Gasto público en salud por agente financiero, 1996 – 2001
(Millones de RD\$ corrientes y % del total)

	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
AGENTES FINANCIEROS		%		%		%		%		%		%
TOTAL	3,190.8	100.0%	4,160.9	100.0%	5,023.4	100.0%	5,969.4	100.0%	7,635.1	100.0%	8,051.6	100.0%
SESPAS	1,907.40	59.8%	2,491.90	59.9%	3,372.20	67.1%	4,084.40	68.4%	5,166.96	67.7%	5,249.00	65.2%
PRESIDENCIA	165.60	5.2%	197.50	4.7%	154.80	3.1%	267.50	4.5%	329.03	4.3%	404.70	5.0%
FF.AA.	78.20	2.5%	114.80	2.8%	141.50	2.8%	195.00	3.3%	265.20	3.5%	360.67	4.5%
OTROS MINISTERIOS	130.90	4.1%	150.30	3.6%	168.60	3.4%	175.10	2.9%	192.61	2.5%	211.87	2.6%
IDSS	814.40	25.5%	1,082.00	26.0%	1,047.10	20.8%	1,086.60	18.2%	1,486.35	19.5%	1,594.23	19.8%
CRD	7.90	0.2%	13.90	0.3%	15.00	0.3%	22.40	0.4%	22.11	0.3%	30.29	0.4%
UASD	2.10	0.1%	1.50	0.0%	2.80	0.1%	2.60	0.0%	2.89	0.0%	3.38	0.0%
CONAPOFA	8.10	0.3%	9.70	0.2%	10.20	0.2%	10.10	0.2%	14.94	0.2%	15.72	0.2%
SNEM	10.10	0.3%	13.60	0.3%	14.00	0.3%	14.80	0.2%	23.07	0.3%	24.69	0.3%
EMP. FIN. PUBLICA	66.10	2.1%	85.70	2.1%	97.20	1.9%	110.90	1.9%	131.97	1.7%	157.05	2.0%

FUENTE: Elaborado en base a las Cuentas Nacionales de Salud del Banco Central y la Ejecución Presupuestaria de ONAPRES, años 2000 y 20001.

⁴ La autora de este trabajo coordinó el levantamiento de datos del sector privado y la preparación del informe final. Un análisis de estas cifras puede verse en *Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana*, Macro International, (2000).

Notas: La estimación de los años 2000 y 2001, para SESPAS y el IDSS, cuyo gasto constituye el 85% del total de los fondos públicos, se realizó en base a los datos publicados en los Informes de Ejecución Presupuestaria. Se supuso que la proporción del gasto en salud según la definición de CNS, con relación a la ejecución, es equivalente al promedio anual 1997-1999. En el caso de los demás agentes financieros se estimó en función del crecimiento anual promedio 1997-1999.

El gasto público agregado representa un 2.2% del PIB del año 2001, lo que significa una proporción bastante mayor que la del año 1996, que fue de 1.5%. Sin embargo, resulta baja todavía para los estándares internacionales. Si suponemos que en este año la proporción público / privada es similar a la correspondiente al año 1996, tendríamos que el gasto nacional en salud ascendería a RD\$ 30,968 millones, representando un 8.6 % del PIB.⁵

El gasto correspondiente al ministerio – la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, SESPAS – constituye alrededor de un 65% del gasto público total en el sector salud. En el año 2001, los gastos de la SESPAS representaron el 9% del gobierno central.

El otro agente financiero de importancia es el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), con un 20%. Entre estas instituciones, el grueso de los recursos que se destinan a las FESP son desembolsados básicamente por la SESPAS.

Cuadro 3
Gasto público en salud por agente financiero, 1996 – 2001
(Millones de RD\$ constantes de 1999)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Tasa de crecimiento prom.
TOTAL INSTITUCIONES	37.09	44.63	49.97	56.50	66.28	66.96	10.4%
SESPAS	22.17	26.73	33.54	38.66	44.86	43.65	12.0%
PRESIDENCIA	1.92	2.12	1.54	2.53	2.86	3.37	9.8%
FF.AA.	0.91	1.23	1.41	1.85	2.30	3.00	22.0%
OTROS MINISTERIOS	1.52	1.61	1.68	1.66	1.67	1.76	2.5%
IDSS	9.47	11.60	10.42	10.28	12.90	13.26	5.8%
CRD	0.09	0.15	0.15	0.21	0.19	0.25	18.3%
UASD	0.02	0.02	0.03	0.02	0.03	0.03	2.4%
CONAPOFA	0.09	0.10	0.10	0.10	0.13	0.13	5.6%
SNEM	0.12	0.15	0.14	0.14	0.20	0.21	9.8%
EMP. FIN. PUBLICA	0.77	0.92	0.97	1.05	1.15	1.31	9.2%

FUENTE: Elaborado en base a datos del Banco Central y ONAPRES.

⁵ Actualmente esté en proceso de levantamiento de datos una nueva encuesta, la ENDESA 2002, que permitirá medir el gasto familiar en salud para el presente año.

El cuadro 3 muestra la evolución real del gasto en salud por agente financiero, a precios constantes del año 1999. Puede observarse que tuvo un crecimiento real del 10.4%, superando ampliamente el crecimiento del PIB en ese período, que ascendió al 5.5%. Inclusive los recursos de la SESPAS, que tienen una gran ponderación sobre el total, crecieron más aún, al 12% promedio anual.

2.1.2 Fuentes de financiamiento

El siguiente cuadro muestra las fuentes de financiamiento del sector público para el período 1996 al 1999.

Como se observa, el 68% de los recursos que maneja el sector público en salud, provienen de fuentes públicas, el 28% de fuentes privadas y tan sólo el 4%, del resto del mundo. Las fuentes privadas se refieren aquí a los aportes a la seguridad social, básicamente, las cotizaciones al seguro social. No hay información para estimar los pagos que reciben los servicios públicos por concepto de cuotas de recuperación. En cuanto al resto del mundo, el cuadro deja entrever la poca utilización que había realizado el gobierno hasta esa fecha, de los recursos ya aprobados de financiamiento por parte del BID, del Banco Mundial y de otras fuentes financieras.

Cuadro 4
Fuentes de financiamiento del gasto público en salud, 1996-1999
(Millones de RD\$ corrientes y %)

	1996		1997		1998		1999	
	RD\$	%	RD\$	%	RD\$	%	RD\$	%
TOTAL	3,190.2	100%	4,160.8	100%	5,023.6	100%	5,969.4	100%
FUENTES PUBLICAS	1,917.10	60.1%	2,701.60	64.9%	3,341.00	66.5%	4,060.00	68.0%
TESORERIA	1,586.00	49.7%	2,273.60	54.6%	2,898.60	57.7%	3,578.40	59.9%
SESPAS	21.10	0.7%	28.20	0.7%	76.70	1.5%	123.50	2.1%
PRESIDENCIA	151.50	4.7%	215.20	5.2%	161.90	3.2%	151.70	2.5%
OTROS MINISTERIOS	84.00	2.6%	84.00	2.0%	98.50	2.0%	98.40	1.6%
MUNICIPIOS	0.00	0.0%	0.70	0.0%	0.80	0.0%	0.50	0.0%
EMP. NO FINANCIERAS	8.40	0.3%	17.40	0.4%	10.40	0.2%	0.00	0.0%
EMP. FINANCIERAS	66.10	2.1%	82.50	2.0%	94.10	1.9%	107.50	1.8%
FUENTES PRIVADAS	1,072.80	33.6%	1,422.90	34.2%	1,519.30	30.2%	1,641.10	27.5%
EMPRESAS NO FINANCIERAS	588.80	18.5%	750.50	18.0%	726.10	14.5%	732.00	12.3%
HOGARES	484.00	15.2%	672.40	16.2%	793.20	15.8%	909.10	15.2%
RESTO DEL MUNDO	200.30	6.3%	36.30	0.9%	163.30	3.3%	268.30	4.5%

FUENTE: Banco Central, Cuentas Nacionales de Salud, junio de 2001.

2.1.3 Gasto público en salud por función

El siguiente cuadro muestra las CNS del sector público, organizadas por función, para los años de 1996 a 1999.

Puede observarse que el gasto en promoción y atención preventiva sólo recibe alrededor del 1% del total que asigna a salud el sector público. Este es un dato sorprendente, que debiera llamar la atención de las autoridades sanitarias. Hay aquí un problema que tiene que ver, en parte, con las prioridades en la asignación de los recursos, pero en parte, también, con problemas de falta de información y de clasificación presupuestaria.

Una explicación pudiera ser que ciertos servicios primarios se están ofreciendo en los hospitales públicos y que la contabilidad no discrimina el gasto por niveles de atención dentro de los hospitales públicos. Esa práctica puede llevar a errores de clasificación en las CNS, como es probablemente el caso en la República Dominicana.

Cuadro 5
Gasto público en salud por función, 1996 –1999
(Millones de RD\$ y %)

	1996		1997		1998		1999	
	RD\$	%	RD\$	%	RD\$	%	RD\$	%
TOTAL	3,190.9	100%	4,160.8	100%	5,023.6	100%	5,969.4	100%
PROMOCION Y ATENCION PREVENTIVA	40.1	1.3%	39.0	0.9%	66.2	1.3%	60.2	1.0%
ATENCION CURATIVA	1,547.2	48.5%	2,211.3	53.1%	2,499.0	49.7%	2,608.4	43.7%
INVESTIGACION Y FORMACION DE RR.HH.	4.5	0.1%	5.6	0.1%	8.4	0.2%	57.1	1.0%
REGULACION	386.6	12.1%	555.8	13.4%	876.4	17.4%	926.4	15.5%
PRODUCCION Y COMPRA DE INSUMOS MEDICOS	891.1	27.9%	898.3	21.6%	990.6	19.7%	1,252.9	21.0%
ADMINISTRACION	305.9	9.6%	429.6	10.3%	541.2	10.8%	841.4	14.1%
EDIFICACIONES	15.5	0.5%	21.2	0.5%	41.8	0.8%	223.0	3.7%

FUENTE: Banco Central, Cuentas Nacionales de Salud, junio de 2001.

Las partidas que probablemente incluirían a las FESP serían las siguientes:

- Promoción y atención preventiva
- Investigación y formación de recursos humanos
- Regulación
- Administración

Estas hacen un total de RD\$1,885.1 millones para el año 1999, equivalentes al 31.6% del gasto en salud del sector público. Este sería el “techo” para las FESP de ese año y

constituirían la primera aproximación. En los países que estuvieran ya aplicando los nuevos avances metodológicos en la producción de las CNS, que no es el caso dominicano, podría disponerse de información más completa y detallada, aún con las limitaciones relacionadas con la clasificación funcional de la OECD, en lo que concierne a las actividades de salud pública.

2.2 Análisis del presupuesto de la SESPAS

En este acápite se analiza la evolución y composición del presupuesto de la SESPAS por programas. Es preciso aclarar que estas cifras no coinciden con las correspondientes a las CNS, ya que en la elaboración de estas últimas se eliminan partidas que no se ajustan a la definición de gasto en salud, por ejemplo, agua potable y asistencia social. Además del análisis del monto de los recursos asignados a los programas en el período 1996 – 2001, interesa observar la clasificación por programas, subprogramas y actividades, pues es lo que nos puede permitir identificar los recursos asignados a las FESP.

2.2.1 Presupuesto aprobado y ejecutado

Salvo el año 1999, cuando se ejecutó la casi totalidad de los recursos asignados a la SESPAS, es notoria la diferencia entre los montos aprobados por el Congreso Nacional en forma de una Ley de Gasto Público, y los que finalmente se ejecutan. El monto más bajo de la serie que se muestra en el cuadro a continuación, corresponde a los años 1995 y 1996, cuando sólo se ejecutó el 41% de lo aprobado. Las grandes deficiencias en la ejecución hacen muy difícil la planificación sectorial.

Cuadro 6
Presupuesto aprobado y ejecutado por la SESPAS, 1993-2001
(Millones de RD\$ y %)

Años	Aprobado	Ejecutado	%
1992	1,256	806	64.2
1993	2,503	1,145	45.7
1994	3,027	1,401	46.3
1995	3,244	1,347	41.5
1996	3,681	1,514	41.1
1997	3,681	1,819	49.4
1998	4,318	2,896	67.1
1999	4,736	4,664	98.5
2000	7,160	5,586	78.0
2001	6,757	6,128	90.7

FUENTE: Presupuesto de la SESPAS, 2002.

2.2.2 Evolución del presupuesto por programas

El cuadro que sigue muestra la forma en que ha evolucionado el presupuesto de la SESPAS, por programas, desde el año 1996 hasta el 2001. En el Anexo IV se muestra esta información con mayor detalle.

Cuadro 7
Evolución del gasto de la SESPAS por programas, 1996-2001
(Millones de RD\$ y %)

PROGRAMAS	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Administración Superior	113	160	227	680	519	304
Coord. Normas y Cont. Progs.Salud	375	457	890	940	1,375	1,596
Servicios operativos	902	1,400	1,573	1,655	2,369	2,612
Servicios sociales	104	197	129	135	183	254
Financiamiento a instituciones	122	246	725	1,253	1,493	1,990
TOTALES	1,615	2,459	3,544	4,664	5,939	6,757
Administración Superior	7.0	6.5	6.4	14.6	8.7	4.5
Coord. Normas y Cont. Progs.Salud	23.2	18.6	25.1	20.2	23.1	23.6
Servicios operativos	55.8	56.9	44.4	35.5	39.9	38.7
Servicios sociales	6.4	8.0	3.6	2.9	3.1	3.8
Financiamiento a instituciones	7.5	10.0	20.5	26.9	25.1	29.5
TOTALES	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FUENTE: SESPAS, Ejecución Presupuestaria.

Puede observarse que los servicios operativos – que se clasifican luego en primero, segundo y tercer nivel de atención – son los que consumen la mayor cantidad de recursos. Sin embargo, su participación viene reduciéndose, desde un 56% en 1996, hasta un 39% en el 2001, probablemente como producto del incremento en otras partidas, como por ejemplo, el financiamiento a instituciones, que se ha incrementado sustancialmente, pasando de 8% en 1996, al 30% en el 2001. La explicación fundamental de este aumento corresponde a las instituciones que producen y distribuyen el agua potable en el país.

El gasto en las FESP estaría ubicado, básicamente, en los programas administración superior y coordinación de normas y programas de salud, que constituyen alrededor del 30% del presupuesto de la institución.

Cuadro 8
Evolución del gasto de la SESPAS por niveles de atención, 1997-2001
(RD\$ y %)

	1997	1999	2000	2001	Tasa de crec. promedio
Servicios operativos	1,399,967,515	1,654,865,297	2,368,991,603	2,612,165,610	16.9%
Serv. interm. coord. sup. y control	146,379,878	34,496,588	58,488,797	212,127,885	9.7%
Serv. salud primarios	72,463,915	108,066,600	118,941,319	124,261,865	14.4%
Serv. salud secundarios	256,611,886	314,145,095	420,534,188	440,184,860	14.4%
Serv. terciarios	924,511,836	1,198,157,014	1,771,027,299	1,835,591,000	18.7%
Participación porcentual	100.00	100.00	100.00	100.00	
Serv. interm. coord. sup. y control	10.46	2.08	2.47	8.12	
Serv. salud primarios	5.18	6.53	5.02	4.76	
Serv. salud secundarios	18.33	18.98	17.75	16.85	
Serv. terciarios	66.04	72.40	74.76	70.27	

Como se ve en el cuadro anterior, aunque hayan reducido como proporción del total, posiblemente como efecto de altos gastos en agua potable, los servicios operativos crecieron a una tasa del 17% promedio anual en el período de 1997 al 2001. Dentro de ellos, son los servicios terciarios los responsables de la mayor proporción del crecimiento. A esto se agrega que ellos constituyen el 70% del total de gastos por este concepto, mientras que los primarios sólo constituyen el 5%.

Esta realidad, unida a otros indicadores, como los bajos montos que se destinan a los servicios preventivos, mueve a la reflexión de que se hace necesaria una reestructuración del sistema público. Al mismo tiempo, se hace necesario transparentar en las cuentas presupuestarias, los fondos correspondientes a las funciones propias de la rectoría, entre las que se destacan las funciones esenciales de salud pública.

2.3 El reto de la separación de las funciones

2.3.1 ¿Cómo operacionalizar la función de rectoría?

El mundo entero está inmerso en reformas de salud, aunque los objetivos no sean idénticos ni sea igual el alcance, la profundidad y los instrumentos utilizados. Hasta hace muy poco, uno de los objetivos centrales de muchas reformas de salud era el de corregir patrones de gasto y financiamiento, fundamentalmente de los servicios a las personas, para lograr cobertura, equidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

Centrarse en el tema de los servicios individuales de salud tenía su justificación inicial. En efecto, es allí donde está el grueso de los recursos, particularmente en los niveles superiores de atención, cuando los estudios de carga de enfermedad e intervenciones costo efectivas demostraban que era posible obtener mejores resultados de salud, si se invertía en el nivel primario. Entonces, la racionalización de los servicios a las personas constituyó una prioridad desde el punto de vista financiero.

Sin embargo, al centrar la atención exclusivamente en los servicios individuales, se tendió a olvidar una de las funciones más importantes de un sistema de salud: la denominada salud pública, definida como “la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas”.⁶ El quehacer principal de un ministerio de salud es, justamente, velar y promover la salud pública, la salud de toda la población de un país. En esto consiste, fundamentalmente, la función de rectoría, sin cuya buena ejecución, no se puede garantizar la protección de la población más pobre de un país, ni corregir las fallas del mercado, ni asegurar la entrega de los bienes públicos. Entre las principales tareas que corresponde a un ministerio de salud para ejercer la función de rectoría, se hallan las siguientes:

- Liderazgo sectorial
- Regulación sectorial y capacidad de hacerla cumplir
- Funciones esenciales de salud pública
- Prestación de servicios colectivos de salud
- Intervención en el financiamiento, aseguramiento y provisión de los servicios personales, básicamente a través de la regulación y monitoreo para corregir las imperfecciones del mercado de bienes y servicios de salud

En la medida en que las autoridades sanitarias logren traducir estas tareas en claras líneas programáticas, con sus correspondientes actividades y recursos necesarios para llevarlas a cabo, podrán realmente “operacionalizar la función de rectoría”. Para esto se necesita superar la visión estrecha de “lo público” y “lo privado”, y ser capaces de adoptar una visión sectorial, de largo plazo en la formulación de planes y estrategias. Obviamente, se requiere mayor capacidad técnica, mejores sistemas de información y habilidad para analizar ésta y obtener conclusiones válidas para fines de la política nacional de salud. Se necesita contar con suficientes recursos, físicos, humanos y financieros, capaces de producir las regulaciones sectoriales adecuadas, de vigilar su cumplimiento y de monitorear sus efectos en el tiempo.

⁶ OPS

Esto es particularmente importante en la República Dominicana, donde está a punto de entrar en ejecución una nueva Ley de Seguridad Social, que consagra la separación de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento, provisión y supervisión de los servicios de salud. Mediante esta ley, se pretende garantizar un paquete de servicios de salud a la población, que será entregado por administradoras de riesgos de salud, las cuales contratarán a los proveedores. El paquete incluye servicios preventivos y de promoción de la salud, y consagra el médico familiar como puerta de entrada al sistema, con lo cual se intenta fortalecer la atención primaria.

Pero, como es evidente, esto no garantiza la entrega de los servicios colectivos, ni la regulación del sistema, ni la apropiada ejecución de las funciones esenciales de salud pública, que corresponden al ministerio de salud. Es preciso, en consecuencia, asegurar el financiamiento de las actividades propias de la función de rectoría. A menos que esto no quede bien precisado en el presupuesto del año 2003, la SESPAS corre el riesgo de que las tareas fundamentales que corresponden a un ministerio de salud, no puedan realizarse.

Se sabe que la mayoría de los ministerios de salud en Latinoamérica, no han cumplido cabalmente con la función de rectoría. En general, han estado abrumados por la administración directa de los servicios individuales, en especial, de los hospitales públicos. Con la tendencia a la autonomía de estos establecimiento y de la creación de redes integradas de servicios de salud, el ministerio puede comenzar a concentrarse en lo que constituye su rol fundamental. Pero, para ello, tiene que asegurar el financiamiento de éste en el presupuesto de la nación.

2.3.2 Nuevas tendencias en la estructura programática

En la República Dominicana, la SESPAS ha comenzado a reflexionar sobre este particular y a dar los pasos para hacer constar en su presupuesto las distintas actividades que corresponden a la función de rectoría. El cuadro que sigue muestra la evolución de la estructura presupuestaria.

En la columna correspondiente al año 2001, se muestra el presupuesto de la SESPAS tal y como se venía haciendo desde hace muchos años. Las partidas principales son las siguientes:

- Administración superior, con un 4%
- Coordinación de normas y control de programas de salud, con un 24%
- Servicios operativos, con un 39%
- Servicios sociales, con un 4%

- Financiamiento a instituciones, con un 29% del total.

Durante los años 2000 y 2001, la SESPAS se vio envuelta en un proceso de revisión presupuestaria, con el propósito de vincular las tareas de planificación con las del presupuesto, áreas generalmente separadas en muchas instituciones públicas de Latinoamérica. Como resultado de ello se elaboró un manual que incluye la política de salud y las líneas estratégicas de la reforma sectorial, partiendo de las prioridades de salud de la SESPAS, que constituyen la base de la programación y los lineamientos para la asignación de los recursos.⁷ En base a estos lineamientos se formuló el presupuesto del año 2002, que es el que está ahora en ejecución.

La columna correspondiente al año 2002, muestra el nuevo concepto en la elaboración del presupuesto, la cual se aproxima más al esfuerzo concerniente a operacionalizar la función de rectoría. Las partidas más importantes son:

- Actividades centrales, con un 29%
- Servicios de salud a las personas, con 43%
- Control y mejoramiento de las condiciones de salud, con 0.3%
- Asistencia social, con 4%
- Financiamiento a instituciones, con 24%

Las labores correspondientes a las FESP se ubicarían dentro de la partida actividades centrales y control y mejoramiento de las condiciones de salud. Una parte de ellas, sin embargo, se encuentran en “servicios de salud a las personas”, pues allí se ha ubicado todo lo concerniente a promoción de la salud y vigilancia epidemiológica, entre otras. Aunque este ejercicio constituye un gran avance respecto al anterior, todavía se requiere un esfuerzo mayor para transparentar mejor estas acciones dentro del presupuesto.

Un paso adelante lo constituye el presupuesto del año 2003, que está actualmente en proceso de elaboración. La clasificación y porcentajes se muestran en la columna correspondiente. Puede observarse que en esta nueva versión del presupuesto, las FESP se hallan claramente identificadas, aunque todavía no se pueda precisar con exactitud los montos que actualmente se desembolsan en cada una de ellas. Las partidas principales son las siguientes:

- Rectoría y supervisión, con 5%
- Salud colectiva, con 40%

⁷ SESPAS, *Manual para la programación y presupuestación anual*, CERSS – SESPAS, Santo Domingo, (2001).

- Servicios de salud a las personas, con 46%
- Asistencia social, con 9%

Esta manera de presentar el presupuesto nos da claridad sobre lo que tiene que hacer el ministerio, independientemente de que las cifras actuales sean adecuadas o no, lo cual tendría que ser evaluado en otro momento. Pareciera que hay todavía repeticiones y partidas que aparecen en más de un sitio, lo cual también tendrá que ser analizado por las autoridades. Pero no hay dudas de que la Subsecretaría de Planificación de la SESPAS está trabajando en la dirección correcta.

En el componente de rectoría y supervisión, se incluyen expresamente las once FESP. Al concluirse el presente estudio piloto (incluyendo su extensión a todas las FESP), la SESPAS dispondrá de información confiable sobre lo que efectivamente están realizando al respecto las distintas dependencias, el personal humano con que cuentan para realizar las FESP y los recursos nacionales e internacionales que movilizan. En este sentido, pensamos que los resultados de este trabajo van a constituir un insumo importante para la elaboración del presupuesto del año 2003 y para su consolidación futura.

El reto siguiente es que la nueva estructura programática se transfiera al proceso de ejecución presupuestaria, a fin de que no se pierda esta información tan valiosa.

Cuadro 9
Evolución de la clasificación presupuestaria en la República Dominicana

2001		2002		2003	
Denominación		Denominación		Denominación	
Partidas	% del total	Partidas	% del total	Partidas	% del total
Administración Superior	4.5%	Actividades Centrales	28.6%	Rectoría y Supervisión	5.3%
Dirección superior	0.1%	Rectoría, Dir. Y Coord. Intra y Extrasectorial	0.2%	Conducción del Sector	1.1%
Coordinación intra y extra sectorial	0.2%	Planificación Sectorial de la Salud	0.1%	Monitoreo y análisis de la sit. de salud	0.0%
Servicio nacional de salud	0.1%	Gestión Administrativa de la Salud	2.6%	Políticas y planes	0.0%
Desarrollo de los recursos humanos	0.1%	Dirección y Coordinación de los Servicios de Salud	19.8%	Prom. de la participación de los ciudadanos	0.0%
Apoyo administrativo	2.6%	Reg. Vig., Control Diag. e Inv. de la Salud	3.1%	Gestión administrativa financiera	1.0%
Manejo y control de medicinas	0.1%	Capacitación y Adm. de Recursos Humanos	0.1%	Autoridad y Regulación	4.2%
Planificación sectorial, org. y sistemas	1.4%	Proyectos Centrales	1.2%	Garantía de calidad y habilitación	0.0%
Coord. Normas y Cont. Progs.Salud	23.6%	Rehabl.y equip. de la Red Nacional de Serv.	1.4%	Vigilancia	0.1%
Servicios de Salud	7.2%	Rehabl. de la Red Nacional de Servicios	1.1%	Promoción de la salud	0.1%
Dirección de los servicios de salud	1.8%	Equipamiento Red Nacional de Servicios	0.4%	Evaluación de acceso y equidad	0.0%
Serv. apoyo diagnóstico y tratamiento	0.7%	Servicios de Salud a las Personas	43.1%	Desarrollo de recursos humanos	0.1%
Serv. salud a la madre y niño y nutrición	1.8%	Extensión de Cobertura	1.6%	Garantía de calidad	0.1%
Control de enfermedades trans. no trans.	2.0%	Servicios de prom. y prevención de la salud	4.0%	Investigación en salud pública	0.0%
Salud mental	0.2%	Promoción, Educación y Comunicación	0.8%	Reducción en emergencias y desastres	0.0%
Salud bucal	0.7%	Control, Vig. Epidem. E información	0.3%	Regulación y fiscalización en salud pública	0.0%
Atención médica rural	16.3%	Diagnóstico, Acciones Esp. Y Tratamiento	1.3%	Apoyo administrativo financiero	3.8%
Coordinación serv. atención médica rural		Gestión Técnica y Administrativa	1.5%	Salud Colectiva	39.9%
Atención al medio ambiente	0.2%	Serv. de recup. y rehabilitación de la salud	37.5%	Salud colectiva orientada a la pobl.	26.4%
Dir. serv. de prot. al medio amb.	0.1%	Servicios de Hospitalización	8.0%	Promoción, educación e información	0.4%
Sanearamiento y control ambiental	0.0%	Servicios de Consulta Externa	1.2%	Diagnóstico y tratamiento colectivo	0.4%
Servicios operativos	38.7%	Servicios de Emergencias	1.7%	Apoyo administrativo financiero	25.6%
Servicios a la región 0	19.0%	Gestión Técnica y Administrativa	26.6%	Salud colectiva orient. al medio amb.	0.2%
Serv. interm. coord. sup. y control	2.5%	Control y mejoramiento de las condiciones de salud	0.3%	Control, Vigilancia de Riesgos Ambientales	0.0%
Serv. salud primarios	0.6%		0.0%	Control y Vigilancia del Agua	0.1%
Serv. salud secundarios	1.3%	Control, Vigilancia de Riesgos Ambientales	0.2%	Cont. y vig. de excretas, des. aguas resid.	0.0%
Serv. terciarios	14.7%	Control y Vigilancia del Agua	0.0%	Control y Vig. Alimentos y Medicamentos	0.0%
Servicios a la región I	2.6%	Control y Vig. De Excretas, Des. Aguas Resid.	0.0%	Control y Vig. establ. com., ind. y de serv.	0.1%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%	Control y Vig. Alimentos y Medicamentos	0.0%	Partidas no asignables a programas	13.3%
Serv. salud primarios	0.2%		0.0%	Acciones a instituciones públicas	0.0%
Serv. salud secundarios	1.0%	Control y Vig. establ. comerciales, ind. y de serv.	0.0%	Acciones a instituciones privadas	13.3%
Serv. terciarios	1.3%	Asistencia Social	3.7%	Servicios de Salud a las Personas	46.0%
Servicios a la región II	6.4%	Servicios de Bienestar Social	2.5%	Servicios de rehab.y recup. de la salud	30.6%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%	Serv. De Atención al Menor y Anciano	0.0%	Servicios de Hospitalización	9.5%
Serv. salud primarios	0.3%	Serv. De Protección al Menor y Anciano	2.4%	Servicios de Consulta Externa	1.1%
Serv. salud secundarios	1.3%	Otros Servicios de Bienestar Social	0.0%	Servicios de Emergencias	1.5%
Serv. terciarios	4.7%	Servicios de ayuda a las personas	1.2%	Gestión Técnica y Administrativa	18.4%
Servicios a la región III	3.1%	Servicios de Apoyo Económico	0.6%	Apoyo a las func. Esenc.de salud pública	0.0%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%	Servicios de Apoyo en Especie	0.6%	Referimiento	0.0%
Serv. salud primarios	0.2%	Financiamiento a instituciones	24.2%	Servicios de prom. de la salud indiv.	11.0%
Serv. salud secundarios	0.8%	Inst. Nacional Agua Potable y Alcant.	10.1%	Promoción, Educación e Información	0.0%
Serv. terciarios	2.0%	Cruz Roja Dominicana	0.4%	Diagnóstico, Acciones Específicas y Tratamiento	1.1%
Servicios a la región IV	1.7%	Corp. Acued. y Alcant. de Sto. Dgo.	4.3%	Gestión Técnica y Administrativa	7.9%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%	Consejo Nacional de Población y Familia	0.2%	Apoyo a las func. esenc.de salud pública	0.0%
Serv. salud primarios	0.2%	Corp. Acued. y Alcant. de Santiago	0.7%	Referimiento	0.0%
Serv. salud secundarios	0.5%	Instituto Dom. de Seguros Sociales	4.9%	Equipamiento Red Nacional de Servicios	1.9%
Serv. terciarios	0.9%	Corp. Acued. y Alcant. de Moca	0.1%	Fondos no asignados	4.5%
Servicios a la región V	2.3%	Corp. Acued. y Alcant. de La Romana	0.1%	Fondo a instituciones públicas	4.5%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%	Corp. Acued. y Alcant. de Pto. Plata	0.1%	Fondo a instituciones privadas	0.0%
Serv. salud primarios	0.1%	Otras Inst. de Salud y Asistencia Social	3.2%	Asistencia Social	8.8%
Serv. salud secundarios	0.7%			Servicios de Bienestar Social	0.0%
Serv. terciarios	1.4%			Serv. De Atención al Menor y Anciano	0.0%
Servicios a la región VI	2.0%			Operativo médico social	0.0%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%			Servicios de ayuda a las personas	6.1%
Serv. salud primarios	0.2%			Apoyo Económico	4.3%
Serv. salud secundarios	0.4%			Apoyo en Especie	0.9%
Serv. terciarios	1.4%			Gestión técnica administrativa	0.9%
Servicios a la región VII	1.6%			Fondos no asignados	2.7%
Serv. interm. coord. sup. y control	0.1%			Apoyo Económico	2.7%
Serv. salud primarios	0.2%			Fondo a instituciones privadas	0.0%
Serv. salud secundarios	0.5%				
Serv. terciarios	0.8%				
Servicios sociales	3.8%				
Asistencia Social	0.0%				
Bienestar Social	0.7%				
Programas complementarios	0.6%				
Dir. de los servicios al menor y anciano	0.0%				
Protección al menor	0.7%				
Protección a la vejez	1.8%				
Hilados y manufacturas	0.0%				
Financiamiento a instituciones	29.5%				
Inst. Nacional Agua Potable y Alcant.	15.5%				
Cruz Roja Dominicana	0.2%				
Serv. Nacional de Errad.malaria	0.4%				
Corp. Acued. y Alcant. de Sto. Dgo.	4.8%				
Consejo Nacional de Población y Familia	0.2%				
Corp. Acued. y Alcant. de Santiago	0.9%				
Instituto Dom. de Seguros Sociales	5.2%				
Corp. Acued. y Alcant. de Moca	0.2%				
Corp. Acued. y Alcant. de La Romana	0.2%				
Ctro. Inv.Clin. de Enf. Gastrointestinales	0.0%				
Otras Inst. de Salud y Asistencia Social	1.8%				
TOTALES	100%		100%		100%

III. GASTO Y FINANCIAMIENTO EN FESP EN LA RD

3.1 Aspectos metodológicos

Para realizar la estimación de gasto y financiamiento, el estudio propone, de una manera esquemática, realizar las siguientes tareas:

- Identificar la organización institucional para la ejecución de la FESP en cuestión.
- Analizar el presupuesto de cada institución o departamento.
- Separar las tareas que realiza la entidad para cumplir con la FESP, de las otras actividades.
- Estimar el nivel de esfuerzo para llevar a cabo la FESP.
- Identificar las fuentes de financiamiento.
- Agregar los valores y presentar los resultados.

Dichos lineamientos metodológicos preliminares son los que se utilizaron para la realización del estudio piloto en la República Dominicana, uno de cuyos propósitos es que del mismo resulte un conjunto de pautas más coherentes y completas, que sirvan de base a los estudios de caso que se realicen luego en varios países de la región.

El alcance del ejercicio se limita al gasto que realiza la autoridad sanitaria, por lo que la investigación del gasto se limita a los fondos públicos. El financiamiento, por su parte, puede provenir del erario público (a través de diferentes vías o tipos de impuestos), como del sector privado (empresas y hogares) y el resto del mundo (préstamos y donaciones).

No existe un desglose internacionalmente aceptado de las actividades fundamentales que debería incluir cada FESP para cumplir cabalmente con su cometido, por lo cual el trabajo de estimar el gasto y financiamiento en las mismas constituye una tarea de reconstrucción de la forma en que se realiza en la República Dominicana.

3.1.1 Diseño de instrumentos

Se diseñó un conjunto de instrumentos de recolección de datos, que se muestran en detalle en el Anexo I y se describen más abajo. También se diseñaron dos guías de capacitación, lo cual no era parte de este trabajo sino de la fase de preparación de los estudios de caso de otros países. No obstante, se vio la necesidad de capacitar al personal de la SESPAS en el contenido de las FEPS. Estas se muestran en el Anexo II.

Guía de capacitación 1: Información general FESP

El propósito de esta guía es dar a conocer la definición de cada una de las FESP, los indicadores de evaluación del desempeño y los estándares para cada uno. Muchos de los técnicos que tienen que ver con el trabajo de recolección de datos financieros en las entidades del ministerio de salud, no han estado vinculados al proceso de medición del desempeño y, por lo tanto, no están familiarizados con el mismo.

Guía de capacitación 2: Presentación

Se elaboró una presentación que describe los elementos más importantes de la investigación, su utilidad y la metodología desarrollada.

Instrumento 1: Cuestionario para estimar gastos y financiamiento en FESP

Este instrumento tiene el propósito de identificar las tareas que realiza la institución – ya sea que estén relacionadas o no con las FESP – a fin de separar estas últimas. Al mismo tiempo, con el mismo se pretende definir, de la mejor manera posible, las actividades programáticas que la entidad considera como parte de la FESP en cuestión y vincularlas a los indicadores de la evaluación del desempeño.

Instrumento 2: Estimación del nivel de esfuerzo

Con este instrumento se pretende estimar el tiempo que dedica el personal de la entidad a cada una de las FESP. Se parte de una lista del personal, los salarios anuales y el tiempo estimado que dedican a cada FESP, a labores administrativas y a otras tareas distintas de las FESP.

Instrumento 3: Presupuesto por programa según fuentes de financiamiento

En esta hoja de cálculo se detallarán los programas y actividades tal como normalmente se denominan para fines de la preparación del presupuesto de las instituciones, clasificados por fuentes de financiamiento. Se espera obtener esta información directamente de los presupuestos ejecutados o programados de los distintos departamentos. Dentro de los programas se insertará la información relacionada con las FESP que se haya obtenido a partir de la aplicación de los instrumentos anteriores.

Instrumento 4: Presupuesto por programa y objeto del gasto

En este instrumento se presentan los mismos programas y actividades del anterior, con los gastos clasificados según objeto, vale decir, servicios personales, no personales, materiales y suministros y otros.

3.1.2 Trabajo de campo

Actividades principales

- Reuniones con autoridades de la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS), para contar con su apoyo para la realización de la investigación. Algunas reuniones fueron del más alto nivel, incluyendo al propio ministro de salud, el Dr. José Rodríguez Soldevila, con las autoridades de OPS de Washington, particularmente, el Dr. Daniel López Acuña y el Dr. José María Marín. Posteriormente, se realizaron reuniones con el Subsecretario de Planificación, el Lic. José Colón, donde tomó parte activa la representación local de OPS, especialmente la Dra. Socorro Gross y el Dr. Rigoberto Centeno.
- Durante el mes de abril se celebró en Santo Domingo la reunión ministerial de Centroamérica, la República Dominicana, Puerto Rico y Cuba, la RESSCAD. Esta coincidencia permitió divulgar la Iniciativa Conjunta OPS – Banco Mundial para la estimación del gasto y financiamiento en las FESP entre autoridades de la subregión.
- Se realizaron consultas con expertos, para comprender mejor la organización institucional de las FESP y los actores claves.
- En el mes de mayo comenzó el proceso de recolección de la información. Para ello se contó con el apoyo y la convocatoria de la oficina de la OPS en Santo Domingo. Se hicieron dos talleres introductorios, donde se presentó la investigación, su importancia y los instrumentos de recolección de datos. Al primer taller asistieron los directivos de las instituciones o departamentos que realizan las principales tareas relacionadas con las FESP 2 y 9. Al segundo taller estas instituciones invitaron a su personal del área financiera. Se pudo observar que estos últimos funcionarios no tenían conocimiento de las FESP ni del proceso realizado recientemente para la medición del desempeño. En consecuencia, se elaboró la Guía de Capacitación 1, que consiste en una descripción de cada FESP y de los indicadores para la evaluación.

- Después de estos talleres, las instituciones tuvieron un plazo de dos semanas para el llenado de los instrumentos. En ese tiempo podían solicitar asistencia técnica a los consultores. Cada institución requirió varias visitas de asistencia técnica.
- Los plazos originalmente trazados no se cumplieron y el proceso de recopilación de información continuó inclusive durante el mes de julio. Muchos de los formularios llenados tenían problemas y era necesario visitar de nuevo a las instituciones.

Fuentes de los datos

En resumen, las fuentes de información que se utilizaron para la recolección de datos consistieron fundamentalmente en los instrumentos 1, 2, 3, y 4, completados por los técnicos de las instituciones o dependencias contactadas, después de un proceso de discusión a través de reuniones-talleres organizadas para dar a conocer la investigación, su importancia y los instrumentos de recolección de datos a utilizar. Asimismo, se contactaron algunos organismos de cooperación, como la OPS, para poder cruzar las informaciones entregadas por el nivel central de la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) y las distintas dependencias. En los casos en que se requirieron aclaraciones o se encontraron incongruencias, se hicieron visitas y llamadas telefónicas.

En la primera etapa del procesamiento de la información obtenida se revisaron los instrumentos completados y otros documentos entregados, como la ejecución presupuestaria 2001 y la programación presupuestaria del 2002 de cada dependencia. En la mayoría de los casos se consiguió la descripción de la organización institucional, y los programas o actividades, tal como los describe actualmente la SESPAS. En muy pocos casos las dependencias completaron los programas o actividades con las fuentes de financiamiento y la clasificación por objeto de gasto adecuadamente.

Hay un grupo de instituciones de las cuales no se pudo obtener información a través de los instrumentos citados, y se completaron revisando los presupuestos mensuales y anuales más detallados provistos por el área de presupuesto del nivel central de la SESPAS. Otros datos se confirmaron por medio de entrevistas e informes producidos por esta institución. Hay un tercer grupo de instituciones que no se pudo contactar y que quedaría pendiente para una segunda etapa de esta investigación.

A continuación se muestran las instituciones clasificadas según el tipo de información que suministraron.

Cuadro 10
Instituciones o dependencias que respondieron los instrumentos 1, 2, 3 y 4

DEPENDENCIAS	INSTRUMENTO			
	1	2	3	4
DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA	√	√	√	√
DIRECCION NACIONAL DE LABORATORIOS	√	√	X	X
LABORATORIO NACIONAL DR. DEFILLO	√	√	X	√
CENTRO CONTROL DE ENFERMEDADES TROPICALES	√	√	X	X
DIRECCION GENERAL DE CONTROL DE ITS Y SIDA	√	√	√	√
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA	√	√	X	X
DIRECCION GENERAL DE ENFERMERIA	√	√	X	-
DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION Y SISTEMAS	√	-	-	X
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADISTICAS	-	-	X	X

Nota: (√) indica que los instrumentos fueron respondidos, (X) indica que fueron completados inadecuadamente, y (-) indica que no fueron respondidos.

Las instituciones, dependencias o programas para las cuales se pudo obtener información en base a presupuestos ejecutados o programados, ya fuera en adición a los instrumentos llenados o como única fuente:

Cuadro 11
Instituciones cuya información se basó en presupuestos

DEPENDENCIAS/PROGRAMAS	Presupuesto Ejecutado 2001	Presupuesto Programado 2002	Monto global programado 2002
DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA	√	√	√
DIRECCION NACIONAL DE LABORATORIOS	√	-	-
LABORATORIO NACIONAL DR. DEFILLO	√	-	-
CENTRO CTROL. DE ENFERM. TROPICALES	√	-	-
DIR. GRAL. DE CONTROL DE ITS Y SIDA	√	-	-
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA	√	√	√
DIRECCION GENERAL DE ENFERMERIA	√	√	√
DIR. GRAL. DE PLANIFICACION Y SISTEMAS	√	-	-
CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL	-	-	√
CAMPAÑA ANTIPARASITARIA	-	-	√
CENTRO ANTIRRABICO NACIONAL	-	-	√
SANATORIO ANTITUBERCULOSO	-	-	√
PROGRAMA GENERAL DE SALUD BUCAL	-	-	√
PROGRAMA GENERAL DE SALUD MENTAL	-	-	√
DIR. NAC. DE PROM. Y EDUC. P/LA SALUD	-	-	√
DIRECCIONES PROVINCIALES DE SALUD	-	-	√

Nota: (√) indica que entregaron el documento, y (-) indica que no lo entregaron. En el caso de la tercera columna, sólo se obtuvo el dato del monto global para el 2002, no se consiguió el detalle del presupuesto.

Programas financiados con recursos externos, cuya fuente de información fueron, principalmente, los organismos internacionales que proveen el financiamiento:

Cuadro 12
Programas financiados con recursos externos

PROGRAMAS	Monto global programado 2002
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	√
PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD	√
PROGRAMA DE DESARROLLO DE SISTEMAS PROVINCIALES DE SALUD	√
PROGRAMA DE MODERNIZACION Y REESTRUCTURACION DEL SECTOR SALUD	√
SERVICIO Y PRACTICAS SOSTENIBLES DE SALUD	√
FOMENTO SALUD REPROD. DIRIGIDA A LA SAL. MATERNA P/ LA REGION ESTE	√
PROGRAMA DE CONSTRUCCIÓN DE HOSPITALES DE AZUA	√
COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA MÉXICO Y OTROS CONVENIOS	√

Nota: (√) indica que entregaron la información. Sólo se obtuvo el dato del monto global para el 2002, no se consiguió el detalle del presupuesto.

Es preciso aclarar que estos no son los únicos programas con financiamiento externo, sino los que se pudieron identificar a esta altura de la investigación. Como se muestra en la parte de resultados, sólo en algunos casos se pudo determinar los fondos que van de estos organismos al financiamiento de las FESP. En una segunda fase de esta investigación, se piensa profundizar el trabajo con los organismos de cooperación externa, para la identificación de los recursos de éstas que se dedican al apoyo de las once FESP.

Hay un grupo de instituciones para las cuales no fue posible obtener ninguna información. Algunas participaron en los talleres de capacitación, recibieron visitas de asistencia técnica para el llenado de los instrumentos, pero nunca los entregaron. Otras no respondieron a las invitaciones a participar en la investigación y otras fueron identificadas más tarde, por lo cual no llegaron a invitarse. En una segunda etapa del estudio, se trataría de contactarlas a todas.

Cuadro 13
Instituciones para las cuales no se obtuvo ninguna información

INSTITUCIONES O PROGRAMAS
DIRECCIÓN GENERAL MATERNO INFANTIL
PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS
DIRECCIÓN GENERAL DE LABORATORIOS Y BANCOS DE SANGRE
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES
DIRECCIÓN GENERAL DE NORMATIZACION
PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION
HOSPITAL ROBERT REID CABRAL
LABORATORIO VETERINARIO NACIONAL
PROGRAMA GENERAL DE SALUD AMBIENTAL
PROGRAMA GENERAL DE DROGAS Y FARMACIA
PROGRAMA GENERAL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
INSTITUTO DE DERMATOLOGIA

3.1.3 Procesamiento de los datos

Una vez recopiladas las informaciones por institución o dependencia, provistas en los instrumentos 1, 2, 3 y 4, se inicia la revisión y crítica de los datos entregados. En síntesis, se encontró lo siguiente. En pocos casos llenaron todos los instrumentos correctamente, pero de alguna manera se logró aprovechar lo que había disponible y sacar al menos un instrumento que pudiese ser utilizado para medir el gasto por función esencial de salud en cada dependencia. En los casos en que los datos no estaban claros se procedió a llamar o visitar nuevamente las dependencias correspondientes.

Para el ejercicio de procesamiento, se aplicaron dos procedimientos distintos, dependiendo de la calidad de la información obtenida. Algunas instituciones respondieron a todos los instrumentos. Para ellas se aplicó el "Procedimiento 1", que se explica más abajo. Otro grupo de instituciones sólo llenó el Instrumento 2, que mide el nivel de esfuerzo del personal en las distintas FESP. Para ellas se aplicó el "Procedimiento 2" de procesamiento. En el Anexo I se muestran dos ejemplos completos de estos procedimientos. La Dirección General de Epidemiología constituye un ejemplo del Procedimiento 1 y la Dirección de Atención Primaria es un ejemplo del Procedimiento 2.

En todos los casos, se parte del cuadro 2-A que sirve para medir el nivel de esfuerzo que dedica el personal de la entidad o dependencia a cada una de las FESP, a

labores administrativas y a otras actividades, a partir de una lista del personal a nivel central, los salarios anuales y el tiempo que dedican a cada FESP. Luego, se diseña el instrumento 2-B-1 para expresar, lo descrito anteriormente, en valores monetarios.

Posteriormente, se conforma un cuadro 2-B-2, a partir del cual se obtiene la distribución porcentual del gasto en servicios personales, para cada FESP, actividades administrativas y otras actividades. La idea es eliminar las “otras actividades no FESP” y atribuir un porcentaje de los gastos administrativos tanto a cada FESP como a “otras actividades no FESP”. Así se obtiene el cuadro 2-B-3, en el cual se determina el porcentaje que corresponde a labores administrativas relacionadas directamente con cada una de las FESP y luego, el total gastado en tareas administrativas vinculadas a cada FESP.

Procedimiento 1:

A partir de las informaciones provistas en los instrumentos 3 ó 4, de los cuales se obtiene el gasto asignado a cada FESP, clasificados por fuente de financiamiento u objeto de gasto, se conforma el cuadro 2-B-4. En este cuadro se colocan los valores agregados asignados a cada FESP por la propia dependencia bajo estudio.

Procedimiento 2:

Como se explicó anteriormente, el procedimiento 2 se aplica cuando no se cuenta con la información de los instrumentos 3 y 4. En este punto, se procede a la utilización de la información de la ejecución presupuestaria del año de referencia, en este caso el 2001. Se aplica al monto total ejecutado, la distribución porcentual dedicada a cada FESP a partir del Instrumento 2, así como la correspondiente a tareas administrativas que no están vinculadas a las FESP y a otras actividades. Se descuenta primero el gasto en servicios personales, debido a que se encuentra contabilizado en el cuadro 2-B-1.

Para ambos procedimientos, una vez terminado el procesamiento de todas las informaciones, se originan otros cuadros donde se compilan las informaciones para las FESP 1, 2 y 9. Se elabora también, para cada dependencia, un cuadro 2-B-5 que contiene la información sobre el presupuesto global, lo destinado a servicios personales y lo gastado en FESP por dependencia.

3.2 Resultados FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud

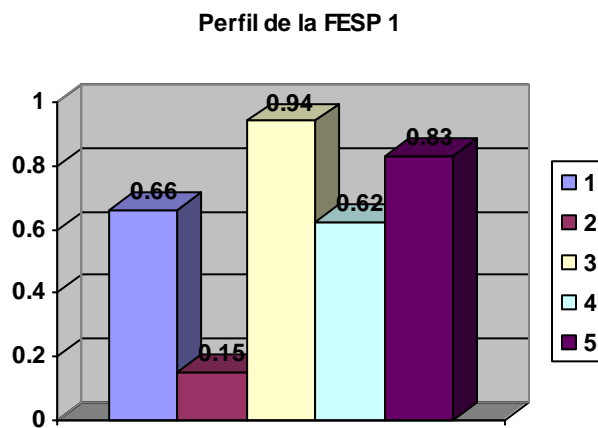
3.2.1 Evaluación del desempeño

Los indicadores de desempeño para la FESP1, son los siguientes:

- Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- Evaluación de la calidad de la información
- Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Nivel de Desempeño alcanzado en la evaluación de junio del 2001

Los indicadores de mayor puntuación fueron el número 3 (0.94), apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud; y el número 5 (0.82), asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales, los que alcanzan un nivel de desempeño clasificado como óptimo.



El indicador de peor desempeño para la FESP 1 lo fue el indicador número 2, evaluación de la calidad de la información, que apenas alcanza una puntuación de 0.15 para un nivel de desempeño calificado como mínimo.

Avances identificados en el desempeño de la FESP 1

En el período comprendido entre la evaluación de las FESP y el momento actual, sobre la base de un taller de revisión del desempeño de estas funciones, SESPAS identifica avances en los siguientes aspectos:

- Desarrollo de la capacidad de los equipos locales para el análisis de situación de salud.

- Elaboración de guías, normas y otros instrumentos para el análisis de situación de salud.
- Se ha iniciado la evaluación de la calidad del dato primario.
- Se ha desarrollado una página web de la SESPAS.

Necesidades identificadas para mejorar el desempeño de la FESP 1

Además de completar y evaluar los procesos de formulación de guías, así como los trabajos para evaluar la calidad de la información, que resultan prioritarios, SESPAS define como sus necesidades inmediatas en lo que a desarrollo del desempeño de la FESP 1, las siguientes intervenciones:

- Mejorar sustancialmente su disponibilidad de tecnología informática, métodos e instrumentos para el monitoreo del análisis de situación de salud.
- Reestructurar el equipo de análisis de situación de salud, incorporando otras disciplinas.
- Desarrollar un proceso de capacitación de los recursos humanos a participar en el análisis de salud de la población.
- Desarrollo de la capacidad nacional para la asesoría de los niveles subnacionales y otros actores del sistema nacional de salud.

3.2.2 Organización institucional de la FESP 1

En la ejecución de la FESP 1, Monitoreo y análisis de la situación de salud, intervienen las siguientes instituciones o dependencias, en la República Dominicana.

- DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA
- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
 - Unidad de análisis de situación de salud
 - Sistema nacional de vigilancia epidemiológica
- DIRECCION GENERAL DE CONTROL DE ITS Y SIDA
- DIRECCION GENERAL DE MATERNO INFANTIL
 - Programa de atención a la madre y al niño
 - Programa ampliado de inmunizaciones
- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS
- CENTRO CONTROL DE ENFERM. TROPICALES
 - Programa de control de la malaria
- DIRECCION GENERAL DE LAB. Y BANCOS DE SANGRE
- DIRECCION NACIONAL DE LABORATORIOS

- LABORATORIO NACIONAL DR. DEFILLO
- PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION
- DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION Y SISTEMAS
 - Unidad de apoyo gerencial a las DPS
 - Departamento de Cómputos
- DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADISTICAS
- DIRECCION GENERAL DE ENFERMERIA
- DIR. PROVINCIALES SALUD Y AREA (provincia SD y DN)
- INSTITUTO DE DERMATOLOGIA

En el Anexo III se incluyen las competencias institucionales de las dependencias más importantes relacionadas con la FESP 1.

3.2.3 Estimación de gasto y financiamiento en FESP 1

El cuadro siguiente muestra la estimación del gasto público en la FESP 1, Monitoreo y análisis de la situación de salud, que asciende a RD\$95 millones aproximadamente para el año 2001. Debe recordarse que esto es aproximado y que los datos de la cooperación externa corresponden al año 2002, o sea que se está suponiendo desembolsos similares para el año anterior.

El grueso de los fondos, el 92%, los provee el gobierno central y un 8% son recursos de la cooperación externa. Una vez más, es preciso aclarar que no todo el financiamiento externo ha podido ser identificado y/o atribuido a las FESP.

Cuadro 14
Estimación de gasto y financiamiento en la FESP 1

Instituciones / Dependencias / Programas	Presupuesto total ejecutado 2001	Fuente de financiamiento interna o externa	Recursos externos (Prést./Don.)	Contrapartida Gobierno Dominicano	Total gastado en FESP 1
TOTAL FUENTES PÚBLICAS					86,722,787
Dirección General de Atención Primaria	19,702,131	SESPAS	n.d.	n.d.	12,250,312
Dirección General de Epidemiología	4,792,134	SESPAS	n.d.	n.d.	442,707
Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida	119,557,902	SESPAS	n.d.	n.d.	0
Dirección General de Materno Infantil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Centro de Recuperación Nutricional	2,567,040	SESPAS	n.d.	n.d.	256,704
Programa Nacional de Control de Tuberculosis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Centro de Control de Enfermedades Tropicales	27,654,579	SESPAS	n.d.	n.d.	363,158
Dirección General de Laboratorios y Bancos de Sangre	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección Nacional de Laboratorios	1,791,249	SESPAS	n.d.	n.d.	24,832
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	7,756,759	SESPAS	n.d.	n.d.	0
Programa Nacional de Nutrición	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección General de Información y Estadística	3,019,808	SESPAS	n.d.	n.d.	0
Dirección General de Enfermería	5,893,906	SESPAS	n.d.	n.d.	401,297
Direcciones Provinciales de Salud y Área					
Gestión Técnica Administrativa	7,608,936	SESPAS	n.d.	n.d.	7,608,936
Distrito Nacional Promoción, Educación y Comunicación	11,793,845	SESPAS	n.d.	n.d.	11,793,845
Epidemiología e Información	18,602,328	SESPAS	n.d.	n.d.	18,602,328
Dirección y coordinación de los servicios de salud a las DPS	34,978,668	SESPAS	n.d.	n.d.	34,978,668
Instituto de Dermatología	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
TOTAL FUENTES EXTERNAS	Presupuesto total programado 2002				7,814,985
Programa Ampliado de Inmunizaciones	43,358,901	JICA/Gob. Dom.	35,020,107	8,338,794	2,167,945
Programa de reforzamiento del sistema de salud (PROSISA)	48,136,500	Unión Europea	48,136,500		4,813,650
Proy. de Refor. y Modern. del Sist. de Salud, Salud Amb. y Seg. Social	7,593,300	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	709,640
Proy. de Gestión de niveles descent. p/ probl. priorit. y neces. de salud	2,680,200	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	123,750
TOTAL GENERAL	367,488,186		83,156,607	8,338,794	94,537,772
Fuentes: Presupuesto ejecutado 2001 y Presupuesto programado 2002, SESPAS.					
NOTAS: En cuanto a los programas financiados con recursos externos, las fuentes fueron las propias dependencias, así como la Dirección de Planificación de SESPAS y la OPS.					
Programación presupuestaria 2002-2003, OPS. Faltan por incluir los recursos destinados a sueldos y salarios.					

El 84% de los recursos asignados por el gobierno a la FESP 1, se canalizan a través de las Direcciones Provinciales de Salud. En el nivel central, la dependencia más importante en términos de utilización de los recursos públicos, es la Dirección de Atención Primaria.

En el caso de los recursos externos, más de la mitad de los fondos que recibe la FESP 1 son provistos por la Comunidad Europea, a través de su proyecto PROSISA. Es preciso aclarar que en este ejercicio no se incluyeron parte de los recursos de la OPS, que estarán disponibles para la versión final de este documento.

3.3 Resultados FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública

3.3.1 Evaluación del desempeño

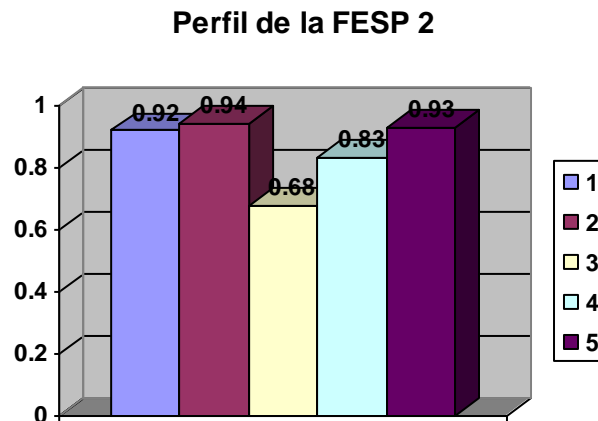
Los indicadores de desempeño para la FESP2, son los siguientes:

- Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública.
- Capacidades y experticio en vigilancia de salud pública
- Capacidad de los laboratorios de salud pública
- Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública
- Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Nivel de Desempeño alcanzado en la Evaluación de junio del 2001

Los indicadores de mayor puntuación fueron el número 2 (0.94), capacidades y experticia en epidemiología; el número 5 (0.93), asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales; y el número 1 (0.92) los que alcanzan un nivel de desempeño clasificado como óptimo.

El indicador de peor desempeño para la FESP 2 lo fue el indicador número 3, capacidad de los laboratorios de salud pública, que alcanza una puntuación de 0.68 para un nivel de desempeño calificado como medio superior



Avances identificados en el desempeño de la FESP 2

En el período comprendido entre la evaluación de las FESP y el momento actual, sobre la base de un taller de revisión del desempeño de estas funciones, SESPAS identifica avances en los siguientes aspectos:

- Inicio reciente de un programa de capacitación en servicio a los epidemiólogos provinciales, en vigilancia epidemiológica.
- El fortalecimiento de la red de laboratorio de salud pública para la vigilancia.
- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en situación de desastres.

Necesidades identificadas para mejorar el desempeño de la FESP 2

SESPAS ha definido como sus necesidades inmediatas en lo que a desarrollo del desempeño de la FESP 2 se refiere, las siguientes intervenciones:

- El fortalecimiento de la investigación de infecciones nosocomiales.
- El desarrollo de sistemas de vigilancia que incluyan amenazas y riesgos para la salud pública.
- Desarrollar un proceso de capacitación a epidemiólogos en lo que se refiere a vigilancia de amenazas y riesgos para la salud pública.

3.3.2 Organización institucional

En la FESP 2, Vigilancia de la salud pública, intervienen las siguientes instituciones, dependencias o programas:

- DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA
- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
Sistema nacional de vigilancia epidemiológica
- DIRECCION GENERAL DE CONTROL DE ITS Y SIDA
- DIRECCION GENERAL DE MATERNO INFANTIL
Programa de atención a la madre y al niño
Programa ampliado de inmunizaciones
- PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS
- CENTRO CONTROL DE ENFERM. TROPICALES
Programa de control de la malaria
Programa de control del dengue
Programa control de filariasis
Unidad de vigilancia de vectores
- DIRECCION GENERAL DE LAB. Y BANCOS DE SANGRE
- CENTRO ANTIRRABICO NACIONAL
Programa control de la rabia
Otras zoonosis

- LABORATORIO NACIONAL DR. DEFILLO
- HOSPITAL ROBERT REID CABRAL
 Lab. Microbiología, Departamento de Enfermedades Infecciosas
- LABORATORIO VETERINARIO NACIONAL
- PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION
- DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL
- DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION Y SISTEMAS
 Departamento de Cómputos
- DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADISTICAS
- DIRECCION GENERAL DE ENFERMERIA
- DIR. PROVINCIALES DE SALUD Y AREA (provincia SD y DN)
- INSTITUTO DE DERMATOLOGIA

En el Anexo III se describen las competencias institucionales de las entidades más importantes en la implementación de la FESP 2.

3.3.3 Estimación de gasto y financiamiento en FESP 2

El cuadro a continuación muestra la estimación del gasto y financiamiento en la función esencial 2, relacionada con la vigilancia de la salud pública. Puede observarse que esta función se financia en partes prácticamente iguales por el gobierno y la cooperación internacional. De hecho, cuando se termine de contabilizar la parte faltante de esta última, es posible que llegue a superar el porcentaje gubernamental.

Cuadro 15
Estimación del gasto y financiamiento de la FESP 2

Instituciones / Dependencias / Programas	Presupuesto total ejecutado 2001	Fuente de financiamiento interna o externa	Recursos externos (Prést./Don.)	Contrapartida Gobierno Dominicano	Total gastado en FESP 2
TOTAL RECURSOS PÚBLICOS					44,542,446
Dirección General de Atención Primaria	19,702,131	SESPAS	n.d.	n.d.	0
Dirección General de Epidemiología	4,792,134	SESPAS	n.d.	n.d.	1,853,643
Campaña Antiparasitaria	347,196	SESPAS	n.d.	n.d.	243,037
Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida	119,557,902	SESPAS	n.d.	n.d.	2,288,035
Dirección General de Materno Infantil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Centro de Recuperación Nutricional	2,567,040	SESPAS	n.d.	n.d.	2,053,632
Programa Nacional de Control de Tuberculosis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Centro de Control de Enfermedades Tropicales	27,654,579	SESPAS	n.d.	n.d.	20,007,365
Dirección General de Laboratorios y Bancos de Sangre	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Centro Antirrábico Nacional	590,124	SESPAS	n.d.	n.d.	354,074
Dirección Nacional de Laboratorios	1,791,249	SESPAS	n.d.	n.d.	22,722
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	7,756,759	SESPAS	n.d.	n.d.	6,662,264
Hospital Robert Reid Cabral	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Laboratorio Veterinario Nacional	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa Nacional de Nutrición	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa General de Salud Mental	1,209,600	SESPAS	n.d.	n.d.	846,720
Dirección General de Salud Ambiental	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección General de Información y Estadística	3,019,808	SESPAS	n.d.	n.d.	603,962
Dirección General de Enfermería	5,893,906	SESPAS	n.d.	n.d.	95,853
Direcciones Provinciales de Salud y Area					
Control y vigilancia de riesgos ambientales	1,426,668	SESPAS	n.d.	n.d.	1,426,668
Control y vigilancia de aguas	1,902,228	SESPAS	n.d.	n.d.	1,902,228
Control excretas, desecho de aguas residuales	1,426,668	SESPAS	n.d.	n.d.	1,426,668
Control y vigilancia de alimentos	1,902,228	SESPAS	n.d.	n.d.	1,902,228
Control y vigilancia de establecimientos comerciales y de servicios	2,853,348	SESPAS	n.d.	n.d.	2,853,348
Instituto de Dermatología	n.d.		n.d.	n.d.	n.d.
TOTAL RECURSOS EXTERNOS	Presupuesto total				39,070,293
Programa Ampliado de Inmunizaciones	43,358,901	JICA/Gob. Dom.	35,020,107	8,338,794	34,687,121
Programa de reforzamiento del sistema de salud (PROSISA)	48,136,500	Unión Europea	48,136,500		2,406,825
Proy. de Refor. y Modern. del Sist. de Salud, Salud Amb. y Seg. Social	7,593,300	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	1,519,447
Proy. de Gestión de niveles descent. p/ probl. priorit. y neces. de salud	2,680,200	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	227,250
Proy.coop.técnica entre países para desarr.fronteras saludables y solidaria	803,700	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	229,650
TOTAL GENERAL	287,264,038		83,156,607	8,338,794	83,612,739
Fuentes: Presupuesto ejecutado 2001 y Presupuesto programado 2002, SESPAS.					
NOTAS: En cuanto a los programas financiados con recursos externos, las fuentes fueron las propias dependencias, así como la Dirección de Planificación de SESPAS y la OPS.					
Programación presupuestaria 2002-2003, OPS. Faltan por incluir los recursos destinados a sueldos y salarios.					

El 42% de los recursos totales de la función 2 (y el 88% de los fondos externos) corresponde al Programa Ampliado de Inmunizaciones.

El Centro de Enfermedades Tropicales es responsable de una gran proporción de los recursos que se asignan a la FESP 2, con un 24% de los fondos totales y un 44% de los públicos. Le siguen en importancia las Direcciones Provinciales de Salud, con un

11% de los recursos totales. El Laboratorio Dr. Defilló, por su parte, es el cuarto en términos de gasto, con un 8% del total y un 15% de los fondos del estado.

3.4 Resultados FESP 9: Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos

3.4.1 Evaluación del desempeño

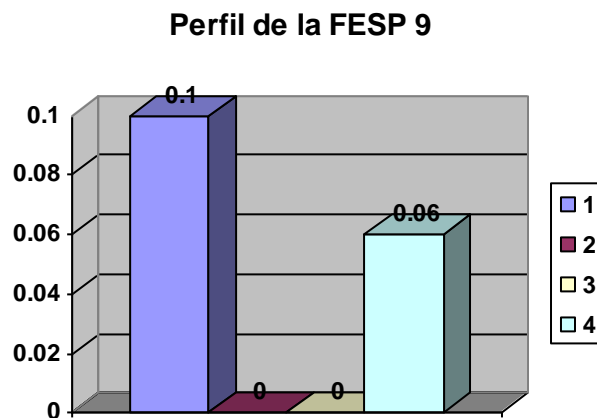
Los indicadores de desempeño para la FESP 9, son los siguientes:

- Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
- Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud
- Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública
- Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios

Nivel de Desempeño alcanzado en la Evaluación de junio del 2001

Los indicadores de mayor puntuación fueron el número 1 (0.10), Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos que apenas alcanza un nivel de desempeño clasificado como mínimo.

Los indicadores de peor desempeño para la FESP 9 lo fueron el número 2 (0.00), Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, y el indicador número 3 (0.00), Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública, ambos para un nivel de desempeño clasificado como mínimo.



Avances identificados en el desempeño de la FESP 9

En el período comprendido entre la evaluación de las FESP y el momento actual, sobre la base de un taller de revisión del desempeño de estas funciones, SESPAS identifica avances en los siguientes aspectos:

- Normas para la habilitación de los establecimientos y una instancia para su puesta en marcha.
- Al menos 20 hospitales han incorporado un programa de mejoría de la calidad.
- Se ha instituido un premio nacional a la calidad de la atención
- Se han firmado 6 acuerdos de gestión hospitalaria, y estos incluyen la evaluación de la satisfacción de los usuarios.
- Se ha fortalecido la comisión nacional para la calidad y la de bioética.
- Ha mejorado sustancialmente la seguridad y calidad de la sangre.
- Se ha avanzado en la cobertura de la evaluación externa de la calidad de laboratorios clínicos.
- Se ha constituido una unidad de habilitación y acreditación de la SESPAS.

Necesidades identificadas para mejorar el desempeño de la FESP 9

SESPAS ha definido como sus necesidades inmediatas en lo que a desarrollo del desempeño de la FESP 9 se refiere, las siguientes intervenciones:

- Independencia y autonomía de las instancias de habilitación
- Establecer mecanismos para el incentivo a la calidad.
- Fortalecer la recolección de la información sobre la calidad.
- Institucionalizar una política la calidad.
- Desarrollar los derechos y deberes de los pacientes.
- Avanzar el establecimiento de guías y protocolos de la atención.
- Evaluación de la calidad de las tecnologías de salud.

3.4.2 Organización institucional

En la FESP 9, sobre garantía de calidad de los servicios individuales y colectivos de salud, deberían intervenir un amplio número de instituciones, dependencias o programas, como se detalla más abajo. Sin embargo, en la práctica esto no sucede así, tal como se vio en los resultados de la evaluación del desempeño.

- DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA
- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
 - Unidad de análisis de situación de salud
 - Sistema nacional de vigilancia epidemiológica
- DIRECCION GENERAL DE CONTROL DE ITS Y SIDA
- DIRECCION GENERAL DE MATERNO INFANTIL
 - Programa de control de cáncer cervical
 - Programa atención a la madre
 - Programa atención al niño
 - Programa de atención al adolescente
 - Programa de atención al adulto
 - Programa de atención al envejeciente
 - Programa ampliado de inmunizaciones
 - Programa de promoción de la lactancia materna
- PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS
- CENTRO CONTROL DE ENFERM. TROPICALES
 - Programa de control de la malaria
- CENTRO ANTIRRABICO NACIONAL
 - Programa control de la rabia
 - Otras zoonosis
- DIRECCION GENERAL DE LAB. Y BANCOS DE SANGRE
- LABORATORIO NACIONAL DR. DEFILLO
- HOSPITAL ROBERT REID CABRAL
 - Laboratorio Microbiología, Departamento de Enfermedades Infecciosas
- LABORATORIO VETERINARIO NACIONAL
- PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION
- DIRECCION GENERAL DE SALUD BUCAL
- DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL
- DIRECCION GENERAL DE DROGAS Y FARMACIA
- DIRECCION GENERAL DE SALUD AMBIENTAL
- DIRECCION GENERAL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
- DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION Y SISTEMAS
 - Unidad de apoyo gerencial a las DPS
 - Unidad de habilitación y acreditación
- DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADISTICAS
- DIRECCION NACIONAL DE HOSPITALES
- DIRECCION GENERAL DE NORMATIZACION
- DIRECCION GENERAL DE ENFERMERIA
- DIR. PROVINCIALES DE SALUD Y AREA (provincia SD y DN)
- INSTITUTO DE DERMATOLOGIA

3.4.3 Estimación de gasto y financiamiento en FESP 9

Se ha estimado que se desembolsa alrededor de RD\$9.5 millones anuales para el desarrollo de la función esencial 9, garantía de calidad de los servicios individuales y colectivos. La cooperación internacional aporta un 30% del total de los recursos, y el gobierno financia el restante 70%. Dentro de los fondos externos identificados hasta el momento, el grueso es aportado por la comunidad europea, a través de PROSISA (83% de los recursos externos).

Las Direcciones Provinciales de Salud son las responsables de una mayor proporción del gasto que corresponde a la FESP 9, con un 31% de los fondos totales y un 44% de los fondos públicos, a través de un programa de educación y promoción. Le sigue el Programa Nacional de Salud Bucal, con un 11% y un 16%, respectivamente, y luego, la Dirección Nacional de Calidad de la Atención, con un 9% y 13%. Otras entidades que manejan proporciones significativas de los recursos de la FESP 9, son el Sanatorio Antituberculoso y la Dirección de Atención Primaria.

Para fines de este análisis, es preciso señalar que no se pudo obtener la información correspondiente a la Dirección Nacional de Hospitales, la cual, según las opiniones de expertos consultados, constituye una de las principales responsables del cumplimiento de la FESP 9.

Cuadro 16
Estimación de gasto y financiamiento en la FESP 9

Instituciones / Dependencias / Programas	Presupuesto total ejecutado 2001	Fuente de financiamiento interna o externa	Recursos externos (Prést./Don.)	Contrapartida Gobierno Dominicano	Total gastado en FESP 9
TOTAL RECURSOS PÚBLICOS					6,662,892
Dirección General de Atención Primaria	19,702,131	SESPAS	n.d.	n.d.	151,676
Dirección General de Epidemiología	4,792,134	SESPAS	n.d.	n.d.	0
Campaña Antiparasitaria	347,196	SESPAS	n.d.	n.d.	104,159
Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida	119,557,902	SESPAS	n.d.	n.d.	0
Dirección General de Materno Infantil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Centro de Recuperación Nutricional	2,567,028	SESPAS	n.d.	n.d.	256,703
Programa Nacional de Control de Tuberculosis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sanatorio Antituberculoso	420,000	SESPAS	n.d.	n.d.	21,000
Centro de Control de Enfermedades Tropicales	27,654,579	SESPAS	n.d.	n.d.	229,756
Centro Antirrábico Nacional	590,124	SESPAS	n.d.	n.d.	118,025
Dirección General de Laboratorios y Bancos de Sangre	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección Nacional de Laboratorios	1,791,249	SESPAS	n.d.	n.d.	112,604
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	7,756,759	SESPAS	n.d.	n.d.	49,998
Hospital Robert Reid Cabral	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Laboratorio Veterinario Nacional	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa Nacional de Nutrición	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa General de Salud Bucal	21,510,000	SESPAS	n.d.	n.d.	1,075,500
Programa General de Salud Mental	1,209,600	SESPAS	n.d.	n.d.	60,480
Programa General de Drogas y Farmacia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa General de Salud Ambiental	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa General de Emergencias y Desastres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección General de Información y Estadística	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección Nacional de Hospitales	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección Nacional de Calidad de Atención	0	SESPAS	n.d.	n.d.	856,588
Dirección General de Normatización	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dirección Nacional de Promoción y Educación para la Salud	144,480	SESPAS	n.d.	n.d.	28,896
Dirección General de Enfermería	5,893,906	SESPAS	n.d.	n.d.	649,048
Direcciones Provinciales de Salud y Area					
Distrito Nacional Promoción, Educación y Comunicación	58,969,224	SESPAS	n.d.	n.d.	2,948,461
Instituto de Dermatología	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
TOTAL RECURSOS EXTERNOS	Presupuesto total programado 2002				2,897,348
Programa de reforzamiento del sistema de salud (PROSISA)	48,136,500	Unión Europea	48,136,500		2,406,825
Proy. de Refor. y Modern. del Sist. de Salud, Salud Amb. y Seg. Social	7,593,300	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	366,773
Proy. de Gestión de niveles descent. p/ probl. priorit. y neces. de salud	2,680,200	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	123,750
TOTAL GENERAL	331,316,312		48,136,500		9,560,240
Fuentes: Presupuesto ejecutado 2001 y Presupuesto programado 2002, SESPAS.					
NOTAS: En cuanto a los programas financiados con recursos externos, las fuentes fueron las propias dependencias, así como la Dirección de Planificación de SESPAS y la OPS.					
Programación presupuestaria 2002-2003, OPS. Faltan por incluir los recursos destinados a sueldos y salarios.					

3.5 Recursos externos canalizados a las FESP

A través de visitas a las distintas agencias de cooperación internacional, se obtuvo información sobre los recursos externos canalizados a las FESP. Como ya se ha señalado, esta información no está completa, no sólo porque no todas las instituciones respondieron a la petición de los investigadores, sino porque no siempre fue posible atribuir los fondos a las distintas funciones. También debe señalarse que, en algunos casos, como la OPS, la información está siendo procesada actualmente y estará completada para la versión final de este informe. En consecuencia, los resultados de este trabajo son preliminares hasta tanto se completen los datos. Esto es válido también para las cifras gubernamentales. El cuadro a continuación muestra los recursos externos.

Cuadro 16
Recursos externos para financiar las FESP 1, 2 y 9

Programas	Presupuesto total programado 2002	Fuente de financiamiento interna o externa	Recursos externos (Prést./Donaciones)	Contrapartida Gobierno Dominicano	Total gastado FESP 1	Total gastado FESP 2	Total gastado FESP 9
Programa Ampliado de Inmunizaciones	43,358,901	JICA/Gob. Dom.	35,020,107	8,338,794	2,167,945	34,687,121	0
Programa de reforzamiento del sistema de salud (PROSISA)	48,136,500	Unión Europea	48,136,500	n.d.	4,813,650	2,406,825	2,406,825
Proy. de Refor. y Modern. del Sist. de Salud, Salud Amb. y Seg. Social	7,593,300	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	709,640	1,519,447	366,773
Proy. de Gestión de niveles descent. p/ probl. priorit. y neces. de salud	2,680,200	OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	123,750	227,250	123,750
Proy.coop.técnica entre países para desarr.fronteras saludables y solidaria	803,700	OPS/Gob. Dom.	803,700	0	0	229,650	0
Programa de desarrollo de sistemas provinciales de salud	157,932,801	BIRF/Gob. Dom.	129,944,001	27,988,800	n.d.	n.d.	n.d.
Programa de modernización y reestructuración del sector salud	193,910,261	BID/Gob. Dom.	176,350,786	17,559,475	n.d.	n.d.	n.d.
Servicio y prácticas sostenibles de salud (ACOE)	43,063,206	AID/Gob. Dom.	42,044,960	1,018,246	n.d.	n.d.	n.d.
Fomento salud reprod. dirigida a la salud materna para la región este	12,167,428	GTZ/Gob. Dom.	10,917,428	1,250,000	n.d.	n.d.	n.d.
Programa de construcción de hospitales de Azua	64,890,460	China/Gob. Dom.	64,890,460	0	n.d.	n.d.	n.d.
Cooperación técnica y científica México y otros convenios	771,731	México y otros	673,041	98,690	n.d.	n.d.	n.d.
Des. de los rec. humanos en enfermería para centro américa y el Caribe	n.d.	Kellogg/OPS/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Tratamiento y control de transmisión vertical del VIH-SIDA en las mujeres	15,785,666	BID/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Programa de Materno Infantil Madre y Niño	11,112,824	BID/Gob. Dom.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	n.d.	UNICEF	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	n.d.	AECI	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	n.d.	FNUAP	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	n.d.	CDC	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	n.d.	USAID	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
TOTAL GENERAL	602,206,978		508,780,983	56,254,005	7,814,985	39,070,293	2,897,348
Fuentes:							
Presupuesto programado 2002, SESPAS.							
Programación presupuestaria 2002-2003, OPS. Faltan por incluir los recursos destinados a sueldos y salarios.							

Puede observarse en el cuadro que hay programas con financiamiento externo para los cuales no se obtuvo aún el desglose por FESP, pero se tienen los montos totales. Hay otros para los cuales no se tiene ninguna información. En base a documentos revisados, se tiene conocimiento de que organismos tales como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y otros, tienen – o tuvieron en el pasado reciente – programas de apoyo, al menos a la FESP 2, sobre vigilancia epidemiológica. No obstante, hasta el momento, la información se halla incompleta. Según opiniones de expertos que revisaron la información recogida, se cuenta con los datos de las instituciones más importantes en el desarrollo de las FESP 1, 2 y 9.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

4.1.1 Las Cuentas Nacionales de Salud

En lo que concierne al monto de los recursos públicos que se asignan al sector salud en la República Dominicana, puede decirse que los mismos son aún relativamente bajos para los estándares internacionales. No obstante, si se añade el financiamiento privado, el monto total que asigna la sociedad en su conjunto, pudiera ser bastante elevado, lo cual no guarda relación con los resultados de salud que presenta el país actualmente. Un alto porcentaje de financiamiento privado es un indicador de inequidad en el sistema de salud, debido a las fallas de los mercados de bienes y servicios de salud. La aplicación de la nueva ley de seguridad social que está a punto de entrar en ejecución, tenderá a revertir esta situación, al elevar el financiamiento público y reducir el gasto de bolsillo de las familias, contribuyendo así a la equidad del sistema.

Las CNS constituyen un instrumento excelente para medir la evolución del gasto en salud agregado así como para comprender el flujo de los fondos dentro del sistema de salud y los usos a los que se aplican. No obstante, en la República Dominicana están incompletas, desactualizadas y no utilizan la metodología que hoy constituye el estándar internacional.

En adición a ello, la metodología actual tanto de las CNS como de los manuales de ejecución presupuestaria, no permiten identificar claramente la función rectora del Estado en el sector salud, ni su esfuerzo real en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, por supuesto, tampoco permiten identificar las FESP.

4.1.2 Evolución de la clasificación presupuestaria

Alrededor de un 30% del presupuesto de la SESPAS se destina a labores de regulación, control, provisión de servicios colectivos, administración y otros, lo cual constituye un “techo” para la estimación de las FESP. En la República Dominicana, la clasificación presupuestaria está avanzando de manera sustancial, a fin de transparentar las tareas que conciernen a la rectoría, dentro de las cuales están las FESP. Asimismo, a separar la provisión de los servicios colectivos de los individuales. Un paso adicional necesario sería distinguir los servicios preventivos de los curativos.

Si bien es cierto que se avanza en la confección de los programas, es necesario que esto se transfiera también a la contabilidad de la ejecución, a fin de que no se pierda esta valiosa información cuando se produzcan los informes globales de ejecución presupuestaria.

4.1.3 Operacionalizar la función de rectoría

Se necesita una reflexión a nivel internacional sobre cuáles son las tareas claves que configuran la función de rectoría. Dicha función debe poder ser convertida en programas, subprogramas y actividades, que puedan ir al presupuesto y se trasladen luego a la contabilidad de la ejecución. Es necesario pensar bien cuáles son las tareas esenciales de un ministerio de salud y cuál es la información clave para monitorear su desempeño. Entre otras cosas, al analizar los datos de gasto y financiamiento, debería poder saberse, por ejemplo, el monto de los recursos que se asignan al liderazgo sectorial, a la regulación del sistema, a la supervisión del cumplimiento de las normas, a las funciones esenciales de salud pública, a la provisión de los servicios colectivos, al monitoreo de las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, con la finalidad de corregir las imperfecciones del mercado de bienes y servicios de salud.

La mayoría de los ministerios de salud de Latinoamérica no han cumplido cabalmente la función de rectoría, la cual es fundamental para garantizar la entrega de los bienes públicos y la protección de la población más pobre. Para ello, es preciso operacionalizarla y asegurar su financiamiento en el presupuesto tanto de los países como de la cooperación internacional.

En la medida que se avance en este sentido, se podrán mejorar los clasificadores de la salud pública en la metodología de las cuentas nacionales de salud de la OECD, que actualmente no responden a las necesidades de información del sistema, particularmente, de los ministerios de salud.

4.1.4 Metodología

La principal conclusión que se obtiene de la realización del estudio piloto sobre gasto y financiamiento de las FESP, es que sus resultados serán de gran utilidad a la autoridad sanitaria, para lo siguiente:

- Comprender la forma en que se ejecutan estas funciones en el país, los recursos humanos involucrados y el monto de los recursos financieros, tanto de su propio presupuesto, como de la cooperación nacional e internacional.

- Comparar la actual “función de producción” de cada FESP con los resultados de la evaluación del desempeño.
- Introducir los cambios que juzgue pertinentes para llegar a los resultados óptimos y monitorear la ejecución de estas acciones.
- Esta información le permitirá hacer transparentes estas acciones en las cuentas presupuestarias y, eventualmente, en las cuentas nacionales de salud, con lo cual podrá lograr un gran avance en el proceso de “operacionalizar la función de rectoría”.

En lo que concierne al proceso de recolección de los datos, las principales conclusiones se resumen a continuación:

- Se requiere un fuerte apoyo de las autoridades del ministerio, pues no resulta fácil penetrar en las distintas dependencias. Lo ideal sería que el ministerio tomara este trabajo como propio y que los investigadores actuaran como facilitadores.
- Otra conclusión fundamental es que se requiere de un proceso mayor de capacitación al personal del ministerio que va a suministrar las informaciones, antes del llenado de los instrumentos. No siempre las personas que conocen los temas financieros, están al tanto de lo que significan las FESP. Es vital que las personas seleccionadas para suministrar los datos en cada institución, sean las adecuadas, que tengan el suficiente nivel técnico y que trabajen de común acuerdo con el personal financiero. También es vital que comprendan que la tarea de estimación del nivel de esfuerzo por FESP, es una tarea colectiva, en la cual deben participar activamente los técnicos directamente involucrados en el ejercicio de cada función.
- Existe una falta total de vinculación entre el proceso de preparación del presupuesto y su ejecución. Esto dificulta notablemente la obtención de cifras de presupuesto ejecutado, que sería lo ideal. Por lo tanto, se sugiere, en ciertos casos, utilizar las cifras presupuestadas y luego hacer los ajustes correspondientes, de acuerdo al promedio de ejecución para la secretaría en su conjunto. También existe falta de organización en algunos departamentos, lo que ha dificultado la obtención de los presupuestos.

- Hay gastos que no figuran en la contabilidad del departamento / institución investigada, sino en la contabilidad general del ministerio. Tal es el caso de las donaciones realizadas por organismos internacionales y otras, que se manejan al nivel central, sobre todo cuando son en especie. Se ha sugerido, en este sentido, hacer notar esta situación, aunque no se conozca el monto involucrado y procurarla después directamente en los organismos de cooperación.
- La mayoría de las FESP son realizadas por el propio ministerio y, en general, sus dependencias trabajan en más de una FESP, con mayor o menor concentración. Por ello es factible abocarse a la medición de todas las FESP en un mismo proceso, en lugar de tratar de concentrarse en una o dos.
- Los tiempos para la realización de los estudios de caso, deben tomar en consideración el factor político en los países, dada la alta politización que caracteriza los ministerios de salud. También el personal suele estar participando en numerosas actividades, reuniones, talleres y otras, lo que dificulta el cumplimiento de los plazos.

4.2 Recomendaciones

4.2.1 Las Cuentas Nacionales de Salud

A nivel internacional, se sugiere que los organismos de cooperación fomenten el desarrollo e institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud, en todos los países, adoptando el Sistema de Cuentas de Salud de la OECD. A su difusión y puesta en práctica contribuirá la Guía de Producción de CNS que están desarrollando el Banco Mundial, el BID, USAID y la OMS.

Asimismo, se sugiere que se discuta internacionalmente el tema de la función de rectoría y cómo hacerla operacional, así como cuál es la información financiera esencial que se requiere para monitorear su desempeño. Esto debe llevar a una discusión sobre la clasificación de los servicios de salud pública en el manual de la OECD, a fin de introducir los cambios que sean necesarios, para que la información esencial pueda reflejarse allí. Del mismo modo, se sugiere asistir a los países para que vayan haciendo evolucionar su clasificación presupuestaria en el mismo sentido.

En el caso particular de la República Dominicana, se sugiere que se introduzcan modificaciones sustanciales a las Cuentas Nacionales de Salud. En cuanto a la metodología, es preciso adoptar el nuevo estándar internacional de la OECD. Asimismo,

es necesario actualizar las cifras y estimar los datos del sector privado. Este es un momento muy adecuado para ello, en vista de que se está ahora aplicando la ENDESA a nivel nacional.

Otro tema que se debe investigar en las CNS de la RD, es el gasto en promoción y prevención, que pareciera subestimado o mal clasificado. En general, sería importante conocer con claridad cuántos recursos se asignan al nivel hospitalario y cuántos al ambulatorio y, dentro de éste, separar los servicios curativos de los preventivos.

4.2.2 Sobre la metodología

En general, la metodología utilizada para la estimación del gasto y financiamiento en las funciones esenciales de salud pública, ha resultado bastante adecuada, particularmente en lo que concierne al diseño de los instrumentos, la revisión de las fuentes de información secundaria, el procesamiento y análisis de los datos. Sin embargo, puede ser mejorada sustancialmente de la siguiente manera:

- Es importante asignar tiempo suficiente al proceso de recolección de los datos, a fin de lograr una mayor participación de los actores involucrados. Se sugiere que el plazo de la investigación sea de unos seis meses.
- Al menos en el caso de países pequeños, como la República Dominicana, se sugiere abordar la estimación del gasto y financiamiento de las once FESP desde un principio, en lugar de concentrarse en una o dos. Generalmente, se trata de las mismas dependencias y, al estimar el nivel de esfuerzo, se obtienen resultados parciales para todas las FESP. Este enfoque, además, evitará confusiones al aplicar la metodología.
- Sería interesante formar grupos de trabajo por FESP, que incluyan el personal técnico clave de las dependencias principales y el personal administrativo o financiero. Este personal debe estar apoyado por las autoridades, a fin de poder destinar parte de su tiempo a la investigación.
- Se necesita contar con facilitadores que dominen el concepto de las FESP y dedicar la primera parte del proceso a crear un lenguaje común entre los participantes. Se recomienda preparar presentaciones y guías de discusión para los futuros estudios de caso.

- En lugar de entregar los instrumentos a las dependencias para su llenado y proceder, luego, a suministrar asistencia técnica, se recomienda que los investigadores llenen los instrumentos conjuntamente con el personal clave de cada institución. Esto contribuiría a hacer más rápido y efectivo el levantamiento de los datos.
- Se sugiere que el instrumento 2, que contiene la lista del personal y el nivel de esfuerzo por FESP, sea modificado, a fin de que permita distinguir por tipo de recurso humano necesario, a la hora de hacer el procesamiento. Esto permitirá tener cuadros resúmenes con la composición de recursos humanos por FESP.

4.2.3 Extensión del estudio piloto en RD

Se recomienda que se extienda el piloto de la República Dominicana para abarcar el resto de las FESP. Parte de la información ha sido ya recogida en este primer esfuerzo de levantamiento de datos, además de que se dispone de las herramientas electrónicas para su procesamiento y del personal capacitado. De esta forma, valdría la pena completar la investigación, a fin de poder realizar un análisis completo y poder diseñar mejor los instrumentos para los estudios de caso que se vayan a realizar en otros países. Al mismo tiempo, con esto se podría contribuir a los esfuerzos que está realizando la SESPAS para transparentar las FESP en su presupuesto.

En esta segunda fase del piloto, se sugiere realizar talleres de trabajo con todas las dependencias participantes en la investigación, a fin de analizar los resultados y obtener de ellas retroalimentación. La información serviría a las dependencias para la elaboración de sus planes de acción para el fortalecimiento de las FESP y su inclusión en el presupuesto del próximo año 2003.

4.2.4 Estudios de caso en otros países

Se recomienda que, además de concluir el piloto de la República Dominicana, se realicen como mínimo, tres estudios de caso en países distintos, en los cuales se apliquen los lineamientos que aquí se proponen. No está de más insistir en la importancia de que estos estudios cuenten con todo el respaldo de los ministerios de salud de los países escogidos, a fin de que éstos asuman la actividad como propia y den el tiempo necesario a su personal. Asimismo, que se destine suficiente tiempo al proceso de consolidación de estos grupos y de capacitación. El resultado de los trabajos supera con creces la labor de investigación, pues viene a constituirse en un proceso de fortalecimiento

institucional, que deberá servir para mejorar el desempeño de las FESP en los países y para transparentar los recursos en las cuentas presupuestarias.

Previo a la realización de estos estudios, se deberá sistematizar la metodología probada en la República Dominicana, preparar guías de capacitación para los investigadores, seleccionar los equipos nacionales y darles el entrenamiento.

En la selección de los países donde se harán los estudios de caso, deberá buscarse que sean diferentes en cuanto a su organización institucional. Sería importante escoger al menos un país grande, de organización federal, como Argentina, Brasil o México. Un segundo país podría ser cualquiera de Centro o Sudamérica y un tercero podría ser del Caribe de habla inglesa.

Esto permitirá evaluar la complejidad del trabajo, identificar los problemas en el terreno, ver cuáles son las dificultades y los obstáculos y buscar las soluciones para los mismos. Es preciso reiterar que la metodología, alcance y complejidad de los estudios de caso va a variar, dependiendo de las características específicas de cada país y de la información disponible.

Es importante tener en cuenta, en el desarrollo del trabajo, que el contenido de las acciones que pueden ser incluidas en cada una de las FESP, puede variar mucho en cada país, dado el nivel de desarrollo y las características particulares del mismo. Puede haber un grado importante de subjetividad en este sentido, que dificulte la adopción de una metodología uniforme a la hora de calcular los gastos, ya sean éstos actuales o ideales. A medida que se vayan realizando estos estudios, se podrá homogeneizar la práctica de la salud pública en la región latinoamericana.

De la aplicación del estudio en varios países, se obtendrán enseñanzas sobre el alcance, los procedimientos y la presentación de los resultados. Por esta razón, la metodología para estimar el gasto y financiamiento en las FESP, no estará terminada hasta que dicho proceso no haya concluido.

BIBLIOGRAFÍA

Aiston, Ed, Dickson, K. And Previsich, N., **Essential functions in Canada's public health care system, decentralization, and tools for quality assurance: consistency through change in the Canadian health system**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, Nos. ½, Julio-agosto 2000.

Atchison, Barry, Kanarek and Gebbie, K., **The Quest for an Accurate Accounting of Public Health Expenditures**, Journal of Public Health Management and Practice, September, 2000.

Barry, Centra, Pratt, Brown and Giordano, L., **Where do the dollars go? Measuring Local Public Health Expenditures**. March, 1998.

Claeson, Edward, Miller and Musgrove, **Public Health and Work Bank Operations, (1999-2001)**.

Eilbert, K., et al, **Measuring Expenditures for Essential Public Health Services**, Public Health Foundation, Washington, DC (1996).

Fondo Monetario Internacional, **Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas**, Washington, DC, 2001.

Molina, R. Pinto, M., et al, **Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, Nos. ½, Julio-agosto 2000.

Muñoz, F., López Acuña, D. et al, **Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, Nos. ½, Julio-agosto 2000.

Musgrove, Philip, **Protecting Health in Latin America: What should the state do?** (Revised version, 19 October 2001 – document prepared for CIPPEC).

Musgrove, Philip, **What is the minimum a doctor should know about health economics?** (Brazilian Journal of a Mother and Child Health), May-August 2001.

Oficina Nacional de Presupuesto, **Informe de Ejecución Presupuestaria**, años **1996, 1997, 1998, 1999 y 2000**, Santo Domingo, República Dominicana.

Oficina Nacional de Presupuesto, **Manual de Clasificaciones Presupuestarias**, Santo Domingo, República Dominicana, (1990).

Organización para la Cooperación y Desarrollo (OECD) – Banco Interamericano de Desarrollo (BID), **Sistema de Cuentas de Salud**, Washington, DC, (2002).

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), **La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial**, Washington, DC, Septiembre 1997.

Pan-American Health Organization (PAHO), **Pan American Journal of Public Health**, Washington, DC, July-August 2000.

Pan-American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), **Essential Public Health Functions**, Washington, DC, September 2000.

Pan-American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), Center for the Disease Control and Prevention (CDC), Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAIS), **Public Health in the Americas: Instrument for Performance Measurement of Essential Public Functions**, Washington, DC, November 2001.

Rathe, Magdalena, **Estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública: un marco de referencia**, Informe final de consultoría presentado a la OPS, Washington, DC, mayo de 2002.

Rathe, Magdalena, **La reforma de salud y la seguridad social**, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santo Domingo, RD, (2002).

Rathe, Magdalena, **Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana**, Macro Internacional, Santo Domingo, RD, (2000).

SESPAS, **Manual para la programación y presupuestación anual**, CERSS / SESPAS, Santo Domingo, (2001).

SESPAS, **Presupuesto Programado y Ejecutado 2001-2002**, Santo Domingo, R.D. (2002).

United Nations, Comisión of the European Communities, Internacional Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, World Bank, **System of National Accounts, 1993**, Brussels, New York, Paris, Washington, DC, (1993).

World Health Organization (WHO), **The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**, Geneva, Switzerland, 2000.

SIGLAS

OPS	Organización Panamericana de la Salud
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
CNS	Cuentas Nacionales de Salud.
OECD	Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo.
OMS	Organización Mundial de la Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
FMI	Fondo Monetario Internacional
HC	Health Care (función código ICHA)
ICHA	Clasificación funcional del sistema de cuentas de salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
CENCET	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales
DIGECIT	Dirección General de Control de SIDA e ITS
PIB	Producto Interno Bruto
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
PAHO	Pan-American Health Organization
WHO	World Health Organization
CDC	Center for the Disease Control and Prevention
WHO	World Health Organization
RRHH	Recursos Humanos
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
PRSP	Informes estratégicos para la reducción de la pobreza
CAS	Estudios de evaluación de país
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud

INDICE DE ANEXOS

ANEXO I	EJEMPLO DE INSTRUMENTOS LLENOS PARA DOS INSTITUCIONES Y PROCESAMIENTO SEGÚN DOS MÉTODOS. DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA Y DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA
ANEXO II	GUIA DE CAPACITACION 1: INFORMACION GENERAL FESP GUIA DE CAPACITACION 2: PRESENTACION
ANEXO III	DESCRIPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS INSTITUCIONALES
ANEXO IV	PRESUPUESTO DE LA SESPAS POR PROGRAMAS (1996-2001)
ANEXO V	LISTA DE PERSONAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

ANEXOS

ANEXO I

EJEMPLO DE INSTRUMENTOS LLENOS PARA DOS INSTITUCIONES

Y PROCESAMIENTO SEGÚN DOS MÉTODOS

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

República Dominicana
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

Instrumento 1

Actividades que realiza la Institución	FESP	Indicadores
<i>Gestión:</i>		
• Coordinación grupos técnicos multisectoriales para reforzamiento de la VE	2	2.1
• Formulación de planes de trabajo	5	5.5
• Elaboración de presupuestos	5	5.5
• Supervisión a los servicios provinciales de epidemiología	2	2.5
<i>Vigilancia epidemiológica:</i>	6	6.1
• Revisión e impresión de las Normas de Vigilancia	2	2.1, 2.2
• Monitoreo de la situación epidemiológica de las enfermedades transmisibles a nivel nacional	2	2.1
	2	2.1
• Diseño e implementación de sistemas de vigilancia	2	2.1
• Evaluación del sistema de vigilancia		
• Impresión y difusión de boletines epidemiológicos semanales		
• Coordinación con los diferentes subsistemas del SINAVE (reuniones-talleres)	1	1.1
	2	2.5
<i>ASIS:</i>	1	1.2
• Análisis y difusión de la situación nacional de salud	1	1.2
• Apoyar la realización de análisis de la situación de salud a nivel local y provincial	2	2.1
• Limpieza de las bases de datos de la mortalidad registrada	1	1.2
	1	1.1
• Análisis de la mortalidad materna e infantil		
• Impresión y difusión de boletines epidemiológicos trimestrales	2	2.5
• Actualización y mantenimiento de bases de datos	8	8.3
• Impresión y difusión de indicadores básicos de	10	10.2

salud	2	2.2
<i>Investigación epidemiológica:</i>		
<ul style="list-style-type: none">• Apoyo técnico a los niveles subnacionales en la investigación de brotes.• Capacitación en servicio en Epidemiología• Desarrollo de la capacidad institucional de investigación en Salud Pública• Difusión e intercambio de información epidemiológica nacional e internacional• Elaboración de guías metodológicas para medir y evaluar el estado de salud	1	1.1

Instrumento 2-A
Institución o Departamento: Dirección General de Epidemiología
Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y Distribución del tiempo dedicado a cada una

Cargo	Salario (RD\$)	FESP (En porcentaje)											Tareas	Otras
		Anual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Adm.(%)
Director General Epidemiología	445,200	5	34	10		10	10					1	20	10
Coordinador Vigilancia Epidemiológica	318,000	20	35	10		10	5		5		5	5		5
Coord. Invest. Epidemiológica	318,000	10	10			20	10		20		25			5
Coord. Análisis de situación de salud (ASIS)	293,832	30	25			5			25		10			5
Encargado Unidad Capacitación	170,002	15	10	5	5	40			10		15			
Encargado Vigilancia Meningo	158,669	10	90											
Encargado Vigilancia Dengue	158,669	20	70	10										
Encargado Vigilancia ETA	170,002		70						20			10		
Encargado Vigilancia Mortalidad Materna	170,002		80						20					
Asistente Mortalidad Materna	85,398		100											
Encargado Vigilancia ETA	170,002		70						20			10		
Asistente de Vigilancia	62,964		80										20	
Secretaria Ejecutiva	101,760												100	
Encargado Sistema de Informática	127,200												100	
Secretaria Ejecutiva	76,320												100	
Auxiliar Vigilancia Epidemiológica	62,964												100	
Chofer	30,642												100	
Encargado Vigilancia Aeropuertos ¹	238,003													
Encargado Vigilancia Aeropuertos ¹	158,669													
Asistente Administrativa ²	30,642												100	
Médico pasante ³			100											
Médico pasante ³			100											
Totales	3,346,940													

¹ Reciben salarios pero no desempeñan funciones en la DIGEPI.

² En licencia de pensión

³ Médicos pasantes honoríficos

Instrumento 2-B
Institución: Dirección General de Epidemiología

Cuadro 2-B-1
Distribución del esfuerzo (en valor monetario) dedicado a cada una de las funciones esenciales de salud (En RD\$)

Cargo	Salario (RD\$)	FESP (En RD\$)											Tareas
	Anual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Adm.
Director General Epidemiología	445,200	22,260	151,368	44,520	0	44,520	44,520	0	0	0	0	4,452	89,040
Coord. Vigilancia Epidemiológica	318,000	63,600	111,300	31,800	0	31,800	15,900	0	15,900	0	15,900	15,900	0
Coord. Invest. Epidemiológica	318,000	31,800	31,800	0	0	63,600	31,800	0	63,600	0	79,500	0	0
Coord. Anál. sit. de salud (ASIS)	293,832	88,150	73,458	0	0	14,692	0	0	73,458	0	29,383	0	0
Encargado Unidad Capacitación	170,002	25,500	17,000	8,500	8,500	68,001	0	0	17,000	0	25,500	0	0
Encargado Vigilancia Meningo	158,669	15,867	142,802	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encargado Vigilancia Dengue	158,669	31,734	111,068	15,867	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encargado Vigilancia ETA	170,002	0	119,001	0	0	0	0	0	34,000	0	0	17,000	0
Enc. Vig. Mortalidad Materna	170,002	0	136,002	0	0	0	0	0	34,000	0	0	0	0
Asistente Mortalidad Materna	85,398	0	85,398	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encargado Vigilancia ETA	170,002	0	119,001	0	0	0	0	0	34,000	0	0	17,000	0
Asistente de Vigilancia	62,964	0	50,371	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12,593
Secretaria Ejecutiva	101,760	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101,760
Enc. Sistema de Informática	127,200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	127,200
Secretaria Ejecutiva	76,320	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	76,320
Auxiliar Vigilancia Epidemiológica	62,964	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62,964
Chofer	30,642	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,642
Enc. Vigilancia Aeropuertos	238,003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enc. Vigilancia Aeropuertos	158,669	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asistente Administrativa	30,642	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,642
Médico pasante		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médico pasante		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales	3,346,940	278,911	1,148,570	100,687	8,500	222,612	92,220	0	271,959	0	150,284	54,352	531,161

Cuadro 2-B-2
Gasto en servicios personales por FESP

Total general	FESP											Total FESP	Tareas Adm.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
3,346,940	278,911	1,148,570	100,687	8,500	222,612	92,220	0	271,959	0	150,284	54,352	2,328,096	531,161
100%	8.3%	34.3%	3.0%	0.3%	6.7%	2.8%	0.0%	8.1%	0.0%	4.5%	1.6%	69.6%	15.9%

Cuadro 2-B-3
Gasto en tareas administrativas por FESP

Distribución por FESP de tiempo dedicado a tareas administrativas											Total FESP
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1.3%	5.4%	0.5%	0.0%	1.1%	0.4%	0.0%	1.3%	0.0%	0.7%	0.3%	11.0%
7,025	28,928	2,536	214	5,607	2,323	-	6,850	-	3,785	1,369	58,635

¹ Estoy suponiendo que la respuesta que dieron a tareas administrativas se reparte de acuerdo a los % dedicados de cada FESP.

Cuadro 2-B-4
Presupuesto Total (sin incluir servicios personales)

Total FESP	Distribución porcentual del tiempo dedicado a cada FESP											Dist. Presupuestaria	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total FESP	Tareas Adm.
100%	10.8%	46.8%	3.9%	0.3%	8.7%	3.6%	0.0%	11.2%	0.0%	7.1%	0.0%	92.4%	4.8%
1,445,194	156,771	676,145	56,595	4,778	125,127	51,835	0	162,481	0	102,346	0	1,336,078	69,817

Cuadro 2-B-5
Presupuesto de DIGEPI

Presupuesto global	4,792,134
Servicios personales	3,346,940
Gasto en FESP	1,445,194

Fuente: Instrumento 3, 2001.

NOTA: No se consideran en este caso los aportes de la cooperación externa, para evitar la doble contabilidad.

Instrumento 3

**Institución o Departamento: Dirección General de Epidemiología
Presupuesto Ejecutado por Programas, Según Fuentes de Financiamiento, 2001.**

Programas/ Actividades	FESP	SESPAS		Otras		Ventas de Servicios				Donaciones		Total
		En especie	Subvención			Gobierno	Empresas Públicas	Empresas Privadas	Personas	Nacionales	Internacionales	
Rectoría, Dirección, Coordinación Intra y Extra Sectorial			45,732									45,732
Planificación Sectorial			23,730									23,730
Gestión Administrativa Financiera			1,182,972									1,182,972
Dirección y Coordinación de los Servicios de Salud			60,191									60,191
Regulación, vigilancia, control e investigación de la salud			132,569									132,569
Totales			1,445,194									1,445,194

Fuente: Presupuesto ejecutado 2001

Instrumento 4
Institución o Departamento: Dirección General de Epidemiología
Presupuesto Ejecutado por Programas y Objeto del Gasto, 2001.

Programa/ Actividades	FESP	Servicios Personales	Servicios no personales	Productos medicinales y farmacéuticos	Materiales y suministros	Equipos médicos y sanitarios	Otros equipos y reparaciones	Construcción de Obras	Total
Rectoría, Dirección, Coordinación Intra y Extra Sectorial			44,000		1,732				45,732
Planificación Sectorial			19,250		4,480				23,730
Gestión Administrativa Financiera			1,093,500			20,000	69,472		1,182,972
Dirección y Coordinación de los Servicios de Salud			43,197		16,994				60,191
Regulación, vigilancia, control e investigación de la salud			45,073	42,000	18,294	22,450	4,752		132,569
Totales		-	1,245,020	42,000	41,500	42,450	74,224	-	1,445,194

Fuente: Presupuesto ejecutado 2001

República Dominicana
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA

Instrumento 1

Actividades que realiza la Institución	FESP	Indicadores
<i>Apoyo en el diseño implementación y ejecución de un sistema de información de salud.</i>	1	1.1
<i>Integración y participación en reuniones relacionadas con el sector.</i>	5	5.2
<i>Seguimiento y evaluación de planes, políticas, programas y proyectos.</i>	5	5.2
<i>Diseño y elaboración de guías y manuales para el trabajo operativo.</i>	5	5.2
<i>Reuniones del Consejo o Equipo Técnico.</i>	5	5.3
<i>Formulación de planes.</i>	5	5.1
<i>Reuniones de coordinación con la red de servicios.</i>	5	5.3
<i>Monitoreo, seguimiento y evaluación a las DRS, DPS y DAS para el desarrollo y fortalecimiento de las UNAP.</i>	5	5.3
<i>Apoyo al diseño, implementación y evaluación de cambios y transformación del sistema.</i>	6	6.1
<i>Supervisión a médicos pasantes en establecimientos del primer nivel.</i>	6	6.3
<i>Identificación de la brecha de recursos humanos de las UNAP.</i>	8	6.2
<i>Apoyo a la capacitación de los recursos humanos en políticas, estrategias, métodos e instrumentos para el trabajo de las UNAP.</i>	8	8.1

Capacitación sobre un enfoque integral y familiar del plan básico de salud y actualización clínica	8	8.2
Cursos de inducción y motivación a los médicos que inician la pasantía de ley.	8	8.2

República Dominicana
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA

Instrumento 1

Actividades que realiza la Institución	FESP	Indicadores
Apoyo a la evaluación del proceso descentralizado de formación y capacitación de los equipos locales de salud.	8	8.2
Apoyo a la elaboración de un plan de educación continuada descentralizada acorde al perfil socio-epidemiológico y el modelo de salud definido.	8	8.3
Apoyo al diseño de un sistema de garantía de calidad y evaluación de los servicios de salud del primer nivel de atención.	9	9.3
<p>Gestión administrativa financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compras y contrataciones de insumos. ▪ Control y manejo de inventarios ▪ Gestión y administración de transporte ▪ Registro y control de las operaciones contables. ▪ Registro, control y custodia de los ingresos y gastos. ▪ Control y supervisión de las actividades de intendencias. ▪ Inventarios de equipos y mobiliarios de los establecimientos del primer nivel. 		
Equipamiento y reequipamiento de las sedes de las UNAP.		
<p>Dotación de guías, instrumentos, manuales y normas a las UNAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fichas Familiares ▪ Agendas y Registro diario de actividades 		

<ul style="list-style-type: none">▪ Manual de organización▪ Guías de capacitación para el banco de salud. <p>Dotación de recursos humanos en salud a los establecimientos del primer nivel de atención.</p>	<p>otros</p>	
--	--------------	--

República Dominicana
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA

Instrumento 1

Actividades que realiza la Institución	FESP	Indicadores
<p>Consolidación y fortalecimiento de las UNAP:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Sectorización y resectorización de las UNAP.▪ Elaboración de CROQUIS.▪ Evaluación de la infraestructura de los establecimientos del primer nivel.	otros	

Instrumento 2-B
Institución: Dirección General de Atención Primaria
Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

Cuadro 2-B-1

Distribución del esfuerzo (en valor monetario) dedicado a cada una de las funciones esenciales de salud (En RD\$)

Cargo	Salario Anual	FESP											Tareas Adm.	Otras Actividades
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Directora	293,832	73,458	0	0	0	44,075	29,383	0	73,458	29,383	0	0	29,383	14,692
Dir. Pasantía Médica	381,600	38,160	0	0	0	38,160	38,160	0	38,160	19,080	0	0	190,800	19,080
Coordinador Nacional	335,808	83,952	0	0	0	50,371	33,581	0	83,952	33,581	0	0	33,581	16,790
Coord. Capacitación	158,669	31,734	0	0	0	31,734	15,867	0	47,601	15,867	0	0	7,933	7,933
Coord. Programa	293,832	0	0	0	0	29,383	29,383	0	88,150	29,383	0	0	88,150	29,383
Supervisor Hospitales	318,000	79,500	0	0	0	15,900	15,900	0	31,800	0	0	0	31,800	143,100
Asistente Capacitación	103,890	10,389	0	0	0	10,389	0	0	10,389	0	0	0	41,556	31,167
Asistente Dirección	76,320	0	0	0	0	0	0	0	11,448	0	0	0	38,160	26,712
Administradora	149,460	0	0	0	0	0	0	0	7,473	0	0	0	134,514	7,473
Contadora	91,584	0	0	0	0	0	0	0	4,579	0	0	0	77,846	9,158
Asistente Contable	49,858	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34,901	14,957
Encargada de Archivo	34,280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,852	3,428
Encargada de Almacén	34,280	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,852	3,428
Encargada de Corresp.	25,325	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22,793	2,532
Analista de Nómina I	41,976	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37,778	4,198
Digitadora	52,470	0	0	0	0	0	0	0	5,247	0	0	0	41,976	5,247
Secretaria I	55,968	0	0	0	0	0	0	0	2,798	0	0	0	50,371	2,798
Secretaria I	52,470	0	0	0	0	0	0	0	5,247	0	0	0	41,976	5,247
Secretaria II	30,642	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29,110	1,532
Secretaria II	28,823	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27,382	1,441
Secretaria II	28,920	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27,474	1,446
Recepcionista I	37,778	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35,889	1,889
Recepcionista II	32,460	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30,837	1,623
Conserje (2)	41,976	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41,976	0
Chofer I	34,280	1,714	0	0	0	0	1,714	0	1,714	0	0	0	25,710	3,428
Chofer II	27,004	1,350	0	0	0	0	1,350	0	1,350	0	0	0	20,253	2,700
Sereno I	34,280	0	0	0	0	0	1,714	0	0	0	0	0	30,852	1,714
Sereno II	20,988	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19,939	1,049
Totales	2,866,773	320,257	0	0	0	220,012	167,052	0	413,366	127,294	0	0	1,254,644	364,148

Cuadro 2-B-2
Gasto en servicios personales por FESP

Total general nómina	FESP											Total FESP	Tareas adm	Otras act.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
2,866,773	320,257				220,012	167,052		413,366	127,294				1,247,982	1,254,644	364,148
100%	11.2%				7.7%	5.8%		14.4%	4.4%				43.5%	43.8%	12.7%

NOTAS:

El 43.5% obtenido corresponde al esfuerzo entregado actividades directamente relacionadas con las FESP.

El 43.8% obtenido hay que dividirlo en tareas administrativas directamente relacionadas con las FESP y tareas administrativas relacionadas con el resto de las actividades que no son FESP.

El 12.7% obtenido corresponde al esfuerzo entregado a otras actividades que no son FESP.

Cuadro 2-B-3
Gasto en tareas administrativas por FESP

Distribución por FESP del tiempo dedicado a tareas administrativas											Total FESP
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
4.9%				3.4%	2.6%		6.3%	1.9%			19.1%
61,341				42,141	31,997		79,175	24,382			239,035

NOTAS:

Supuesto: la cifra que se corresponde a tareas administrativas se reparte de acuerdo a los porcentajes de tiempo dedicados a cada FESP.

El 19.1% obtenido sale de calcular el porcentaje de tiempo que se ocupa en realizar tareas administrativas directamente relacionadas con las FESP

Cuadro 2-B-4
Gasto directo en FESP

FESP 1	11,868,714
FESP 5	2,102,930
FESP 6	972,530
FESP 8	1,364,125
TOTAL	16,308,299

Fuente: Instrumento 3, 2001.

NOTA: Agregación realizada descontando lo aportado por OPS.

Cuadro 2-B-5
Presupuesto de Atención Primaria

Presupuesto global	19,702,131
Servicios personales	2,866,773
Gasto en FESP	16,308,299

Fuente: Instrumento 3, 2001.

NOTA: No se consideran en este caso los aportes de la cooperación externa, para evitar la doble contabilidad.

Instrumento 3												
Institución o Departamento: Dirección General de Atención Primaria												
Presupuesto Ejecutado por Programas, Según Fuentes de Financiamiento, 2001												
Programa/ Actividades	FESP	SESPAS		Otras Fuentes Públicas		Ventas de Servicios			Donaciones		Total	
		En especie	Subvención	PROSISA	CERSS	Gobierno	Empresas Públicas	Empresas Privadas	Personas	Nacionales		Internacionales
Apoyo a diseño, implementación y evaluación de un sistema de información de salud.	1		11,868,714									11,868,714
Integración y participación en reuniones relacionadas con el sector	5		157,050									157,050
Seguimiento y evaluación de planes, políticas, programas y proyectos.	5		1,788,830									1,788,830
Reuniones de coordinación con la red de servicios.	5		157,050									157,050
Monitoreo, seguimiento y evaluación a las DPS, DRS y DAS para el desarrollo y fortalecimiento de las UNAP	5										450,000	450,000
Apoyo a Diseño, Implementación y Evaluación de cambios y transformaciones del sistema.	6									538,220		538,220
Supervisión a médicos pasantes en establecimientos de primer nivel.	6		434,310									434,310
Apoyo a la capacitación de los recursos en políticas, estrategias, métodos e instrumentos para el trabajo de las UNAP.	8		150,000									150,000
Capacitación sobre el enfoque integral y familiar del plan básico de salud y actualización clínica.	8	1,214,125										1,214,125
Cursos de inducción y motivación a los médicos que inician la pasantía de ley.	8										150,000	150,000
Apoyo al diseño de un sistema de garantía en calidad y evaluación de los servicios de salud del primer nivel de atención.	9										45,000	45,000
TOTAL FESP		1,214,125	14,555,954							538,220	645,000	16,953,299
Gestión administrativa Financiera:	adm.		2,865,000									2,865,000
Compras y contrataciones de insumos												
Control y manejo de inventarios												
Gestión y administración de transporte												
Registro, control y custodia de las operaciones contables												
Control y supervisión de las actividades de intendencias.												
Registro, control y custodia de los ingresos y gastos.												
Dotación de guías, instrumentos, manuales y normas a las UNAP.	adm.	7,000	42,500							479,332		528,832
TOTAL OTROS		7,000	2,907,500							479,332		3,393,832
TOTAL GENERAL		1,221,125	17,463,454							1,017,552	645,000	20,347,131

Fuente: Instrumento llenado por técnicos de esta Dirección.

ANEXO II

GUIA DE CAPACITACION 1: INFORMACION GENERAL FESP

Función Esencial 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

Definición:

- La evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda por servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos extrasectoriales que aportan en promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluyendo actores extrasectoriales, proveedores y ciudadanos).
- La definición y el desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

Indicadores:

- 1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 1.2 Evaluación de la calidad de la información
- 1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Función Esencial 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Definición:

- La capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores conductuales,

accidentes y exposición a sustancias tóxicas, condiciones de vida y ambientales dañinas para la salud.

- La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general.
- Laboratorios de salud pública capaces de conducir tamizajes rápidos y de procesar un alto volumen de exámenes necesarios para la identificación y el control de amenazas emergentes para la salud
- El desarrollo de activos programas de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas
- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan un mejor enfrentamiento de los problemas de salud de interés
- El fortalecimiento de la capacidad de vigilancia en el nivel local para activar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o riesgos específicos

Indicadores:

- 2.1 Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública.
- 2.2 Capacidades y experticia en vigilancia de salud pública
- 2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública
- 2.4 Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública
- 2.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Función Esencial N° 3: Promoción de Salud

Definición:

- El fomento de los cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.
- El fortalecimiento de alianzas intersectoriales con el fin de hacer más efectivas las acciones promocionales.
- La evaluación del impacto en salud de las políticas públicas.
- El desarrollo de acciones de educación y comunicación social dirigidas a promover condiciones, estilos de vida, conductas y ambientes saludables.
- La reorientación de los servicios de salud para el desarrollo de modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Indicadores:

- 3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables
- 3.2 Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud
- 3.3 Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud
- 3.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción
- 3.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de salud.

Función Esencial N° 4: Participación de los ciudadanos en salud

Definición:

- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a adecuados servicios de salud pública.
- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento del estado de salud de la población y la promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.

Indicadores:

- 4.1 Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública
- 4.2 Fortalecimiento de la participación social en salud
- 4.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en salud

Función Esencial N° 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública

Definición:

- La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean mensurables y consistentes con un marco valórico que favorezca la equidad.
- El desarrollo, monitoreo y evaluación de las decisiones políticas en salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el cual esta se desarrollan.

- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica, con énfasis en los procesos de construcción, implementación y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- El desarrollo de competencias para la toma de decisiones basada en evidencia incorporando su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y comunicación efectiva, el desarrollo organizacional y la gestión de recursos.
- El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública.

Indicadores:

- 5.1 La definición nacional y subnacional de objetivos en salud pública
- 5.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública
- 5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública
- 5.4 Gestión de la cooperación internacional en salud pública
- 5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Función Esencial N° 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública

Definición:

- La capacidad institucional para desarrollar el marco regulador para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La capacidad de generar nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

Indicadores:

- 6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio
- 6.2 Hacer cumplir la normativa en salud
- 6.3 Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.
- 6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

Función Esencial N° 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

Definición:

- La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de esta atención)
- El monitoreo y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y pluricultural que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
- La estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Indicadores:

- 7.1 Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios
- 7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población
- 7.3 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
- 7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

Función Esencial N° 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Definición:

- La identificación de un perfil de los recursos humanos en salud pública adecuado para la entrega de servicios de salud pública.
- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública.
- La definición de requerimientos para la acreditación de profesionales de salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.
- La formación de activas alianzas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los

estudiantes, así como educación continua en gestión del recurso humano y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.

- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y pluricultural en salud pública.
- La formación ética del personal de salud pública, con énfasis en principios y valores tales como solidaridad, equidad, respeto a la dignidad de las personas.

Indicadores:

- 8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública
- 8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo
- 8.3 Educación continua, permanente y de postgrado en salud pública
- 8.4 Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios
- 8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos

Función Esencial N° 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos

Definición:

- La promoción de la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de calidad
- La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías de salud que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y contribuye a mejorar su calidad.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Indicadores:

- 9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
- 9.2 Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud
- 9.3 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública

- 9.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios

Función Esencial N° 10: Investigación en salud pública

Definición:

- La investigación rigurosa dirigida a incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en sus diferentes niveles.
- La implementación y el desarrollo de soluciones innovadoras en salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extrasectorial, para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción.

Indicadores:

- 10.1 Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública.
- 10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación
- 10.3 Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública.

Función Esencial N° 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Definición:

- El desarrollo de políticas, la planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Un enfoque integral respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Indicadores:

- 11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres

- 11.2** Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.
- 11.3** Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones.
- 11.4** Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

GUIA DE CAPACITACION 2: PRESENTACION

Estimación de financiamiento, gasto y costo en las funciones esenciales de salud pública: Un marco de referencia

Magdalena Rathe
OPS / Banco Mundial

Medición del desempeño

- Como resultado del ejercicio de medición del desempeño de los países en la ejecución de las FESP, se llegó a la conclusión de que es necesario traducirlas en actividades programáticas, con la finalidad de poder medir el monto de los recursos que se asignan para producirlas.

El paso siguiente

- Determinar cuántos recursos se asignan para llevar a cabo las FESP.
- Analizar la diferencia entre lo que se invierte con relación a lo que se debería hacer.
- Reforzar y fortalecer la capacidad rectora del Estado.

¿Cuántos fondos se asignan?

- Para ello se requiere elaborar una metodología para estimar el gasto y financiamiento en las FESP.
- Esto podría realizarse dentro del marco de las Cuentas Nacionales de Salud.
- Asimismo, se requiere desarrollar un marco conceptual que permita a los países costear la implementación futura, sobre todo de aquellas funciones cuyo desempeño ha resultado pobre en el proceso de evaluación.

El Banco Mundial y su nueva política sobre salud pública

- El Banco Mundial -- dentro de sus esfuerzos en pro de la erradicación de la pobreza frente a los retos del nuevo milenio -- se encuentra en proceso de formulación de una estrategia para incorporar el tema de la salud pública a todas sus operaciones.

Alianza estratégica OPS – BM para fortalecer la salud pública

- Elaboración de un marco metodológico de financiamiento, gasto y costo de FESP.
- Pruebas piloto en RD y Venezuela.
- Estudios de caso en varios países.
- Revisión y conclusión de la metodología.

Beneficios de la iniciativa

- Mejorar la capacidad de asignación de los recursos, tanto corrientes como de inversión, en las funciones esenciales de salud pública y, consecuentemente, eficientizar el gasto público.
- Mejorar el conocimiento sobre la forma en que se lleva a cabo la ejecución de las FESP y sobre la manera en que los países pueden irse aproximando al estándar.
- Contribuir al mejoramiento de la infraestructura de salud pública y al desempeño en las FESP.
- Transparentar la asignación de recursos en las FESP en las estadísticas presupuestarias y, consecuentemente, en las Cuentas Nacionales de Salud.

Beneficios de la iniciativa

- Mejorar la calidad de los sistemas de salud en su conjunto, al elevar la capacidad normativa de la autoridad sanitaria y su desempeño.
- En resumen, contribuir al ejercicio de la rectoría del sector salud.

Primera fase del proyecto

- Revisión de la literatura relacionada con las FESP
- Marco de referencia para la estimación del gasto y financiamiento en las FESP.

Revisión de la literatura

- Antecedentes: OMS y varios estudios realizados en Estados Unidos.
- La OPS y la estrategia de salud para las Américas: medición del desempeño.
- La estrategia de salud pública del Banco Mundial.

Marco metodológico para la estimación del gasto y financiamiento en las FESP

Las FESP en las CNS

- ¿Qué son las CNS?
- El tema de la clasificación de las partidas
- La definición de las actividades clave
- Los actores envueltos
- La estimación de los recursos involucrados

Cuentas Nacionales de Salud

- Las CNS son un conjunto coherente de matrices que describen los flujos financieros dentro del sector salud en un año determinado.
- Dan información sobre el origen de los fondos, su distribución entre las distintas instituciones que intervienen y el uso de los recursos, en base a ciertas clasificaciones que son de interés para fines de política.

Las CNS

- Las CNS son la herramienta más apropiada para analizar el gasto en salud en cualquier país.
- El área correspondiente a la salud pública está en proceso de desarrollo en los manuales para la elaboración de las CNS.

Manuales de CNS

- “Un Sistema de Cuentas de Salud”, manual básico de clasificación de las partidas correspondientes al sector salud, realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2000.
- Guía de Productores, todavía a nivel de borrador, que está siendo desarrollada mediante una iniciativa conjunta de la propia OPS, la OMS, el Banco Mundial y USAID, a través del Proyecto Partnerships for Health Reform (PHR).

Prevención y salud pública en las CNS (funciones)

- Salud materno infantil y planificación familiar
- Salud escolar
- Prevención de transmisibles
- Prevención de no transmisibles
- Salud ocupacional
- Otros servicios de salud pública

Funciones relacionadas con la salud (según las CNS)

- Formación de capital
- Educación y adiestramiento del personal de salud
- Investigación y desarrollo
- Control de alimentos, higiene y agua
- Salud ambiental

¿Qué información interesa?

- Se requiere de una reflexión profunda a nivel internacional sobre cuál es la información que interesa tener en el campo de la salud pública, cuáles son aquellas actividades básicas que permiten a la autoridad sanitaria ejercer a cabalidad su función de rectoría y cómo éstas se pueden medir y monitorear en el transcurso del tiempo.
- En este sentido, los resultados de este trabajo y de los estudios de caso que se realicen en varios países para estimar el gasto y financiamiento de las FESP, contribuirá información valiosa para alimentar la reflexión sobre cómo abordar la clasificación de las tareas de salud pública en las cuentas nacionales de salud.

Los actores envueltos

Para cada FESP es necesario identificar:

- ¿qué actividades realiza?
- ¿qué instituciones o departamentos participan?
- ¿cuántos recursos asignan?
- ¿quiénes aportan el financiamiento?

Ejemplo, actividades incluidas en la FESP 2 (USA)

- Detección de enfermedades transmisibles
- Detección de enfermedades crónicas
- Detección de accidentes
- Prevención de VIH/SIDA: pruebas y promoción; notificación.
- Investigación y control de brotes (incluyendo inmunización)
- Servicios de prevención dirigidos a toda la población (definir cuáles).
- Consejos sobre nutrición y ejercicios.
- Rastreo de contactos (ej. TB).
- Evaluación de riesgo ambiental.
- Muestreo ambiental.
- Investigación de plomo.
- Detección de asbestos.
- Servicios de laboratorios de salud pública.
- Laboratorios ambientales.

¿Qué hacemos en AL?

- Un enfoque sería definir de antemano “qué actividades incluir” – enfoque normativo.
- Otro enfoque sería averiguar en los países “qué incluimos efectivamente” – enfoque positivo.

Enfoque paralelo

- Para el estudio de financiamiento y gasto partimos del segundo enfoque: qué incluyen actualmente los países.
- Paralelamente, los expertos de los países definirán qué se debe incluir.
- Al final se hará una propuesta válida para toda la región.

La organización institucional: ejemplo FESP 2 en la RD

- Dirección General de Epidemiología
- Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)
- Laboratorio Nacional Dr. Defilló
- Dirección General de Ambiente
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Programa de Tuberculosis
- Programa de Nutrición
- Centro de Control de Rabia
- Dirección Materno Infantil
- Direcciones Provinciales de Salud
- Departamento de Laboratorios
- Dirección General de Control de SIDA e ITS
- Departamento de Infectología del Hospital Robert Reid Cabral.
- Instituto Nacional de Agua Potable
- Instituto Dermatológico

Para cada entidad se requiere:

- Conocer las acciones que realiza en la FESP 2.
- Estimar los recursos que asignan a dichas tareas, clasificados según las CNS.

¿Cómo estimar los recursos?

- Revisión de presupuestos, planes de acción, ejecución presupuestaria.
- Discusión con los técnicos involucrados.
- Separación de actividades según correspondan o no a la FESP en cuestión.
- Estimación del nivel de esfuerzo (personal, calificación, costo, tiempo dedicado).

Relacionar los datos

- Cantidad de recursos movilizados
- Proporción respecto al gasto total en salud pública.
- Proporción respecto al gasto en salud.
- Proporción respecto al PIB.
- Gasto per cápita.
- Análisis dinámico.
- Análisis de las fuentes de financiamiento.

Investigación participativa

- El estudio requiere de una gran participación de las autoridades de salud pública y de los técnicos de cada entidad.
- La estimación del nivel de esfuerzo es un proceso creativo, que depende del conocimiento de los que viven a diario la experiencia de producir las FESP.

Apoyo institucional

- El éxito del estudio dependerá del apoyo institucional que den las autoridades a sus técnicos y a los investigadores.
- Este apoyo se expresa en facilitar el tiempo de su personal y las informaciones financieras requeridas.

Próximos pasos

- Prueba piloto en RD y Venezuela para estimar gasto y financiamiento en:
 - FESP 2: Vigilancia de salud pública
 - FESP 9: Aseguramiento de calidad

Resultados

- Los resultados de estas pruebas piloto permitirán construir los instrumentos detallados para realizar estudios de caso de gasto y financiamiento en varios países de LAC.

Función de rectoría

- Al culminar este proceso se espera tener un instrumento adecuado, que permita a la autoridad sanitaria monitorear la movilización de recursos y la asignación de los mismos a las distintas funciones de salud pública, con lo cual estará en mejores condiciones para ejercitar la rectoría dentro del sector salud.

ANEXO III

DESCRIPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS INSTITUCIONALES

FESP 1: ANÁLISIS Y MONITOREO DE LA SITUACIÓN DE SALUD

El cumplimiento de todo lo concerniente a la FESP 1, requiere que la SESPAS realice las siguientes acciones:

- Implementar normas o guías para medir el estado de salud de la población, tanto para el nivel nacional como para todos los niveles del sistema de salud que describan los métodos y las fuentes para el levantamiento y difusión de la información bajo normas uniformes para todo el sistema de información, y compatibles con las exigencias de las instancias nacionales e internacionales, accesibles pero sin violentar la privacidad de las personas.
- Desarrollar un proceso permanente de revisión y mejoría del sistema de información así como de las normas y procedimientos para el levantamiento y la diseminación de la información.
- Identificar y mantener actualizado un perfil anual del estado de salud del país que incluya variables sociodemográficas, sobre daño a la salud, sobre riesgos y hábitos de vida, al igual que sobre el acceso, la utilización y las barreras de los servicios de salud, que permita evaluar los cambios en las necesidades y desigualdades del estado de salud de la población que orienten la definición de prioridades y objetivos nacionales.
- Difundir la información sobre el estado de salud de la población a través de publicaciones, eventos, entrega de datos a tomadores de decisiones y a la comunidad.
- Desarrollar una evaluación de la calidad de la información a través de una instancia específica responsable de ello (incluso se prefiere que fuera externa a la SESPAS) que este integrada a una coordinadora nacional de estadísticas.
- Emplear y desarrollar los recursos humanos que necesita en Epidemiología y Estadística para todos los niveles del sistema de salud acordes a las exigencias tecnológicas del momento.
- Disponer de los recursos tecnológicos necesarios para el monitoreo y evaluación del estado de salud de la población, sobre todo recursos computacionales (computadoras, software, acceso a internet, redes electrónicas).

- Desarrollar un proceso permanente de asesoría y apoyo a los niveles subnacionales en materia de evaluación del estado de salud de la población con énfasis en recolección y análisis de datos, así como en la publicación de un perfil de salud.
- Realiza labores de asesoría y apoyo en materia de análisis de situación de salud a los niveles subnacionales.

Principales instancias participantes

Dirección General de Epidemiología

Esta es una función clásica de la Epidemiología y donde, tradicionalmente ha recaído formalmente la responsabilidad de desarrollar esta función. Dos responsabilidades fundamentales le ha correspondido asumir, con niveles de desarrollo muy desiguales. A través de la Unidad de Análisis de Situación de Salud, le corresponde, sobre todo, lo relativo a la evaluación de la situación y tendencias de la salud y sus determinantes incluyendo lo relativo a la medición de las desigualdades en salud, aunque su profundidad de análisis, hasta la fecha, sólo le ha permitido alcanzar a identificar los riesgos; y, en algunas ocasiones, sobre todo como apoyo a las instancias de mayor dirección (Secretaría y Subsecretarías) le ha correspondido tener que desarrollar tecnología y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información. La Dirección Nacional de Epidemiología corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria. Las tareas específicas de la Unidad de Análisis de Situación de Salud que realiza hoy día son las siguientes:

- Compila información sobre el estado de salud de la población y sus determinantes de diversas fuentes, sobre todo lo relativo a las encuestas demográficas y de salud, los registros de mortalidad y algunas otras bases de datos.
- Prepara el informe para OPS / OMS para las publicaciones sobre salud de las Américas.
- Analiza la información obtenida.
- Discute las normas y procedimientos para el análisis de la situación de salud.
- Asesora a otras instancias (planificación, estadísticas, Direcciones Provinciales) en lo que respecta a los procedimientos par el análisis de situación de salud y su monitoreo.
- Apoya las labores de la unidad de vigilancia y participa en la formación de recursos humanos en epidemiología.

Dirección General de Planificación y Sistemas

Desde hace dos años, la Dirección General de Planificación y Sistemas, dentro del proceso de programación y presupuestación anual de la SESPAS lleva a cabo con las instancias subnacionales -- Direcciones Provinciales de salud sobre todo -- un ejercicio simple de análisis

de situación de salud sobre la base de una guía simplificada que, entre otros aspectos, permite la identificación de las necesidades de salud de la población, la evaluación de algunos riesgos de salud y la demanda por servicios de salud. La Unidad de Programación es quien resulta ser la responsable al interior de la Dirección General de Planificación y Sistemas. Le corresponde a esta dependencia:

- La coordinación y preparación de las memorias anuales de la SESPAS sobre la base de las informaciones que solicita a las demás dependencias incluyendo las Direcciones Provinciales y las Regionales de Salud.
- Diseño y acompañamiento en su uso a las Direcciones Provinciales de Salud, de guías para el análisis de situación local de salud a un nivel descriptivo sobre la base de datos de población, de producción de los servicios y de riesgos ambientales.

Dirección Nacional de Hospitales

Esta Dirección cuenta con una unidad de monitoreo y evaluación de la productividad hospitalaria, la que periódicamente levanta información sobre la producción, la productividad y el gasto hospitalario, lo que permite la generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud. La Dirección Nacional de Hospitales corresponde a la Subsecretaría de Atención Especializada. Realiza las siguientes tareas:

- Analiza la información sobre producción y productividad de los hospitales del país. Esta tarea, regularmente, se atrasa por la no entrega oportuna de los formularios específicos.
- Monitorea la producción y el gasto hospitalario, con las mismas limitaciones del punto anterior.
- Presenta informes a la Dirección de Hospitales, a la Subsecretaría Administrativa y al Despacho del Secretario de Estado de SESPAS sobre la labor de los hospitales.

Dirección Nacional de Estadística

La Dirección Nacional de Estadística recoge y procesa la información, por medio de formularios estructurados, de las atenciones brindadas en las clínicas rurales y otros establecimientos de atención primaria y en los hospitales, que incluye información sobre atención a las personas, sobre programas de salud pública y actividades de promoción. En tal sentido, apoya de forma permanente a la Dirección General de Epidemiología y a la Dirección Nacional de Hospitales en el manejo de estadísticas para la evaluación de la situación de salud. La Dirección Nacional de Estadísticas pertenece a la Subsecretaría Técnica. Entre las tareas que realiza vinculadas a la FESP 1, tenemos:

- El manejo de las estadísticas vitales, sobre todo nacimientos y defunciones, siendo esta una de las responsabilidades mayores de esta dependencia.
- Le corresponde establecer la composición por edad del país y el listado de las diez primeras causas de muerte.
- Recibe, revisa, clasifica y procesa los formularios de vigilancia de enfermedades de notificación obligatoria, los de producción hospitalaria y los de servicios de atención primaria, así como los certificados de defunción.
- Atiende las solicitudes de datos de los Programas y Departamentos de la SESPAS.
- Publica con ciertas irregularidades en su periodicidad consolidados de las principales informaciones que maneja.

Dirección Nacional de Salud Ambiental

Esta dependencia tendría que monitorear y evaluar los riesgos ambientales y su impacto concreto y probable en la salud de los grupos humanos. La creación de la Secretaría del Ambiente ha reducido algunas de las funciones de la Dirección Nacional de Salud Ambiental. Sus labores aún no se han deslindado del todo con esta nueva Secretaría y, por consiguiente, sus funciones han ido más dirigidas a la inspección sanitaria y la promoción. La Dirección Nacional de Salud Ambiental corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria.

Dirección Nacional de Atención Primaria

A esta dependencia de SESPAS le ha correspondido el definir y desarrollar nuevos modelos de atención primaria que se han denominado Unidades de Atención Primaria (UNAP), para las cuales ha implementado la utilización de una ficha familiar que recoge información sobre calidad de vida, situación de salud para algunas entidades y utilización de los servicios que, al ser procesada, se plantea utilizar como base para el análisis de situación de salud y su monitoreo a nivel local. El nivel de avance de estas iniciativas es aún muy limitado y no se conocen informes del nivel local sobre la utilización de la ficha familiar como instrumento de análisis de situación de salud pese a que su llenado ha sido más que suficiente en algunas regiones del país. Esta Dirección General pertenece a la Subsecretaría de Atención Primaria.

Direcciones, Departamentos y Programas especializados de la SESPAS

A continuación se presenta un conjunto de dependencias de SESPAS que tratan con problemas específicos o poblaciones específicas. Cada uno de ellos tendría la obligación de monitorear y evaluar el estado de situación de salud para las entidades o poblaciones que le correspondan, tanto en lo relativo a sus tendencias como lo que se refiere a la condición y acceso a los servicios. La mayoría de estas dependencias tienen importantes limitaciones en lo relacionado a monitoreo y evaluación de la situación de salud; sus mayores fortalezas radican en el análisis de la

información para la caracterización de la situación de salud a un nivel descriptivo. En ocasiones, se trata de esfuerzos destinados a la vigilancia. Las que en alguna oportunidad han logrado realizar algunos elementos de un análisis y / o monitoreo de la situación de salud que les compete han sido las siguientes:

- **Centro para el Control de Enfermedades Tropicales**, sobre todo en lo que concierne a enfermedades transmitidas por vectores, e incluye información sobre riesgos y amenazas a la salud pública. Entre las tareas que realiza tenemos las siguientes: a) identifica y evalúa los riesgos y amenazas para la salud pública para enfermedades transmitidas por vectores, específicamente dengue, malaria, filariasis, lepra (en coordinación con el Instituto Dermatológico); b) establece estudios e investigaciones diagnósticas para algunas filariasis, parasitosis, biliarziasis. El CENCET es una entidad con autonomía vinculada a SESPAS, y dentro de ésta, con la Subsecretaría de Atención Primaria.
- **Programa Nacional de Control de la Tuberculosis** que en lo relativo a la FESP 1, trata, únicamente, lo relativo al manejo de información sobre el acceso y la utilización de los servicios de salud. El PNCT esta subordinado a la Subsecretaría de Atención Primaria.
- **Dirección General para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH-SIDA** que, en lo que a la FESP 1 se refiere, realiza las siguientes tareas: a) establece estudios e investigaciones diagnósticas sobre el VIH-SIDA principalmente; b) monitorea la prevalencia de VIH-SIDA a nivel nacional y para grupos de riesgos; c) identifica riesgos en lo que a propagación del VIH-SIDA en la población. Esta Dirección General pertenece a la Subsecretaría de Atención Primaria.
- **Programa Ampliado de Inmunizaciones** que, para la FESP 1 realiza lo siguiente: a) monitoreo y análisis de la cobertura lograda por el programa regular de inmunizaciones; b) monitoreo y análisis de las condiciones y producción de los servicios de vacunación. El PAI corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria.
- **Dirección Nacional de Salud Materno-infantil y Adolescentes**, que para la FESP1, sobre la base de la compilación de informaciones de diferentes fuentes y la que le brinda la Dirección de Estadísticas y Epidemiología, redacta algunos informes acerca de la situación de salud de la madre, del niño y de los adolescentes. En tal sentido realiza lo siguiente: a) Compila información sobre salud materno-infantil y de los adolescentes; b) Difusión de los indicadores de salud materno-infantil y de los adolescentes. Esta Dirección General pertenece a la Subsecretaría de Atención Primaria.
- **Dirección Nacional de Nutrición** que para la FESP1, sobre la base de la compilación de informaciones de diferentes fuentes y la que le brinda la Dirección de Estadísticas y Epidemiología y la Dirección Nacional Materno-infantil y Adolescente, redacta informes

y difunde información acerca de la situación nutricional de la madre, del niño y de la población en general, que son empleadas por otras instancias nacionales para la definición y seguimiento de planes en alimentación y nutrición; en tal sentido realiza lo siguiente: a) Compila información sobre alimentación y nutrición y sobre prevalencia de estados nutricionales en poblaciones de interés; b) Difunde, por lo menos una vez al año, los indicadores e informaciones acerca de la situación de alimentación y nutrición. Esta Dirección General pertenece a la Subsecretaría de Nutrición.

- **Centro para el Control de Enfermedades de Transmisión sexual y VIH-SIDA**, el que conjuntamente con la Dirección General de Epidemiología interviene en el monitoreo de la prevalencia de VIH-SIDA a través de una encuesta de seroprevalencia. Dentro de la FESP1 realiza acciones tendentes a mostrar el comportamiento del VIH-SIDA principalmente y de algunos factores de riesgo. En tal medida, realiza las siguientes actividades: compila información de diversas fuentes; b) apoya y participa en investigaciones para la identificación de prevalencia de VIH en poblaciones especiales junto con otras instituciones; c) Estima el comportamiento de los casos y las consecuencias para la salud pública. Esta subordinado a la Subsecretaría de Atención Primaria.

FESP 2: VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA, INVESTIGACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD PÚBLICA

Para llevar a cabo esta función, la SESPAS debe realizar las siguientes acciones:

- Implementar sistemas de vigilancia epidemiológica que puedan analizar la naturaleza y magnitud de las amenazas, seguir eventos adversos y riesgos a la salud de las personas, así como los cambios en las condiciones de vida.
- Desarrollar protocolos escritos para la identificación de amenazas a la salud pública, riesgos y daños a la salud de las personas.
- Desarrollar experiencia en el análisis y la investigación poblacional de las enfermedades prevalentes de importancia para la salud pública.
- Realizar una evaluación por lo menos anual de la información que produce el sistema de vigilancia.
- Mantener una lista actualizada de los laboratorios que pueden realizar análisis especializados requeridos por los sistemas de vigilancia.
- Implementar mecanismos de coordinación y referencia de la red de laboratorio nacional con laboratorios internacionales de reconocida excelencia.
- Formular procedimientos estandarizados y los evalúa para recibir información de laboratorios públicos y privados para el monitoreo de determinados procesos.
- Desarrollar protocolos y manuales de procedimiento para la respuesta rápida frente a daños a la salud del ambiente y de las personas.

- Realizar evaluaciones de la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia frente a cada oportunidad que ha tenido que intervenir.
- Realizar labores de asesoría y apoyo en materia de vigilancia a los niveles subnacionales.

Principales instancias participantes

Dirección General de Epidemiología

Esta es la otra función clásica de la Epidemiología y donde, tradicionalmente ha recaído formalmente la responsabilidad de desarrollar esta función. A través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica le corresponde realizar la mayoría de las actividades descritas exceptuando las que se relacionan con la red de laboratorios. Aunque, realmente, las labores de vigilancia epidemiológica se han conformado con el seguimiento a un listado de enfermedades y eventos de notificación obligatoria, a la vigilancia de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil. La Dirección Nacional de Epidemiología corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria. Las tareas específicas de la Unidad de Vigilancia epidemiológica que realiza hoy día son las siguientes:

- La implementación de sistemas de vigilancia de alerta temprana de notificación inmediata individual (antes de 24 horas) ante la sospecha de un caso de las siguientes entidades: ciguatera, cólera, dengue, difteria, enfermedad febril eruptiva, sarampión, rubéola, enfermedad transmitida por alimentos, enfermedad meningocócica, fiebre amarilla, malaria, muerte infantil, muerte materna, muerte mujer en edad reproductiva, nacido vivo de alto riesgo, parálisis flácida, poliomielitis, peste, exposición rábica, rabia humana, tétanos neonatal, tétanos en otras edades, tosferina, tuberculosis,
- La implementación de sistemas de vigilancia de alerta temprana de notificación semanal de forma conjunta a través del formulario EPI-1.
- La implementación de sistemas de vigilancia de alerta temprana de notificación de brotes de enfermedades o situación epidémica que incluye la realización de investigaciones de campo.
- La implementación de dos sistemas de vigilancia de centinela, uno para la infección VIH que se realiza por medio de una encuesta anual de seroprevalencia, y otro para la vigilancia de los casos febriles sobre la base de los reportes de 40 establecimientos para la búsqueda activa de dengue, malaria y sarampión.
- La implementación de sistemas de vigilancia especial para un conjunto de entidades que por su importancia en la salud pública debe ser realizada una investigación individual.
- La implementación de un sistema de registros vitales: nacidos vivos y defunciones.
- La implementación de un sistema de vigilancia para la mortalidad materna.
- La implementación de un sistema de vigilancia para la mortalidad infantil.

- La participación en la decisión y en la aplicación de control de brotes sobre todo para enfermedad meningea, brotes de intoxicación alimentaria.
- Apoya las labores de la Unidad de Análisis de Situación de Salud.
- Desarrollar procesos de capacitación en vigilancia epidemiológica y en investigación de brotes para los epidemiólogos de los niveles subnacionales.
- Mantenerse integrada a la red internacional que coordina la OPS para las Américas mediante el reporte de entidades de interés en salud pública para la región.
- Apoyar las labores e vigilancia de otras Direcciones, Departamentos y Programas de la SESPAS, a los que le sirve información y ayuda en el análisis de series cronológicas, estacionales y brotes para eventos de interés.
- Realizar una publicación periódica aunque se lleva con cierta irregularidad.

La Dirección Nacional de Epidemiología corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria.

Dirección Nacional de Estadística

La Dirección Nacional de Estadística recoge y procesa la información de los siguientes sistemas de vigilancia: el de vigilancia de alerta temprana de notificación semanal de forma conjunta a través del formulario EPI-1; vigilancia de centinela para los casos febriles; en el sistema de registros vitales. En tal sentido, apoya de forma permanente a la Dirección General de Epidemiología en la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica y a otros programas especializados. La Dirección Nacional de Estadísticas pertenece a la Subsecretaría Técnica. Entre las tareas que realiza vinculadas a la FESP 2, tenemos:

- La recepción, organización, registro y reporte de los formularios Epi-1 y Epi-2 y de los casos de reportes de febriles.
- La recepción, revisión, codificación y procesamiento de los certificados de defunción.
- La recepción y envío de los formularios de notificación individual para casos de notificación inmediata y los de notificación especial.
- Atiende las solicitudes de datos de los Programas y Departamentos de la SESPAS y de la unidad de vigilancia epidemiológica.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

Es un programa especializado de SESPAS que dentro del campo de sus atribuciones le corresponde implementar acciones de vigilancia relacionadas con las enfermedades inmunoprevenibles: enfermedad febril eruptiva, poliomieltis / parálisis flácida, difteria, tosferina, tétanos neonatal y tétanos en otras edades, parotiditis. Por tal razón, coordina actividades e información con la dirección Nacional de Epidemiología, el CENSET y la Dirección

Nacional Materno-infantil y adolescente. El PAI pertenece a la Subsecretaría de Atención Primaria. Para la FESP 2, el PAI realiza las siguientes actividades:

- Recoge información y notificaciones de casos sospechosos y probables de enfermedades inmunoprevenibles.
- Lleva a cabo un monitoreo de la frecuencia y distribución de los casos probables y confirmados de enfermedades inmunoprevenibles.
- Realiza investigaciones para la confirmación o no de casos de parálisis flácida, febril eruptiva, difteria, tosferina, meningitis bacteriana.
- Realiza control de brotes ante la presencia de casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles de acuerdo a normas y protocolos establecidos.
- Decide e implementa acciones de vacunación masiva ante casos de enfermedades inmunoprevenibles o ante el incremento de la frecuencia de las mismas por encima de lo esperado.
- Evalúa el desempeño de las acciones de vigilancia, sobre todo para parálisis flácida y febril eruptiva sobre la base de indicadores previamente establecidos.
- Participa en la decisión de acciones de vacunación especiales, sobre todo para enfermedad meningea, en caso de brotes.
- Refiere muestras con fines de confirmación diagnóstica a laboratorios internacionales reconocidos como de referencia.

Centro para el Control de las Enfermedades Tropicales

Realiza acciones de vigilancia para las siguientes enfermedades definidas como tropicales: dengue, malaria, ciguatera. También incluye acciones de vigilancia de vectores como los de la malaria, el dengue, la biliarziasis. Realiza labores de vigilancia para la identificación de amenazas para la salud pública. En la realización de sus responsabilidades, el CENCET apoya las labores de vigilancia del PAI y de la DIGEPI. La Dirección Nacional de Estadísticas apoya las labores del CENCET. El CENCET es una dependencia autónoma vinculada a SESPAS, específicamente a la Subsecretaría de Atención Primaria. Entre las tareas que realiza relacionadas con la FESP 2, tenemos las siguientes:

- Registra, procesa y reporta semanalmente a las Direcciones Provinciales, Regionales y Programas y dependencias relacionadas del nivel central, la frecuencia y distribución de los casos de malaria por variables de interés.
- Analiza la frecuencia y distribución de los casos de dengue y de los febriles.
- Determina la prevalencia de vectores en comunidades de alto riesgo.
- Realiza investigaciones operativas para la identificación de la presencia de nuevos vectores o sobre la aparición o resurgimiento de enfermedades con presencia manifiesta en la región de las Américas.
- Realiza investigación y control de brotes sobre todo para malaria y dengue.

Programa de Control de la Rabia

Presenta a las Direcciones Provinciales y Regionales, así como a la Subsecretaría de Atención Primaria, cada mes, un consolidado de la frecuencia de eventos de interés para el control de la rabia a manera e monitoreo de esta entidad y sus riesgos. Además de ello, interviene en la confirmación o no de los casos de rabia animal y humana y en el control de brotes y de la fauna canina y felina. Sirve de laboratorio de referencia para los diagnósticos de casos de rabia. En consecuencia, para la FESP2, este programa realiza las siguientes actividades: a) compila información de los Epi-1 y de sus propios registros; b) difunde información sobre la frecuencia y distribución de los casos de mordeduras y de rabia animal y humana; c) Interviene en el control de brotes de casos de rabia o en el incremento de la población animal. El Programa de Control de Rabia es una dependencia de la Subsecretaría de Atención Primaria.

Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre

Sirve de apoyo a los esfuerzos de la Dirección Nacional de Epidemiología, del PAI, del CENCET sobre todo, en la confirmación de casos sospechosos o probables de interés para estas dependencias. Cuenta con dos instancias de apoyo especiales para estos casos: el Laboratorio Nacional, entidad de SESPAS adscrita al Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre que funciona como laboratorio de referencia nacional; y el Departamento de Infectología del Hospital Infantil Robert Read Cabral, sobre todo para el caso de aislamiento viral y para la confirmación de casos de amenazas a la salud pública como el cólera. Esta dependencia esta subordinada a la Subsecretaría de Atención Primaria. El Laboratorio Nacional es una dependencia del Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre. El Departamento de infectología del HRRC es una unidad de dicho establecimiento de salud el cual se debe a la Dirección General de Hospitales.

Centro para el Control de Enfermedades de Transmisión sexual y VIH-SIDA

Le corresponde monitorear el comportamiento de estas entidades, tanto por información servida por la dirección General de Epidemiología como por la Dirección General de Estadística, más la que produce a través de sus dependencias ubicadas en algunos de los establecimientos de salud.

Dirección General Materno-infantil y Adolescentes

Para el caso de los sistemas de vigilancia a la mortalidad materna y a la mortalidad infantil apoya a la Dirección General de Epidemiología, sobre todo en el apoyo y seguimiento a las auditorías médicas, las investigaciones de casos de muertes maternas e infantiles y en las decisiones acerca de la evitabilidad de estas muertes y el seguimiento a la aplicación de medidas de control. Esta dependencia esta subordinada a la Subsecretaría de Atención Primaria.

FESP 9: GARANTÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

Dentro de esta función, la SESPAS debe realizar las siguientes acciones:

- Definir e implementar políticas de mejoría continua de la calidad de los servicios de salud.
- Desarrollar procesos de mejoría de la calidad en todas sus dependencias.
- Medir la satisfacción de los usuarios.
- Promover la definición de estándares para la evaluación de los servicios de salud colectivos y de atención a las personas.
- Desarrollar instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud colectivos y de atención a las personas en relación con los estándares de calidad definidos.
- Difundir los resultados de sus mediciones entre proveedores y usuarios de los servicios de salud.
- Crear y poner en funcionamiento una instancia de habilitación y acreditación de los servicios de salud colectivos y de atención a las personas.
- Obtener información de la comunidad y de los usuarios por diversas técnicas como base para un sistema de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- Evaluar regularmente la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- Desarrollar planes para la mejoría de la calidad utilizando como base los resultados de la medición de los niveles de desempeño y la satisfacción de los usuarios.
- Establecer instancias para la gestión tecnológica en salud como parte de las redes de servicios de salud.
- Evaluar las tecnologías en salud empleando las metodologías disponibles sobre la base de la evidencia.
- Prestar asesoría técnica y apoyo a los niveles subnacionales para medición de la calidad de los servicios y para la evaluación de tecnologías en salud.

Principales instancias participantes

Dirección Nacional de Calidad

Tiene menos de un año de formación dentro de SESPAS. Es la responsable del desarrollo de los Programas de Calidad para los servicios de salud a las personas para la red de hospitales de SESPAS. Le corresponde realizar acciones tendentes a mejorar la calidad de los servicios hospitalarios, mejorar instrumentos para mejoría de la calidad de la atención y prestar asesoría y apoyo a las instancias subnacionales y hospitales provinciales y regionales en impulsar procesos

de mejoría de la calidad de la atención. Corresponde a la Subsecretaría de Atención Especializada y es una dependencia directa del subsecretario. Las actividades que realiza esta dependencia relacionadas con la FESP 9 son las siguientes:

- Promoción de incentivos a la calidad (Premio Nacional de Calidad) y al desarrollo de conductas bioéticas aceptables (Comisión Nacional de Bioética).
- Formulación de planes y estrategias (Comités de Calidad Hospitalaria) para la mejoría de la calidad de la atención hospitalaria.
- Acompañamiento a las Direcciones Provinciales y a las Direcciones de Hospitales en sus labores de mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria.
- Formulación y discusión de la Historia Clínica única para hospitales públicos y clínicas privadas.

Dirección Nacional de Normas de Atención Hospitalaria

Tiene menos de un año de formación dentro de SESPAS. Es la responsable de formular y difundir las normas de atención hospitalaria. En lo que a la FESP 9 se refiere, realiza las siguientes acciones:

- Coordinar las discusiones sobre los contenidos de las normas;
- Difusión de las mismas entre los hospitales de SESPAS;
- Apoyar a los niveles subnacionales en el conocimiento y aplicación de las normas de atención hospitalaria.

Corresponde a la Subsecretaría de Atención Especializada y es una dependencia directa del subsecretario.

Dirección Nacional de Hospitales

Tiene a su interior dos unidades que se realizan acciones que se corresponden con la FESP 9; la unidad de calidad y la de control de costos y convenios de gestión. La unidad de calidad ha centrado su labor en la formulación de disposiciones, condiciones y metodologías para mejorar la atención hospitalaria tendente a lograr la habilitación de los establecimientos hospitalarios de SESPAS. Las últimas decisiones de la Dirección superior de SESPAS le han dado el rango de Dirección Nacional de Habilitación y Acreditación de servicios de atención a las personas y ha sido trasladada a la Subsecretaría Técnica. La Unidad de Control de Costos y convenios de Gestión, dentro de las intervenciones que corresponden a la FESP9, realiza las siguientes actividades: a) Interviene en la formulación y discusión de convenios de gestión para hospitales de SESPAS; b) Traza los elementos generales para la verificación de los convenios de gestión; c)

Asesora y apoya a las Direcciones de los Hospitales de SESPAS en lo relativo a los convenios de gestión y a la medición de la satisfacción de los usuarios. Corresponde la Dirección Nacional de Hospitales a la Subsecretaría de Atención Especializada

Departamento Nacional de Enfermería

Es una dependencia de SESPAS que tiene atribuciones sobre la normativa para el desarrollo y utilización del personal de enfermería (auxiliares y graduadas) para los establecimientos de servicios de salud de atención a las personas. Sus funciones están más orientadas hacia el recurso humano.

En relación con la FESP 9, el Departamento Nacional de Enfermería labora en la definición, capacitación para su aplicación y el monitoreo de estándares de calidad del servicio de enfermería en los servicios de salud. Corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria

Dirección Nacional de Drogas y Farmacias

Es una dependencia de SESPAS de carácter normativo que corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria. Sus funciones recaen sobre todo en lo que a desarrollo de normas de habilitación de farmacias y productos farmacéuticos. En lo que concierne a la FESP 9, cuenta con una Unidad de Calidad a la que le corresponde establecer la calidad de los productos farmacéuticos mediante pruebas específicas.

Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre

Entre sus atribuciones le corresponde definir y monitorear el cumplimiento de las normas de calidad de la atención y de bioseguridad para los laboratorios clínicos y bancos de sangre, públicos y privados que necesitan cumplir para poder operar. En lo que a la FESP 9 se refiere, esta dependencia de SESPAS ha realizado las siguientes actividades: a) Mejoría de las normas de calidad del servicio de laboratorios y bancos de sangre; b) Evaluación externa de la calidad de los laboratorios clínicos; c) Monitoreo de la calidad y seguridad de la sangre en los bancos de sangre. Corresponde a la Subsecretaría de Atención Primaria.

ANEXO IV

ANEXO IV: PRESUPUESTO DE LA SESPAS POR PROGRAMAS, 1996 - 2001						
VALORES EN RD\$						
Denominación	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Administración Superior	112,920,606	159,789,419	226,629,110	680,471,511	518,890,753	303,679,245
Dirección superior	7,103,954	7,103,954		424,825,451	375,048,330	6,409,935
Coordinación intra y extra sectorial	11,806,142	11,806,142		10,868,912	9,908,597	11,606,840
Servicio nacional de salud	4,118,577	4,118,577		4,149,270	4,750,176	6,721,785
Desarrollo de los recursos humanos	5,565,350	5,565,350		6,023,524	6,037,552	7,342,590
Apoyo administrativo	123,024,184	123,024,184		171,851,083	94,239,874	175,411,710
Manejo y control de medicinas	2,424,143	2,424,143		2,723,431	3,747,745	3,758,465
Planificación sectorial, org. y sistemas	5,747,069	5,747,069		60,029,840	25,158,479	92,427,920
Coord. Normas y Cont. Progs.Salud	374,738,713	456,928,874	890,426,942	940,231,166	1,374,571,502	1,596,211,645
Servicios de Salud	119,514,591	119,514,591		223,251,962	258,411,169	485,782,745
Dirección de los servicios de salud	73,508,747	73,508,747		114,389,194	144,161,367	119,411,100
Serv. apoyo diagnóstico y tratamiento	17,323,530	17,323,530		46,641,612	36,341,522	49,313,515
Serv. salud a la madre y niño y nutrición	7,479,001	7,479,001		10,341,027	18,261,525	124,694,080
Control de enfermedades trans. no trans.	7,993,147	7,993,147		33,039,600	34,096,173	135,224,355
Salud mental	5,418,893	5,418,893		7,258,491	9,658,184	12,527,740
Salud bucal	7,791,273	7,791,273		11,582,038	15,892,398	44,611,955
Atención médica rural	329,059,865	329,059,865		709,135,595	1,106,151,445	1,099,922,695
Coordinación serv. atención médica rural	329,059,865	329,059,865		709,135,595	1,106,151,445	1,099,922,695
Atención al medio ambiente	8,354,418	8,354,418		7,843,609	10,008,888	10,506,205
Dir. serv. de prot. al medio amb.	7,318,979	7,318,979		6,639,121	8,415,420	8,827,245
Saneariento y control ambiental	1,035,439	1,035,439		1,204,488	1,593,468	1,678,960
Servicios operativos	901,527,275	1,399,967,515	1,572,621,919	1,654,865,297	2,368,991,603	2,612,165,610
Servicios a la región 0	716,745,266	716,745,266		749,817,654	1,124,803,819	1,287,073,085
Serv. interm. coord. sup. y control	127,312,189	127,312,189		15,670,857	19,844,202	166,501,605
Serv. salud primarios	20,814,126	20,814,126		30,098,337	36,619,918	37,191,565
Serv. salud secundarios	54,073,999	54,073,999		63,170,192	86,186,665	88,143,555
Serv. terciarios	514,544,952	514,544,952		640,878,268	982,153,034	995,236,360
Servicios a la región I	90,685,140	90,685,140		117,262,475	165,564,236	175,559,040
Serv. interm. coord. sup. y control	1,813,554	1,813,554		2,534,463	4,324,676	4,919,120
Serv. salud primarios	8,387,789	8,387,789		11,388,789	13,068,089	13,933,270
Serv. salud secundarios	38,721,914	38,721,914		47,062,449	64,385,799	67,224,150
Serv. terciarios	41,761,814	41,761,814		56,276,774	83,785,672	89,482,500
Servicios a la región II	238,357,551	238,357,551		298,800,594	403,603,381	429,146,855
Serv. interm. coord. sup. y control	3,510,527	3,510,527		3,447,865	8,133,971	9,737,710
Serv. salud primarios	10,762,926	10,762,926		15,005,472	16,395,894	17,672,745
Serv. salud secundarios	50,895,892	50,895,892		60,639,104	80,156,875	85,127,970
Serv. terciarios	173,188,206	173,188,206		219,708,153	298,916,641	316,608,430
Servicios a la región III	103,978,795	103,978,795		138,237,471	194,154,365	206,774,565
Serv. interm. coord. sup. y control	3,545,723	3,545,723		3,221,601	6,653,778	7,577,185
Serv. salud primarios	9,029,307	9,029,307		11,475,218	11,934,249	12,833,805
Serv. salud secundarios	30,283,782	30,283,782		38,506,090	51,244,270	54,381,815
Serv. terciarios	61,119,983	61,119,983		85,034,562	124,322,068	131,981,760
Servicios a la región IV	58,324,621	58,324,621		78,429,252	105,679,612	113,013,150
Serv. interm. coord. sup. y control	4,845,514	4,845,514		2,641,984	5,052,260	5,874,230
Serv. salud primarios	5,766,951	5,766,951		9,963,424	10,057,908	10,393,950
Serv. salud secundarios	19,624,657	19,624,657		26,594,755	33,956,560	35,662,000
Serv. terciarios	28,087,499	28,087,499		39,229,089	56,612,884	61,082,970
Servicios a la región V	72,510,283	72,510,283		106,477,370	149,371,774	158,164,770
Serv. interm. coord. sup. y control	1,741,342	1,741,342		2,165,504	5,700,287	7,009,370
Serv. salud primarios	5,227,109	5,227,109		9,915,535	9,493,971	9,980,800
Serv. salud secundarios	26,988,628	26,988,628		32,980,313	43,779,770	45,957,750
Serv. terciarios	38,553,204	38,553,204		61,416,018	90,397,746	95,216,850
Servicios a la región VI	66,330,859	66,330,859		90,630,607	124,794,034	135,542,325
Serv. interm. coord. sup. y control	1,674,291	1,674,291		2,351,269	4,242,819	5,053,435
Serv. salud primarios	6,163,523	6,163,523		9,701,354	10,443,115	10,816,420
Serv. salud secundarios	16,140,228	16,140,228		19,179,924	25,917,321	27,479,590
Serv. terciarios	42,352,817	42,352,817		59,398,060	84,190,779	92,192,880
Servicios a la región VII	53,035,000	53,035,000		75,209,874	101,020,382	106,891,820
Serv. interm. coord. sup. y control	1,936,738	1,936,738		2,463,045	4,536,804	5,455,230
Serv. salud primarios	6,312,115	6,312,115		10,518,471	10,928,175	11,439,310
Serv. salud secundarios	19,882,786	19,882,786		26,012,268	34,906,928	36,208,030
Serv. terciarios	24,903,361	24,903,361		36,216,090	50,648,475	53,789,250
Servicios sociales	103,742,758	196,831,498	128,998,303	134,518,264	183,252,314	254,254,660
Asistencia Social	65,674,291	65,674,291		4,386,184	12,505,598	2,620,805
Bienestar Social	27,203,711	27,203,711		13,638,944	33,256,287	45,172,730
Programas complementarios	18,381,397	18,381,397		17,737,953	24,019,457	41,911,860
Dir. de los servicios al menor y anciano	485,120	485,120		429,280	380,280	419,280
Protección al menor	45,845,168	45,845,168		38,832,727	44,097,697	44,307,370
Protección a la vejez	39,241,811	39,241,811		58,239,176	67,859,995	119,822,615
Hilados y manufacturas	-	-		1,254,000	1,133,000	-
Financiamiento a instituciones	121,862,350	245,645,268	725,185,791	1,253,459,888	1,493,333,902	1,990,263,070
Inst. Nacional Agua Potable y Alcant.	30,724,200	30,724,200		596,000,000	574,996,508	1,050,505,150
Cruz Roja Dominicana	5,065,679	5,065,679		6,333,516	15,866,448	11,903,910
Serv. Nacional de Errad.malaria	13,635,831	13,635,831		15,065,816	24,108,656	24,044,080
Corp. Acued. y Alcant. de Sto. Dgo.	5,237,320	5,237,320		305,673,763	274,800,877	327,416,790
Consejo Nacional de Población y Familia	9,792,253	9,792,253		10,159,111	13,294,104	15,384,615
Corp. Acued. y Alcant. de Santiago	1,176,000	1,176,000		61,176,000	36,078,000	61,781,180
Instituto Dom. de Seguros Sociales	104,000,000	104,000,000		93,814,509	378,599,220	349,476,205
Corp. Acued. y Alcant. de Moca	-	-		7,200,000	12,025,000	12,400,000
Corp. Acued. y Alcant. de La Romana	-	-		9,000,000	163,565,089	12,400,000
Ctro. Inv.Clin. de Enf. Gastrointestinales	21,177,030	21,177,030		28,432,634	-	-
Otras Inst. de Salud y Asistencia Social	54,836,955	54,836,955		120,604,539	-	124,951,140
TOTALES	1,614,791,702	2,459,162,574	3,543,862,065	4,663,546,126	5,939,040,074	6,756,574,230

ANEXO V

LISTA DE PERSONAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Institución involucrada	Contacto en la Institución
Dirección General de Epidemiología (DIGEPI)	Dra. Marisela Duval
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	Dra. Carmen Hermida Dr. Luciano Gómez
Laboratorio SESPAS	Dra. Matilde Peguero
Salud Ambiental	Dra. Mercedes Arrendel
Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI	
Dirección General de Control de Sida e ITS (DIGESIT)	Lic. Nieves Santana
Centro de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Dr. Lic. Guillermo González Dr. David Joa Lic. Maritza Urbaz Lic. Virginia Asencio
Atención Primaria, SESPAS	Dra. Ilda Natera Lic. Soledad Mateo Lic. Maritza Martínez
Dirección General de Hospitales	Dr. Yude Alcántara Dra. Maritza Arbaje
Departamento de Tuberculosis	Dr. Adalberto Rodríguez
Drogas y Farmacia	Dr. Adalberto Lorenzo
Salud Mental	Dra. Angela Caba
Planificación SESPAS	Ybelise Vitiello
Dirección General de Enfermería (DGE)	Dra. Isabel Medina