GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DOMINICANA

DIÁLOGO DE LAS REFORMAS 2021

SECTOR SALUD

PROPUESTA INSTITUCIONAL

Enero 2022
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)
Servicio Nacional de Salud

CONTENIDO

1 Contexto de la propuesta 3
1.1 Recuento histórico del Sistema de Salud Dominicano 3
1.2 Antecedentes de reforma en salud 5
1.3 Marco jurídico 6
1.4 Desarrollo institucional 7
1.5 Contexto internacional 17
1.6 Aspectos técnicos 18
2 Propuesta para la Reforma del Sistema de Salud 20
2.1 Eje 1: Reforma estructural de los niveles de atención de salud 20
2.1.1 Primer Nivel de Atención 21
2.1.2 Nivel Complementario o Nivel de Atención Especializada 28
2.2 Eje 2: Reestructuración del esquema económico del sector salud 30
2.3 Eje 3: Desarrollo del Sistema General de Información en Salud 33
2.3.1 Sistema Único de Información Interconectado 34
2.3.2 Investigación en Salud 35
2.4 Eje 4: Rediseño del sistema de medicamentos de alto costo 35
2.5 Eje 5: Fortalecimiento de la Capacidad Gestora del MSP 35
2.5.1 Infraestructura y Remozamiento 36
2.6 Eje 6: Fortalecimiento de la Dirección General de Medicamentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS) 37

1 Contexto de la propuesta

1.1 Recuento histórico del Sistema de Salud Dominicano

La gestión de la salud de la población dominicana, ha experimentado una evaluación sustancial a través de los tiempos. Como evidencia de esto se han elaborado disipaciones diplomáticas y políticas asociadas a la salud en miras de mejorar la calidad de vida de los dominicanos, es posible mencionar la ley 4471, con el denominado código de Trujillo de Salud Pública, emitido el 28 de junio de 1956, a través de la cual el gobierno de turno impuso a la nación un código que regulaba los asuntos relacionados a la salubridad e higiene; y además, establecía los derechos y deberes en lo referente a la protección y restablecimiento de la salud.(1)

Previamente existieron, a principios del pasado siglo XX, las llamadas Juntas de Sanidad, las cuales según la Ley de Sanidad Número 4836 del año 1908. Tenían carácter consultivo y de fiscalización; y debían atender las consultas que sobre higiene y salubridad pública les eran sometidas. (1). Otros aconteceres históricos fueron el escenario para crear la primera unidad en el país que se encargaría de dirigir los servicios relativos a la Salud Pública, como la ocurrido durante la intervención norteamericana en 1919.

Años más tarde, en junio de 1924, la Ley No. 685 elevó dicho Departamento a la categoría de secretaria, naciendo así la Secretaría de Estado de Sanidad y Beneficencia. nombre que luego fue cambiado por el de Secretaria de Sanidad y Asistencia Pública en noviembre del 1941, mediante la Ley No. 013. (1)

Las atribuciones relativas a la asesoría sobre legislaciones de seguros de enfermedad, indemnizaciones, todos los asuntos administrativos y de seguridad salud, estaban bajo la responsabilidad de la secretaría de Estado de Previsión Social, creada en 1947, mediante la Ley No. 1399.

En 1955, la Secretaría de Estado de Sanidad y Asistencia Pública pasó a denominarse Secretaría de Estado de Salud Pública, resaltando las atribuciones directas en el campo de la salud colectiva de la población, dictándose en el mismoaño el reglamento orgánico de la Secretaría de Estado de Previsión Social; y el 11 de febrero del año 1956 se dicta el decreto No. 1489, Orgánico de Secretarías de Estado, el cual forma específica las funciones a cargo de la Secretaría de Estado Salud Pública. (1)

En la constitución dominicana de 2010 y 2015 se fijan y fortalecen acciones de participación y control social en las diferentes actuaciones de la administración local o central, así como en diferentes sectores de políticas públicas.

La estrategia Nacional de Desarrollo (END) establece que la Participación Social es una política transversal, indicando que deberá promoverse la equidad de género, el acceso a la información, la transparencia, la rendición de cuentas, la veeduría social y la fluidez en las relaciones Estado-sociedad, en la formulación, ejecución, auditoría y evaluación de las políticas públicas, mediante la creación de espacios y mecanismos institucionales que faciliten la corresponsabilidad ciudadana.

En lo relativo al desarrollo local y fortalecimiento de capacidades de gestión, la END considera en su punto 1.1.2.3 el establecimiento de mecanismos de participación social activa y responsable, los espacios de consultas y concertación, donde exista una representación de los diferentes sectores enfatizado en el ciclo de vida de las personas: niñez, adolescencia, vejez y con enfoque especial haciala mujer.

Por su parte los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), consideran como esencial la participación social, de manera más específica en la meta 16.7, que busca “Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades”.

Frente a los grandes retos que enfrenta el país para atender los problemas públicos nacionales en un entorno internacional competitivo y en medio de una crisis sanitaria, el gobierno dominicano se ha planteado la realización de un diálogo nacional “serio, transparente e inclusivo que escuche las voces de todos los sectores” y que contribuya a que la República Dominicana pueda lograr sus objetivos y, con ello, mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos.

La evolución del sector salud de la República Dominicana ha sido resultado de la promulgación de leyes trascendentales y otros mecanismos legales que, en su momento, representaron un antes y un después en los mecanismos de protección social y del sistema de salud.

Bajo este contexto, grandes logros han sido alcanzados, algunos a un ritmo más acelerado que otros, pero con los retos afrontados en el último año por la enfermedad COVID-19, se ha podido evidenciar la inercia de más de una década en términos de seguridad social, brechas gigantescas por alcanzar, estrategias básicas como la Atención Primaria para fortalecer el primer nivel de atención y puntos de mejora significativos en términos de eficiencia presupuestaria y sostenibilidad financiera.

El principal desafío del Sector Salud es mejorar de manera significativa la calidady el acceso a los servicios de salud de la población, con impacto en la reducción de las elevadas tasas de mortalidad por diferentes causas y su relación con los indicadores económicos relacionados al sector salud.

El propósito de este documento es plasmar de una forma sintetizada las líneas estratégicas generales que sentarían las bases de una reforma significativa del Sistema de Salud para dignificar la salud de todos los dominicanos.

1.2 Antecedentes de reforma en salud

Los primeros esfuerzos por reformar el Sistema de Salud en la República Dominicana, datan de inicios de la década de los 90, cuando productos de los acuerdos entre el Gobierno Dominicano y el entonces gremio de los médicos Asociación Médica Dominicana (AMD), hoy Colegio Médico Dominicano (CMD), para la finalización de una huelga nacional de más de 6 meses que mantenía paralizado el sector. Pues en la resolución del conflicto se elaboró un documento que mostraba las debilidades del sistema y la urgencia de reformación.

Ante esta necesidad se realizó una propuesta de reestructuración de los centros hospitalarios, cuya implementación sería responsabilidad de la Comisión Nacional de Salud, representada por los diferentes actores sociales del sistema, cuyos esfuerzos concretizados en el año 2001, con la Ley General de Salud (42-01) y la ley de Seguridad Social (87-01), pilares de la Gestión Salud del país.

Para el año 2005 se definió la "Agenda Estratégica y Ruta Crítica de la Reformaen Salud", que plantea cuatro grandes propósitos en relación con la reforma sanitaria:

1. Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS, con base en las llamadas Funciones Esenciales de Salud Pública y la reorganización y reconversión de los Programas de Salud Pública, Organización y estructuración de las Redes Regionales de Servicios Públicos de Salud, Acceso equitativo a medicamentos de calidad, Garantía de aseguramiento para toda la población, con énfasis en los más pobres.

2. Definición de los elementos priorizados del Master Plan en Salud establecido para los próximos tres (3) años del gobierno del Excelentísimo Señor Presidente Luis Abinader, basándonos en los niveles de atención existentes del sistema de salud dominicano, y utilizando como referencia los lineamientos generales del Programa de Gobierno del Cambio, "Un País para su Gente", del Comando General de Campaña del Partido Revolucionario Moderno (PRM), depositado en la Junta Central Electoral (JCE) en el mes de febrero del 2020 y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de salud. Todos estos esfuerzos dentro del marco legal que contempla la Ley General de Salud No. 42-01.

3. Reenfoque la visión de la salud pública, a una más cercana a su gente, donde los programas de promoción y educación, y la salud preventiva, seanlos protagonistas.

4. Retomar las funciones esenciales de la salud pública como son: análisis de situación de la salud, vigilancia en salud pública, promoción de la salud, participación social e intersectorial, desarrollo de políticas y planificación, regulación y control, equidad en acceso, recursos humanos, calidad del servicio, investigación en salud pública y atención a emergencias y desastres.

Este proyecto de reforma se enfoca en seis grandes ejes:

1. Reforma estructural de los niveles de atención de salud.
2. Reestructuración del esquema económico del sector salud.
3. Desarrollo del Sistema General de Información en Salud.
4. Rediseño del sistema de medicamentos de alto costo.
5. Fortalecimiento de la Capacidad Gestora del MSP.
6. Fortalecimiento de la Dirección General de Medicamentos y ProductosSanitarios (DIGEMAPS)

1.3 Marco jurídico

El desarrollo de las políticas asociadas al sector salud amparado en las distintas leyes sustentan el quehacer propio de la salud pública. Siendo el principal soporte la propia Constitución Dominicana, donde se indica la responsabilidad función del Estado Dominicano en velar por la protección de la salud de la población. (3)

A pesar de los distintos cambios, reglamentaciones y normas que fueron estableciéndose a través de los años, el siglo XXI, marcó un antes y un después en materia de políticas de la salud pública, con la aprobación de un nuevo marco legal sanitario, estableciéndose así el Sistema de Salud de República Dominicana, tras un proceso de grandes modificaciones, las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y la Ley No. 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social) promulgada el 9 de mayo del mismo año, sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente. La cual establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes de empleadores y empleados, así como del Estado para las personas de menores ingresos. (2)

La Ley General de Salud 42-01, es el principal marco legislativo que indica las acciones específicas que deben ser implementadas, la misma, en su artículo 8 asigna la rectoría del Sistema Nacional de Salud del país al MSP. Dentro de este marco legal se consagra el deber del Estado en garantizar la salud a toda la población y ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento,financiamiento– se separen y sean asumidas por las

diferentes instituciones que leconforman, siendo el Ministerio de Salud, el designado en la Función de Rectoría yla provisión de las intervenciones de Salud Colectiva. (2)

Por tanto, este nuevo paradigma legal otorga la mayor autoridad sanitaria y la conducción sectorial al MSP, pero en la práctica se ha revelado el empoderamiento por parte de la rectoría, aunque últimamente ha realizado esfuerzos para desarrollar las capacidades y para reestructurar y reorientar las acciones en torno a las funciones esenciales de salud y los temas priorizados. Por lo cual es imperativo la definición, desarrollo y funcionamiento de un sistema de información general de salud para asegurar la consecución de sus objetivos sanitarios. (3)

A partir del Decreto 284-21, emitido por el Poder Ejecutivo el 29 de abril del 2021, que declara de alto interés nacional la reforma y modernización del sector salud, se inicia todo un proceso de reformación interna en el MSP priorizando la Dirección General de Medicamentos, Alimentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS).

1.4 Desarrollo institucional

El nuevo paradigma amparado en la ley 42-01 estimuló una reforma que llevó al Ministerio de Salud a fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema. Promoviendo el proceso de transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. Como resultado de esto, en el nivel central se evidencia un reordenamiento de las funciones de las principales subsecretarias, hoy denominados viceministerios, aumentando los esfuerzos para la operatividad y mejora de las Direcciones Provinciales de Salud (representantes locales de la rectoría y también de la salud colectiva).

Además, el Sistema de Salud Dominicano, ha facilitado el nacimiento de nuevas instituciones integradas como actores principales del sistema, todos bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Entre las cuales se encuentran el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002. Igualmente, como órganos colegiados, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS), y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

Las nuevas leyes trajeron una renovación institucional, quedando el entramado de la gobernanza dividido en dos partes complementarias: el subsistema de servicios de salud que se encargaría de prestar los servicios; y el de la seguridad social quese encargaría de velar por el acceso a dichas prestaciones. Así mismo, se colocó el ámbito de la regulación y dirección, por un lado, y el de la prestación de servicios por otro.

El Servicio Nacional de Salud

El Servicio Nacional de Salud es una instancia de coordinación, cooperación y solidaridad, así como de intercambio, socialización y sistematización de experiencias, de interés y funcionamiento público, dependiente de la SESPAS, que abarca todo el territorio nacional conformado por el conjunto de los Servicios Regionales de Salud, con la finalidad de sistematizar la organización y el funcionamiento de los establecimientos a nivel nacional[1]. El Servicio Nacional de Salud se crea con la Ley 123-15 y está constituido por la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud y sus respectivas expresiones territoriales regionales de carácter desconcentrado[2].

La Dirección Central del Servicio Nacional de Salud se crea como una entidad pública, provista de personalidad jurídica, con autonomía administrativa, financiera y técnica y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social4. Entre las atribuciones que esta ley le confiere a la Dirección Central del Servicio Nacional de Salud, tenemos:

a. Promover y coordinar el fortalecimiento y desarrollo de los Servicios Regionales de Salud.
b. Evaluar el cumplimiento de los requisitos para los Servicios Regionales de Salud obtener la autonomía administrativa y financiera y proponer al Ministerio de Salud Pública su habilitación.
c. Coordinar y asistir técnicamente a los Servicios Regionales de Salud en la formulación e implementación de sus planes de desarrollo y en su funcionamiento, enfatizando en la articulación de los diferentes niveles de complejidad de la atención y la cartera de servicios, con equidad, accesibilidad, efectividad y calidad en la provisión, en correspondencia con el marco legal vigente y las políticas y planes trazados por el Ministerio de Salud Pública para el sector salud.
d. Establecer, en coordinación con las disposiciones dictadas por el Ministerio de Administración Pública y el marco legal vigente, el modelo de estructura organizacional y de funcionamiento para los Servicios Regionales de Salud; así como, los manuales e instrumentos operativos, técnicos, administrativos, de orden clínico y otros que se requieran, de común aplicación.

[1] Artículo 49 del Reglamento Separación de Funciones (Decreto 635-03)
[2] Artículo 1 de la Ley 123-15

e. Promover y supervisar la aplicación del modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud y sus manuales de operación, para una oferta de servicio de base poblacional, orientada a la demanda, con criterios de racionalidad e integridad en el manejo de los servicios, y los recursos, con base en el Plan Decenal de Salud, el Modelo de Atención y las prioridades que establezca el Ministerio de Salud Pública, en su accionar como máxima autoridad sanitaria nacional.
f. Promover e impulsar el proceso de cambio, modernización y mejoramiento continuo de los prestadores públicos de servicios de salud que conforman los Servicios Regionales de Salud.
g. Establecer criterios, normas e instrumentos complementarios para realizar y evaluar los procesos de negociación de todas las relaciones contractuales que se establezcan para el financiamiento de los prestadores de servicios de salud públicos (compra y venta de

servicios) en correspondencia con los requerimientos que establezca el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en calidad de ente rector.
h. Desarrollar y mantener los sistemas de información para la toma de decisiones conforme a los reglamentos y disposiciones que establezca el rector del sector salud.
i. Establecer regulaciones complementarias para la supervisión y el apoyo al desarrollo de los Servicios Regionales de Salud y redes de servicios de atención y de diagnóstico y tratamiento, a la vez que defina los modelos de supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de estas regulaciones.
j. Asegurar que los Servicios Regionales de Salud mantengan actualizadas las necesidades de atención de salud de su población asignada, en estrecha coordinación y bajo las normativas definidas por el Ministerio de Salud Pública, en sus órganos centrales y desconcentrados, con miras a establecer estrategias operativas de intervención, en el marco del cumplimiento de los convenios de gestión.
k. Impulsar y gestionar programas de gestión de calidad, equidad y acceso de los servicios de salud, y el desarrollo armónico y proporcional de los Servicios Regionales de Salud.

Dirección Nacional de Emergencias y Desastres. En el año 2020 y a través del decreto 217-20, se estableciera que la Dirección Nacional de Emergencias se transforme en Dirección de Emergencias Médicas dependiente del Servicio Nacional de Salud (SNS), para lo cual el Ministerio de Salud Pública (MSP) debía traspasar los bienes correspondientes entre otros aspectos indicados en el decreto citado anteriormente.

Esta Dirección Nacional de Emergencias y Desastres fue creada crea en el año 1982; luego se formaliza la atención extrahospitalaria mediante la Resolución Ministerial 0000021 de julio del 2012, que pone en vigencia el funcionamiento de los Centros Coordinadores de Respuestas a Urgencias y Emergencias (CRUE), hasta que en el año 2014 inicia el funcionamiento el Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9.1.1.

Se denominan **Servicios Regionales de Salud** al conjunto de estructuras y servicios de carácter público, de vocación plural, articulados orgánicamente e integrados en el ámbito funcional, habilitados por la SESPAS *para el ejercicio de la atención primaria* y de la atención especializada, con un sistema de referencia y contrarreferencia establecido según los criterios y exigencias definidos por SESPAS[6]. Siendo estos, las expresiones territoriales del Servicio Nacional de Salud (SNS), como entidades públicas desconcentradas del SNS.

Seguro Nacional de Salud (SeNaSa). Institución social comprometida con mejorarla calidad de vida de los afiliados, garantizando una eficaz administración del riesgo y el acceso a la atención integral en salud con calidad, oportunidad y trato humano, a través de la innovación, la transparencia y un equipo de colaboradores competentes y motivados.

Entre los avances en la gestión de riesgo en salud (2017-2021) se presentan:

- Disminución del índice de brechas de servicios, mediante la sistematizaciónde los procesos de conformación de redes de prestadores.
- La institución produce, suministra y mantiene productos y servicios, tomando como base los procesos de atención médica provistos en alianza con las Prestadores de Servicios de Salud (PSS).
- Trabajo con el diseño del proyecto de perfil epidemiológico de los afiliados, el cual será un insumo valioso de trabajo y la toma de decisiones.

- Ampliación en la cobertura de aseguramiento, acceso a los servicios vía el Plan Básico de Salud.
- Conformación de una amplia red de prestadores.
- Se han consolidado y sistematizado los procesos de contrataciones médicas en cuanto a la selección, evaluación, seguimiento a cumplimiento contractual y reevaluación de las PSS.
- Agilidaden la gestión de autorizaciones, se han parametrizado las coberturas para realizar las aprobaciones vía web. Se han establecido las pre-autorizaciones, agilizando, de esta manera, los trámites cuando el afiliado se presente al Hospital.
- Utilizan sistemáticamente diferentes medios y canales para fortalecer las relaciones con los ciudadanos y su bienestar, asegurando así el cumplimiento de la Carta de Compromiso.
- Auditorias integrales, porque con la nueva reestructuración para las auditorías médicas donde incorporen otras áreas de SeNaSa, se podrán recopilar hallazgos que apoyen la gestión y al prestador de servicios de salud.

Presentan buenos resultados en los últimos cinco (5) años en relación con: la disminución del índice de siniestralidad en un 18%, el incremento de un 109% el patrimonio neto de la organización, incremento del servicio en un 23,5% de la población “pobre”, y mejores resultados del sector en disminución del Gasto Administrativo.

Fortalezas que mantiene SeNaSa:

SeNaSa tiene estructurada una red de prestadores de servicios de salud con presencia en toda la geografía nacional, garantizando el acceso a los servicios de salud para los afiliados. Disponen de un sistema de autorizaciones médicas vía web para facilitar al prestador del servicio y al afiliado obtener las autorizaciones oportunas para entrega de medicamentos y los servicios en laboratorios clínicos. Este esquema automatizado agiliza procesos y economiza costos en la gestión de estas actividades y hace más eficiente el proceso de atención a usuarios.

Contar con un modelo de auditoría que incluye las auditorías médicas, de concurrencias y forenses, bajo un enfoque de prevención mediante la investigación de la pertinencia de los procedimientos vs. diagnósticos y de posibles casos de fraude en la prestación del servicio para un control adecuado del gasto en salud, ypara mejorar la atención médica y controlar el gasto en salud,como evidencia de ellos se presenta una reducción de la frecuencia de días de estancias sin justificación.

Factores Críticos de Éxito

Concreta en al menos un objetivo estratégico a cinco años vista, que a su vez se descompone en estrategias e indicadores claves con metas anuales, para mantener la coherencia del conjunto. Estos indicadores claves conforman el Cuadro de Mando Institucional (CMI).

- Gestión efectiva del Riesgo en Salud: Potenciar la Promoción y Prevención para lograr una población afiliada más sana, impactando en su calidad de vida y en la reducción de su siniestralidad.
- Gestión de la sostenibilidad financiera: Garantizar la sostenibilidad financiera de la organización mediante una eficiente gestión presupuestaria y de riesgos.
- Gestión efectiva de la Cartera de Afiliados: Contar con una cartera de afiliados fidelizados que se incrementa sostenidamente, con un perfil adecuado para alcanzar una correcta administración del riesgo en salud.
- Desarrollo de la plataforma de Tecnología de la Información (TI) y modernización de infraestructuras físicas:
    - Asegurar la disponibilidad de servicios tecnológicos innovadores, eficaces y eficientes que satisfagan y excedan las necesidades de la Institución.
    - Disponer de espacios de trabajo y de atención agradable, suficiente, integrados, modernos, seguros y sostenibles.
- Gestión de las relaciones y experiencia de los grupos de interés: Lograr la fidelización de los grupos de interés, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso.
- Gestión del Talento Humano: Lograr que la organización disponga de colaboradores competentes, motivados y comprometidos, basado en un modelo de desarrollo organizacional en competencias y méritos, ajustado al nivel de excelencia institucional.
- Alineamiento estratégico institucional y comunicación interna: Asegurar el apropiado despliegue estratégico, el cumplimiento de objetivos y una

comunicación interna innovadora, involucrando a los actores claves y garantizando la gestión del cambio, en coherencia con la visión institucional.

- Gestión de Excelencia: Desarrollar la gestión de la excelencia a través de un sistema integral, la innovación, la mejora de procesos y la incorporación de las mejores prácticas disponibles que garantice la consecución de resultados planificados.
- Posicionamiento nacional e Internacional: Lograr que SeNaSa se coloque en los escenarios nacionales e internacionales como una marca altamente valorada, vanguardista, respetada y confiable, mediante la gestión eficaz de los riesgos reputacionales y estrategias de posicionamiento.
- Responsabilidad Social: Ser reconocido por el entorno social y los colaboradores como una institución referente en la implantación de políticasde responsabilidad social que promuevan hábitos de vida saludables, el desarrollo social y protección del medioambiente en la organización, con alto impacto en los sectores vinculantes.
- Sistema de Gobernanza Institucional: Ser una institución reconocida a nivel nacional e internacional en la implementación de buenas prácticas de gobernanza (Ética institucional - Transparencia -liderazgo-Participación de los grupos de interés críticos- Legal y regulatorio).
- Gestión integral de la información interna y del entorno para la toma de decisiones: Disponer de información interna y del entorno oportuna, integray fiable para la toma de decisiones.
- Comunicación estratégica: Establecer mensajes y canales efectivos de comunicación y retroalimentación que permitan negociaciones exitosas con los grupos de interés de la organización.

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

Entre los avances presentados por PROMESE-CAL:

- Actualización del Cuadro Básico de Medicamentos.
- Incremento del presupuesto de medicamentos a través de ARS SeNaSapor la captación de nuevos usuarios.

- Optimización de la capacidad logística.
- Certificación de los procesos de la institución a través de la norma internacional ISO 9001:2015.
- Acuerdos de cooperación que permiten la adquisición de productos a nivel internacional.
- Presencia en todo el territorio nacional a través de las Farmacias del Pueblo.
- Acceso a medicamentos de calidad y a bajo costo.
- Aplicación de licitaciones públicas para la adquisición de insumos médicos.
- Programa de vigilancia de calidad post comercialización.
- Procesos de vigilancia y control de calidad que permite garantizar que los medicamentos e insumos médicos adquiridos cumplen con los requisitos establecidos antes de ponerlos a disposición de nuestros clientes finales.
- Realización del proceso de compra de insumos para salud más ambicioso del estado dominicano.

Todavía queda por trabajar la falta de recursos financieros para la ejecución de los proyectos y objetivos institucionales. El sistema de información y gestión institucional que no responde a las necesidades operativas. Ineficiencia de la gestión de los inventarios y del despacho de insumos para la salud. Trabajar en la falta de personal en las Farmacias del Pueblo, falta de integración de los procesosinstitucionales y un sistema de información tecnológico ineficiente.

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), órgano responsable de estudiar, investigar analizar y divulgar todo lo relacionado con el crecimiento, movilidad y proyección poblacional al del país. Se crea con el decreto Núm. 2091, del 14 de febrero de 1968, Gaceta Oficial Núm. 9083.

Dentro de los progresos de esta institución están la formación y experiencia de los Recursos Humanos, marco legal de amplio ámbito hacia el apoyo social de la población, la accesibilidad inmediata de datos demográficos, portafolio de

programas con probada experiencia de ejecución. Además de un directivo con integración inter gubernamental y autoridad para financiamiento externo.

Mientras que falta de equipos de transporte del personal que atiende programas a poblaciones distantes de la sede operativa es una desventaja. Junto a la asignación presupuestaria reductora del margen de acción óptimo y la no presencia institucionalizada en las provincias. Se debe trabajar en la falta de posicionamiento de la marca institucional y no inclusión en planes nacionales de financiamiento externo.

Corporación del Acueducto y Alcantarillado de Santo Domingo (CAASD), Institución de servicio público con carácter autónomo, cuyo objetivo principal es el de elaborar y ejecutar el plan de abastecimiento de agua potable y recolección, tratamiento y disposición de las aguas residuales de la ciudad de Santo Domingo yalgunas poblaciones de su entorno, teniendo a su cargo la administración, comercialización, manteniendo, operación y ampliación en los sistemas de acueducto y alcantarillado en su área de influencia.

Dentro de la teoría de cambio que se propone para afrontar exitosamente los desafíos de la CAASD como un sistema de información no digitalizado, ausencia de un marco de capacidades centrales y no tener un sistema de gestión del conocimiento. Además de niveles de cobranzas por debajo del potencial real de la organización y la no existencia de un plan conjunto entre la CAASD y las municipalidades.

Usando la estrategia de identificar mecanismos de que faciliten a la CAASD tomar decisiones requeridas para pasar de las debilidades endémicas en debilidades en curso de superación, como forma de aprovechar mínimamente las oportunidades del entorno.

Mientras que los desarrollos de la CAASD se encuentran que tiene experiencia y dominio técnico de los temas relacionados con el agua, posicionamiento único en el sector agua como ventaja comparativa. Presenta un nuevo liderazgo con la voluntad profesional de marcar la diferencia, autonomía jurídica para tomar decisiones relacionadas con el sector agua potable y saneamiento y la voluntad profesional evidenciada en la más alta dirección de la entidad.

Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA), dependencia creada mediante la Ley 5994, en el año 1962, con la finalidad de satisfacer plenamente las necesidades y demandas de la población urbana, periurbana y rural del país ubicada en su área de jurisdicción operacional, con servicios de agua potable de calidad adecuada bajo el punto de vista físico-químico, bacteriológico y organoléptico, confiables, continuos, con presiones adecuadas, con cobertura total, a costos razonable y en la cantidad necesaria para atender el consumo racional de la población, así como del servicio de recolección, transporte y disposición final de las aguas servidas, sin causar impactos negativos en la salud o en el ambiente, y contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar, salud y desarrollo.

Probablemente la mayor fortaleza del INAPA es la capacidad instalada para la producción de agua potable. Se trata de trescientos quince (315) Sistemas de Acueductos bajo el control de la institución.

Entre sus debilidades destaca el desarrollo desigual de las infraestructuras territorialmente, presentando grandes brechas en cuanto a la capacidad instalada para brindar los servicios. Por otro lado, se requiere fomentar la conciencia ciudadana para el uso racional del recurso agua, además, de la vigilancia y mejoramiento de la calidad de la misma.

Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), organizado por la ley352-98 del año 1998, es la entidad responsable de diseñar las políticas nacionalesa favor del adulto mayor. Tiene la responsabilidad de orientar a las entidades autorizadas a servir al adulto mayor en la aplicación de las políticas del sector. Además de la obligación de hacer cumplir la ley que lo organiza, el CONAPE realiza esfuerzos por contribuir al cumplimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento.

Muchas de las dificultades que se presentan en la República Dominicana referentea los Adultos Mayores son:

- Desconocimiento de la población sobre La Ley 352-98,sobre Protecciónde la Persona Envejeciente
- Ley 352-98, con ausencia de un régimen de consecuencia.
- Ausencia de un sistema de estadísticas especializadas en el tema de los adultos mayores.
- Estigmatización de los adultos mayores.
- Falta de oportunidades de empleo formal.

- Incumplimiento de la Ley 87-01, de Seguridad Social.
- Ausencia de espacios amigables para los adultos mayores.
- Exclusión social de los adultos mayores.
- Presupuesto limitado para desarrollar las políticas públicas focalizadasen adultos mayores.
- Brechas digitales.
- No contamos con centros suficientes para acoger adultos mayores durante el día en los cuales puedan recibir los servicios para mejor su calidad de vida.
- Violencia y maltrato en contra de los adultos mayores.
- Ausencia de capacitación a las personas que se dedican al cuido de los adultos mayores.
- Necesidad de autorrealización de los adultos mayores.
- Envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico.

Los avances en algunos centros tradicionales y en todos los centros modelos se utilizan técnicas de terapia ocupacional, utilizan productos reciclados, contribuyendo con el cuidado del medio ambiente. Por otro lado, los sistemas de digitalización permiten monitorear el desarrollo integral de la población, permitiendo eficientizar y mejorar la calidad de los servicios.

Mientras que la accesibilidad digital es de un 80%, accesibilidad física es del 17%. Se ha mejorado la cobertura informativa a nivel nacional y en las redes sociales. Y la asignación de la ley 352-98 contempla económicamente no menos del cero punto cinco por ciento (0.5%) anual del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública.

Además, está establecido en la ley 352-98 que en las provincias donde funcionan hogares de ancianos y centros diurnos debidamente inscritos y reconocidos por el Consejo, al menos el diez por ciento (10%) del presupuesto destinado por los respectivos ayuntamientos al área de salud, deberá ser distribuido equitativamenteentre esos centros. Y la ley 352-98 legisla que el uno por ciento (1%) del monto ganado en efectivo por quien o quienes resulten oficialmente agraciados con el primer premio de los sorteos ordinarios y extraordinarios de la Lotería Nacional y cualquier otro juego electrónico legalmente autorizado.

1.5 Contexto internacional

Mediante el decreto No. 308-97 del 10 de julio de 1997, se crea la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) con el objetivo de impulsar elproceso de reforma del sector salud.

Actualmente la CERSS funge como Unidad Coordinadora de los Proyectos de Reforma ejecutados con fondos de préstamos internacionales, pues en cuanto a cooperación estratégica en salud se refiere, el país cuenta con la cooperación técnica de diferentes agencias y organismos internacionales como son: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Unión Europea, Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) , Fondo Mundial para el control de Tuberculosis, Malaria y SIDA y la colaboración, a través de los organismos crediticios, como el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

1.6 Aspectos técnicos

Como hemos visto, el estado actual de la salud en la República Dominicana es un producto derivado de un proceso de reformas, iniciadas en el contexto de las necesidades del sistema de salud, dígase, acceso de los menos pudientes al sistema sanitario, la calidad del servicio y la desintegración del régimen de atención.

Los resultados del proceso de reforma han sido variados. En el caso del acceso, elpaís avanzó relativamente rápido a partir de la reforma, al igual que se han dado avances en cuanto al acceso a seguros, aunque todavía existen temas en relación al acceso y cobertura de biofármacos de alto costo, además de que indicadores enla calidad de los servicios no han sido tan favorables.

Esto resulta paradójico, y queda evidenciado en indicadores vitales que no han logrado disminuir significativamente, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna fue decreciendo a un ritmo promedio de 1% anual, por lo que para 2015 se proyectaba en 141.5 muertes por nacidos vivos, pero que difería de la meta establecida de 46.9. De forma similar, es de especial interés evaluar el desempeño del país en relación a la mortalidad infantil, la cual no ha tenido el descenso necesario, la mayor dificultad para cumplir esta meta es la alta tasa de muerte neonatal e infantil (de 0 a 1 año), que se ha reducido a un ritmo más lento que la tasa general de niños menores de cinco años. Sumándose a los desafíos presentes en la actualidad.

Un factor determinante en cuanto a salud pública, es el sistema de vigilancia epidemiológica, que en los últimos años se ha tratado de fortalecer con la formación de personal especializado en vigilancia y trabajo de campo epidemiológico, así como herramientas tecnológicas para registro y seguimiento de casos. Pero, la pandemia actual de COVID-19, trajo a destacar brechas en la estrategia actual, debilidades que requieren una reformulación metodológica y estratégica. Como parte de las causas que explican el rezago epidemiológico del sistema de salud nacional se encuentra la escasez de personal, debilidad de los sistemas de información en salud, y el subregistro a nivel hospitalario

resultado de la descentralización de actividades de vigilancia epidemiológicas hospitalarias, queresponden al Servicio Nacional, en lugar de la Dirección Nacional de Epidemiología.

A este desafío se suma la debilidad de las informaciones que se producen desde el sector, reflejado en los subregistros en estadísticas vitales, y no permiten un adecuado seguimiento e intervención con medidas que puedan impactar en los determinantes sociales y de salud.

Estas brechas expresadas en los principales determinantes sociales de salud, no solo son debilidades, también demuestran la necesidad de reorientar la inversión en el sistema de salud nacional y de fortalecer las capacidades institucionales con el fin de consolidar la capacidad de supervisión y planificación. Esto también queda reflejado en la concentración en los servicios curativos en detrimento de la prevención primaria, en conjunto con la mercantilización de la atención, factores que han removido la importancia de la atención primaria en el país y fragmentado la estructura del sistema sanitario nacional.

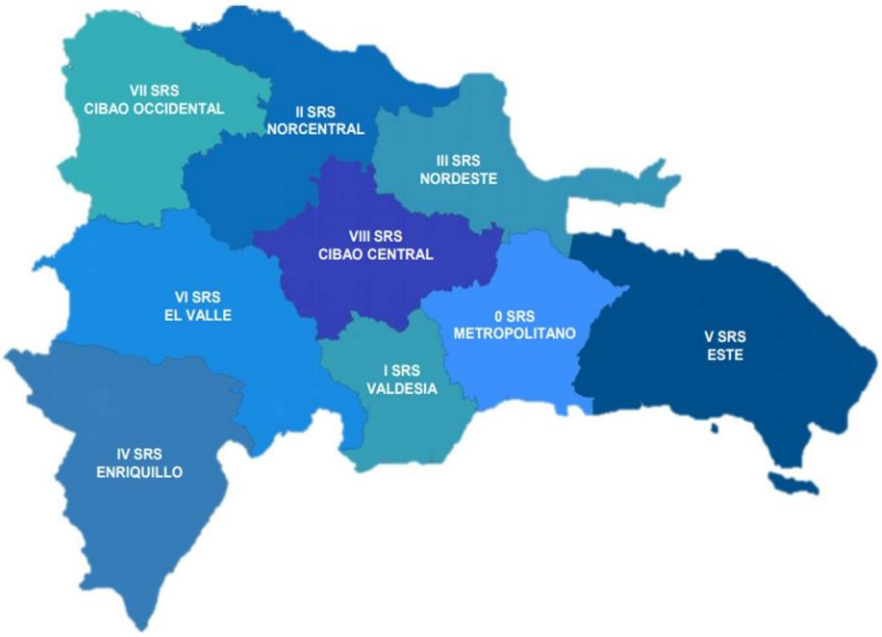
Queda claro que, en el contexto histórico y legal, el replanteamiento y la evaluación de los avances, debilidades y fortalezas, nos dirigen a nuevas oportunidades de mejora, como ha ocurrido, aunque no a la velocidad deseada.

Las debilidades actuales, son indicadores de la necesidad de iniciar un proceso dereforma y modernización del sector salud en el marco de la Ley General de Salud No. 42-01 y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87- 01, ya que ambas leyes privilegian las acciones de salud para mejorar la situación sanitaria nacional con equidad, calidad, calidez, eficiencia, y la transformación delos servicios de salud.

2 Propuesta para la Reforma del Sistema de Salud

2.1 Eje 1: Reforma estructural de los niveles de atención de salud

La **visión** de los Servicio Regionales de Salud ha de ser entendida como la aspiración que tienen de convertirse en una entidad autónoma y altamente profesionalizada para la prestación de servicios de salud, moderna, competitiva, articulada en red, con capacidad de atender de forma costo-efectiva todos los procesos y procedimientos a que ha quedado comprometida y orientada a la satisfacción de sus usuarios, al crecimiento de sus trabajadores y a la búsqueda del logro de los objetivos y metas nacionales. Su **misión** ha de ser la de contribuir significativamente a la mejora de todos los indicadores de salud, directa e indirectamente relacionados con la prestación de servicios de salud a las personas, con los recursos que se le asignen[3].



En el marco de los Servicios Regionales de Salud (SRS) es que se sustenta el modelo de organización de servicios asistenciales, planteado sobre la conformación de tres niveles de atención, con una base en Unidades de Atención Primaria (UNAP) como eje del **Primer Nivel**; un **Segundo Nivel** conformado por establecimientos con atenciones ambulatorias y/o hospitalarias que cubren especialidades básicas; y un **Tercer Nivel** con establecimientos de alta complejidad[4].

[3] Ítem 5, Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud, Disposición 00024
[4] Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud, 2017

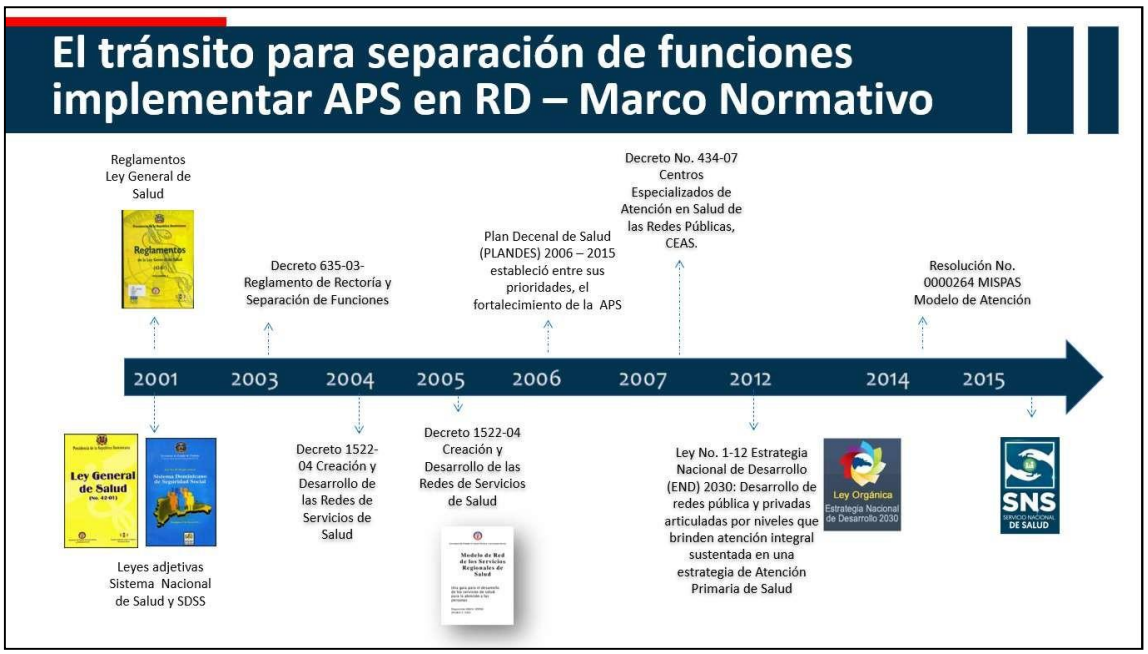
En el Sistema Nacional de Salud la función de Provisión organiza las intervenciones y prestaciones en dos tipos de servicios: el subsistema de los Servicios de Atención a las Personas y el subsistema de los Servicios de Salud Pública o Programas de Salud Colectiva. La Función de Provisión de Servicios de atención a la salud de las personas dentro del Sistema Nacional de Salud se realizará de forma separada de las demás funciones básicas, para lo que se descentralizará la gestión, la administración y el ejercicio de esta[5].

En consonancia con lo expresado en los diferentes reglamentos de la Ley General de Salud (42-01) y la Ley que Crea el Sistema Dominicano de la Seguridad Social han sido los encargados de definir y desarrollar cada una de las funciones del Sistema Nacional de Salud. Describiéndose de forma extensa, el proceso de separación de las funciones de provisión de rectoría, en el Reglamento de Rectoría y Separación de las Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud (Decreto 635-03). Incluyendo la separación funcional programa de las redes de provisión de servicios de atención a las personas de la SESPAS (MISPAS) y del IDSS, con el propósito de lograr la fusión de estas, como se establece en el Párrafo IV del Art. 11 del decreto antes citado; siendo efectivo a través del decreto 200-16 que Crea la Comisión para la Integración de la Red Única Pública de Servicios de Salud, que contempla la fusión del Servicio Nacional de Salud y el Instituto Dominicano de la Seguridad Social (IDSS).

2.1.1 Primer Nivel de Atención

El transito recorrido para la separación de funciones ha constituido un importante desafío para todos los actores del sistema de salud dominicano, partiendo desde la formulación de las Leyes 42-01 y la 87-01, pasando por la Ley 123-15 a la fecha, lo que ha implicado el desarrollo de capacidades gerenciales, técnicas y operativas, aportando a la madurez institucional tanto para el Ministerio de Salud Pública, el Servicio Nacional de Salud y el Seguro Nacional de Salud, para afrontar el reto técnico y político que implica llevar a cabo los cambios necesarios para la implantación del Modelo de Atención en Salud fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria, pasando de acciones programáticas dispersas, sectoriales, de impacto social reducido a acciones con miras a la generación de políticas públicas sostenibles, con mayor articulación multisectorial y mejora en la provisión de servicios de salud, para facilitar el acceso de la población a una Red Pública con mayor capacidad resolutiva, que favorezca el acceso y cobertura de la atención.

[5] Decreto 635-03, Reglamento de Separación de Funciones, Artículo 10 y 11

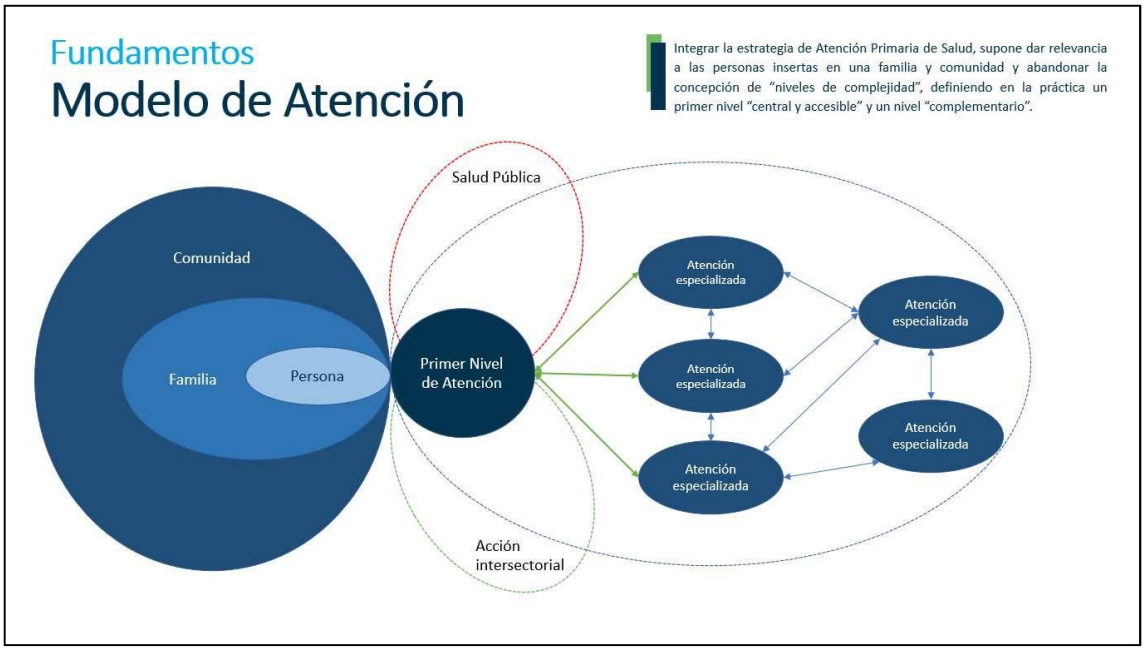


En dicho contexto, en diciembre 2014, mediante la Resolución No. 0000264 se pone en funcionamiento el Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, instrumento normativo que sirve de hoja de ruta para la efectiva conformación y desarrollo del sector con un marco definitorio para las acciones que, en el ámbito de la habilitación, acreditación, planificación, garantía de calidad y evaluación de resultados, sustentan el ejercicio rector. En este modelo, se definen como una de sus prioridades el fortalecer la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención y se establecen claramente los lineamientos básicos para la conformación de la oferta de servicios adecuada en calidad y cantidad a la población de cobertura y estructurada en coherencia a las prestaciones que se deben proveer.

En este sentido, tal como refiere el documento de Diálogo Nacional del Sector Salud “El nuevo paradigma amparado en la Ley 42-01, estimuló una reforma que ha conducido al Ministerio de Salud a fortalecer sus funciones como entidad rectora del sistema de salud, promoviendo el proceso de transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización, como lo estipula la misma ley.

Esto significa que basados en el marco filosófico de la institución, el marco legal de sector salud y el modelo de atención en salud, la función del Ministerio de Salud es la de “Garantizar el acceso equitativo a servicios integrales de salud con calidad, promoviendo la producción social de Salud, a través del ejercicio de la rectoría y funciones esenciales de la salud pública, para satisfacer las necesidades de la población, con énfasis en los grupos prioritarios”.

El Modelo de Atención en Salud tiene como punto de partida conceptual la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con un primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema de Salud donde las Unidades de Atención Primaria (UNAP's), constituyen los ámbitos básicos de prestación de servicios ofertados por parte de un equipo de salud conformado por Médicos/as, Enfermeros/as y Promotores de Salud, con responsabilidad poblacional y territorial de un número determinado de familias. Respetando la división Geopolítica del país y articulado a un nivel complementario o especializado para las atenciones de mayor complejidad. Considerando el retorno del usuario a este nivel originario del servicio para la prestación integral de la atención. Esto representa el punto de convergencia donde se articulan las acciones entre la salud colectiva y la salud individual.



Dentro de las funciones que establece el Modelo de Atención al Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al Sistema de Salud abarca, garantizar los siguientes elementos:

a) Entrada administrativa: Registro y adscripción individual y familiar.

b) Entrada clínica: Primer nivel de resolución y es el que valora la necesidad de acceso a niveles complementarios cuando se requiera (conforme a criterio clínico) medios diagnósticos, terapéuticos o conocimientos clínicos específicos.

c) Gestor del ciudadano: Ejerce de gestor o agente del ciudadano en el Sistema, valorando adecuadamente la necesidad y tipo de servicios que precisa y gestionando el acceso a los mismos.

d) Punto de articulación de acciones de salud colectiva: Coordina e integra inicialmente las acciones preventivas y promocionales individuales y colectivas. Coordina las acciones de Salud Pública de acuerdo con el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General (PSCG) en conjunto con las Unidades Desconcentradas Territoriales del Ministerio de Salud Pública.

e) Punto de identificación de la necesidad de acciones intersectoriales y de articulación para su ejecución.

f) Punto de integración de la información: Integra la información individual y familiar para el conjunto de la red. El desarrollo del Sistema de Información en este nivel y en el conjunto de la Red de Provisión garantiza los procesos de forma más adecuada y eficiente para la captación de la información relativa a datos demográficos, clínicos y de gestión, así como de la actividad asistencial.

g) Punto de análisis: Apoya la realización del Análisis de Situación de Salud local y comunitaria.

De igual modo, en el marco la consultoría para el Desarrollo operativo e implantación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana realizado por CSC Consultoría i Gestión – Fomento al Desarrollo (CSCCiG-FODESA en el año 2017, se plantearon lo siguiente con respecto al Primer Nivel de Atención:

- El Primer Nivel asumirá la responsabilidad del cuidado de la salud de una población determinada, realizando una atención integral e integrada, continua y permanente, centrada en la persona y en la familia, basándose en la evidencia científica y sustentada en la elaboración de un expediente clínico individual.

- Dicha atención no se verá limitada por la edad, el sexo o cualquier otra característica social y tipo de problema de salud que presente el ciudadano.

- Actuará como agente del ciudadano, la familia y la comunidad en la red asistencial, garantizando el acceso óptimo a los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios que permitan obtener el máximo beneficio individual y colectivo.

- El primer nivel debe velar por que únicamente accedan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada, mejorando la eficiencia global del sistema y la efectividad final del ámbito especializado.

- Integra también entre sus funciones la vigilancia, identificación, análisis y el abordaje de los problemas de salud pública y colectiva del territorio en el que se desempeñe, en coordinación con las Direcciones provinciales de Salud.

- Debe disponer también de las capacidades para desarrollar un conjunto de actividades de administración y gestión que permitan el adecuado registro y conocimiento de la población, la gestión del acceso a los servicios y la adecuada coordinación de actividades. Para ello debe definir y posteriormente dotarse de una serie de recursos necesarios para cumplir con lo que se pretende en la visión de futuro definida en el Modelo de atención.

- Debe contar con una Cartera de servicios homogénea, Infraestructuras físicas y Equipamiento de acuerdo con los criterios de habilitación, recursos humanos suficientes y bien formados, mecanismos e instrumentos de coordinación con la red y transporte sanitario.

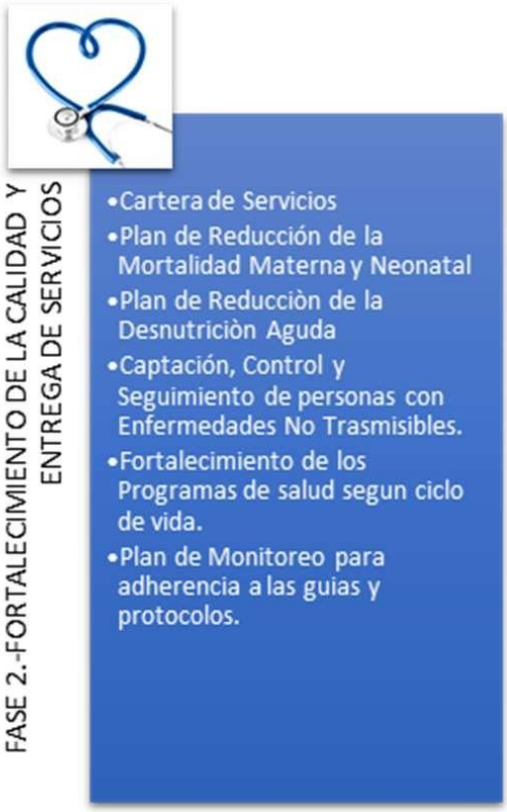
Fundamentados en estos lineamientos, el Servicio Nacional de Salud ha avanzado en el desarrollo de la Ruta Crítica definida para la implantación del modelo de atención en salud. Dichas etapas, han sido clasificadas en dos grandes componentes, las cuales establecen la direccionalidad en la conducción y seguimiento para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Modelo de Atención en Salud basado en la Estrategia de Atención Primaria. Clasificación de los componentes de implementación:

1. Organización de los Servicios

2. Fortalecimiento de la Calidad y Entrega de la oferta de Servicios.

3. Ejes trasversales: Desarrollo de Competencias y Articulaciones Intersectorial/Gobernanza.

El avance en el desarrollo de la ruta crítica se evidencia en los siguientes aspectos:



Con la finalidad de determinar el espacio geográfico poblacional y los sectores de salud existentes, definidos con una población de alrededor 500 a 700 familias (aproximadamente 2,500 personas) por UNAP, para el 2017, fueron sectorizadas y zonificadas todas las Regiones de Salud (todo el ámbito nacional). Durante este proceso, se identificaron un total de 4,185 sectores de salud, asignados a 43 áreas de salud y 333 zonas de salud. Así como, la brecha de Unidades de Atención Primarias requeridas (1,163) para ampliar el acceso a los servicios de salud.

Durante el trimestre septiembre-diciembre 2020, al inicio de la presente gestión, fue realizado un levantamiento de las condiciones de infraestructura, talento humano y equipamiento de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, arrojando que en la actualidad se cuenta con 1,332 Centros de Primer Nivel con 1,639 Unidades de Atención Primaria (UNAP's), 82 Centros Clínicos y Diagnósticos de Atención Primaria, 187 Consultorios y 26 Centros de Zona[6].

Estos datos nos han permitido planificar la oferta de servicios a ofertar en el Primer Nivel de Atención, fundamentados en los perfiles epidemiológicos de la población, trabajando

[6] Fuente: Primer Nivel de Atención, octubre 2021.

en las mejoras de las brechas de infraestructuras, equipos y talento humano requerido para el fortalecimiento de las acciones, a los fines de garantizar la atención individual y colectiva que en materia de salud tenga la población y fundamentadas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En este sentido, en la actualidad la Red de establecimientos de salud de Primer Nivel ha sido ampliada y fortalecida con la construcción de nuevas infraestructuras tanto de Centros de Primer Nivel de Atención (CPN), como Centros Clínicos y Diagnósticos de Atención Primaria. Donde el SNS ha desplegado un plan de adecuación de los CPN existentes y al mismo tiempo, se ha realizado un esfuerzo importante en dotación de nuevos equipamientos de mobiliario y equipos médicos con los 17 equipos básicos definidos. Así como, se ha dotado de modernos equipos de imágenes, laboratorio y rehabilitación a todos los Centros Clínicos y Diagnósticos de Atención Primaria construidos para ampliar la capacidad resolutiva de este nivel de atención.

Por otra parte, solo por citar algunas de las iniciativas implementadas, se ha trabajado en la captación, control y seguimiento de personas con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT). El alcance de las intervenciones que han sido diseñadas en función de la patología y del riesgo del paciente, asignándose planes específicos para cada enfermedad crónica y sus posibles asociaciones y el nivel de riesgo identificado. A la fecha se han sido incorporados 1,152,105 personas de los cuales se han identificado:

- 369,389 hipertensos,
- 110,701 diabéticos y
- 654,949 con factores de riesgos.

De igual modo, se han desarrollado diversas iniciativas y estrategias en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, Organismos de Cooperación, para la vigilancia del estado nutricional, acciones para la reducción de la mortalidad materno-infantil, seguimiento a pacientes con diagnóstico de tuberculosis, VIH, control de vectores, entre otras.

Un aspecto importante para destacar es que en la actualidad se cuenta con un sistema de información en desarrollo que permitirá gestionar las acciones clínicas y administrativas que se efectúen en el Primer Nivel de Atención. En la actualidad, el 96% de los Centros de Primer Nivel reportan sus acciones en el Sistema de Información del Primer Nivel de Atención (SIPNA).

Es importante resaltar que en la actualidad presupuesto de salud destinado al Primer Nivel de Atención representa el 12% del presupuesto del Servicio Nacional de Salud, cuando lo recomendado por los organismos internacionales es el 30% del presupuesto

del sector salud. De ahí que el SNS se ha planteado la necesidad de someter para aprobación un presupuesto complementario a cuatro años que permita blindar la inversión en el Primer Nivel de Atención fundamentado en el **Plan de Acción para el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención**, con metas a corto, mediano y largo plazo, centrada en mejorar las condiciones de los establecimientos de salud, adquisición de equipos, dotación de talento humano y desarrollo de competencias, fortalecimiento del sistema de Información y mejora en la calidad de la atención dirigidas a las personas, familia y comunidad.

2.1.2 Nivel Complementario o Nivel de Atención Especializada

Los niveles complementarios en función de la complejidad, economías de escala y masa crítica, se estructuran inicialmente en un ***segundo y tercer nivel***. No obstante, el nivel complementario debe adaptarse dinámicamente, desde la perspectiva de la cartera de servicios, ubicación geográfica y condiciones de accesibilidad a las necesidades y demanda de salud. Proporcionando de la forma más eficiente y adecuada posible, aquellos servicios y prestaciones que complementen la actividad asistencial del primer nivel, tanto a nivel urgente como programado.

Los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) proporcionarán servicios de salud a la población, como parte activa de una red, conforme al nivel de complejidad y a la cartera de servicios que le corresponda. La forma o modalidad de los servicios a ser prestados en los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) estará en concordancia con el Modelo Nacional de Atención en Salud que se defina y con la organización de la red de servicios a la cual pertenece, articulado a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de y hacia otros establecimientos de salud de su red de servicios o de cualquier otro servicio del Sistema Nacional de Salud y deberá apoyar a las unidades de menor complejidad, tanto logística como técnicamente, para lo cual se establecerán los debidos mecanismos de intercambio y apoyo[7].

El segundo ***nivel de atención***[8] ha de concebirse como el conjunto de servicios que incluye atención especializada básica y con régimen de internamiento que, articulado con la Atención primaria, permiten completar la atención a los beneficiarios de esta para todos los casos que no se requiera de una intervención compleja o muy especializada. El personal de salud del segundo nivel de atención tiene como sede institucional los establecimientos de salud destinados al segundo nivel: ***hospitales generales*** (municipales y provinciales): Fundamentado en los servicios básicos en las siguientes áreas: Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía, Medicina Interna y Salud Mental, así como servicios de Laboratorio Clínico, de Radiología, de Transfusión Sanguínea, de Servicios

[7] Artículo 4, Reglamento de Hospitales, Decreto 434-07.
[8] Modelo de Atención. 2017.

Farmacéuticos Hospitalarios, de Orientación e Información a Usuarios y de Trabajo Social, a los cuales se les pudieran incluir algunos servicios de mayor complejidad, de acuerdo con las necesidades y los recursos que se presenten.

El **tercer nivel de atención** ha de concebirse como el conjunto de servicios que incluye atención especializada de mayor complejidad con internamiento, que completa las intervenciones que no corresponden al segundo nivel de atención. Permite complementar la atención a los beneficiarios de esta para todos los casos en que se requiera de una intervención compleja o muy especializada. Su actividad ha de centrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo de manera que puedan completarse los procesos asistenciales cuando estos necesitan de una atención muy especializada[9]

Por criterios de economía de escala, los servicios de muy elevado costo, de alta complejidad y relativa baja demanda se pueden concentrar en pocos establecimientos, a los que, por este caso, les correspondería completar la atención a estructuras de igual nivel de complejidad. El personal de salud del tercer nivel de atención tiene como sede institucional los establecimientos de salud de mayor complejidad hospitales especializados o de alta especialidad (hospitales regionales, nacionales, de autogestión, institutos y centros diagnósticos especializados). *El Hospital Especializado* se especializa en temas específicos o patologías (quemados, diabetes, oftalmología, oncología, cardiología, traumatología, salud mental, maternidad, pediatría, entre otros). Son hospitales que sólo tienen las especialidades de referencia nacional o regional, dedicados a un número reducido de especialidades. *El Hospital de Alta Especialidad*, además de los servicios básicos y los demás mencionados, cuenta con otras especialidades y subespecialidades, así como los servicios de diagnóstico y tratamiento correspondientes, sobre todo los de tecnología de alta complejidad y costo[10].

Desarrollo y gestión de la Red de emergencias de los servicios de salud en coherencia a las políticas de estado en materia de salud. La necesidad de continuar el desarrollo y fortalecimiento de un sistema de atención médica extrahospitalaria, que articule los servicios de urgencia y emergencia de los establecimientos de salud, en sus diferentes niveles de atención fue lo que originó que en el año 2020 y a través del decreto 217-20, se estableciera que la Dirección Nacional de Emergencias se transforme en Dirección de Emergencias Médicas dependiente del Servicio Nacional de Salud (SNS), para lo cual el Ministerio de Salud Pública (MSP) debía traspasar los bienes correspondientes entre otros aspectos indicados en el decreto citado anteriormente.

[9] Modelo de Atención, 2017.
[10] Artículo 9, Reglamento de Hospitales, Decreto 434-07.

2.2 Eje 2: Reestructuración del esquema económico del sector salud

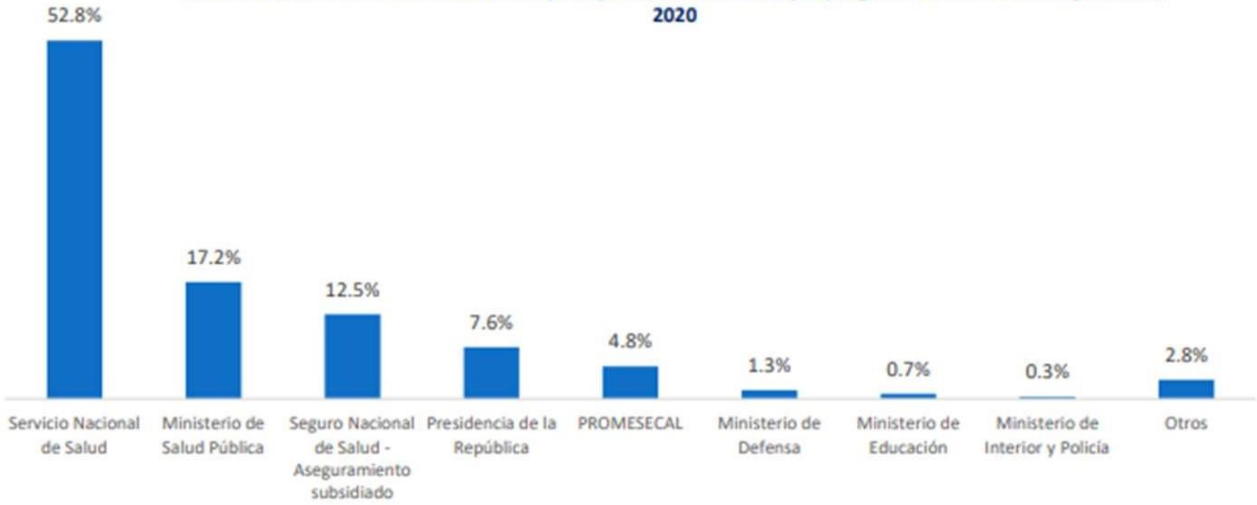
Como se establece en la Ley General de Salud[11], el financiamiento del Sistema Nacional de Salud será mixto, basado en los impuestos generales del Estado y en la Seguridad Social, con participación de los seguros de salud públicos y privados. El Estado garantizará el acceso universal a la asistencia y una redistribución geográfica equitativa de los recursos, la integralidad y la participación social.

El financiamiento de la Red Pública de Servicios de Salud proviene de dos principales fuentes:

- El Estado, a través del presupuesto del Ministerio de Salud Pública.
- El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

El 90.0% de los recursos destinados a la función salud se encuentran concentrados en el Capítulo 0207–Ministerio de Salud Pública (MISPAS), desde el cual emanan fondos a instituciones receptoras de transferencias y unidades ejecutoras (UE) de programas y actividades presupuestarias. Esto se sustenta en que bajo el Capítulo del MISPAS se concentran transferencias o unidades ejecutoras de programas presupuestarios, tales como el programa de Provisión de medicamentos, insumos sanitarios y reactivos de laboratorio, en el cual se ejecutan los gastos del Programa de Medicamentos Esenciales y Central de Apoyo Logístico (PROMESE/CAL) para las Farmacias del Pueblo (FP) y el Servicio Nacional de Salud[12].

Gráfico 1: Distribución de los fondos del presupuesto función salud por programas o instituciones ejecutoras, 2020



[11] Artículo 20, Ley General de Salud
[12] Mapeo de Recursos Presupuestarios en Salud, 2020. SNS

Las posibles entradas o ingresos a la Red SNS por esta fuente de financiamiento, son los Fondos en Anticipo Financiero o Subvenciones. Sus destinatarios son los Servicios Regionales de Salud y los hospitales públicos. Se establecen a partir del clásico ejercicio de establecer una partida proporcional de un presupuesto calculado en base histórica. Las subvenciones de los SRS constan de los montos necesarios para la financiación de su estructura administrativa, así como de la gestión de los centros de primer nivel. Siendo un proceso de asignación de diez cuotas al año, que fue modificado anteriormente, con una reducción de dos meses, debido a que el tortuoso procedimiento hacía que se perdieran dos fondos y hasta más en múltiples ocasiones. Sin embargo, esto no estuvo acompañado de un incremento de las cantidades atribuidas a los períodos de pago, generando problemas de financiación a los centros y creando un circuito pernicioso al desarrollo y crecimiento de la Red de Servicios Públicos de Salud.

Con relación a los ingresos por venta de servicio, la tesorería de la seguridad social establece una cápita por persona del régimen contributivo y una menor para las personas del régimen subsidiado. Donde el cálculo de la cápita para el régimen subsidiado se realiza al corte de cada mes (de acuerdo con la actualización del número de afiliados) y esta, se multiplica por la cápita correspondiente y se obtiene un monto total de recursos, a este monto total se le realiza una primera deducción del 15% para la financiación de los gastos de gestión y administración del SeNaSa, la administración de riesgos de salud pública que gestiona los recursos y compra las prestaciones que garantizan el plan básico de salud para sus afiliados. Tras esta deducción inicial, se realizan dos retenciones: una del 12% para servicios de alto coste y otra del 14% para medicamentos. Una vez realizadas estas retenciones obtenemos el total disponible para los servicios de salud. Sobre este monto resultante, se aplica un descuento de un 2% para financiar los gastos de gestión y administración de los SRS, un 20% para el financiamiento de los servicios de primer nivel y RD$ 4.00 por afiliado para gastos odontológicos. La cantidad restante se destina a la financiación de la venta de los servicios de atención especializada al SeNaSa.

También a considerar, la eliminación en el 2013 de las cuotas de recuperación o cuotas de copago, debido a que no existían mecanismos de registro formal de lo que se recaudaba en los hospitales. Donde el levantamiento de los montos fue muy rápido y sin acompañamiento de un proceso formal de auditoría que no consideró la justa dimensión de esta acción, eliminando en los hospitales no auto gestionados las entradas correspondientes a pacientes que si podían pagar el servicio; aunado a la falta de creación de condiciones para la captación de los ingresos por venta de servicios a las ARS Contributivas, en especial, en la oferta de servicios en áreas de emergencias médicas.

El monto presupuestario destinado a la cuenta Remuneraciones y Contribuciones

(nómina), representa el 72%[13] del presupuesto total del Servicio Nacional de Salud. Creando limitantes para la ejecución de los procesos compras y contrataciones para rehabilitación, mantenimiento, reparación, construcción y equipamiento de los establecimientos de salud y estructuras administrativas de la Red SNS, en acuerdo a los planes de inversión acordados para la cobertura poblacional de estructuras de asistenciales de primer nivel, así como, el fortalecimiento y ampliación de la cartera de servicios de salud del nivel complementario.

Las compras de medicamentos e insumos se realizan a través de PROMESE-CAL, mediante un mecanismo necesario para generar ahorros por economía de escala, reteniendo del presupuesto de cada establecimiento de salud una partida en porcentaje fijo del 40% de su anticipo financiero. Donde PROMESE no cuenta con un sistema de control logístico de los medicamentos e insumos necesarios por la naturaleza del centro, ni un sistema de control de lo requerido vs lo entregado, sin recuperación de la partida de pago por los medicamentos e insumos que, en base a requisición de la programación no fueron recibidos, incurriendo en recurrentes compras administrativa que permitan cubrir las necesidades de salud de los usuarios demandantes de los servicios.

Para el éxito de la separación de funciones y la efectiva implementación del Modelo de Atención, es central no sólo saber que queremos hacer, sino, como lo podemos hacer. Es en el "cómo" donde debe centrarse de financiamiento e inversión de la Red SNS y en concreto, uno de sus aspectos básicos, es el dimensionamiento de los recursos financieros para poder dar cobertura a todas las necesidades que la población demanda en la oferta de servicios; favoreciendo la puesta la funcionalidad del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema, disponiendo de la capacidad resolutiva necesaria para realizar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de los servicios básicos de salud, influyendo en el empoderamiento de la población en su estado de salud. En adición a lo expuesto en el Pacto Regional por la Atención Primaria de la Salud para la Salud Universal: APS 30-30-30, que establece metas para eliminar en un 30% las barreras de acceso a la salud y destinar al menos el 30% de todo el presupuesto público en salud al primer nivel de atención para 2030. Promoviendo alcanzar la inversión mínima del 6% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) del Producto Interno Bruto (PIB) en salud.

El Seguro Nacional de Salud o SENASA, siendo la administradora de riesgos de salud estatal que se nutre de los fondos de la seguridad social, recibe una cápita para cubrir los servicios del Plan Básico de Salud de la población subsidiada y de la población contributiva que la haya seleccionado como ARS. Contratando servicios a los proveedores públicos bajo un cápita que se ha mantenido invariable por lo largo de los años, sin

[13] Fuente: Tabla dispersión SeNaSa. Septiembre 2021.

contemplar la periodicidad de actualización del monto y cantidad de afiliado. Ejemplo de esto es que, a septiembre 2021 se cuenta con una población afiliada al régimen subsidiado de 5,746,692[14], recibiendo el SNS y sus expresiones desconcentradas, el mismo cápita del año 2019 (3,579,370[14]).

En el caso de los establecimientos del nivel complementario, la financiación de la venta de los servicios de atención especializada al SeNaSa en acuerdo a la demanda de servicios de sus afiliados del régimen subsidiado, las tarifas de los servicios han sido establecidas de manera arbitraria y no se han actualizado para que se acerquen a la realidad de los costos por los servicios prestados. Haciéndose perentorio, revisar las tarifas y ajustarlas a los costos reales ya que, el mantenimiento de esta acción puede conducir a ampliar el déficit presupuestario en los hospitales, así como, la revisión de tarifas de servicios brindados que no son cubiertas, por ejemplo: las curas.

2.3 Eje 3: Desarrollo del Sistema General de Información en Salud

Implementar el Expediente Integral de Salud Electrónico de manera sólida y eficiente, que sirva como mecanismo para articular las redes de servicios; y facilitar la referencia y el retorno del paciente a su origen para darle seguimiento.

Sustentados en la Ley 42-01 CAPITULO VII DE LA INFORMACION Art. 34, Párrafo I.- “Es obligatorio, a todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de la Salud, reportar y notificar de forma continua sus informaciones y estadísticas mediante medios determinados por la SESPAS”, y en el Decreto 249- 06, que otorga al Ministerio de Salud toda la autoridad sobre todo tipo de información que sea generada o relacionada en el sector salud, se plantea el desarrollo de 10 subsistemas y 30 módulos para ser la base del ejercicio dela rectoría del sistema de salud.

Se desarrollará una plataforma de Récord Electrónico de Salud, capaz de registrar y almacenar información de cada usuario, no limitada a sus características clínicas.

Se plantea un sistema que registre con una arquitectura idónea para el análisis posterior a nivel individual y colectivo, lo siguiente:

- Historial de exámenes clínicos
- Historial de estudios de laboratorios
- Historial de medicamentos

[14] Fuente: Tabla dispersión SeNaSa. Julio 2019.

- Historial de eventos de interés epidemiológico
- Historial de eventos catastróficos
- Afiliaciones de protección social
- Afiliación programas especiales

Asimismo, tendrá la capacidad de interoperar entre otros sistemas de información estatal con la finalidad que por medio del número de cédula o el mecanismo seleccionado, un individuo pueda tener un perfil en su mano. Esto será útil a nivel individual en escenarios de emergencia, así como también a nivel de rectoría desde el área responsable, poder analizar los perfiles nacionales en término de prevalencia e incidencia de morbilidad.

El impacto de esta interoperabilidad e iniciaciones de registros permitirá desarrollar el escenario epidemiológico, enfocado en el rastreo de contactos pues un ciudadano registrado podrá ser contactado, seguido y atendido de ser necesario.
Siendo el Estado un ente de acompañamiento en el proceso de salud de una persona, su guía de atención y dignificar la atención requerida.

Esta interoperabilidad permitirá:
- Análisis predictivo de riesgo
- Seguimiento de enfermedades transmisibles
- Apoyo del paciente para recibir atención
- Desarrollar un mecanismo de referimiento y contrareferimiento de pacientes
- Mecanismo de interconsulta
- Desarrollo de la telemedicina

2.3.1 Sistema Único de Información Interconectado

Se propone la creación de **un (1) sistema único de información interconectado** entre todos los niveles de atención existentes (DPS, UNAP, CPN, Hospitales, Ciudades Sanitarias, etc).

Para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 42-01, CAPITULO VII DE LA INFORMACION Art. 34.- *"Se creará un Sistema de Información General de Salud Automatizado, a través de la SESPAS, que garantizará el análisis, diseño e implementación de bases de datos distribuidos y descentralizados para la investigación y gestión del sector salud."*

El mismo debe contener los siguientes aspectos:

- Catálogo Único de Servicios: Diseñado específicamente para cada tipo de centro de salud
- Listado de Establecimientos: Documento que contenga todos los centros de salud a nivel nacional

- Expediente Único Paciente

Se realizará un directorio de todos los centros de salud, junto a los servicios que ofrecen.

Esto servirá para aumentar la información de los ciudadanos en cuanto a salud en un solo lugar, mayo conectividad entre los centros y mejor distribución de los Recursos Humanos en Salud (médicos, técnicos, auxiliares, etc).

2.3.2 Investigación en Salud

Cada día que pasa se hace más necesario contar con personal capacitado que pueda realizar investigaciones que impacten en el país.

Fomentar la realización de investigaciones y creaciones de patentes es una misióndel MSP con la finalidad de seguir fortaleciendo la rectoría, ya que se plantean oportunidades de mejoras con evidencias científicas.

Esto, dando cumplimiento al CAPITULO VI DE LA INVESTIGACION Art. 33, de la Ley General de Salud - *"La investigación constituye una acción básica y fundamental integrante de todo el proceso de producción social de la salud. La SESPAS, en coordinación con las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud competentes, promoverá la investigación para la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y para la recuperación de la salud, así como la capacitación de investigaciones en salud."*

2.4 Eje 4: Rediseño del sistema de medicamentos de alto costo

Se establecerá una estrategia entre las instituciones incumbentes (SISALRIL, SeNaSa, PMAC, PROMESE/CAL) para incluir en el catálogo de prestaciones los medicamentos de alto costo de enfermedades catastróficas seleccionadas y que establezca un proceso más ágil y digno de adquisición de medicamentos, procedimientos terapéuticos y diagnósticos.

Se debe asegurar el abastecimiento de medicamentos e insumos en el primer nivel de atención, así como también facilitar los análisis clínicos básicos y los estudios de imágenes pertinentes para ese nivel de atención, con la finalidad de mejorar la calidad y aumentar la adherencia de los pacientes a este nivel. De igual manera, en los hospitales, priorizando a los que tienen enfermedades crónicas no transmisibles: Hipertensión, Diabetes, Obesidad Mórbida, etc.

2.5 Eje 5: Fortalecimiento de la Capacidad Gestora del MSP

En vista del Artículo 14, de la Ley de Salud que establece que," F) Coordinar la adecuada aplicación y desarrollo de los recursos disponibles cuya administración competa a la

Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS);”

Se propone ante el Ministerio de Administración Pública (MAP) la creación de un Viceministerio de Economía en Salud, el cual fungirá como veedor y fiscalizador ante todos los fondos manejados por el MSP, sin distinción.

En vista del Art. 100, de la Ley 42-01.- “Corresponde a la SESPAS la habilitación de las instituciones o establecimientos de salud y, conjuntamente con la asesoría de la Comisión Nacional de Acreditación de Clínicas y Hospitales Privados, la acreditación de estas instituciones, garantizando que se aplique lo relacionado con los requisitos mínimos que, según su clasificación deben llenar las mismas, en cuanto a instalaciones físicas, equipos, personal, organización y funcionamiento, de tal manera que garantice al usuario un nivel de atención adecuado, incluso en caso de desastres.”

Se trabajará por descentralizar la Habilitación y Acreditación de los centros, en las diferentes DPS/DAS. Para mayor acceso de los ciudadanos y mayor eficiencia al momento de brindar el servicio.

2.5.1 Infraestructura y Remozamiento

Se establecerán las fachadas de cada uno de estos centros con la finalidad de unificar TODOS los establecimientos de salud públicos del país a **un solo diseño** e **infraestructura (figura 2 y figura 3).**

Figura 2: propuesta de diseño DPS-DAS

Figura 3: propuesta de diseño DPS-DAS

Todos los centros deben ser pintados y remozados. Se agregará una sala de situación a cada DPS, y un salón de cincuenta (50) personas para que cada junta de vecino pueda reunirse y puedan de igual modo, impartir conferencias y materiales educativos para la población, esto para integrar las juntas de vecinos y consejos comunitarios. Para dar cumplimiento a la Ley 42-01, Párrafo III, que establece que - “Como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, la SESPAS garantizara permanentemente el diseño, implementación y evaluación de los cambios y transformaciones que requiera el sistema

para su continua adecuación a las situaciones y procesos que se desarrollen en el interior y en el exterior del sector salud, los cuales deberán dirigirse siempre a las necesidades de los ciudadanos, teniendo en cuenta, a través de procedimientos participativos democráticos, sus expectativas sobre la salud y los servicios sanitarios".

Cada centro de salud va a tener una estructura única (tipo totem) donde esté el logo del gobierno y al lado, los servicios que ofrece.

Se desarrollará una estrategia para implementar una señalética única en todos los centros de salud pública a nivel nacional, con la misma línea gráfica e información de fácil lectura y entendimiento de cara al usuario.

Para el remozamiento de las Unidades de Atención Primaria y Centros de Primer Nivel estableceremos una colaboración interinstitucional (MOPC, INTRANT).

Mejorar la infraestructura de los centros de atención primaria y en el cierre de brecha de UNAPS necesarias, con un plan de construcción y rehabilitación de las mismas, priorizando las zonas urbanas marginales de las grandes ciudades, de modo que sean un muro de contención, que reduzca la demanda a los grandes hospitales, así mismo el equipamiento, la dotación de personal y que la calidad de la atención sea según los protocolos.

2.6 Eje 6: Fortalecimiento de la Dirección General de Medicamentos y Productos Sanitarios (DIGEMAPS)

Según el Decreto 284-21, que declara de alto interés nacional la reforma y modernización del sector salud, se plantea una reestructuración de la DIGEMAPS.

Se desarrollará una estrategia que contemple las siguientes temáticas:

- Calidad de servicios
- Calidad regulatoria
- Gestión de la imagen y las relaciones estratégicas (reputación)
- Desarrollo organizacional
- Transformación digital
- Sostenibilidad financiera
- Infraestructura Logística y Tecnológica

Referencias bibliográficas

ARS SENASA. Senasa plan estratégico institucional. [Internet]. 2017-2021. Disponible en: http://www.arssenasa3.gob.do/index/AutoGestionTransparencia/Archivos/ComprasyContrataciones/U5O4CVVJBP/M0E288VF28/af_PlanEstrategico20172021mOD.PDF

CAASD. Plan estratégico institucional. [Internet]. 2021-2024. Disponible en: https://caasd.gob.do/transparencia/index.php/plan-estrategico/plan-estrategico

Conapofa. Plan estratégico institucional. [Internet]. 2020-2024. Disponible en: https://conapofa.gob.do/transparencia/phocadownload/PlanEstrategico/Plan_estrategico/Plan%20Estratgico%20Institucional%202020-2024.pdf

Consejo Nacional de la persona Envejeciente. Plan estratégico institucional. [Internet]. 2021-2024. Disponible en: https://www.conape.gob.do/transparencia/file.cfm?id=2131&EXT=pdf&titulo=Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20(PEI)%202021-2024

INAPA. Plan estratégico de la institución. [Internet]. 2016-2024. Disponible en: https://www.inapa.gob.do/transparencia/index.php/plan-estrategico-de-la-institucion/planeacion-estrategica/category/691-informes-de-logro-al-plan-estrategico

Ley de Seguridad Social No.87-01Ley

General de Salud No.42-01

Ministerio de Salud Pública. Historia del Ministerio de Salud Pública. [Internet].2021. Disponible en: https://www.msp.gob.do/web/?page_id=3028

Organización Panamericana de la Salud Perfil de sistemas de salud de República Dominicana. Washington, D.C: OPS. [Internet] 2007. Disponible en: https://www.paho.org/dor/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Republica_Dominicana_2007.pdf

Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud deRepública Dominicana: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.3era Edición. Disponible en: https://www.paho.org/dor/dmdocuments/Perfil_Sistema_Salud-Republica_Dominicana_2007.pdf

Organización panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, 2010. Disponible en: http://www.opsd.gob.do/media/28817/boletin32- situacion-del-sistema-de-salud_p2.pdf

PROMESE-CAL. Programa de Medicamentos Esenciales/ Central de ApoyoLogístico. [Internet]. 2021-2024. Disponible en: https://www.promesecal.gob.do/transparencia/phocadownload/PlanEstrategicodelaInstitucion/2021/PlanificacionEstrategicaInstitucional/Plan%20Estrategico%20Institucional.pdf

Repositorio Institucional. Decreto No. 249-06 que aprueba el Reglamento delSistema de Información General de Salud. [Internet] 2005. Disponible en: https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/748/Dec.No.249-06.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Seguro Nacional de Salud, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Estudio de satisfacción de los afiliados al régimen contributivo de SENASA [consultado diciembre 10, 2010]. Disponible en: http://www.arssenasa.gov.do

Servicio Nacional de Salud. Plan estratégico institucional. [Internet]. 2016-2021. Disponible en: https://sns.gob.do/sobre-nosotros/plan-estrategico/

Servicio Nacional de Salud. Propuesta Reforma SNS 24112021 IG. 2021.