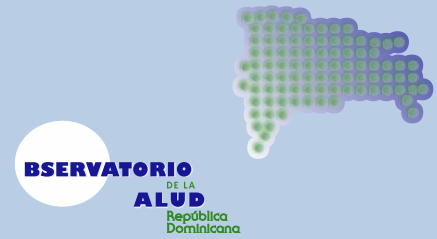




**FUNDACION
PLENITUD**
*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*



Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud



Soraya González Pons
FUNDACIÓN PLENITUD



**FUNDACION
PLENITUD**

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*

VISIÓN

Trabajar en la construcción de un mundo equitativo y sostenible

MISIÓN

Contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas de salud, ambiente y educación a través de la producción de evidencias, la provisión de servicios de asistencia técnica, entrenamiento y difusión de conocimientos que sustenten la toma de decisiones

PLENITUD

Es una organización no gubernamental, independiente, sin fines de lucro, establecida en la República Dominicana, que brinda servicios de asistencia técnica, entrenamiento y fortalecimiento de las capacidades a los países de América Latina y el Caribe, para apoyarlos a cumplir sus metas de desarrollo.

PLENITUD es una institución líder en la producción y análisis de datos con una visión sistémica, que promueve la divulgación del conocimiento para cerrar la brecha entre la investigación y la acción.

Arabia No. 1, Arroyo Hondo
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (809)563-1805
E-mail: info@fundacionplenitud.org

www.fundacionplenitud.org

Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud

Informe final de consultoría presentado a Fundación Plenitud, dentro del proyecto Observatorio de la Salud

(No. ATN/OC-11929-DR)

Soraya González Pons Marzo 2011



CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

CAPITULO I. INTRODUCCION

- 1.1 Antecedentes
- 1.2 Objetivos de la investigación
- 1.3 Aspectos metodológicos

CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL

- 2.1 El concepto de sistemas de salud
- 2.2 Qué es el desempeño del sistema de salud?
- 2.3 Funciones del sistema de salud
- 2.4 Subsistemas de salud
- 2.5 El papel de la información en la evaluación del desempeño

CAPITULO III. METRICAS PROPUESTAS POR LA OMS PARA MONITOREAR EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

- 3.1 Medición global del desempeño
- 3.2 Mediciones por subsistema

CAPITULO IV. MAPA DE ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO

- 4.1 Los actores del sistema dominicano de salud y sus funciones
- 4.2 Vínculos entre los actores de acuerdo al financiamiento
- 4.3 Clasificación de los actores por subsistemas
- 4.4 Papel de las redes en la gobernanza del sistema dominicano de salud

CAPITULO V. CONSULTA A LOS ACTORES SOBRE LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

- 5.1 Sobre el logro de las metas generales del sistema dominicano de salud
- 5.2 Sobre los problemas principales de los seis subsistemas de salud y sugerencias relativas a cómo solucionarlas
- 5.3 Sobre los factores que afectan negativamente el logro de los objetivos
- 5.4 Sobre la relación entre subsistemas
- 5.5 Sobre la articulación del sistema de salud

- 5.6 Sobre cómo mejorar la calidad de las estadísticas
- 5.7 Sobre la mortalidad materna
- 5.8 Sobre la mortalidad neonatal
- 5.9 Sobre el sistema de monitoreo
- 5.10 Sobre la formación de redes

CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE INDICADORES DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- I. Arquitectura de los indicadores de desempeño del sistema de salud
- II. Guía de entrevistas
- III. Actores de los subsistemas entrevistados
- IV. Indicadores del Plan Nacional de Salud -PLANDES- y de la Estrategia Nacional de Desarrollo -END-

RESUMEN EJECUTIVO

El Observatorio de la Salud de República Dominicana (OSDR) presenta los resultados de la investigación sobre el sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud de la República Dominicana. El Observatorio forma parte de una iniciativa regional que contempla aportar evidencias para mejorar el desempeño del sistema de salud y dar seguimiento a las políticas públicas desde la sociedad civil, a través de la creación y fortalecimiento de redes de investigación en métricas de salud.

Dentro del contexto del Observatorio de la Salud, el objetivo de la presente investigación es proponer un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud, basado en las mejores propuestas y prácticas internacionales sobre cómo medirlo y tomando en cuenta los planes de desarrollo del país y la visión de expertos nacionales.

La OMS, en el Informe Mundial de la Salud del 2000 así como en informes posteriores, propone que para evaluar el desempeño del sistema de salud se deben medir el logro de cuatro metas generales: 1) mejora de la salud, 2) brindar protección financiera contra los costos de la mala salud, 3) responder a las expectativas de las personas (capacidad de respuesta), y 4) eficiencia.

De acuerdo a la OMS, el progreso de las tres metas del sistema de salud van a depender del acierto con que los sistemas desempeñen las 4 *funciones claves*: 1) prestación de servicios, 2) creación y desarrollo de recursos, 3) financiamiento, y 4) liderazgo y gobernanza (rectoría).

Estas funciones del sistema de salud han sido descompuestas en seis subsistemas de salud y son las múltiples relaciones e interacciones entre los elementos –la manera en que uno afecta e influye en los demás, y a su vez es afectado por ellos – lo que convierte esos elementos en un sistema. Estos subsistemas de salud son: Prestación de servicios (servicios de salud); Personal sanitario (recursos humanos); Información sanitaria (tecnología); Tecnologías médicas (medicamentos); Financiación de la salud (financiamiento); Liderazgo y gobernanza (rectoría). En este marco de acción, *el centro del sistema son las personas*, las cuales deben situarse en una relación de *ínter conectividad* con los seis subsistemas de salud que en su conjunto componen un sistema de salud completo.

El informe analiza el papel de la información en la evaluación del desempeño y presenta la propuesta de la OMS de la Red en Métricas de Salud, la cual surge con el objetivo de ayudar a suplir las necesidades de información en salud y para alinear asociaciones para el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud como evidencia y base para la toma de decisiones. La Red plantea los países necesitarán un paquete mínimo de indicadores de salud que serán útiles en la planificación, monitoreo y evaluación y si son cuidadosamente seleccionados y regularmente revisados, el uso de estos indicadores son una parte vital del fortalecimiento del Sistema de Información en Salud.

Por otro lado, el informe presenta el mapa de actores del sistema de salud dominicano con sus instituciones, funciones y el marco legal vigente, desde el punto de vista del financiamiento y de la relación entre los distintos subsistema de salud.

Finalmente, el informe presenta la consulta a los actores o partes interesadas sobre la evaluación del desempeño del sistema dominicano de salud, y en la misma se establecen la percepción que sobre diferentes aspectos del sistema de salud tienen las personas entrevistadas.

A continuación se señalan los indicadores que han sido seleccionados dentro de la propuesta para el monitoreo del desempeño del sistema de salud dominicano. La propuesta incluye indicadores propuestos por la OMS, tanto los que se proponen en el Informe de salud del mundo 2000, como los indicadores por subsistema establecidos en el 2010¹. Asimismo, la propuesta incluye indicadores de la Estrategia Nacional de Desarrollo -END- 2010-2030 y los indicadores del Plan Nacional Decenal de Salud –PLANDES 2006-2015.

En Anexo I se muestra la arquitectura de los indicadores propuestos, la cual se presenta en el formato del Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana -SISDOM- del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. Es preciso indicar que muchos de estos indicadores ya se encontraban incluidos en el mismo, por lo que decidimos adoptar dicho formato, a fin de que nuestra propuesta contribuya a fortalecerlo.

La propuesta para el monitoreo del desempeño del sistema de salud, se elaboró con un sentido práctico, en el sentido de su brevedad y de la disponibilidad de información para darle seguimiento; en tal sentido, incluye cuatro indicadores de logro (esperanza de vida al nacer, mortalidad de menores de cinco años, mortalidad de adultos por causas y mortalidad materna); un indicador de capacidad de respuesta, relacionado con la satisfacción de los usuarios; tres indicadores de equidad y protección financiera (cobertura del seguro familiar de salud, gasto público en salud y porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud); y un conjunto de indicadores seleccionados para cada subsistema.

¹ WHO (2010), Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies, Ginebra, Suiza.

II. SIGLAS

ARL	Administradora de Riesgos Laborales
ARS	Administradoras de Riesgos de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CENISMI	Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil
CERSS	Comisión Ejecutiva Reforma del Sector Salud
CNSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social
CNS	Consejo Nacional de Salud
DGII	Dirección General de Impuestos Internos
DIDA	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DRS	Direcciones Regionales de Salud
DRS	Direcciones Provinciales de Salud
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
HMN	Health Metrics Network
IDSS	Instituto Dominicano de Seguridad Social
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
Ley 42-01	Ley General de Salud
Ley 87-01	Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organismo no gubernamental
OSDR	Observatorio de la Salud de República Dominicana
OS-ALC	Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONAPRES	Oficina Nacional de Presupuesto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PLANDES	Plan Decenal de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PSS	Prestadoras de Servicios de Salud
PSS	Proveedores de Servicios de Salud
PROMESE	Programa de Medicamentos Esenciales
PROISS	Programa INTEC de Salud y Seguridad Social
RRHH	Recursos Humanos
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SIUBEN	Sistema Único de Beneficiarios
TSS	Tesorería de la Seguridad Social

AGRADECIMIENTOS

Damos las gracias a todas las personas que colaboraron con esta investigación sobre el sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud dominicano. Gracias a todas las personas accesibles que de manera afable abrieron sus puertas y a los inaccesibles agobiados, pues ellos también son parte del Todo.

Gracias, porque con sus ideas aportaron luz sobre este entramado de vocaciones, intereses, desaciertos y deseos de servir que conforman el sistema de salud de nuestro país, siempre buscando que la salud no sea un sueño inalcanzable, sino un derecho posible para todas las personas.

1. Selma Zapata
2. Adelaida Orestes
3. Juana González
4. Pedro Hernández
5. Marítza Martínez
6. Eddy Pérez Then
7. Dalia Castillo
8. Bernardo Matías
9. Giselle Scanlon
10. Fátima Guerrero
11. Sonia Anderson
12. Alejandro Moliné
13. Mary Reyes
14. María Elena Tapia
15. José Lucas
16. Alberto Suárez
17. José Selig
18. José Rodríguez
19. Iñaki Sánchez
20. Alexander Suaxo
21. Elizabeth Gómez

CAPITULO I. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes

El informe final que presentamos a continuación, corresponde a la Consultoría para un Sistema de Monitoreo del Desempeño del Sistema de Salud, la cual está siendo elaborada a solicitud de la Fundación Plenitud, a propósito de convenio de cooperación técnica no reembolsable que esta institución ha firmado con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el cual forma parte del Programa Especial de Promoción del Empleo, Reducción de la Pobreza y Desarrollo Social en Apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Fondo Social). Dicho convenio tiene el propósito de desarrollar el proyecto denominado Observatorio de la Salud, el cual contempla realizar investigaciones y apoyar el fortalecimiento de redes de investigación en métricas de salud.

Dentro del contexto del Observatorio de la Salud, el objetivo de la presente consultoría es proponer un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud alimentado con la visión de los actores nacionales. Para lograr este objetivo se realiza una revisión de la literatura internacional sobre el desempeño del sistema de salud a fin de identificar las mejores propuestas y prácticas existentes sobre cómo medirlo, con especial énfasis en el marco de referencia de la OMS.

Asimismo, se realiza una revisión de los planes nacionales y las propuestas de monitoreo del sistema de salud, tales como el Plan Decenal de Salud, la Estrategia Nacional de Desarrollo, y las estrategias de instituciones para la reforma de salud y para la implementación del seguro familiar de salud, entre otros.

Esta revisión permitió realizar una primera aproximación de los posibles indicadores claves en métricas de salud que estén disponibles en base a estudios previos para cada uno de las áreas que propone el marco de referencia de la Organización Mundial de la Salud –OMS- (seis subsistemas de salud) a fin de socializarlos, en una etapa posterior, con las autoridades nacionales y principales actores del sistema de salud.

1.2 Objetivos de la Investigación

Dentro del contexto del Observatorio de la Salud, el objetivo de la presente investigación es proponer un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud, basado en las mejores propuestas y prácticas internacionales sobre cómo medirlo y tomando en cuenta los planes de desarrollo del país y la visión de expertos nacionales.

1.3 Aspectos metodológicos

Se realizó una revisión de la literatura internacional y nacional sobre el desempeño de los sistemas de salud. A continuación señalamos los documentos consultados más importantes, que sirvieron de base a esta propuesta, pero en la sección de Referencias Bibliográficas se ofrece la lista completa:

- Informe sobre la salud en el mundo 2000, dedicado a mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud -OMS- (2000).
- Plan Decenal de Salud (2006-2015)
- La Estrategia Nacional de Desarrollo (2010-2030).

- The Health Metrics Network (HMN) -Redes en Métricas de Salud. Organización Mundial de la Salud -OMS-.
- Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Organización Mundial de la Salud -OMS- (2010).

El marco conceptual que se propone a continuación parte de la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud -OMS- sobre el desempeño de los sistemas de salud. Este marco se ha adaptado a las necesidades del sistema de salud dominicano en lo relativo a los indicadores propuestos en el Plan Nacional Decenal de Salud y la Estrategia Nacional de Desarrollo.

La OMS, en el Informe sobre la salud en el mundo 2000, destaca la necesidad de evaluar el desempeño de los sistemas de salud, a fin de permitir a quienes formulan las políticas, a los prestadores de servicios de salud y a la población en general, mejorar la salud y reflexionar sobre los factores que inciden en el desempeño y que medidas habría que tomar para mejorarlo.

El fortalecimiento de los sistemas de salud constituye una de las cuatro orientaciones estratégicas de las OMS. El marco de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, pretende ayudar a los países a medir su propio desempeño a través de una medida de los logros globales y en un índice de desempeño que deberían impulsar actividades de investigación y desarrollo de políticas.

Asimismo, en el informe del 2003, la OMS reafirma su interés de fortalecer los sistemas de salud a través del rescate de los valores y las prácticas de la atención primaria y examina cuatro grandes retos afrontados por los sistemas de salud, como es: la crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros y los retos del liderazgo y gobernanza (rectoría) para aplicar políticas sanitarias que promuevan la equidad². Por su parte, el documento publicado en el 2010, propone una serie de indicadores por subsistema, que se toman muy en cuenta en la presente propuesta.

A fin de elaborar dicha propuesta y, como parte de la metodología utilizada, se elaboró una guía de preguntas para consultar a expertos nacionales en el sistema dominicano de salud, en cada uno de los subsistemas correspondientes. Este levantamiento de informaciones tenía el propósito de obtener sus percepciones acerca de los principales problemas del sistema y sus opiniones sobre cómo resolverlos, lo cual contribuyó al proceso de selección de los indicadores incluidos en la propuesta de un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud.

² Organización Mundial de la Salud. (2003) *Informe sobre la salud en el mundo 2003, Forjemos el futuro*, Ginebra, Suiza.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL

2.1 El Concepto de Sistemas de Salud

De acuerdo a la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.³

Un sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades cuyo objetivo primordial sea mejorar la salud⁴. De acuerdo a la OMS, esta definición incluye los esfuerzos dedicados a influir en los determinantes de la salud, así como actividades directas que mejoran la salud. Un sistema de salud es más que una pirámide de facilidades del sector público que maneja servicios personales de salud. De acuerdo a esta definición, el sistema de salud debe incluir a una madre que cuida a su niño enfermo en la casa, a proveedores de salud privados, a las campañas de control de vectores, a organizaciones de seguros de salud, entre otros aspectos.

Sin embargo, casi toda la información acerca de los sistemas de salud se refiere solamente a la prestación de servicios o a la inversión en la atención sanitaria, los cuales generan gran parte del empleo y del gasto en salud. De acuerdo a la OMS, existen actividades que deberían incluirse en un concepto más amplio de lo que es un sistema de salud, que tendrían que cuantificarse y evaluarse a fin de analizar la forma en que impactan la salud de las personas.

Una definición amplia de los sistemas de salud incluiría las intervenciones colectivas, destinadas a la población, como la promoción de modos de vida sanos, mejoras en el saneamiento urbano y la higiene personal. De acuerdo a la OMS, los sistemas de salud lograron un cambio importante mediante la mejora en el saneamiento urbano y la higiene personal, *lo cual indica que las fallas que limitan el desempeño no resultan principalmente de la falta de conocimiento, sino de **que no se aplica a plenitud lo que ya se sabe***. Las fallas son sistémicas y el sistema podría lograr más si se aplicasen los conocimientos actuales sobre cómo mejorar la salud⁵.

2.2 Qué es el desempeño de un sistema de salud?

La bondad y la equidad de los sistemas de salud se miden en relación con el logro de cuatro metas generales:

1. **Mejorar la salud de la población**
2. **Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud**
3. **Responder a las expectativas de las personas (capacidad de respuesta)**
4. **Eficiencia en el cumplimiento de las metas anteriores**

³ El Concepto de Salud: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

⁴ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

⁵ Idem

Las primeras tres metas fueron propuestas en el Informe Mundial de la Salud del 2000, y constituyen el marco conceptual básico que propone la OMS para evaluar el desempeño del sistema de salud. *La mejora de la salud* es la meta primordial de un sistema de salud. Sin embargo, como la atención sanitaria puede ser costosa, y la necesidad de recibirla imprevisible, los mecanismos para distribuir los riesgos y ofrecer protección financiera son importantes. Por consiguiente, otra meta de los sistemas de salud es la *equidad de la contribución financiera*. *La capacidad de respuesta a las expectativas de la población* con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información. La capacidad de respuesta significa reducir el daño a la dignidad y la autonomía personales, el temor y la vergüenza que la enfermedad a menudo trae aparejados⁶.

Se espera que los sistemas de salud sean asequibles, equitativos, accesibles, sostenibles y de buena calidad. Sin embargo, ciertos objetivos deseados, como la accesibilidad, son en realidad un *medio* para alcanzar un fin; son metas instrumentales, más que metas finales. Cuanto más accesible sea un sistema, más debería utilizarlo la gente para mejorar su salud. En cambio, las metas de salud, el financiamiento equitativo y la capacidad de respuesta son intrínsecamente útiles. Aumentar el logro de cualquier meta o combinación de metas sin menoscabar el logro de otra representa una mejora. Por consiguiente, si el logro de estas metas se puede medir, no se necesitan metas instrumentales, como la accesibilidad, como indicadores sustitutos del desempeño general, que son pertinentes más bien para explicar un resultado bueno o malo⁷.

El financiamiento puede contribuir a una mejora de la salud si se distribuye en forma más equitativa, ya que así se reduce el riesgo de que las personas no reciban la atención que necesitan porque es demasiado costosa, o de pagar los gastos de atención médica las lleve a la pobreza y las exponga a más problemas de salud.

Un sistema que responda mejor a lo que la gente quiere y espera también puede contribuir a una mejora de la salud, porque es más probable que los posibles pacientes utilicen los servicios si prevén que van a recibir buen trato. Por lo tanto, ambas metas son en parte instrumentales, ya que promueven una mejora del estado de salud, sin embargo, serían útiles incluso si eso no ocurriera: pagar en forma equitativa por el sistema es algo bueno en sí mismo, como lo es lograr que la gente sea tratada con prontitud y respeto a su dignidad y sus deseos, y que los pacientes reciban apoyo físico y afectivo adecuados cuando se someten a un tratamiento. Las tres metas son separables, como lo muestra con frecuencia el descontento de la gente con un sistema, aún cuando los resultados sanitarios sean satisfactorios⁸.

En tal sentido, el desempeño de un sistema de salud tiene que ver con dos aspectos importantes. El primero es cómo medir o determinar en qué medida se están alcanzando los tres objetivos de los sistemas de salud: mejorar la salud, la capacidad de respuesta y la equidad en la contribución financiera (logros). El otro aspecto es cómo comparar esos logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr, determinando lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (desempeño). En este sentido plantea que “para emitir un juicio justo sobre el daño a la salud que se podría evitar se necesita un cálculo aproximado de lo mejor que cabría esperar y lo mínimo que podría exigirse de un sistema”.⁹ Esto último

⁶ Organización Mundial de la Salud. (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, Suiza.

⁷ Idem

⁸ Idem

⁹ Idem

justifica que se haya añadido una cuarta meta, que es la eficiencia – cuánto es factible lograr con los recursos disponibles.

La medición del desempeño tiene por objeto supervisar, evaluar y comunicar el grado en que los diversos aspectos del sistema de salud cumplen con sus objetivos fundamentales. No obstante, en la agenda política de los que dirigen la salud no se encuentra con frecuencia las discusiones sobre la evaluación del desempeño, los datos que deben recopilarse y las mejores maneras de resumir y presentar la información. En este sentido, la OMS examina algunas cuestiones emergentes en el debate sobre la evaluación del desempeño y como esta ha sido presentada y utilizada para la mejora del sistema de salud a nivel internacional, analiza los principales desafíos que se encuentran en la presentación y el uso de medidas de desempeño, el rol de la rendición de cuentas entre los diversos actores o partes interesadas, así como lecciones aprendidas y las prioridades a futuro para los responsables políticos¹⁰.

2.3 Funciones del sistema de salud

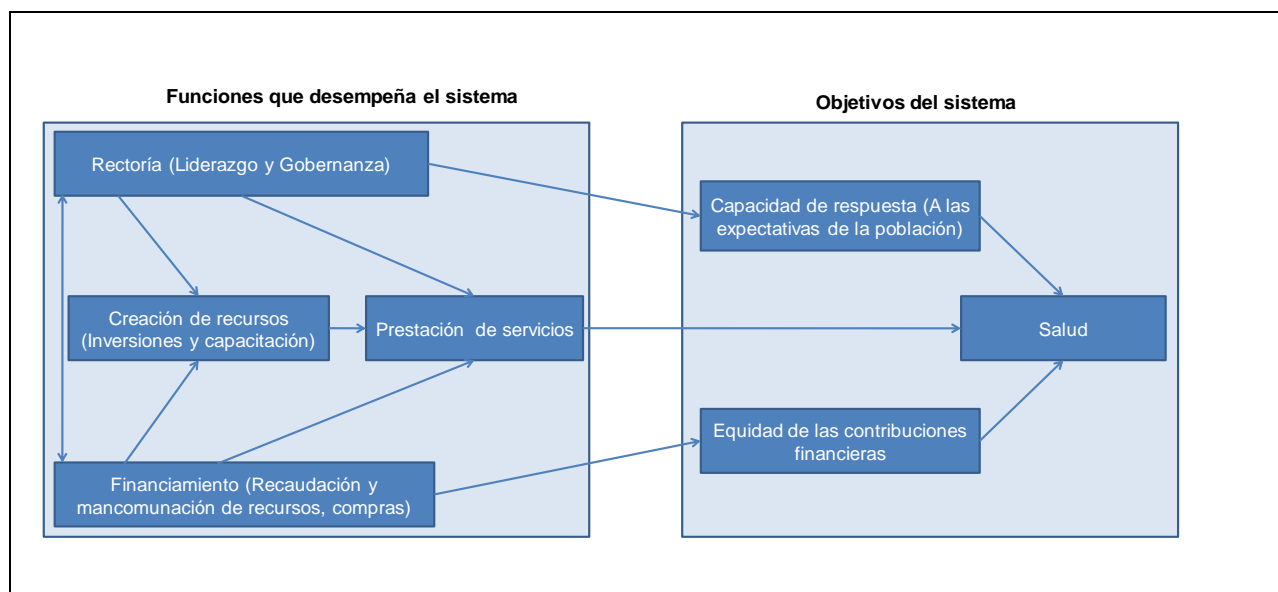
Los progresos en las tres metas del sistema de salud van a depender del acierto con que los sistemas desempeñen las 4 *funciones claves* que propone la OMS, a saber¹¹:

1. **Prestación de servicios**
2. **Creación y desarrollo de recursos**
3. **Financiamiento**
4. **Liderazgo y gobernanza (rectoría)**

La figura que sigue muestra la forma en que las funciones –prestación de servicios de salud, el financiamiento (recaudación, mancomunación y asignación de fondos para comprar dichos servicios); la creación de recursos físicos y humanos (las inversiones en gente, edificios y equipo); y el liderazgo y gobernanza (rectoría) general de los recursos, facultades y expectativas que se le confían – se relacionan entre sí y con los objetivos del sistema.

¹⁰ WHO (2008) *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*

¹¹ Idem



Fuente: OMS (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000.

La OMS indica que la función de *prestación de servicios* es la más conocida y su objetivo es proteger o mejorar la salud, pero deja claro que prestar servicios es algo que el sistema hace y no lo que el sistema es. Las otras funciones también son importantes, en parte porque contribuyen a la prestación de servicios. Por consiguiente, el sistema presenta una gran deficiencia cuando las poblaciones que se beneficiarían de intervenciones sanitarias eficientes y a costos razonables no tienen acceso a ellas¹².

La prestación eficiente de servicios de salud exige que los diversos recursos financieros se repartan de manera equilibrada entre los muchos insumos que se usan para tal fin. Es inútil contar con una gran cantidad de médicos, enfermeras y demás personal, si no se dispone de establecimientos adecuadamente construidos, equipados y aprovisionados. Los recursos disponibles deben asignarse tanto a las inversiones en capacitación de nuevos campos, instalaciones y equipo, como al mantenimiento de la infraestructura existente. Este delicado equilibrio debe mantenerse tanto en el tiempo como entre las diferentes zonas geográficas. En la práctica, los desequilibrios entre la inversión y los gastos ordinarios y entre las diferentes categorías de insumos son frecuentes y obstaculizan un desempeño satisfactorio. Las decisiones sobre nuevas inversiones deben tomarse cuidadosamente con miras a reducir el riesgo de desequilibrios futuros, y la distribución de los insumos debe realizarse de forma sistemática. Es necesario proporcionar orientación de política e incentivos claros a los compradores y proveedores de servicios para que estos adopten prácticas eficaces en respuesta a las necesidades y expectativas en materia de salud¹³.

La OMS establece que la *función de financiamiento* evidentemente es la más importante para la meta de la equidad en el pago del sistema, pero la forma en que se desempeña influye también en los resultados sanitarios e incluso ejerce algún efecto en la capacidad de respuesta.

¹² Organización Mundial de la Salud. (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, Suiza

¹³ Idem

La función de prestación de servicios está ligada sobre todo a los resultados sanitarios, pero también influye mucho en la capacidad de respuesta. La función rectora influye en todo.

El financiamiento equitativo en los sistemas de salud significa que los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según *la capacidad de pago* y no según el riesgo de enfermedad. Un sistema de salud en el cual las personas o las familias son empujadas a la pobreza por pagar la atención médica que necesitan o se ven obligadas a prescindir de dicha atención debido a su costo no es equitativo. Con miras a lograr la equidad y la protección contra el riesgo financiero, debería haber un alto grado de pre-pago; el riesgo debería repartirse (por medio de subsidios cruzados que vayan desde las personas con riesgo bajo hacia las que tienen riesgo elevado); los pobres deberían recibir subsidios (por medios de subsidios cruzados de los grupos sociales de altos ingresos hacia los de bajos ingresos); debería evitarse la fragmentación de los fondos comunes y los recursos financieros, y debería practicarse la compra estratégica para mejorar los resultados del sistema de salud y su capacidad de respuesta.¹⁴

La función de liderazgo y gobernanza (rectoría) es posiblemente la más importante y tiene prioridad ante las otras y difiere de ellas por la razón relevante de que la responsabilidad última del desempeño general del sistema de salud de un país tiene que recaer siempre en el gobierno. La función de liderazgo y gobernanza (rectoría) no solo influye en las otras funciones sino que permite alcanzar las tres metas del sistema de salud. El gobierno ha de procurar que la función rectora esté presente en todos los niveles del sistema de salud, a fin de alcanzar los mejores resultados. Los gobiernos deben ser los “rectores” de los recursos nacionales, manteniéndolos y mejorándolos para beneficio de la población. En materia de salud, esto supone en última instancia hacerse cargo de la gestión cuidadosa del bienestar de los ciudadanos. Esta función, en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. Esto significa establecer el sistema de salud mejor y más equitativa posible. La salud de la gente siempre debe ser una *prioridad nacional*, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud¹⁵.

El gobierno, además, gasta recursos que la gente debe aportar en forma de impuestos y aseguramiento social, y porque formula muchas de las normas que se cumplen en transacciones privadas y voluntarias. En este sentido esta función debe velar para que las organizaciones y los actores privados también actúen en forma cuidadosa y responsable¹⁶.

Pero esta función también la desempeña la sociedad civil, sobre todo en lo que concierne a la producción y diseminación de informaciones que contribuyan a mejorar el desempeño del sistema como un todo. Asimismo, al canalizar las inquietudes y percepciones de los pacientes sobre sus derechos.

La buena rectoría necesita apoyarse en varias estrategias encaminadas a modificar el comportamiento de las diversas partes interesadas en el sistema de salud, entre ellas: una mejor base de información, la habilidad de formar coaliciones de apoyo integradas por grupos distintos, y la capacidad de dar incentivos, sean estos directos u organizativos. De acuerdo a la OMS, la función de liderazgo y gobernanza (rectoría) ocupa un lugar especial porque abarca la supervisión de las demás funciones y tiene efectos directos o indirectos en todo el sistema.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

¹⁵ Idem

¹⁶ Idem

Esta función debe definir la visión y la orientación de las políticas sanitarias, ejercer influencia mediante actividades de reglamentación y promoción, y reunir y utilizar información pertinente. En este sentido, un marco de política ha de reconocer las tres metas del sistema de salud y determinar estrategias adecuadas para acelerar el logro de cada una de ellas.¹⁷



Fuente: Health Systems Strengthening, How can we use more systems thinking?

Por otro lado la propuesta del marco de la OMS plantea que para determinar cuán bien hace su trabajo, un sistema de salud debe saber:

- Como medir los resultados y logros
- Como comparar los logros con lo que el sistema debe ser capaz de lograr (desempeño)

Asimismo, la OMS propone que para evaluar un sistema de salud, es necesario cuantificar cinco aspectos importantes:

- El nivel general de salud
- La distribución de la salud en la población
- El grado general de capacidad de respuesta
- La distribución de la capacidad de respuesta
- La distribución de la contribución financiera

2.4 Subsistemas de salud

Las funciones del sistema de salud, para fines analíticos, han sido descompuestas en seis subsistemas de salud. Se entiende que la yuxtaposición de los mismos no conforma un sistema, sino que son las múltiples relaciones e interacciones entre los elementos –la manera en que uno afecta e influye en los demás, y a su vez es afectado por ellos – lo que convierte esos elementos en un sistema. Estos subsistemas de salud son: Prestación de servicios (servicios de salud); Personal sanitario (recursos humanos); Información

¹⁷ Idem

sanitaria (tecnología); Tecnologías médicas (medicamentos); Financiación de la salud (financiamiento); Liderazgo y gobernanza (rectoría). Es importante señalar aquí que “todos los sistemas están contenidos dentro de sistemas mayores”¹⁸ y por lo tanto, no es posible comprender el todo simplemente analizando las partes. A continuación se define y/o califica cada uno de estos subsistemas:

Liderazgo y gobernanza (rectoría): Ha de permitir contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, el establecimiento de alianzas, la rendición de cuentas, las reglamentaciones y los incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema

Prestación de servicios (servicios de salud): Son las intervenciones, personales o no, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura) realizadas con un mínimo desperdicio de recursos.

Personal sanitario (recursos humanos): Ha de ser receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes y disponibles en números suficientes.

Información sanitaria: Ha de posibilitar la producción, el análisis, difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria.

Medicamentos y tecnologías médicas: Comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad

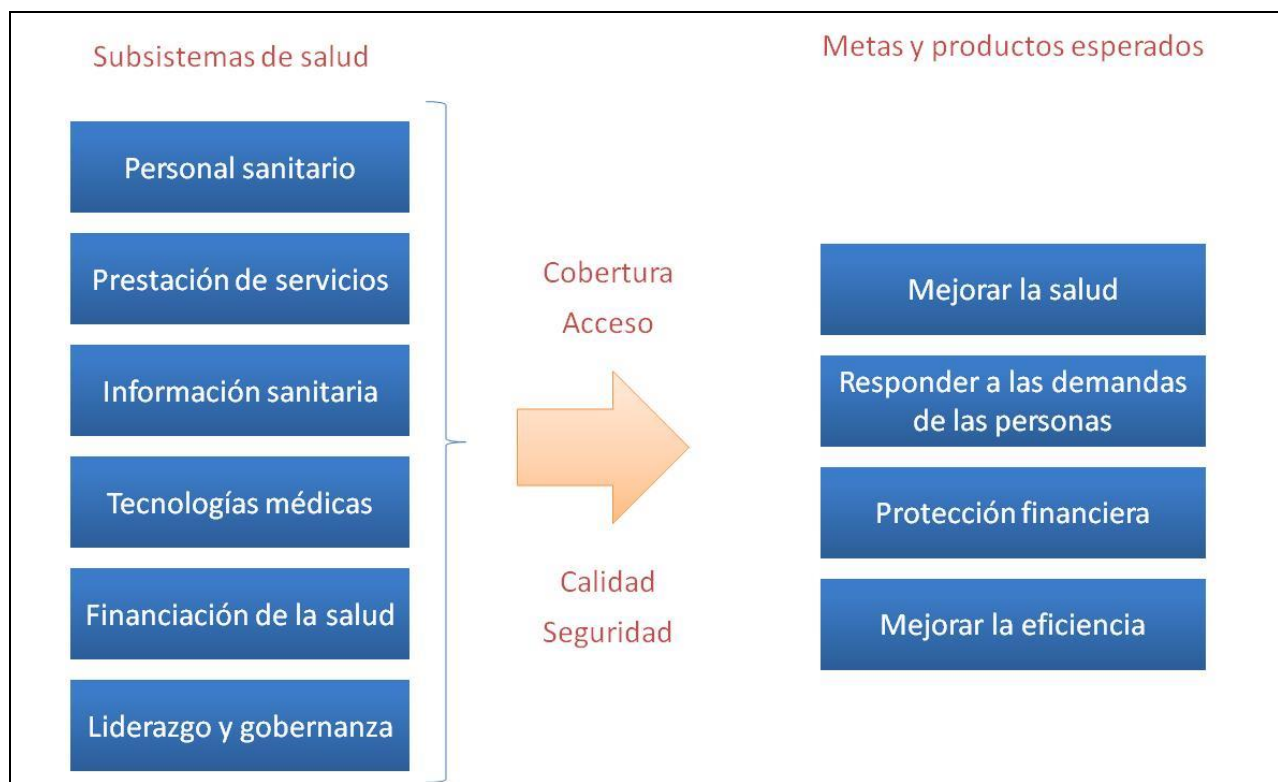
Financiamiento a la salud: Ha de permitir obtener fondos suficientes para la salud a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras o el empobrecimiento a que podría conducirles la obligación de pagar por esos servicios

Además de las cuatro metas generales del sistema de salud, existen dos importantes objetivos intermedios: la ruta desde los insumos a los resultados de salud se logra a través de la consecución de mayor **acceso y cobertura para intervenciones efectivas** en salud, sin comprometer esfuerzos que aseguren la **calidad del proveedor y la seguridad para el paciente**.

El esquema que aparece a continuación muestra esta relación, es decir, entre los subsistemas de salud y las cuatro metas, pasando por estos objetivos intermedios¹⁹.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2009), *La Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud*, Ginebra, Suiza.

¹⁹ WHO (2007) *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. WHO's Framework for Action. Ginebra, Suiza.



Fuente: WHO 2007: *Everybody's' Business. Strengthening health systems to improve health outcomes*

En este marco de acción planteado por la OMS, *el centro del sistema son las personas*, las cuales deben situarse en una relación de *ínter conectividad* con los seis subsistemas de salud que en su conjunto componen un sistema de salud completo.

Por ello, es fundamental poner de relieve el papel de las personas, no solo en el centro del sistema como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del propio sistema. Esto comprende su participación como individuos, organizaciones de la sociedad civil y redes de partes interesadas, y también como actores clave que influyen en cada uno de los elementos constitutivos, en su calidad de profesionales o formuladores de políticas sanitarias. Al colocar a las personas y sus instituciones en el centro de este marco se recalca el renovado compromiso de la OMS con los principios y valores de la atención primaria de salud, a saber: equidad, justicia social, participación y colaboración intersectorial.²⁰

²⁰WHO *Everybody's' Business. Strengthening health systems to improve health outcomes*



Fuente: WHO 2007: *Everybody's' Business. Strengthening health systems to improve health outcomes*

2.5 El papel de la información en la evaluación del desempeño

- **Las redes de conocimiento**

En muchos casos la información sobre los sistemas de salud es generada a través de diferentes sistemas y fuentes de información que no son accesibles en formas que puedan ser fácilmente recolectadas y comparadas.

Un sistema de información en salud integrado deberá ser diseñado para agrupar datos de amplias fuentes, de manera que toda la información sea almacenada a fin de que pueda ser fácilmente encontrada por diferentes usuarios en diferentes lugares y en una forma que satisfaga sus necesidades.

Con el objetivo de ayudar a suplir las necesidades de información en salud y ante la necesidad de coordinar y alinear asociaciones para el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud se creó The Health Metrics Network (HMN). The Health Metrics Network (HMN) -Redes en Métricas de Salud- fue lanzado por la OMS en el 2005 como una contribución al fortalecimiento de los sistemas que generan información relativa a la salud, como evidencia y base para la toma de decisiones²¹.

Esta red de salud (The HMN Framework) tiene como objetivo que los *diferentes socios que trabajan dentro de un país estén en mejor capacidad de armonizar y alinear sus esfuerzos alrededor de una visión común* del Sistema de Información en Salud -health information systems- (HIS) siglas en inglés o (nacional HIS) para que sea una guía o modelo universalmente aceptado para recolectar, reportar y usar la información de salud.

²¹ Organización Mundial de la Salud (2008). *Health metrics network. Assessing the National Health Information System, An Assessment Tool, VERSION 4.00, Ginebra, Suiza.*

La Red de Métricas en Saludes la primera asociación global de salud que se enfoca en dos requerimientos del fortalecimiento del sistema de salud:

- En la necesidad de enfocarse en el sistema de información de salud y de estadísticas como un todo, más que enfocarse en una enfermedad específica.
- En concentrar esfuerzos en fortalecer el liderazgo de los países en la producción y uso de información²².

La HMN propone que integren la red: las oficinas centrales de estadísticas, el Ministerio de Salud, otros ministerios y agencias gubernamentales, las universidades, institutos de salud pública y centros de investigación, los donantes, las organizaciones de las Naciones Unidas y los representantes de organizaciones sin fines de lucro y de la sociedad civil

La Red plantea que el establecimiento de indicadores en el sistema de información en salud permite contar con información oportuna para dar seguimiento a los avances y establecer cambios en los siguientes aspectos:

- Mejorar la provisión de servicios.
- Contar con sistemas estadísticos para planificar y gestionar servicios de salud.
- Formular y establecer políticas en salud.

En este sentido, la Red plantea que, *“cada país necesitará un paquete mínimo de indicadores de salud que serán útiles en la planificación, monitoreo y evaluación. A pesar de que los indicadores son necesarios para monitorear las prioridades nacionales, estos también deben cumplir con los estándares internacionales. Los indicadores nacionales deben estar vinculados y armonizados con los indicadores de las iniciativas internacionales y globales, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio”*²³.

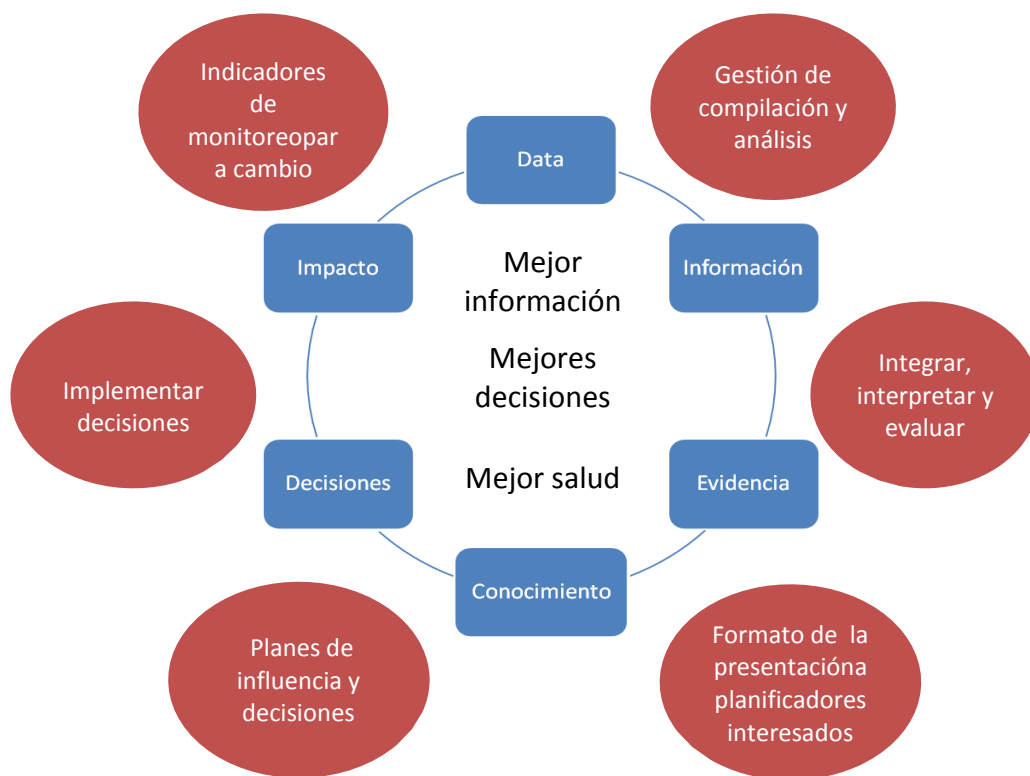
Si son cuidadosamente seleccionados y regularmente revisados, el uso de estos indicadores son una parte vital del fortalecimiento del Sistema de Información en Salud y el mismo será capaz de proveer un paquete mínimo de información que apoyará las funciones tanto a nivel micro como macro del sistema de salud²⁴.

La figura que aparece a continuación muestra el proceso dinámico de transformación de los datos que se obtienen en diferentes áreas del sistema de salud, en información que puede ser analizada y ésta, a su vez, en evidencias que vienen a aumentar el acervo de conocimientos de que se dispone sobre un aspecto particular del sistema de salud, el cual puede sustentar la toma de decisiones; el impacto de las mismas se evalúa y de allí surgen nuevos datos, iniciándose de nuevo el ciclo de transformación de la información en conocimiento, que es lo que propone la red de métricas en salud.

²² Idem

²³ Idem

²⁴ Idem



Fuente: OMS (2008) *Health Metrics Network, Assessing the National Health Information System*

La red de métricas de salud plantea que aunque los datos son la materia prima de los sistemas de información, en realidad tienen poco valor intrínseco por ellos mismos. Los datos tienen valor sólo después de haber sido compilados, gestionados, analizados y transformados en información y sobre todo, cuando ésta se integra con otra información y evaluación en términos de los problemas que enfrenta el sistema de salud.²⁵

Es aquí cuando la información se convierte en evidencia para ser utilizada en la toma de decisiones. Sin embargo, la red plantea que todavía la información para la toma de decisiones puede ser más potente si se cuenta con un formato de presentación y diseminación para los tomadores de decisiones, de manera que transformen su comprensión sobre los temas de la salud y necesidades del sistema. A este proceso, la red le llama el *proceso de transformación de datos en conocimiento*, y una vez aplicado resulta en decisiones que tendrán un impacto directo sobre la salud y la equidad en salud. Este impacto real sobre la salud puede ser monitoreado por el sistema de información a través de la medición de los cambios en los indicadores de salud²⁶.

²⁵ Idem

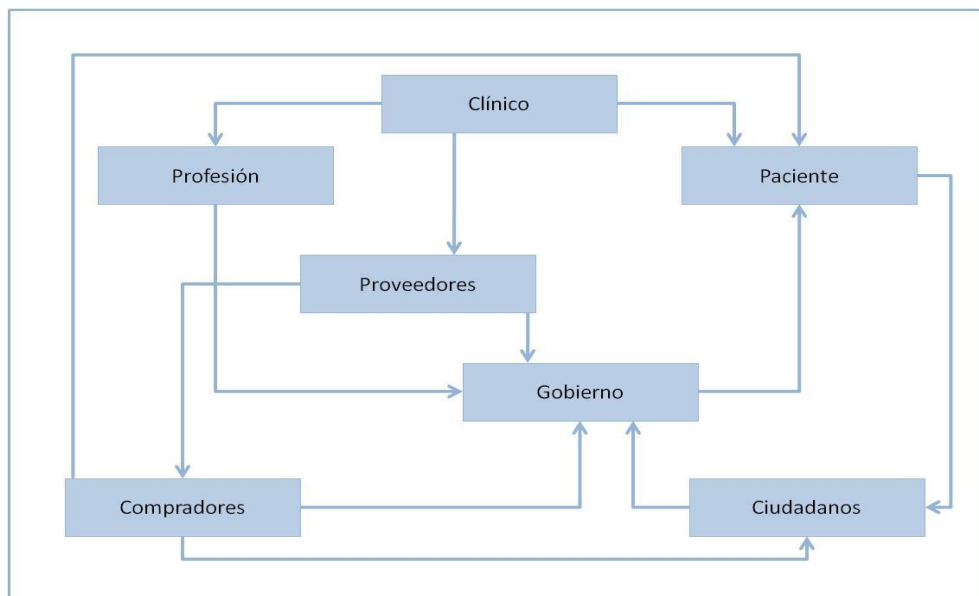
²⁶ Idem

Es importante destacar la importancia que reviste cada vez más, la conformación de redes de investigación impulsadas por la sociedad civil, en coordinación con los Ministerios de Salud y otras instituciones del sistema, en torno a los sistemas de información en salud, a fin de fortalecer el liderazgo en la producción y uso de la información.

- ***Tipos de información para distintos actores***

Las necesidades de información de los diferentes actores del sistema de salud son diferentes de acuerdo a sus requerimientos y necesidades. La información sobre los sistemas de salud es generada a través de diferentes sistemas y fuentes de información, las cuales no siempre son accesibles de manera que puedan ser fácilmente recolectadas y comparadas, una buena razón y oportunidad para que los diferentes actores del sistema de salud se articulen entre sí, sería alrededor de la necesidad de suplir las necesidades de información en salud, como evidencia y base para la toma de decisiones.

Estos actores institucionales o partes interesadas del sistema de salud deberán estar unidos por una serie de relaciones de rendición de cuentas. En la figura que aparece a continuación, la OMS propone como las partes interesadas deberán relacionarse para la rendición de cuentas²⁷:



Fuente:WHO (2008) Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects

En la práctica, muchas veces no se tiene en cuenta los requerimientos de información de las diversas partes interesadas en cuanto a la rendición de cuentas se refiere y lo que se ha logrado medianamente, ha sido a través de la evaluación del desempeño. Sin embargo, dada la diversidad de las necesidades de información de las distintas partes, es poco probable que un único método de presentación de informes de rendimiento sea de utilidad para todos. Por ello, las fuentes de datos deben ser diseñadas para satisfacer las demandas de los diferentes usuarios aunque esto puede implicar el uso de datos de las mismas fuente, pero presentada en diferentes formas.

²⁷ Idem

En este sentido, uno de los principales retos para los sistemas de salud es la forma diferente de recopilar y presentar la evaluación del desempeño para las distintas partes interesadas, sin imponer una carga enorme de recopilación de nuevos datos y análisis. Para la evaluación del desempeño se requieren una amplia variedad de métodos de medición, indicadores, técnicas de análisis y enfoques de presentación. Además, son necesarios diferentes métodos de recolección de datos como las encuestas nacionales, encuestas a los pacientes, bases de datos administrativos y clínicos recolectados rutinariamente²⁸.

Uno de los retos de la evaluación del desempeño es el diseño del sistema de información a fin de que el mismo responda a las diversas necesidades de información. En la tabla que aparece a continuación se puede observar los requerimientos de información de las partes interesadas²⁹.

Requisitos de información para los interesados en los sistemas de atención de salud		
Partes Interesadas	Ejemplos de necesidades	Requisitos de datos
Gobierno	Monitoreo de la salud de la nación Diseño de políticas de salud Reguladores Contribuyentes y afiliados a la Seguridad Social Monitoreo de la efectividad y eficiencia Asegurar que el financiamiento del gobierno central es utilizado como se debe Asegurar que los procedimientos de regulación funcionan apropiadamente	Información del desempeño nacional con estándares internacionales Información de la utilización del servicio y tiempos de espera Información del acceso y la equidad en la atención Datos de salud poblacional
Reguladores	Medidas de la medición en la cual hay equidad en salud, acceso a atención, la capacidad de respuesta y financiamiento	La información oportuna, confiable y continua sobre la seguridad del paciente y el bienestar Información sobre la probidad y la eficiencia de los flujos financieros
Contribuyentes y afiliados al SDSS	Garantizar el dinero está siendo utilizado de forma eficaz, eficiente y en línea con las expectativas	Conjunto, las medidas comparativas de rendimiento La información sobre la productividad y la rentabilidad La información sobre el acceso a (y la equidad de) la atención
Proveedores	Seguimiento y mejora de los servicios existentes	Datos agregados sobre el rendimiento clínico

28 WHO (2008) Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects

29 Op.Cit.WHO (2008) Performance measurement for health system improvement .

	Evaluación de las necesidades locales	Información sobre el acceso y la equidad de la atención Información sobre las experiencias del paciente y la satisfacción del paciente Información sobre la utilización del servicio y los tiempos de espera
Compradores	Asegurar que los contratos que ofrecen a sus pacientes están en línea con los resultados esperados	Información sobre las experiencias del paciente y la satisfacción del paciente La información sobre el desempeño del proveedor La información sobre el costo-efectividad de los tratamientos
Médicos	Mantenerse al día con la práctica actual Ser capaz de mejorar el rendimiento	Información sobre las prácticas actuales y las mejores prácticas Análisis de rendimiento información
Pacientes	Ser capaz de hacer una elección de proveedor de ser necesario La información sobre tratamientos alternativos	Información sobre la localización y la calidad de los servicios de emergencia de salud cercanos Información sobre la calidad de las opciones para el cuidado de elección
Público	Estar seguros de que los servicios apropiados estarán disponibles si es necesario en el futuro Sosteniendo el gobierno y otros funcionarios electos para rendición de cuentas	Ampliar las tendencias y las comparaciones de rendimiento del sistema a nivel nacional y local Eficiencia de la información Seguridad de la información

Fuente:WHO (2008) Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects

- ***La información en la medición de la calidad***

Uno de los retos de la evaluación del desempeño es el diseño del sistema de información a fin de que el mismo responda a las diversas necesidades de información. Por ello, establece que el primer requisito en cualquier medición del desempeño sistema es desarrollar un marco conceptual robusto dentro del cual la evaluación del desempeño se pueda desarrollar. Esto debería garantizar que todas las áreas prioritarias del sistema de salud están cubiertas por el sistema de evaluación del desempeño procurando que los esfuerzos de recogida y análisis no estén mal dirigidos o duplicados. Un ejemplo de dicho marco lo tiene la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo Económicos (OCDE) con el programa “Calidad en el Cuidado de la Salud” un Proyecto de Indicadores, que busca reunir un conjunto de indicadores de desempeño que son comunes a un gran número de sistemas nacionales de medición del desempeño³⁰.

Desde sus inicios, en 2001, la OCDE Calidad de la Atención de la Salud ha tenido como objetivo hacer un seguimiento de la calidad de la atención sanitaria en varios países, mediante el desarrollo de un conjunto

³⁰ 30 WHO (2008) Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects

de indicadores basados en datos comparables que pueden utilizarse para investigar la calidad en el cuidado de la salud. Las cinco áreas en las que los indicadores se están recogiendo son:

- la seguridad del paciente
- calidad de la atención de salud mental
- calidad de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y atención primaria
- calidad de atención de la diabetes
- calidad de la atención cardiaca.

La recolección de indicadores sigue un proceso doble. En un principio los datos se recogen a partir de un conjunto limitado de nuevos indicadores preparados por equipos de expertos en cada una de las cinco áreas y después los expertos de los países en los cinco ámbitos realizan un trabajo que sirve de base para mejorar la calidad de los datos entre los países.

En función de la importancia y la necesidad de la información pública la OMS destaca dos objetivos generales que se encuentran detrás de la divulgación pública de información: en primer lugar, para estimular la mejora de la calidad y, por otra, para mejorar más la rendición de cuentas generales de las organizaciones del sistema de salud. La información pública puede mejorar la calidad a través de la selección que los usuarios realizan si están mejor informados y seleccionan proveedores de mayor calidad y a través de la información que ayuda a los proveedores a identificar las áreas de bajo rendimiento, actuando así como un estímulo para mejora³¹.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de las áreas de la evaluación del desempeño en salud y los indicadores que se utilizan usualmente.

Aspectos de la medición del desempeño del sistema de salud

Área de Medición	Descripción de la medida	Ejemplos de indicadores
Salud poblacional	Medidas de data agregada sobre la salud de la población	Esperanza de vida Años de vida perdidos Mortalidad evitable Años ajustados por discapacidad
Resultados individuales de salud	Medidas del estatus individual de la salud, el cual puede ser relativo a la población total o entre los grupos Los indicadores que añadan rangos de utilidad para diferentes estados de salud	<i>Medidas genéricas:</i> Forma corta 36(Sf-36) EQ-5D <i>Medidas específica de enfermedades:</i> Medida de la escala de impacto de la artritis Cuestionario la enfermedad de Parkinson (PDQ-39)
Calidad clínica cuidado apropiado	Medidas de servicios y atención que reciben los pacientes para alcanzar los resultados deseados	<i>Medición de resultados:</i> Estatus de salud Readmisión post - operativa específica y tasas de mortalidad

³¹ Idem

	Medidas utilizadas para determinar si las mejores prácticas se lleva a cabo y si estas acciones se llevan a cabo de una manera tecnológicamente sana	<i>Medidas de proceso:</i> Frecuencia de la medición de la presión sanguínea
Capacidad de respuesta del sistema de salud	Medidas sobre la forma en que los pacientes son tratados y sobre el ambiente en el cual toman lugar las interacciones del sistema. Medidas relativas a temas tales como la dignidad de los pacientes, la autonomía, la confidencialidad, la atención rápida, el apoyo social y la calidad de la acomodación.	Medición de satisfacción del paciente Medición de la experiencia del paciente
Equidad	Medidas sobre la distribución equitativa en lo concerniente al acceso a atención, la capacidad de respuesta y el financiamiento	Medidas de utilización de servicios Tasas de acceso Razones de uso - necesidades Umbrales de gasto Medidas de resultados en salud desagregadas
Eficiencia	Medidas de la productividad del sistema de atención de salud, organizaciones de salud y profesionales individuales	Productividad laboral Medidas de costo - efectividad (por intervenciones) Eficiencia técnica (medidas de producto/insumo) Eficiencia en la asignación (Medidas de disposición a pagar)

FUENTE: Smith, Mossialos and Papanicolas, Performance measurement for health system improvement: experience, challenges and prospects, Background document, WHO, 2008.

CAPITULO III. MÉTRICAS PROPUESTAS POR LA OMS PARA MONITOREAR EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

3.1 Medición global del desempeño

La OMS propone que en función de las fuentes de datos que existen en el país se calculen las *medidas de logro* de los cinco aspectos del sistema de salud señalados anteriormente, a saber: el nivel general de salud, la distribución de la salud en la población, el grado general de capacidad de respuesta, la distribución de la capacidad de respuesta y la distribución de la contribución financiera.

- ***Indicadores del estado de salud***

Los tres indicadores convencionales del estado de salud, son los siguientes: la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años; la probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años; y la esperanza de vida al nacer. Estos indicadores pueden ser ampliados para incluir su distribución poblacional (por ejemplo, por sexo, zona de residencia, grupos de ingreso, etc.).

Propone una estimación de la incertidumbre inherente en estas mediciones, añadiendo el concepto de “cálculo del valor correcto”, como la probabilidad del 80% de caer en el intervalo de incertidumbre, así como una probabilidad del 10% de situarse por debajo del valor inferior o del 10% por encima del valor superior.

También se sugiere la utilización del concepto de “carga de morbilidad”, el cual puede medirse a través del AVAD, el cual constituye un año de vida sana perdido. Entonces, *“la carga de morbilidad puede interpretarse como una medida de la diferencia entre el estado de salud actual de una población y una situación ideal en la que todos los miembros de la población llegarían a la vejez con una salud perfecta.* Los AVAD perdidos por una enfermedad o situación sanitaria se calculan como la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (APP) en la población y los años perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de ese problema de salud.”³²

A fin de determinar la salud general de la población y en qué medida se está alcanzando el objetivo de la buena salud, la OMS propone también el uso de la *esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD)*. Asimismo propone el indicador *“Esperanza de vida ajustada en función del estado de salud” (EVAS)*. La EVAS se basa en la esperanza de vida al nacer pero con un ajuste que refleja el tiempo pasado con mala salud. Se entiende más fácilmente como el número equivalente de años en plena salud que previsiblemente vivirá un recién nacido teniendo en cuenta las tasas de morbilidad y mortalidad del momento.

Estos últimos indicadores tienen una mayor dificultad para la medición, tanto desde el punto de vista conceptual (la indeterminación de lo que se pretende medir) como de la información existente que pueda permitir su construcción. Probablemente por estas razones, los mismos no son de uso generalizado en las estadísticas de salud mundial.

³² Idem

- **Indicadores sobre la capacidad de respuesta.**

La capacidad de respuesta no es un indicador que expresa la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, sino del desempeño del sistema en relación con aspectos que no están vinculados a la salud propiamente dicha: la satisfacción o insatisfacción de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir por parte de los proveedores de servicios ya sean preventivos o curativos³³.

El concepto general de capacidad de respuesta puede desglosarse de varias formas. Una de ella es por elementos subjetivos relacionados con el respeto a los seres humanos y otra, por elementos más objetivos relacionados con la forma en que el sistema resuelve las inquietudes de los pacientes y familiares. La OMS subdivide estos elementos en dos categorías: i) El respeto a las personas: (respeto a la dignidad de la persona, carácter confidencial, autonomía) y ii) La orientación al cliente: (atención pronta, comodidades, acceso a redes de apoyo social, selección del proveedor

- **Indicadores de financiamiento**

El financiamiento equitativo en los sistemas de salud significa *que los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyan según la capacidad de pago* y no según el riesgo de enfermedad: un sistema financiado en forma equitativa garantiza la protección financiera de todos. En este sentido propone el *sistema de pre-pago* como la mejor forma de propiciar la equidad financiera, en vez de los gastos directos que el usuario paga de su bolsillo. El pago del bolsillo debería ser una parte pequeña y en relación a la capacidad de pago³⁴. La proporción del gasto en salud financiada de esta forma, por ejemplo, podría ser un indicador resumido de equidad del financiamiento.

De acuerdo a la OMS, en general, *una gran igualdad está asociada con el financiamiento basado principalmente en pre-pago*, aunque algunos países pueden mostrar una desigualdad extrema a pesar de que gran parte del gasto se paga por anticipado, debido a la gran desigualdad de ingresos y a la gran cantidad de familias que corren el riesgo de empobrecerse.

El indicador resumido de equidad no distingue las familias pobres de las ricas. La distinción se muestra en la forma en que se distribuye la carga entre deciles de capacidad para pagar y se divide entre el pre-pago y los gastos de bolsillo. En países de ingresos bajos y medianos el pre-pago debería ser progresivo, es decir, los ricos contribuyen con una mayor proporción y en otros es regresivo, es decir, la contribución se distribuye en forma más o menos neutral o los pobres contribuyen en mayor proporción.

Para analizar el impacto del gasto en salud en el presupuesto familiar, usualmente se toma en cuenta el total de los gastos que no corresponden a alimentos y se compara con los gastos que la familia paga de su bolsillo en atención sanitaria. Ese gasto es en gran medida imprevisible o transitorio, de modo que, si se incluye, podría sobre representar la capacidad de pago de la familia. Si los gastos que la familia paga de su bolsillo son grandes, para pagarlos es posible que la familia deba vender bienes o endeudarse, que más integrantes de la familia deban trabajar más horas o conseguir otro trabajo, o que disminuya el consumo de artículos de primera necesidad.

Si la capacidad de pago de la familia se define como los gastos que no corresponden a alimentos, menos el gasto sanitario que debe pagar de su bolsillo, las familias con grandes gastos directos se clasifican como

³³ Idem

³⁴ Idem

pobres en vez de repartirse en toda la población. *Por tanto, la forma en que se financia el sistema de salud parece ser sistemáticamente menos equitativa en la mayoría de los países, y el culpable es siempre la gran proporción de gastos que se pagan del propio bolsillo*³⁵.

El indicador “*gasto del bolsillo del usuario*” ayuda a determinar el grado de equidad con que se costean los sistemas de salud. Con frecuencia se utiliza el concepto inverso “gasto público en salud con respecto al gasto total”, que es lo mismo, pero desde otro punto de vista. Los sistemas de salud con un mayor porcentaje de financiamiento de este tipo, suelen ser más equitativos.

- ***Indicador general de los logros***

La OMS establece que “los logros” se comparan con el uso de los recursos como un indicador del desempeño. En la medida en que un sistema de salud alcance una larga esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, un alto grado de capacidad de respuesta o una distribución equitativa del financiamiento, se puede decir que tiene un buen desempeño con respecto a ese objetivo. La OMS propone, resumir las cinco metas en un solo indicador global asignándole una ponderación o importancia relativa a cada aspecto.

El indicador global de logro, igual que los cinco logros específicos que lo componen, es un indicador absoluto que señala cuán bien se ha desempeñado un país en la consecución de las distintas metas, pero no dice nada sobre esos resultados en comparación con lo que podría haberse logrado con los recursos de que dispone el país. Por tanto, el indicador decisivo del desempeño de un sistema de salud es el logro con respecto a los recursos.

Dicho indicador puede utilizarse para realizar comparaciones internacionales. La comparación entre países es importante pues nos permite saber por qué países con un gasto igual tienen resultados sanitarios diferentes. Además *importa el gasto sanitario*, no el ingreso total del país, ya que una sociedad puede optar por gastar menos en salud que otra. A cada sistema sanitario se lo debe juzgar de acuerdo con los recursos que realmente están a su alcance, y no según otros recursos que en principio puedan haberse destinado a la salud pero que se usaron para otra cosa³⁶.

La propone dos relaciones entre los resultados y los recursos del sistema de salud. Una es la relación entre los recursos y el estado de salud promedio (la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad – EVAD-), de modo que es relativamente comparable con muchos de los análisis anteriores del desempeño en el campo de la salud. La otra establece una relación entre los recursos y el indicador de logro global de los cinco objetivos. En ambos casos se usa el mismo valor del total de recursos para un país porque no hay forma de determinar si los gastos están orientados a la producción de servicios de salud, si influyen en la capacidad de respuesta o hacen que el financiamiento sea más o menos equitativo.

La pregunta sería, en función del capital humano de un país y los recursos dedicados a su sistema de salud, ¿Cuánto se ha acercado a lo máximo que cabe esperar de este? Relacionando de esta forma los resultados con los logros mínimo y máximo previstos y con el uso de recursos económicos se define el indicador general del desempeño del sistema: un buen desempeño significa apartarse del logro mínimo y acercarse al máximo.

³⁵ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza

³⁶ Idem

Los indicadores compuestos combinan los diferentes aspectos del desempeño del sistema de salud, ponen el foco de la atención pública en el mismo y sirven para realizar análisis en el tiempo dentro de un mismo país, además de las comparaciones internacionales. No obstante, si no están bien diseñados, pueden dar información engañosa y/o muy discutible. Esto fue lo que sucedió a nivel internacional con la publicación del Informe de la OMS del 2000, que presentó un ranking de países que fue muy cuestionado.

Existen varios marcos de referencia analíticos para el monitoreo del desempeño del sistema de salud y no hay todavía un acuerdo generalizado a nivel internacional sobre el mismo. La OMS considera que dichos esfuerzos tienen muchos puntos en común y en base a ello, propone un marco conceptual basado en los seis subsistemas o “bloques de construcción”, en un documento reciente denominado *“Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies”*³⁷. Estos se resumen a continuación.

3.2 Mediciones por subsistema

A continuación se presenta la propuesta general de indicadores de la OMS por subsistema. En el documento citado aparece la propuesta más detallada de los indicadores para cada uno de los subsistemas del sistema de salud³⁸.

Prestación de Servicios de Salud	Métodos de recopilación de datos y fuentes de datos
<ul style="list-style-type: none"> • El número de establecimientos de salud en relación a disposición de la población total en la misma zona geográfica. • Número y distribución de camas hospitalarias por cada 10, 000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de datos nacionales de los establecimientos de salud. • Censos de instalaciones (para obtener el número de establecimientos privados, en caso de no haber registro)
<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas externas por 10, 000 habitantes por año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema rutinario de reportes de establecimientos de salud. • Encuestas de población.
<ul style="list-style-type: none"> • Registro general de los establecimientos de salud. • Porcentaje de instalaciones de salud que ofrecen servicios específicos. • Número y distribución de los servicios de salud que ofrecen servicios específicos por cada 10,000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los establecimientos de salud.
Personal Sanitario	Métodos de recopilación de datos y fuentes de datos

³⁷ World Health Organization (2010), *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Ginebra Suiza.

³⁸ World Health Organization (2010), opus cit.

<ul style="list-style-type: none"> Número de trabajadores sanitarios por 10, 000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Registros administrativos, periódicamente validados y ajustados con los datos del censo nacional de población o las evaluaciones de los establecimientos.
<ul style="list-style-type: none"> Número anual de graduados de las profesiones de la salud las instituciones educativas por cada 100, 000 habitantes, según el nivel y ámbito de la educación. 	<ul style="list-style-type: none"> Registros administrativos de las instituciones de formación individual. En algunos casos, los datos pueden ser validados contra los registros de profesionales de los organismos reguladores, donde se requiere una certificación o licencia para la práctica.
Información sanitaria	Métodos de recopilación de datos y fuentes de datos
<ul style="list-style-type: none"> Índice del desempeño del sistema de información en salud (HMN) 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de los sistemas nacionales de información sanitaria.
Medicamentos y tecnología	Métodos de recopilación de datos y fuentes de datos
<ul style="list-style-type: none"> El promedio de disponibilidad de 14 medicamentos esenciales seleccionados en los establecimientos de salud públicos y privados. La mediana del precio de consumo de 14 medicamentos esenciales seleccionados en los establecimientos de salud públicos y privados. 	<ul style="list-style-type: none"> Encuestas nacionales o sub-nacionales de precios y disponibilidad de medicamentos utilizando una metodología estándar desarrollado por la OMS y Health Action Internacional.
Financiamiento	Métodos de recopilación de datos y fuentes de datos
<ul style="list-style-type: none"> Gasto total en salud. Gasto del gobierno general en salud como proporción del gasto del gobierno general (GGG/ESB). La proporción de gasto de bolsillo en relación al gasto total en salud 	<ul style="list-style-type: none"> Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Gastos de los hogares y encuestas.
Liderazgo y Gobernanza (rectoría)	Métodos de recopilación de datos y fuentes de datos
<ul style="list-style-type: none"> Relación de Políticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de las políticas nacionales de salud en los respectivos dominios (medicamentos esenciales y farmacéutica, tuberculosis, malaria, el VIH/SIDA, la salud materna, salud infantil / inmunización)

CAPITULO IV. MAPA DE ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO

4.1 Los actores del sistema dominicano de salud y sus funciones

El Sistema Nacional de Salud la componen nuevas instituciones y organismos de participación de los actores del sistema que entran en vigencia a partir del marco legal de dos leyes, a saber: Ley 42-01 (Ley General de Salud) y Ley 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social –SDSS-). En ambas leyes se reconoce que el sistema de servicios de salud dominicano es de naturaleza mixta y está conformado por instituciones del sector público, privado y ONGs.

El nuevo marco legal tiene como mandato la reestructuración del Ministerio de Estado de Salud Pública, el fortalecimiento de sus funciones como entidad rectora del sistema, separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. El Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) dejó de ser la institución responsable de la dirección, regulación y financiamiento de la Seguridad Social y se transformó en una entidad administradora de riesgos de salud y laborales y en proveedora de servicios de salud³⁹.

Entre las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud están la de rectoría, atención a las personas, salud colectiva, financiamiento y aseguramiento. La Ley General de Salud (42-01) le asigna al Ministerio de salud la responsabilidad de las funciones de rectoría del Sistema y la define como la máxima autoridad sanitaria del país, aunque esta función la ejercerá de manera compartida con otras instituciones del Estado y organizaciones de la Sociedad Civil.

Las funciones básicas de rectoría en salud son: a) Conducción Estratégica, b) Habilitación, c) Regulación y d) Supervisión y Control. Tradicionalmente estas funciones de rectoría han sido débilmente desarrolladas, lo cual se ha profundizado debido al poder de veto que la Ley de Seguridad Social le confiere a sectores que deben ser objetos de rectoría. Esta ambivalencia en el ejercicio del poder, más que fortalecer este importante rol, genera conflictos de competencia y debilita las posibilidades de que el Estado sea el responsable y el garante por excelencia de que el sistema de salud funcione de manera equitativa y proteja a las personas contra los costos de la mala salud⁴⁰.

La 42-01 es un código sanitario que rige el ámbito del Sistema Nacional de Salud, define la forma general de organización de los servicios sanitarios del país y establece la reorganización de la SESPAS y el fortalecimiento de su rol rector. Establece el cumplimiento de ciertos estándares de calidad, regula las estructuras de los establecimientos de salud y protege el medio ambiente y los derechos de la sociedad y de los usuarios del sistema.

La 87-01 establece el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social, describe los diferentes regímenes de financiamiento, las prestaciones a entregarse y los aspectos financieros del sistema. Ambas leyes modifican roles y crean un conjunto de instituciones e instancias que operativizan el sistema. Además, introducen la especialización institucional y con ella una clara separación de las funciones de provisión, financiamiento y rectoría. Esta ley busca universalizar el aseguramiento en salud en el país, eliminando la exclusión y la discriminación, y su implementación reducirá la excesiva carga financiera que representa el gasto en salud de las familias pobres dominicana. Además, establecen un conjunto de regulaciones que

³⁹ Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. (2001) Santo Domingo, República Dominicana

⁴⁰ Moliné Alejandro / SEEPyD/PNUD República Dominicana, (2008) Consultoría La Situación Social del País y Elementos de una Política Social: Capítulo de Salud, Borrador Informe final.

garantizarán la solvencia financiera de los aseguradores, protegerán a los usuarios, penalizan el fraude y supervisan el desempeño⁴¹.

Función	Institución	Base legal
Rectoría (Conducción Estratégica, Habilitación, Regulación y Supervisión y Control): Rectoría de todo el sistema, y servicios de salud colectiva.	Ministerio de Salud Pública	Ley 42-01 (Ley General de Salud)
Rectoría (Coordinación Sectorial de Aspectos de Salud): Aprobar las políticas y líneas generales del funcionamiento del sector.	Consejo Nacional de Salud (CNS). Está integrado por las instituciones del sector, encabezada por el Ministerio de Salud.	Ley 42-01 (Ley General de Salud)
Rectoría (Coordinación Sectorial de Aspectos de Seguridad Social en Salud): Aprueba las políticas y normativas del sistema de seguridad social.	Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). Es presidida por el Secretario de Estado de Trabajo.	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Regulación (Regulación, Supervisión y Control de Aspectos de Financiamiento y Gestión de la Administración de Salud): Supervisar y regular el funcionamiento de las Administradoras de Riesgo de Salud y las de Riesgos laborales.	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Financiamiento:	Oficina Nacional de Presupuesto, las empresas y las personas que pagan por aseguramiento y bienes y servicios de salud, agencias internacionales que financian, y ONGs.	Ley 30/2005 Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Información y Defensa de los Afiliados: Responsable de defender los derechos de los afiliados ante los demás actores del sistema.	Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA).	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Recaudación por Pagos e Impuestos:	Dirección General de Impuestos Internos (DGII).	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)

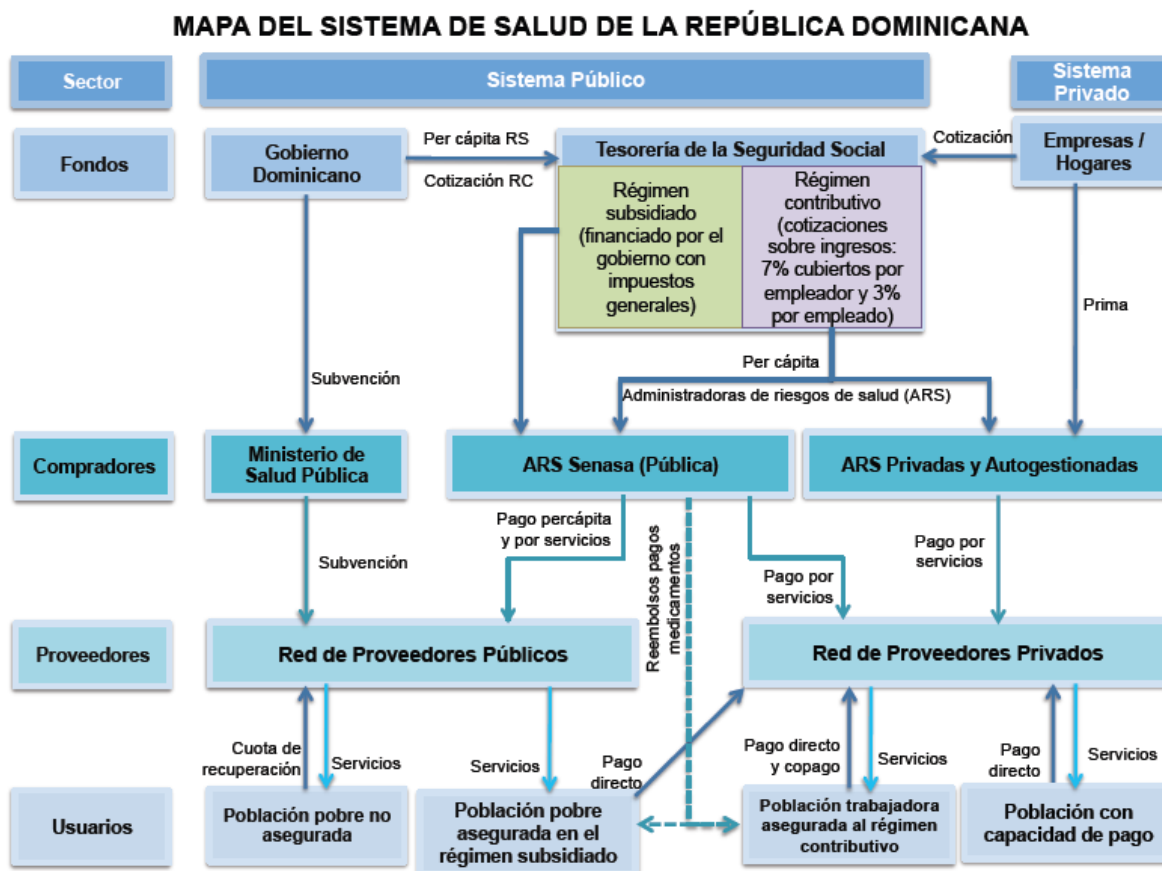
⁴¹ Idem

Recaudación de Fondos de la Seguridad Social:	Tesorería de la Seguridad Social (TSS).	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Administración de Riesgos de Salud:	En el sector público está el Seguro Nacional de Salud (SENASA), Salud Segura (del IDSS) y otras administradoras de salud de instituciones y sectores del sistema público del país. En el sector privado hay un alto número de ARS autorizadas por la SISALRIL para funcionar en el sistema.	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Provisión de Servicios:	Sector público: Servicios Regionales de Salud (SRS) con hospitales, clínicas rurales y otras unidades de servicios. La red del IDSS y las Farmacias del Pueblo del PROMESE/CAL. ONGs. Prestadores privados (médicos, clínicas, laboratorios, centros de imágenes, farmacias, etc.). Programa de Medicamentos Esenciales PROMESE abastece de medicamentos e insumos a los hospitales públicos y las farmacias públicas ("Farmacias del pueblo").	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
Son la expresión provincial del Ministerio de Salud. Ejercen los roles de rectoría y son las responsables de los servicios de salud colectiva a nivel provincial.	Direcciones Provinciales de salud: (DPS)	Ley 42-01 (Ley General de Salud)
Son las responsables de dirigir la labor de las Redes Regionales de Servicios de Salud. En ese sentido, son las responsables de brindar servicios de salud a las personas de forma individual. Son una expresión desconcentrada del Ministerio de Salud, pero la ley establece que deben separarse de esta y convertirse en instituciones autónomas descentralizadas con personería jurídica propia.	Direcciones Regionales de Salud: (DRS)	Ley 42-01 (Ley General de Salud)

Dar servicios y bienes de salud a la población.	Proveedores de Servicios de Salud: (PSS)	Ley 87-01 (que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social)
---	--	--

4.2 Vínculos entre los actores de acuerdo al financiamiento

Una forma de mirar las relaciones entre los actores del sistema de salud, es a través de los flujos de financiamiento que existen entre ellos. Esto es lo que procura hacer el mapa del sistema de salud que se presenta en la siguiente página, el cual, visto matricialmente, clasifica los actores según su función como (a) financiadores, (b) compradores, (c) proveedores y (d) usuarios del sistema de salud. Por las columnas, se clasifica el sistema entre público (financiado con impuestos y contribuciones a la seguridad social) y privado (financiado con gasto de bolsillo o con primas por seguros voluntarios privados).

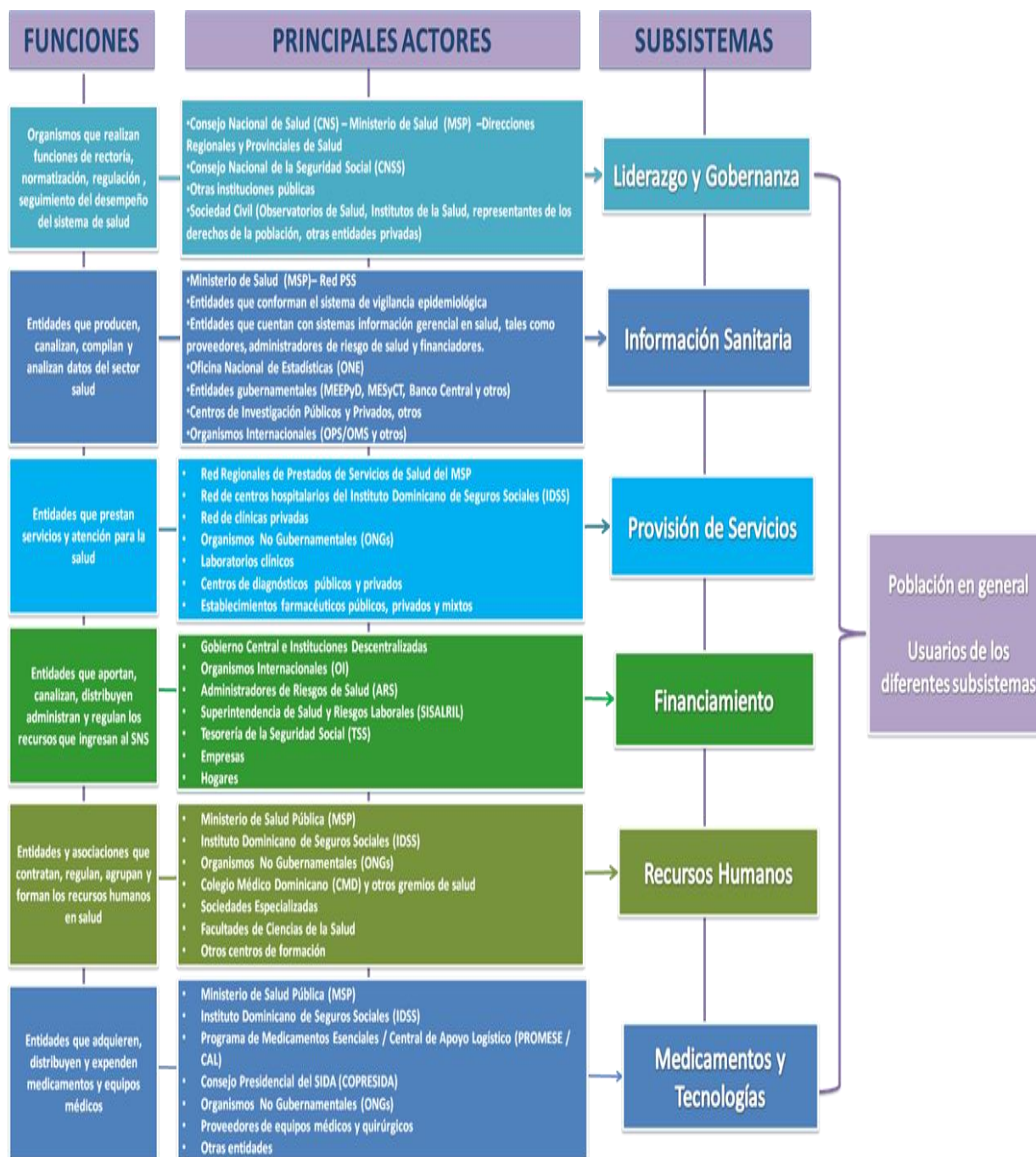


Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud

Este mapa ofrece una visión de la estructura financiera del sistema dominicano de salud, esquematiza el tipo de relaciones, cómo circula el dinero entre los distintos actores y, a la vez, permite saber dónde se produce la información financiera y cuál es el tipo de información que podría levantarse.

4.3 Clasificación de los actores por subsistema

Otra posible manera de observar los vínculos entre los actores del sistema de salud, es mirar las relaciones entre los distintos subsistemas. A continuación se muestra un esquema de los diferentes actores del sistema dominicano de salud, de acuerdo a los subsistemas de salud, como un primer paso para identificar la articulación entre los mismos.



Las relaciones entre los diferentes actores son dinámicas e interrelacionadas, con una tendencia a buscar soluciones y sinergias⁴². Los subsistemas de salud están conectados entre sí, de manera que una intervención en un subsistema afecta a todos los demás, así están articulados y comunicándose entre sí los diferentes actores que forman parte del sistema de salud. Es decir que una intervención con efectos no deseados, se amplifica afectando todo el sistema y viceversa.

⁴² IDRC, Research Matters, Swiss Agency for Development and Cooperation SDC (2008) *Knowledge Translation A “Research Matters” Toolkit*, Work in Progress. Bridging the “Know-do” gap, Ottawa, Canada.

Esta articulación y comunicación (con efectos que pueden ser tanto positivos como negativos) ocurre no sólo entre los actores institucionales del sistema, sino también entre el personal de salud que está a cargo de la prestación de servicios y a su vez, el personal con los usuarios, ya que el sistema de salud es un todo relacionado que está en permanente cambio.

4.4 Papel de las redes en la gobernanza del sistema dominicano de salud

Las redes entre los actores del sistema de salud pueden contribuir a la generación de esas sinergias que se habla en el párrafo anterior, al contribuir a fortalecer la articulación entre los actores del sistema, a la vez que a fortalecer las debilidades del sistema de información. Ellas también pueden contribuir a desarrollar las capacidades y alinear esfuerzos alrededor de una visión común.

En gran medida, eso es lo que se propone el Observatorio de la Salud de la República Dominicana (OSRD), el cual tiene el propósito de producir evidencias y difundirlas, con el objetivo de contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud. De esta manera, las instituciones de la sociedad civil comparten con el Ministerio de Salud la función de rectoría, desde abajo hacia arriba, participando en la gobernanza del sistema.

Para ello se considera importante la definición de un paquete mínimo de indicadores de salud que serán útiles en la planificación, monitoreo y evaluación y, tal como propone la OMS, ayudará a enfocarse en el sistema de información de salud y de estadísticas como un todo, lo que a la vez que ayudará a fortalecer la producción y el uso de la información.

Para contribuir a la articulación del sistema, mientras más frecuente y extensamente los diferentes actores del sistema de salud se comuniquen e intercambien ideas, mayores serán las posibilidades de éxito de las iniciativas destinadas a mejorar la salud de las personas y a protegerlas contra los costos de la mala salud. Las redes de actores del sistema de salud contribuirán a conciliar políticas, prioridades y perspectivas, donde se concilien los intereses y puntos de vista de la comunidad, los donantes y los formuladores de políticas.

La evaluación del desempeño del sistema de salud constituye un objetivo importante para todos los actores que formen parte de esta red, dado que a través de la misma se pide a cada actor el suministro de información para la rendición de cuentas. De acuerdo a la OMS, la rendición de cuentas tiene dos grandes elementos: el suministro de información y las consecuencias de la rendición de cuentas (sanciones o recompensas de la parte responsable).

En este sentido, sea cual sea el diseño del sistema de salud el papel fundamental de la evaluación del desempeño es permitir la toma de decisiones informadas y la misma no debe ser vista al margen del sistema más amplio del cual forma parte⁴³.

A fin de contribuir al proceso de definición de ese conjunto mínimo de indicadores que pudieran ser monitoreados desde la sociedad civil, específicamente, desde el Observatorio de la Salud, se realizó un proceso de consultas, cuyos resultados se muestran en el capítulo que sigue.

⁴³ WHO (2008), *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*, Ginebra, Suiza.

CAPÍTULO V: CONSULTA A LOS ACTORES SOBRE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

Para fines de elaborar la propuesta de marco para la evaluación del desempeño del sistema dominicano de salud, realizamos un conjunto de entrevistas de profundidad con actores claves del mismo, en su mayoría expertos que trabajan en posiciones claves y que tienen influencia importante en la producción de información y la toma de decisiones. Elaboramos una guía de entrevistas, que se muestra en los Anexos, lo mismo que la lista de actores entrevistados.

A continuación presentamos la opinión de los actores clave entrevistados/as sobre el desempeño del sistema de salud dominicano. Debe aclararse que se trata de percepciones, por lo que muchas afirmaciones poseen juicios de valor.

5.1 Sobre el logro de las metas generales del sistema dominicano de salud

La OMS señala que el sistema de salud tiene cuatro metas generales: (a) mejorar la salud de la población; (b) responder a las necesidades de las personas; (c) brindar protección financiera frente a los costos de una mala salud; y (d) mejorar la salud de la manera más costo-efectiva para el sistema como un todo.⁴⁴: En relación al cumplimiento de estas metas, se preguntó a los actores sobre su opinión respecto al desempeño del sistema de salud en la República Dominicana?

En sentido general, la opinión que tienen los actores en relación al cumplimiento de las metas del sistema de salud es que nuestro desempeño es deficiente, sobre todo por la falta de educación sanitaria, e higiene ambiental, así como la falta de promoción del modelo de atención preventivo como elemento clave que fomenta la salud.

Los actores señalan que es deficiente, sobre todo, si se toma en consideración la inversión que se ha realizado, la base legal existente con sus respectivos reglamentos, normas, protocolos, la infraestructura y las redes de atención existentes, entre otros aspectos. La mayoría de las acciones han estado dirigidas al desarrollo y fortalecimiento de las instituciones para mejorar la capacidad de respuesta, pero esto no se ha traducido necesariamente en mejorar la salud de las personas. Asimismo, el desempeño fue catalogado de mediocre en función de dos indicadores básicos: la mortalidad materna y la mortalidad infantil, porcentajes considerados altos en relación a otros países del área.

En opinión de la mayoría de actores, “se sabe lo que hay que hacer pero no existe suficiente voluntad política para el cambio”. “Existe una deuda que el sistema de salud tiene con la salud mental, la salud buco dental, la rehabilitación, la discapacidad, así como con la violencia general provocada por otros factores y determinantes sociales que son vinculantes a la salud y que no se toman en consideración a la hora de valorar la salud”. A continuación aparecen otras opiniones de los actores respecto a las cuatro metas del sistema de salud.

Mejorar la salud de la población

- Es deficiente porque no hay una visión estratégica ni una voluntad política dirigida a mejorar la salud como una prioridad nacional.

⁴⁴ Aunque en el cuestionario se incluyeron las tres metas del Informe Mundial de Salud del 2000, los últimos informes añaden la eficiencia como meta intrínseca. Muchas de las respuestas recogidas hacen referencia a la misma.

- Las autoridades sanitarias no han sido capaces de fortalecer el primer nivel de atención, condición indispensable para mejorar la salud de las personas.
- El enfoque en los programas curativos debilita el modelo preventivo y una medicina orientada a la salud familiar.
- Hay debilidad en la supervisión y regulación de los servicios de salud, lo cual trae como consecuencia una falta de calidad.
- No hay respaldo financiero para las enfermedades endémicas que cada año aparecen con las lluvias, como el dengue, malaria, leptoporiasis, por lo que cada vez que hay un brote en el país, hay que recurrir a presupuestos de contingencias o donaciones de organismos internacionales.

Responder a las necesidades de las personas

- Los ciudadanos han tenido un rol ausente en el manejo de la salud, es decir, la participación de la comunidad es deficiente.
- Existe mucho desconocimiento por parte de la gente de sus derechos, sobre todo los relativos a la seguridad social.
- La atención es irrespetuosa, no es digna y hay evidencias de maltrato a los pacientes; de hecho, el personal de salud actúa muchas veces como si le estuvieran haciendo un favor a los pacientes y no lo consideran como un derecho ciudadano.
- No escriben en los expedientes y no escuchan a los usuarios.
- Los servicios se organizan a través de la oferta para que la población se adecue a ella, pero no se ejerce una salud pública sobre la base poblacional.

Brindar protección financiera frente a los costos de la mala salud:

- No se han alcanzado las metas de protección del régimen subsidiado y los pobres que no tienen un seguro están pagando cuotas de recuperación cada vez más altas.
- El gasto de bolsillo es muy elevado, por lo que el sistema carece de equidad.

Lograr resultados de la manera más eficiente y costo-efectiva:

- El gasto en salud no es suficiente, pero con la inversión que se ha realizado hasta el momento, deberíamos esperar mejores resultados en el desempeño del sistema.
- Por un lado exhibimos un sistema de salud actualizado en términos de equipamiento, con la llamada tecnología de punta a los que pueden acceder los ricos y por el otro, un sistema con establecimientos de salud que no están habilitados por el Ministerio y que funcionan con tecnología atrasada y en condiciones deplorables donde acceden los pobres.
- El sistema de salud es más caro que antes de la reforma, pero sin cobertura universal. Se adoptó un modelo de intermediación que debió haber sido transitorio, pero que se ha convertido en permanente. Además, no se ha dado la transición hacia la administración de riesgos.
- La politización de los recursos humanos y la debilidad institucional no permiten que el sistema de salud actual pueda responder a las necesidades de las personas ya que se actúa en base a la disponibilidad y necesidades del personal de salud.
- Existe una falta generalizada de calidad en la formación universitaria y en la falta de capacitación en gerencia de servicios de salud.
- El nivel central no ha ido transfiriendo capacidades a los servicios regionales y provinciales de salud para que la función de rectoría a nivel local se fortalezca.

- El nivel central mantiene una nómina abultada que, en su mayoría, responde a intereses políticos Para que las cosas funcionen hay que sacrificar el clientelismo político y las posibilidades electorales que ello implica. La mayor parte del gasto en salud se destina a los servicios personales y menos del 10% se destina a educación y prevención en salud.
- El gobierno no considera prioritario el financiamiento a la salud, lo que puede verse si se compara su gasto en otras actividades.
- La salud no puede ser un negocio sino una responsabilidad que la sociedad y el Estado deben asumir. La salud es un deber social en el que cada sector, en función de sus posibilidades debe participar y eso incluye al paciente, quien no debe ser el principal financiador.

5.2 Sobre los problemas principales de los seis subsistemas de salud y sugerencias relativas a cómo solucionarlos

Se mencionaron los seis subsistemas en lo que la OMS subdivide el sistema de salud y se preguntó a los actores cuáles, en su opinión, son los problemas principales que los afectan así como sus sugerencias para solucionarlos. Las respuestas fueron organizadas por subsistema y dentro de éste, en varias dimensiones analíticas.⁴⁵

Es preciso señalar que la pregunta correspondiente a este apartado 5.2 se hizo a todos los entrevistados, independientemente de su especialidad así como del área específica en la que ellos trabajan. El propósito de esto es identificar problemas, obstáculos y posibles soluciones desde diferentes puntos de vista, esto es, no limitados a los puntos de vista de los especialistas en un sector en particular.

Servicios de salud: Son las intervenciones, personales o no, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura) realizadas con un mínimo desperdicio de recursos ⁴⁶ .		
Dimensiones *	Problemas/Obstáculos	Posibles soluciones
Mejorar la calidad de los servicios de salud y los resultados clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Baja calidad de la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la provisión de insumos y equipamiento necesario. • Implementar jornadas de capacitación al personal gerencial y reforzar la capacitación clínica. • Mejorar los convenios de gestión como instrumento para el monitoreo de la calidad y desempeño de la prestación de servicios. • Cumplir con los protocolos y normas establecidos. • Mejorar el registro médico de manera que las historias clínicas den seguimiento al paciente.

⁴⁵ World Health Organization Europe, (2009) *Georgia Health system performance assessment*, Regional office for Europe, Ginebra Suiza.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

Mejorar la rectoría del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> Falta de supervisión y regulación de los servicios, tanto del sector público como del sector privado. 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer un sistema de evaluación del desempeño por resultados. Completar el proceso de descentralización de las redes de servicios de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> Desarticulación entre los tres niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar los niveles de relación entre los tres niveles de atención. Priorizar e implementar el modelo estratégico de atención primaria en salud. Mejorar la organización de las redes del sistema.
	<ul style="list-style-type: none"> Baja prioridad a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar la búsqueda de los factores de estilos de vida que conducen a la enfermedad e incidir en ellos. Promover la educación alimentaría, el ejercicio físico, el buen uso del tiempo libre, mejorar las condiciones laborales y medioambientales de las personas. Mejorar las condiciones de higiene y medioambientales, así como los factores relacionados con el estilo de vida.
Humanización de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios se organizan en función de la disponibilidad del personal de salud y no en función de las necesidades de las personas. 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar y capacitar a los recursos humanos en servicios de salud con calidad y calidez. Establecer citas a fin de evitar que las personas tengan que visitar varias veces el centro de salud. Mejorar los niveles de comunicación entre el personal de salud. Recuperar la práctica de la entrega de guardia.
Mejorar la accesibilidad de información de salud	<ul style="list-style-type: none"> No hay mecanismos para que la gente acceda a los servicios de salud. Falta de formación clínica y gerencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Informar a las personas sobre los derechos que le asisten en cuanto a la seguridad social y sobre como acceder al sistema de salud.

Recursos Humanos: Han de ser receptivos, equitativos y eficientes en función de las circunstancias y los recursos existentes, además de disponibles en números suficientes⁴⁷.

Dimensiones	Problemas/Obstáculos	Posibles soluciones
Mejorar la rectoría del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de reclutamiento, selección y administración orientados por el clientelismo político. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover que la modalidad de contratación sea realizada a partir de las necesidades de la población. • Crear una unidad técnica y de apoyo a los procesos de reclutamiento y selección del personal sanitario que elimine el clientelismo político.
	<ul style="list-style-type: none"> • Bajos salarios e inseguridad laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las condiciones de trabajo y salarios. • Impulsar la carrera sanitaria.
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta una política de supervisión de la calidad y de evaluación de desempeño de los recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de vigilancia y control de calidad que garantice el cumplimiento de los protocolos y normas establecidos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Baja calidad técnica del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Modernización de los planes de estudio • Promover la educación continuada. • Promover la recertificación
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de cumplimiento con las normas y protocolos en unos casos y exceso de trabajo y estrés en otros casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de remuneración por desempeño.
	<ul style="list-style-type: none"> • No existe comunicación sistemática y eficaz entre la rectoría del sistema de salud y la academia. • Los perfiles de los egresados de las universidades responden a una medicina especializada. • Los programas de estudios son obsoletos 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover una real y sistemática coordinación con la academia a fin adaptar el programa de estudios con el perfil epidemiológico. • Mejorar la calidad de la formación académica.
Asegurar la asignación eficiente de los recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de planificación de los recursos que necesita el sistema. • Falta de criterio en el otorgamiento de incentivos y ausencia de una política que 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un plan de incentivos para el personal dispuesto a trabajar en el primer nivel de atención.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza.

	promueva desplazamientos al interior.	
Humanización de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Falta de una visión humanista e integral de la salud y de calidez Falta de motivación y compromiso con el desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover una enseñanza humanista y rescate de los valores humanos, así como la vocación de servicio. Promover la educación continuada.

<p>Financiamiento: Ha de permitir obtener fondos suficientes para la salud a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras o el empobrecimiento a que podría conducir las la obligación de pagar por esos servicios⁴⁸.</p>		
Dimensiones	Problemas/Obstáculos	Posibles soluciones
Mejorar la rectoría del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiente para los estándares internacionales. El gasto en salud no ha aumentado en los últimos años. Vigencia del presupuesto histórico en el sector público 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar el gasto público en salud. Implementar el desmonte real del presupuesto histórico. Transparentar el uso de los recursos.
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de un sistema de evaluación y monitoreo del costo de la salud. Falta de mecanismos de control. Tráfico de influencia en el uso del bien público. Alta inversión que demanda el modelo curativo 	<ul style="list-style-type: none"> Reorientar el gasto hacia el primer nivel de atención, hacia programas de salud colectiva y las funciones de rectoría. Analizar la estructura de gastos para una mejor distribución del gasto en salud. Implementar un sistema de información que facilite el monitoreo y reorientación de la ejecución presupuestaria en todos los niveles del sistema.
Asegurar la asignación eficiente de los recursos	<ul style="list-style-type: none"> Uso inadecuado de los recursos. Doble financiamiento, (SENASA/MSP) en los servicios regionales de salud. Falta de transparencia en la información sobre los costos de los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Eficientizar el gasto en salud. Evaluar los costos reales de los planes de servicios y de la cobertura de la seguridad social. Replicar en todas las regiones de salud experiencias de financiamiento descentralizado de la Región 6 y 8 de salud.

⁴⁸ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza

<p>Mejorar la protección financiera de la población</p>	<ul style="list-style-type: none">• No se han logrado las metas de cobertura universal de la seguridad social.• El gasto de bolsillo es muy alto.• Falta de cumplimiento de la administración del riesgo a enfermarse por parte de las ARS• Falta de un enfoque de derechos.	<ul style="list-style-type: none">• Incrementar la cobertura a las enfermedades catastróficas.• Que la seguridad social no excluya a los que están enfermos.• Incrementar la cobertura de la seguridad social.
---	---	--

Medicamentos: Comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costo/eficacia, y su utilización científicamente racional ⁴⁹		
Dimensiones	Problemas/Obstáculos	Posibles soluciones
Mejorar la rectoría del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un precio de referencia. • Falta de control de calidad. • Falsificación de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un precio de referencia de los medicamentos a fin de evitar el costo excesivo. • Evitar el almacenamiento de grandes cantidades de medicamentos que con el tiempo se vencen y eleva el costo de los mismos. • Implementar un sistema de calidad, vigilancia y regulación que garantice el cumplimiento de la ley farmacéutica. • Articular los diferentes sectores a fin de poner en práctica el mandato que regula la política farmacéutica.
Mejorar la protección financiera de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Costos muy elevados. • Gasto de bolsillo muy alto en el régimen contributivo de la seguridad social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el monto asignado para cubrir los medicamentos en el régimen contributivo.
Mejorar la accesibilidad de información de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de dudosa eficacia y con efectos secundarios severos. • No hay educación sobre el uso racional de medicamentos. • Falta de confianza en los medicamentos genéricos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campañas sobre los riesgos de la automedicación y sobre el uso racional de los mismos.
Asegurar la asignación eficiente de los recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta una política de promoción de medicamentos genéricos. • La prescripción funciona de acuerdo a la lógica del mercado. • Búsqueda de excesiva rentabilidad en la prescripción. • Falta de vinculación entre el perfil epidemiológico y la disponibilidad de medicamentos. • Falta de promoción de las Farmacias del Pueblo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una política de promoción de medicamentos genéricos. • Fortalecer la producción nacional • Fortalecer el sistema de identificación de necesidad a través de un sistema de planificación de medicamentos para racionalizar las adquisiciones de la central de Apoyo Logístico. • Realizar licitaciones de compras conjuntas a fin de abaratar los costos. • Pagar directamente al proveedor en base a la necesidad del establecimiento y con mecanismos transparentes.

⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza

	<ul style="list-style-type: none"> • No se incentiva la producción nacional. • Dependencia internacional para los enfermos de VIH/SIDA. • Falta de planificación de las necesidades. • Incremento de las compras al sector privado a cambio de comisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con la prescripción a partir del Cuadro Básico de Medicamentos definido para el país.
--	--	---

Información sanitaria: Ha de posibilitar la producción, el análisis, difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria⁵⁰.

Dimensiones	Problemas/Obstáculos	Posibles soluciones
Mejorar la rectoría del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Subregistro. • Falta de un Sistema de Información Gerencial único. • Falta de conectividad entre los sistemas. • No existe vinculación entre la información y la ejecución presupuestaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Sistema Único de Información en salud que vincule todos los subsistemas de salud. • Realizar un diagnóstico sobre los sistemas de información existentes en el país, a fin de analizar cuál sería la tecnología adecuada en función de los procesos que se están llevando a cabo.
	<ul style="list-style-type: none"> • La información disponible no se consolida y no se analiza para ser utilizada en la toma de decisiones. • La información no se vincula a los objetivos de salud. • Problemas en la captura y sistematización del dato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Producir y analizar la información para los procesos de gestión y para la toma de decisiones. • Crear una plataforma tecnológica adaptada las condiciones y realidades de nuestro país, que permita la comunicación en zonas donde hay problemas de conexión y de energía eléctrica.
	<ul style="list-style-type: none"> • No se diseñan las herramientas que deben alimentar el sistema de información, ni se cuenta con los programas que pueden realizar los cruces de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un sistema de gestión clínica de acceso gratuito para todos los establecimientos del primer nivel de atención y especializados.
Mejorar la accesibilidad de información de salud	<ul style="list-style-type: none"> • El clientelismo político no permite que los encargados de estadísticas respondan al perfil del puesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de evaluación del personal por desempeño.
	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación en el uso de la información, de los diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar los recursos humanos en el uso efectivo de los diferentes programas informáticos.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza

	<p>programas informáticos y equipos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se diseñan las herramientas que deben alimentar el sistema de información, ni se cuenta con los programas que pueden realizar los cruces de información. • Brecha en el acceso a equipos y programas de información entre el nivel central y las regionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el acceso masivo a Internet. • Aprovechar las posibilidades de formación gratuitas y tecnología existente de (claro, orange, tricom, etc.) para aplicarla al sector salud. • Promover el uso de tele-conferencias para intervenciones en salud.
--	--	--

<p>Liderazgo y Gobernanza (rectoría): Ha de permitir contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, el establecimiento de alianzas, la rendición de cuentas, las reglamentaciones y los incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema.⁵¹</p>		
Dimensiones	Problemas/Obstáculos	Posibles soluciones
Mejorar la rectoría del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Clientelismo político. • Miedo a la pérdida de cuotas de poder. • Intereses mal conjugados. • Protagonismo excesivo. • El Ministro no tiene potestad frente a subministros ya que no los puede nombrar. • Resistencia a asumir el rol de rector del sistema. • La rectoría no es una prioridad del sistema • Faltan recursos técnicos capacitados y recursos materiales para ejercer la rectoría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el clientelismo político a fin de que los recursos humanos en salud respondan a las necesidades de las personas. • Contratar expertos en salud independientes de los intereses políticos partidarios que promuevan un sistema descentralizado donde los recursos humanos se relacionen con las verdaderas necesidades de cada región y provincia. • Incrementar el presupuesto dedicado a la rectoría.
Mejorar la eficiencia y efectividad de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de autoridad para regular el sector privado. • Debilidad en las funciones de supervisión y regulación. • Vigilar el cumplimiento de las normas y los protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar de manera efectiva un sistema de vigilancia y de control de la calidad de los servicios de salud. • Supervisar, evaluar el desempeño de las funciones esenciales de la salud colectiva y de la salud pública. • Asumir su rol de rector del sistema.

⁵¹ Organización Mundial de la Salud. (2000) *Informe sobre la salud en el mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, Suiza

	<ul style="list-style-type: none"> • Solo el 30% del total de los establecimientos de salud están habilitados. • No existe un enfoque desde los determinantes de la salud, sino un enfoque hacia la ausencia de enfermedades. • Los servicios de salud no están vinculados con el perfil epidemiológico. • Se prioriza la medicina especializada y se debilita el modelo de atención preventivo y el primer nivel de atención. • Existe un predominio de la salud clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el programa de estudios de medicina de las universidades a fin de que el perfil de los egresados de las universidades sea coherente con las necesidades del servicio. • Incentivar a los recursos para la reconversión al primer nivel de atención. • Recertificar a los médicos.
Asegurar la asignación eficiente de los recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Excesiva centralización que impide el desarrollo de capacidades financieras y técnicas del nivel local • Resistencia al proceso de descentralización. • Confusión de roles entre el nivel central, regional y provincial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las unidades descentralizadas - DPS- técnica y financieramente para que puedan realizar adecuadamente sus funciones de rectoría local. • Contratar expertos en salud independientes de los intereses políticos partidarios que promuevan un sistema descentralizado donde los recursos humanos se relacionen con las verdaderas necesidades de cada región y provincia. • Reconvertir al personal de salud a través de un proceso de capacitación que procure que las personas cambien la mentalidad y dejen de hacer lo mismo que hacían antes.
	<ul style="list-style-type: none"> • No se promueve la participación de la sociedad. • La rectoría está ausente en los escenarios donde se debaten las políticas públicas. • Débil relación con las organizaciones de la sociedad civil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la participación social –veeduría- que vigile y favorezca los intereses de los asegurados y que permita a través de alianzas estratégicas que la sociedad civil ponga a disposición de la población los recursos que maneja en coordinación con el Ministerio de Salud.
Mejorar la accesibilidad de información de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información para la toma de decisiones. • No hay seguimiento a los indicadores del PLANDES. • No existe una política de investigación en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un sistema de monitoreo que de seguimiento de los indicadores de salud. • Promover las alianzas estratégicas para la investigación en salud y la toma de decisiones.

		<ul style="list-style-type: none"> • Procurar que la información disponible sea utilizada para la toma de decisiones.
--	--	--

5.3 Sobre los factores que afectan negativamente el logro de los objetivos

Para responder a esta pregunta, se pidió a los actores que se concentraran en el sistema de su especialidad, en el cual ellos mismos trabajan y que identificaran los problemas esenciales relativos al mismo. En consecuencia, los factores negativos claves que afectan el logro de los objetivos en cada subsistema, fueron identificados por los expertos en el mismo.

Subsistemas	Factores que afectan negativamente el logro de los objetivos
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • La baja calidad de la atención
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Clientelismo político
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de financiamiento.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Los intereses de la industria farmacéutica que inciden de manera negativa en el alto costo de los medicamentos, lo cual hace el gasto de bolsillo de las personas muy alto.
Información sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentación de la información
Liderazgo y Gobernanza (rectoría)	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad de la rectoría y falta de liderazgo del Estado para cumplir con las garantías conferidas en la ley de seguridad social. • Intereses sectoriales incapaces en ponerse de acuerdo en temas que son esenciales para garantizar los derechos de los afiliados a la seguridad social. • Falta de capacidad técnica para analizar los temas y tomar decisiones que favorezcan el cumplimiento de los objetivos que están planteados en la ley de seguridad social. • En el CNSS no hay equilibrio en el manejo de los temas técnicos. Los empleadores son los que llevan la dirección de los procesos porque tienen muy claros sus objetivos y tienen la capacidad técnica para plantearlos y defenderlos. • El poder de veto. • Resistencia de las autoridades de salud a que la sociedad civil realice el rol de veeduría y de posibles aliados del sistema de salud.

	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de visión estratégica que les impide entender la capacidad de la sociedad civil para movilizar a la ciudadanía en procura de una mejor salud. • La falta de conciencia de la alta gerencia acerca de la importancia de implementar el modelo estratégico de atención primaria en salud. • La alta movilidad de recursos humanos con formación en gestión de salud que son desplazados por los cambios políticos que realiza el gobierno de turno. Se han formado más de 110 gerentes y solo un 10% está ocupando posiciones gerenciales dentro del sistema de salud. • Limitaciones para mejorar la logística y flotilla de vehículos que permita una sistemática vigilancia de los diferentes subsistemas.
--	---

5.4 Sobre la relación entre subsistemas

En esta sección se preguntó a los entrevistados que, en relación con su área de *expertise*, identificara las vinculaciones y problemas que existen en los demás subsistemas, así como las relaciones más importantes entre los mismos. En sentido general, la opinión de los entrevistados es que los problemas que afectan un subsistema afecta a todos los demás en mayor o menor medida, sin embargo, los actores y las estructuras del sistema de salud no funcionan de manera interconectada y orgánica, sino más bien funcionan como islas y eso afecta el desempeño general del sistema de salud, en la medida en que no hay coordinación, se duplican los esfuerzos y hay desperdicios de recursos.

Subsistemas	Relación entre subsistemas
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Politización de los recursos humanos
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • El subsistema de recursos humanos es transversal a todos los subsistemas, ya que si la modalidad de contratación es determinada por el clientelismo político, esto va a afectar la calidad del servicio en todos los niveles del sistema de salud. • Si los recursos humanos no tienen un sentido humanista y un sentido vocacional que trae consigo un trato amable y cálido, no habrá calidad en los servicios de salud.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El financiamiento afecta los niveles de remuneración e incentivos de reciben los recursos humanos, lo cual va a incidir en la motivación y compromiso de estos con el desempeño de sus funciones.

Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de conducción del sistema abre un espacio para que la industria farmacéutica tenga mayor influencia y determine los costos de los medicamentos, obteniendo márgenes de beneficios muy por encima de lo racional e incrementando el gasto de bolsillo de las personas.
Información sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Es vital el seguimiento a los indicadores que midan diferentes aspectos del sistema de salud y puedan identificar las distorsiones y los problemas existentes para una toma de decisiones efectiva. • Si no se cuenta con un sistema integrado de información que funcione adecuadamente, la toma de decisiones de la rectoría no estará respaldada por información oportuna y por una visión estratégica a largo plazo, sino que funcionará en base a contingencias.
Liderazgo y Gobernanza (rectoría)	<ul style="list-style-type: none"> • Si la rectoría del sistema no funciona de manera adecuada, afecta todo el sistema de salud. • La falta de supervisión y regulación, afecta a los demás subsistemas. • Si la rectoría es débil, los sectores actuarán de acuerdo a su conveniencia. • Dependiendo de la comunicación y niveles de conexión y coordinación que la rectoría sostenga con otros actores del sistema, así serán los resultados obtenidos en los diferentes subsistemas. • La relación de la rectoría con las universidades es vital, ya que son las corresponsables de que el egresado que recién sale de las aulas de medicina responda a las necesidades de las personas. • Si la rectoría prioriza el modelo de atención curativa, especializada y medicalizada, afecta de manera importante el financiamiento del sistema pues este modelo demanda adquisiciones de alto costo, en tecnología, equipamiento especializado y medicamentos de alto costo, a la vez que disminuye la inversión en el primer nivel de atención y en la medicina preventiva.

5.5 Sobre la articulación del sistema de salud

Se solicitó a los entrevistados que dieran su opinión sobre la articulación del sistema de salud, argumentando la respuesta. En caso de que encontraran fallas, se requirió que identificaran las principales y su opinión sobre qué habría que hacer para subsanarlas. Casi en su total mayoría, los actores entrevistados opinan que el sistema de salud funciona de manera desarticulada y no hay suficiente cohesión entre los diferentes actores del sistema nacional de salud a fin de que las decisiones beneficien de manera significativa a la mayoría de la población.

Fallas en la articulación en el sistema de salud

- El Ministerio de Salud funciona de manera vertical y no se articula interna y efectivamente entre ellos mismos, sino que en muchos casos funciona como pequeñas islas en las que se superponen las funciones.
- Existe desarticulación entre el nivel central, regional y provincial, entre la atención primaria y la salud colectiva, entre los tres niveles de atención. La conexión con el sector privado es prácticamente inexistente.

- El sistema de referencia y contra referencia no funciona bajo las mínimas normas de articulación y coordinación.
- En el Consejo Nacional de Salud no hay una estrategia definida y articulación pues aunque existe un plan, este es más bien nominal ya que no se les da seguimiento a los indicadores.
- El Ministerio funciona bastante bien en base a contingencias y epidemias pero no existe una visión estratégica e institucional a largo plazo.
- El bloque estatal del Consejo Nacional de la Seguridad Social actúa por separado y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, así como la Superintendencia de Pensiones no responden a las necesidades del sistema y al objetivo de protección de la salud, ya que a lo interno no se esfuerzan por articular las propuestas para lograr las metas establecidas en la ley de seguridad social.
- Las fallas de la desarticulación están en el factor político pues la institucionalidad se pierde con los cambios de gobierno o los cambios que se verifican dentro del mismo gobierno.
- El Ministro de Salud no tiene potestad para cambiar a viceministros que han sido nombrados por el Presidente y en muchas ocasiones los protagonismos y rivalidades entre ellos hace que una real coordinación se vea obstaculizada.
- No existe en el país una cultura que promueva el trabajo en equipo, la coordinación y articulación de los diferentes actores, ya que en sentido general, los intereses están dispersos.
- No existe una real participación de la comunidad ni con la sociedad civil organizada en la solución de los problemas de salud

Que habría que hacer para subsanarlas

- Implementar un sistema de vigilancia y observación que contribuya a que la rectoría se fortalezca y se posicione como supervisor del desempeño.
- Crear una instancia o equipo de conducción de los planes operativos que pueda aglutinar y mediar entre los diferentes subministerios y crear espacios donde todos los actores socialicen los mecanismos de articulación y los pongan en práctica

5.6 Sobre cómo mejorar la calidad de las estadísticas

Se preguntó sobre cómo mejorar la calidad de las estadísticas en el subsistema en el cual trabajaba cada uno de los entrevistados. Las respuestas obtenidas más relevantes fueron las siguientes:

- Integrar la información del sistema de salud en un gran sistema de monitoreo que pueda identificar las fallas y mejorarlas, que se pueda dar seguimiento a largo plazo y que esta información incluya al sector privado.
- Mejorar los mecanismos de recolección de datos, las fuentes y disponibilidad del dato.
- Capacitar al personal que interviene en la recolección, procesamiento y análisis de los mismos.

5.7 Sobre la mortalidad materna

Uno de los temas claves negativos en los resultados de logro de salud de la población dominicana es la elevada tasa de mortalidad materna, a pesar de que en el país existe una alta cobertura de atención prenatal y parto institucional con personal calificado. Se preguntó a los actores su opinión sobre por qué

ocurría esto y se les pidió sugerencias sobre qué acciones podrían implementarse para mejorar esta situación. Las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

Factores que inciden en la mortalidad materna:

- Baja calidad de la atención
- Falta de cumplimiento de las normas y protocolos establecidos por el personal de salud, el cual en su mayoría no responde al perfil del puesto.
- Falta de supervisión y falta de resolución del primer nivel de atención, así como, dificultad de referencia de un nivel menos complejo a uno más complejo, debido a la desconfianza que existe entre los diferentes niveles de atención.
- Ausencia de seguimiento a la historia clínica de las mujeres.
- Políticamente se prioriza el tema del parto pero hay otros determinantes sociales que no se toman en cuenta, tales como la pobreza y los niveles de desnutrición y otras enfermedades que afectan a la mujer durante su vida y que traen complicaciones a la hora del parto.
- Falta de calidez en el trato y falta de compromiso del personal de salud.
- Negligencia y malas prácticas que no son sancionadas, ni investigadas a fondo con el propósito de conocer las reales causas.
- Los establecimientos de salud están en malas condiciones, a veces no hay agua ni los insumos básicos para dar salida a las emergencias.

Acciones para mejorar la situación:

- Capacitar al personal en normas y protocolos de atención materna infantil.
- Realizar supervisiones de manera sistemáticas.
- Evaluar el desempeño de los recursos humanos.
- Realizar auditorías de las muertes y toma de decisiones al respecto.
- Realizar veeduría social.

5.8 Sobre la mortalidad neonatal

Del mismo modo, se indagó también sobre la elevada mortalidad neonatal., también solicitando ideas para mejorar esta situación. Las respuestas obtenidas se resumen a continuación.

Factores que inciden en la mortalidad neonatal:

- Baja calidad de la atención.
- Falta de mecanismos de vigilancia y de cumplimiento de las normas y protocolos establecidos.
- En el control de embarazo no se detectan a tiempo los posibles problemas.
- La mayoría de los niños que mueren son por causas que se producen en el mismo establecimiento de salud.
- Los procedimientos aplicados por el personal de salud que no están lo suficientemente capacitados.
- Muchas veces el personal de salud no está presente si ocurre una emergencia.
- Complicaciones vinculadas a situaciones durante la maternidad, como bajo peso al nacer e infecciones.

- Malas condiciones en que se encuentran las salas de los establecimientos de salud, donde se puede encontrar medicamentos fuera de refrigeración, ampollas con moscas muertas, gasa abierta, jeringas precargadas en nevera, patas de cucarachas, entre otros.

Acciones para mejorar la situación:

- Capacitar al personal en normas y protocolos de atención materna infantil.
- Supervisar los procesos.
- Analizar los problemas en la entrega de guardia.
- Dar seguimiento a los procesos de referencia.
- Supervisar que los médicos cumplan con sus horarios de trabajo.
- Mejorar la bioseguridad.
- Promover la lactancia materna.
- Fomentar el apego precoz.
- Mejorar el control prenatal a fin de detectar posibles problemas.

5.9 Sobre el sistema de monitoreo y evaluación

Se inquirió sobre la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación del sistema de salud, así como sobre sus percepciones sobre el mismo. Los actores entrevistados señalaron que en el país no existe un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño del sistema de salud. Sin embargo señalan que existen esfuerzos aislados y desarticulados donde se recopila información con niveles de seguimiento, tales como información epidemiológica, financiera y de producción de servicios.

5.10 Sobre la formación de redes

Se preguntó a los actores sobre la necesidad y oportunidad de formar redes de investigación o alianzas estratégicas entre el sector público y la Sociedad Civil, con el objetivo de aportar evidencias que contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud, invitándolos a sustentar sus respuestas.

Sobre formación de redes de investigación o alianzas estratégicas	¿Por qué?
<p>Todos los actores señalaron muy necesaria y oportuna la formación de redes de investigación o alianzas estratégicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para aportar información objetiva e imparcial que ayude a entender la realidad del sistema y a proponer alternativas para un mejor desempeño del sistema de salud. • Para conocer de manera más eficiente la realidad del sector salud pues no se cuenta con información suficiente. Los cambios en el desempeño deben ser en base a la investigación para poder corregir y mejorar los diferentes problemas del sector. • Las alianzas estratégicas deben realizarse a manera de acompañamiento y estímulo para ayudar a que el sector público sanitario asuma su rol de rector.

	<ul style="list-style-type: none">• Es necesaria cierta presión de la sociedad civil y una veeduría social para que se produzca una transformación en el sistema de salud, que es prioridad y compromiso de todos.• Para estimular que la población demande sus derechos.• Para promover que haya financiamiento por parte del Ministerio de salud para la formación de redes de investigación sobre el desempeño del sistema de salud, pues ellos no deben ser juez y parte como ha sido hasta el momento.
--	---

CAPÍTULO VII: PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD

A continuación se señalan los indicadores que han sido seleccionados dentro de la propuesta para el monitoreo del desempeño del sistema de salud dominicano. La propuesta incluye indicadores propuestos por la OMS, tanto los que se proponen en el Informe de salud del mundo 2000, como los indicadores por subsistema establecidos en el 2010⁵². Asimismo, la propuesta incluye indicadores de la Estrategia Nacional de Desarrollo -END- 2010-2030 y los indicadores del Plan Nacional Decenal de Salud –PLANDES 2006-2015.

En Anexo I se muestra la arquitectura de los indicadores propuestos, la cual se presenta en el formato del Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana -SISDOM- del Ministerio de Economía Planificación y Desarrollo. Es preciso indicar que muchos de estos indicadores ya se encontraban incluidos en el mismo, por lo que decidimos adoptar dicho formato, a fin de que nuestra propuesta contribuya a fortalecerlo.

La propuesta para el monitoreo del desempeño del sistema de salud, se elaboró con un sentido práctico, en el sentido de su brevedad y de la disponibilidad de información para darle seguimiento; en tal sentido, incluye lo siguiente:

Logro

Se proponen cuatro indicadores (con sus subdivisiones por sexo y otros) para medir el logro en cuanto a alcanzar resultados de salud para la población dominicana.

- 1) esperanza de vida al nacer;
- 2) tasas de mortalidad de menores de 5 años;
- 3) tasa de mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por 1000 habitantes);
- 4) tasa de mortalidad materna.

Capacidad de respuesta

Se propone un solo indicador sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud, que es el correspondiente a la satisfacción del usuario con los servicios de salud. La razón de escoger este indicador es la disponibilidad de fuentes de información periódica para levantarlo, pero se recomienda la producción de datos más adecuados para medirla.

Equidad y protección financiera

En relación a la equidad y la protección financiera se han seleccionado tres indicadores:

- 1) Porcentaje de la población protegida por el seguro familiar de salud (% en el régimen contributivo y % en el subsidiado).
- 2) Gasto público en salud como % del gasto total en salud; y
- 4) Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud.

⁵² WHO (2010), Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies, Ginebra, Suiza.

Indicadores por subsistema

Finalmente, se seleccionaron algunos indicadores importantes para cada uno de los seis subsistemas propuestos por la OMS, los que señalamos a continuación:

Provisión de servicios:

- 1) número y distribución de establecimientos de salud por cada 100 mil habitantes;
- 2) número y distribución de de camas hospitalarias por cada 10 mil habitantes;
- 3) número de consultas externas por 100 mil habitantes por año.

Recursos humanos:

- 1) número de empleados en el sector público de salud.

Medicamentos:

- 1) disponibilidad de 14 medicamentos esenciales en los centros de salud públicos y privados;
- 2) mediana de precio de los 14 medicamentos esenciales en las farmacias públicas y privadas.

Sistemas de información:

- 1) índice de desempeño del sistema de información.

Liderazgo y gobernanza:

- 1) índice de políticas.

Los indicadores correspondientes al subsistema de financiamiento están incluidos en los indicadores sobre equidad y protección financiera señalados anteriormente.

Es importante destacar que en relación a muchos de los indicadores que propone la OMS, el país no dispone de suficiente información. Sin embargo, por su importancia, los mismos han sido seleccionados en la presente propuesta con la finalidad de que sean monitoreados, una vez sean creadas las condiciones para ello.

Área de Evaluación	Indicador	Numerador	Denominador	Fuentes	Año	Incluido en planes nacionales	Frecuencia	Línea de Base				
								Ultimo año disponible	Numerador	Denominador	Indicador	
I. INDICADORES DEL DESEMPEÑO GLOBAL												
LOGRO												
La esperanza de vida al nacer	La esperanza de vida al nacer	Se obtiene dividiendo el número de años vividos desde el nacimiento hasta el fallecimiento	El número de nacidos que componen del mismo año. El resultado final se multiplica por 100.	Indicadores Básicos de salud 2010. Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud	72.4	2009	Para el periodo 2000-2005 la esperanza de vida al nacer ha sido estimada por CEPAL y ONE en 70.1 años PLANDES: Para el año 2015: La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 73 años.	Quinquenal	2000-2005			70.1

ODM 5. Mejorar la salud materna. Reducir la razón de mortalidad materna en un 75% para el 2015, en comparación con el 1990	Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos)	Cociente entre el número de muertes maternas notificadas	Dividido por el número total de nacidos vivos durante un período de tiempo dado. El resultado se multiplica por 100 mil	Indicadores Básicos de salud 2010. Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud	159 por 100 mil NV	2007		Anual /Decenal	1984-1996			229 por 100 mil NV
ODM 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	Tasas de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años por 1000 nacidos vivos)	El cociente entre el número de defunciones de niños que mueren antes de cumplir 5 años de edad de edad	El número total de nacidos vivos en el período dado de un año multiplicado por mil	Estrategia Nacional de Desarrollo Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS 2010. Para ambos sexos	33	2005-2010	La END establece que la muerte de menores de 5 años por mil nacidos vivos será de 18 y para el 2030 de 11. PLANDES: Para el año 2015: La mortalidad en menores de cinco años se habrá reducido en dos terceras partes	Quinquenal	2007*			36 por mil NV

							con respecto a 1990 y será menor de 19.7 por mil nacidos vivos.					
La probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años	Tasa de mortalidad de adultos(probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por 1000 habitantes)	El cociente entre el número de sobrevivientes a los 40 años de una cohorte hipotética sometida a las tasas de mortalidad del periodo	El tamaño de la cohorte	Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS 2010. Para ambos sexos	158	2008		Quinquenal				
ODM 5. Mejorar la salud materna. Reducir la razón de mortalidad materna en un 75% para el 2015, en comparación	Tasa de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos)	Cociente entre el número de muertes maternas notificadas	Dividido por el número total de nacidos vivos durante un período de tiempo dado. El resultado se multiplica por 100 mil	Indicadores Básicos de salud 2010. Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización	159 por 100 mil NV	2007		Anual /Decenal	1984-1996			229 por 100 mil NV

on con el 1990				Mundial de la Salud								
CAPACIDAD DE RESPUESTA												
1. Indicadore s de satisfacció n	Nivel de satisfacción del usuario de los servicios de salud	Se divide el numero de la muestra que por cada respuesta se seleccionó	Entre el total de la muestra. Los resultados finales se multiplican por 100 para luego desagregars e por tipo de establecimie nto y respuesta seleccionad a.	Incluye centros públicos, privados y de patronatos o beneficencia ENDESA 2002								55.4% de los usuarios utilizan los servicios sólo por quedar cerca de sus viviendas. 11% por proporcionar buena atención
EQUIDAD Y PROTECCIÓN FINANCIERA												
1. Cobertura del Seguro Familiar de Salud	% de población en el régimen contributivo	Número de personas afiliadas al régimen contributivo a un año dado	Total de la población del país en el mismo año	(a) El numerador es publicado mensualmente por la TSS; (b) La población total del país por la ONE.					Anual	2010		

	% de población en el régimen subsidiado	Número de personas afiliadas al régimen subsidiado a un año dado	Total de la población del país en el mismo año	(a) El numerador es publicado mensualmente por la TSS; (b) La población total del país por la ONE.				Anual	2010			
2. Gasto público en salud	Gasto público en salud como % del gasto total en salud	Gasto público en salud	Gasto total en salud	(a) Oficial: Unidad de Cuentas Nacionales en Salud del Ministerio de Salud Pública (disponible hasta 2008); (b) Estimación: Fundación Plenitud				Anual	2010			
3. Hogares con gastos catastróficos en salud (*)	% de hogares con gasto catastrófico en salud	Hogares con gasto catastrófico en salud	Total de hogares dominicanos	Fundación Plenitud en base a encuestas de gastos de salud de los hogares				Cada 5 años	2004			17%
INDICADORES POR SUBSISTEMAS												
Provisión de servicios	Número y distribución de establecimientos de salud por cada 100 mil habitantes	Número de establecimientos de salud públicos y privados, en una instalación estática (no incluye los	La población total de la misma zona geográfica.					Anual	2009	Hospitales públicos y privados (nacional)*		336

		puntos de entrega de servicios móviles y los servicios no formales).										
	Número y distribución de camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes	Número de camas de hospitalización (incluye el número total de camas para el cuidado a largo plazo, camas de maternidad, pediátricas, pero no camas de parto del sector público y privado).	Población total de la misma zona geográfica.					Anual	2009	Camas/10,000 hab.* Nacional		14.4
	Número de consultas externas por 100 mil habitantes por año	Número de visitas a los centros de salud para la atención ambulatoria.	La población total de la misma zona geográfica.									
Recursos humanos	Número de trabajadores sanitarios por 10 000 habitantes	Número absoluto de trabajadores de la salud en un momento dado en un determinado país o región.	Es la población total de la misma zona geográfica					Anual	2009	Enfermeras Licenciadas/ Enfermeras auxiliares/10,000 hab Nacional.*		2.8/10.7



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud -OMS- (2007) Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. (2003) Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el Futuro. OMS 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. (2009) Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. *La Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud*.
4. Organización Mundial de la Salud. (2008) *Health Metrics Network. Assessing the National Health Information System, An Assessment Tool, VERSION 4.00*. OMS.
5. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS- (2005) *El Plan Decenal de Salud -PLANDES 2006-2015*. Santo Domingo, República Dominicana
6. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2010) Consejo Nacional de Reforma del Estado. Anteproyecto de Ley La Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana 2010-2030.
7. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. (2001). Santo Domingo, República Dominicana
8. Don de Savigny, Swiss Tropical and Public Health Institute, Taghreed Adam, WHO Alliance for Health Policy and Systems Research. Swiss TPH, Alliance, OMS (2010) *Health Systems Strengthening, How can we use more systems thinking?* Dar es Salaam.
9. IDRC, Research Matters, Swiss Agency for Development and Cooperation SDC (2008) *Knowledge Translation A "Research Matters" Toolkit*. Work in Progress. Bridging the "Know-do" gap
10. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo/Organización Panamericana de la Salud (2007) *Perfil de los sistemas de salud en la República Dominicana, Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*, tercera edición, Biblioteca red OPS, Washington D.C.
11. Consultoras Asociadas para el Desarrollo -CONSAD- (2007), *Estudio sobre conocimiento de los afiliados al Régimen Subsidiado de los beneficios que le confiere el Seguro Familiar de Salud*. Informe Final de resultados. Producto No. 3, versión para revisión. Santo Domingo.
12. SEEPYD/PNUD República Dominicana, Alejandro Moliné (2008), *Promoción de Políticas Públicas Basadas en Desarrollo Humano para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Consultoría La Situación Social del País y Elementos de una Política Social: Capitulo de Salud. Borrador Informe Final.

13. OPS/OMS/USAID, Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (2007), Edición Especial No. 17, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Biblioteca Sede OPS, Washington DC.
14. OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales* (2010), Catalogación por la Biblioteca de la OMS, Ginebra, Suiza.
15. Secretaria de Estado de Economía, Planificación y Desarrollo (SEEPyD), Consejo Nacional para la Reforma del Estado (CONARE), (2009) *Propuesta Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030: Indicadores y metas cuantitativas*, Santo Domingo, República Dominicana.
16. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, Unidad Asesora de Análisis Económico y Social (UAAES) (2010), *Sistema de Indicadores Sociales de la República Dominicana (SISDOM) Glosario de variables y/o indicadores, Área Temática: Seguridad Social*, Preparado por Maria Altagracia Mendoza, Santo Domingo, República Dominicana.
17. WHO, Health Metrics Work, (2008), *Assessing the National Health System, An Assessment Tool, version 4.00*, Ginebra Suiza.
18. Health Metrics Work (HMN)/ World Health Organization (WHO), *The need for strong health information systems* (2009) Ginebra Suiza.
19. World Health Organization Europe, (2009) *Georgia Health system performance assessment*, Regional office for Europe, Ginebra Suiza.
20. World Health Organization (2010), *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Ginebra Suiza.
21. Echevarria Ramiro/Edgar José, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSS 1) (2008) *Diseño del sistema de monitoreo de la reforma del sector salud de la República Dominicana*, Santo Domingo, República Dominicana.
22. Hernández Pedro/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), Seminario Taller *Las Direcciones Provinciales de Salud de la Reforma del Sector Salud*, Santo Domingo, República Dominicana.
23. Barros Elizabeth/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)/ Secretaria de Estado de Salud Pública (SESPAS) (2008) *Evaluación de desempeño del Sistema de Salud de la República Dominicana*, Manual operativo, guía para implementación, Santo Domingo, República Dominicana.
24. Moliné Alejandro/SEEPyD/PNUD República Dominicana, (2008) *Promoción de Políticas Públicas Basadas en Desarrollo Humano para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Consultoría *La Situación Social del País y Elementos de una Política Social: Capítulo de Salud*, Borrador Informe final.

25. Sistema de las Naciones Unidas en República Dominicana (2010) *Derechos Humanos en el contexto de la Reforma de Naciones Unidas. Módulo 5, Enfoque basado en los derechos humanos*, Santo Domingo, República Dominicana.
26. WHO (2007) *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action*. Ginebra, Suiza.
27. WHO/ Mossialos Elias / Papanicolas Irene (2008) World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Copenhagen, Denmark.
28. Ministerio de Salud Pública/OPS/Oficina Regional de la OMS, *Indicadores Básicos de Salud (2010)*, República Dominicana.

ANEXO I: ARQUITECTURA DE LOS INDICADORES DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

1. Indicadores de logro

Esperanza de vida al nacer	
Concepto	Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.
Fuentes	Indicadores Básicos de salud. Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Tipo de dato	Estimación
Unidad de medida	Años
Periodicidad	Anual
Metodología	Se obtiene dividiendo el número de años vividos desde el nacimiento hasta el fallecimiento (numerador) entre el número de nacidos que componen del mismo año (denominador). El resultado final se multiplica por 100.
Desagregación	Edad Sexo
Comentarios	Ver "La tabla de vida: una técnica para resumir la mortalidad y la sobrevivencia" en Boletín Epidemiológico, Vol. 24 No. 4, diciembre 2003. Organización Panamericana de la Salud

Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) por 1,000 nacidos vivos	
Concepto	Probabilidad que tiene un recién nacido de morir entre la fecha de su nacimiento y antes de cumplir los cinco años de edad.
Unidad de medida	Tasa por 1,000 nacidos vivos.
Fuentes	Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). ENHOGAR. Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS)
Tipo de dato	Estimaciones.
Periodicidad de la medición	Quinquenal.
Metodología	Se calcula como el cociente del número de defunciones de niños(as) que mueren antes de cumplir los 5 años de edad (numerador) dividido por el número total de nacidos vivos de una cohorte (denominador). El resultado se multiplica por 1,000.
Desagregación	Nacional Sexo. Zona de residencia
Comentarios	Tasa de mortalidad en la niñez: Los valores de las probabilidades de morir en los diferentes intervalos de edad son susceptibles a los errores y variaciones aleatorias de las encuestas por muestreo, dada la baja frecuencia relativa de estos eventos en la población total. De ahí que se requiera cautela al interpretar las (0-4 años) está sujeta a errores de declaración de la edad al morir o fecha de defunción del hijo. ENHOGAR: Usa métodos directos de estimación a partir de historias de nacimientos y muertes obtenidas en las entrevistas a mujeres en edad fértil. ENDESA: Calcula las probabilidades siguiendo procedimientos estándar de tablas de mortalidad, a partir de la historia de nacimientos y muertes obtenidas en entrevistas a mujeres en edad fértil. Las estimaciones se calculan por edades específicas, luego son agrupadas y sumadas las edades de niños < de 5 años. Los valores de las probabilidades de morir en los diferentes intervalos de edad son susceptibles a los errores y variaciones aleatorias de las encuestas por muestreo, dada la baja frecuencia relativa de estos eventos en la población total. De ahí que se requiera cautela al interpretar las tendencias observadas, sean éstas dadas por una encuesta en particular o determinadas al comparar valores puntuales derivados de las diferentes encuestas. Los datos corresponden a 5 años anteriores a la encuesta (Sistema Nacional de Indicadores Sociales, MEPyD)

Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años por 1000 habitantes)	
Concepto	Probabilidad de que una persona de 15 años muera antes de cumplir 60 años.
Fuentes	Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS 2010. Para ambos sexos Censos y encuestas
Tipo de dato	Estimación
Unidad de medida	Años
Periodicidad	Quinquenal
Metodología	Se obtiene del cociente entre el número de sobrevivientes a los 40 años de una cohorte hipotética sometida a las tasas de mortalidad del periodo
Desagregación	Edad Sexo
Comentarios	Hay escasez de datos sobre la mortalidad de adultos, particularmente en los países de bajos ingresos. Los métodos para estimar la mortalidad en los adultos a partir de censos y encuestas son retrospectivos y posiblemente susceptibles de considerables errores de medición.

Tasa de mortalidad de materna por cada 100,000 nacidos vivos	
Concepto	Número de muertes maternas (MM) debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio para un periodo de tiempo específico, expresado por 100,000 nacidos vivos.
Unidad de medida	Tasa por 100,000 nacidos vivos.
Fuentes	Registro SINAVE de Mortalidad Materna. Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA). Oficina Nacional de Estadística
Tipo de dato	Estimaciones.
Periodicidad de la medición	Quinquenal.
Metodología	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Cociente entre el número de muertes maternas notificadas (numerador), dividido por el número total de nacidos vivos durante un período de tiempo dado (denominador). El resultado se multiplica por 100 mil. ENDESA: Expresa el nivel de mortalidad materna (MM) en términos de nacidos vivos y no de mujeres, dividiendo la tasa específica de mortalidad por causas maternas (expresada por 100,000 mujeres), por la tasa general de fecundidad (por 1,000 mujeres). El resultado lo multiplica por 100 mil.
Desagregación	Anual Decenal

Comentarios	<p>Muerte materna: Es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, sea cual fuera la duración y sitio del embarazo, debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se excluyen las causas accidentales o incidentales. Desde el 2006, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social utiliza establecimientos de salud (187 en agosto 2008: 176 públicos y 11 privados), como unidades notificadoras de la ocurrencia o no de estas muertes durante el año a las Direcciones Provinciales de Salud y Direcciones de Área de Salud. Para que la notificación sea oportuna debe realizarse a las 24 horas. ENDESA-2001. El dato de mortalidad materna de este año se obtiene del Cuestionario de Hogar Ampliado. Las tasas se refieren al periodo de 10 años antes de la encuesta. El dato del 1991 está centrado en 1982 (9 años atrás), 1996 en 1984 (12 años atrás), 2002 en 1997 (promedio de los últimos 10 años) y 2007 en 2002 (promedio de los últimos 10 años). Utiliza el método directo de las hermanas, con información sobre edad de las hermanas sobrevivientes, edad a la muerte, fecha de la defunción y paridez de las hermanas que murieron. Para el cálculo de la mortalidad materna se utilizan las tasas ajustadas de mortalidad y fecundidad, las cuales se obtienen ponderando las tasas específicas por edad con la distribución por edad de las mujeres entrevistadas. La Oficina Nacional de Estadística no produce el dato como tal, sin embargo, recopila el dato de las defunciones maternas para el sector público completo, por lo que dispone de las capacidades para producir el dato. (Sistema Nacional de Indicadores, MEPyD; Anuario de Salud, ONE)</p>
-------------	---

2. Indicadores de capacidad de respuesta

Nivel de Satisfacción del Usuario	
Concepto	Es el nivel de calificación que tiene el usuario de los servicios de salud en establecimientos públicos y privados.
Tipo de dato	Encuesta
Unidad de medida	Porcentual
Periodicidad	Anual
Metodología	Se divide el numero de la muestra que por cada respuesta que seleccionó (numerador) entre el total de la muestra (denominador). Los resultados finales se multiplican por 100 para luego desagregarse por tipo de establecimiento y respuesta seleccionada.
Desagregación	Establecimientos públicos Establecimientos privados
Fuentes	Encuesta Demográfica y de Salud 2002. Encuesta de Imagen, posicionamiento y satisfacción con los servicios que garantiza el Seguro Nacional de Salud (SENASA), 2007
Comentarios:	La ENDESA incluye establecimientos públicos del IDSS, privados, militares y del MSP. La calificación tuvo dos categorías: a) establecimientos cercanos, b) establecimientos no cercanos. Las respuestas fueron: Muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo y no sabe/no tiene información. La Encuesta se SENASA evalúa la percepción de los usuarios sobre los servicios que garantiza el SENASA a sus afiliados. (ENDESA 2002, Encuesta Gallup de servicios que garantiza el SENASA, 2007).

3. Indicadores de Equidad y Protección Financiera

Tasa de cobertura del Seguro Familiar de Salud para el régimen contributivo	
Concepto	Es el porcentaje de la población total protegidas con el Seguro Familiar de Salud en el régimen contributivo que establece la Ley 87-01.
Unidad de medida	Porcentaje
Fuentes	Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Registros administrativos e Informes Anuales. Oficina Nacional de Estadísticas, "Estimaciones y proyecciones de población, 1990-2010, Tomo V". Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). Informes Anuales Seguro Nacional de Salud (SENASA). Registros administrativos e Informes Anuales.
Tipo de dato	Cifras oficiales y estimaciones de encuestas
Periodicidad de la medición	Anual.
Metodología	Se calcula como una razón del total de afiliados para cada régimen (numerador) entre la población total (denominador). El resultado final se multiplica por 100.
Desagregación	Total Sexo Sexo Edad Zona de residencia Titulares y dependientes
Comentarios	La base poblacional utilizada para los cálculos son las ofrecidas por EFT y las proyecciones de población de la ONE 1990-2020, realizadas en el 2007. (Sistema Nacional de Indicadores, MEPyD)

Tasa de cobertura del Seguro Familiar de Salud para el régimen subsidiado	
Concepto	Es el porcentaje de la población total protegidas con el Seguro Familiar de Salud en el régimen subsidiado que establece la Ley 87-01.
Unidad de medida	Porcentaje
Fuentes	Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Registros administrativos e Informes Anuales. Oficina Nacional de Estadísticas, "Estimaciones y proyecciones de población, 1990-2010, Tomo V". Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). Informes Anuales Seguro Nacional de Salud (SENASA). Registros administrativos e Informes Anuales.
Tipo de dato	Cifras oficiales y estimaciones de encuestas
Periodicidad de la medición	Anual.
Metodología	Se calcula como una razón del total de afiliados para cada régimen (numerador) entre la población total (denominador). El resultado final se multiplica por 100.
Desagregación	Total Sexo Edad Zona de residencia
Comentarios	La base poblacional utilizada para los cálculos son las ofrecidas por EFT y las proyecciones de población de la ONE 1990-2020, realizadas en el 2007. (Sistema Nacional de Indicadores, MEPyD)

Gasto público en salud como porcentaje del Gasto Nacional en Salud	
Concepto	Proporción del valor del gasto público incurrido en bienes y servicios para la salud en un año dado, del Gasto Nacional en Salud del mismo año.
Unidad de medida	Porcentaje
Fuentes	Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Rathe, Magdalena. El Gasto Nacional en Salud en la República Dominicana. Unidad de Cuentas Nacionales de Salud (UCNS), Ministerio de Salud Pública
Tipo de dato	Cifras oficiales y estimaciones.
Periodicidad de la medición	Anual
Metodología	Se suma el gasto funcional en salud de cada institución del Gobierno Central (numerador) y se divide entre el gasto nacional en salud (denominador). El resultado final se multiplica por 100.
Desagregación	Nacional
Comentarios	Ver http://www.fundacionplenitud.org

% de hogares con gasto catastrófico en salud	
Concepto	Indica la proporción de los hogares que incurren en un gasto de bolsillo superior al 20% de su gasto efectivo.
Unidad de medida	Porcentaje
Fuentes	Fundación Plenitud
Tipo de dato	Estimaciones
Periodicidad de la medición	Quinquenal
Metodología	Se divide el total de hogares con gasto catastrófico en salud (numerador) entre la población total de la zona geográfica (denominador). El resultado se multiplica por 100.
Desagregación	Nacional
Comentarios	<p>Gasto de bolsillo en salud: Se refiere al gasto directo de los hogares en bienes y servicios de salud, excluyendo los pagos de la seguridad social.</p> <p>Gasto efectivo: Es el gasto del hogar menos el gasto de subsistencia. (Rathe M., Santana M.I. Catastrophic Health Expenditures in the Dominican Republic: Analysis of Determinants and Linkages to Impoverishment. 2009)</p> <p>Los datos de la población son publicados por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) y el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)</p>

4. Indicadores por Subsistemas

4.1 Provisión de Servicios

Número y distribución de establecimientos de salud por cada 100 mil habitantes	
Concepto	Indica la proporción de los hogares que incurren en gastos catastróficos por enfermedades.
Unidad de medida	Establecimientos de salud por cada 100,000 habitantes
Fuentes	Sistema de Información Geográfica para Salud (SIGPAS) Indicadores Básicos de salud 2010. Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Tipo de dato	Encuestas
Periodicidad de la medición	El SIGPAS ha hecho tres actualizaciones.
Metodología	Se divide el total de establecimientos de cada zona geográfica (numerador) entre la población total del territorio (denominador). El resultado final se multiplica por 100 mil.
Desagregación	Provincia Municipio Privado Público
Comentarios	Es un Sistema de Información Geográfica para Salud. Concebido inicialmente como un componente más del "Sistema de Información" de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS–, en su desarrollo se ha ido constituido como un “lugar de encuentro” entre los elementos del Sistema de Información Sanitaria del Sector Salud de la República Dominicana, debido a su atraktividad ya que relaciona datos geográficos con tablas en una superficie de fácil uso y poco complicada. El SIGPAS además se nutre de las siguientes fuentes: Oficina Nacional de Estadística (ONE) Dirección General de Epidemiología (DiGEPI) Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) Ver http://reformaonline.cerss.gov.do/sites/

Número y distribución de camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes	
Concepto	Número de camas hospitalarias disponibles por cada 10,000 habitantes en la población para un año dado.
Unidad de medida	Camas por 10,000 habitantes.
Fuentes	Indicadores Básicos de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) Oficina Nacional de Estadística (ONE)
Tipo de dato	Cifras oficiales
Periodicidad de la medición	Anual
Metodología	Se calcula la dotación normal de camas de hospital (numerador) dividida entre la población total durante un año determinado (denominador). El resultado se multiplica por 10 mil
Desagregación	Provincial Nacional
Comentarios	<p>Cama de hospital: Es aquella instalada en los establecimiento de salud con personal y equipos necesarios como para que pueda ser utilizada regularmente durante las 24 horas del día por pacientes hospitalizados (Anuario Estadístico-CEPAL)</p> <p>En su definición de Cama de hospital , la OMS excluye las camas para alojar el personal o acompañantes, así como las que se agregan de forma temporal por mayor demanda de emergencias, las cunas e incubadoras de obstetricia, las de urgencia, recuperación postoperatoria, diagnóstico y tratamiento (metabolismo, rayos, etc.). Consultar: http://www.sespas.gov.do</p> <p>La ONE presenta el número de camas para el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y el Ministerio de Salud (MSP) distribuidas por provincias, no obstante, no publica el indicador como tal. (Sistema Nacional de Indicadores, MEPyD; Anuario de Salud, ONE)</p>

Número y distribución de camas hospitalarias por cada 10 000 habitantes	
Concepto	Número de camas hospitalarias disponibles por cada 10,000 habitantes en la población para un año dado.
Unidad de medida	Camas por 10,000 habitantes.
Fuentes	Indicadores Básicos de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) Oficina Nacional de Estadística (ONE)
Tipo de dato	Cifras oficiales
Periodicidad de la medición	Anual
Metodología	Se calcula la dotación normal de camas de hospital (numerador) dividida entre la población total durante un año determinado (denominador). El resultado se multiplica por 10 mil
Desagregación	Provincial Nacional
Comentarios	<p>Cama de hospital: Es aquella instalada en los establecimiento de salud con personal y equipos necesarios como para que pueda ser utilizada regularmente durante las 24 horas del día por pacientes hospitalizados (Anuario Estadístico-CEPAL)</p> <p>En su definición de Cama de hospital , la OMS excluye las camas para alojar el personal o acompañantes, así como las que se agregan de forma temporal por mayor demanda de emergencias, las cunas e incubadoras de obstetricia, las de urgencia, recuperación postoperatoria, diagnóstico y tratamiento (metabolismo, rayos, etc.). Consultar: http://www.sespas.gov.do</p> <p>La ONE presenta el número de camas para el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y el Ministerio de Salud (MSP) distribuidas por provincias, no obstante, no publica el indicador como tal. (Sistema Nacional de Indicadores, MEPyD; Anuario de Salud, ONE)</p>

Número de consultas externas por 10 mil habitantes por año	
Concepto	Es el número de consultas a centros de atención ambulatoria de una zona geográfica por cada 100 mil habitantes.
Unidad de medida	Consultas externas por 10,000 habitantes
Fuentes	Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística
Tipo de dato	Cifras Oficiales
Periodicidad de la medición	Anual
Metodología	Se calcula como el número de consultas externas (numerador) dividida entre la población total durante un año determinado (denominador). El resultado se multiplica por 10 mil
Desagregación	Consultas Emergencias
Comentarios	El Ministerio de Salud Pública publica los datos para los establecimientos de su red hospitalaria, mientras que la Oficina Nacional de Estadística lo hace para el Hospital General de la Policía (HOSGEPOL), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), Hospital de las Fuerzas Armadas, Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y Hospital Militar de la Fuerza Aérea Dominicana (FAD). Ambas instituciones disponen de datos que permitirían medir el número de consultas externas por cada 100,000 habitantes.(Memorias, Ministerio de Salud Pública; Anuario de Salud, ONE)

4.2. Recursos Humanos

Número de trabajadores sanitarios por 10 000 habitantes	
Concepto	Número de trabajadores en el sector salud por cada 10,000 habitantes en la población para un año dado
Unidad de medida	Trabajadores sanitarios por 10,000 habitantes
Fuentes	Ministerio de Salud Pública. Oficina Nacional de Estadística
Tipo de dato	Cifras Oficiales
Periodicidad de la medición	Anual
Metodología	Se calcula como la dotación normal de profesionales laborando en instituciones que ofrecen servicios de salud (numerador) dividida entre la población total durante un año determinado (denominador). El resultado se multiplica por 10 mil
Desagregación	Personal administrativo (equipo gerencial, mantenimiento, seguridad, personal de estadísticas, personal de informática, personal de despensa y cocina, otros) Personal de salud (médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, personal de laboratorios, otros)
Comentarios	Los datos más completos y comparables disponibles en la actualidad sobre el personal sanitario a nivel mundial corresponden a los médicos, enfermeras y parteras. Sin embargo, el personal de salud incluye una amplia gama de otras categorías de proveedores de servicios (por ejemplo, dentistas, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de salud), así como la gestión y apoyo a los trabajadores (los administradores de servicios de salud, economistas de la salud, técnicos de la salud la información y otros). La información sobre todas estas categorías de los recursos humanos para la salud sería idealmente capturada. (Monitoring the Building Blocks of Health Systems, 2010. WHO)

Razón de médicos(as) por 10,000 hab.	
Concepto	Número de médicos(as) disponibles por cada 10,000 habitantes en la población de un año dado.
Unidad de medida	Médicos por 10,000 habitantes.
Fuentes	Indicadores Básicos de salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Observatorio de Recursos Humanos. Informe Situación Salud. Memorias de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Oficina Nacional de Estadística (ONE)
Tipo de dato	Cifras Oficiales
Periodicidad de la medición	Anual
Metodología	Se calcula como la dotación normal de médicos (as) (numerador) dividida entre la población total durante un año determinado (denominador). El resultado se multiplica por 10 mil.
Desagregación	Nacional Instituciones de salud en el sector público
Comentarios	La Oficina Nacional de Estadísticas publica los datos de recursos humanos de salud por tipo de personal para el sector público (MSP, IDSS, HOSGEPOL Y FFAA). El Ministerio de Salud Pública publica sólo los datos de su red hospitalaria. Consultar: http://www.sespas.gov.do y http://www.one.gob.do (Sistema Nacional de Indicadores, MEPyD; Anuario de Salud, ONE)

4.3. Sistemas de Información Sanitaria

Índice de desempeño del sistema de información	
Concepto	La calificación de los sistemas de información parte de la información disponible en dominios públicos usando indicadores estándares que fortalezcan la objetividad y comparabilidad a través del tiempo de los datos.
Tipo de dato	Índice de desempeño
Unidad de medida	Índice
Periodicidad	La OMS propone la medición cada 3 años.
Metodología	Se eligen indicadores dentro de 5 segmentos y se evalúan de forma binaria (1 y 0) para obtener un índice mediante una sumatoria.
Desagregación	Sector Nacional
Comentarios:	La OMS recomienda evaluar los siguientes indicadores dentro de los siguientes segmentos sobre sistemas de información: Encuestas de salud, registro de nacimientos y defunciones, censos, establecimientos para la publicación de reportes y sistemas de seguimiento al sistema de salud. (Monitoring the Building Blocks of Health Systems, 2010. WHO

4.4. Medicamentos Esenciales

Disponibilidad de 14 medicamentos esenciales en los centros de salud públicos y privados	
Concepto	Proporción promedio de establecimientos públicos y privados que disponen de los 14 medicamentos esenciales en el día de la encuesta.
Tipo de dato	Estimación
Unidad de medida	Porcentaje promedio de establecimientos que disponen de 14 medicamentos esenciales
Periodicidad	A falta de supervisión rutinaria, se recomienda una encuesta nacional sobre los precios de los medicamentos y la disponibilidad que se puede llevar a cabo cada tres a cinco años con la metodología estándar de la OMS/ HAI.
Metodología	La OMS recomienda la realización de una encuesta nacional cada cuatro años.
Desagregación	Nacional
Fuentes	Encuestas sobre centros privados Ministerio de Salud Pública y PROMESE/CAL
Comentarios	Este indicador requiere una revisión de la legislación nacional. A nivel internacional, hubo una revisión realizada por la OMS en 2008. Dentro del sector público los grandes proveedores de medicamentos son el Ministerio de Salud Pública, PROMESE/CAL y el SENASA a través de las farmacias que proveen servicios a los afiliados. (Monitoring the Building Blocks of Health Systems, 2010. WHO; Observatorio de Contrataciones Públicas, Participación Ciudadana)

Mediana de precio de los 14 medicamentos esenciales en las farmacias públicas y privadas	
Concepto	La mediana del precio indica el valor en del precio del 50% de los datos de precios de medicamentos esenciales en farmacias públicas o privadas.
Tipo de dato	Estimaciones
Unidad de medida	Mediana de precios de medicamentos esenciales
Periodicidad	Se recomienda una encuesta nacional de precios de medicamentos cada 3 a 5 años usando la metodología de la OMS/HAI.
Metodología	Se calcula como la razón de la mediana de los precios unitarios de las farmacias públicas y privadas de una zona geográfica (numerador) entre la mediana internacional de los precios de referencia del Management Sciences for Health para un producto exacto (denominador) para un determinado año. El resultado final se multiplica por 100.
Desagregación	Nacional Zona geográfica Región administrativa
Fuentes	Encuestas
Comentarios:	La data debe recolectarse usando una metodología estándar desarrollada por la OMS y HAI. Los datos de precios de una lista específica son recopilados en seis áreas geográficas o administrativas en una muestra de dispensarios médicos. (Monitoring the Building Blocks of Health Systems, 2010. WHO; Measuring medicine prices, availability, affordability and price and price components, 2008. WHO)

4.5. Liderazgo y Gobernanza

Índice de políticas	
Concepto	Se define como el promedio de puntos de medicamentos, donde se encuentran una selección de los medicamentos esenciales en el día de la encuesta.
Tipo de dato	Estimaciones
Unidad de medida	Índice de desempeño
Periodicidad	No se propone una periodicidad específica.
Metodología	Se suman diez calificaciones de diez indicadores de políticas nacionales de salud en áreas temáticas (como medicamentos esenciales, TB, malaria, salud materna, entre otros). Si la política adecuada está disponible se califica 1, y si no existe la política adecuada se da calificación 0.
Desagregación	Nacional
Fuentes	Los indicadores de gestión basados en los resultados se generan utilizando diversas fuentes de datos, incluyendo encuestas y las evaluaciones del gasto público. Un índice compuesto de políticas de gobierno, formado por 10 indicadores clave que establecen políticas de salud para intervenciones en diferentes enfermedades y aspectos del sistema de salud. El índice proporciona una medida resumen de la calidad del gobierno desde una perspectiva basada en reglas. Los indicadores permiten evaluar si los países cuentan con políticas, normas y estrategias para promover el liderazgo y la buena gobernanza en el sector de la salud, pero no tienen por objeto evaluar la ejecución.
Comentarios:	<p>LA OMS propone las siguientes áreas para ser calificadas en políticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de una estrategia nacional de salud vinculada a necesidades y prioridades nacionales. 2. Existencia de una política de medicamentos actualizada 3. Existencia de políticas sobre procedimientos en medicamentos que especifiquen las medicinas más costo - efectivas en las cantidades correctas. 4. Tuberculosis 5. Malaria 6. Salud Materna 7. Salud infantil 8. Existencia de documentos clave del sector salud que son regularmente difundidos 9. VIH/SIDA 10. Existencia de mecanismos, tales como encuestas, para obtener información de los clientes sobre el acceso a servicios de salud. (Monitoring the Building Blocks of Health Systems, 2010. WHO)

ANEXO II. GUIA DE ENTREVISTA

FUNDACION PLENITUD Observatorio de la Salud de la República Dominicana (OSRD)⁵³ SISTEMA DE MONITOREO DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO GUIA DE ENTREVISTA																	
<p>Buenos días / Buenas tardes:</p> <p>La Fundación Plenitud está implementando un Observatorio de la Salud orientado a dar seguimiento al sistema de salud como un todo. Estamos realizando una investigación para evaluar la factibilidad de diseñar un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud en la República Dominicana, de acuerdo al marco que para tal fin propone la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para lograrlo, su colaboración es muy importante, por lo cual le agradecemos sobremanera nos ayude a llenar este cuestionario, respondiendo – según su percepción – a las preguntas que le haremos en esta entrevista.</p>																	
Fecha de la entrevista	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="width: 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Año</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									Día	Mes		Año				
Día	Mes		Año														
Nombre	Teléfono:																
Institución	Email:																
Cargo																	

1. La OMS señala que el sistema de salud tiene tres metas generales: (a) mejorar la salud de la población; (b) responder a las necesidades de las personas; y (c) brindar protección financiera frente a los costos de una mala salud. En relación al cumplimiento de estas metas, ¿qué piensa usted sobre el desempeño del sistema de salud en la República Dominicana?

2. La OMS subdivide el sistema de salud en seis subsistemas claves, ¿cuáles cree usted que son los problemas principales que afectan a estos subsistemas?

Servicios de salud	
Recursos Humanos	
Financiamiento	
Medicamentos	

⁵³ El OSRD es una iniciativa de la Fundación Plenitud, que cuenta con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Es parte de una iniciativa regional, el Observatorio de la Salud de América Latina y el Caribe (OS-ALC), de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y el Instituto Carlos Slim para la Salud.

Tecnología	
Rectoría	

3. En su opinión ¿Podría usted mencionar qué habría que hacer para mejorar cada subsistema?

Servicios de salud	
Recursos Humanos	
Financiamiento	
Medicamentos	
Tecnología	
Rectoría	

4. Me gustaría que ahora nos enfocáramos en el subsistema en el cual usted trabaja ¿Cuáles son los objetivos de ese subsistema? ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de esos objetivos?

5. ¿Cuáles son los factores que afectan negativamente el logro de esos objetivos?

6. ¿Considera usted que los problemas que afectan al subsistema en que usted trabaja directamente están relacionados con problemas que existen en otros subsistemas? Por favor, explique su respuesta e identifique tales relaciones.

Servicios de salud	
Recursos Humanos	
Financiamiento	
Medicamentos	
Tecnología	
Rectoría	

7. ¿Considera usted que el actual sistema de salud en nuestro país funciona de manera articulada? Favor de argumentar su respuesta y, en caso de ser negativa, explique dónde se encuentran las principales fallas de articulación y qué habría que hacer para subsanarlas.
8. ¿Qué indicadores usted sugeriría para el monitoreo del desempeño del subsistema en el que usted trabaja? ¿Sabe usted si existen estadísticas que permitan dar seguimiento a esos indicadores?

Indicador	Fuente	Cuál es la fecha más reciente para la cual está disponible?	Qué opina sobre la calidad de esta información?

9. ¿Qué medidas Ud. recomienda para mejorar la calidad de las estadísticas en el subsistema en que usted trabaja?
10. De acuerdo a las estadísticas disponibles, la tasa de mortalidad materna es muy elevada en el país a pesar de que existe una alta cobertura de atención pre-natal y parto institucional con personal calificado. En su opinión, ¿a qué se debe esto? ¿Cuáles acciones deben implementarse para mejorar esta situación?
11. También es elevada la mortalidad neonatal. ¿A qué se debe? ¿qué habría que hacer para mejorar este indicador?
12. ¿Existe en el país un sistema de monitoreo del desempeño del sistema de salud? ¿Quién lo lleva? ¿Cómo usted lo califica?
13. ¿Considera usted necesaria y oportuna la formación de redes de investigación o alianzas estratégicas entre el sector público y la Sociedad Civil, con el objetivo de aportar evidencias que contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud? ¿Por qué?

MUCHAS GRACIAS!! La Fundación Plenitud garantiza los créditos por su colaboración.

Magdalena Rathe
Directora

ANEXO III. ACTORES DE LOS SUBSISEMAS ENTREVISTADOS

Servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eddy Pérez Then. Director Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil –CENISMI-. Ministerio de Salud Pública 2. Bernardo Matías. Gerente de Planificación y Evaluación de Gestión. Seguro Nacional de Salud -SENASA- 3. Giselle Scanlon. Directora Instituto Nacional de la Salud –INSALUD- Organización sin fines de lucro. 4. Juana González. Gerente en Salud. Consejo Nacional de la Seguridad Social - CNSS- 5. Marítza Martínez. Coordinadora del Programa INTEC de Salud y Seguridad Social. PROISS 6. Fátima Guerreiro. Encargada Programa de la Reforma. Comisión Ejecutiva para la Reforma del sector Salud 7. Alexander Suaxo. Director Atención Primaria. Ministerio de Salud Pública 8. Sonia Anderson. Consultora independiente experta en salud materna 9. Iñaki Sánchez. Maestro acupuntor de Medicina Tradicional China. Escuela Neijing. 10. Pedro Hernández. Consultor independiente
Recursos Humanos	<ol style="list-style-type: none"> 11. Selma Zapata. Profesional Nacional en el área de Recursos Humanos. Oficina Panamericana de la Salud -OPS- 12. Adelaida Orestes. Consultora Independiente. Pasada encargada de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública.
Financiamiento	<ol style="list-style-type: none"> 13. Alejandro Moliné. Consultor independiente 14. Mary Reyes. Encargada Cuentas Nacionales de Salud. Ministerio de Salud Pública
Medicamentos	<ol style="list-style-type: none"> 15. Dalia Castillo. Profesional Nacional para Medicamentos y Tecnologías en Salud. Oficina Panamericana de la Salud –OPS- 16. Maria Elena Tapia. Encargada Departamento Vigilância Sanitária. Ministerio de Salud Pública
Tecnología	<ol style="list-style-type: none"> 17. José Lucas. Director General de Información y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública 18. Alberto Suárez. Director Tecnología. Ministerio de Salud Pública 19. Elizabeth Gómez. Directora de Monitoreo y Evaluación. Ministerio de Salud Pública.
Rectoría	<ol style="list-style-type: none"> 20. José Selig. Encargado de la Unidad de Análisis Sectorial. Ministerio de Salud Pública 21. José Rodríguez. Subministro de Salud Colectiva. Ministerio de Salud Pública

ANEXO IV. INDICADORES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD –PLANDES- Y DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DESARROLLO

Indicadores del Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015)

A continuación se presentan las metas e indicadores principales contenidos en el Plan Nacional Decenal de Salud – PLANDES 2006-2015- y la Estrategia Nacional de Desarrollo –END 2010-2030-. El PLANDES 2006-2015 es la más importante pieza estratégica del sector salud y su adecuada implementación es un gran reto y compromiso para todos los actores. La Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 es el fundamento conceptual de las políticas públicas que se aplicarán durante el período de vigencia (20 años).

El Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015)

El Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES 2006-2015) constituye la expresión de la agenda estratégica del conjunto del sector salud del país y la base para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud en los próximos diez años y refleja el compromiso de todos los sectores de la vida nacional, con las prioridades, los objetivos y los proyectos estratégicos que lo componen, a partir de una visión de largo plazo sobre la situación de salud y del sistema de salud. El PLANDES es un instrumento estratégico que pretende ser el marco de referencia para la elaboración de los planes operativos anuales y específicos de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud⁵⁴.

De acuerdo al PLANDES los desafíos del Sector salud se pueden resumir en:

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

Desafíos de impacto en la situación de salud:

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

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

⁵⁴ Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS- El Plan Decenal de Salud -PLANDES 2006-2015.

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

CARTA DE PRIORIDADES 2006-2015.

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

- **Prioridad 1**

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

El índice de desarrollo humano relativo al género (IDG) mide las desigualdades sociales y económicas entre hombres y mujeres, a partir de indicadores de vida larga y saludable, educación escolarizada, y nivel de vida digno, según ingresos percibidos por sexo.

El índice de potenciación de género (IPG) mide el nivel de oportunidades a que acceden las mujeres a partir de indicadores como participación política (% de mujeres en el Congreso y en puestos de decisiones) participación económica, a partir de % de puestos ocupados por hombres y por mujeres en puestos decisivos, incluidos profesionales y técnicos, e indicadores de control sobre recursos económicos, medidos por ingresos percibidos por hombres y por mujeres.

Indicadores del PLANDES para el año 2015:

- La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 73 años.
- El Índice de Desarrollo Humano (IDH) nacional será por lo menos de 0.855 y la Brecha entre Regiones no será mayor de 50%.
- El Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG), a nivel nacional, será por lo menos de 0.850, reflejando la elevación de la tasa de participación femenina.
- El gasto público en salud alcanza al 5% del PIB

Por lo menos el 25% del presupuesto público del Sistema Nacional de Salud se asigna a salud colectiva para la promoción, prevención y control de problemas prioritarios de salud y el 10% a las funciones de rectoría.

- **Prioridad 2**

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

- La Mortalidad Materna nacional se habrá reducido en dos terceras partes con relación a 1990, y será menor de 44.5 por 100,000 nacidos vivos
- La mortalidad en menores de cinco años se habrá reducido en dos terceras partes con respecto a 1990 y será menor de 19.7 por mil nacidos vivos
- La probabilidad de sobrevivencia a los 5 años será por lo menos de 98.5% y la brecha de la probabilidad de sobrevivencia a los cinco años entre los grupos de mayor y de menor ingreso se habrá reducido a la mitad, con respecto al año 2003 y será menor de 1.8 puntos porcentuales
- Las Normas Nacionales de Salud Reproductiva se aplican en todo el Sistema Nacional de Salud
- Al menos el 70% de los casos de tuberculosis BK+ estimados, habrán sido diagnosticados e incorporados a tratamiento, con base en la estrategia DOTS/TAES, y al menos el 85% de ellos serán curados
- Las muertes por Malaria se reducirán a cero en todo el territorio nacional, y se habrá eliminado la transmisión autóctona en poblaciones y territorios priorizados de interés económico estratégico nacional
- Los casos humanos de Rabia se mantendrán en cero durante todo el período del plan
- La incidencia anual de casos de Dengue se habrá reducido en un 50% con respecto al año 2000 y la letalidad de los casos será menor de 2%
- El 95 % de las embarazadas VIH+ detectadas, han cumplido el protocolo nacional de prevención de la transmisión vertical
- Al menos el 90% de las Personas Viviendo con VIH/SIDA, reciben atención integral, de acuerdo a los protocolos nacionales

- Se reduce al menos en 50% los casos de transmisión sexual de VIH en población femenina, con respecto al 2000.
- La probabilidad de sobrevivencia infantil en el país en 2003 era de 96.5%, pero en el 20% de menores ingresos era de 94.8% y en el 20% de mayores ingresos era de 98.5%. Por tanto las brechas actuales son alrededor de 3.7 puntos porcentuales. La meta propuesta en el indicador es que esta brecha sea menor de 1.8 puntos porcentuales.
- El bajo peso al nacer y la desnutrición en menores de 5 años habrá disminuido en un 50% con respecto a la prevalencia en el año 2002.
- La tasa de mortalidad por Cáncer se reduce en un 30 % para el 2015, con respecto al año 2000.

- **Prioridad 3**

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

Indicadores de monitoreo y evaluación.

Se ha estructurado la Red Única de Servicios Públicos de Salud, conformada por los Servicios Regionales de Salud, evaluado en las siguientes dimensiones:

- Basados en las redes de Servicios Públicos de Salud y el modelo de atención establecido por la SESPAS, con enfoque de equidad social y de género, organizadas por niveles de atención y aplican protocolos de atención según el nivel, aprobados por la SESPAS.
- Se habrá desarrollado una Red de Servicios de Atención a Emergencias y Desastres. Dicha red ha incorporado las necesidades diferenciadas por género.
- El nivel central de la SESPAS se habrá reestructurado y asegura la adecuada supervisión y apoyo técnico y normativo de los Servicios Regionales y Redes.
- El IDSS se habrá reestructurado de acuerdo al marco legal vigente y se habrá articulado las Redes de Servicios Públicos, conjuntamente con la SESPAS.
- Se habrá reestructurado la salud colectiva en Redes programáticas, con enfoque de equidad social y de género, evaluado en las siguientes dimensiones:

Con base en tres ejes transversales: Epidemiología, Promoción de Salud y Salud Ambiental.

- Los Programas se han reestructurado en Grupos Nacionales, interinstitucionales, interdisciplinarios e interprogramáticos, como estructuras centrales de planificación, coordinación, supervisión y control normativo de las intervenciones de prevención y control de los problemas y riesgos prioritarios de salud.

- **Prioridad 4**

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

Indicadores de monitoreo y evaluación.

1. A nivel nacional y en las Direcciones Provinciales de Salud se habrá fortalecido las capacidades de Rectoría de la SESPAS en las siguientes dimensiones:

- Capacidades de Análisis de Situación del Sector Salud y de Análisis Sectorial de Salud, con enfoque estratégico y de equidad social y de género.
- Planificación y conducción estratégica del sector salud.
- Habilitación, supervisión, y evaluación de servicios y establecimientos del Sector Salud.
- Regulación, control y apoyo técnico normativo a la provisión deservicios de salud, medicamentos y otros insumos, así como de los procesos ambientales más relacionados con la salud.
- Sistemas de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud.
- Se ha desarrollado y está en pleno funcionamiento el Sistema de información Gerencial y de Vigilancia Epidemiológica, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - Carácter modular interconectado y tecnológicamente actualizado.
 - Monitoreo permanente, con cortes evaluativos anuales, de las desigualdades e inequidades sociales y de género en la situación de salud y en la accesibilidad a los servicios, así como del impacto diferencial de los costos de las atenciones y del gasto familiar en salud.
 - Monitoreo permanente de las enfermedades y problemas de notificación obligatoria, riesgos y signos de alerta temprana.
 - Desarrollado y en aplicación en toda la SESPAS, Redes y Servicios Regionales de Salud, un modelo de gestión financiera, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - Articulado con el SIGEF nacional.
 - Asegura la transparencia ante la sociedad.
 - Contabilidad de costos de cada intervención, establecimiento, servicios y programa.
 - Factura en tiempo adecuado a SENASA, las ARS, al Seguro de Riesgos Laborales y al Seguro de Accidentes de Tránsito (FONAMAT).
 - Procesos de planificación y de presupuestación ligados a resultados de impacto y que permiten monitorear la vinculación del gasto con los resultados.
 - En el nivel central se habrá organizado y estarán en pleno funcionamiento,

Comités Técnicos Nacionales correspondientes a cada una de las funciones esenciales del Sistema Nacional de Salud:

- Provisión de servicios de atención a las personas.
- Salud Colectiva (promoción, prevención y control de problemas prioritarios de salud).
- Aseguramiento y articulación del SNS con el SDSS.
- Financiamiento y desarrollo del sistema financiero del Sistema Nacional de Salud..
- Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Recursos Humanos del Sector Salud, evaluado en las siguientes dimensiones:

Bajo la Rectoría de la SESPAS

- En estrecha coordinación y articulación con las Secretarías de Educación Superior, las instituciones formadoras, la Oficina Nacional de Administración de Personal y otras dependencias oficiales relacionadas con la planificación, formación, capacitación y gestión de recursos humanos.
- El Sistema Nacional de Salud aplica a todos sus niveles y componentes el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

- Se ha desarrollado la carrera sanitaria y la carrera administrativa en el sector salud, con base en la Ley de Servicios Público y Carrera administrativa.
- Se ha desarrollado el Sistema Nacional de Investigaciones en Salud, bajo la Rectoría de la SESPAS, en estrecha coordinación y articulación con la Secretaría de Educación Superior, las instituciones de educación superior y otras instituciones y dependencias nacionales de promoción, producción, regulación y desarrollo de la investigación.
- Se ha ejecutado un plan de formación en género para el personal en servicio en todas las instancias del SNS, con especificaciones según responsabilidades y funciones.
- En coordinación con la SEESCyT y las instituciones formadoras, y los Colegios y Gremios de la Salud, se ha aplicado un plan de reforma curricular para el pensum de las carreras de ciencias de la salud, y se ha desarrollado un sistema de certificación y recertificación, de acuerdo a los principios, prioridades, estrategias y orientaciones del Plan Nacional de Salud.

- **Prioridad 5**

Fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud

Indicadores de monitoreo y evaluación.

- En todos los niveles y subsistemas del Sistema Nacional de Salud se habrá fortalecido la participación ciudadana, evaluado en las siguientes dimensiones:
 - Estructurados y operando los Comités de Administración e incorporación a los procesos de planificación, gestión, monitoreo y evaluación, de representantes calificados y seleccionados por las organizaciones comunitarias y sociales correspondientes, de conformidad con el marco legal y reglamentario vigente.
 - En todos los establecimientos, redes de servicios de atención a las personas, y redes programáticas de salud colectiva estarán en funcionamiento los organismos y espacios de participación ciudadana y veeduría social previstos.
 - En todas las Redes de Servicios de Atención a las Personas y en los Servicios Regionales de Salud, están funcionando los Consejos de Planificación, Consejos de Administración, Consejos de Administración y Planificación y los Comités de Salud establecidos en las reglamentaciones vigentes, con plena participación de la ciudadanía y sus organizaciones.
 - En todas las Provincias y Municipios, los Consejos de Desarrollo participan en la elaboración, ejecución, monitoreo y evaluación de los planes provinciales y municipales de salud.

- **Prioridad 6**

En todo el sistema nacional de salud se ha transversalizado el enfoque de equidad de género.

Indicadores de monitoreo y evaluación.

- Se habrá elaborado y aplicado un Plan Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, acorde con la Metas del Milenio y las recomendaciones de la Conferencia de Beijing, y se hace monitoreo anual de los avances en los indicadores de género y de las intervenciones establecidas en dicho Plan.

- Se ha conformado y funciona adecuadamente un Comité Nacional de Transversalización de Género en el Sector Salud, el cual está articulado con la Secretaría de Estado de la Mujer y con los planes y estrategias sobre enfoque de género propuestas en el marco de la COPDES con relación a las Metas del Milenio.
- En cada Dirección Regional de Salud y Dirección provincial de Salud, y en cada nivel y dependencia del Sistema Nacional de Salud existe un punto focal para la transversalización de género en el Sistema Nacional de Salud.
- El sistema de información gerencial y de vigilancia epidemiológica recopila, procesa y divulga las informaciones sobre salud y servicios, de forma que permiten monitorear y evaluar las tendencias de las desigualdades e inequidades de género, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Nacional de Transversalización de Género en Salud.
- Han sido definidas las necesidades de investigación sobre el impacto sobre las brechas de género.
- Se ha definido las necesidades de formación y capacitación sobre género y se han desarrollado planes y acciones para superarlas.

Propósito del Plan Decenal de Salud 2006-2015

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

Indicadores de propósito año base meta 2015:

- La Esperanza de Vida al Nacer (EV.0) nacional será de por lo menos 73 años y las diferencias regionales serán menores del 3 %.
- El Índice de Desarrollo Humano (IDH) nacional será por lo menos de 0.855 y la Brecha entre Regiones no será mayor de 50%.
- El Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG), a nivel nacional, será por lo menos de 0.850 porque se han reducido las brechas de género en la PEA ocupada, en el acceso a puestos de trabajo, a ingresos y niveles salariales, y en el acceso a la propiedad de tierra y viviendas.
- Toda la población del país está incorporada al Sistema Dominicano de Seguridad Social, en sus diferentes regímenes.
- El gasto público en salud equivale al 5% del PIB, el 20 % del cual se dedica a la salud colectiva, el 10% a las funciones de rectoría y el 70% a los servicios y redes de atención a las personas.

Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030

La Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 es el fundamento conceptual de las políticas públicas que se aplicarán durante el período de vigencia (20 años) y de su puesta en operación mediante los instrumentos del Sistema Nacional de Planificación e Inversión Pública. La Estrategia Nacional de Desarrollo tendrá un carácter indicativo para el sector privado y mandatorio para el ámbito de acción del sector público. El ejercicio de la función

reguladora y promotora del Estado deberá crear condiciones que propicien la sinergia entre las acciones públicas y las privadas para el logro de la Visión País de largo plazo y los Objetivos de la Estrategia Nacional de Desarrollo⁵⁵.

Las políticas públicas se articularán en torno a cuatro Ejes Estratégicos, con sus correspondientes Objetivos y Líneas de Acción, los cuales definen el modelo de desarrollo sostenible de la República Dominicana.

El Segundo Eje Estratégico propugnará por: Una sociedad cohesionada, con igualdad de oportunidades y bajos niveles pobreza y desigualdad.

En el marco del Segundo Eje, las acciones se dirigirán a la obtención de los siguientes Objetivos Generales, mediante la realización de sus correspondientes Objetivos Específicos:

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS
Salud y Seguridad Social Integral	Garantizar el acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud
	Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.
	Garantizar la universalidad, equidad, solidaridad y sostenibilidad del aseguramiento frente a los riesgos de vejez, discapacidad y sobrevivencia

⁵⁵ Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2010) Consejo Nacional de Reforma del Estado. Anteproyecto de Ley La Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana 2010-2030.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	LINEAS DE ACCION
<p>Garantizar el acceso a un modelo de atención integral con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud</p>	<p>Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, que brinden atención integral de calidad</p>
	<p>Fortalecer los servicios de salud colectiva relacionados con los eventos de cada ciclo de vida, en colaboración con los gobiernos locales, con énfasis en la prevención de enfermedades transmisibles y el fomento de estilos de vida</p>
	<p>Promover el acceso y uso de medicamentos genéricos de calidad garantizada y regular la calidad de los medicamentos disponibles en el mercado nacional.</p>
	<p>Fortalecer la función de rectoría de SESPAS, así como las capacidades locales para asumir la gestión de los Servicios Regionales de Salud y garantizar la estandarización de la calidad de los servicios prestados</p>
	<p>Desarrollar un sistema justo de motivación laboral para los recursos humanos en salud y consolidar el mecanismo de pago por servicios prestados, con el fin de fortalecer la carrera sanitaria, y elevar la calidad de los servicios</p>
	<p>Impulsar el uso de las tecnologías de información como medio para ampliar el alcance territorial y elevar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud</p>
	<p>Asegurar la provisión efectiva de información a la ciudadanía en torno a su derecho a la salud y a la seguridad social en salud</p>
	<p>Universalizar el aseguramiento en salud, para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto del bolsillo</p>
<p>Reforzar las funciones de regulación y supervisión de las instancias Sistema Dominicano de Seguridad Social para asegurar calidad, oportunidad y pertinencia de las prestaciones del Plan Básico de Salud, eficiencia de costos y expansión de la canasta de servicios</p>	
<p>Desarrollar, con participación y veeduría ciudadana, un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud de las prestadoras públicas y privadas.</p>	
<p>Promover y fortalecer el Seguro contra Riesgos Laborales</p>	
<p>Intensificar la promoción y difusión de los beneficios y coberturas del seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia, a fin de fortalecer la capacidad de los afiliados y beneficiarios para hacer valer sus derechos con oportunidad.</p>	
<p>Diseñar los mecanismos de aplicación de los Regímenes Subsidiado y Contributivo-Subsidiado e iniciar la afiliación</p>	
<p>Integrar al Sistema Dominicano de Seguridad Social los distintos planes previsionales, así como los programas de pensiones asistenciales existentes</p>	
<p>Programar el cumplimiento de los compromisos de la deuda provisional asumida por el Estado Dominicano, generados por el anterior sistema de reparto</p>	
<p>Impulsar la diversificación de la inversión de los fondos de pensiones y la creación de nuevos instrumentos de inversión que permitan obtener una rentabilidad adecuada y canalizar los recursos de los fondos de pensiones a favor del desarrollo nacional</p>	
<p>Vigilar la sostenibilidad fiscal del sistema de pensiones y revisar periódicamente la distribución del total de cotizaciones al SDSS, a fin de introducir los ajustes necesarios y asegurar una asignación óptima entre sus componentes de riesgos de salud, riesgos laborales y riesgos de vejez y discapacidad.</p>	
<p>Fortalecer la supervisión y regulación de todos los agentes privados y públicos vinculados al sistema dominicano de pensiones</p>	

Las políticas transversales establecen que todos los planes, programas, proyectos y políticas públicas deberán incorporar:

- Enfoque de género
- Criterios para la sostenibilidad ambiental
- Cohesión territorial que promueva el desarrollo equilibrado
- Promoción de la participación social en la formulación, ejecución, y evaluación de las políticas públicas
- Promoción del uso de las tecnologías de la información

Para evaluar el progreso en la construcción de la Visión País de largo plazo, queda establecido para cada Eje Estratégico un conjunto de indicadores y metas a ser alcanzadas durante la vigencia de la Estrategia Nacional de Desarrollo. La evolución de cada indicador será objeto de medición sistemática.

Metas cualitativas asociadas al Segundo Eje Estratégico:

- En un plazo no mayor de 5 años, deberá completarse el proceso de reforma del sector salud y aseguramiento en salud conforme a lo establecido en la Ley General de Salud y en la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- En un plazo no mayor de 5 años, deberá completarse el proceso de reforma de las instituciones de asistencia social.

La END contempla un Sistema de Seguimiento y Evaluación a fin de evaluar de manera sistemática el nivel de logro de los objetivos establecidos

INDICADORES Y METAS CUANTITATIVAS

Indicadores	Año base	Valor	2020	2030
Esperanza de vida al nacer	2005-2010	72.4	77	80
Tasa de mortalidad menores de 5 años (por 1,000 nacidos vivos)	2005-2010	33.0	18.0	11.0
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	2007	159	72	31
Gasto público en salud como % del PIB	2006	2.1%	4.0%	5.0%
% de la población urbana con acceso a servicios sanitarios mejorados	2006	81%	92%	100%
% de la Población con acceso a fuentes de agua potable mejoradas	2006	95%	100%	100%
Porcentaje de población protegida por el Seguro de Salud	2008	35.3%	100%	100%