

DESEMPEÑO y Fortalecimiento de la Función RECTORA de la Autoridad Sanitaria Nacional

**Resultados de la Evaluación del
Desempeño y Fortalecimiento
de la Función Rectora de la
Autoridad Sanitaria Nacional
en República Dominicana**

**Juan Dolio, San Pedro de Macorís,
República Dominicana
9, 10 y 11 de marzo de 2006**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	5
1.1	Antecedentes.....	6
1.2	La Función Rectora y su desempeño en el marco de los sistemas de salud.....	7
1.3	Legislación que establece la competencia de SESPAS en las actividades relativas a la dimensión de la Rectoría.....	9
1.4	Ejecución de las FESP.....	10
1.5	Provisión de servicios.....	11
2.	MARCO METODOLÓGICO	12
2.1	Objetivos.....	12
2.2	Metodología.	12
2.3	Propósito.....	13
2.4	Enfoque.....	13
2.5	Estructura.....	13
2.6	Preguntas cerradas.....	14
2.7	Preguntas abiertas.....	14
2.8	Tabla de puntaje para preguntas cerradas.....	14
2.9	Comentarios y respuestas a preguntas abiertas.....	15
2.10	Primer día: jueves 9 de marzo de 2006.....	15
2.11	Segundo día: viernes 10 de marzo de 2006.....	15
2.12	Tercer día: sábado 11 de marzo de 2006.....	16
3.	MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL.	16
4.	RESULTADOS DEL TALLER	17
4.1	Resultados esperados de la aplicación del instrumento.....	17
4.2	Resultados obtenidos de la aplicación del instrumento.....	17
5.	CONDUCCIÓN SECTORIAL	18
5.1	Análisis de Situación de Salud.....	22
5.2	Definición de Prioridades y Objetivos Sanitarios.....	23
5.3	Formulación de Estrategias, Políticas, Planes y Programas de Salud.....	23

5.4	Promoción de la Salud, Participación y Control Social en Salud.....	24
5.5	Armonización de la Cooperación Técnica.....	25
5.6	Participación Política y Técnica en Organismos Internacionales y Subregionales.....	26
5.7	Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud.....	27

6. REGULACIÓN 29

6.1	Análisis de los resultados.....	30
6.2	Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la Función Rectora.....	33
6.3	Fiscalización y control.....	34
6.4	Regulación y control de insumos.....	35
6.5	Regulación y control sanitario de bienes y servicios.....	36
6.6	Regulación y control sanitario de medio ambiente.....	37
6.7	Regulación y certificación de recursos humanos en salud.....	38

7. MODULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO 39

7.1	Resultados.....	40
7.2	Análisis por regiones.....	40
7.3	Propuestas para mejorar el desempeño de la Modulación del Financiamiento Sectorial.....	44
7.4	Resultados de la Modulación del Financiamiento por región.....	48

8. RESULTADOS DE LA DIMENSIÓN GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO 57

8.1	Vigilancia del Aseguramiento.....	57
8.2	Resultados.....	58
8.3	Planes de acción.....	61
8.4	Matrices.....	63

9. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN 69

9.1	Resultados de Armonización de la Provisión.....	69
9.2	Plan de Acción para mejorar el desempeño de la dimensión de Armonización de la Provisión.....	73

10. LISTADO DE PARTICIPANTES 84

Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional

Resultados de la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en República Dominicana

I. Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) y la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS) realizaron el Taller de Capacitación y Aplicación del Instrumento de Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), del nueve al 11 de marzo de 2006.

Efectuada en Juan Dolio, San Pedro de Macorís, República Dominicana, en la jornada participaron funcionarios y técnicos de las instituciones que conforman el Sistema de Salud, entre ellas SESPAS, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), la CERSS y los organismos del Sistema Dominicano de la Seguridad Social (SDSS).

El taller fue promovido por el Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SDH) y la Unidad de Sistemas y Políticas de Salud (SDH/HP) de la OPS/OMS, con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

I.1 Antecedentes

Los procesos de Reforma del Estado, iniciados durante las décadas de 1980 y 1990 en los países de la Región, han promovido la reducción sistemática del tamaño del aparato estatal y la transferencia de funciones de éste al sector privado y a la sociedad civil.

Simultáneamente, el proceso de globalización produjo un aumento en el flujo de información, de capital y de la fuerza de trabajo, contribuyendo a la erosión progresiva de la autonomía Nación-Estado y a una débil gobernabilidad.

El escaso desarrollo institucional repercute negativamente en el desarrollo económico de los países de la Región, por lo que la redefinición de los roles institucionales y el fortalecimiento de las funciones indelegables del Estado – la protección ciudadana, la salud pública, la reducción de la inequidad y la protección social de los grupos excluidos– es un tema de altísima prioridad para éstos.

En el marco de los subsistemas públicos y de los Sistemas Nacionales de Salud, los ministerios sanitarios han centrado su quehacer en la función normativa y de provisión de servicios de salud, aunque los procesos de reforma del sector salud han impulsado la descentralización.

Junto al surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, dicho impulso ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la responsabilidad estatal de proveer servicios sanitarios y a enfocar su ámbito de acción en las funciones rectoras del sector salud. Las tendencias más relevantes incluyen la segmentación institucional y organizacional, así como la fragmentación operativa producto de la creciente propensión a las separaciones del sistema de salud, tales como Rectoría, Financiamiento, Aseguramiento y Provisión de servicios. También contemplan la desconcentración y/o descentralización de los servicios de salud pública, de la ejecución de acciones de regulación sanitaria y de la provisión de servicios de atención a las personas.

En tal contexto, los Estados miembros de la OPS/OMS solicitaron, mediante la resolución CD40.R12, la cooperación técnica de dichos organismos para desarrollar las capacidades necesarias para ejercer la Función Rectora como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo institucional del sector salud. Igualmente, requirieron la promoción del intercambio de experiencias nacionales entre los países de la Región, relativas al ejercicio de la capacidad rectora de los ministerios de salud y al fortalecimiento institucional. Por último, favorecieron el establecimiento de un proceso permanente de discusión, producción conceptual y reflexión sobre la práctica de la función rectora de los ministerios de salud. En atención a dichos requerimientos, la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto de praxis de la Rectoría en salud, como un aspecto prioritario e intrínseco del proceso de modernización del Estado. Desde 1996, el organismo promueve, a niveles regional y subregional, un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción y mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud. Para ello utiliza, como insumo fundamental, los múltiples esfuerzos y la rica experiencia acumulada por los países de Las Américas, particularmente durante el auge de los procesos de reforma de la década de 1980.

Pero, a pesar de los logros en la ampliación de la cobertura y la mejora en la eficiencia de la prestación de servicios de salud, muchos de los resultados esperados de los procesos de reforma del sector salud no se han materializado plenamente, como señala la evidencia producida entre 1997 y 2004 en el marco de la Iniciativa Regional de Reforma para América Latina y El Caribe (LACRSS).

Un ejemplo de tal realidad es el insuficiente desarrollo de la función rectora de la ASN y, especialmente, de los ministerios de salud.

Por ello, los países de Las Américas procuran fortalecer el papel rector de la ASN al interior del sector y consolidar su liderazgo en el ámbito sanitario. Aspiran a contar efectivamente con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores incidentes en la realidad sanitaria.

En el marco de la “Iniciativa de Salud Pública en Las Américas”, fue aplicado en 41 países y territorios de la Región el instrumento metodológico de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

A partir de esa experiencia —así como de las lecciones aprendidas sobre la aplicación de la “Metodología para el Análisis del Sector Salud” y de la evolución de los desarrollos conceptuales sobre la Función Rectora y el fortalecimiento de la ASN— se formuló por primera vez, en 2003, la primera versión del “Instrumento para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional”.

Dicho instrumento fue aplicado con éxito en calidad de prueba piloto en El Salvador, con una amplia participación de los niveles de toma de decisiones del sector salud. Al año siguiente, el Instrumento fue discutido en una Reunión de Expertos de la Región, convocada para dicho propósito en la sede de la OPS/OMS.

Las recomendaciones surgidas de ambas actividades, así como las sugerencias de la presentación de la metodología en encuentros internacionales como EUOLAC (Recife, Brasil, 2004) y en el Foro Regional de Reforma (Antigua, Guatemala, 2004) han sido incorporadas a la versión actualizada del Instrumento que sirvió de base al taller realizado en marzo de 2006.

1.2 La Función Rectora y su Desempeño en el Marco de los Sistemas de Salud

La Función Rectora en Salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre Gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es competencia característica del Gobierno, ejercida mediante la ASN.

Su objetivo es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para garantizar la satisfacción de las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de actores sociales.

La ASN es la custodia del bien público en salud. Está constituida por el conjunto de instituciones del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud.

Hay diferencias estructurales en cada país relativas a su composición y depende del carácter federal o unitario y de la organización institucional del sector. Las seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales (dimensiones) de la rectoría en salud son:

- 1) Conducción Sectorial: comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud.
- 2) Regulación: dimensión que abarca el diseño del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud, así como la garantía de su cumplimiento.
- 3) Modulación del Financiamiento: incluye las competencias de garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos de diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
- 4) Garantía del Aseguramiento: la cual enfoca su quehacer en garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población.
- 5) Armonización de la Provisión: constituida por la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
- 6) Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

Las FESP son:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en salud pública.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

I.3 Legislación que establece la competencia de SESPAS en las actividades relativas a las dimensiones de la Rectoría

Actividad	Legislación
Análisis de la situación de salud.	Artículos 34 y 35 de la Ley General de Salud (LGS), No. 42-01.
Definición de prioridades y objetivos sanitarios.	Artículos 8 y 14 de la LGS.
Formulación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud.	Ley No. 43-78, sobre Secretarías de Estado, y artículo 8, párrafos 1, 11 y 15 de la LGS.
Dirección, concertación y movilización de actores y recursos.	Artículos No. 8 y 14 de la LGS.
Promoción de la salud y participación social en salud.	Artículos 11, incisos “d” y “f”; 12, incisos “d” y “e” ; 14, inciso “i” y título I, artículo 137 y subsiguientes de la LGS.
Coordinación política y técnica de la cooperación internacional en salud.	Artículo 14, incisos “n” y “t”, de la LSG.
Participación política y técnica en organismos de integración económica a niveles regional y subregional.	Artículo 14, incisos “n” y “t”, de la LSG.
Evaluación del desempeño del sistema de salud.	Artículos 12, incisos “d” y “g”; y 15, inciso “i”, de la LSG.

I.4 Ejecución de las FESP

Actividad	Legislación
Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.	Artículos 8, párrafo III; y 12, inciso “d”, de la LGS.
Vigilancia de la salud pública.	Artículos 8 y 14, inciso “ñ”, de la LGS.
Promoción de la salud.	Artículos 12, inciso “b”; y 14, inciso “i”
Participación de los ciudadanos en salud.	Artículo 12, incisos “d” y “e” de la LGS.
Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación en materia de salud pública.	Artículos 8 en general; 12, inciso “d” y 13, párrafo III, de la LGS.
Desarrollo de políticas y capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública.	Artículos 8, párrafo I; y 14, inciso “g”, de la LGS.
Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.	Artículos 11, inciso “c”; 14, inciso “j”; 28 y 30 de la LGS.
Desarrollo de recursos humanos y de capacitación.	Artículos 8, párrafo I; 12, inciso “f”; 14, inciso “i”; y 90-97 de la LGS.
Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.	Artículos 14, inciso “d”; 97 y 98 de la LGS.
Investigación en salud pública.	Artículos 8, párrafo I; y 33, de la LGS.
Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.	Artículo 58 de la LGS.
Formular políticas para modular y corregir las distorsiones y del financiamiento sectorial.	Artículos 8 y 19 a 28, en general.
Influir en la distribución presupuestaria.	Artículos 8, en general; y del 19 al 28.

I.5 Provisión de servicios

Actividad	Legislación
Organizar los planes de acción y redes de servicios de instituciones públicas y privadas para evitar la duplicación de servicios de salud.	Artículos 11, inciso “g”; y 12, inciso “h”, Decreto No. 15-22.
Establecer criterios de contratos de compromisos de gestión para servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresadas tanto en términos de procesos como de resultados.	Artículos 8 y 14, en general, de la LGS.
Definir criterios de calidad en atención de salud.	Artículos 14, inciso “d”; y 98, de la LGS.
Definir criterios de acreditación de instituciones prestadoras.	Artículo 100 de la LGS.
Establecer criterios de incorporación de tecnología en salud.	Artículo 11, inciso “e”, de la LGS.
Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.	Artículo 58 de la LGS.
Formular políticas para modular y corregir las distorsiones y del financiamiento sectorial.	Artículos 8 y del 19 al 28, de la LGS.
Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizadores.	Artículos 8, en general; 25 y 26 de la LGS.
Influir en la distribución presupuestaria.	Artículos 8, en general; y del 19 al 28 de la LGS.

2. Marco metodológico

2.1 Objetivos

El Taller de Capacitación y Aplicación del Instrumento de Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional tuvo por objetivos:

Objetivo General

- Aplicar en República Dominicana la nueva versión del Instrumento para la Evaluación del Desempeño y Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, actualizada a partir de la evolución de los desarrollos conceptuales sobre la función rectora y sistematizada después de su aplicación, en calidad de prueba piloto, en El Salvador, en 2003.

Objetivos Específicos

- Presentar e intercambiar criterios sobre los desarrollos conceptuales de la Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Capacitar en la aplicación de la guía metodológica para la evaluación del desempeño de la función rectora y construir una línea basal.
- Definir posibles acciones para fortalecer la función rectora de la ASN en República Dominicana.

2.2 Metodología

- Organización de los participantes en grupos de trabajo. Selección de una persona moderadora y de una relatora. Cada grupo fue apoyado por una persona que fungió como facilitadora.
- Discusión grupal de las preguntas relativas a la Conducción y a la Regulación. Respuesta individual a cada pregunta.
- Discusión grupal de las preguntas relativas al Financiamiento, al Aseguramiento y a la Provisión de Servicios. Cada respuesta fue acordada por el grupo.
- Evaluación de cuestionarios y tabulación de resultados.
- Presentación de resultados al grupo.
- Reflexión sobre fortalezas y debilidades del rol rector de la ASN.
- Generación de propuestas para el fortalecimiento de la ASN.
- Evaluación del taller.

2.3 Propósito

Provocar una discusión en los grupos de trabajo que sirva para analizar y valorar cómo la ASN lleva a cabo sus funciones rectoras, contribuyendo a la identificación de fortalezas y debilidades en el desempeño de su rol rector, con el fin de generar propuestas concretas para su fortalecimiento.

2.4 Enfoque

Durante los tres días de celebración del taller fueron tratados los siguientes aspectos:

- Conceptos relacionados con las dimensiones de la Función Rectora.
- Importancia del Mapeo de la ASN como prerrequisito para la evaluación.
- Componentes y aplicación del instrumento.
- Posibles acciones de fortalecimiento de la Función Rectora de la ASN a partir de los resultados.

2.5 Estructura

El taller fue estructurado de acuerdo con el siguiente esquema:

- Apertura del taller.
- Sesión de presentaciones conceptuales.
- Trabajo de grupo: uno por cada región y uno del Nivel Central.
- Presentación y discusión de los resultados de la aplicación del instrumento en República Dominicana.
- Discusión de posibles mecanismos de intervención en función del análisis de los resultados.

El proceso de evaluación del desempeño de la función rectora de la ASN está compuesto por dos etapas: la primera, el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional y, la segunda, el Instrumento de evaluación del desempeño de la función rectora de la ASN.

Primera Etapa: Guía para el Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional

- ¿Quiénes Hacen? Caracterización de la ASN.
- Definición del marco legal.
- Identificación de las instituciones legalmente responsables de la función de rectoría.
- Identificación de las entidades que actualmente ejecutan la función rectora con o sin el aval legal.

Segunda etapa: Instrumento para la Evaluación y Fortalecimiento del Desempeño de la Función Rectora de la ASN. ¿Qué hacen? La ejecución de las funciones rectoras por parte de las instituciones que conforman la ASN.

El cuestionario está organizado en cinco acápite. Cada sección corresponde a una dimensión de rectoría e incluye los componentes de cada una (la única función que no se incluye formalmente es la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública). Los dos primeros acápite contienen preguntas cerradas; los tres últimos, preguntas abiertas.

2.6 Preguntas cerradas

Se responde según se indica en la tabla de puntaje. Se incluye también secciones abiertas para añadir comentarios adicionales en caso necesario.

- 1) Conducción
- 2) Regulación

2.7 Preguntas abiertas

Las preguntas son concretas y específicas. Son discutidas en grupo, así como las respuestas acordadas. Se designó a un relator para tomar notas.

- 3) Modulación del Financiamiento.
- 4) Garantía del Aseguramiento.
- 5) Armonización de la Provisión.

2.8 Tabla de puntaje para preguntas cerradas

La siguiente tabla presenta la escala de las puntuaciones que pueden ser otorgadas para responder a las preguntas sobre Conducción y Regulación. En todos los casos, fue asignada una puntuación en un rango de 0 a 5. En un extremo, un puntaje de “0” designa la inexistencia de esa actividad o subfunción de la Rectoría que se está analizando, y se le adscribe la denominación de “nulo”. En el otro extremo, un puntaje de “5” denota que la actividad se logra a cabalidad, adscribiéndose la denominación de “muy alto”. Los puntajes del 1 al 4 denotan niveles intermedios de logro de la actividad.

PUNTAJE	EQUIVALENCIA	ESCALA
0	0%	Nulo
1	20%	Muy pobre
2	40%	Pobre
3	60%	Normal
4	80%	Alto
5	100%	Muy alto

2.9 Comentarios y respuestas a preguntas abiertas

En las primeras dos secciones, hay varios acápites donde se pueden hacer observaciones o comentarios en un espacio en blanco proporcionado para tal fin, de modo que los participantes puedan ampliar sus respuestas o añadir temas que consideren de importancia.

En las últimas tres secciones, las cuales contienen preguntas abiertas, se pretende lograr una discusión centrada en el tema de cada pregunta. Hubo un moderador que orientó la discusión hacia las respuestas de las preguntas, quien se aseguró de que se cumpliera con los plazos y se evitara la dispersión. Las respuestas de cada grupo de trabajo fueron transcritas y presentadas junto a los cuestionarios de las dos primeras secciones y posteriormente procesadas y tabuladas.

2.10 Primer día: jueves nueve de marzo de 2006

- Apertura del taller, con las intervenciones de los doctores Gustavo Rojas Lara, coordinador ejecutivo de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS); Cristina Nogueira, representante de la OPS/OMS en República Dominicana; y Bautista Rojas Gómez, secretario de SESPAS.
- Sesión de presentaciones conceptuales: “La Función Rectora en Acción y la Evaluación de su Desempeño en el Marco de los Sistemas de Salud en América Latina y El Caribe”, Dr. Johnny Rullán, consultor de la Unidad de Políticas y Sistemas de la OPS/OMS en Washington, Estados Unidos; “Metodología y Objetivos del Taller”, Dr. Roberto Peguero, director de la Unidad de Modernización y Desarrollo Institucional (UMDI) y coordinador técnico de la Unidad Ejecutora de Proyectos (UEP), del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSS1), de SESPAS; “Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional. Presentación Preliminar”, Tarina García-Concheso, consultora de la Unidad de Políticas y Sistemas de la OPS/OMS en Washington; y “Aplicación del Instrumento. Dimensiones Conducción y Regulación”, Margarita Lara, asistente de la UMDI.
- Trabajos grupales. Aplicación del Instrumento: dimensiones de Conducción y Regulación.
- Presentación de Resultados del trabajo grupal. Moderador: Dr. Lucas Gómez, director de la Unidad de Apoyo y Fortalecimiento de las DPS/DMS, SESPAS.

2.11 Segundo día: viernes 10 de marzo de 2006

- Presentaciones conceptuales: “Dimensiones de Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento y Armonización de la Provisión de la Función Rectora. Aplicación del Instrumento”, García Concheso.
- Trabajos grupales. Aplicación del Instrumento: Dimensiones de Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento y Armonización de la Provisión y elaboración de propuestas de fortalecimiento de las cinco dimensiones de la Función Rectora.

2.12 Tercer día: sábado 11 de marzo de 2006

- Presentación de resultados finales: resultados de la evaluación de la Función Rectora en República Dominicana, García-Concheso.
- Presentación de los trabajos de grupo.
- Conclusiones y cierre, a cargo de los doctores Guillermo Serra, subsecretario Técnico; Héctor Otero, subsecretario de Atención a las Personas; y Rafael Schiffino, subsecretario de Salud Colectiva de SESPAS, respectivamente; así como de Rullán y de Rojas Gómez.

3. Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional

Mapear significa, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, “localizar y representar gráficamente la distribución relativa de las partes de un todo”. Una segunda acepción es la siguiente: “Trasladar a un mapa sistemas o estructuras conceptuales”.

Aunque el mapeo no fue realizado durante este taller, se explicó el proceso de ejecución por medio de una matriz ordenadora, utilizando como marco las seis dimensiones de la Rectoría: Conducción, Regulación, Funciones Esenciales de la Salud Pública, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento y Armonización de la Provisión.

El proceso de mapeo se efectúa en tres etapas sucesivas, en los niveles nacional, intermedio y local. La primera comprende la identificación del marco legal que ampara los ámbitos de acción de la función rectora para cada una de sus dimensiones. En la segunda etapa, se persigue determinar la o las instituciones responsables de los ámbitos de acción de la función rectora según el dictamen de la ley. Por último, la tercera etapa refiere la o las instituciones que realmente ejecutan las actividades que competen a la función rectora, con o sin amparo legal para hacerlo.

4. Resultados del Taller

4.1 Resultados esperados de la aplicación del Instrumento

- Una mejor comprensión del marco conceptual de la Función Rectora y de la Autoridad Sanitaria.
- Conocimiento teórico-práctico de la guía metodológica que permita su aplicación y el análisis de los resultados.
- La identificación de las intervenciones conducentes al fortalecimiento de la Función Rectora.
- Definición de acciones de seguimiento para la aplicación del Instrumento en el país.

4.2 Resultados obtenidos de la aplicación del Instrumento

El instrumento es un cuestionario cuyo propósito fundamental es provocar una discusión orientada a evaluar el desempeño de la función rectora de la ASN. Los resultados de la aplicación del mismo —del nueve al 11 de marzo de 2006— son, no valores absolutos, sino percepciones de los participantes. Se trata de representaciones cuantitativas y gráficas de las opiniones de los expertos reunidos durante el taller sobre el ejercicio del rol rector de la ASN en el país.

La primera parte del instrumento enfoca las dimensiones de Conducción y Regulación, mediante dos cuestionarios de preguntas cerradas. Los resultados son presentados en tablas y gráficas. En tanto, la segunda parte está compuesta por preguntas abiertas, con una presentación matricial de los resultados.

5. Conducción Sectorial

La Conducción Sectorial es la función central de la Rectoría y una de las seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales correspondientes a la ASN. Comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar organizaciones y grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de Salud.

Dicha función consiste en la capacidad de la ASN de formular, organizar y dirigir la ejecución de la Política Nacional de Salud mediante procesos que, a partir de valores compartidos a nivel nacional y la determinación social de los bienes públicos en salud, definen objetivos sanitarios viables y ponen en marcha planes estratégicos con metas factibles.

Conducir significa llevar el sistema de salud de una situación dada, considerada insatisfactoria, a una situación futura mejor, establecida como el objetivo a alcanzar. La Conducción implica evaluar la situación existente y la definición de una situación establecida como meta: los objetivos de salud; y diseñar y ejecutar las estrategias para la realización del cambio propuesto. La Conducción es el eje del proceso de toma de decisiones en salud.

La función de Conducción Sectorial enfoca su quehacer en el fortalecimiento de la capacidad del Gobierno para orientar a las instituciones del sector. La ASN precisa desarrollar y fortalecer su capacidad para orientar adecuadamente a las instituciones del sector, y movilizar organizaciones y grupos sociales en apoyo a la Política Nacional de Salud mediante las siguientes acciones:

- Análisis de la situación en salud, con énfasis en la capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información.
- Definición de prioridades y objetivos sanitarios, enfocado en la realización de diagnósticos de temas clave; y capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud.
- Formulación, diseminación, monitoreo y evaluación de estrategias, políticas, planes y programas de salud.
- Dirección, concertación, diseminación, movilización de actores y recursos del sector.
- Promoción de la salud, participación y control social en salud, incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública y el fomento de la coordinación intersectorial.
- Armonización de la cooperación técnica internacional en salud.
- Participación política y técnica en organismos internacionales.

De la conducción dependen: la ejecución de los programas y actividades del SS, la organización institucional, la asignación de responsabilidades y recursos, así como la evaluación de todo el proceso.

Sin una conducción eficaz no es posible una buena salud pública. Toda la rectoría y el desempeño global del Sistema de Salud quedan igualmente menoscabados.

A nivel nacional, el resultado de esta dimensión fue de 2.7. En términos generales, se observa un perfil de desempeño intermedio, es decir, entre pobre (2) y normal (3) en el conjunto de sus componentes, subdimensiones o subfunciones.

Los componentes que mayor puntuación lograron (ver cuadro 1) fueron: cooperación técnica internacional en salud (3.3); participación política y técnica en organismos internacionales, regionales y subregionales (3.2); definición de prioridades y objetivos sanitarios; dirección, concertación y movilización de actores y recursos (2.7); y promoción de la salud, participación y control social en salud (2.7).

Las subfunciones que menor puntuación recibieron —por ser consideradas por los participantes como las de desempeño más débil de la ASN— fueron: análisis de situación de salud (2.1); formulación de estrategias, políticas, planes y programas de salud (2.5) y evaluación desempeño del sistema de salud (2.5).

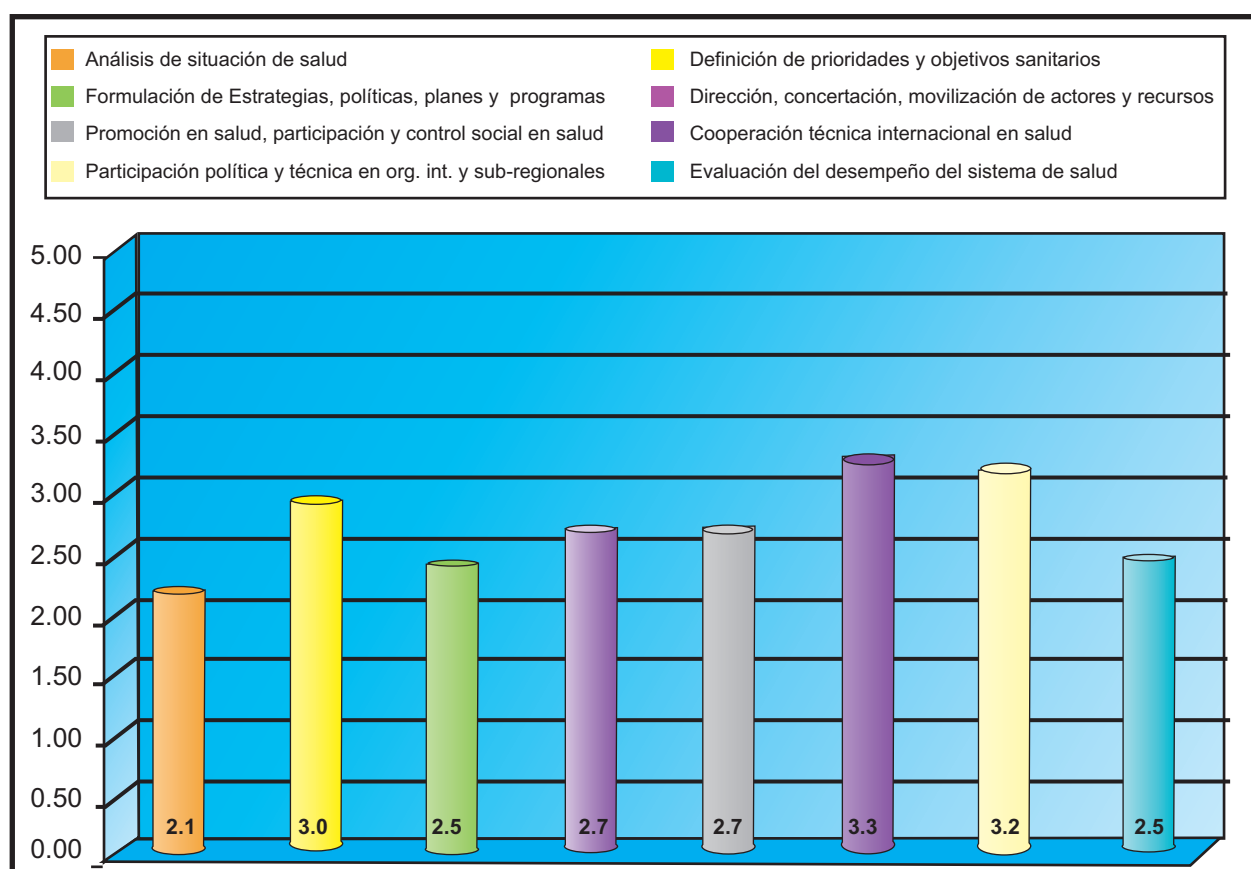
Cuadro 1
Resultados generales y por subfunciones de la dimensión de Conducción

CONDUCCION		2.7
1	Análisis de situación de salud	2.1
1.1	Recolección y disponibilidad de información	2.1
1.2	Control de calidad de la información	2.2
1.3	Capacidad institucional de ASIS	2.2
2	Definición de prioridades y objetivos sanitarios	3
2.1	Realización de diagnósticos	3.1
2.2	Capacidad institucional para definir prioridades y OS	2.9
3	Formulación de estrategias, políticas, planes y programas	2.5
3.1	Elaboración y desarrollo de estrategias PPPs salud	3.3
3.2	Difusión de PPPEs salud	2.1
3.3	Monitoreo y evaluación de PPPEs salud	2.1
4	Dirección, concertación, movilización de actores y recursos	2.7
4.1	Concertación y liderazgo	2.7
4.2	Movilización de recursos	2.8
5	Promoción en salud, participación y control social en salud	2.7
5.1	Diseño y promoción de políticas de salud	2.9
5.2	Fomento de la participación activa de la sociedad civil	2.7
5.3	Fomento de la coordinación intersectorial	2.6
6	Cooperación técnica internacional en salud	3.3
6.1	Negociación con donantes	3.6
6.2	Coordinación CT en salud	3.5
6.3	MyE contrapartes en proyectos de CT	2.9
7	Participación política y técnica en organismos internacionales, regionales y sub/regionales	3.2
7.1	Articulación política	3.4
7.2	Implementación de acuerdos	3.1
8	Evaluación del desempeño de los sistemas de salud	2.5
8.1	Medición de logros y metas	2.8
8.2	Medición de la eficiencia	2.4
8.3	Evaluación del desempeño y la retroalimentación	2.3

La subfunción de análisis de situación de salud implica la evaluación actualizada de la situación, tendencias y factores determinantes de la salud; la identificación de las necesidades de salud de la población; el manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos considerados de riesgo, así como la generación de información útil para la evaluación del desempeño del sistema de salud.

Es decir, es la subdimensión que aporta el conocimiento para la toma de decisiones en salud, por lo que, partiendo de que obtuvo la puntuación más baja de todas (ver gráfico 1), se puede deducir que la información que produce el sistema de salud es un factor restrictivo para sustentar adecuadamente la formulación de estrategias, políticas y planes; la definición de prioridades y objetivos sanitarios y la evaluación del desempeño del sistema de salud.

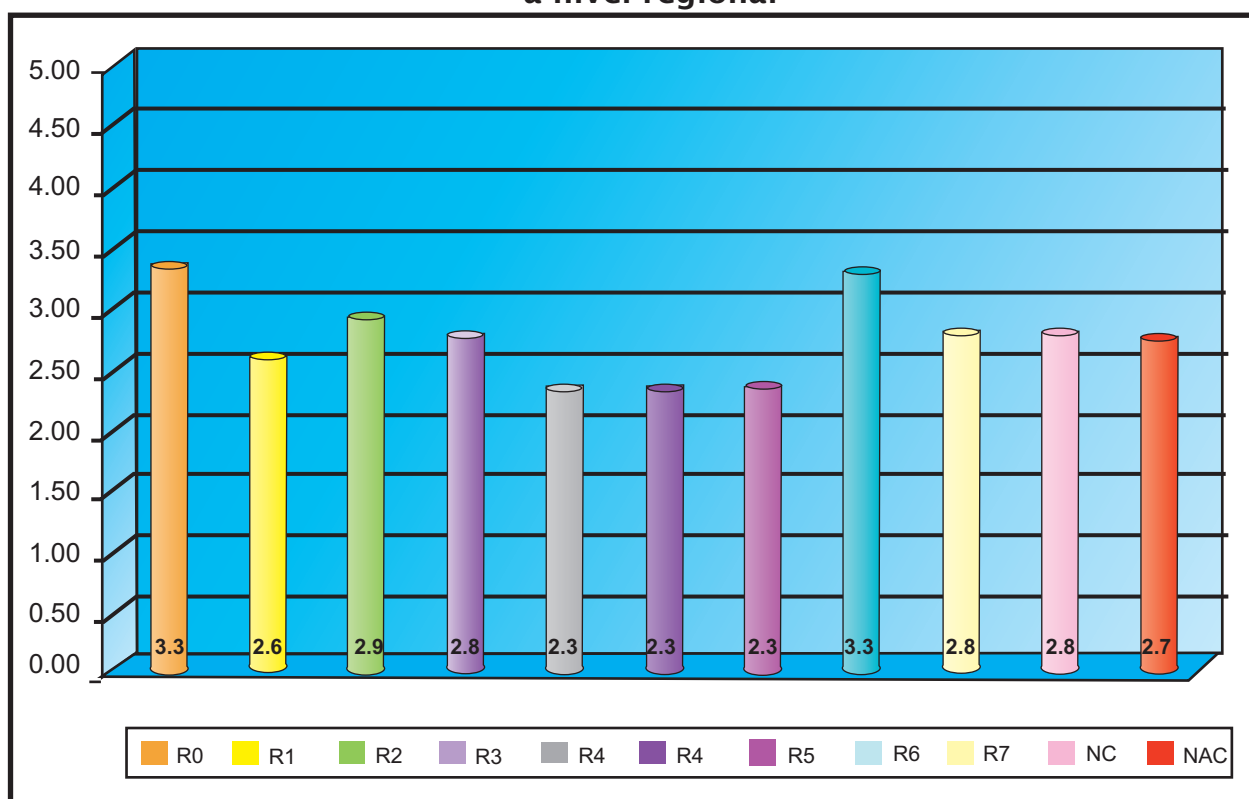
Gráfico 1
Resultados de la dimensión de Conducción
a nivel nacional



A nivel regional, los resultados evidencian (ver gráfico 2) que las zonas con mejor desempeño de la dimensión de Conducción son la 0 y la VII (3.3); la II (2.9), la III y la VIII (cada una con 2.8). Las que en la autoevaluación resultaron con desempeño menor fueron la Región I (2.6) y las Regiones III, IV y V, con 2.3 cada una.

Dado que la Conducción es la función central de la Rectoría porque, entre otros factores, a partir de ella se conforman y negocian las políticas sectoriales y se definen los procesos de planificación y gestión en salud, cabe señalar que el bajo puntaje obtenido por la Región III, por la que se inició el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social, puede repercutir en el desempeño general del Sistema de Salud en esa zona.

Gráfico 2
Resultados de la dimensión de Conducción
a nivel regional



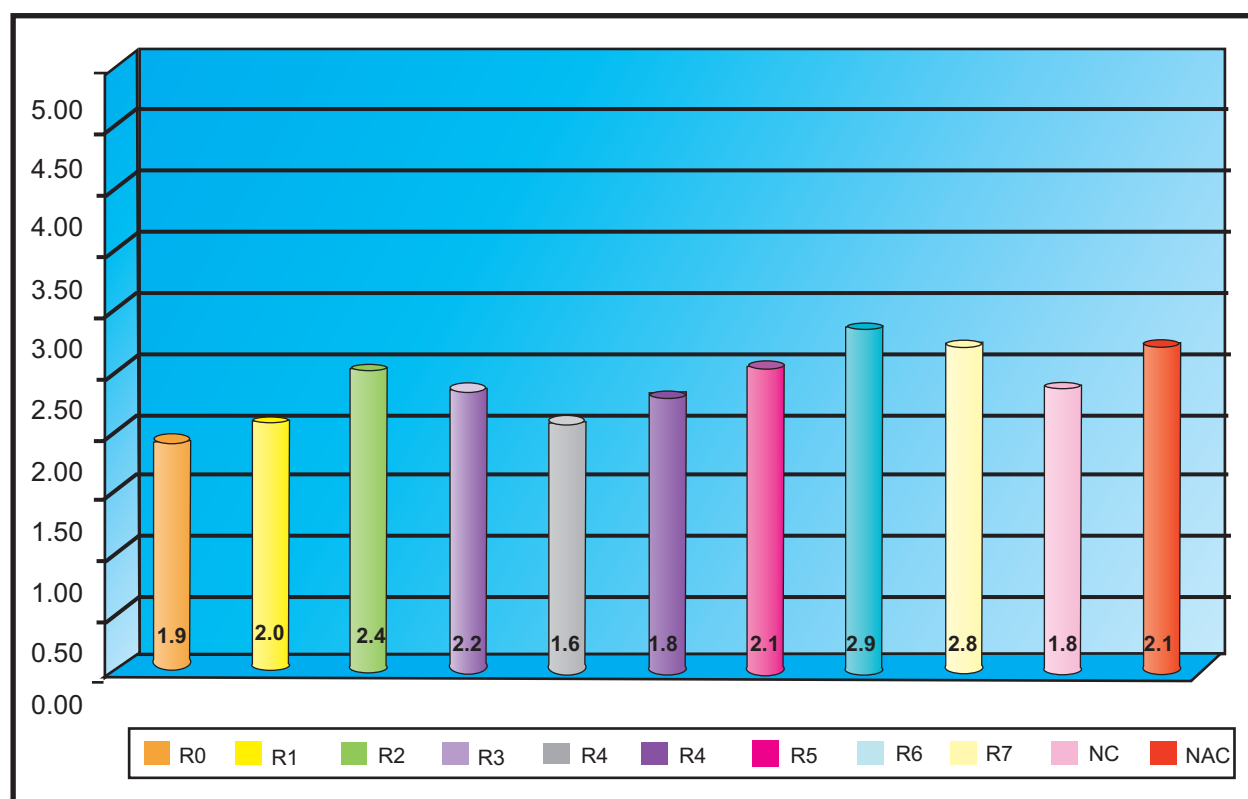
5.1 Análisis de Situación de Salud:

La puntuación relativa de los elementos que componen el Análisis de Situación de Salud (cuadro 1) muestra que la recolección y disponibilidad de información es el proceso más débil (2.1). El segundo componente, el control de calidad de la información, es considerado sólo ligeramente mejor (2.2). Igual puntuación se le dio al tercer componente (capacidad institucional para realizar el Análisis de Situación de Salud). En resumen, los participantes consideraron que existe una pobre capacidad de realizar el ASIS (2.1).

A nivel regional (ver gráfico 3), se observa un alto grado de variabilidad en los resultados; mientras las Regiones VII y VIII le otorgan la mayor valoración a su capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información 2.9 y 2.8, respectivamente, las Regiones II, VI y I le otorgaron una puntuación de 2.4, 2.1 y 2.0 respectivamente. La menor puntuación fue para las Regiones 0 y IV, con una puntuación de 1.9 y 1.6, respectivamente. En el grupo que representó al Nivel Central, la puntuación fue de 1.8.

La diferencia de 1.3 puntos entre las regiones con mayor puntuación (VII, con 2.9) y la de menor puntuación (IV, con 1.6) evidencia que en esta última son verificados los mayores problemas con la recolección y disponibilidad de la información y con la capacidad de la ASN de promover e identificar las brechas existentes entre las necesidades de salud de la población y la oferta efectiva de servicios sanitarios.

Gráfico 3
Resultados de la subdimensión Análisis de Situación de Salud a nivel regional

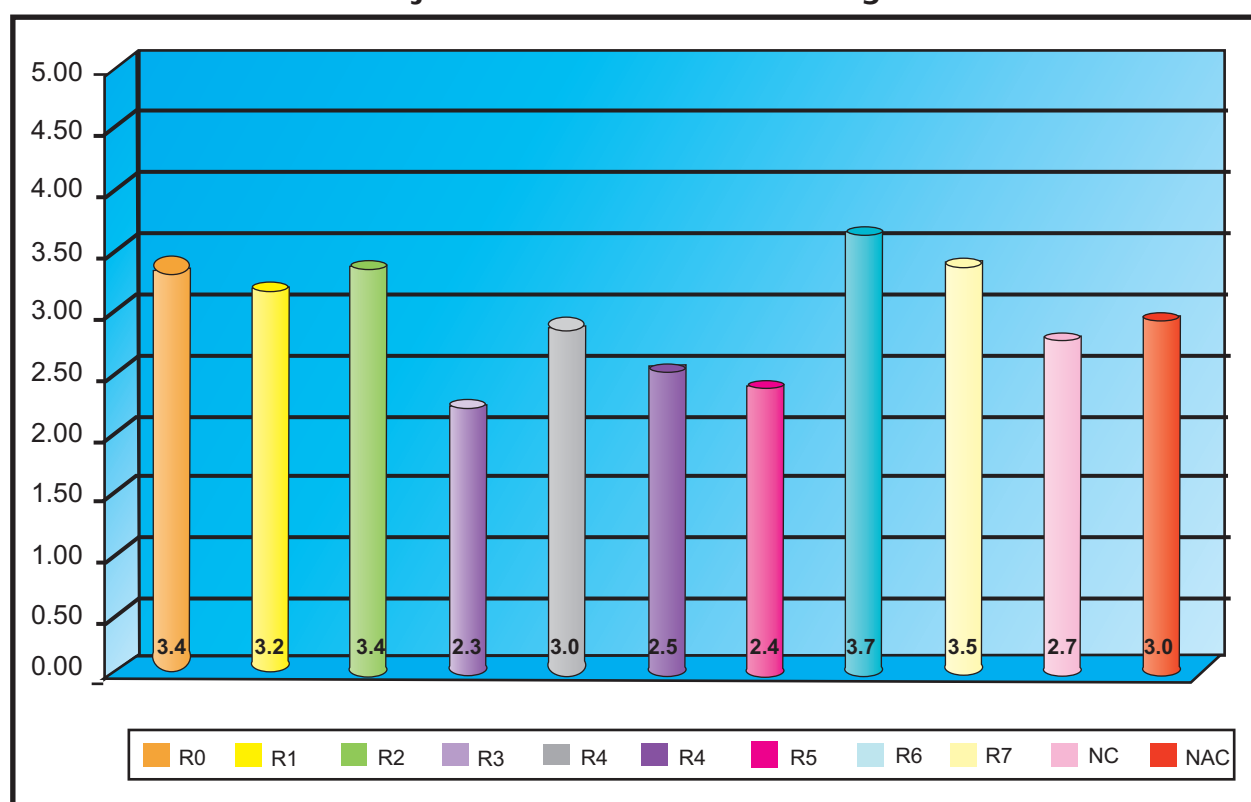


5.2 Definición de Prioridades y Objetivos Sanitarios:

El primer elemento de esta categoría, *la realización de diagnósticos focalizados en temas clave*, recibió un puntaje de 3.1. El segundo elemento, *la capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud*, obtuvo una valoración ligeramente inferior, de 2.9, debido a que los participantes opinaron que la estructura organizacional de la ASN dificulta dichos procesos.

Como muestra el gráfico 4, la región VII (3.7) junto a la VIII (3.5) y la 0 (3.4) son las que más alta puntuación otorgaron a esta subfunción, evidenciado que la Autoridad Sanitaria asume en esas regiones la responsabilidad de definir las prioridades en salud. Menores fueron las valoraciones hechas por las Regiones III (2.3), VI (2.4) y V (2.5), lo cual pone de manifiesto limitaciones en la disponibilidad de recursos para viabilizar procesos conducentes a la definición de prioridades y objetivos de salud.

Gráfico 4
Resultados de la subdimensión Definición de Prioridades y
Objetivos Sanitarios a nivel regional



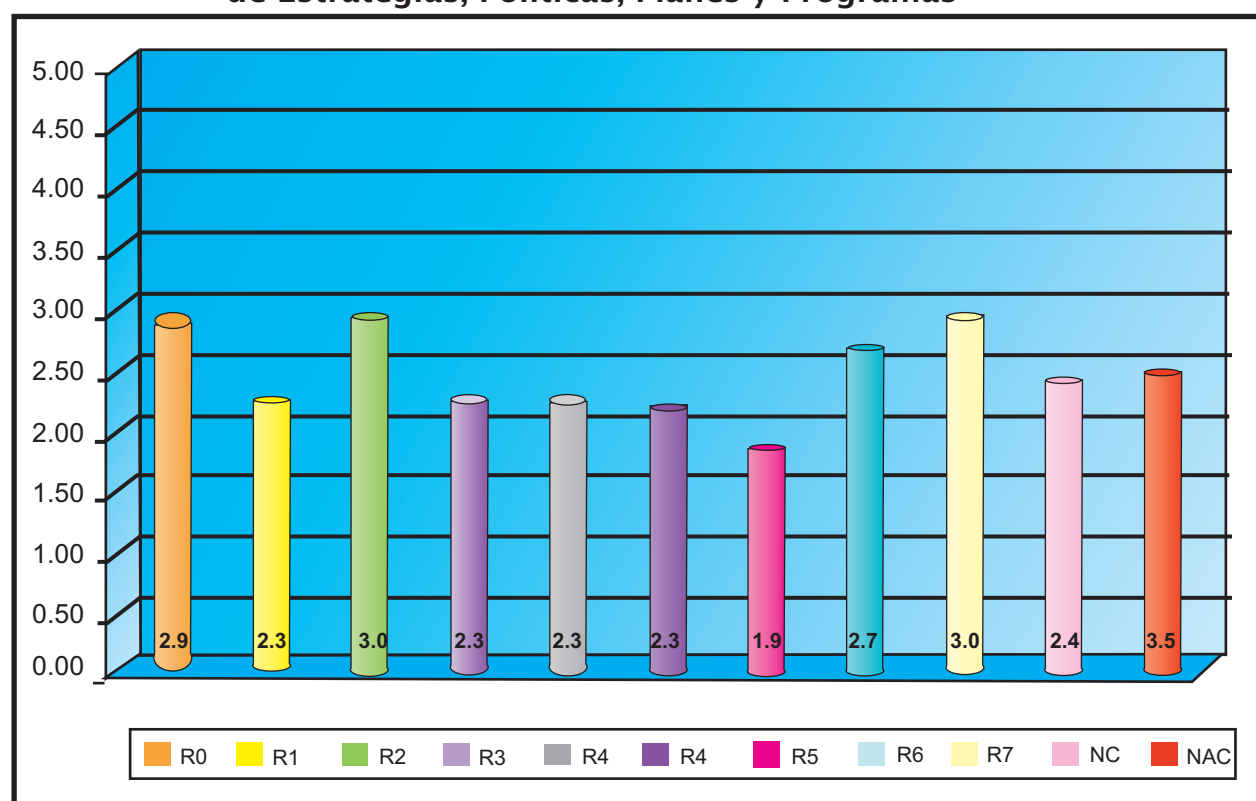
5.3 Formulación de Estrategias, Políticas, Planes y Programas de Salud:

Esta subfunción recibió el puntaje más bajo de la dimensión de Conducción, después de la de Análisis de Situación de Salud. No obstante, es interesante analizar el detalle, puesto que el primer elemento—*la formulación y desarrollo de estrategias, políticas, planes y programas de salud*—fue puntuado por los participantes con 3.3. En contraste, los *procesos de difusión y monitoreo de las políticas, planes, programas y estrategias de salud* recibieron 2.1 cada uno.

Esta puntuación indica que, aunque la ASN tiene un buen desempeño en la formulación de políticas y planes, no las socializa entre los demás actores del Sistema ni les da el debido seguimiento. Se hace entonces evidente la necesidad de que la ASN cuente con un sistema de monitoreo y evaluación para la medición del impacto de las políticas de salud.

El análisis regional muestra que, de nuevo, son las Regiones VIII (3.0), II (3.0), 0 (2.9) y VII (2.7) las que otorgan a esta subfunción la valoración más alta. Este puntaje revela que, en dichas Regiones, la ASN da continuidad a la definición de las prioridades sanitarias, al asumir el liderazgo en la formulación de estrategias, políticas y planes en salud, y en facilitar el acceso de otros actores sociales a ellas, además de promover su seguimiento y evaluación. La Región VI (1.9), la V (2.2) y las IV, III y I (2.3 cada una) dieron menor puntuación a esta subfunción (ver gráfico 5).

Gráfico 5
Resultados regionales de la subdimensión Formulación de Estrategias, Políticas, Planes y Programas



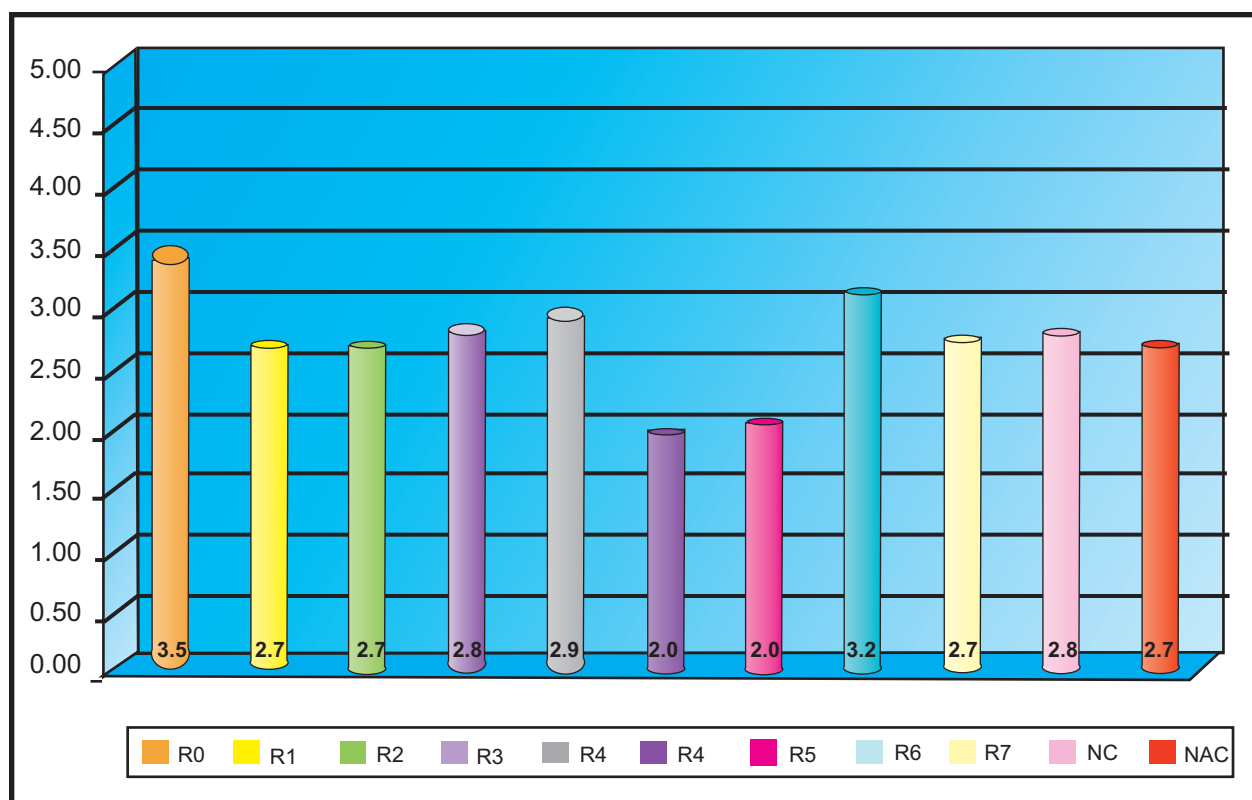
5.4 Promoción de la Salud, Participación y Control Social en Salud

La subfunción Promoción de la Salud, Participación y Control Social en Salud recibió una puntuación de 2.7, desglosada de la siguiente manera: *diseño y promoción de políticas de salud pública* (2.9); *fomento de la participación activa de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en salud* (2.7) y *fomento de la coordinación intersectorial* (2.6).

Tal desempeño, inferior al nivel considerado normal, revela que la ASN debe esforzarse por estimular y fomentar la participación de la sociedad civil y la coordinación intersectorial. En todas las acciones de salud pública, pero muy especialmente en las de promoción de la salud, la participación social —entendida como el derecho y la capacidad de la población de participar efectiva y responsablemente en las decisiones y ejecuciones— es vital para alcanzar las metas y favorecer conductas y ambientes saludables.

En esta subdimensión se destacan las Regiones 0 y VII, por su nivel de desempeño superior al resto (3.5 y 3.2, respectivamente), y las Regiones V y VI, por su nivel de desempeño inferior (2.0 cada una). Las demás regiones presentan una puntuación de entre 2.7 y 2.9 (ver gráfico 6). Las Regiones con menor puntuación deben incluir a todos los actores sociales en los trabajos tendientes a mejorar los niveles de bienestar colectivo, a través de procesos de cogestión y participación.

Gráfico 6
Resultados de la subdimensión Promoción de la Salud, Participación y Control Social en Salud a nivel regional



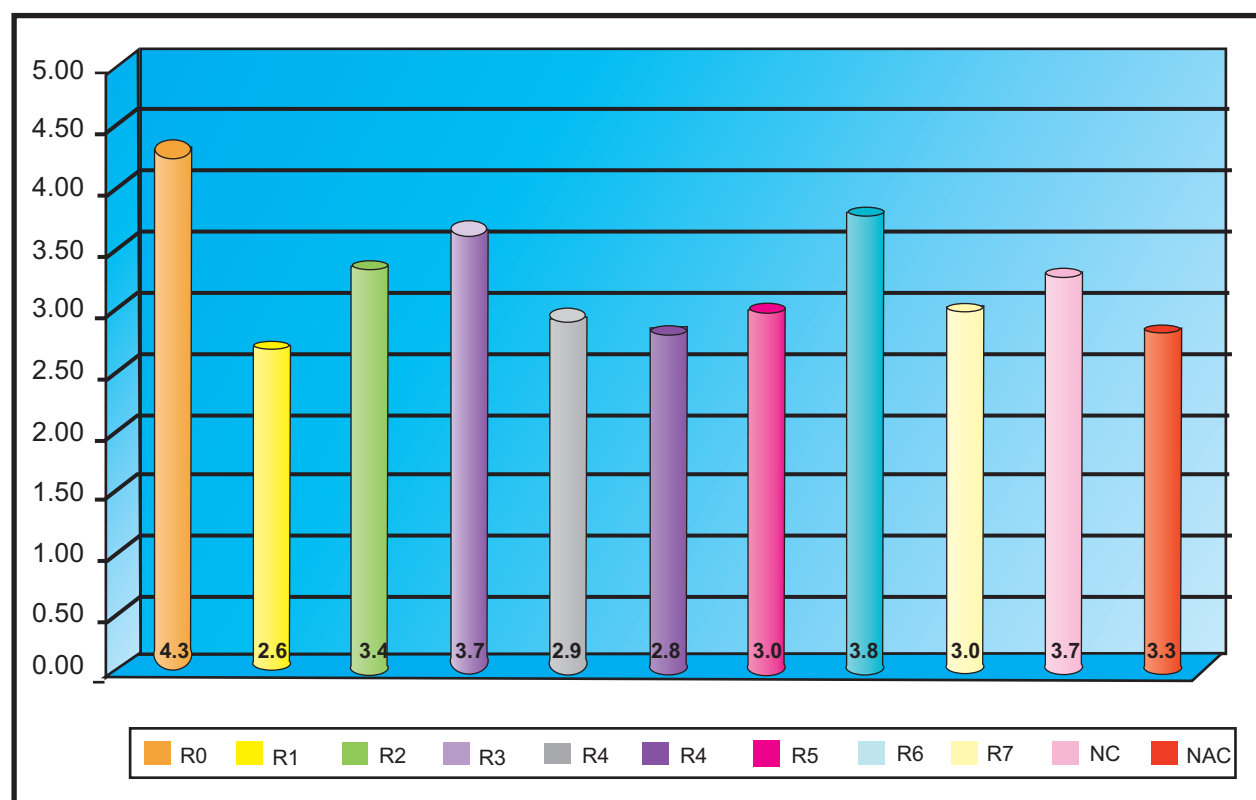
5.5 Armonización de la Cooperación Técnica:

Esta subdimensión explora la capacidad de la ASN para coordinar los aportes técnicos, económicos y de políticas que puedan brindar los organismos multi y bilaterales dedicados a la cooperación técnica y financiera en salud, así como a la formulación e implementación de estrategias nacionales de salud.

La armonización de la cooperación técnica internacional recibió, como se menciona anteriormente, la más alta puntuación de las subfunciones de la dimensión de Conducción. No obstante, el tema más débil es la capacidad de la ASN de monitorear la contraparte internacional en proyectos de cooperación (2.9). Por otra parte, la mayor puntuación la recibió la capacidad de la ASN de iniciar y conducir procesos de negociación con organismos de cooperación internacional en el área de la salud (2.9).

No es de extrañar la alta valoración que da la Región 0 (4.3) a esta subdimensión, como parte del análisis por Regiones (ver gráfico 7). Por ser el centro político y económico del país y por su posición geográfica privilegiada, esta Región tiene mayor capacidad de negociación y, por ende, es receptora de una mayor cantidad de proyectos de cooperación internacional que las demás Regiones. Le siguen en puntuación las Regiones VII (3.8) y III (3.7).

Gráfico 7
Resultados regionales de la subdimensión Armonización de la Cooperación Técnica

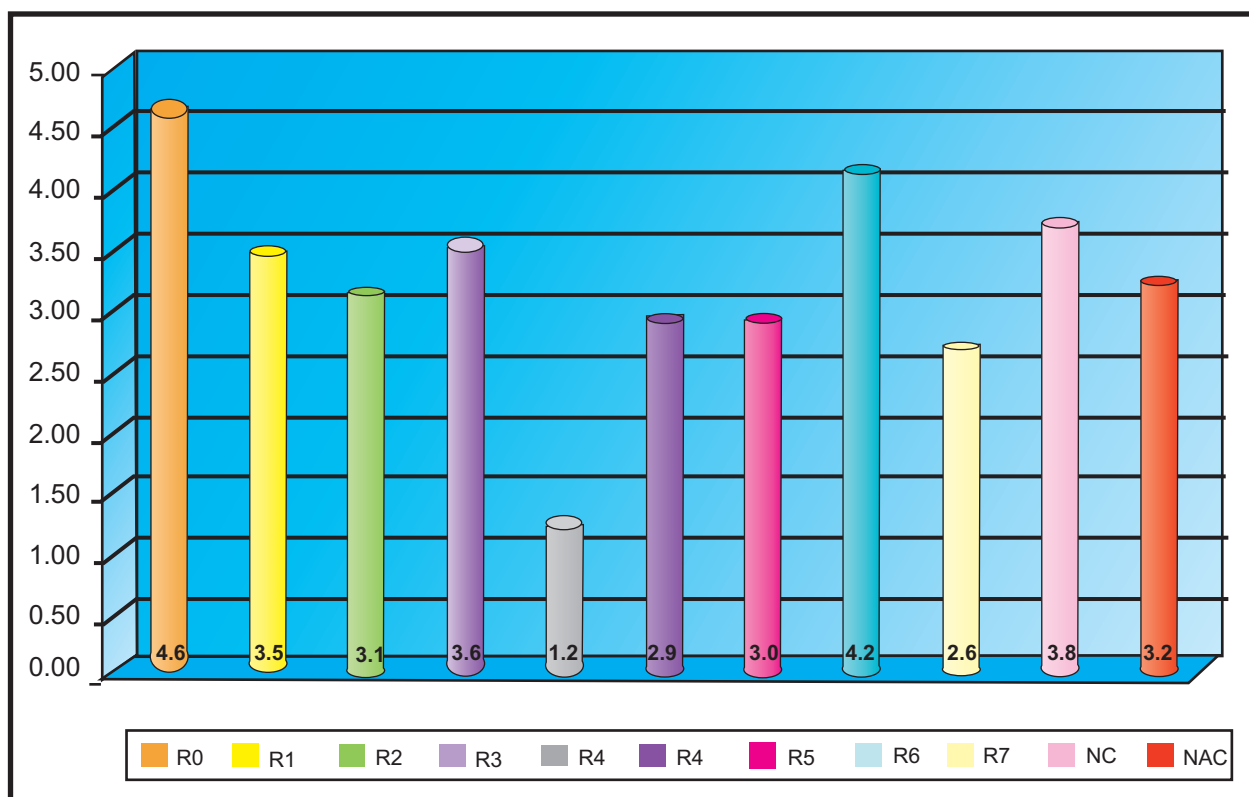


5.6 Participación Política y Técnica en Organismos Internacionales y Subregionales:

Este componente sigue en puntuación a la dimensión anterior (3.3). Incluye la articulación política y técnica con organismos internacionales, regionales y subregionales (3.4), y la implementación de acuerdos subregionales, regionales y globales (3.1).

Aunque es básicamente una función del Nivel Central, llama la atención que la Región 0 (4.6) haya dado una mayor valoración a esta subdimensión (ver gráfico 8) que la mesa representativa del Nivel Central (3.8).

Gráfico 8
Participación Política y Técnica en Organismos Internacionales y Subregionales a nivel regional



5.7 Evaluación del desempeño del Sistema de Salud

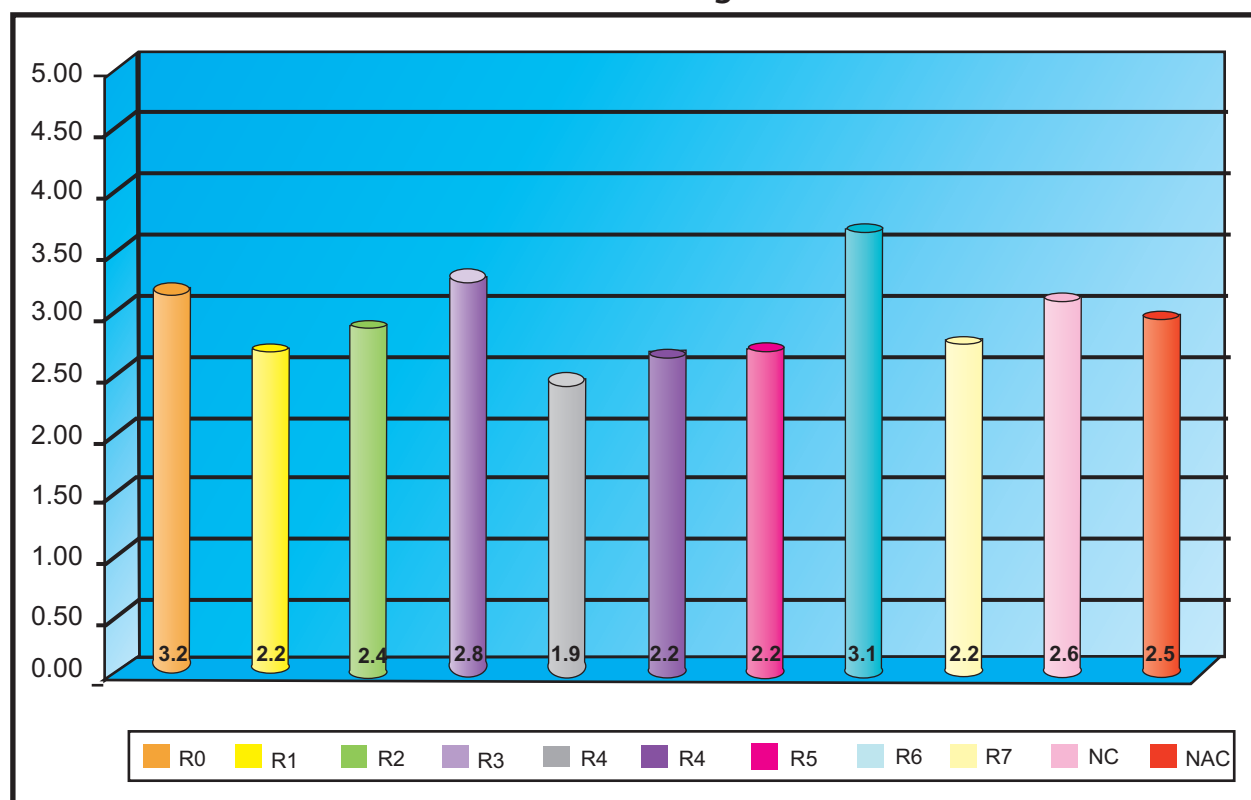
Este último componente de la dimensión de Conducción recibió una puntuación total de 2.5, la cual refleja que, a nivel nacional, los participantes valoraron su desempeño entre pobre y normal. Después del Análisis de la Situación de Salud, fue la subdimensión que alcanzó menor puntuación, junto a la de Formulación de Estrategias, Políticas, Planes y Programas en Salud.

Al interior de la subfunción, el elemento que mayor puntaje obtuvo fue la *medición del logro de metas* (2.8). La *estimación de la eficiencia del sistema de salud* y la *evaluación del desempeño y retroalimentación* alcanzaron 2.4 y 2.3, respectivamente.

Esta valoración pone en evidencia debilidades en los mecanismos para medir el logro de metas establecidas, por un lado, y, por otro, el hecho de que la ASN no asume como su responsabilidad y competencia determinar la eficiencia en la utilización de los recursos para alcanzar las metas, ni la evaluación de desempeño del sistema de salud. Asimismo, tampoco elabora e implementa políticas para mejorar los logros y la eficiencia a partir de la evaluación del desempeño.

Las Regiones que mejor valoraron el cumplimiento de esta subdimensión fueron la 0 (3.2) y la VII (3.1). La más baja puntuación correspondió a la IV (1.9). Las demás exhiben un desempeño entre 2.2 y 2.8 (ver gráfico 9).

Gráfico 9
Resultados de Evaluación del desempeño del Sistema de Salud a nivel regional



6. Regulación

La función de Regulación Sectorial tiene como propósito diseñar el marco normativo que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento.

La Regulación y la vigilancia de su aplicación son necesarias para asegurar el papel estatal de ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud en función de los principios de solidaridad y equidad. Sin embargo, existe la tendencia a restringirla a los aspectos esenciales en función de la expansión del mercado.

El marco para el ejercicio de la función regulatoria surge a lo interno del Estado y en el contexto internacional. Al interior del Estado, los mandatos regulatorios parten fundamentalmente de la normativa constitucional, a través de la cual se crean derechos y obligaciones para individuos e instituciones.

La regulación es una función indelegable del Estado. Aunque éste ha variado sus funciones en relación con la salud, la regulación se ha mantenido como una constante, dado que el Estado modula las relaciones entre actores con asimetrías de poder y la regulación de salud tiene como finalidad el interés de toda la sociedad.

La regulación crea las bases para la articulación de las demás dimensiones de la función rectora: conducción, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública.

Se trata de un proceso complejo que incluye el diseño y la generación del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud y la garantía de su efectiva aplicación. Para que la ASN pueda ejercer su función normativa a cabalidad la regulación sanitaria debe abarcar los siguientes ámbitos:

- Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora.
- Fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones.
- Regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria.
- Regulación y control de bienes y servicios.
- Regulación y control sanitario del medioambiente.
- Regulación y certificación de recursos humanos en salud.

El marco institucional y el respaldo legal para el ejercicio de la función rectora implican el desarrollo, perfeccionamiento y efectividad del marco legal y la capacidad institucional para ejercer la función regulatoria.

A su vez, el ámbito de fiscalización y control está determinado por la capacidad de la ASN de hacer cumplir las regulaciones con coordinación y transparencia.

La regulación y el control de insumos médicos —fármacos, equipos y dispositivos médicos— comprenden la regulación del sector farmacéutico, la regulación y el control de equipos y dispositivos médicos, así como la regulación y la evaluación de tecnología sanitaria.

En tanto, la regulación y el control sanitario de bienes y servicios conllevan la regulación y el control sanitario de bienes de consumo y de permisos sanitarios para establecimientos públicos.

Por su parte, la regulación y la certificación de recursos humanos en salud incluyen la caracterización de la fuerza de trabajo de salud en el país, la fijación de estándares y criterios para la acreditación y la certificación de profesionales de la salud, así como la fijación de estándares y criterios para la acreditación y la certificación de instituciones formadoras de profesionales de la salud.

6.1 Análisis de los Resultados

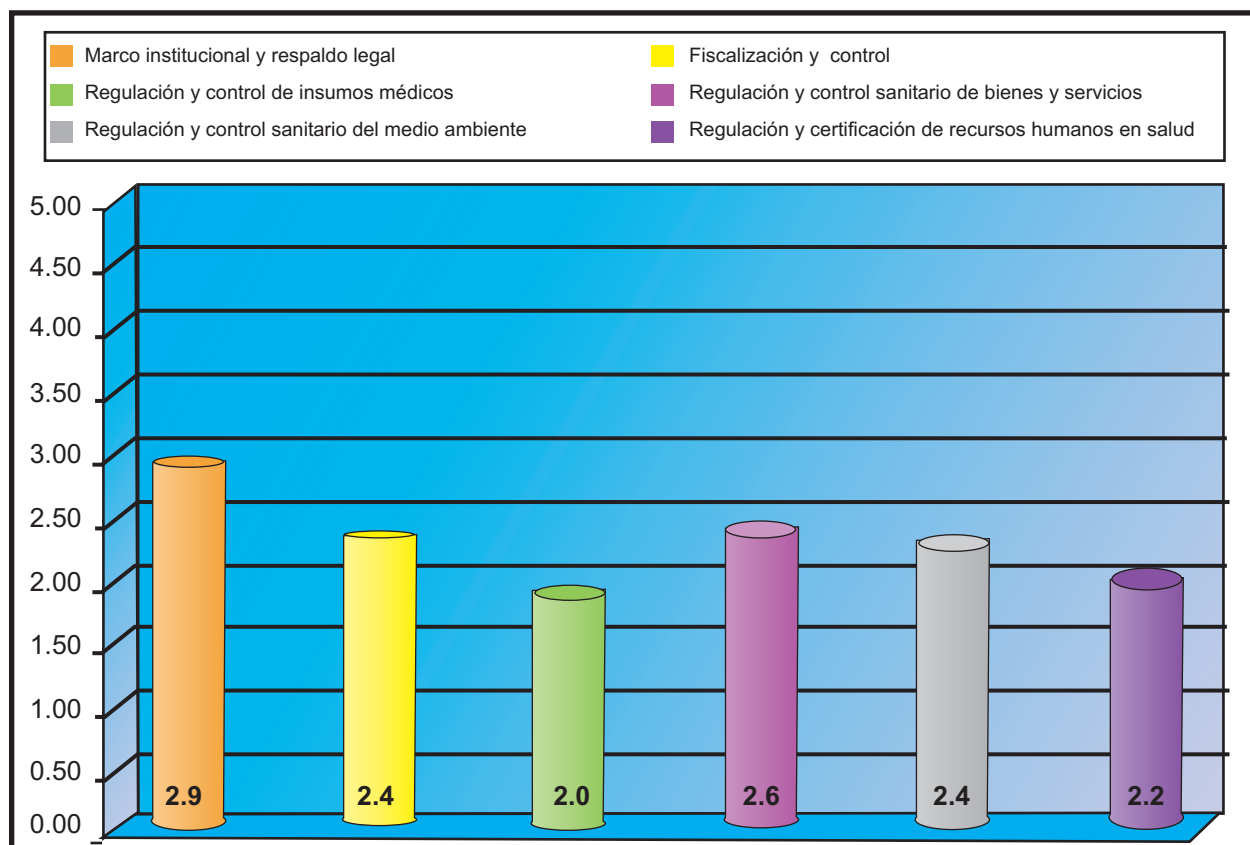
La evaluación del desempeño de la función rectora de Regulación presentó resultados interesantes. En primera instancia, la puntuación total para Regulación fue de 2.4 (ver cuadro 2), ligeramente más baja que el 2.7 recibido por Conducción. Comparativamente, regulación presenta entre sus categorías una diferencia menos marcada de puntuación que conducción. Esto puede interpretarse como la existencia de un desarrollo homogéneo, con similar estado de desempeño, en las diferentes áreas de Regulación.

Cuadro 2
Resumen de los resultados de la dimensión de Regulación

Resumen de Resultados:			
REGULACIÓN			2.4
1	Marco institucional y respaldo legal		2.9
1.1	Desarrollo y perfeccionamiento del marco legal	3.2	
1.2	Efectividad del marco legal	3.0	
1.3	Capacidad institucional para ejercer función regulatoria	2.5	
2	Fiscalización y control		2.4
2.1	Capacidad de la ASN de hacer cumplir regulaciones	2.3	
2.2	Coordinación y transparencia	2.4	
3	Regulación y control de insumos médicos		2.0
3.1	Regulación del sector farmacéutico	2.7	
3.2	Regulación y control de equipos y dispositivos médicos	1.8	
3.3	Regulación y evaluación de tecnología sanitaria	1.6	
4	Regulación y control sanitario de bienes y servicios		2.6
4.1	Regulación y control sanitario de bienes de consumo	2.4	
4.2	Permisos sanitarios de establecimientos públicos	2.7	
5	Regulación y control sanitario del medio ambiente		2.4
5.1	Grado de injerencia de la ASN en la regulación del medio ambiente	2.4	
5.2	Existencia de normas	2.7	
5.3	Fiscalización y control	2.1	
5.4	Coordinación con autoridades ambientales	2.2	
6	Regulación y certificación de recursos humanos en salud		2.2
6.2	Caracterización de la fuerza de trabajo en salud	2.1	
6.3	Fijación de estándares de acreditación y certificación de profesionales en salud	2.3	
6.4	Fijación de estándares acreditación instituciones formadoras profesionales salud	2.1	

En el detalle (ver gráfico 10), se observa que el área más desarrollada es la existencia de un marco institucional y legal que respalda a la ASN en el ejercicio de la función rectora (puntuación: 2.9). La otra categoría en obtener una alta puntuación, en comparación con las demás, es la de regulación y control sanitario de bienes y servicios (2.6), la que también incluye la existencia de normas sanitarias para amparar su actuación. Es decir, las áreas más fortalecidas son las relacionadas con el marco legal y la existencia de leyes, normas y reglamentos.

Gráfico 10
Resultados de la dimensión de Regulación a nivel nacional



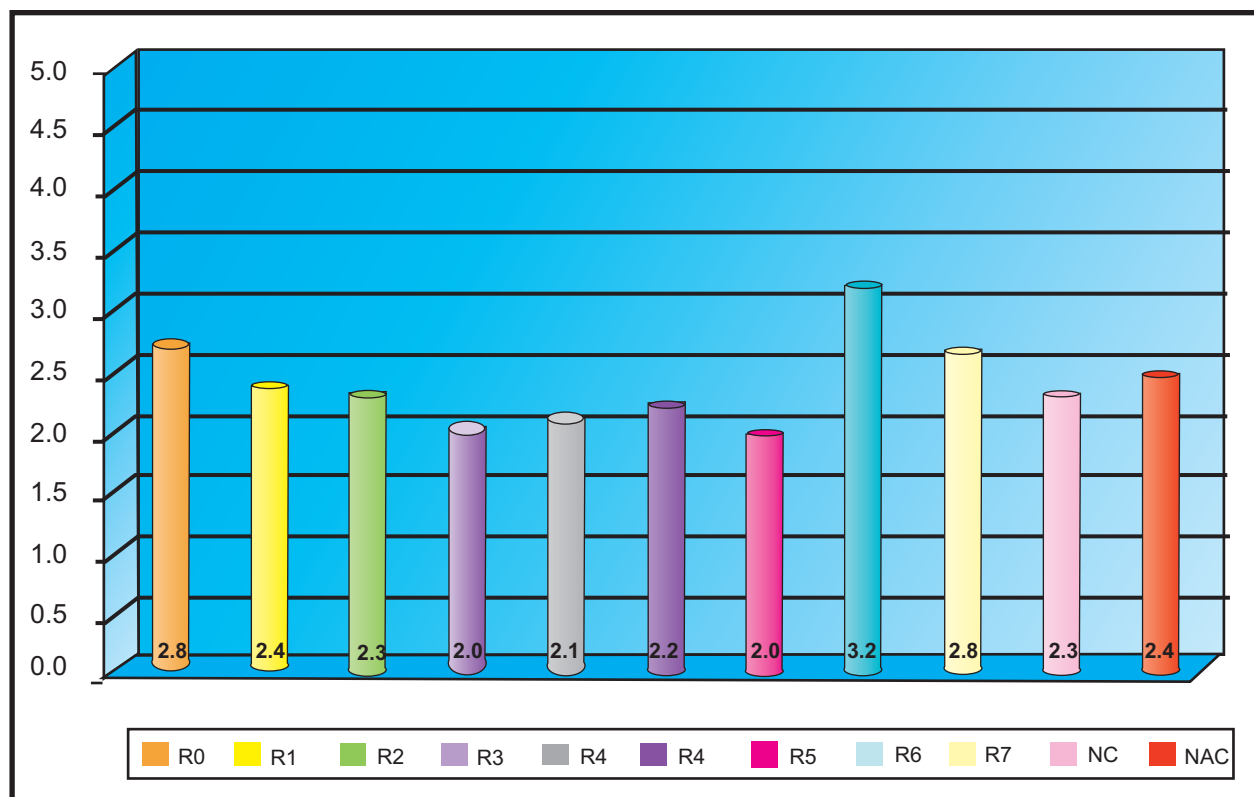
En contraposición, los elementos más débiles tienen que ver con la fiscalización —la acción de inspeccionar con atención para determinar que todo está correcto, e intervenir según corresponda— especialmente la regulación y el control de insumos médicos (2.0).

Los resultados de la dimensión de Regulación obtenidos en 2006 concuerdan en muchos aspectos con los obtenidos en 2001, en el Taller de Medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.¹ En 2001, la FESP No. 6 (Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública), alcanzó una puntuación de 0.63, valor que en —la escala de medición utilizada para evaluar el cumplimiento de las FESP— significa un desempeño de nivel medio.

¹ SESPAS/OPS/CERSS. Informe Preliminar Taller de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en la República Dominicana. Juan Dolio, 7 al 10 de Junio de 2006.

Esta correlación es más fuerte en el indicador “hacer cumplir la normativa en salud” que en el taller de medición de las FESP recibió una puntuación de 0.49; en tanto, en el taller de medición del desempeño de la Rectoría, la categoría fiscalización y control fue puntuada con 2.5. Lo anterior parece indicar que, en cinco años, no ha habido avances significativos en la capacidad y el ejercicio del rol fiscalizador y coercitivo de la autoridad sanitaria para hacer cumplir la normativa de salud en todos los sectores.

Gráfico 11
Resultados de la dimensión de Regulación a nivel regional



A nivel regional (ver gráfico 11), sobresalen las Regiones VII y VIII, por valorar como bueno el ejercicio de la dimensión de Regulación. Esas Regiones le otorgaron una puntuación de 3.2 y 2.8, respectivamente. Mientras, las Regiones IV,V y VI le asignaron un menor puntaje, lo que indica que esas zonas de salud reconocen tener limitaciones para hacer cumplir el marco normativo sanitario que protege y promueve la salud.

Veamos ahora, en detalle, los resultados de las subdimensiones de Regulación en el nivel regional:

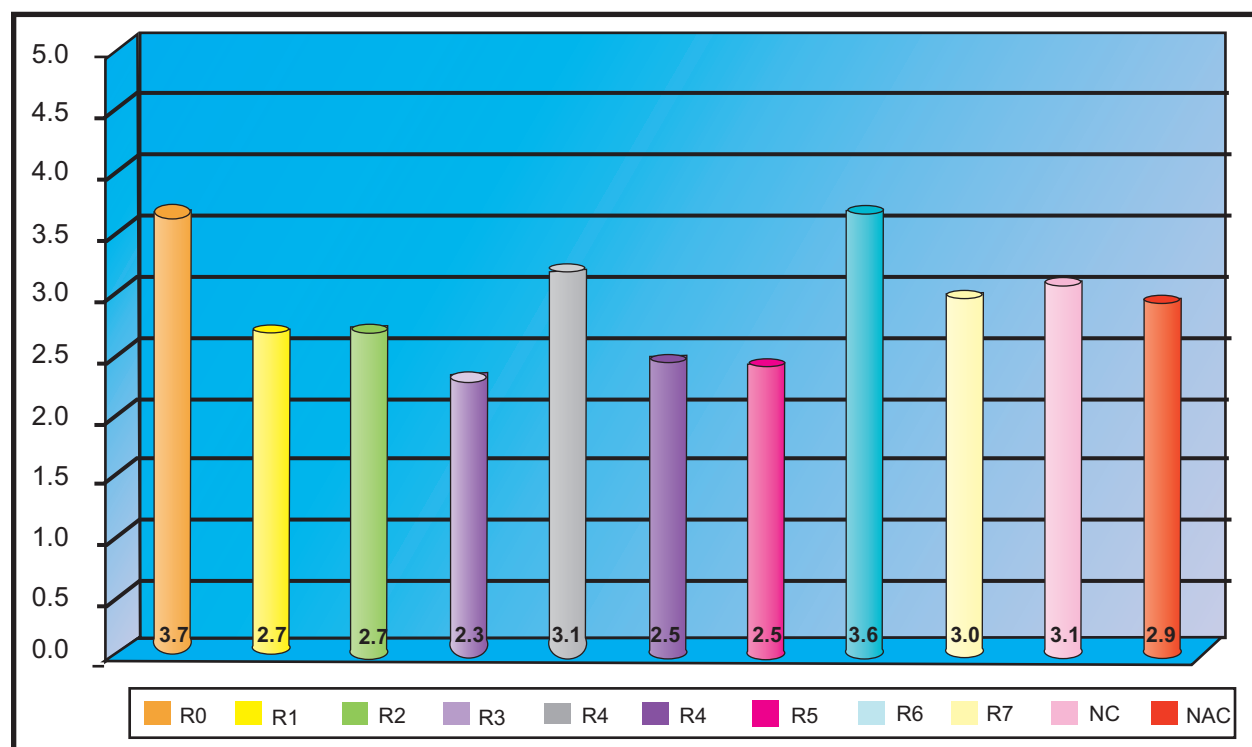
6.2 Marco Institucional y Respaldo Legal para el ejercicio de la Función Rectora:

Dentro de la subfunción marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora, los participantes otorgaron al desarrollo y perfeccionamiento del marco legal la puntuación más alta, 3.2. El siguiente elemento, la efectividad del marco legal, recibió una valoración menor, 3.0, en tanto que el tercer elemento, la capacidad institucional para ejercer la función rectora, sacó un puntaje aún menor, 2.5.

Los datos indican que, según la percepción de los participantes, se cuenta con un marco legal adecuado para ejercer la Regulación, pero su aplicación no es muy efectiva y, además, la ASN no posee la capacidad institucional necesaria para ejercer esta función.

Es importante recordar aquí que, a pesar de haber sido designadas por la Ley General de Salud No. 42-01 y sus reglamentos complementarios como las instancias desconcentradas del ejercicio de la Rectoría, las Direcciones Provinciales de Salud no han reformado su estructura organizativa a fin de cumplir con sus nuevas funciones. Por tanto, no cuentan con el personal y los medios (normas, guías de actuación, etc.) para ejercer la Regulación sanitaria en el nivel local.

Gráfico 12
Resultados de la subdimensión Marco Institucional y Respaldo Legal a nivel regional



Con excepción de las Regiones 0 y VII, que valoraron esta subfunción con 3.7 y 3.6, respectivamente, todas las demás consideraron que su desempeño se encontraba entre pobre y normal (2.3 y 3.1). Llama la atención que el resultado obtenido en la mesa del Nivel Central haya sido de 3.1, dado que el desarrollo del marco legal es una de sus funciones.

Pero, por otra parte, este producto estaría indicando que el Nivel Central reconoce la necesidad de fortalecer la capacidad institucional de la Autoridad Sanitaria, tanto en las instancias superiores como en el plano local, para desarrollar la función reguladora.

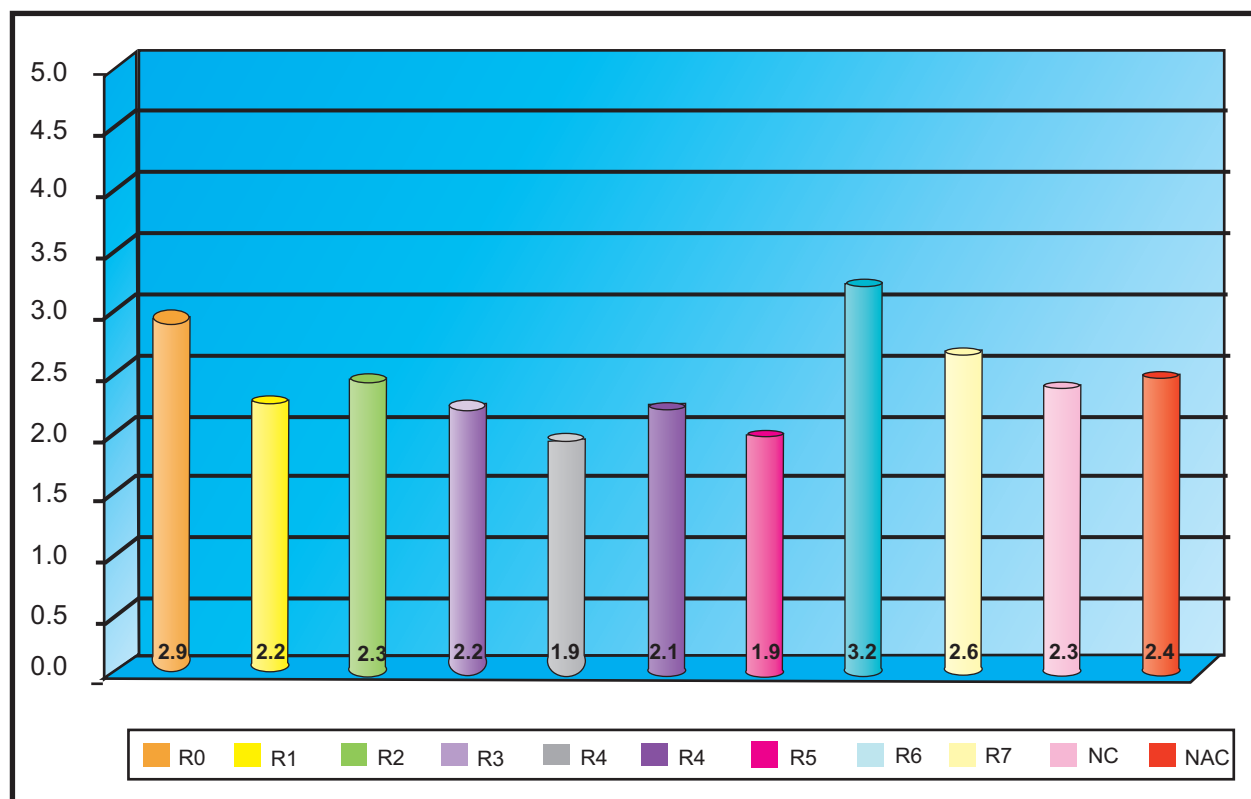
6.3 Fiscalización y Control:

La categoría de Fiscalización y Control analizó dos elementos: *la capacidad de la ASN de hacer cumplir regulaciones* y los *niveles de coordinación y transparencia percibidos*. Ambos recibieron una puntuación similar, 2.3 y 2.4, respectivamente.

Las Regiones de salud que mejor valoración concedieron a esta subdimensión (ver gráfico 13) fueron la VII (3.2), la 0 (2.9) y la VIII (2.6). En el extremo opuesto, las regiones IV y VI asignaron la menor valoración, 1.9 ambas.

La percepción que los diversos sectores involucrados en salud tienen sobre el nivel de transparencia con que la Autoridad Sanitaria cumple su rol regulador, es vital para legitimar su liderazgo como rectora del Sistema. En ese sentido, el pobre resultado obtenido en esas Regiones podría estar evidenciando la existencia de serios obstáculos para alcanzar los niveles de respeto y reconocimiento necesarios para movilizar las voluntades y los recursos de toda la sociedad hacia el campo de la salud pública.

Gráfico 13
Resultados de la subdimensión Fiscalización y Control a nivel regional



6.4 Regulación y Control de Insumos Médicos:

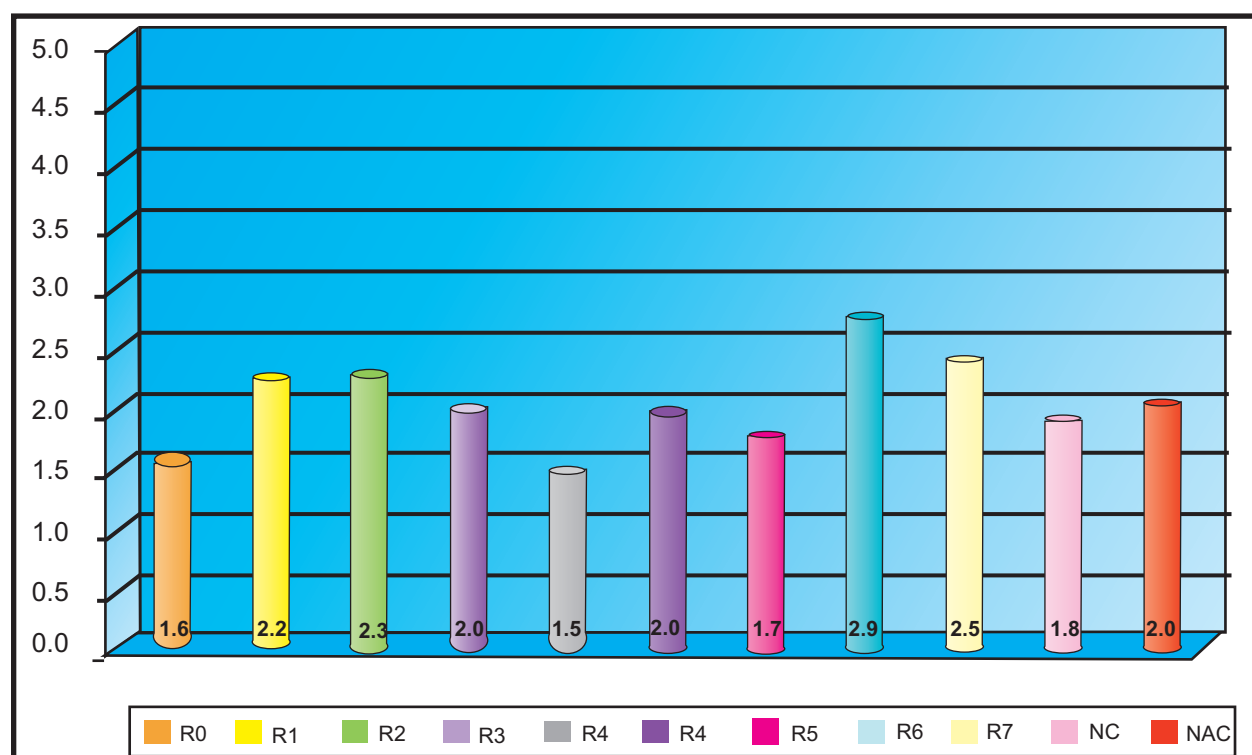
Como se dijo en el análisis global, fue la subfunción de Regulación la que menor valoración alcanzó. A lo interno, la categoría que mejor puntuada salió fue la regulación del sector farmacéutico (2.3). En esta categoría, el análisis debe girar en torno a si la Autoridad Sanitaria tiene las competencias y recursos para hacer cumplir las normas existentes en materia de importación, comercialización, publicidad, distribución y consumo de medicamentos y garantizar así que la población tenga acceso a medicamentos de calidad.

La regulación y control de equipos/dispositivos médicos y de tecnología sanitaria recibieron una puntuación respectiva de 1.8 y 1.6. En general, estas dos áreas se consideraron débiles por la ausencia tanto de normas como de medidas de control de precios y de evaluaciones.

En la única Región en que el cumplimiento de esta subfunción se acerca a 3, es decir, a un adecuado nivel de logro, es en la VII. En las demás, el desempeño de la misma es pobre, sobre todo en la IV, que ponderó su ejecución entre muy pobre y pobre (1.5).

El puntaje de la Región IV debe llamar a reflexión, sobre todo en momentos en que el país está iniciando, por mandato legal, la implementación de la separación de las funciones básicas del Sistema de Salud. Y es que, si en un esquema centralizado el nivel de desempeño es pobre, la Autoridad Sanitaria deberá realizar un gran esfuerzo para mejorar la regulación del sector farmacéutico y de los equipos y dispositivos médicos antes de que las Redes Regionales de Servicios de Salud se desarrollen como organismos autónomos.

Gráfico 14
Resultados de la subdimensión Regulación y Control de
Insumos Médicos a nivel regional



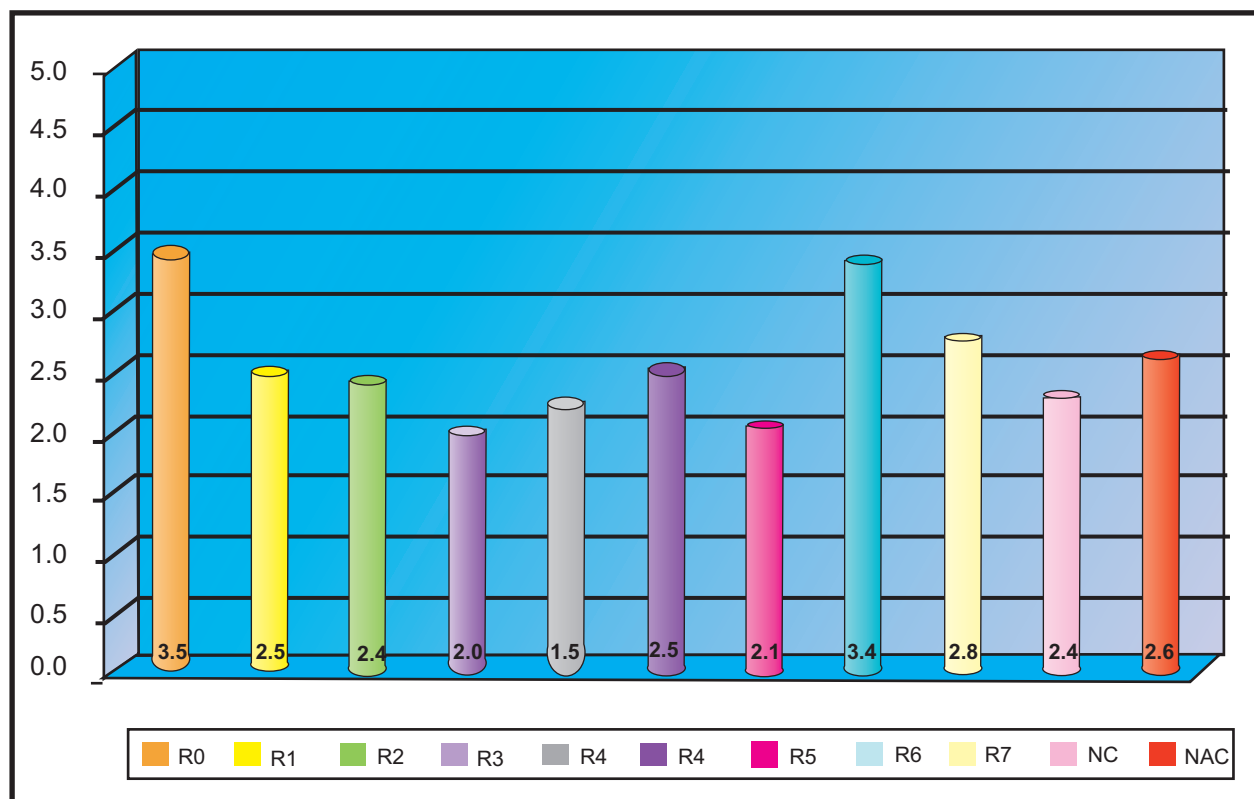
6.5 Regulación y Control Sanitario de Bienes y Servicios:

Esta categoría, si bien recibió un puntaje alto en relación con las demás dentro de la dimensión de Regulación (2.6), presenta la misma dualidad que la función regulatoria global, ya que refleja que, si bien existen normas para la *regulación y control sanitario de bienes de consumo* (2.4) y *permisos sanitarios de establecimientos públicos* (2.7), también evidencia un bajo nivel de fiscalización de las mismas.

Las Regiones 0 y VII se destacan por su buen nivel de desempeño en la regulación y control sanitario de bienes y servicios (3.5 y 3.4, respectivamente, según muestra el gráfico 15), en tanto que la III, IV y VI revelan un pobre nivel de cumplimiento.

Los bienes de consumo y los servicios se encuentran entre los principales determinantes de la salud de las poblaciones, por lo que garantizar que no ofrezcan peligro a la salud en términos individuales y colectivos se constituye en un quehacer de primer orden para la Autoridad Sanitaria. En ese sentido, que sólo dos de ocho Regiones sanitarias hayan alcanzado resultados satisfactorios en la medición de esta subdimensión es una evidencia más de que resulta imperativo fortalecer a las entidades responsables de llevarla a cabo.

Gráfico 15
Resultados de la subdimensión Regulación y Control Sanitario de Bienes y Servicios a nivel regional



6.6 Regulación y Control Sanitario del Medio Ambiente:

En la subfunción de regulación y control del medio ambiente (2.4), de nuevo sobresale la *existencia de normas* (2.7), mientras que la *fiscalización del cumplimiento de las normativas ambientales que inciden en la salud* (2.1) y la *coordinación con las autoridades ambientales* (2.2) para reducir los factores de riesgo a la salud —elementos clave de fiscalización y control— presentan debilidades.

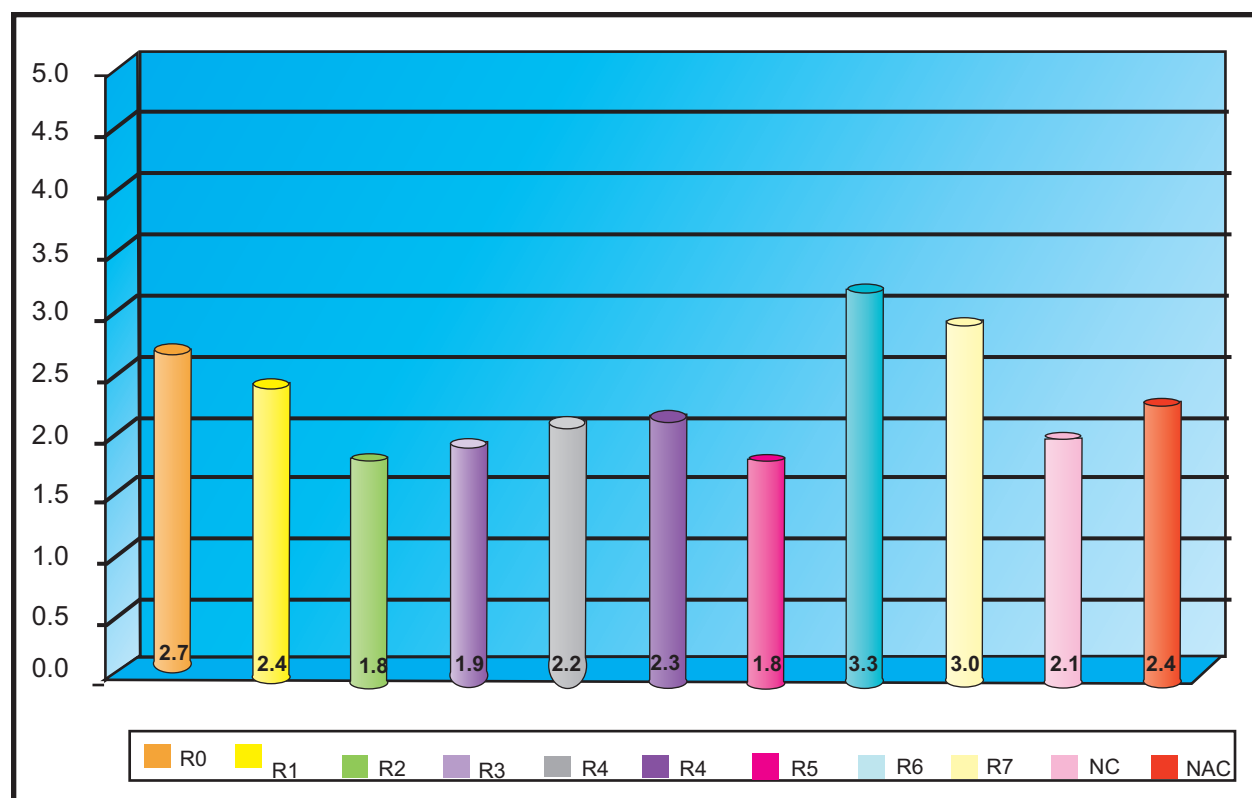
En un país como República Dominicana —donde las principales causas de morbilidad y mortalidad están relacionadas con factores ambientales (abastecimiento y calidad del agua, alcantarillado, contaminación ambiental, saneamiento de las viviendas, higiene de los alimentos y salud ocupacional, entre otros)— es vital incrementar la capacidad de la Autoridad Sanitaria para controlar el deterioro al ambiente.

El ambiente, como campo de intervención esencialmente intersectorial, requiere que las Autoridades Sanitarias nacionales y locales tengan puntos de contacto con los demás sectores sociales, en el ámbito de las instituciones, la comunidad y los individuos.

Al analizar los resultados por regiones (ver gráfico 16), se observa que la mejor puntuación corresponde a las Regiones VII y VIII, las que alcanzaron un buen grado de cumplimiento (3.3 y 3.0, respectivamente). Las otras Regiones no sobrepasaron la puntuación de 2.7, especialmente la VI, que se encuentra en la última posición, ya que valoró su desempeño en esta subdimensión con 1.8 puntos.

Gráfico 1

Resultados de la subdimensión Regulación y Control Sanitario del medio ambiente



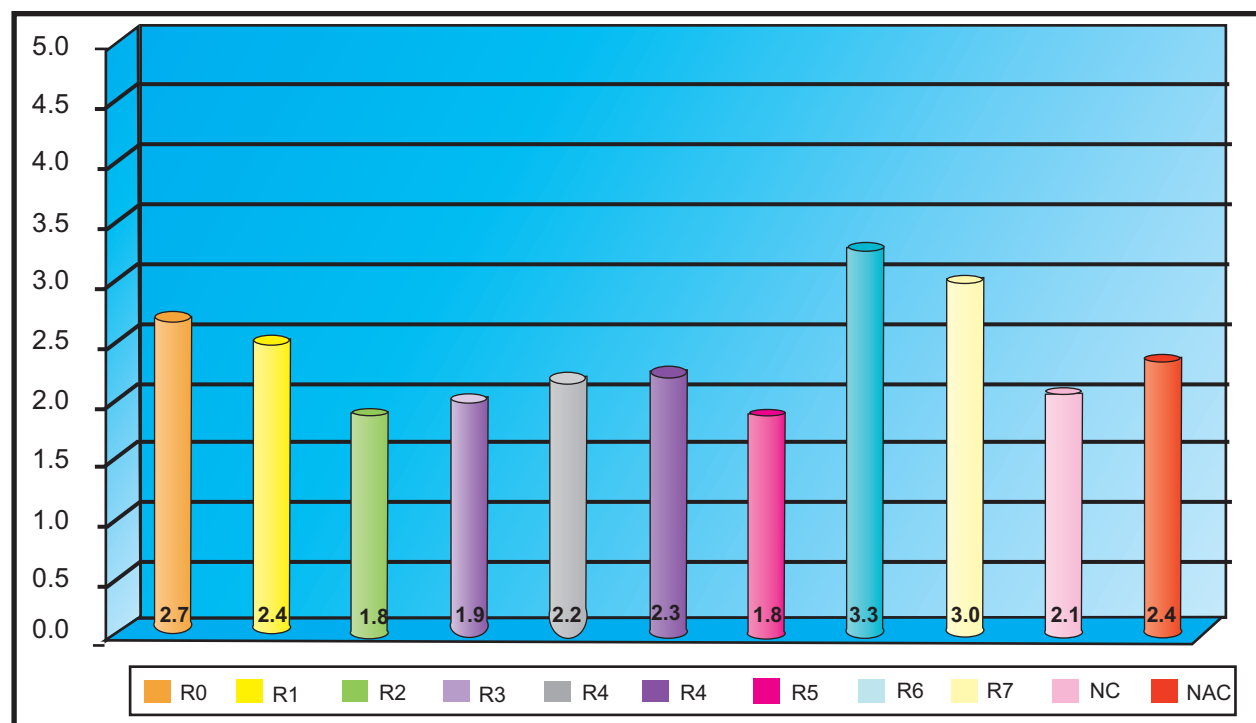
6.7 Regulación y Certificación de Recursos Humanos en Salud:

La última categoría en Regulación, la regulación y certificación de recursos humanos en salud, recibió el segundo puntaje más bajo después de regulación y control de insumos médicos: 2.2. Esto se refleja en los elementos que lo componen: la caracterización de la fuerza de trabajo en salud y la fijación de estándares y criterios para la acreditación de instituciones formadoras de profesionales de salud, resultaron las menos valoradas (ambas 2.1), mientras la fijación de estándares y criterios para la acreditación y certificación de profesionales de salud recibió un 2.3.

Este resultado apunta a que la ASN no caracteriza adecuadamente la fuerza de trabajo existente, en función de las brechas a cubrir en materia de composición y disponibilidad de acuerdo al perfil epidemiológico y demográfico. Igualmente, evidencia debilidades en garantizar la calidad de los trabajadores de la salud.

Partiendo de que los recursos humanos en salud son el activo más importante del Sistema, caracterizarlos, regularlos y certificarlos adecuadamente son tareas vitales en las que participan los niveles nacionales y subnacionales de la Autoridad Sanitaria, así como las instituciones formadoras, los gremios y las instancias reguladoras del Sector Educación. El resultado por Regiones indica que las mejores puntuaciones (ver gráfico 17) correspondieron a las Regiones VII y VIII (ambas 2.7) y las más bajas a las III, IV y VI (1.8 cada una). El bajo resultado en la mesa integrada por representantes del Nivel Central (2.1) es revelador de las limitaciones mencionadas.

Gráfico 17
Resultados de la subdimensión Regulación y Certificación de Recursos Humanos a nivel regional



7. Modulación del Financiamiento

Hay tres grandes tendencias en la dimensión del Financiamiento, de acuerdo con la separación estructural de funciones que caracteriza a los procesos de Reforma del Sector Salud en la Región de Las Américas.

La primera tendencia tiene que ver con la creación de fondos nacionales autónomos separados de los ministerios de salud, los cuales concentran las aportaciones públicas procedentes de los impuestos generales, las instituciones específicas para propósitos de salud cuando éstas existen y las aportaciones de trabajadores y empleadores cuando se han dado los pasos para fusionar los regímenes contributivos de Seguridad Social en salud a las asignaciones generales del Estado para este propósito.

La segunda tendencia se refiere al incremento de la proporción del financiamiento sectorial público que proviene de las instancias intermedias y locales del Estado, procedentes de recaudaciones tributarias propias de cada uno de estos niveles de la administración pública y de los recursos del Presupuesto Nacional, los cuales le son transferidos en bloque por las administraciones centrales y que están destinados a acciones en salud.

La tercera está relacionada con la creciente participación en la composición del financiamiento sectorial global en algunos países de la Región, de los seguros privados de salud y de algunas modalidades de servicios prepagados que son sufragadas con recursos propios de los beneficiarios y de sus empleadores, al menos en lo relativo a algunas coberturas que complementan los planes obligatorios que establece el Estado.

La combinación de esos tres elementos, en países encaminados a superar la segmentación del aseguramiento y la provisión de servicios provocados por los esquemas de financiamiento diferenciados, plantean nuevos retos y atribuciones a los ministerios de salud en lo concerniente a la ordenación del financiamiento sectorial.

Dicha evolución del financiamiento sectorial conlleva a la ASN a asumir las siguientes responsabilidades:

- Formular políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad.
- Vigilar el proceso de financiamiento sectorial.
- Negociar con los principales proveedores.
- Redistribuir fondos para compensar asimetrías de mercado.
- Definir criterios de asignación de recursos.

7.1 Resultados

La Modulación del Financiamiento es una función cuyo cumplimiento se produce preponderantemente en el Nivel Central, por lo que los resultados evidencian la percepción que las regiones tienen sobre la manera en que ese nivel desempeña la distribución equitativa de los recursos destinados al sector salud.

7.2 Análisis por Regiones

Región 0:

Consideró que no existen políticas ni procedimientos para modular el financiamiento sectorial. Igualmente, opinó que la Autoridad Sanitaria no tiene capacidad para influir, a nivel regional, sobre el origen de los recursos financieros ni posee los mecanismos y competencias para la redistribución efectiva de fondos.

Los participantes de esta Región expresaron que, aunque SESPAS cuenta con personal técnico calificado y con una unidad de Cuentas Nacionales en Salud, no se lleva a cabo una vigilancia estrecha del Financiamiento Sectorial, por falta de los instrumentos necesarios para llevar a cabo este proceso.

Como respuesta a esta situación, proponen la creación de unidades administrativo-financieras que se encarguen de transferir los fondos por compra e intercambio de servicios. Asimismo, para asignar los recursos a las Regiones proponen hacerlo en función de los indicadores de salud en lugar de usar el modelo histórico.

Región I:

Los participantes señalaron que no existen los instrumentos para vigilar el proceso de Financiamiento Sectorial con claridad, eficiencia y transparencia y que los criterios de asignación de recursos en SESPAS están definidos desde una óptica centralizada.

Admitieron tener una gran debilidad en la formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad.

En relación con la negociación de los principales proveedores nacionales con la Tesorería, creen que existe coordinación; pero que esta no se hace como política institucional, sino por relaciones personales y cabildeo.

En cuanto a la cooperación internacional, entienden que ejerce un peso fundamental en términos financieros y reconocen que la ASN es débil para negociar, coordinar, gestionar y evaluar proyectos. Consideran que esta tiene posibilidades reales de influir, pero que los roles deben ser revisados.

Región II:

Esta Región opinó que no hay políticas definidas para la Modulación del Financiamiento y que la asignación de recursos no se corresponde con las particularidades y necesidades de las Regiones e instituciones del sector salud.

Sobre la Vigilancia del Financiamiento, los participantes consideraron que, aunque hay capacidad técnica para llevarla a cabo, la misma se hace pobremente, no abarca todo el sector y no es sistemática.

De la negociación con los proveedores principales, los participantes externaron que existe la capacidad de negociación, los canales y la disposición al diálogo. Sin embargo, la falta de asignación de los fondos se debe, en muchas ocasiones, a tardanzas en la liquidación de fondos y a la entrega tardía de las solicitudes de asignación de recursos.

Consideraron que el peso de la cooperación foránea es importante y que la ASN tiene buena capacidad negociadora, aunque no siempre garantiza la sostenibilidad del financiamiento internacional.

Sobre la compensación de las asimetrías del mercado, dijeron que no hay mecanismos que permitan redistribuir los fondos entre los distintos regímenes (Contributivo y Subsidiado) en favor de la equidad.

Creen que la ASN puede asignar más recursos a los establecimientos de primer nivel y que, en etapas más avanzadas de la Reforma, puede utilizar los recursos del desmonte hospitalario y negociar con la Tesorería los ingresos que generan las regionales.

Sobre la definición de criterios para la asignación de recursos, expresaron que el rol de la ASN ha sido pobre, porque no ha logrado influir en la definición de las prioridades, debido a que no se ha establecido de manera sistemática la formulación del análisis de situación del país.

Región III:

Las políticas de modulación y corrección de la distorsión del financiamiento se ejecutan con limitaciones. Existen mecanismos de vigilancia del financiamiento y la capacidad para hacerlo, pero en la práctica no son funcionales.

La Autoridad Sanitaria tiene habilidad para negociar, pero no ha desarrollado los mecanismos e instrumentos ni el poder en la Región para hacerlo con la eficacia requerida.

Los participantes consideraron que la redistribución de fondos se ejecuta con restricciones siguiendo los lineamientos de un presupuesto histórico determinado por el Nivel Central con una óptica centralizada.

Región IV:

Los participantes expresaron que los principales avances en el ejercicio de esta dimensión son la definición y aplicación del Plan Básico de Salud, a través del Seguro Familiar de Salud, la superación de la meta de 128,000 afiliados del Régimen Subsidiado en 2005 y la realización de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios.

Región V:

Los puntos más relevantes sobre la formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del Financiamiento Sectorial e incrementar la equidad, a juicio de los participantes de esta Región, son la existencia de un marco legal definido, el apoyo institucional y la voluntad política.

Por otra parte, reconocieron la existencia de restricciones de tipo administrativo-financiero en el Nivel Central y la ausencia de criterios de asignación de recursos por planes estructurados. Tal actividad es realizada, empero, mediante la ejecución de un presupuesto tradicional.

En cuanto a la vigilancia del proceso de Financiamiento Sectorial, expresaron que la ASN tiene capacidad para llevarla a cabo; sin embargo, no cuenta con los mecanismos de lugar. Añadieron que la función de auditoría se aplica de manera contingente.

No obstante, resaltaron como promisorio el inicio de la realización de las Cuentas Nacionales en Salud, para el desempeño de esta dimensión de la Rectoría.

Sobre la negociación con los principales proveedores, destacaron que los gobiernos locales tienen capacidad de negociación, lo que permite el desarrollo de sus planes; no así el Nivel Central, del cual dijeron es débil en su capacidad de negociar con la Tesorería Nacional.

El ámbito de la cooperación internacional fue evaluado negativamente, resaltándose que muchas veces la ayuda externa está condicionada o no está acorde con las necesidades del país.

La Región opinó que la ASN no ha desarrollado mecanismos distributivos de gastos para compensar las inequidades y que la imposibilidad de relacionar los regímenes de financiamiento del Sistema de Seguridad Social es un obstáculo a la redistribución de fondos para compensar las asimetrías del mercado.

Región VI:

Esta Región concluyó que el tema de la equidad no está presente en las políticas para modular y corregir distorsiones del Financiamiento Sectorial. Asimismo, evaluó como limitada la vigilancia de los procesos de Financiamiento y la capacidad de negociación de la Autoridad Sanitaria, la cual consideran se sustenta básicamente en relaciones primarias.

Los participantes analizaron que la capacidad de coordinación y negociación con la cooperación internacional ha mejorado en los últimos tiempos, pero es necesario hacerla más proactiva.

Señalaron que las limitaciones para compensar las asimetrías de mercado a través de la redistribución de fondos están dadas básicamente por las disposiciones del nuevo marco legal en salud.

Calificaron de pobre el rol de la ASN para definir criterios de asignación de recursos; pero consideraron que, una vez asignados, la gobernabilidad sobre los mismos era alta.

Región VIII:

La ASN establece políticas de financiamiento, pero no cuenta con mecanismos suficientes y apropiados que garanticen la redistribución con equidad. El financiamiento no toma debidamente en cuenta la productividad, ni la oferta y la demanda de servicios de la población.

Cuenta con la capacidad para vigilar los gastos de SESPAS; sin embargo, persisten debilidades para fiscalizar la manera en que son invertidos los fondos asignados. No posee los mecanismos para vigilar el proceso de financiamiento de las demás instituciones del sector ni para medir la calidad y la eficiencia del gasto.

A Nivel Central, se formó la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud y se ha iniciado el proceso de elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud.

Los participantes consideraron que, a Nivel Central, se tiene capacidad para negociar con el Gobierno central y existen los canales de comunicación, pero señalaron que esta capacidad no siempre obtiene los recursos suficientes para satisfacer las necesidades del sector.

Indicaron que la ASN recibe recursos de organismos internacionales, sobre todo para los procesos de Reforma y para algunos programas específicos, tales como TB, PAI y SIDA; sin embargo, no siempre logra garantizar la sostenibilidad de los programas ya que, en algunos casos, estos se cierran tan pronto termina el financiamiento externo.

Expresaron que el país no tiene mecanismos para transferir fondos de un régimen de la Seguridad Social a otro y que se podría contribuir a la equidad iniciando la implantación del Régimen subsidiado y garantizando se incluyan en este a las personas de menores ingresos.

Por otra parte, consideraron que los mecanismos existentes para garantizar la equidad en la distribución regional de los fondos son muy limitados, ya que todavía los recursos asignados de acuerdo con presupuestos históricos y no a partir de criterios de necesidad, desempeño e impacto.

La Autoridad Sanitaria Nacional establece políticas de financiamiento, pero no cuenta con mecanismos suficientes y apropiados que garanticen la redistribución con equidad. El financiamiento no toma debidamente en cuenta la productividad, ni la oferta y la demanda de servicios de la población.

Cuenta con la capacidad para vigilar los gastos de SESPAS; sin embargo, persisten debilidades para fiscalizar la manera en la que son invertidos los fondos asignados. No posee los mecanismos para vigilar el proceso de financiamiento de las demás instituciones del sector ni para medir la calidad y la eficiencia del gasto

Nivel Central:

La mesa de representantes de las instancias centrales de las diferentes instituciones del sector expresaron que existe un marco legal apropiado para identificar, definir y regular el financiamiento del Sector Salud y que son establecidas políticas dirigidas a fomentar la equidad, la extensión de la protección social en salud y la solidaridad en el financiamiento.

Sin embargo, consideraron insuficiente la participación e influencia de la ASN en la Modulación y la Garantía del Financiamiento.

En el Sector Público se mantiene la formulación presupuestaria anual por programas o por criterios basados en el gasto histórico. Se identifica una falta de articulación efectiva entre las secretarías de Finanzas y de Salud.

La mesa resaltó que existen debilidades en la vigilancia del proceso de Financiamiento Sectorial, aunque son realizadas iniciativas tendientes a desarrollar sistemas efectivos para supervisar la ejecución del gasto, como la incipiente Unidad de Cuentas Nacionales de Salud, orientada a analizar el gasto e identificar distorsiones en el financiamiento.

Además, expresaron la necesidad de fortalecer la capacidad de negociación de la ASN y que ésta desarrolle un mayor liderazgo para aprovechar espacios de gestión tan importantes como el Consejo Nacional de Salud y el Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Los recursos provenientes de la cooperación internacional no suelen ser articulados de manera coherente con los planes nacionales de salud.

SESPAS ha iniciado un modelo de presupuestación basado en criterios programáticos y de resultados, procurando superar el modelo de presupuestación histórica o incrementalismo. También ha comenzado la separación de cuentas para la salud colectiva y la atención a las personas.

Describieron como las principales carencias o limitaciones para ejercer esta dimensión de la Rectoría, el débil liderazgo de la ASN para incidir en los criterios de asignación presupuestaria y los frágiles mecanismos de articulación con la provisión y la cooperación internacional en los procesos de decisión y fiscalización.

7.3 Propuestas para mejorar el desempeño de la Modulación del Financiamiento Sectorial

Después de analizar el nivel de cumplimiento de la dimensión Modulación del Financiamiento, las diferentes regiones señalaron las metas (ver matrices) y describieron las líneas de acción que deben ser desarrolladas para mejorar su desempeño.

Nivel Central:

- Integrar las políticas nacionales de financiamiento de salud con las políticas de desarrollo nacional.
- Conformar una mesa de negociación intersectorial para dotar a los actores de la información oportuna y pertinente para la toma de decisiones.
- Establecer un sistema de rendición de cuentas.
- Establecer un escenario de viabilidad financiera del modelo de salud que el país quiere adoptar en el que los recursos estén destinados prioritariamente al primer nivel de atención.
- Implementar cabalmente un presupuesto basado en metas y resultados.

Región O:

- Fortalecer el rol rector de SESPAS.
- Transferir el poder (desconcentrar).
- Movilizar a los actores del Sistema Nacional de Salud.
- Redistribuir y especializar los fondos.
- Fortalecer el liderazgo local.
- Establecer los escenarios de viabilidad financiera.
- Crear los instrumentos de medición para el seguimiento del uso de los fondos asignados.
- Descentralizar los servicios regionales de salud, como parte del proceso de separación de funciones, para garantizar la transferencia de recursos financieros.
- Poner en funcionamiento las estructuras administrativas de las Direcciones Regionales de Salud.
- Conformar un equipo técnico regional para acompañar la estructuración de los servicios regionales de salud.
- Definir de los perfiles de puestos.
- Establecer la política y los mecanismos para la cooperación, donde el nivel local decida — basándose en los indicadores— dónde, cuándo y cómo invertir los recursos.
- Lograr que el Consejo Nacional de la Seguridad Social establezca la reglamentación para la creación de este fondo.
- Determinar nuevas fuentes de financiamiento para los diferentes regímenes.
- Garantizar el financiamiento para la cobertura de los grupos más vulnerables.
- Establecer los escenarios de viabilidad financiera y actualización de los costos de las prestaciones establecidas en el plan básico.

Región I:

- Capacitar los recursos humanos en gestión administrativa.
- Estimular el proceso de descentralización y reforma, y dar seguimiento al grupo gestor del proceso.
- Elaborar un plan estratégico.
- Divulgar los instrumentos de políticas.
- Formar un equipo calificado de negociadores y expertos en cabildeo.
- Crear una unidad de asuntos internacionales que coordine y elabore proyectos acordes con la agenda nacional y las políticas públicas.

- Hacer un inventario de los recursos humanos de la región que conozcan sobre evaluación, formulación y gestión de proyectos.
- Compensar las asimetrías en el acceso a los servicios de salud para que las usuarias y los usuarios los reciban de forma equitativa.
- Crear fondos de compensación de riesgos y eventualidades, no regresivos.
- Completar el marco jurídico y procedimental para facilitar la distribución de los fondos.
- Elaborar instrumentos para la supervisión, el monitoreo y la evaluación del uso y la distribución de los fondos.
- Elaborar el plan regional de acuerdo al análisis de situación de salud.
- Capacitar a los gerentes de salud del nivel regional en gestión administrativa.
- Crear una unidad de seguimiento y monitoreo regional de la gestión administrativa.
- Conformar un grupo regional de búsqueda, elaboración y adaptación de instrumentos de evaluación de la calidad.
- Realizar capacitaciones provinciales para la aplicación de los instrumentos de medición.
- Desarrollar acciones para motivar el buen desempeño de los recursos humanos y los servicios.
- Establecer alianzas con los diferentes actores del proceso.
- Realizar talleres de autorregulación profesional, estímulo a las buenas prácticas, certificación de afiliados e intercambio de experiencias.

Región II:

- Asignar recursos en función de las urgencias y la producción de los establecimientos, priorizando los del primer nivel de atención.
- Fortalecer los mecanismos de vigilancia del proceso de financiamiento a fin de abarcar todo el sector y lograr así eficiencia y calidad.
- Mejorar la capacidad de la ASN para cumplir con las contrapartidas que exigen los financiamientos internacionales.
- Capacitar al personal administrativo de los hospitales y las DPS para la liquidación a tiempo de los recursos financieros.
- Crear mecanismos que permitan a la ASN mover fondos entre los diferentes regímenes de la Seguridad Social.
- Readecuar el presupuesto para dedicar más recursos a los establecimientos de atención primaria.
- Formar los equipos de Análisis de Situación de Salud (ASIS) para establecer las prioridades y, en consecuencia, la asignación racional de los recursos según este informe.

Región III:

- Utilizar los instrumentos de regulación sanitarias vigentes y establecer los criterios para su aplicación en el nivel regional.
- Crear en cada institución la estructura orgánica y funcional; fortalecer las existentes y establecer un plan de seguimiento.
- Crear y definir los criterios de descentralización que permitan una distribución más equitativa , fundamentada en las necesidades regionales.
- Identificar, definir y crear los mecanismos para aplicar en la Región los instrumentos de regulación de la asignación de los recursos.

Región IV:

- Realizar estudios de eficiencia que justifiquen la asignación de recursos financieros.
- Reglamentar la distribución de los recursos, difundir esos reglamentos y empoderar a los usuarios.
- Someter una propuesta de disposición administrativa para que todos los actores que reciben fondos de SESPAS rindan cuentas periódicamente.
- Aumentar el número de afiliados para 2006.
- Realizar encuestas una vez por año.

Región V:

- Aplicar políticas que permitan que el financiamiento responda a los planes y acciones priorizadas.
- Crear herramientas para la vigilancia del financiamiento.
- Buscar mecanismos efectivos de negociación con la Tesorería Nacional.
- Definir claramente los planes y las prioridades del Sector Salud.
- Realizar las Cuentas Nacionales de Salud.
- Elaborar un protocolo de gastos y de desempeño, para compensar de acuerdo con los resultados.
- Elaborar el presupuesto por objetivos.
- Evaluar periódicamente los resultados en relación a los recursos asignados.

Región VI:

- Favorecer el reordenamiento y el desarrollo institucional.
- Desarrollar manuales e instrumentos para la modulación del financiamiento.
- Definir e implementar el traspaso de competencias al nivel local.
- Capacitar y desarrollar los recursos humanos.
- Desarrollar manuales, normas e instrumentos para la evaluación del desempeño de la función de Modulación del Financiamiento.
- Implementar programas, manuales e instrumentos.

Región VIII:

- Implementar mecanismos que garanticen la efectiva fiscalización del proceso de financiamiento del sector, tomando en cuenta la productividad y la demanda de la población.
- Realizar un monitoreo local periódico (cada tres meses) de la asignación de los fondos por Región, acorde con los procedimientos establecidos por productividad y costos de los servicios de salud.
- Gerenciar el incremento de la partida presupuestaria destinada a salud, enfatizando las necesidades del sector.
- Asegurar los recursos de contrapartida del Estado Dominicano.
- Establecer los mecanismos y fondos que garanticen la sostenibilidad de los programas.
- Iniciar el Régimen Subsidiado en todas las provincias de la Región.

7.4 Resultados de la Modulación del Financiamiento por Región

Nivel Central

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Existe un marco legal vigente que establece criterios y algunas políticas que procuran modular el financiamiento. 2. Existe una Unidad de Cuentas Nacionales orientada al análisis del gasto e identificar distorsiones del financiamiento. 3. La SESPAS ha iniciado un modelo de presupuestación basado en criterios programáticos y en resultados, procurando superar el modelo de presupuestación histórica o incrementalismo.	1. Lograr una ASN con el liderazgo suficiente para establecer las políticas de aplicación de las regulaciones o normativas existentes en materia de financiamiento. 2. Sistema de medición de desempeño en términos de la planeación, gestión, ejecución y evaluación de metas y resultados ("Accountability" y "advocacy"). Con ello se pretende mejorar los instrumentos y las herramientas de gestión del gasto en salud.	1. Integración de las políticas nacionales de financiamiento de salud con las políticas de desarrollo nacional 2. Conformación de una mesa de negociación inter-sectorial, mediante el empoderamiento de los actores acerca de la información oportuna y pertinente para la toma de decisiones. 3. Establecer un sistema de rendición de cuentas.

Región 0

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. No existen políticas dirigidas a modular el financiamiento y corregir las distorsiones, ni se cuenta con mecanismos para influenciar el financiamiento sectorial. Sí, tenemos el personal técnico calificado y, aunque se posee una Unidad de Cuentas Nacionales en Salud, no se lleva a cabo una vigilancia estrecha del Financiamiento Sectorial, pues no se cuenta con los instrumentos necesarios para llevar a cabo este proceso. 2. La ASN, en términos regionales, no tiene en la actualidad ninguna relación directa con la Tesorería y no estamos en capacidad de influenciar el origen de los recursos financieros. 3. No conocemos cuál es el peso específico de la cooperación internacional en el Sector Salud, aunque se tiene habilidad para negociar eficazmente las necesidades y no se asume la responsabilidad de fuentes alternativas para que no se afecte la sostenibilidad del sistema. 4. La ASN no posee los mecanismos ni la competencia para la redistribución efectiva de fondos. 5. La creación de unidades administrativas que se encarguen de transferir los fondos por compra e intercambio de servicios. 6. Identificar las necesidades de asignación de recursos por Región, en función de los indicadores de salud. La especialización del presupuesto se hace con el modelo histórico de distribución de recursos.	1. Que la separación de funciones establecidas en las leyes cree las condiciones para que exista la modulación y la distribución de los fondos con equidad. 2. Que la ASN tenga la capacidad de llevar a cabo una vigilancia estrecha y sistemática del proceso de Financiamiento Sectorial, el cual incluya desde la asignación de los fondos hasta el uso que se dé a los mismos. 3. Llegar a desarrollar habilidades que permitan negociar con quien corresponda o asigne recursos financieros. 4. Tener la influencia y la facultad necesarias para canalizar los recursos de las agencias internacionales hacia las prioridades establecidas por la ASN y que ésta, a la vez, pueda monitorear la ejecución de esos fondos o transferirlos mismos en caso de una emergencia. 5. Contar con los fondos suficientes asignados en función del perfil epidemiológico, población, mapa de pobreza de cada región de salud y por la evaluación del desempeño.	1. Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS. -Transferir el poder (desconcentrar). - Movilización de los actores del Sistema Nacional de Salud. -Redistribución y especialización de fondos. - Fortalecimiento del liderazgo local. 2. Establecimiento de los escenarios de viabilidad financiera. -Crear los instrumentos de medición para el seguimiento del uso de los fondos asignados. 3. Descentralizar los servicios regionales de salud, como parte del proceso de separación de funciones que garantizará la transferencia de recursos financieros. -Puesta en funcionamiento de las estructuras administrativas de las Direcciones Regionales de Salud. -Conformación de un equipo técnico regional para acompañar la estructuración de los servicios regionales de salud. -Definición de los perfiles de puestos. 4. Establecer la política y los mecanismos para la cooperación donde el nivel local decida, según los indicadores, dónde, cuándo y cómo invertir los recursos.

Región I

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. En la Región 1, aún tenemos una gran debilidad en la formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del financiamiento sectorial e incrementar la equidad. 2. No existen los instrumentos para vigilar el proceso de financiamiento sectorial con claridad, eficiencia y transparencia. 3. Negociación con los principales proveedores nacionales y con Tesorería. Existe negociación y coordinación, pero no se hace como política institucional influenciada sino por relaciones personales y cabildeo. 4. Cooperación internacional. Ejerce un peso fundamental en términos financieros, entendemos que existen debilidades de la ASN en lo que compete a negociación, coordinación, evaluación y gestión de proyectos. La ASN tiene posibilidad real de influir, pero hay roles que deben ser revisados.	1. Una modulación descentralizada y autonomía de los recursos financieros. 2. Instrumentos con políticas claras del proceso de Financiamiento Sectorial y que los recursos sean aportados de una manera oportuna, transparente y suficiente, con atención a los sectores más vulnerables. 3. Implementar un equipo negociador con las competencias pertinentes, hábil y con disposición al dialogo para la solución de conflictos. 4. Mecanismo de coordinación con las agencias y organismos de cooperación internacional. 5. Distribución efectiva de fondos en la Región para compensar asimetrías.	1. Hacer cabildeo y capacitación de recursos humanos en gestión administrativa, estimularemos el proceso de descentralización y reforma, y le daremos seguimiento al grupo gestor del proceso. 2. Elaborar un plan estratégico de divulgación de los instrumentos de políticas y un grupo regional de cabildeo para lograr la implementación. 3. Formación de un equipo cualificado, negociador. 4. Creación una unidad de asuntos internacionales que coordine y elabore proyectos acordes con la agenda nacional y las políticas públicas. 5. Coordinación intra-agencial.

Región III

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Tenemos políticas de modulación, corrección y distorsión del financiamiento que se ejecutan con limitaciones. 2. Existen mecanismos de vigilancia del financiamiento y la capacidad para hacerlo; pero, en la práctica, no son funcionales. 3. Hay habilidad para negociar pero no hemos desarrollado los mecanismos, instrumentos regulatorios y el poder en la Región para hacerlos con la eficiencia requerida. 4. La redistribución de fondos se ejecuta con limitaciones, fundamentada en un presupuesto histórico emanado directamente del Nivel Central. 5. Están definidos los criterios de asignación de recursos en SESPAS, desde una óptica centralizada.	1. Lograr que un 60% de los indicadores de políticas de modulación sean funcionales y eficientes en un año. 2. Implementar los mecanismos de fiscalización y supervisión regularmente, para aumentar los índices de vigilancia en un 30% en los próximo seis meses. 3. Desarrollar la capacidad y competencia, con una estructura que responda con efectividad a la implementación de las negociaciones en los próximo seis meses. 4. Implementar mecanismos de descentralización que nos permitan una distribución más equitativa, de acuerdo con la realidad local. 5. Establecer los mecanismos y definir los criterios para la asignación de los recursos, conforme a una óptica o visión regional.	1. Gestionar en las instancias correspondientes los instrumentos y crear los criterios de regulación para aplicarlos en el nivel regional. 2. Crear en cada institución la estructura orgánica y funcional y fortalecer las existentes, y establecer un plan de seguimiento. 3. Utilizar los instrumentos de regulación sanitarias vigentes y establecer los criterios para su aplicación. 4. Crearemos y definiremos los criterios de descentralización que nos permitan una distribución más equitativa, acorde con las necesidades regionales. 5. Identificar, definir y crear los mecanismos que nos permitan ejecutar los instrumentos de regulación en la Región, con relación a la asignación de los recursos.

Región IV

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Instalación de oficinas de la DIDA para orientación, asesoría y defensoría de los derechos del afiliado de la Seguridad Social. 2. Vigilancia del cumplimiento de la prestación de servicios a través del Comité de Apoyo a la DIDA.	1. Lograr que el 100% de los montos entregados por concepto de presupuesto correspondan a los montos aprobados. 2. Lograr una distribución equitativa entre las provincias de la Región que correspondan al número y necesidades de la población.	1. Estudios de eficiencia que justifiquen la necesidad de asignación de recursos financieros. 2. Reglamentar la distribución de los recursos, difundirlo y empoderar a los usuarios 3. Someter una propuesta de disposición administrativa de rendición de cuentas.

Región V

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del Financiamiento Sectorial e incrementar la equidad. -Hay un marco legal definido. -Existe apoyo institucional. -Existe voluntad política. -Hay restricciones financieras administrativas a Nivel Central. 2. Vigilancia del Proceso de Financiamiento Sectorial. -La ASN cuenta con la capacidad para la vigilancia, pero en la actualidad no cuenta con ningún mecanismo para ello.	1. La ASN debe asumir su rol de liderazgo haciéndole saber al Gobierno central que la salud es la clave de desarrollo de los pueblos. 2. El gobierno local debe manejar sus recursos de acuerdo a su programación. 3. Obtención de la asignación de recursos financieros adecuados para la realización de los planes del sector.	1. Aplicación de políticas que permitan que el financiamiento esté basado en los planes y acciones priorizadas. 2. Herramientas para la vigilancia del financiamiento. 3. La ASN debe buscar mecanismos efectivos de negociación con la Tesorería. 4. Definiendo claramente nuestros planes y prioridades en el sector. 5. Creación de las Cuentas Nacionales de Salud

-La función real de auditoria se aplica de manera contingente.

-Se están iniciando a Nivel Central las Cuentas Nacionales en Salud.

3. Negociación con los principales proveedores

-Capacidad del gobierno local de negociación con el nivel central que permita el desarrollo de sus planes.

-Debilidad de la ASN en su capacidad de negociación con la Tesorería.

4. Cooperación internacional

-El cooperante condiciona para la solicitud, que no necesariamente están de acuerdo con las necesidades del país.

-En ocasiones, el país no presenta adecuadamente los proyectos para solicitar la cooperación.

-Existe poca capacidad de negociación para definir sus prioridades con los organismos internacionales.

5. Redistribución de fondos para compensar asimetrías de mercado.

-Existen tres regímenes, cada uno con un financiamiento diferente y no se sabe cómo relacionarlos.

6. Redistribución de fondos entre niveles regionales

Actualmente, no existen mecanismos financieros para la redistribución de fondos y la ASN no ha desarrollado mecanismos distributivos de gastos para compensar las inequidades.

7. Definición de criterios de asignación de recursos

-No existen criterios de asignación de recursos por planes estructurados, sino por un presupuesto tradicional.

4. Mejorar la capacidad de negociación con los organismos internacionales, a fin de que se correspondan con las necesidades y planes del sector.

5. Manejo de los fondos de los tres regímenes por una sola entidad.

6. Adecuar una efectiva redistribución de fondos entre los distintos niveles regionales, a fin de garantizar equidad.

7. Garantizar que los recursos se adecuen a la planificación previa y a las prioridades del sector salud a nivel local.

5. Elaborar un protocolo de gastos y de desempeño, para compensar de acuerdo con los resultados.

6. Elaborar un presupuesto por objetivos.

7. Evaluar periódicamente los resultados en relación con los recursos asignados.

Región VI

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Formulación de políticas que permitan modular y corregir distorsiones del Financiamiento Sectorial e incrementar la equidad. El tema de la equidad no se incluye. 2. Vigilancia de procesos de Financiamiento Sectorial. Es muy limitada y algunas iniciativas son limitadas. 3. Negociación con los principales proveedores. 4. Negociación y Coordinación con la Tesorería. La capacidad de negociación de la ASN es muy limitada, básicamente sustentada en relaciones primarias.	1. SESPAS logra modular el Financiamiento Sectorial hacia la equidad, mediante el desarrollo de mecanismos y otras normativas. 2. Se cuenta con mecanismos y personal calificado, a través del cual se desarrollan los sistemas de vigilancia del Financiamiento Sectorial. 3. La ASN tiene la capacidad de identificar y exponer sus necesidades, logrando influenciar positivamente en la asignación de fondos.	1. Reordenamiento y desarrollo institucional. Desarrollo de manuales e instrumentos para la Modulación del Financiamiento. 2. Definición e implementación del traspaso de competencias a nivel local. 3. Capacitación y desarrollo de los recursos humanos. 4. Desarrollo de manuales, normas e instrumentos para la evaluación del desempeño de la función. Implementación de programas, manuales e instrumentos.

Región VII

No presentó sus resultados en la dimensión de Financiamiento Sectorial.

Región VIII

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Formulación de una política que permita modular y corregir distorsiones del Financiamiento Sectorial e incrementar la equidad. 2. Se establecen políticas de financiamiento, pero no se cuenta con mecanismos	1. Fortalecer las políticas de financiamiento que permitan garantizar la redistribución con equidad. 2. Incrementar la capacidad de vigilancia de la ASN del proceso de financiamiento del sector.	1. Implementación de mecanismos que garanticen la efectiva fiscalización del proceso de financiamiento del sector tomando en cuenta la productividad y la demanda de la población.

suficientes y apropiados que garanticen la redistribución con equidad.

El financiamiento no toma debidamente en cuenta la productividad, la oferta ni demanda de servicios de la población.

2. Vigilancia del proceso de Financiamiento Sectorial.

Se cuenta con la capacidad para vigilar los gastos de SESPAS. Sin embargo, persisten debilidades para fiscalizar la forma en que son gastados los fondos asignados. Tampoco se cuenta con mecanismos para vigilar el proceso de financiamiento de las demás instituciones del sector ni para medir la calidad y la eficiencia del gasto.

A Nivel Central, se formó la Unidad de Cuentas Nacionales de Salud y se ha iniciado el proceso de elaboración de las Cuentas Nacionales en Salud.

3. Negociación con los principales proveedores.

A Nivel Central, se cuenta con la capacidad para negociar con el Gobierno central y existen los canales de comunicación. Sin embargo, esta capacidad de la ASN no siempre logra alcanzar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades del sector.

Se logra conseguir recursos en los organismos internacionales, sobre todo para los procesos de reforma y para algunos programas específicos, tales como TB,

- a. Obtener los recursos necesarios para satisfacer las necesidades del sector.
- b. Lograr la sostenibilidad de los programas y proyectos financiados por organismos internacionales.

Mejorar la redistribución de fondos, favoreciendo a la población más vulnerable.

Realizar monitoreo local cada tres meses de la asignación de los fondos por región, acorde con los procedimientos establecidos de productividad y costos de los servicios de salud.

- a. Gerenciar el incremento de la partida presupuestaria destinada a salud, enfatizando las necesidades del sector.
- b. Aseguramiento de los recursos de contrapartida del Estado dominicano y establecimiento de los mecanismos y fondos que garanticen la sostenibilidad de los programas.

Inicio del Régimen Subsidiado en todas las provincias de la Región.

PAI y SIDA. Sin embargo, no siempre se logra garantizar la sostenibilidad de los programas ya que, en algunos casos, estos se cierran tan pronto se termina el financiamiento externo.

4. Redistribución de Fondos para Compensar Asimetrías de Mercado. No se cuentan con mecanismos para transferir fondos de un régimen a otro. Se podría contribuir a la equidad iniciando la implantación del Régimen Subsidiado y garantizando que se incluyan en este a las personas de más bajos ingresos. Por otra parte, son muy pobres los mecanismos existentes para garantizar la equidad en la distribución según prioridades, pero está muy centralizada. Todavía los recursos se asignan de acuerdo con presupuestos históricos y no con las necesidades, el desempeño y el impacto.

8. Resultados de la Dimensión Garantía del Aseguramiento

8.1 Vigilancia del Aseguramiento

La dimensión del Aseguramiento contempla el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para toda la población o grupos especiales dentro de ésta. Conlleva los siguientes requisitos:

- Definición de un conjunto garantizado de prestaciones.
- Definición de pobladores y territorios que serán cubiertos por el conjunto de prestaciones.
- Regulación y control del cumplimiento público de los planes de aseguramiento.

Los actuales esquemas de protección social en el ámbito de la salud –sistemas de asistencia social y de seguridad social– no bastan para enfrentar los actuales problemas de exclusión sanitaria. Por tanto, la tarea fundamental de las autoridades de salud es garantizar a la ciudadanía, independientemente de su capacidad de pago, la protección social básica universal en materia de salud que conduzca a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de calidad.

En materia de Aseguramiento, el Estado tiene la responsabilidad de tutelar una efectiva protección social en salud mediante el aval del acceso a un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o planes específicos para grupos especiales de población.

Para ello es necesario desarrollar la capacidad institucional de los ministerios o secretarías de salud para definir los contenidos de los planes garantizados de prestaciones que tienen carácter obligatorio para aquellos ciudadanos amparados bajo el o los esquemas de seguridad social en salud de responsabilidad pública.

Igualmente, deberán definir las poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía de conjuntos de prestaciones. Dicha tarea deberá abocarse a la protección de los derechos de los usuarios y a la difusión de dichos derechos.

Por último, deberá regular y controlar el cumplimiento público y privado de los planes garantizados de prestaciones, para que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido de los esquemas de aseguramiento, por riesgos étáreos o de patologías preexistentes y contar con los mecanismos que hagan posible la compra o prestación de servicios para dar cumplimiento a tales planes garantizados. Igualmente, deberá definir los estándares de prestación de servicios. La garantía del Aseguramiento conlleva la realización de las siguientes tareas:

- Definición de un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para toda la población o planes específicos para grupos especiales de ésta.
- Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por el conjunto de prestaciones.
- Regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes de Aseguramiento.

8.2 Resultados

La Ley General de Salud No. 42-01 y la Ley No. 87-01 que Crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social delimitan un escenario de separación de funciones, en el cual, ante la alta segmentación del sistema y la insuficiente participación social en la gestión de la salud, cobra relevancia la necesidad de fortalecer el rol rector de SESPAS para regular la producción social de la salud, así como para dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias.

El inicio del Sistema de Seguridad Social condiciona, de manera imperativa, que SESPAS asuma la responsabilidad de garantizar la cobertura de los servicios de salud y el acceso de la población a los mismos. En este tenor, los resultados de la evaluación de la Vigilancia del Aseguramiento, ofrecen una idea clara de la situación de la dimensión, tanto a Nivel Central como en las diferentes Regiones Sanitarias.

Nivel Central:

La situación de la Vigilancia del Aseguramiento, de acuerdo a la apreciación de la mesa representativa del Nivel Central, se traduce en una débil articulación de la inteligencia sanitaria para caracterizar la población socialmente excluida y garantizar un conjunto de servicios de salud. Asimismo, se halla expresada en una pobre supervisión y control del cumplimiento público y privado de las prestaciones de salud y del impacto de dichas intervenciones en los indicadores sociales y sanitarios.

Otra de las características del ejercicio de esta dimensión es la limitada información y divulgación de los derechos de los usuarios en términos de aseguramiento en salud.

Región O:

Según la opinión de los representantes de esta Región, en el actual modelo del sistema de salud están articulados los derechos de los usuarios; sin embargo, su difusión no es amplia, ni es parte de la cultura del Sistema de Salud. Consideraron que se ha informado a determinados grupos poblacionales, de manera parcial y fundamentalmente a través de los medios electrónicos (cuñas radiales y boletines).

En la Región no se vigila el cumplimiento público o privado de los planes de aseguramiento y, por tanto, no se verifica la posible exclusión de los usuarios por edad o enfermedades preexistentes. Acotaron que la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) debe fiscalizar el desempeño de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y vigilar sus ofertas y las poblaciones que atienden.

También externaron que las aseguradoras no son supervisadas por la Autoridad Sanitaria Nacional y que no existen los estándares para regular la calidad de la prestación de servicios.

Región II:

Consideraron que, por parte de la ASN, no hay ninguna instancia que proteja a los usuarios; pero que, en el marco de la Ley No. 87-01, se cuenta con la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados

(DIDA), la cual se encarga de informar asesorar, orientar y defender a los usuarios. Opinaron que la DIDA precisa de una mayor asignación presupuestal, aunque cuenta con los mecanismos para la canalización de reclamos y adjudicación de quejas.

El grado de difusión y promoción de los derechos de los usuarios debe ser más amplio y mejorar tanto en la población como en los centros de salud, ya que sólo en algunos hospitales están publicados los derechos de los usuarios.

Sobre la regulación del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento, concluyeron que no se realiza y que tampoco hay mecanismos de vigilancia para evitar la exclusión por edad o por enfermedad pre-existente.

Opinaron que, aunque existen algunas normas, no se aplican estándares de calidad para la regulación de los servicios de salud en los establecimientos públicos ni privados.

La ASN no fiscaliza las actividades de las prestadoras de servicios ni de las aseguradoras. Los resultados de afiliación de los seguros no se vigilan, ni los contenidos de las pólizas. Tampoco realiza investigaciones de mercado para establecer mecanismos de contratación y sistemas de control de calidad.

Región III:

Los representantes de esta Región externaron que las poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía del conjunto de prestaciones están definidos sólo para una parte de los actores del sistema. Señalaron que no se ha difundido el conjunto de prestaciones entre los actores del sistema y menos aún entre los usuarios, quienes están poco informados. A pesar de la existencia de mecanismos de regulación y control, los criterios para aplicarlos en el nivel regional no han sido definidos.

Región IV:

Entre los avances en el desempeño de esta dimensión, los participantes de la Región identificaron la instalación de oficinas de la DIDA para la defensoría, orientación y asesoría de los derechos de los afiliados de la Seguridad Social. Igualmente, la vigilancia del cumplimiento de la prestación de servicios a través de los Comités de Apoyo a la DIDA.

Región V:

Para los integrantes de esta mesa, las prestaciones de salud están desvinculadas de las necesidades y expectativas de las ciudadanas y los ciudadanos. Consideraron que a nivel regional y local existen iniciativas de acercamiento a la sociedad mediante sus diversas instituciones, aunque de manera limitada.

La población cuenta con una instancia, la DIDA, para la orientación y defensa de los derechos de usuarios y usuarias en el marco de la Ley No. 87-01; pero, en razón de que no ha sido iniciado el Seguro Familiar de Salud, los usuarios y las usuarias están desprotegidos. No obstante en la Región también ha sido iniciada la cobertura a los beneficiarios del Régimen Subsidiado de manera progresiva.

Expresaron que se ha trabajado en la promoción de los derechos de los usuarios y usuarias en cada uno de los hospitales y áreas de salud de la Región, instalando una oficina de atención a los usuarios y usuarias, así como buzones de sugerencias y comités intrahospitalarios donde se analizan las quejas. Estos últimos están conformados por representantes de la comunidad y de los proveedores.

A pesar de lo anterior, no existen los mecanismos en las proveedoras y aseguradoras para facilitar el conocimiento y la respuesta rápida a las quejas de usuarios y usuarias. A nivel regional se realizan encuestas de satisfacción aunque no de manera sistemática.

En todos los hospitales de la Región se han organizado los consejos de administración hospitalaria.

Región VI:

Los representantes de la mesa apuntaron que la ASN no tiene una política definida al respecto; tampoco una estrategia de comunicación. En relación con la protección de los derechos de los usuarios, dijeron que algunos establecimientos han desarrollado algunas iniciativas al respecto; pero que, en líneas generales, la ASN no ha asumido la difusión de esos derechos.

Hay un uso limitado de la información que generan las encuestas de satisfacción de usuarios. Se cuenta con la DIDA, que tiene definida la gestión de las quejas de los usuarios, pero con limitado presupuesto.

En cuanto a la definición de estándares para la prestación de servicios, expresaron que existen algunas definiciones, pero en su mayoría no se aplican y que no se han definido los criterios generales sobre el tema, incluyendo los relativos a guías y protocolos de atención.

La vigilancia del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento es muy pobre y no garantiza la identificación de casos de selección de riesgos y exclusiones sociales. En sentido general, son temas que no han sido asumidos por la ASN.

Región VIII:

En esta Región expresaron que existe un Plan Básico de Salud, definido por el Consejo Nacional de la Seguridad Social, pero el mismo no ha entrado en vigencia.

Los derechos de los usuarios no son suficientemente promovidos, aunque en algunos establecimientos hay murales donde se exponen tales prerrogativas. Dijeron que SESPAS no cuenta con instancias especializadas para la protección de los derechos de los usuarios y que todavía no se han establecido oficinas de la DIDA en la Región. Sobre los estándares de prestación de servicios, opinaron que existen, pero se aplican muy tímidamente.

Apuntaron que SISALRIL ha iniciado el proceso de habilitación y acreditación de las ARS. Sin embargo, hasta la entrada en vigencia del Seguro Familiar de Salud, la ASN no ha podido garantizar una efectiva fiscalización y regulación de las prestaciones ni de su solvencia financiera y transparencia en el desempeño de las ARS. Asimismo, expresaron que, hasta la fecha, no existen mecanismos que garanticen la no exclusión de beneficiarios de los esquemas de aseguramiento.

8.3 Planes de acción

Para mejorar el desempeño de la función de Vigilancia del Aseguramiento, las regiones propusieron las siguientes acciones:

Nivel Central:

- Coordinar intersectorialmente para la realización, análisis, estandarización y evaluación de informaciones sobre la cobertura del aseguramiento en salud.
- Desarrollar y aplicar el módulo de vigilancia previsto en el sistema de información general en salud.
- Diseñar e implementar el sistema de información y comunicación en salud.

Región O:

- Elaborar un programa de Información, Educación y Comunicación (IEC) para los usuarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- Elaborar e implementar los estándares para regular la calidad de la prestación de servicios a partir de las normas y protocolos establecidos.
- Iniciar el Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- Crear los mecanismos e instrumentos para la supervisión efectiva del rol que desempeñan las Aseguradoras en el Sistema.

Región II:

- Diseñar programas de difusión e información sobre los bienes y servicios a los cuales la población tiene derecho.
- Diseñar instrumentos para evaluar, de manera sistemática, a las aseguradoras y a los proveedores de servicios.
- Difundir información, en forma entendible y en todos los establecimientos, sobre los derechos de los usuarios.
- Diseñar una estrategia para la generación de recursos en las diferentes instancias del sector e instituciones afines.
- Crear normas y hacer que sean aplicadas para la regulación de los servicios de salud.
- Crear un sistema de vigilancia para garantizar que no haya exclusión de usuarios y que se tengan buenos mecanismos de control de calidad.
- Creación de un sistema de vigilancia que evite fraudes por parte de las aseguradoras.

Región III:

- Implementar un sistema de información altamente eficiente para difundir el conjunto de prestaciones entre prestadores y usuarios.
- Poner en ejecución el sistema de información.
- Crear las estructuras orgánicas y funcionales para iniciar desde ya el proceso de regulación.

Región IV:

- Garantizar los recursos necesarios para evaluaciones anuales de la Garantía del Aseguramiento.

Región V:

- Formular y ejecutar planes y acciones que respondan a las necesidades y expectativas de toda la población, garantizando su participación e incorporación en todo el proceso.
- Establecer políticas y mecanismos que garanticen la apertura a la población y posibiliten su información oportuna y de calidad.
- Capacitar a todos los miembros de cada comité para asegurar el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades asignadas según ley.
- Realizar evaluaciones y encuestas de satisfacción de usuarios y usuarias de manera periódica y divulgar sus resultados.
- Realizar encuentros de socialización con la comunidad organizada.
- Llevar a cabo encuestas de opinión.
- Integrar a los medios de comunicación a la divulgación de los planes y las acciones.
- Sensibilizar a la instancia rectora para lograr un mayor compromiso.
- Impulsar, a través de los diferentes sectores, sociales y comunitarios a niveles regional y local una participación propositiva, democrática y creíble.

Región VI:

- Conformar una estructura central para el desarrollo de la función de vigilancia del aseguramiento.
- Implementar el plan de desarrollo de la función.
- Elaborar la base normativa, procedimientos y sistema de información necesario para el desarrollo de la función.
- Definir e implementar el plan de transferencia de competencias a nivel local.
- Ejecutar un plan de capacitación y desarrollo de recursos humanos.
- Evaluar el desempeño y la reorientación de los procesos.

Región VIII:

- Iniciar la implementación del Seguro Familiar de Salud.
- Realizar una amplia campaña de difusión de los derechos de los usuarios.
- Crear mecanismos y estructuras especializadas en la defensa de los usuarios en las provincias de la Región.
- Crear e implementar un sistema de monitoreo y evaluación permanente según a las normas y estándares de desempeño.
- Realizar un levantamiento de información que permita identificar la población más vulnerable y excluida.
- Establecer oficinas regionales de las instancias de la DIDA y la SISALRIL.

8.4 Matrices**Nivel Central**

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCION: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Débil articulación de su inteligencia sanitaria para caracterizar a la población excluida socialmente y garantizar un conjunto de servicios de salud. Débil supervisión y control del cumplimiento público y privado de las prestaciones de salud y del impacto de dichas intervenciones en los indicadores sociales y sanitarios. Limitada información y divulgación de los derechos de los usuarios en términos de aseguramiento en salud.	Una ASN fortalecida institucional y organizacionalmente, con los debidos recursos para articular una inteligencia sanitaria capaz de desarrollar un alto nivel de gestión. La ASN desarrolla un sistema de monitoreo y evaluación para medir el cumplimiento y el impacto de las intervenciones en salud. La ASN dispone y ejecuta un sistema de información y comunicación sobre los derechos de los usuarios en términos de aseguramiento en salud.	Coordinación intersectorial para la realización, análisis, estandarización y evaluación de informaciones sobre la cobertura de aseguramiento en salud. Desarrollo y aplicación del módulo de vigilancia previsto en el Sistema de Información General en Salud. Diseño e implementación del Sistema de Información y Comunicación.

Región 0

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Parcialmente se ha informado a determinados grupos poblacionales, aunque existe una cartera de servicios, la información de esta se limita a medios electrónicos, cuñas radiales y boletines a grupos cautivos. 2. En el actual modelo del sistema de salud están articulados los derechos de los usuarios sin embargo, o no se cuenta con una amplia difusión ni es parte de la cultura de nuestro sistema.	1. Contar con información suficiente sobre la cartera de servicios, grandes campañas de difusión masiva y con anuncios de los servicios nuevos que se oferten o incluyan. 2. Desarrollar la cultura de la difusión de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Elaborar un programa de IEC para los usuarios del sistema Dominicano de Seguridad Social. Elaborar e implementar a partir de las normas y protocolos los estándares para regular la calidad de la prestación de servicios. Inicio del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Crear los mecanismos e instrumentos para la supervisión efectiva del rol que desempeñan las Aseguradoras en el Sistema.

Región I

Los resultados de la matriz correspondiente a Garantía del Aseguramiento no fueron registrados.

Región II

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Parcialmente se ha informado a determinados grupos poblacionales, aunque existe una cartera de servicios la información de esta se limita a medios electrónicos, cuñas radiales y boletines a grupos cautivos.	1. Contar con información suficiente sobre la cartera de servicios, grandes campañas de difusión masiva y con anuncios de los servicios nuevos que se oferten o incluyan. 2. Desarrollar la cultura de la difusión de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.	Elaborar un programa de IEC para los usuarios del sistema Dominicano de Seguridad Social. Elaborar e implementar a partir de las normas y protocolos los estándares para regular la calidad de la prestación de servicios.

2. En el actual modelo del sistema de salud están articulados los derechos de los usuarios; sin embargo, no cuentan con una amplia difusión ni es parte de la cultura de nuestro Sistema.		Inicio del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Crear los mecanismos e instrumentos para la supervisión efectiva del rol que desempeñan las Aseguradoras en el sistema.
---	--	--

Región III

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
No está claramente difundido el conjunto de prestaciones para los actores del sistema y, en muy mínima proporción, para los usuarios. Están definidos las poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía del conjunto de prestaciones solo para una parte de los actores del sistema, pero los usuarios están poco informados. Existen los mecanismos de regulación y control, pero no hemos definido los criterios para aplicarlos a nivel regional.	Lograr que, en un año, el 100 % de los actores y el 50% de los usuarios estén debidamente informados Lograr que, en un plazo de un año, el 60% de los actores del sistema tengan claramente definidos las poblaciones y territorios que serán cubiertos. Definir los criterios para lograr que, en un año, el 50% del sector esté regulado y controlado en el cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento.	Implementar un sistema de información altamente eficaz para difundir el conjunto de prestaciones. Poner en ejecución el sistema de información. Crear las estructuras orgánicas y funcionales para iniciar desde ya el proceso de regulación.

Región VI

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Instalación de oficinas de la DIDA para la defensoría, orientación y asesoría a los derechos del afiliado de la Seguridad Social. 3. Definición y aplicación del Plan Básico de Salud a través de la aplicación del Seguro Familiar de Salud. 4. Superada la meta del número de afiliados en 2005.	1. Realizar estudios anuales de cobertura de prestadores, tanto públicos como privados. 2. Evaluar el cumplimiento de los planes. 3. Realizar evaluaciones que cuantifiquen las exclusiones.	1. Garantizar los recursos necesarios para la realización de evaluaciones anuales sobre la Garantía del Aseguramiento.

Región V

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Definición de un conjunto de prestaciones: Desvinculación de las necesidades de la ciudadanía y sus expectativas. En la regional y a nivel local existen niveles de acercamiento a la sociedad mediante sus diversas instituciones, aunque de manera limitada.	1. Formular y ejecutar planes y acciones que respondan a las necesidades y expectativas de toda la población, garantizando su participación e incorporación en todo el proceso.	1. Socialización con la comunidad organizada. 2. Encuestas de opinión 3. Integración de los medios de comunicación a la divulgación de los planes y acción. 4. Fortalecimiento de la sensibilización y mayor

Es limitada la información que se divulga a la población general; la misma esta dirigida generalmente a grupos de interés

La población cuenta con una instancia para la orientación y defensa de los derechos de usuarios y usuarias en el marco de la ley 87-01; pero en razón de que no se ha iniciado el Seguro Familiar de Salud los usuarios/as están desprotegidos.

No obstante, la Región también se ha iniciado la aplicación del Régimen Subsidiado de manera progresiva.

Se ha trabajado en la promoción de los derechos de los usuarios y usuarias en cada uno de los hospitales y áreas de salud de la región, instalando una oficina de atención a los usuarios y usuarias, buzones de sugerencias, comité intrahospitalarios con representación de la comunidad y proveedoras de servicios donde se analizan las quejas. A pesar de esto no existen los mecanismos en cada proveedora y aseguradora que faciliten el conocimiento y respuestas rápidas a las quejas de usuarios y usuarias.

Están conformados los consejos de administración hospitalaria en todos los hospitales de la Región.

A nivel regional se realizan encuestas de satisfacción aunque no de manera sistemática.

2. Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía de conjunto de prestaciones.

Se valoró en el aspecto lo siguiente:

En la región existe la presencia de la DIDA, organismo establecido por la Ley No. 87-01 para la defensa y orientación efectiva de los ciudadanos.

Promover que el proceso a nivel local y regional se desarrolle con mayores niveles de apertura, sistematización, seguimiento y cobertura.

Establecer políticas y mecanismos que garanticen la apertura a la población y posibiliten su información oportuna y de calidad.

Capacitar todos los miembros de cada comité para asegurar el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades asignadas según ley.

Realizar evaluaciones y se divulguen las encuestas de satisfacción de usuarios y usuarias de manera periódica.

compromiso por parte del nivel rector.

Impulsar a través de los diferentes sectores, sociales y comunitarios, a nivel regional y local una participación propositiva democrática y creíble

Región VI

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1) Definición de un conjunto de prestaciones. No tiene una política definida al respecto; tampoco una estrategia de comunicación. 2) Definición de poblaciones y territorios que serán cubiertos por los mecanismos de garantía de conjunto de prestaciones. 2.1 Protección de los Derechos de los Usuarios. En algunos establecimientos se han desarrollado algunas iniciativas al respecto. Hay un uso limitado de la información que generan las encuestas de satisfacción de usuarios. Se cuenta con la DIDA, que tiene definida la gestión de las quejas de los usuarios, pero con limitado presupuesto	Se promueve la difusión de los servicios a que tiene derecho la población, a través de mecanismos e instrumentos adecuados y validados La ASN desarrolla programas e intervenciones tendientes a una mejor gestión de los derechos de los usuarios	Conformación de una estructura para el desarrollo de la función, a nivel central. Elaboración de la base normativa, procedimientos y sistema de información necesario para el desarrollo de la función. Definición e implementación del plan de transferencia de competencias al nivel local. Plan de capacitación y desarrollo de los recursos humanos. Implementación del plan de desarrollo de la función. Evaluación del desempeño y reorientación de los procesos.

Región VIII

No presentó resultados.

Región VIII

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCION: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Definición de un conjunto de prestaciones. Existe un Plan Básico de Salud, definido por el CNSS, pero el mismo no ha entrado en vigencia en la Región VIII.	1. Lograr la afiliación al Régimen Subsidiado de la mayor parte de la población de la Región.	1. Iniciar la implementación del Seguro Familiar de Salud.

9. Armonización de la Provisión

La dimensión de Provisión de los Servicios de Salud está definida como la capacidad de promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.

Tiene por objetivos la planificación de servicios con criterio regional o funcional, desarrollar mecanismos regulatorios para la protección del público y garantizar estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios; así como fomentar coaliciones y ofrecer incentivos para la autorregulación.

La ASN debe garantizar la planificación de servicios mediante la armonización de los planes de acción de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados.

También deberá definir los criterios de asignación de recursos que deben ser adjudicados a los organismos y establecimientos públicos de provisión descentralizados o desconcentrados, de acuerdo con criterios de necesidad, desempeño e impacto.

9.1 Resultados de Armonización de la Provisión

La evaluación que las diferentes regiones realizaron del desempeño de la dimensión de Armonización de la Provisión en sus respectivos ámbitos, como parte de las responsabilidades de la ASN refleja la necesidad de fortalecer la regulación de los centros de salud para que éstos mejoren la calidad de las acciones que realizan; y, por otra parte, es una evidencia de las limitaciones que tienen las diferentes instituciones del sistema para conformar alianzas estratégicas que contribuyan a incrementar el acceso de la población a servicios de salud de calidad.

Nivel Central:

La mesa de representantes del Nivel Central consideró que, en los últimos años, la ASN ha mejorado su capacidad de regular la provisión de los servicios de salud, a través de la elaboración y difusión de normas. No obstante, evidencia limitaciones en la aplicación sistemática de mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las mismas.

La Región estimó que esas limitaciones están dadas por deficiencias gerenciales y de recursos (financieros, materiales, humanos) y por la incapacidad del regulado para cumplirlas. Añadieron que la ASN es débil en la promoción y fomento de la autorregulación por parte de los prestadores.

Asimismo, expresaron que los mecanismos de mediación se ven limitados porque el marco normativo es insuficiente para su aplicación. En ese sentido, consideraron que la ASN acusa limitaciones para emitir normativas sobre la incorporación tecnológica, para su utilización en la planificación y la asignación de recursos.

Entre los logros alcanzados, señalaron un incipiente avance en la medición de desempeño de los servicios de salud, dado por la definición de las estructuras encargadas de realizar esa función; no obstante, dijeron, es necesario profundizar en la definición de estándares y mecanismos para su

aplicación. Otro logro es la existencia de una disposición ministerial que define el modelo de gestión de los Servicios Regionales de Salud.

Manifestaron que, si bien el marco legal y regulatorio ha definido dos subsistemas de Provisión de Servicios de Salud (Salud Colectiva y Atención a las Personas), no se han establecido los criterios y mecanismos para armonizarlos.

Región O:

Expresaron que el Sistema de Salud es segmentado y segregado, por lo que no se da la armonización entre los diferentes proveedores de servicios. Concluyeron en que la Autoridad Sanitaria debe establecer los estándares de calidad con que los proveedores entregan los servicios y atenciones y definir las coberturas mínimas que deben alcanzar los programas prioritarios.

Región I:

En la actualidad, según la evaluación hecha por los participantes de esta Región, la Armonización de la Provisión se caracteriza por la ausencia de los instrumentos para evaluar el desempeño de los servicios en relación con los estándares establecidos y que la ASN tiene debilidades institucionales para armonizar la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios.

Dijeron que en la Región I no se ha iniciado el proceso de armonización entre proveedores, pagadores y usuarios para garantizar la protección de los últimos.

Región II:

Según la ponderación de los participantes de esta Región, la ASN no ha establecido métodos de armonización de planes o modelos de gestión, aunque logra que, en situaciones especiales, un establecimiento apoye a otro con determinados recursos: en algunas ocasiones, un establecimiento puede funcionar como punto de toma de muestra o como punto de procesamiento de muestra.

Sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, todavía no ha sido establecido, aunque la ASN esta ayudando en el proceso de instalación. Expresaron que el problema de la duplicidad de servicios será resuelto cuando dicho mecanismo entre en funcionamiento y sea establecido el primer nivel de atención como puerta de entrada al Sistema Dominicano de Salud.

Acerca de los mecanismos regulatorios para garantizar el cumplimiento de estándares mínimos de calidad en los servicios de salud, opinaron que la ASN ha diseñado la mayoría de las normas básicas en atención de salud y que otras están en proceso.

En relación con su aplicación, consideraron que no se ejecuta ningún mecanismo de fiscalización del cumplimiento de las normas, excepto en el Programa de Tuberculosis, el que realiza evaluaciones trimestrales, semestrales y anuales. Dijeron que la aplicación de las normas ha encontrado mucha resistencia en los establecimientos de salud.

Otra debilidad identificada fue la ausencia de un programa de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; aunque, como aspecto positivo, señalaron que se avanza en el diseño de la guía para la habilitación y la acreditación de los establecimientos sanitarios.

Externaron que la ASN carece de normativas actualizadas de incorporación de tecnologías para la planificación y asignación de recursos.

Sobre la capacidad institucional para la fiscalización y el control de los servicios de salud, señalaron que la ASN cuenta con algunas instituciones, como SENASA y las DPS, con las cuales puede establecer alianzas.

Entre los puntos positivos para realizar la fiscalización, señalaron la existencia de recursos humanos capacitados y suficientes; y, como negativos, la deficiencia de recursos financieros, insumos, tecnologías adecuadas, así como la periodicidad del monitoreo.

Región III:

Los representantes de la Región valoraron positivamente que el modelo de red contemple los planes de desarrollo de los Servicios Regionales. Igualmente, que existan normas generales para la regulación y protección de los usuarios y para garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios de salud.

Reconocieron otros aspectos positivos para el cumplimiento de la dimensión de Armonización de la Provisión, como las resoluciones y disposiciones del Nivel Central que promueven la concertación y el fomento de coaliciones entre los actores para alcanzar la autorregulación.

Igualmente, expresaron que existen normas de incorporación tecnológica para la planificación y la asignación de recursos sólo en el Nivel Central y que se cuenta con la capacidad para armonizar la fiscalización y control de los servicios de salud, pero no hay una instancia técnica en la Región para realizar esas funciones.

Región IV:

En esta mesa se resaltó, como un aspecto positivo para el desempeño de la dimensión de Armonización de la Provisión, la existencia de reglamentos sobre los regímenes de contratación de la SESPAS para la provisión de los servicios de salud pública, de provisión en la red de servicios públicos de salud y de autorregulación de la provisión.

Otro aspecto positivo destacado es que SISALRIL ha definido estándares para la habilitación y la acreditación de las ARS.

Región V:

Sobre el establecimiento de normas básicas de atención en salud, la mesa de esta Región expresó que, aunque esas disposiciones existen, hay dificultad en su difusión, aplicación y seguimiento, por lo que no se facilita la evaluación para mejorar la calidad de la atención.

Consideraron que en el país hay muchas iniciativas de programas de calidad, pero están disgregadas y no se les da continuidad tras su inicio. Expresaron que en la Región se inició el proceso de habilitación, aunque en la actualidad está descontinuado.

Señalaron que no existen indicadores de evaluación del desempeño de los servicios ni hay estímulos para la buena práctica o sanciones para la mala. Existe una instancia a Nivel Central para acreditar instituciones de salud, pero todavía la aplicación de los estándares no ha sido iniciada.

Indicaron que la ASN no fomenta ni promueve la autorregulación y que los actores del sector actúan de forma aislada, sin el concepto de equipo.

Dijeron que la Región tiene recursos humanos suficientes y capacitados para la vigilancia de la calidad de los centros de salud, así como insumos y tecnología adecuada, pero los recursos financieros son insuficientes y no son realizados monitoreos periódicos.

Añadieron que no hay mecanismos específicos para que los usuarios canalicen sus reclamos y quejas.

Región VI:

Sobre los mecanismos regulatorios para la protección de la población y la garantía de estándares mínimos de calidad en las prestaciones de servicios de salud, expresaron que han sido formuladas algunas normas, pero no se vigila su cumplimiento. Además, dijeron, está pendiente la elaboración de otras normas importantes.

Una debilidad externada es que, si bien se realizan acciones individuales y dispersas, no existe un programa que promueva el desarrollo de la calidad de los servicios. Igualmente, consideraron que hay una limitada armonización del modelo de gestión de los servicios.

Dijeron que la mediación entre pagadores, proveedores y usuarios para asegurar la protección de estos últimos, el fomento de coalición y oferta de incentivos para la autorregulación, la medición del desempeño de los servicios, así como la normalización de la incorporación tecnológica para la planificación y asignación de recursos, son temas pendientes que la ASN no ha desarrollado.

Sobre la fiscalización y control de los servicios de salud expresaron que la ASN tiene capacidad limitada para la realización de esta función, tanto por falta de recursos, como de estructura y de definición de estándares.

Región VII

No presentó resultados en la dimensión Armonización de la Provisión.

Región VIII

Sobre la planificación de servicios con criterio regional o funcional, expresaron que no existen niveles satisfactorios de armonización entre los planes de acción y los modelos de gestión de los diferentes organismos públicos descentralizados de provisión de servicios.

El argumento esgrimido fue que el Sistema de Salud está empezando la implementación de un nuevo modelo de gestión de Redes de Servicios Regionales, el cual busca armonizar la gestión de los diferentes organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios.

Señalaron la existencia de una cierta fragmentación de los servicios, sin que haya una verdadera articulación en red entre los diferentes niveles y establecimientos sanitarios. En especial, no se le otorga suficiente peso a las Unidades de Atención Primaria (UNAP) como puerta de entrada al Sistema de Salud.

Sobre la calidad de los servicios, indicaron que existen normas, pero no se han desarrollado los mecanismos para su efectiva implementación y evaluación. No se realiza una evaluación sistemática de los mecanismos y estrategias de referencia y contrarreferencia.

Aspectos positivos destacados en el tema de calidad fueron la existencia de una Dirección General de Habilitación y Acreditación y que se cuenta con procedimientos y criterios para la habilitación de los establecimientos de servicios de salud. Sobre la acreditación, acotaron que todavía no han sido formulados criterios para ejecutarla y que apenas se ha dado inicio a este proceso.

A niveles regional y provincial, no se conoce de la existencia de instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud y, por tanto, no son realizadas evaluaciones al respecto.

En relación al tema de la protección de los derechos de los usuarios, apuntaron que en la Región no existe una instancia especializada en su defensoría y que las DPS deberían cumplir con ese objetivo.

9.2 Plan de acción para mejorar el desempeño de dimensión de Armonización de la Provisión

Nivel Central:

- Formular un plan de desarrollo y transferencia de competencias del nivel nacional hacia los niveles regionales.
- Diseñar el sistema para armonizar la provisión; definir sus procedimientos; asignar recursos y establecer sus mecanismos de funcionamiento.
- Fomentar la participación y la veeduría social como mecanismo de garantía de cumplimiento de estándares de calidad.
- Definir y difundir los estándares de calidad de los centros de salud.
- Educar y sensibilizar a los proveedores en el cumplimiento de esos estándares.
- Establecer la metodología de cuadro de mando integral en los centros de salud.
- Elaborar participativamente las normas; publicirlas, revisarlas y evaluarlas periódicamente.
- Crear las condiciones para generar información y para apoyar la conformación de grupos de trabajo de naturaleza intersectorial con el fin de definir estándares de manera participativa.
- Asignar recursos para el desempeño de la función.
- Completar la separación de funciones y reestructuración institucional de la máxima Autoridad Sanitaria Nacional para cumplir esas nuevas funciones.
- Ejecutar un plan de capacitación y desarrollo de los recursos humanos sustentado en resultados cuantificables.
- Definir los criterios para el establecimiento de convenios de gestión.

Región O:

- Medir la calidad de la atención para que las redes regionales se desarrollen armonizando la prestación entre los diferentes proveedores de servicios.
- Realizar encuestas de satisfacción de usuarios y estudios de evaluación de coberturas.
- Aprobar convenios de gestión marco.

Región I:

- Conformar un grupo regional de búsqueda, elaboración y adaptación de instrumentos de evaluación de calidad y de evaluación de las tecnologías sanitarias.
- Realizar capacitaciones por provincias en la aplicación de instrumentos de medición y acciones de motivación al buen desempeño de los recursos humanos en los servicios.
- Establecer alianzas con los diferentes actores del proceso.
- Hacer talleres de autorregulación profesional, estímulo a las buenas practicas, certificación de afiliados e intercambio de experiencias.
- Solicitar el apoyo de los organismos cooperantes.
- Coordinar con el Consejo de Desarrollo Provincial para introducir los temas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en los planes de desarrollo regional y provincial.

Región II:

- Creación de mecanismos que permitan que los proveedores se apoyen mutuamente en la utilización de tecnología y de los recursos humanos.
- Elaborar una estrategia de supervisión del sistema.
- Colaborar con la Dirección Regional de Salud en la instalación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Contribuir a la instalación del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.
- Completar el diseño de todas las normas y difundirlas a todo el sector.
- Creación de mecanismos que permitan que los proveedores se apoyen mutuamente en la utilización de tecnología y de los recursos humanos.
- Diseñar una metodología para la aplicación de las normas en todas las instancias del sector salud.
- Elaborar programas de mejoramiento de la calidad en los establecimientos públicos y privados.
- Desarrollar indicadores que permitan medir la calidad.
- Concluir los procesos de elaboración y aplicación de las guías de habilitación y acreditación.

- Evaluación del desempeño de los servicios de salud en forma sistemática, en función de las necesidades y demanda de los usuarios.
- Desarrollar programas sobre ética de la salud y la enfermedad.
- Motivar al personal para que maneje eficientemente los recursos.
- Creación por parte de la ASN de un espacio de diálogo para armonizar pagadores, proveedores y usuarios, y que estos últimos tengan acceso a los servicios con equidad y calidad.
- Diseñar las normas que garanticen calidad en la incorporación de tecnología, así como mantenimiento y adiestramiento en su uso.
- Crear una unidad para la aplicación de estándares para la medición de servicios.

Región III:

- Diseñar y aplicar los instrumentos de planificación necesarios.
- Utilizar el sistema de información que se desarrolle.
- Establecer acuerdos de gestión y supervisión que promuevan la mejoría del sector.
- Firmar un documento de compromiso entre los diferentes actores para lograr la armonización de intereses.
- Solicitar al Nivel Central las normas para armonizar la Provisión y garantizar su ejecución.
- Concertar acuerdos interinstitucionales que viabilicen el proceso de armonización.

Región IV:

- Formular programas de mejoramiento de los servicios y establecimientos de salud.
- Formular un programa par capacitar los recursos humanos de las DPS en la función de Rectoría.
- Conformar y poner en operación la gerencia de área de la Red de Servicios de Salud.
- Desarrollar un programa de inspección en las DPS para garantizar el mantenimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud.

Región V:

- Armonizar los tres niveles de atención.
- Aplicar y difundir las normas y estándares de calidad.
- Evaluar el desempeño de los servicios de salud.
- Tomar medidas en caso de incumplimiento.
- Aplicar los estándares conocidos para la habilitación hasta obtener la acreditación y la certificación.

- Construir y aplicar los instrumentos de medición de desempeño.
- Crear las normas que permitan la mediación entre proveedores y usuarios pagadores.
- Aplicar la Ley para la descentralización.

Región VI:

- Desarrollar programas de fortalecimiento de las instancias encargadas de apoyar o implementar el proceso de descentralización de los servicios.
- Poner en funcionamiento programas de fortalecimiento institucional de esas entidades (recursos humanos, físicos, financieros, etc.).
- Definir e implementar los instrumentos, normas y manuales que sirva de base para la gestión de las entidades descentralizadas.
- Desarrollar procesos de habilitación y acreditación de los servicios públicos y privados de salud.
- Implementar programas de desarrollo de la ASN para el ejercicio de la función de Rectoría, en lo relativo a la Provisión.

Región VIII:

- Fortalecer las Unidades de Atención Primaria.
- Reforzar y eficientizar el sistema de referencia y contrarreferencia entre todos los niveles de atención.
- Hacer cumplir las normas y protocolos de atención, a través de un programa activo de supervisión.
- Fortalecer la estrategia de Tolerancia Cero en todas las provincias de la Región.
- Creación de incentivos para la promoción de la autogestión y autorregulación de todos los sectores del sector salud.
- Elevación de la calidad y humanización de la atención de los servicios, creando instancias y mecanismos que permitan medir sistemáticamente el nivel de satisfacción de los usuarios (encuestas, buzones de quejas y sugerencias, entre otros).
- Establecimiento de un sistema participativo de planificación y asignación de los recursos, acorde con las necesidades de la región.

Matrices de resultados correspondientes a la dimensión Armonización de la Provisión

Nivel Central

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Existe una disposición ministerial que define el Modelo de Gestión de los Servicios Regionales de Salud. 2. En los últimos años, la ASN ha mejorado su capacidad de regular la provisión de los servicios de salud a través de la elaboración y difusión de normas. No obstante, evidencia limitaciones en la aplicación sistemática de mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las mismas. Esas limitaciones están dadas por deficiencias gerenciales y de recursos (financieros, materiales, humanos) y por la incapacidad del regulado para cumplirlas.	1. Desarrollo de implementación del modelo y descentralización de las redes. 2. Ejecutar un Sistema de fiscalización con mecanismos efectivos de control, como son la aplicación de incentivos.	1. Plan de desarrollo y transferencia de competencias del nivel nacional hacia los niveles regionales. 2. Diseñar el Sistema, definir sus procedimientos, asignar recursos y establecer sus mecanismos. 2.1 Fomentar la participación y la veeduría social, como mecanismo de garantía de cumplimiento de estándares de calidad.

Región 0

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Armonización. El sistema de salud es segmentado y segregado, por lo que no se da la armonización entre los diferentes proveedores de servicios.	Armonización: redes regionales desarrolladas armonizando la prestación entre los diferentes proveedores de servicios. La ASN debe establecer los estándares de calidad con que los proveedores deben entregar los servicios y atenciones. Es la ASN la que define las coberturas mínimas que deben alcanzarse en los programas prioritarios.	Medición de la calidad en la atención, encuestas de satisfacción de usuarios, evaluación de coberturas y aprobación de convenios de gestión marco.

Región I

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Mediación entre pagadores, proveedores y usuarios, para asegurar la protección de estos últimos. No aplica. Normatización de la incorporación tecnológica para la planificación y asignación de recursos. Deficiencia en la normativa sobre tecnologías sanitarias. Capacidad institucional para la fiscalización y el control de los SS. Debilidades institucionales para armonizar la gestión de los distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios.	No aplica. Queremos tener las normativas tecnológicas sanitarias que nos permitan planificar y obtener recursos. Contar con recursos humanos suficientes y capacitados, así como con recursos financieros suficientes y la tecnología adecuada. ASN monitorea periódicamente.	No aplica. Formación de un grupo regional de tecnologías sanitarias. Capacitar los recursos humanos por provincias de la Región. Solicitar la colaboración técnica de la cooperación internacional para la asesoría y el acompañamiento. Grupo técnico regional gestor de el proceso. Selección de los RHS a capacitar. Solicitar el apoyo de los organismos cooperantes. Coordinación con el Consejo de Desarrollo Provincial e introducir en los planes de desarrollo regional y provincial.

Región II

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Normatización de la incorporación tecnológica para la planificación y la asignación de recursos. La ASN no tiene normativas actualizadas de incorporación de tecnologías para la planificación y asignación de recursos. Capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud.	Contar con normas que regularicen la adquisición y uso de tecnologías acordes con las políticas de salud pública. Que la ASN tenga una unidad para la	Diseño de normas que garanticen que la incorporación de tecnología sea de calidad y cuente con garantía de mantenimiento y adiestramiento en su uso.

La ASN cuenta con algunas instituciones, como SENASA y las DPS entre otras, para la fiscalización y control de los servicios de salud. La ASN cuenta con gran capacidad de recursos humanos capacitados y suficientes, pero acusa grandes deficiencias en relación con los recursos financieros, insumos, tecnologías adecuadas y periodicidad del monitoreo.	aplicación de los estándares para la medición de los servicios.	Creación de la unidad para la aplicación de estándares para la medición de servicios.
---	--	--

Región III

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Están contenidos en el modelo de red los planes de desarrollo de los servicios regionales. Existen normas generales para la regulación y protección del público y garantía de los estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios de salud. Contamos con resoluciones y disposiciones del Nivel Central que promueven la concertación y el fomento de coaliciones entre los actores para alcanzar la autorregulación. Están establecidos en el modelo de red del sistema los mecanismos de mediación entre los pagadores, proveedores y usuarios para	Lograr que, en un plazo de seis meses, los servicios en el nivel local sean funcionales en un 60%. Difundir y socializar los mecanismos regulatorios entre los actores del sistema para, que en un plazo de dos a tres meses, el 50% de la población cuente con la protección y garantía de los estándares mínimos de prestación de servicios con calidad y oportunidad. Lograr, en dos años, la incorporación a la autorregulación de un 50% de las organizaciones afines al trabajo de salud y los diversos actores que inciden en el Sistema. Crear las estructuras del nivel regional para, en un plazo de dos	Diseño y aplicación de los instrumentos de planificación necesarios. Utilizando el sistema de información que desarrollaremos. Estableciendo acuerdos de gestión y supervisión que conlleven a la mejoría del sector. Firma de un documento compromisorio entre los diferentes actores para lograr la armonización de intereses. Solicitar al Nivel Central dichas normas y garantizar su ejecución.

asegurar la protección de estos últimos. Existe la normatización de la incorporación tecnológica para la planificación y la asignación de recursos sólo en el Nivel Central. Existe la capacidad para armonizar la fiscalización y control de los servicios de salud; pero no hay una instancia técnica formada en la Región.	meses, iniciar el proceso de mediación entre estos actores. Incorporar esta normatización y crear las necesarias en un plazo de dos a tres meses en el nivel regional. Lograr que en un plazo de tres meses contemos con las instancias e instrumentos locales para lograr la armonización de un 50% de los actores en dos años.	Concertando acuerdos interinstitucionales que viabilicen el proceso de armonización.
--	---	---

Región IV

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
La SISALRIL ha definido estándares para la habilitación y acreditación de las ARS. Existen los reglamentos de autorregulación de la provisión.	Dotar y capacitar recursos humanos de las DPS para el ejercicio de la Rectoría en la función de Provisión.	Conformación y puesta en operación de la gerencia de área de la Red. Programa de inspección de las DPS para garantizar el mantenimiento de las condiciones de habilitación.

Región V

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y para garantizar estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios de salud. Establecimiento de normas básicas de atención en salud. -Existen las normas, pero hay dificultad en su difusión, aplicación y seguimiento, por lo que no se facilita la evaluación para mejorar la calidad de la atención. Desarrollo de programas de calidad. -En el país hay muchas iniciativas de programas de calidad, pero disgregados y cuando se inician no tienen continuidad. -En la Región se inicio el proceso de habilitación pero esta discontinuado. -No existen indicadores de evaluación. Acreditación de las instituciones públicas y privadas de salud. Existe una instancia a Nivel Central con criterios y procedimientos para acreditar instituciones de salud, pero todavía no ha comenzado a aplicación de los estándares. Medición del desempeño de los servicios en relación al cumplimiento de los estándares establecidos -Existen estándares establecidos no se realiza la medición de desempeño.	Aplicar el instrumento y que se de la referencia y contrarreferencia. Romper la resistencia a referir y contra referir -Utilización de las mismas para evaluar la calidad de atención. -Habilitación y acreditación de centros públicos y privados. -Habilitación y acreditación d centros públicos y privados -Obtener la calidad como un producto -Protegidos los derechos de los usuarios. -Establecidos mecanismos específicos para canalización reclamos y la adjudicación de quejas. -Recursos financieros suficientes. -Monitoreo periódico.	Armonizar los tres niveles de atención -Aplicación y difusión de las normas -Evaluación de desempeño.. -Tomar medidas en caso de incumplimiento -Aplicación de los estándares conocidos para la habilitación hasta obtener la acreditación y la certificación. -Aplicación de estándares. -Construcción y aplicación de los instrumentos de medición de desempeño -Creación de normas que permitan una mediación entre proveedores y usuarios pagadores. -Aplicación de la Ley para la descentralización.

Fomento de coaliciones y oferta de incentivos para la autorregulación -La ASN no fomenta ni promueve la autorregulación y los actores del sector actúan de forma aislada sin el concepto de equipo. -No hay estímulos para la buena práctica ni sanciones para la mala práctica. Medición entre pagadores, proveedores y usuarios para asegurar la protección de estos últimos -No cumple ningún rol y no hay mecanismos específicos para canalizar reclamos y quejas. Normatización de la incorporación tecnológica para la planificación y asignación de recursos Capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud -A nivel de la Región V existen recursos humanos suficientes y capacitados, insumos y tecnología adecuada, pero los recursos financieros son insuficientes y no existe periodicidad de monitoreo.		
---	--	--

Región VI

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
Mediación entre pagadores y proveedores y usuarios para asegurar la protección de estos últimos. Temas pendientes que la ASN no ha desarrollado. Normatización de la incorporación tecnológica para la planificación y asignación de recursos.	Los servicios de salud cuentan con y elaboran manuales que definen las relaciones con los usuarios. La ASN desarrolla la capacidad de regulación y evaluación de la incorporación de la tecnología.	

Capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud.

La ASN tiene capacidad limitada para la realización de esta función, tanto por falta de recursos, como de estructura y de definición de estándares.

Desarrolla manuales e instrumentos para la fiscalización y el control de los servicios, para ser empleados tanto en el Nivel Central como para los niveles locales.

Región VII

No presentó resultados en la dimensión Armonización de la Provisión.

Región VIII

LOGROS: ¿Dónde estamos?	METAS: ¿Dónde queremos estar?	PLAN DE ACCIÓN: ¿Cómo llegamos de donde estamos a donde queremos llegar?
1. Capacidad institucional para la fiscalización y el control de los servicios de salud. 2. Se cuenta con un nuevo modelo de gestión de Redes de Servicios Regionales que busca armonizar la gestión de los diferentes organismos públicos descentralizados o desconcentrados de prestación de servicios. El proceso de implementación de este modelo apenas ha sido iniciado. 3. Hay recursos humanos capacitados, pero no son suficientes. No se cuenta con los recursos y la tecnología adecuada para realizar esa labor. 4. La periodicidad del monitoreo no es sistemática.	1. Elevar la capacidad institucional para la fiscalización y control de los servicios de salud.	Fortalecimiento de las DPS y la DRS, a través de la capacitación de los recursos humanos y la provisión de los recursos financieros y tecnológicos necesarios.

10. Listado de participantes

	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	PUESTO/DEPENDENCIA
1	Bautista Rojas Gómez	Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
2	Guillermo Serra	Subsecretario de Estado Técnico
3	Héctor Otero	Subsecretario de Estado Salud de Atención a las Personas
4	Rafael Schiffino	Subsecretario de Estado de Salud Colectiva
5	José Rodríguez	Subsecretario de Estado de Asistencia Social
6	Matilde Vázquez	Subsecretaria de Nutrición
7	Rosa María Suárez	Asistente Técnica del Sr. Secretario
8	Tirsis Quezada	Asistente Técnica del Sr. Secretario
9	Luis Tomás Oviedo	Subsecretario de Estado Administrativo y Financiero
10	Miguel Espinal	Gerente Financiero
11	Cristina Hernández	Directora General de Habilitación y Acreditación
12	Héctor Eusebio	Director General Materno-Infantil
13	Pedro Sing Ureña	Director General de Residencias Médicas
14	Elizabeth Gómez	Directora General de Epidemiología
15	Andrés Manzuela	Coordinación Servicios de Salud
16	Lucas Gómez	Coordinador de la Unidad de Desarrollo y Fortalecimiento de las DPS
17	Juan Esteban Peguero	Director General de Planificación
18	Yuderka Arrendel	Dirección General de Planificación
19	Soraya Suárez	Ejecución Presupuestaria
20	Andrés Linares	Ejecución Presupuestaria
21	José Lucas	Director General de Información y Estadísticas
22	Josefina Martínez	DIES
23	Juan Manuel Rodríguez	Director Nacional de Emergencia y Desastres
24	Luis Emilio Feliz Roa	Director General de Salud Ambiental
25	Guaroa Gil	Director de Relaciones Públicas SESPAS
26	Mary Reyes	Encargado de la Unidad de Cuentas Nacional de Salud
27	Ercilla Cruz	Directora de Enfermería
28	Zacarías Garib	Director Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
29	Arelis Moore	Técnica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	PUESTO/DEPENDENCIA
30	David Díaz Guzmán	Directora de Drogas y Farmacia
31	Marina Orsini	Directora de Laboratorios Clínicos
32	Sócrates Sosa	Director Nacional de Bancos de Sangre
33	Maireni Gautreau	Director General de Promoción y Educación de la Salud DIGPRES
34	Andrés Pichardo	Director de Ingeniería y Arquitectura
35	Pedro Ventura	Director General de Cómputos
36	Adelaida Oreste	Directora General de Recursos Humanos
37	José Selig	Equipo Técnico Subsecretaría de Salud de Atención a las Personas
38	Frank Fernández	Equipo Técnico Subsecretaría de Salud de Atención a las Personas
39	Jhonny Rivas	Equipo Técnico Subsecretaría de Salud de Atención a las Personas
40	Rosa Sánchez	Equipo Técnico Subsecretaría de Salud de Atención a las Personas
41	Emilia Guzmán	Técnica de la Subsecretaría de Salud de Atención a las Personas
42	Francini Placencia	Técnica de la Subsecretaría Técnica
43	Samuel Feliz	Técnico de la Unidad de Apoyo a las DPS
44	Ilda Natera	Coordinadora de Programas Subsecretaría de Atención Colectiva
45	Roberto Peguero	Director de la UMDI
46	José Manuel Robles	Sub-Director UMDI
47	Pedro Guerrero	PARSS1, UMDI
48	Dulce Chain	PARSS1 UMDI
49	Giselle Feliz	UMDI
50	Aquilina de la Cruz	UMDI
51	Margarita Lara	UMDI
52	Danilo Cadena Moquete	Director DPS Azua
53	Juan Pablo Guillermo	Director DPS Bahoruco
54	Amelia Figuereo	Directora DPS Barahona
55	Rafael Salas	Director DPS Dajabón
56	Luís Adolfo Domínguez	Director DPS Duarte
57	José Constanzo	Director DPS El Seybo
58	José Familia	Director DPS Elías Piña
59	Domingo Pérez	Director DPS Espaillat
60	José Vásquez	Director DPS Hato Mayor

	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	PUESTO/DEPENDENCIA
61	Luis Pión Bengoa	Director DPS La Romana
62	Otto Peña Guzmán	Director DPS La Altagracia
63	Denny Marte	Director DPS LA VEGA
64	Freddy Alemany	Director DPS María Trinidad Sánchez
65	Rita Dessangles	Directora DPS Monseñor Nouel
66	Emilio Pichardo	Director DPS Monte Plata
67	Demetrio Vicente	Director DPS Monte Cristi
68	Francisco Medrano	Director DPS Pedernales
69	Emiltón López Pimentel	Director DPS Peravia
70	Wady Musa	Director DPS Puerto Plata
71	Pablo Antonio Rojas	Director DPS Salcedo
72	Rosa Domínguez Maleno	Directora DPS Samaná
73	Francisco Héctor Báez	Director DPS San José de Ocoa
74	José Enrique Encarnación	Director DPS San Cristóbal
75	Héctor Guerrero	Director DPS San Juan de la Maguana
76	Miguel Polonio	Director DPS San Pedro de Macorís
77	Juan Emilio Segura	Director DPS Sánchez Ramírez
78	Ramón Martínez Henríquez	Director DPS Santiago de los Caballeros
79		Director DPS Nagua
80	Bienvenido Segura	Director DPS Santiago Rodríguez
81	Felipe José Germosen	Director DPS Valverde
82	Andrennys Santana	Director DPS Independencia
83	Alcibiades Hernández Olivero	Director Área I de Salud
84	Manuel Méndez	Director Área II de Salud
85	Andrés Cuevas Feliz	Director Área III de Salud
86	Héctor William Espino	Director Área III de Salud
87	Carlito Ulloa	Director Área III de Salud
88	Ana Maria Figueroa	Directora Área IV de Salud
89	Maritza Rodríguez	Directora Área V de Salud
90	Julio Cesar Vásquez	Director Área VI de Salud
91	Frank Soto	Director Área VII de Salud

	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	PUESTO/DEPENDENCIA
92	Gertrudis Ramírez Cabral	Directora Área VIII de Salud
93	Nelson Gómez	Director SRS 0
94	Daniel Martínez	Director SRS I
95	Melchor Figueres	Director SRS II
96	Rafael Cabral Acosta	Director SRS III
97	Rafael Sánchez	Director SRS IV
98	Enmanuel Mendoza	Director SRS V
99	Bolívar Matos	Director SRS VI
100	Agustín de la Cruz	Director SRS VII
101	Ramón Alvarado	Director SRS VIII
102	Cristina Nogueira	Representante de OPS
103	Gerardo Alfaro	Consultor de OPS
104	Carmen Sosa	Apoyo OPS
105	Mercedes Herasme	Apoyo OPS
106	José Oviedo	Consultor Evaluación de la Reforma Sectorial
107	Maritza García	Consultor Evaluación de la Reforma Sectorial
108	Maritza Martínez	Consultora Evaluación de la Reforma Sectorial
109	Gustavo Rojas Lara	Coordinador Ejecutivo CERSS
110	Josué Ceballos	Director Técnico PMRSS, CERSS
111	Bernardo Matías	Coordinador Componente Políticas CERSS
112	Pedro Hernández	Coordinador Componente Capacitación, CERSS
113	Nelson Belisario	Director PARSS1, CERSS
114	Fátima Guerrero	Consultora PARSS1, CERSS
115	Roberto Blondet	Coordinador Componente Seguridad Social, CERSS
116	Alexander Suazo	CERSS
117	Rodolfo Núñez Musa	FONHOSPITAL, CERSS
118	Lissy Campos	Consultora CERSS
119	Leonel Ureña	Consultor CERSS
120	Rafael Montaz	Consultor CERSS
121	Larissa Castillo	Consultora CERSS
122	Sabrina Gil	Consultora CERSS

	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	PUESTO/DEPENDENCIA
123	Helena Fernández	PROMESECAL
124	Sabino Báez García	Director General IDSS
125	Pedro Ramírez Slaibe	Director Ejecutivo Salud Segura
126	Reynaldo Peguero	Asistente Técnico Director Ejecutivo
127	Jaqueline Medina	Gerente de Aseguradoras de Salud (SISALRIL)
128	Carmen Adames	Gerente de Seguro Familiar de Salud (SISALRIL)
129	Gisela Quiterio	Coordinadora Técnica UEP PARSS1
130	Juana González	Gerencia de la Seguridad Social (CNSS)
131	Henry Zadala	Tesorería de la Seguridad Social
132	Bidó	(CNSS)
133	Rafael Montero	Gerente de Calidad SENASA
134	Gustavo Güilamo	SENASA
135	Nérsida Marmolejos	Directora Ejecutiva DIDAS
136	Eduard del Villar	DIDA
137	Dalila Montilla	DIDA
138	Aloida Cabral	DIDA
139	Amneline Escoto	DIDA
140	Bienvenido Cuevas	DIDA
141	Fernando Morales	DIDA
142	Jaime Apleton	DIDA
143	Marcos Cuevas	DIDA
144	Saida Niñez	DIDA
145	Bienvenido Liriano	CONARE
146	Florian Díaz	CONARE
147	Sandino	Asociación de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)
148	Giselle Escanlon	Instituto Dominicano de la Salud (INSALUD)
149	Alberto Fiallo	Consejo Presidencial del Sida (COPRESIDA)
150	Rafael Mena	Director ANDECLIP
151	Armando Godines	Especialista Sectorial
152	Tomás Cordero	Cuerpo Médico de las FFAA P.N.