

**MODELO DE ATENCIÓN
PARA EL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD DE LA REPÚBLICA
DOMINICANA.**

Versión preliminar



**Dirección de Desarrollo
Estratégico Institucional**

Título Original

**MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Coordinación Técnica

Dra. Tirsis Quezada

Asistencia Técnica

Dr. Luis Segú Tolsa

Dr. Ricardo Fábregas

Con la colaboración de:

OPS-OMS, República Dominicana, y

Banco Mundial, Proyecto de Reforma del Sector Salud, PARSS-2

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Santo Domingo República Dominicana, 2012

ISBN:

versión preliminar



Autoridades

Dr. Bautista Antonio Rojas Gómez
Ministro de Salud Pública

Dra. Tirsis Quezada
Viceministra de Salud Pública

Dr. Nelson Rodríguez Monegro
Viceministro de Salud Pública

Licda. Maria Villa de Pina
Viceministra de Garantía de la Calidad

Dra. José Rodríguez Aybar
Viceministro de Salud Colectiva

Dra. Guillermo Serra Ramírez
Viceministro de Planificación y Desarrollo

Dra. Roberto Peguero Albuez
Viceministro de Administrativo y Financiero



Créditos

Coordinación General:

Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional

Dra. Tirsis Quezada

Realización Técnica

Dr. Luis Segú Tolsa, Consultor Fase 2

Dr. Ricardo Fábregas, Consultor Fase I

Colaboradores(as)

Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de las Redes (DDFSRS)

Dr. Nelson Rodríguez

Dra. Yira Tavarez

Dr. Alexander Suazo

Dr. Jonis Rivas

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Dra. Francini Placencia

Gerencia Regional:

Dr. Lorenzo W. Hidalgo, SRS- VIII

DDDEI:

Dra. Elizabeth Gómez

Dr. Gregorio Moya,

Dr. Virgilio Rodríguez

Viceministerio de Salud Colectiva:

Dra. Raquel Pimentel, DIGEPI

Viceministerio de Planificación y Desarrollo

Dr. José Selig

Colaboraciones Especiales

Dra. Jacqueline Gernay, OPS-OMS

Dra. Laura Ramirez, OPS- OMS

Arq. Profirio Quezada, Consultor MAP

Lic. Mary Concepción, Consultora PARSS

Índice

1. Introducción	6
2. Antecedentes	7
3. Alcance y punto de partida conceptual del modelo de Atención.....	9
3.1 <i>Definición de Modelo de Atención</i>	9
3.2 <i>Bases conceptuales para la construcción del Modelo de Atención.....</i>	10
3.3 <i>Modelo de sistema de salud de la republica Dominicana y principios rectores.....</i>	12
4. Marco estratégico del Modelo de Atención	12
4.1 <i>Objetivo del Modelo de Atención.....</i>	12
4.2 <i>Valores, principios y elementos del Modelo de Atención.....</i>	13
4.3 <i>Bases funcionales del Modelo de Atención</i>	15
5. Responsabilidades y funciones de los Actores	16
6. Articulación de los actores en el Modelo de Atención.....	18
7. Servicios y acciones garantizadas en el Modelo de Atención.....	19
9. Población de cobertura del Modelo de Atención.....	20
10. Marco legal y jurídico del Modelo de Atención.....	23
11. Financiación suficiente y adecuada del Modelo de Atención	24
12. La estrategia intersectorial en el Modelo de Atención	24
13. Coordinación e integración de acciones de salud colectiva en el Modelo de Atención.....	25
14. Ámbitos de prestación de las acciones intersectoriales y de salud colectiva en el Modelo de Atención	26
15. Organización asistencial del Modelo de Atención: Red Integrada de Servicios de Salud	26
15.1 <i>Organización general del Modelo de Atención</i>	28
15.2 <i>Primer Nivel de Atención</i>	29
15.2.1 <i>Funciones del primer nivel</i>	30
15.2.2 <i>Servicios y actividades del primer nivel.....</i>	31
15.2.3 <i>Ámbito territorial y poblacional del primer nivel</i>	35
15.2.4 <i>Organización de los servicios y equipo profesional del primer nivel</i>	36
15.2.5 <i>Equipamiento mínimo de los Centros de Salud de Zona y de los Centros de Atención Primaria</i>	39

15.2.6	Accesibilidad y horarios de atención del primer nivel.....	39
15.2.7	Sistema de información en el primer nivel.....	41
15.2.8	Coordinación de la Zona de Salud	41
15.3	<i>Niveles de Atención Complementarios</i>	41
15.3.1	Segundo nivel de atención	42
15.3.2	Tercer nivel de atención	43
15.4	<i>Programa de asistencia transversal en la red</i>	44
15.4.1	Atención a la urgencia y emergencia	44
15.4.2	Servicios de Atención farmacéutica	45
15.4.3	Servicios de Atención e información al usuario	47
15.5	<i>Coordinación y articulación de la atención en la red asistencial</i>	48
15.5.1	Sistemas de circulación en la red	50
15.5.2	Criterios de circulación en la red.....	51
15.5.3	Política de Calidad de la red	51
16.	Capacidad del recurso humano	52
16.1	<i>Recurso humano del primer nivel</i>	53
17.	Órganos de Participación	53
16.1	<i>Comité de Salud de la UNAP</i>	54
16.2	<i>Órgano de participación a nivel de la Zona de Salud</i>	54
17.	Evaluación de resultados	55

1. Introducción

A mediados del año 2001 la República Dominicana consolidó jurídicamente un proceso de reforma de su sistema de salud a través de dos leyes fundamentales, la 42-01 (Ley General de Salud) y la 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social).

La Reforma del Sector Salud Dominicano se orientó a la configuración de un Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública. Dicho sistema se sustenta en la separación de funciones relacionadas con la rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios.

El objeto último de la reforma de salud era garantizar el acceso a los servicios a la totalidad de la población dominicana y en consecuencia permitir una satisfactoria resolución de sus demandas y unos mejores resultados de salud.

Las leyes fundamentales mencionadas y los reglamentos que las desarrollan, incluyen la necesidad de disponer de unos servicios de atención a la salud articulados e integrados, en los cuales la atención primaria debe actuar como puerta de entrada a la red y que dispongan de la adecuada capacidad resolutive centrada en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades, las acciones de vigilancia epidemiológica y el seguimiento a pacientes especiales, que cubra la emergencia y la atención domiciliaria.

Así mismo, el marco programático para el sector salud del país especificado en el Plan Decenal de Salud (2006 – 2015) establece entre sus prioridades, el fortalecimiento de la participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Por ultimo la Ley 1 – 12 que define la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y que supone un Plan Estratégico de País, en su objetivo general 2.2 define la estrategia para el sector salud e incluye, entre otras, como principales líneas de acción, el desarrollo de redes publica y privadas articuladas por niveles que brinden atención integral sustentada en una estrategia de atención primaria de salud y que tome en cuenta las necesidades a nivel de grupos poblacionales, el fortalecimiento de los servicios de salud colectiva en colaboración con autoridades locales y comunidades y la superación del actual modelo de atención aumentando la capacidad del primer nivel, reestructurando los servicios por ciclos de vida y orientando a la promoción y prevención por prioridades.

En definitiva el Sistema Nacional de Salud Dominicano en su marco jurídico y programático establece, no solamente las prestaciones que se van a ofrecer a todos sus ciudadanos, sino que indica, como se deberán ofrecer, o dicho de otra forma, el “Modelo de Atención” que se debe garantizar a los ciudadanos con independencia de quien gestione su aseguramiento o a que

régimen pertenecen. Así, se concreta en términos explícitos que el Sistema Nacional de Salud dominicano estará basado en la Atención Primaria de Salud que será la puerta de entrada de la atención y que la atención será articulada y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.

El Ministerio de Salud Pública, como ente rector, es el responsable de desarrollar la normativa necesaria para la definición y adecuación del modelo de prestación de servicios individuales y colectivos a estas premisas.

2. Antecedentes

La legislación vigente, los reglamentos, las normativas y documentos orientadores, han establecido una visión de un modelo de atención para el sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Durante los últimos años el Ministerio de Salud Pública ha realizado esfuerzos importantes para desarrollar un modelo de atención adecuado a los requerimientos y necesidades del Sistema Nacional de Salud y de la población Dominicana, no obstante los resultados de este esfuerzo se han concretado únicamente en la Red Pública de servicios de salud de esta institución y se han plasmado el documento “Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud” editado el año 2005 e implementado a nivel de la red pública de los Servicios Regionales de Salud.

En el sector público, en el marco de los Servicios regionales de Salud se ha desarrollado un modelo de organización de servicios asistenciales planteado sobre la conformación de tres niveles de atención, con una base en Unidades de Atención Primaria como eje del primer nivel, aun cuando cuentan con equipos de apoyo ubicados en centros de salud; un segundo nivel conformado por hospitales que cubren especialidades básicas y un tercer nivel con hospitales de alta complejidad. Este planteamiento es el que se describe en la figura 4.

Figura 4: Modelo de Organización asistencial en la Red Pública de la RD



Si bien el modelo desarrollado supone un avance importante sobre lo existente con anterioridad, también es cierto que presenta limitaciones conceptuales a tener en cuenta. Continúa focalizado en planteamientos organizativos que suponen una clara orientación a la gestión de la enfermedad con contenidos fundamentalmente biomédicos centrados en la curación, en la atención a problemas específicos y en la gestión de episodios de enfermedad. Su foco está en el sector salud y en la atención médica.

El modelo asistencial actual tiene también debilidades operativas, ya que su grado de desarrollo, a pesar del esfuerzo realizado es limitado, tanto desde la perspectiva de la cobertura como de los recursos y capacidades desarrolladas a nivel de las atenciones individuales pero muy especialmente, a la hora de integrar la visión colectiva e intersectorial de la salud.

Otro elemento de importancia en el contexto de la situación actual, es la necesidad de desarrollar un modelo válido para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

3. Alcance y punto de partida conceptual del modelo de Atención

El Modelo de Atención que se define en el presente documento es aplicable al conjunto del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y, por tanto, no se trata de un Modelo de Atención para la Red Pública sino para el conjunto del sistema.

El Ministerio de Salud Pública define, a través de este documento, un Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana ejerciendo la función rectora que le reconoce el marco jurídico de la República.

Esta perspectiva rectora, lleva inexcusablemente a que el Modelo de Atención propuesto se concentra fundamentalmente en aquellos elementos constitutivos y estratégicos que debe cumplir, independientemente del ámbito de prestación en el que se ubique, no entrando en aspectos organizativos internos propios del ámbito de provisión.

El Modelo de Atención definido en este documento debe servir de hoja de ruta para la efectiva conformación del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y marco definitorio para las acciones que, en el ámbito de la habilitación, acreditación, planificación, garantía de calidad y evaluación de resultados, se deriven del ejercicio de la función de rectoría.

3.1 Definición de Modelo de Atención

Dado que no existe una única aproximación válida al concepto de Modelo de Atención, la que vamos a utilizar tiene un enfoque amplio que debe **definir y describir la forma óptima de organizar las acciones sanitarias con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población.**

Este enfoque supone la articulación de un modelo complejo que integra y relaciona políticas, recursos y estructuras coordinadas con el objetivo de alcanzar y garantizar los compromisos adquiridos en materia de salud y la forma de alinear estos recursos, las energías y las decisiones en una dirección adecuada y única para el cumplimiento de las metas institucionales por parte de todos los agentes implicados en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

3.2 Bases conceptuales para la construcción del Modelo de Atención

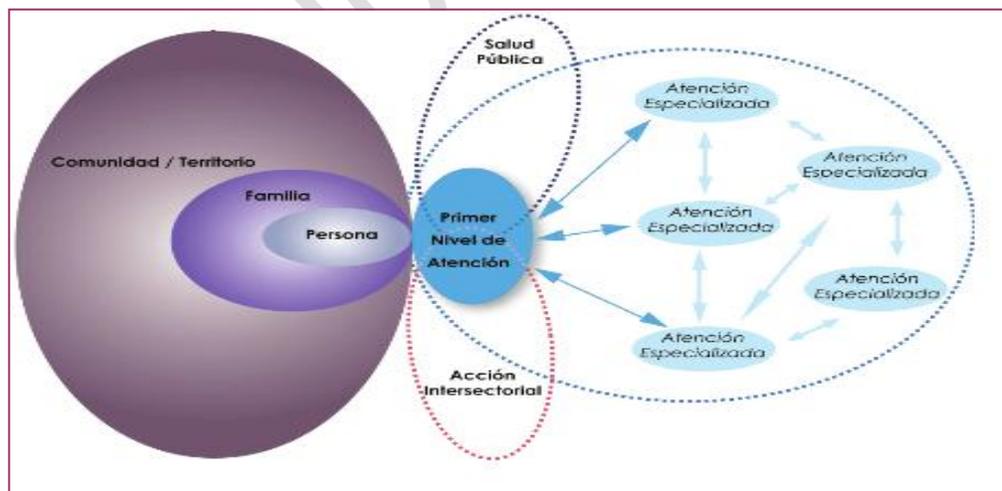
El Modelo de Atención definido tiene su punto de partida conceptual en los sistemas de salud basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud. Estas dos bases conceptuales parten de modelos elaborados por la Organización Panamericana de la salud.

El concepto de Sistema de Salud **basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud** supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.

Este sistema está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Además se orienta a la prestación de atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto con el sistema y sitúa al ciudadano, las familias y a la comunidad como base para la planificación y la acción.

Integrar la estrategia de Atención Primaria de Salud, supone dar mucha relevancia a las personas insertas en una familia y comunidad y abandonar la concepción de “niveles de complejidad”, definiendo en la práctica un nivel “central y accesible” y un nivel “complementario”. En la figura 1 se describe este marco conceptual.

Figura 1: Sistema basado en la estrategia de APS



Fuente: OPS

Así mismo, coloca a la Atención Primaria de Salud como entorno integrador en la prestación de políticas de salud pública y les da un rol en la relación intersectorial de nivel local.

En la tabla 1, se describen los valores, principios y elementos que rigen este planteamiento.

Tabla 1: Valores, principios y elementos del Sistema

VALORES	PRINCIPIOS	ELEMENTOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho al mayor nivel de salud posible 2. Solidaridad 3. Equidad 4. Universalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respuesta a las necesidades 2. Orientación a la calidad 3. Rendición de cuentas y responsabilidad 4. Justicia social 5. Sostenibilidad 6. Participación 7. Intersectorialidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accesibilidad y cobertura 2. Puerta de entrada 3. Atención integral e integrada 4. Orientación Familiar y comunitaria 5. Promoción y prevención 6. Atención adecuada 7. Mecanismos de participación 8. Marco político y legal 9. Políticas Pro equidad 10. Organización y gestión 11. RRHH 12. Financiación suficiente 13. Acciones intersectoriales

Por su parte el **Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud** conjunta los principios anteriormente mencionados y añade los elementos necesarios para articular las relaciones entre el primer nivel, el nivel complementario y el resto de agentes implicados en la prestación de los servicios, a fin de garantizar una atención integral e integrada, continua y longitudinal. Los elementos que añade o refuerza la base conceptual de las RISS son los siguientes:

Abordaje integral de la persona: promoción, prevención, curación, rehabilitación

1. Abordaje integral poblacional: Vigilancia epidemiológica, identificación y actuación sobre determinantes de la salud, planificación local, etc.
2. Coordinación intersectorial
3. Coordinación intrasectorial: Coordinación con las acciones de Salud Pública
4. Coordinación e integración clínica en torno a los procesos asistenciales
5. Responsabilidad compartida y por tanto objetivos comunes de los diferentes componentes activos de la red
6. Gobierno, organización y financiación coherentes con el planteamiento de integración

3.3 Modelo de sistema de salud de la republica Dominicana y principios rectores

Aún considerando los modelos conceptuales descritos y propuestos por la Organización Panamericana de la Salud como marco para el desarrollo del Modelo de Atención en la Republica Dominicana, éste debe adaptarse a la situación específica del entorno poblacional y social al que se dirige y al modelo de Sistema de Salud en el que se debe desarrollar.

Por tanto, el marco conceptual descrito se ha adecuado a los requerimientos y principios rectores del sector salud de la republica Dominicana. Así mismo el Modelo de Atención propuesto recoge las experiencias y trabajos previamente realizados y desarrollados en este ámbito por parte del Ministerio de Salud Pública y de otras instituciones del país.

4. Marco estratégico del Modelo de Atención

En este apartado se describen las características estratégicas y operativas del Modelo de Atención imprescindibles para la óptima orientación y prestación de las acciones y servicios en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

4.1 Objetivo del Modelo de Atención

El objetivo del Modelo de Atención es **hacer efectivos los servicios y acciones priorizados y garantizados por el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana y obtener de su aplicación la máxima efectividad posible en un marco de sostenibilidad económica, a fin de conseguir las metas y objetivos de salud previstos a nivel individual y colectivo.**

4.2 Valores, principios y elementos del Modelo de Atención

En la Tabla 2, se describen los valores, principios y elementos del modelo de atención.

Tabla 2: Valores, principios y elementos del Modelo

VALORES	PRINCIPIOS	ELEMENTOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Universalidad 2. Equidad 3. Solidaridad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectividad: Respuesta efectiva a las necesidades 2. Orientación a la calidad 3. Rendición de cuentas 4. Corresponsabilidad 5. Adaptabilidad 6. Pluralidad 7. Libre elección 8. Integralidad 9. Incluyente 10. Sostenibilidad 11. Participación 12. Intersectorialidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Marco político y legal 2. Financiación suficiente y adecuada 3. Cobertura universal 4. Planificación de la oferta 5. Orientación Familiar y comunitaria 6. Accesibilidad efectiva 7. Atención integral e integrada 8. Atención orientada por ciclos de vida 9. Continuidad y longitudinalidad 10. Promoción y prevención 11. Atención adecuada y resolutive 12. Organización y gestión 13. Política de calidad 14. Mecanismos de participación 15. Políticas de inclusión 16. Sistemas de información integrados 17. Política de Recursos Humanos 18. Políticas de libre elección 19. Acciones intersectoriales

Las definiciones referidas a los **valores** considerados y que son los especificados en el marco jurídico del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana son las siguientes:

- **Universalidad:** Todos los dominicanos estarán cubiertos por el Sistema Dominicano de Seguridad Social independientemente de su capacidad de pago o cualquier otra condición que no tenga que ver con la necesidad de salud.
- **Equidad:** Oportunidad de acceso igual a igual necesidad y por tanto independiente de las condiciones económicas, sociales, de genero, religiosas o geográficas de los ciudadanos y comunidades.
- **Solidaridad:** Basado en la financiación a la seguridad social en función de la capacidad de pago del individuo y acceso a los servicios de salud en función de su necesidad de salud. Entendiendo por tanto un modelo de financiación solidaria en el que los ricos pagan por los pobres y los sanos por los enfermos.

Las definiciones referidas a los **principios** rectores del Modelo de Atención son las siguientes:

- **Efectividad:** Capacidad del sistema para ofrecer y prestar una respuesta resolutive y adecuada a las necesidades y problemas de salud de los ciudadanos, la familia y la comunidad.
- **Orientación a la calidad:** Garantizar la respuesta efectiva a las necesidades mediante la adecuada oferta (calidad de estructura), la adecuada valoración e intervención sobre las necesidades (preventiva, promocional, curativa o rehabilitadora) basada en las mejores prácticas en función a la evidencia científica disponible (calidad técnica) y satisfactoria de forma que responda a las expectativas de los individuos y la población (calidad percibida).
- **Rendición de cuentas:** Los diferentes actores implicados deben rendir cuentas a la población de sus acciones (en el ámbito de su responsabilidad) haciendo transparentes los resultados obtenidos y los recursos empleados.
- **Corresponsabilidad:** Cada uno de los actores implicados y en base a las funciones asignadas, debe asumir el riesgo de los resultados de sus acciones de forma explicita. Así mismo los ciudadanos, entendidos también como un actor del sector, deben asumir el nivel de responsabilidad adecuada sobre su salud.
- **Adaptabilidad:** La situación de necesidades de salud puede ser cambiante a nivel local o en el tiempo, el modelo de atención no puede ser rígido ni único y debe disponer de la flexibilidad adecuada para adaptarse a la situación y dar, en cada momento y en cada entorno la respuesta más adecuada. Obviamente esta flexibilidad no puede nunca anteponerse ni al marco legal vigente ni a los principios fundamentales del Modelo de Atención.
- **Pluralidad:** El Modelo debe contemplar la integración de los diferentes agentes implicados en la prestación de acciones y servicios independientemente de la titularidad pública y privada, ya sea de las administradoras de riesgos o del proveedor contratado para prestar servicios. Implica también que con independencia de la titularidad se deben cumplir los valores, principios y elementos del Modelo de Atención.
- **Libertad de elección:** Este principio es aplicable únicamente al régimen contributivo y supone que el ciudadano puede elegir libremente la Aseguradora de Riesgos de Salud y el proveedor. La libre elección deberá modularse en coherencia con el Modelo de Atención a efectos de garantizar en paralelo el principio de libre elección con el resto de principios rectores.
- **Integralidad:** El modelo explicativo de los problemas de salud individuales y comunitarios deberá ser multicausal y la oferta de servicios que se ofrezca se deberá caracterizar por respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud, que incluyan acciones de promoción, de prevención, diagnóstico y tratamiento de la morbilidad, rehabilitación y reinserción social, vigilancia epidemiológica, recuperación y mejoramiento de las condiciones y determinantes ambientales, planificación local y gestión administrativa. Así mismo los problemas y necesidades de salud no serán abordados de forma fragmentada o como hechos y eventos aislados, sino con la

adecuada continuidad y longitudinalidad que permita su abordaje como parte de un todo, por todos los elementos del modelo.

- **Inclusión:** El Modelo de Atención no debe excluir a ningún individuo ni comunidad por criterios individuales o grupales relacionados con sus condiciones sociales, económicas, de raza, sexo o religión. Además el Modelo de Atención será proactivo en generar discriminación positiva sobre aquellos colectivos sobre los que pueda existir algún grado de exclusión.
- **Sostenibilidad:** El Modelo debe ser económicamente sostenible en el tiempo y en el entorno de la República Dominicana, por tanto debe estar adecuadamente dimensionado en base a las posibilidades, debe priorizar aquellos ámbitos de acción que generen una mayor rentabilidad social y debe estar adecuadamente gestionado.
- **Participación:** Se deberán establecer los espacios adecuados, efectivos y democráticos, para la participación ciudadana y comunitaria.
- **Intersectorialidad:** Integración del concepto de salud en todos los ámbitos de la actividad humana, sociales, industriales e individuales, a efectos de favorecer las mejores condiciones del individuo, la familia, la población y el entorno para proteger y mantener la salud. La gestión de la intersectorialidad debe reconocer un ámbito nacional y local y el modelo debe permitir la coordinación de este tipo de acciones.

Los elementos de desarrollo considerados en la tabla 2 se desarrollan en el texto a través de la definición de las bases funcionales del Modelo y de los aspectos organizativos del mismo en los diferentes apartados.

4.3 Bases funcionales del Modelo de Atención

Las bases funcionales del Modelo de Atención, suponen la operativización del mismo, de forma integrada y coherente, como consecuencia directa de los valores y principios. Por tanto el Modelo de Atención deberá integrar los siguientes aspectos:

- Responsabilidades y funciones de los actores
- Articulación de los actores
- Oferta de servicios: Acciones y servicios garantizados
- Población de Cobertura
- Marco legal y jurídico
- Financiación suficiente y adecuada
- La estrategia Intersectorial
- Coordinación e integración de acciones de salud colectiva
- Ámbitos de prestación de las acciones intersectoriales y de salud colectiva
- Organización asistencial: Estructura operativa de los servicios
- La capacidad del recurso humano
- La participación de la comunidad
- La evaluación de los resultados

5. Responsabilidades y funciones de los Actores

La articulación de las acciones y servicios de salud que debe hacer efectivos el Modelo de Atención implica a diferentes actores con funcionalidades y responsabilidades distintas. Los más relevantes serían los siguientes:

El **Ministerio de Salud Pública** de la República Dominicana es la Autoridad Sanitaria del sistema de salud y tiene como funciones fundamentales la rectoría, la conducción y la garantía de la salud colectiva del mismo.

Desde la **perspectiva rectora** el Ministerio de Salud Pública ejerce funciones normativas, de inspección y sancionadoras. Las funciones que debe desarrollar el Ministerio en este ámbito abarcarían fundamentalmente el desarrollo del marco jurídico, la regulación sanitaria de mercados básicos (agua, alimentos, medicamentos y medio) y el desarrollo y evaluación de cumplimiento de normas técnicas de garantía de calidad dirigidas a establecimientos, profesionales y prestación de servicios de salud.

En el ámbito de la **conducción** el Ministerio de Salud Pública debe definir el Modelo de Atención y garantizar la existencia de las condiciones estratégicas e instrumentales de interrelación entre los actores que permitan hacerlo operativo. Las funciones fundamentales implicadas en este ámbito son la definición explícita del Modelo, desarrollo de las funciones de planificación, definición y establecimiento de prioridades y políticas de salud individual, colectiva y medioambiental y coordinarse con otras áreas sociales de influencia en el estado de salud de la población.

En el ámbito específico de la garantía de la salud colectiva el Ministerio de Salud Pública desarrolla las actividades necesarias para definir y priorizar las políticas y programas de salud colectiva, coordinar su ejecución y garantizar su financiación y evaluación.

Las **Direcciones Provinciales de salud**, son las unidades desconcentradas del Ministerio de Salud Pública. Su papel fundamental es la aplicación, evaluación y control del cumplimiento del marco regulatorio, normativo y de las políticas de salud. Tienen la función de integrar y garantizar las políticas de salud pública y colectiva en el nivel local, desarrollar las actividades rectoras y de conducción de forma desconcentrada, desarrollar la capacidad planificadora y de articulación intersectorial en su entorno, comprobar y evaluar la aplicación de normas y operativizar la ejecución de acciones y servicios vinculadas a las políticas y programas priorizados, evaluando los resultados obtenidos de la aplicación.

Las entidades **aseguradoras**, en referencia al Modelo de Atención, deben garantizar a sus asegurados el acceso a la prestación de los servicios de salud individuales a través de una red de prestadores contratada, suficiente y habilitada. Son responsables de la integración en su red asistencial de las políticas y prioridades que en el ámbito de la salud defina el Ministerio de Salud Pública y trasladarlas adecuadamente a sus prestadores.

Estas entidades tienen también la obligación vinculada a implementar los mecanismos necesarios para garantizar la coordinación de sus prestadores entre ellos y con el resto de actores vinculados en la definición y aplicación de las políticas de salud, a fin de permitir el cumplimiento de los principios de integralidad e integración de acciones y servicios. Así mismo las aseguradoras deben proporcionar a los órganos rectores la información sobre la prestación de acciones, servicios y resultados.

Los **prestadores de servicios de salud individual y colectiva** tienen la función fundamental de prestar los servicios individuales y colectivos contratados de acuerdo a las normas y políticas de calidad establecidas y a través de profesionales y establecimientos adecuadamente dimensionados y habilitados. La red de prestadores y, especialmente el primer nivel de atención, deben, además, prestar apoyo directo a las Direcciones Provinciales de Salud en el análisis de los riesgos y determinantes poblacionales e integrar las intervenciones de salud colectiva e intersectoriales en el conjunto de la red de atención.

Deben, también, proporcionar apoyo a las acciones de vigilancia epidemiológica, coordinación en situaciones de desastre o emergencia poblacional y proporcionar la información requerida a las autoridades sanitarias.

Otra función fundamental a desarrollar es la identificación, registro y adscripción individual, familiar y poblacional de su población de cobertura.

Finalmente los **ciudadanos, familias y comunidad** son también actores importantes del Modelo de Atención, recibiendo servicios y ejerciendo sus derechos, cumpliendo con sus deberes para con el Sistema Nacional de Salud, participando a través de los órganos establecidos en las decisiones que les competan, sugiriendo o reclamando las mejoras necesarias y evaluando la calidad de los servicios.

Los ciudadanos, familia y comunidad son también corresponsales a su nivel, de su salud y de incorporar y ayudar a incorporar las acciones preventivas y promocionales priorizadas.

6. Articulación de los actores en el Modelo de Atención

La aplicación efectiva de las acciones y servicios requiere de la necesaria articulación de los actores que integran el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Los mecanismos básicos que se deben articular para permitir la funcionalidad y desarrollo del Modelo de Atención son los siguientes:

1. Elementos normativos o rectores: Se trata de las Leyes, Reglamentos y Normativa dictada en cada momento por las instituciones rectoras del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Estos elementos obligan a todas las partes y fundamentalmente definen la garantía normativa que deben cumplir los diferentes actores para estar en condiciones de integrar de forma efectiva los valores y principios que rigen el Modelo de Atención.
2. Elementos informativos: Se debe garantizar la información necesaria a todos los actores para poder desarrollar adecuadamente sus funciones y cumplir los principios del Modelo de Atención definido:
 - Es necesario disponer de un registro central de asegurados que permita conocer los ámbitos de responsabilidad poblacional y ejercer adecuadamente el derecho a la libre elección.
 - Es necesario el desarrollo de una historia clínica compartida que integre la información de cada individuo para garantizar la continuidad, longitudinalidad e integralidad de las acciones, sea donde sea el ámbito en el que se apliquen.
 - Se debe extender la utilización de la ficha familiar vinculada a la historia clínica como elemento de adscripción y análisis del entorno de la familia
 - Se debe garantizar el flujo de información adecuada entre los diferentes actores que permita el óptimo desempeño de las funciones.
3. Elementos de financiación: La responsabilidad de la prestación de acciones y servicios debe ir asociada a la financiación de las mismas. Las acciones de salud colectiva e

intersectoriales deberán poderse financiar desde una perspectiva poblacional y territorial en base a la ubicación y cobertura de los dispositivos de prestación.

4. Elementos de Participación: Se debe modular la adecuada participación de todos los actores en el desarrollo del Modelo de Atención. Especialmente ha de hacerse efectiva la participación de la comunidad y la transparencia del sistema.

Las relaciones que no derivan del ejercicio de la autoridad entre rectores, aseguradores y prestadores deberán articularse mediante acuerdos y contratos que integren los diferentes elementos considerados. Los contratos o convenios se entienden como el marco integrador de los elementos relacionales descritos y, sus contenidos deben hacer explícitos los elementos normativos, de información y económicos vinculados a la relación, así como las responsabilidades asumidas por cada parte.

7. Servicios y acciones garantizadas en el Modelo de Atención

El marco legal y de garantía de la República Dominicana prevé unas prestaciones obligatorias (Plan Básico de Salud) para toda su población, con independencia del régimen de cobertura, ya sea este subsidiado o contributivo. Esta cartera de servicios marca el mínimo obligatorio que en cada momento se deberá garantizar y, por tanto no es un escenario estático sino dinámico y que debe adaptarse continuamente a los requerimientos y necesidades de la población y a la evolución de la tecnología.

Además, el Reglamento vigente del Plan Básico de Salud establece unos Servicios Preventivos de Carácter General cuya aplicación recae en las Aseguradoras de Riesgos de Salud o en el Ministerio de Salud Pública en función de su aplicación individual o colectiva. Estos servicios preventivos reconocidos deben responder a las directrices del Ministerio de Salud Pública.

Los servicios preventivos de carácter colectivo son responsabilidad directa del Ministerio de Salud Pública, desde la perspectiva de garantizar su ejecución y de financiarlos. Así mismo el Ministerio de Salud Pública debe proveer los insumos necesarios a los prestadores para la aplicación efectiva de algunas de las acciones individuales.

El Modelo de Atención en su conjunto deberá garantizar en todo momento y como mínimo, la prestación efectiva de las acciones y servicios de carácter individual contenidos en el Plan Básico de Salud, Así mismo, el Modelo de Atención debe contemplar también los siguientes aspectos:

- La coordinación e ejecución de las acciones preventivas y promocionales colectivas consideradas como prioritarias en cada momento por el Ministerio de Salud Pública
- La coordinación e ejecución de las acciones de Salud Pública consideradas como prioritarias en cada momento por el Ministerio de Salud Pública
- Gestión y coordinación nacional y local de las acciones intersectoriales
- Análisis de situación (ASIS) de salud local y comunitaria que permita la identificación de riesgos y la respuesta a los mismos, así como la adaptación continua del Modelo de Atención a las necesidades locales en materia de salud individual y colectiva.

El Modelo de Atención deberá adaptarse dinámicamente a las actualizaciones que del Plan Básico de Salud se realicen por los órganos competentes y a las políticas prioritizadas en cada momento por el Ministerio de Salud Pública.

9. Población de cobertura del Modelo de Atención

El Modelo de Atención debe garantizar la cobertura de las acciones y servicios garantizados a todos y cada uno de los ciudadanos de la República Dominicana.

Cada ciudadano debe estar adscrito y registrado en una Unidad de Atención Primaria (UNAP) habilitada para prestar servicios por el Ministerio de Salud Pública, con independencia del régimen asegurador del que disponga. Por defecto, cada ciudadano se adscribirá automáticamente a la UNAP más cercana a su domicilio y desde ese punto se le prestarán los servicios individuales y colectivos garantizados de nivel primario y los especializados de referencia.

En función del nivel primario al que se esté adscrito el ciudadano, se determinará la red complementaria o especializada, ya que ésta estaría definida por el ámbito referencial del nivel primario.

El nivel complementario, tendrá la referencia poblacional derivada del sumatorio de la población de cobertura de los diferentes UNAP que lo tienen como referencia, construyendo una estructura de referencia poblacional piramidal.

Es necesario por tanto que cada UNAP tenga adecuadamente definida su cartera de servicios de referencia, sea cual sea la tipología de los mismos y, así mismo, los establecimientos de atención complementaria deben conocer sus ámbitos primarios de referencia y sus demarcaciones poblacionales.

Los dispositivos asistenciales no deben hacer diferencia a la hora de prestar servicios asistenciales entre los diferentes regímenes aseguradores de los ciudadanos. El único elemento diferencial entre ellos será la capacidad de elección del régimen contributivo y que la prestación de servicios al régimen subsidiado se realizará mayoritariamente desde establecimientos de titularidad pública.

Los dispositivos asistenciales orientaran sus servicios a poblaciones específicas, dentro de sus territorios, sobre la base de acuerdos y contratos en que se definen los compromisos asistenciales con las entidades financiadoras. Desde la perspectiva del ámbito de aseguramiento individual las poblaciones de cobertura y los servicios a prestar se diferenciarían las especificadas en la tabla 3.

versión preliminar

Tabla 3: Poblaciones y servicios

POBLACION	SERVICIOS	AMBITO DE PRESTACION	FINANCIADOR
Subsidiada	PBS (prestaciones individuales) Servicios de salud colectivas y acciones intersectoriales	UNAP de referencia territorial Nivel complementario definida en base al primer nivel Otros	SENASA MSP
Contributivo subsidiada	PBS (prestaciones individuales) Servicios de salud colectivas y acciones intersectoriales	UNAP de referencia territorial Nivel complementario definida en base al primer nivel Otros	SENASA MSP
Contributiva prestaciones individuales	PBS (prestaciones individuales) Otras prestaciones	UNAP de elección de su ámbito territorial Atención especializada que elija el usuario. El acceso al nivel especializado para el PBS se realizará a través del primer nivel.	SENASA ARS
Contributiva prestaciones colectivas	Servicios de salud colectivas y acciones intersectoriales	UNAP de referencia territorial que corresponda Otros	MSP

Este modelo no incorpora limitaciones derivadas de la titularidad de los diferentes prestadores. Las únicas excepciones en la gestión de la adscripción poblacional son las siguientes:

- La población del régimen contributivo tiene por derecho garantizada la libre elección de aseguradora y prestador. La aseguradora debe poder garantizar este derecho a la hora de seleccionar nivel primario y especializado. Respecto al nivel primario y para la

prestación de servicios individuales el asegurado podrá escoger a la UNAP que considere, entre las que estén en su demarcación territorial.

- Con independencia del alcance y limitaciones en la libertad de elección que se establezcan, las acciones de salud colectiva o la atención domiciliaría quedará vinculada a la UNAP de su marco de referencia territorial ya que no es posible integrar las acciones de salud colectiva o domiciliarias en ámbitos territoriales dispersos y no vinculados a la familia y la comunidad de origen.
- Los asegurados del régimen contributivo podrán, en caso de que el primer nivel y puerta de entrada considere necesario su acceso al nivel especializado, escoger al especialista que consideren dentro de los disponibles en su Aseguradora de Riesgos de Salud.
- Cada Aseguradora de Riesgos de Salud debe disponer de la relación de UNAP y especialistas complementarios en un ámbito territorial y a nivel nacional. Esta información debe ser conocida por el asegurado para estar en condiciones de cumplir con el precepto de libre elección.

Estas excepciones hacen necesaria la existencia de un registro de asegurados a nivel nacional que vincule a cada ciudadano con un nivel primario habilitado para las acciones individuales y para las colectivas, pudiendo este último ser diferente. Así mismo, se debe establecer el circuito adecuado de altas y bajas en cada UNAP, vinculado con el registro de asegurados nacional, que permita actualizar adecuadamente estas situaciones por el motivo que sea (libre elección, muerte, cambio de domicilio, etc.).

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

10. Marco legal y jurídico del Modelo de Atención

El marco legal y jurídico del Modelo de Atención será el vigente en cada momento en la República Dominicana. Entenderíamos como marco jurídico aplicable, las leyes básicas y sus reglamentos, así como la normativa desarrollada por las instituciones rectoras del Sistema.

11. Financiación suficiente y adecuada del Modelo de Atención

Se debe prever la financiación suficiente para la prestación de los servicios garantizados, ya sean estos individuales o colectivos. Así mismo se debe establecer la adecuada asignación de los recursos y forma de pago a los ámbitos de prestación y ejecución de las acciones, de forma que los incentivos que se generen sean coherentes con los objetivos y principios del Modelo de Atención.

La modificación de los servicios garantizados por el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana deberá ir acompañada en todo momento de la financiación suficiente para su prestación efectiva en todo el territorio Nacional.

12. La estrategia intersectorial en el Modelo de Atención

Corresponde al Ministerio de Salud Pública la identificación, definición e implementación de las estrategias y políticas intersectoriales con otros entornos sociales que puedan tener influencia relevante en la salud.

Las Direcciones Provinciales de Salud, como entidades rectoras desconcentradas en el ámbito local deben estar en condiciones de identificar, registrar, valorar y comunicar aquellas situaciones que, en su ámbito de responsabilidad local, puedan ser objeto de intervenciones intersectoriales.

El primer nivel de atención de la red asistencial conjuntamente con las Direcciones Provinciales de Salud realiza el análisis, identificación, definición e implementación de acciones intersectoriales en su ámbito de actuación. Para ello deben constituirse mecanismos formales de coordinación entre las Direcciones Provinciales de Salud y las Redes Prestadoras de Servicios de Salud.

Para garantizar la adecuada implementación basada en resultados de las acciones intersectoriales las Direcciones Provinciales de Salud deben establecer contratos con los prestadores.

Los ámbitos de participación local deben ser también entornos de actuación y difusión para el desarrollo de las estrategias intersectoriales.

13. Coordinación e integración de acciones de salud colectiva en el Modelo de Atención

El Ministerio de Salud Pública a través del Viceministerio de Salud Colectiva y las Direcciones Provinciales de Salud debe definir periódicamente las políticas y líneas programáticas de priorización e intervención en el ámbito de la salud colectiva a nivel nacional y local.

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública debe hacer explícita su política de salud y las líneas programáticas priorizadas en el ámbito de la salud colectiva y debe establecer los mecanismos de relación y financiación adecuados de las mismas. Estas políticas vinculan normativa y contractualmente a las entidades aseguradoras y prestadoras de todo el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

Las políticas de salud colectiva priorizadas se deben hacer operativas a través de programas que definan las intervenciones a llevar a cabo, los ámbitos de prestación de las mismas, las metas previstas y los indicadores de resultado.

Los programas deben identificar la función y acciones a desarrollar por los diferentes actores vinculados a la implementación de los mismos. El desarrollo de los programas de salud colectiva puede implicar diferentes intervenciones y diferentes ámbitos de prestación y ejecución.

Las Direcciones Provinciales de Salud tienen la función de coordinar y evaluar la ejecución de las políticas de salud colectiva en el entorno territorial. Así mismo deben establecer convenios, contratos y acuerdos vinculantes con los diferentes prestadores responsables de la ejecución directa de las acciones y servicios.

Se deben desarrollar mecanismos de coordinación formales entre las Direcciones Provinciales de Salud y las entidades prestadoras de servicios de salud de los territorios. El ámbito básico de integración de los programas de salud colectiva en la Red asistencial es el primer nivel de atención aunque se debe garantizar que las acciones sean aplicadas en cada momento en los ámbitos asistenciales necesarios para que su efectividad sea óptima.

14. Ámbitos de prestación de las acciones intersectoriales y de salud colectiva en el Modelo de Atención

Si bien será el Ministerio de Salud Pública el que defina los servicios y acciones intersectoriales y de salud colectiva a realizar, el ámbito desde donde se prestaran o ejecutaran será en todo momento definido en función de la intervención a realizar y los objetivos que se persiguen. Se priorizará siempre seleccionar aquel ámbito que pueda rendir una mayor efectividad en la ejecución de las acciones.

Los ámbitos de ejecución de acciones pueden ser los establecimientos de la red asistencial con independencia de su titularidad, las propias Direcciones Provinciales de Salud en el caso en que así se considere, los entornos locales y municipales en sus ámbitos de competencia o los ámbitos de decisión intersectorial que se consideren pertinentes.

Se procurará, siempre que la efectividad de la aplicación de las acciones así lo permita, integrar su ejecución a través del primer nivel de la red asistencial y evitar la aplicación vertical de los programas a través de otros agentes o directamente desde los órganos rectores.

En todo caso el Ministerio de Salud Pública a través de las Direcciones Provinciales de Salud deberá evaluar la adecuada prestación de las acciones y servicios y los resultados de la aplicación de las mismas, así como la coordinación entre los diferentes actores implicados.

15. Organización asistencial del Modelo de Atención: Red Integrada de Servicios de Salud

Los elementos de la red que se definen a continuación son elementos de obligado cumplimiento en el desarrollo del Modelo de Atención cualquiera que sea su ámbito y titularidad.

El Modelo se debe hacer operativo a través de una red de provisión de servicios y acciones que debe cumplir con los siguientes atributos:

1. **Población/territorio a cargo definidos** y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud.

2. **Conocimiento individual y familiar de la población** adscrita a través de un sistema de registro adecuado que permita la efectiva planificación y aplicación de las acciones y servicios individuales y colectivos.
3. **Red de establecimientos de salud próxima y accesible** que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, y que integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública siempre que esto sea posible.
4. **Cartera de servicios** adecuada a las funciones y garantías, en el conjunto de la red y en cada uno de los niveles y establecimientos de atención. La cartera de servicios debe estar acompañada de los recursos humanos y tecnológicos necesarios para cumplir los condicionantes de accesibilidad efectiva y adecuada capacidad resolutive.
5. **Primer Nivel de Atención que cubre a toda la población que le corresponde** y actúa como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.
6. **Prestación de servicios de especialidad en el lugar más apropiado**, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios.
7. Existencia de **mecanismos de coordinación administrativa y asistencial** a lo largo de todo el continuo de servicios de salud que garanticen homogeneidad y longitudinalidad.
8. Existencia de una adecuada **política de calidad** que integre los lineamientos de los órganos rectores y se adapte a los requerimientos específicos de la prestación de servicios individuales y colectivos.
9. **Cuidado de la salud centrado en el individuo, la familia y la comunidad**, como único mecanismo adecuado para proporcionar una respuesta satisfactoria a las necesidades individuales y colectivas.
10. **Participación social** amplia y efectiva, operativizada a través de mecanismos explícitos, adecuadamente contruidos.
11. **Transparencia y rendición de cuentas** efectiva a través de un modelo explícito de evaluación de resultados y de comunicación.
12. **Garantías de gestión eficiente de los sistemas de apoyo** administrativo, clínico y logístico que la adecuada y oportuna accesibilidad a los servicios y a los insumos diagnósticos y terapéuticos necesarios.
13. **Recursos humanos suficientes, competentes** y adecuadamente distribuidos para el desempeño de las funciones y servicios requeridos.

14. **Sistema de información integrado** o compartido que vincule a todos los miembros de la red y permita la longitudinalidad e integralidad de la atención.
15. **Financiamiento adecuado** e incentivos financieros alineados con las metas de la red.
16. **Coordinación efectiva de acciones intersectoriales.**

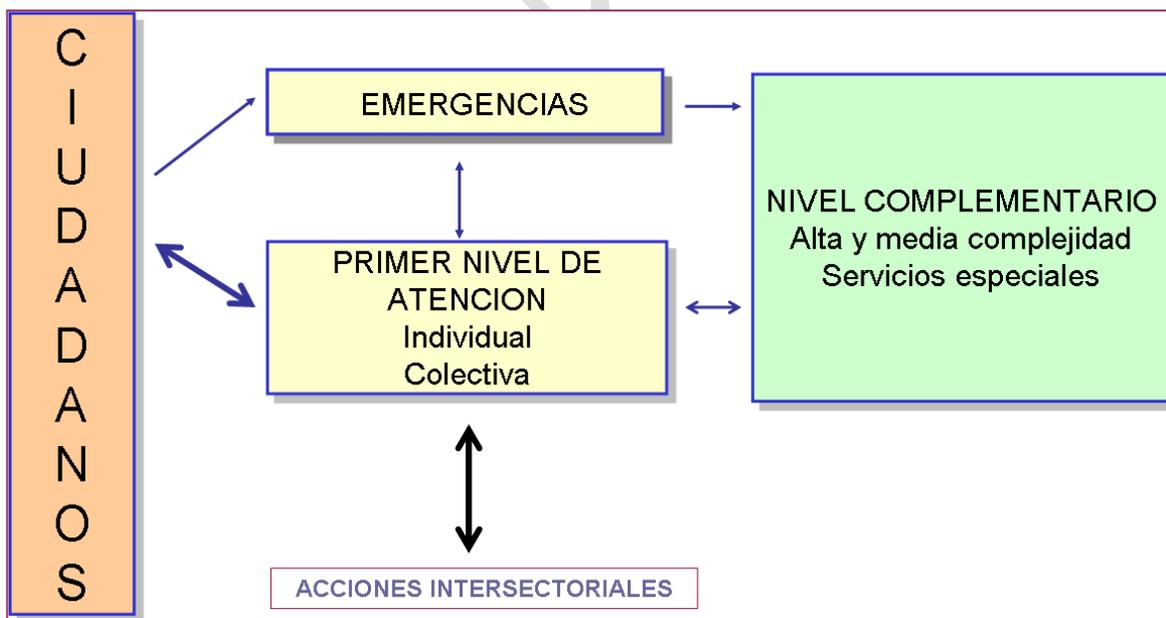
15.1 Organización general del Modelo de Atención

En términos generales el Modelo de Atención está obligado a garantizar la adecuada provisión, como mínimo, todas las atenciones indicadas en el Plan Básico de Salud que define el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

En la figura 2 se describe visualmente el flujograma de acciones generales y respuestas del Modelo de Atención.

El Modelo prevé dos puertas de entrada, el primer nivel y la emergencia. Esta segunda supone únicamente una puerta de entrada ante la necesidad urgente percibida de atención por parte del usuario. La puerta de entrada del primer nivel integra los diferentes elementos de atención individual y colectiva y es también el punto de conexión con las actividades intersectoriales.

Figura 2: Esquema del modelo



El primer nivel no solo recibe demandas sino que genera una actitud proactiva en la comunidad a través de la interacción con la misma y el análisis y planificación de las acciones.

El primer nivel ejerce de agente del ciudadano y de la comunidad con el resto de actores que van a complementar las necesidades de atención, ya sean de carácter clínico y curativo o preventivo, promocional o rehabilitador a través de los agentes que formulan, priorizan y, en su caso aplican, acciones de este tipo.

El primer nivel supone también el punto de integración y horizontalización de acciones preventivas y promocionales al conjunto de la red asistencial. El conjunto de la misma debe garantizar mediante los mecanismos adecuados la longitudinalidad de la atención.

Finalmente el primer nivel debe, para poder ejercer sus funciones adecuadamente, integrar la información generada en cualquier punto de la red, a nivel individual y familiar y ponerla disposición de todos los agentes implicados a fin de garantizar la mayor efectividad e idoneidad de las acciones.

A efectos prácticos el Modelo de Atención se conformará asistencialmente con un primer nivel de atención y un nivel complementario que actuará como referencia asistencial del primer nivel, con el objetivo de complementar su capacidad de atención, con aquellas tecnologías, procedimientos o especialidades que requieran de una mayor concentración y masa crítica y respondan a una cartera de servicios de mayor complejidad dirigida a dar respuestas a problemas de salud puntuales correspondientes a un proceso asistencial concreto que tiene principio y final.

Los niveles de atención complementaria están vinculados a la atención especializada de alta y media complejidad. El Modelo deberá prever la posibilidad de adaptar de forma continua la oferta de atención complementaria a la que en cada momento y en cada lugar sea más adecuada para responder a las necesidades.

El nivel de atención complementario, podrá estar estructurado en subniveles de complejidad atendiendo a criterios de planificación, economía de escala y masa crítica. Así mismo podrán desarrollarse en este nivel diferentes líneas de servicio en función de las necesidades de cada momento.

15.2 Primer Nivel de Atención

A través del desarrollo de la estrategia de atención primaria, el primer nivel de atención ha de concebirse como la puerta de entrada del Modelo de Atención pero también como su primer nivel de resolución. El primer nivel de atención tiene un papel central en el Modelo definido.

15.2.1 Funciones del primer nivel

La primera función de este nivel en el modelo es la de **ejercer de puerta de entrada**. Este concepto abarca y por tanto debe garantizar los siguientes elementos:

1. Puerta de entrada administrativa: Registro y adscripción individual y familiar
2. Puerta de entrada clínica: Es el primer nivel de resolución y es el que valora la necesidad de acceso a niveles complementarios
3. Gestor del ciudadano: El primer nivel ejerce de gestor o agente del ciudadano en el sistema, valorando adecuadamente la necesidad y tipo de servicios que precisa y gestionando el acceso a los mismos.
4. Punto de ejecución de acciones de salud colectiva: El primer nivel es el punto de coordinación e integración inicial de las acciones preventivas y promocionales individuales y colectivas y coordina las acciones de Salud Pública
5. Punto de ejecución de acciones intersectoriales: El primer nivel es el punto de coordinación y desarrollo de las acciones intersectoriales
6. Integración de la información: El primer nivel integra la información individual y familiar para el conjunto de la red.
7. Punto de Análisis: El primer nivel apoya la realización de el análisis de situación de salud local y comunitaria.

Además, el primer nivel debe estar estructurado para poder **absorber como mínimo el 80% de la demanda total del sistema** a nivel global y territorial y debe ser capaz de **resolver el 85% de la misma**. Para ello, el primer nivel debe cumplir cinco características únicas evaluables:

- **Accesibilidad**: provisión de atención de acuerdo a criterios de necesidad.
- **Continuidad**: Seguimiento integral de problemas concretos.
- **Longitudinalidad**: Seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida.
- **Globalidad o integralidad**: Cartera de servicios adaptada a las necesidades de la comunidad a la que se prestan, abarcando desde los servicios promocionales, preventivos a los de rehabilitación de la enfermedad.
- **Coordinación**: regulación del acceso a otros niveles asistenciales y existencia de mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.
- **Capacidad profesional** para garantizar la calidad de la atención al paciente, a la familia y a la comunidad.

Desde esta perspectiva el primer nivel de atención **asumirá la responsabilidad del cuidado de la salud de una población determinada**, realizando una atención integral e integrada, continua y permanente, centrada en la persona y en la familia y basándose en la evidencia científica y sustentada en la

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

Otra de las funciones del primer nivel es la de actuar como **agente del ciudadano, la familia y la comunidad** en la red asistencial, garantizando el acceso óptimo a los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios que permitan obtener el máximo beneficio individual y colectivo. El primer nivel debe velar para que únicamente accedan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada, mejorando la eficiencia global del sistema y la efectividad final del ámbito especializado.

El primer nivel integra también entre sus funciones **la vigilancia, identificación, análisis y el abordaje de los problemas de salud pública y colectiva** del territorio en el que se desempeña, en coordinación con las Direcciones provinciales de Salud.

El primer nivel debe disponer también de las capacidades para desarrollar un conjunto de actividades de **administración y gestión que permitan el adecuado registro y conocimiento de la población, la gestión del acceso a los servicios y la adecuada coordinación de actividades.**

15.2.2 Servicios y actividades del primer nivel

El primer nivel de atención debe cumplir sus funciones a través de la provisión de una cartera de servicios definida y del desarrollo de las actividades necesarias para la aplicación de los mismos.

Las entidades rectoras responsables del Sistema Nacional de Salud de la Republica Dominicana deberán definir y actualizar en cada momento la cartera de servicios mínima a prestar desde el primer nivel.

Su actividad ha de centrarse en el proceso salud y enfermedad de la persona y de la familia, tanto en el riesgo como en el daño a la salud, y sus intervenciones han de contar con una capacidad de respuesta reconocida. Los recursos necesarios, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo del primer nivel debe ser los adecuados a su condición de puerta de entrada, al nivel de resolución esperado, la cartera de servicios que debe proveer y la frecuentación o demanda esperada de los mismos.

La base de la cartera de servicios del primer nivel es el Plan Básico de Salud y su evolución y adecuaciones. El Primer Nivel debe absorber toda aquella actividad vinculada al Plan Básico de Salud vigente en cada momento, que sea capaz de resolver con efectividad. Además debe responder también a los requerimientos de salud pública tanto en el ámbito de prestación de servicios como de identificación, análisis y planificación comunitaria.

Los servicios que en cada momento como mínimo estarán obligados a prestar el primer nivel integran los correspondientes a la **atención individual de tipo clínico y administrativo** y los **poblacionales o comunitarios** que en cada momento el sistema Nacional de Salud de la

república Dominicana identifique como garantizados a través de los contenidos del Plan Básico de Salud y de las directrices y políticas definidas por el Ministerio de Salud Pública.

En términos generales los **servicios administrativos** integrarían el registro y adscripción individual y familiar, la gestión administrativa de la atención dentro del primer nivel y a través de la red asistencial, la atención personal y telefónica al usuario, la información a los ciudadanos y comunidad de la oferta de servicios directa del primer nivel e indirecto a través de la oferta de servicios de referencia y la recogida y respuesta de sugerencias y reclamaciones por los servicios

Los **servicios individuales de carácter asistencial** preventivo, curativo o rehabilitador a ofrecer en este primer nivel se aplicarán directamente o a través de la adecuada derivación al nivel especializado necesario, e incluyen la atención de la morbilidad aguda individual espontánea o urgente, diagnóstico y tratamiento adecuado de la patología crónica y discapacitante, aplicación de los programas de prevención primaria, secundaria y/o terciaria priorizados, promoción de la salud en aquellos aspectos o determinantes entendidos como prioritarios y apoyo a las labores de rehabilitación e integración social.

En el **ámbito de la salud colectiva y las acciones intersectoriales**, los servicios que en general debe integrar el primer nivel incluyen el análisis de situación comunitario en relación a determinantes y factores de riesgo en su población, la vigilancia epidemiológica, el apoyo directo o indirecto a las acciones y programas de salud colectiva, el desarrollo de intervenciones comunitarias dirigidas a la promoción de la salud y a la educación sanitaria y la identificación, registro y actuación frente a factores que requieran de intervenciones intersectoriales.

Para la planificación y ejecución de estas acciones de salud colectiva el primer nivel debe coordinarse con el entorno local, las comunidades y municipios y con las Direcciones Provinciales de Salud.

En cuanto a las **actividades** a través de las cuales prestara los servicios se han diferenciado dos tipos fundamentales en función del ámbito de prestación:

- **Directas:** Se prestan directamente desde la estructura asistencial del Primer Nivel
- **Diferidas:** Se solicitan o derivan desde la estructura asistencial Primer Nivel pero se ejecutan en otros entornos asistenciales

Las diferentes actividades a través de las cuales se prestaran los servicios se describen en la tabla 4 y vinculan a cualquier profesional de la UNAP o del centro de Salud de Zona. Se entiende por tanto que las actividades descritas no son específicas de un profesional sino que pueden ser realizadas por cualquiera de ellos en general. Obviamente el perfil profesional, el marco regulatorio y las capacidades de cada uno de los integrantes de los equipos definirán la capacidad y conveniencia de cada profesional en la actividad. Así por ejemplo la prescripción de medicamentos la hará el médico o la terapia rehabilitadora

el fisioterapeuta, pero una visita programada puede ser de cualquier profesional del equipo.

Tabla 4: Actividades generales directas y diferidas del nivel primario

ACTIVIDADES DIRECTAS	ACTIVIDADES DIFERIDAS
INDIVIDUALES	
Visitas Programadas en consultorio Visitas Espontáneas en consultorio Visitas Urgentes en consultorio Visitas Programadas en domicilio Visitas Urgentes en domicilio Visitas programadas centros educativos Visitas programadas empresas Consulta de educación individual Consejería individual Valoración de riesgos individuales Captación activa de casos Charlas y videos informativos Organización grupos de apoyo a pacientes Entrega material educativo Prescripción terapia rehabilitación Terapia rehabilitación Prescripción de pruebas complementarias Realización de pruebas complementarias Interconsultas con profesionales de apoyo Solicitud de interconsultas nivel complementario Traslado urgente a otros dispositivos	Analíticas de laboratorio Pruebas de Diagnostico por Imagen Otras pruebas complementarias Visitas especializadas Internamiento hospitalario Urgencias de media y alta complejidad Reuniones de coordinación inter niveles

Toma de muestras (sangre, orina, esputo y citología) Envío de muestras Recepción de resultados Prescripción de medicamentos Dispensación de medicamentos Dispensación de suplementos nutricionales Administración de medicamentos y vacunas Aplicación de cariostáticos Reuniones de coordinación interna	
GRUPALES Y COMUNITARIAS	
Educación Familiar Educación grupal en centro Educación grupal en comunidad Organización comités de salud Capacitación cuidadores Captación activa comunitaria de casos Valoración de riesgos comunitarios y familiares Detección de determinantes sociales	Organización comités de zona de salud Reuniones comités de zona de salud Acciones intersectoriales

La oferta de servicios y actividades del primer nivel debe quedar abierta a las circunstancias específicas y propias de cada territorio y a los posibles cambios organizacionales y estructurales dentro del propio sistema. Asimismo, en la medida en que el primer nivel de salud se debe fundamentar en el trabajo en equipo e inciden factores como la evolución de las necesidades de salud de la población, los avances científico-técnicos y los cambios en los sistemas formativos así como del nivel competencial de los profesionales, es necesario que la distribución de responsabilidades y funciones asistenciales sea necesariamente flexible y adaptable a estas circunstancias.

En todos los establecimientos del primer nivel deberá estar disponible para el usuario información escrita que integre e informe sobre las funciones, cartera de servicios directa y de referencia y condiciones de acceso a la misma.

15.2.3 Ámbito territorial y poblacional del primer nivel

La base mínima territorial y poblacional del Modelo de Atención son las Unidades de Atención Primaria (UNAP) que serían también los ámbitos básicos de prestación de servicios por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios de responsabilidad poblacional y territorial. Cada UNAP tendrá una influencia territorial en un ámbito poblacional correspondiente a 2.500 habitantes como máximo.

La Zona de Salud es la agrupación articulada de Unidades de Atención Primaria, dentro de un territorio determinado, preferiblemente no mayor de 25,000 habitantes y no menor de 5.000, que debe ajustarse en lo posible a las demarcaciones administrativas para que los datos de población sean asimilables, preferiblemente por municipios.

Se considerará la Zona de Salud como ámbito básico territorial y poblacional, que ha de permitir una mejor organización y funcionamiento del primer nivel de atención en su conjunto.

Las Zona de Salud suponen el ámbito natural de desarrollo y crecimiento del primer nivel. La atención especializada se estructura organizativa y funcionalmente en los ámbitos territoriales y poblacionales en función de los ámbitos de referencia del nivel primario ya que juega un papel secundario y muy delimitado a los aspectos de apoyo, es decir, de complementariedad.

A efectos de planificación de los ámbitos de referencia la agrupación de diferentes Zonas de Salud de un territorio que integre una población no mayor a 500.000 habitantes se denominará Área de Salud. En función de las condiciones de cada entorno, referentes a dispersión geográfica, la ubicación y referencia de los dispositivos complementarios, el alcance poblacional del área de Salud podrá adaptarse.

En esencia, el primer nivel representa el punto inicial de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, acercando, lo máximo posible, la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Para ello, va a ser imprescindible la delimitación de territorios sobre los que debe estructurarse la atención y, a partir de las variables señaladas, establecer la dotación de profesionales requeridos para materializar dicha atención.

Los indicadores de dimensionamiento de las zonas de salud y de las UNAP y los objetivos de accesibilidad deben ir ligados a la dotación de profesionales de la salud y, a su vez, a los indicadores de cobertura y utilización esperada.

15.2.4 Organización de los servicios y equipo profesional del primer nivel

La amplia variedad de actividades y servicios que exige realizar el primer nivel, para satisfacer las crecientes y heterogéneas demandas de la sociedad, requiere un reparto funcional de tareas y colaboración entre diferentes perfiles profesionales.

La Zona de Salud debe disponer de un **conjunto de profesionales, asistenciales y no asistenciales que se desempeñan su trabajo bajo la dirección de un coordinador y en una organización con un cierto grado de jerarquía.**

Los profesionales de una Zona de Salud trabajan conjuntamente para obtener una visión integral del estado de salud y de la necesidad de servicios para la población. De este modo, para que un grupo de profesionales se constituya en **un verdadero equipo de trabajo** es necesario reunir y compartir:

- Una tarea en función de unos objetivos comunes
- Generar una organización del trabajo basada en una división funcional, en relación con la cualificación y el papel de cada uno de sus miembros
- Producirse la cooperación en el desarrollo de sus funciones y no simplemente la suma de las funciones de cada uno.
- Producirse la participación activa de todos sus componentes en el análisis de los problemas y en la toma de decisiones
- Estar coordinado / dirigido por un profesional con liderazgo y no basado, únicamente, en la autoridad formal.

Los profesionales de la Zona de Salud se organizarán en dos perfiles diferenciados pero coordinados:

- **Profesionales de referencia poblacional:** Se trata de aquellos profesionales que disponen de una referencia poblacional y territorial concreta y, por tanto de una población de responsabilidad adscrita de un determinado territorio. Se trata fundamentalmente del Médico, la enfermera y los promotores de salud. Estos profesionales conformarán el núcleo básico de referencia de la Zona de Salud denominado Unidad de Atención Primaria (UNAP). La Zona de Salud tendrá tantas UNAPs como su población y territorio de referencia indique de acuerdo con las referencias poblacionales de la Tabla 5.
- **Profesionales de apoyo:** Los profesionales de apoyo de la Zona de Salud los conforman, pediatras, odontólogos, ginecólogos, psicólogos, matronas, auxiliares de clínica, auxiliares administrativas, trabajadores sociales, y farmacéuticos. Su número está también vinculado a una cobertura poblacional concreta, pero son profesionales que no tienen una responsabilidad poblacional, sino que debe desarrollar sus funciones dando apoyo a las UNAP o desarrollando acciones concretas en grupos específicos de población en coordinación con éstas

Además de estos profesionales de apoyo, podrá contemplarse la incorporación de nuevos perfiles en tanto la implantación y desarrollo de los equipos la precisen y la disponibilidad presupuestaria lo permita.

En la medida en que los profesionales serán aquellos que materializarán el primer nivel en un espacio determinado, los criterios de ubicación y dimensionamiento de las infraestructuras y los de dotación de personal serán fundamentales en el momento de estructurar las bases del modelo de atención.

Cada Zona de Salud debe disponer de un Centro de Salud de Zona donde se ubica el trabajo de las UNAP, de los profesionales apoyo, equipamiento diagnóstico conjunto y sus espacios de coordinación. Además cada Zona de Salud dispondrá del número de Centros de Atención Primaria (CAP) necesarios para garantizar la proximidad de las diferentes UNAP a su territorio y población. El número de CAP y la ubicación de las diferentes UNAP dependerán de la dispersión geográfica de la Zona de Salud y de las isócronas que se defina el Ministerio de Salud Pública como mínimas, con el objetivo de facilitar al máximo el acceso y la proximidad.

La estructura asistencial física de la Zona de Salud es el Centro de Salud de Zona y los Centros de Atención Primaria. El Centro de salud de Zona debe contar con:

- Un área administrativa para la Gestión de Usuarios y archivo / documentación clínica y administrativa.
- Un área de reuniones de equipo, con su aula de formación y biblioteca, que se utilizará también para las reuniones de organización y planificación.
- Un área asistencial de las UNAP
- Espacio para los equipos de diagnóstico comunes
- Espacio específico para la atención de urgencias (consulta médica, sala de curas, sala de espera).
- Un área asistencial para el ejercicio de los profesionales especialistas que completan la oferta de servicios del primer nivel.
- En caso de que se realicen turnos nocturnos, deberá contar con un área de reposo del personal.
- Tendrá un despacho para quien le corresponda desarrollar la función de coordinación de la Zona.

Los Centros de Atención Primaria deben contar con la estructura física necesaria para permitir un adecuado desempeño de una o varias UNAP. Así mismo deben disponer también de un ámbito de atención al usuario adecuado.

En referencia a los perfiles profesionales y al dimensionamiento de los recursos humanos que constituyen el equipo se propone la descrita en la tabla 5.

Tabla 5: Dimensionamiento de la dotación de profesionales

PROFESIONAL	DOTACION EN BASE POBLACIONAL
Medico Familiar / general	1 por cada 2.500 habitantes
Pediatra	1 cada 5.000 habitantes pediátricos (>14)
Medico Internista	1 cada 25.000 habitantes
Psicólogo	1 cada 10.000 habitantes
Ginecólogo	1 cada 15.000 mujeres
Odontólogo	1 cada 10.000 habitantes
Enfermera profesional	1 por Medico de Familia
Fisioterapeuta	1 cada 25.000 habitantes
Trabajador Social	1 cada 25.000 habitantes
Farmacéutico	1 cada 25.000 habitantes
Promotor de salud	1 por cada 500 habitantes
Auxiliares administrativas	1 cada 5.000 habitantes
Auxiliares de enfermería	1 cada 5.000 habitantes

Estas razones poblacionales deben considerarse como orientativas ya que la dotación de los diferentes profesionales debe adaptarse en función de determinados factores que condicionan las conductas relacionadas con la salud, la percepción del estado de salud y calidad de vida, la diferente distribución de enfermedades crónicas e incapacidad y, en definitiva, la intensidad de utilización de los servicios por parte de la población; los factores que influyen aquí podrían resumirse de la siguiente manera:

- Geográficos: dispersión de los núcleos de población dependientes de los equipos de atención primaria
- Demográficos: características de la pirámide población
- Variables socioculturales y familiares
- Nivel socioeconómico de la población
- Estado de salud de la población y necesidad de servicios

En este sentido, la disponibilidad de recursos debe realizarse, de acuerdo al esquema de profesionales señalado anteriormente, pero teniendo en cuenta las variables que han sido indicadas aquí.

15.2.5 Equipamiento mínimo de los Centros de Salud de Zona y de los Centros de Atención Primaria

Todos los centros del primer nivel deben disponer del equipamiento suficiente para el desempeño de las funciones con comodidad para profesionales y usuarios y con la calidad y calidez necesaria. En cada momento y en función de la cartera de servicios a prestar y de los objetivos de actividad y resolución, el Ministerio de Salud Pública definirá el equipamiento mínimo necesario a disponer, así como su ubicación y los criterios normativos que deben cumplir los espacios físicos de atención.

15.2.6 Accesibilidad y horarios de atención del primer nivel

La organización horaria del primer nivel de atención deberá garantizar condiciones de acceso efectivas y próximas a la población de cobertura.

El horario de atención de los Centros de Salud de Zona será como mínimo de 12 horas diarias de lunes a viernes y 8 horas los sábados.

Los centros de atención Primaria donde se desempeñan las UNAP deben también en general prestar servicios durante doce horas mañana y tarde. Para poder garantizar este horario los Centros de Atención Primaria siempre que sea posible deben agrupar a un mínimo de dos UNAP. Las diferentes UNAP ubicadas en el Centro de Atención Primaria deberán ofrecer posibilidades horarias de mañana y tarde a efectos de facilitar el acceso. Una opción sería modificando sus horarios de atención durante la semana (por ejemplo 2 días mañana y tres tardes).

En caso que los CAP no puedan agrupar dos o más UNAP por motivos de localización territorial el horario mínimo será de 8 horas y las franjas de atención se fijaran en base a las necesidades y

requerimientos locales. En todo caso deben coordinarse los servicios en la Zona de Salud para garantizar la atención adecuada.

Independientemente de donde realice físicamente el trabajo la UNAP se debe establecer formalmente los tiempos y espacios de coordinación necesarios entre las mismas y el resto de los profesionales de la Zona de Salud.

Los horarios de los profesionales de apoyo se fijaran en base a los requerimientos de las actividades de los mismos. En general todo ellos deben ofrecer un horario mínimo de 8 horas diarias estructurado en mañanas y tardes. El ámbito de prestación de servicios de estos profesionales será fundamentalmente el Centro de salud de Zona, no obstante es importante prever actividades periódicas de los mismos en los Centros de atención Primaria en coordinación con las UNAP.

En general se debe prever que el 80% del tiempo de los profesionales se dedicará a la atención individual o comunitaria y el 20% restante a actividades de formación conjunta o coordinación.

Todos los centros de la Zona de salud dispondrán de un sistema de citas y distribuirán el tiempo de los profesionales de las UNAP en franjas de visita programada, visita espontánea (solicitud el mismo día) y actividades comunitarias.

Las agendas de los profesionales deben integrar las actividades de coordinación. El porcentaje de tiempo de entre actividad individual programada y espontánea y comunitaria se ira ajustando a la realidad de cada centro.

Los especialistas de apoyo (pediatría, ginecología, psicología, comadronas y odontólogos) solo realizarán visitas programadas vinculadas con solicitud de interconsulta de una UNAP, con excepción de aquellos programas específicos en los que se decida que tengan acceso directo al especialista.

La Zona de Salud organizará, en función de la demanda previsible y la existencia de otros dispositivos adicionales, la atención urgente o espontánea. Durante el horario de atención del Centro de Salud de Zona se deberá prever diariamente la disponibilidad por turnos de profesionales que atiendan la demanda urgencias o consultas espontáneas de morbilidad que no puedan ser absorbidas por sus UNAP de referencia.

Fuera del horario de atención, los centros pueden ofrecer o no atención 24 horas 365 días. En caso de no ofrecer este servicio se debe garantizar siempre una atención urgente accesible y con una ubicación conocida por los usuarios.

Respecto a las pruebas diagnosticas, los centros de la Zona de Salud serán puntos de extracción de muestras para análisis de sangre, orina o biopsias ginecológicas. El acceso a estas pruebas puede ser programado o urgente, y el horario de realización se definirá en función de la logística de transporte

El nivel primario en general deben definir claramente la sistemática de realización pruebas completarias y los proveedores de las mismas garantizando que sea un proveedor autorizado y con el

cual se haya formalizado una relación de prestación de servicio. Esta relación de prestación de servicio debe incluir los tiempos máximos de respuesta y el mecanismo por el cual los resultados llegaran al profesional.

Todos los centros de la Zona de Salud deben tener a disposición de los usuarios su cartera de profesionales por especialidad y los horarios generales del centro y de cada uno de los servicios que se prestan.

15.2.7 Sistema de información en el primer nivel

El sistema de información del primer nivel, deberá formar parte del sistema de información integrado de la red. Todos los profesionales del primer nivel trabajaran sobre una única historia clínica individual cuyo formato deberá ser responder a los criterios definidos por el Ministerio de Salud Pública.

Se deberá disponer de historia clínica individual electrónica, que además debería ser la misma para todos los profesionales que trabajan en la red asistencial. Como mínimo se debe tender a disponer de una historia clínica compartida que recoja la información imprescindible del individuo y que este disponible y accesible en todos los puntos de la red.

Así mismo todos los centros del nivel primario deberán disponer de la ficha familiar vinculada a la historia clínica, en la cual se registraran la información referente a aspectos administrativos, condiciones sociales y determinantes para la salud vinculadas a la familia y a cada uno de los individuos que la conforman.

El Ministerio de Salud Pública en su papel rector debe establecer los criterios mínimos a cumplir por estos sistemas de información electrónicos, ya sea a nivel de estándares técnicos, como de información a registrar y modelos de codificación.

15.2.8 Coordinación de la Zona de Salud

Cada Zona de Salud debe tener un Coordinador para el desarrollo de la función de organización y gestión clínica, así como para la resolución de problemas de índole administrativo y de servicios generales. El coordinador de la zona de salud debe disponer del personal de apoyo administrativo y técnico necesario para el desarrollo de sus funciones.

La sede del Coordinador ha de ser el Centro de Salud de Zona en el cual existirá un espacio específico de trabajo para el desarrollo de las actividades comunes de los profesionales, donde se debe instalar también una Unidad de Gestión de Usuarios de la Zona que gestione todos los procesos administrativos de referencia y retorno entre las UNAP y el nivel complementario, informe a los usuarios, y coordine el proceso de adscripción de la población.

15.3 Niveles de Atención Complementarios

Los niveles complementarios en función de la complejidad, economías de escala y masa crítica, se estructuran inicialmente en un segundo y tercer nivel. No obstante como ya se ha comentado en el texto, el nivel complementario se adaptara dinámicamente, desde la perspectiva de cartera de servicios, ubicación de los mismos y condiciones de accesibilidad a las necesidades de cada entorno y de cada momento.

El nivel complementario proporcionara de la forma más eficiente y adecuada posible aquellos servicios y prestaciones que complementen la actividad asistencial del primer nivel, tanto a nivel urgente como programado.

Las entidades rectoras responsables del Sistema Nacional de Salud de la Republica Dominicana deberán definir y actualizar en cada momento los servicios incluidos en el nivel complementario así como la organización territorial de los mismos.

15.3.1 Segundo nivel de atención

El segundo nivel de atención ha de concebirse como el conjunto de servicios que incluye atención especializada básica y con régimen de internamiento que, articulado con el primer nivel de atención, permiten completar la atención a los beneficiarios de la misma para todos los casos que no se requiera de una intervención compleja o muy especializada.

Le ha de corresponder, como mínimo, atender todos los procesos y procedimientos de salud dirigidas a la persona que estén incluidos en el plan básico de salud que requieren atención especializada básica o internamiento general.

Su actividad ha de centrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo que el primer nivel de atención le requiera. De igual manera, ha de responder a las necesidades de otros centros asistenciales de su misma categoría con quienes comparte ámbitos territoriales o poblaciones, por ejemplo, ante alguna eventualidad.

El tamaño o el dimensionado del segundo nivel deberá responder a los criterios de planificación poblacional y territorial de la red, a efectos de poder responder adecuadamente a la demanda prevista.

La cartera de servicios de este nivel deberá adaptarse adecuadamente a sus requerimientos de acceso y resolución. Las entidades rectoras responsables del Sistema Nacional de Salud de la Republica Dominicana deberán definir y actualizar en cada momento la cartera de servicios mínima a prestar desde el segundo nivel.

Se contemplan como un componente de la cartera de servicios, los referimientos para prestación de asistencia sanitaria o diagnóstica de mayor complejidad o para

complementar la asistencia, así como la contrarreferencia o retorno, según los criterios establecidos para cada caso.

La provisión de la cartera de servicios estará a cargo del personal clínico especializado necesario en su respectiva área.

El catálogo de pruebas e interconsultas de los servicios de segundo nivel, estará accesible, bajo acuerdos, a los centros de atención del primer, con la finalidad de alcanzar la máxima capacidad de resolución y evitar duplicidades de solicitudes y costos innecesarios derivados de las mismas. El acceso a dichas solicitudes incluye la disponibilidad de servicios de citas, por prueba y por profesional, que puede lograrse desde cualquier nivel de la atención, de acuerdo a los protocolos que se definan para estos casos.

El personal de salud del segundo nivel de atención tiene como sede institucional los establecimientos de salud destinados al segundo nivel: hospitales generales (municipales, provinciales, subcentros). No obstante estos profesionales en caso de que así se considere necesario pueden ejercer actividades ambulatorias de apoyo al primer nivel, ya sea mediante consultoría, sesiones clínicas, visitas conjuntas o visitas individuales programadas en los Centros de Salud de Zona de referencia.

15.3.2 Tercer nivel de atención

El tercer nivel de atención ha de concebirse como el conjunto de servicios que incluye atención especializada de mayor complejidad con internamiento, que completa las intervenciones que no corresponden al segundo nivel de atención. Permite completar la atención a los beneficiarios de la misma para todos los casos en que se requiera de una intervención compleja o muy especializada.

Su actividad ha de centrarse en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo de manera que pueda completarse los procesos asistenciales cuando estos necesitan de una atención muy especializada.

Por criterios de economía de escala o de masa crítica, los servicios de muy elevado costo y relativa baja demanda se pueden concentrar en pocos establecimientos, a los que, por este caso, les correspondería completar la atención a estructuras de igual nivel de complejidad.

Al igual que en el caso del segundo nivel la oferta de tercer nivel de la red debe dimensionarse en función de las necesidades esperadas, aplicando criterios de planificación.

Las entidades rectoras responsables del Sistema Nacional de Salud de la Republica Dominicana deberán definir y actualizar en cada momento la cartera de servicios mínima a prestar desde el tercer nivel.

El catálogo de pruebas de los servicios especializados, incluyendo las pruebas funcionales que realice el hospital de tercer nivel, estará accesible, bajo acuerdos, a los centros de atención del primer y segundo nivel, con la finalidad de alcanzar la máxima capacidad de resolución y evitar duplicidades de solicitudes y costos innecesarios derivados de las mismas. El acceso a dichas solicitudes incluye servicios de citas, por prueba y por profesional, que puede lograrse desde cualquier nivel de la atención, de acuerdo a los protocolos que se definan para estos casos.

La provisión de la cartera de servicios para el tercer nivel de atención estará a cargo, de personal clínico especializado y sub-especializado en su respectiva área.

El personal de salud del tercer nivel de atención tiene como sede institucional los establecimientos de salud de mayor complejidad hospitales regionales y nacionales, hospitales, institutos y centros diagnósticos especializados.

15.4 Programa de asistencia transversal en la red

Si bien en su conjunto toda la atención que se ofrece es integral y transversal a lo largo del continuo asistencial de la red. Se incluyen en este apartado tres aspectos específicos que claramente deben dimensionarse de forma planificada en el conjunto, a fin de dar una óptima respuesta. Estos programas serían el de urgencias y emergencias, el de atención farmacéutica y el de atención al usuario.

15.4.1 Atención a la urgencia y emergencia

La atención a las emergencias es parte de la cartera de servicios de toda estructura de la red de servicios, y deberá proveerse en todos los niveles de atención, tomando en cuenta su nivel de resolución. Toda red asistencial debe contar con un programa transversal de atención a la urgencia y a la emergencia con protocolos y mecanismos adecuados de acceso y derivación

Las redes de servicios organizarán para su población de cobertura la atención a emergencias de manera tal que todo beneficiario pueda contar con acceso efectivo a este tipo de servicios las 24 horas del día, los 365 días del año.

Se deben garantizar los mecanismos necesarios para poder efectuar las derivaciones urgentes en tiempo y forma adecuados entre los diferentes dispositivos que ofrecen servicios de urgencias y emergencias. El criterio de accesibilidad a los servicios de emergencia desde el primer nivel de atención a los hospitales básicos de segundo nivel, para casos de mediana complejidad y de éstos a las unidades de emergencias del tercer nivel, serán definidos por el Ministerio de Salud Pública.

Como parte de los servicios de información orientados a la población beneficiaria, el nivel primario de atención debe dar a conocer a todos sus adscritos dónde están ubicados

los servicios de atención de emergencias cuando cierra la jornada, y la forma de acceder a ellos.

La red asistencial debe contar con criterios homogéneos y protocolizados de atención, derivación y recepción de casos de emergencias. En un futuro cada red asistencial de ámbito territorial debe tener un centro coordinador de emergencias y de orientación a los beneficiarios por medio de un número telefónico único.

Así mismo deberá implantarse un único sistema de cribaje en los diferentes puntos de atención, para homogeneizar los criterios de derivación y gestionar en coherencia con la complejidad los ámbitos de atención a la urgencia.

Como parte de los servicios de información a los beneficiarios, los centros de salud de segundo nivel deben informar, de forma directa o a través de los centros de atención del nivel primario, las vías de comunicación de que disponen los beneficiarios en caso de emergencias y que requieran de alguna orientación o ayuda.

Se deberá disponer de los mecanismos y protocolos que permitan, conjuntamente con las entidades rectoras y competentes en situaciones de emergencia y desastres definir un plan de emergencias integrado, en que participen todos los centros asistenciales, con la finalidad de abordar de forma eficaz situaciones de catástrofes y emergencias colectivas que pudieran presentarse.

15.4.2 Servicios de Atención farmacéutica

Las redes asistenciales deben disponer de servicios de atención farmacéutica que den apoyo tanto en el primer nivel de atención como en los niveles complementarios. Estos servicios deben prestarse por profesionales farmacéuticos con formación en el ámbito clínico y logístico.

Sus objetivos fundamentales se concentran en:

- Disponer de los medicamentos de calidad necesarios para la prestación de los servicios
- Garantizar el acceso a los medicamentos necesarios por parte de la población de cobertura
- Garantizar el uso más efectivo y eficiente posible de los medicamentos, minimizando sus riesgos.

Los clientes de los servicios farmacéuticos, por tanto, son fundamentalmente los usuarios de los ámbitos asistenciales y los propios profesionales.

Los servicios farmacéuticos ubicados y dimensionados adecuadamente en cada entorno asistencial deben estar en condiciones de garantizar los siguientes ámbitos de trabajo y los servicios correspondientes:

a) Incidir en la mejor decisión clínica (minimizar riesgos, maximizar efectividad y eficiencia)

- Actividades de soporte a las decisiones clínicas
- Selección de medicamentos
- Revisión de la utilización de medicamentos
- Información sobre medicamentos a profesionales.

b) Incidir sobre la accesibilidad al producto seleccionado en las mejores condiciones

- Gestión y planificación de compras
- Gestión de almacenamiento
- Dispensación adecuada

c) Garantizar la mejor utilización del producto

- Información sobre administración
- Acciones de mejora del cumplimiento terapéutico
- Sistemas personalizados de dispensación
- Información y educación a pacientes y profesionales

d) Garantizar conjuntamente con el médico y otros profesionales el mejor resultado posible de la terapéutica

- Detección de errores de prescripción y administración
- Farmacocinética clínica
- Terapias secuenciales
- Monitorización de resultados
- Farmacovigilancia

e) Acciones de salud comunitaria (de pacientes o poblacional)

- Seguimiento de pacientes crónicos
- Campañas de detección precoz de patologías
- Campañas de vacunación
- Información sanitaria sobre enfermedades, hábitos higiénico-dietéticos, etc.

No todos los servicios mencionados son aplicables en todos los entornos asistenciales de la red. Los servicios farmacéuticos estarán presentes en todos los niveles con una funcionalidad similar pero aplicando los servicios en función del entorno y las necesidades.

El Ministerio de Salud Pública normará las condiciones y servicios de estas unidades en cada uno de los niveles y en el conjunto de la red asistencial.

15.4.3 Servicios de Atención e información al usuario

Esta atención debe ser entendida como parte obligada de los servicios que se les debe proveer a los usuarios en todos los niveles y establecimientos de la red asistencial y, especialmente en el nivel primario pues resulta el primer punto de contacto del usuario con el sistema.

Su accionar ha de estar normado y estandarizado, incluyendo lo relacionado a los espacios de atención a los usuarios, la vestimenta y la identificación del personal, la confidencialidad necesaria y lo relativo a trámites de expedientes clínicos y citas.

En cada Centro de la Zona de Salud, el usuario ha de contar con una oficina o dependencia de atención e información, con personal técnico responsable durante el horario habitual del centro.

Los servicios de atención e información a los usuarios se encargarán de todo lo relativo al registro y adscripción de usuarios, programación y confirmación de citas, la organización y entrega de los expedientes clínicos en consulta, la orientación del flujo de pacientes y visitantes dentro del centro, de las orientaciones sobre las referencias entre niveles, tanto de pacientes como de muestras, de la verificación de la asistencia a la cita, del registro de solicitudes de expedientes, así como de los servicios de información personal y telefónica sobre oferta y organización de los servicios.

En todos los niveles de atención los usuarios tendrán un servicio de atención al paciente donde éste pueda expresar y tramitar sus quejas, reclamaciones y realizar los trámites para determinadas prestaciones (transporte sanitario, resultados de pruebas, copias de expedientes clínicos, facturaciones, prótesis, etc.). Los servicios de Atención al Usuario son los responsables de poner a disposición de los usuarios y los profesionales de forma explícita los derechos y deberes de usuarios y profesionales, circuitos de sugerencias y reclamaciones, cartera de servicios propia y diferida, centros y servicios disponibles, circuitos de solicitud y gestión de servicios, condiciones de acceso a los servicios. Así mismo serán los responsables de gestionar los flujos de usuarios en la red y, por tanto de desarrollar los mecanismos para su óptima ejecución.

15.5 Coordinación y articulación de la atención en la red asistencial

Uno de los principios planteados para el Modelo de Atención es la coordinación y la integralidad de todas las acciones y servicios de salud. En diferentes apartados se ha mencionado la necesidad de disponer de mecanismos de coordinación intra e intersectoriales. Entre estos, uno de los aspectos relevantes para garantizar la continuidad y la longitudinalidad de las acciones, es el desarrollo de elementos de coordinación e integración asistencial. Las relaciones clínicas u asistenciales entre los diferentes niveles y dispositivos debe ser un punto crítico relevante de desarrollo, a fin de poder garantizar un funcionamiento adecuadamente coordinado. Entenderíamos por **coordinación asistencial** la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud independientemente del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Los ámbitos de coordinación se establecen en tres áreas fundamentales:

- Coordinación de la información
- Coordinación de la gestión asistencial
- Coordinación administrativa de la gestión

Figura 3: áreas de coordinación



Fuente: Elaboración propia

Los elementos de coordinación habituales se definen en la tabla 6. Estos elementos deben desarrollarse entre los diferentes niveles y en el interior de los establecimientos (horizontal y verticalmente). Es obvio, además, que mecanismos económicos, de relación y de organización de la red deben ser coherentes con el objetivo de coordinación clínica.

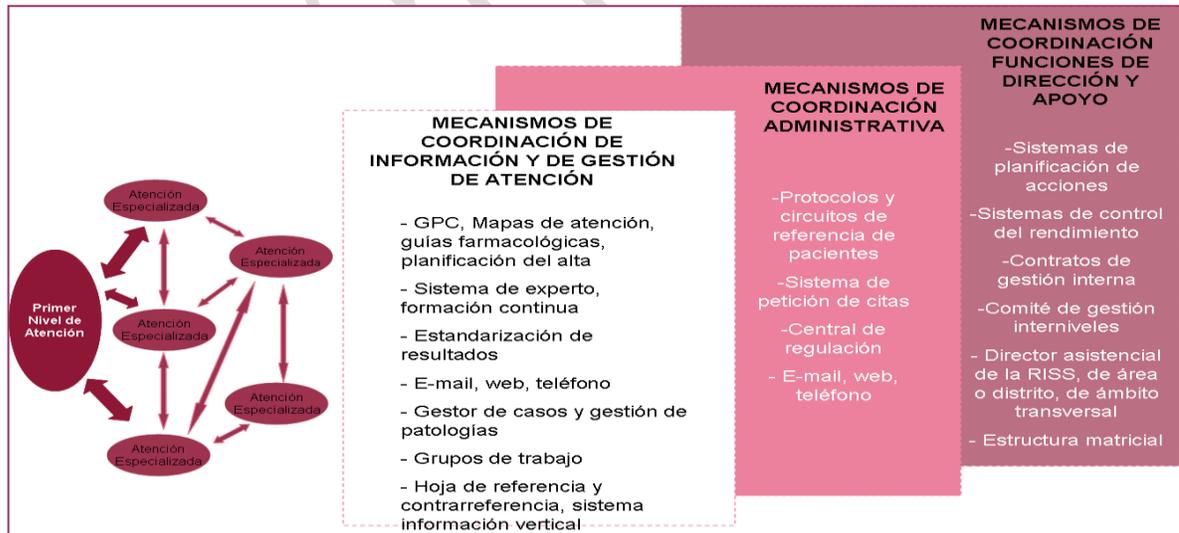
También es necesario desarrollar en paralelo las estrategias de coordinación, con las referidas a potenciación del nivel primario de la red y establecer los mecanismos estratégicos de comunicación, incentivación y potenciación necesarios para producir cambios culturales relevantes.

Tabla 6: mecanismos de coordinación asistencial y clínica

Base	Mecanismos	Mecanismo de coordinación
Normalización	de procesos de trabajo	Guía Práctica Clínica, Trayectoria Clínicas, Mapas de atención, Gestión de Patologías, Guías farmacológicas, planificación del alta.
	de habilidades	Sistema de experto: formación continua, etc.
	de resultados	Estandarización de resultados
Adaptación mutua	Comunicación informal	e-mail, correo, teléfono, reuniones informales
	Puesto de enlace	Gestor de casos.
	Grupos de trabajo	Grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios.
	Sistema de información vertical	Sistema de información clínica.
	Estructura matricial	Gestor de proyectos. Estructura matricial.

En la figura 4 se detallan los instrumentos más habituales de coordinación

Figura 4: Instrumentos de coordinación



Fuente: Elaboración propia

El desarrollo de elementos de coordinación es necesariamente gradual y los mecanismos mínimos que se deben garantizar son los siguientes:

a) Coordinación de información y gestión

- Sistema de referencia y contrarreferencia
- Sistema de comunicación informal intra e interniveles: teléfono y correo electrónico.
- Guía farmacoterapéutica interniveles
- Guías de práctica clínica interniveles para las patologías mas prevalentes o más prioritarias
- Programa de formación de profesionales
- Historia clínica homogénea en toda la red.

b) Coordinación administrativa

- Protocolos de derivación entre niveles
- Protocolos de derivación de urgencias y emergencias
- Protocolos de derivación de pruebas diagnosticas
- Sistema de comunicación informal intra e interniveles: teléfono y correo electrónico.
- Circuito de pre altas
- Circuitos de diagnostico rápido de patologías priotitarias
- Sistema de petición de citas intra e interniveles
- Programa de formación de personal administrativo

c) Coordinación de funciones

- Comités interniveles formales y con reuniones periódicas

Es importante disponer de las condiciones básicas para el desarrollo de otros mecanismos de coordinación como programas de sistema experto, gestión de casos o gestión de patologías, a fin de mejorar la coordinación entre niveles y la resolución.

Otro punto para el adecuado funcionamiento de la red es el diseño e implantación de un sistema de información integrado que tenga su base en la historia clínica.

15.5.1 Sistemas de circulación en la red

La red asistencial debe disponer de un sistema único de relaciones entre los diferentes niveles, el primario y el especializado, que facilite la circulación de pacientes e

información clínica entre todos los nodos de la misma. Supone definir el sistema de referencia y contrarreferencia (retorno), de forma que el beneficiario de los servicios se mueva por la red de forma cómoda y tan sólo en función de la respuesta más idónea al problema de salud por el que inició su contacto con la misma. Los circuitos de circulación deben estar escritos y ser conocidos por los profesionales y los usuarios.

15.5.2 Criterios de circulación en la red

La Red debe disponer del conjunto de criterios homogéneos de funcionamiento de forma explícita, escritos y conocidos por profesionales y usuarios. Se trata de establecer, extender y aplicar unas normas aceptables y aceptadas de uso de sus recursos y potencialidades, especialmente importantes en el acceso de los diferentes componentes de la misma y que suponen el desarrollo armónico y conocido de los mecanismos de coordinación asistencial y administrativo.

15.5.3 Política de Calidad de la red

La red en su conjunto y cada uno de sus niveles y unidades debe disponer de un plan de calidad escrito, conocido y evaluado, que integre una visión global de los procesos asistenciales de ámbito individual y colectivo.

El Plan de Calidad debe incorporar elementos explícitos vinculados a la oferta (estructura, equipamiento y recursos humanos) coherente con los criterios de habilitación y acreditación del Ministerio de Salud Pública, elementos de calidad técnica que identifique y explicita para aquellos procesos más prevalentes los escenarios y estándares de mejores prácticas en base a la evidencia científica disponible, así como un modelo adecuado de seguridad clínica para los pacientes y, finalmente mecanismos definidos para evaluar la calidad percibida por el usuario mediante encuestas de satisfacción.

El Plan de calidad debe ir acompañado de los mecanismos de información e indicadores de resultado integrados en los sistemas de información para la gestión que permita en todo momento monitorear los resultados de las diferentes áreas implicadas.

El Plan de calidad debe integrar los elementos normativos que el Ministerio de Salud Pública instruya en sus directrices vinculadas a la calidad asistencial.

16. Capacidad del recurso humano

El recurso humano disponible en cantidad suficiente y calidad es de vital importancia para el desarrollo de las funciones y los resultados de la aplicación efectiva de las acciones y servicios.

Por tanto se deberá garantizar en todo momento la disponibilidad de los recursos humanos adecuados al desempeño de las funciones en las diferentes áreas de responsabilidad, ya sean clínicas, gestoras o rectoras.

Uno de los criterios que utilizará el Ministerio de Salud Pública a la hora de habilitar los diferentes dispositivos de prestación de acciones y servicios de salud es el Recurso Humano, que como mínimo deberá cumplir los siguientes aspectos:

- Perfil profesional adecuado, convenientemente titulado para el desempeño de las funciones
- Cantidad de profesionales suficientes para garantizar el desempeño de las funciones y la correcta accesibilidad a los servicios.

Los establecimientos han de aportar los correspondientes contratos de trabajo en virtud de la legislación vigente aplicable a cualquier ámbito laboral que garantice la prestación adecuada de servicios, en horario y condiciones de desempeño.

Las diferentes unidades y el conjunto de las redes asistenciales deberá estar en disposición de documentación escrita y conocida de:

1. Planificación de Recursos Humanos
2. Plan de carrera profesional del Recurso Humano
3. Criterios de selección de los Recursos Humanos
4. Plan de inducción del Recurso Humano
5. Plan de Formación continua del Recurso Humano
6. Plan de evaluación de desempeño del Recurso Humano

Los ámbitos de prestación procuraran en todo momento alinear los incentivos económicos de los profesionales al desempeño y a los objetivos que cada lugar de trabajo requiera para la consecución de las metas generales.

16.1 Recurso humano del primer nivel

El perfil profesional más adecuado para las conformación de las UNAP, es el medico de familia y la enfermera familiar y comunitaria. Si bien son especialistas, su formación y orientación esta vinculada al trabajo del primer nivel tanto desde la perspectiva individual como comunitaria. No obstante mientras el país no disponga de una oferta adecuada de estos profesionales deberá garantizarse la presencia de médicos generales que hayan sido formalmente formados y capacitados a los requerimientos y conocimientos necesarios para el primer nivel.

El Ministerio de Salud Pública desarrollará un programa formativo de cumplimiento obligatorio para poder cubrir estas plazas profesionales de forma transitoria mientras no se dispone de especialistas suficientes.

Así mismo el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana debe desarrollar las estrategias necesarias para poder incentivar una oferta adecuada de médicos y enfermeras de las diferentes especialidades necesarias, pero fundamentalmente del ámbito de la medicina y enfermería familiar y comunitaria, en cantidad suficiente y adecuadamente distribuidos en la geografía. Entre los elementos que se deben potenciar se sugerirían los siguientes no excluyentes:

1. Potenciar los acuerdos de formación con los ámbitos de educación post-grado para la formación de especialistas.
2. Garantizar un marco económico y de reconocimiento social incentivador para las especialidades deficitarias.
3. Incorporar incentivos económicos adecuados al desempeño profesional en general y en entornos geográficos aislados.

17. Órganos de Participación

La participación es un tema de vital importancia en el desarrollo del Modelo de Atención, tanto en lo relativo a la transparencia y disposición a la rendición de cuentas que debe cumplir todo organismo público, como en lo que concierne al concepto de ciudadanía y de salud, entendida como desarrollo de potencialidades.

Por tanto, el modelo de red incorpora en sus servicios, en su estructura y en su funcionamiento, determinados espacios de participación. Se debe disponer como mínimo de órganos de participación territoriales por UNAP y Zona de Salud.

El Ministerio de Salud Pública debe definir específicamente las condiciones de conformación y funcionamiento de estos órganos. Así mismo se pueden prever órganos de participación a otros niveles territoriales, por establecimientos o a nivel nacional.

16.1 Comité de Salud de la UNAP

En el ámbito territorial y poblacional de la UNAP se desarrollaran mecanismos efectivos de participación de la comunidad y los usuarios. Así, cada UNAP, entre los miembros de las familias que tenga adscritas, deberá conformar un Comité de Salud de no menos de tres miembros y no más de doce, de ser posible, electos de forma democrática y que pudieran cambiar cada año, si fuera necesario. Las funciones de estos órganos de participación estarían centradas en los siguientes aspectos:

- 1.** Tramitar las quejas y las necesidades de la población adscrita y discutir las con el personal de la UNAP para su resolución.
- 2.** Conocer y valorar los acuerdos que tiene la UNAP en lo que a provisión de servicios se refiere.
- 3.** Generar oportunidades para la solución de problemas detectados en los servicios.
- 4.** Participar en la planificación y evaluación de las intervenciones de salud colectiva en que participe el personal de la UNAP.
- 5.** Promover en la población el desarrollo de estilos de vida saludables, el uso racional de los servicios y la participación en las actividades de salud colectiva.

16.2 Órgano de participación a nivel de la Zona de Salud

La Zona de Salud resulta ser el mejor lugar para potenciar la participación de los ciudadanos en la gestión de los servicios, sobre todo en aspectos como la adecuación de la oferta de servicios, especialmente en cuanto a sus características: horarios, acceso, suficiencia, respuesta a las demandas, afinidad, quejas, reclamaciones, etc.

Cada Zona de Salud deberá conformar un Consejo de Salud de la Zona, que estará compuesto por un representante de las principales organizaciones comunitarias o similares que tengan presencia en el territorio, preferiblemente entre tres y cinco delegados y el coordinador de la Zona de Salud.

Las funciones de estos órganos de participación estarían centradas en los siguientes aspectos:

- 1.** Buscar soluciones a las quejas y las necesidades de la población adscrita.
- 2.** Conocer y valorar los acuerdos y planes operativos que tiene la Zona de Salud en lo que a provisión de servicios se refiere, tanto los de atención a las personas como los de salud colectiva.
- 3.** Generar oportunidades para la solución de problemas detectados en los servicios.
- 4.** Identificación de los problemas de salud de la población y los de riesgos a la salud.

5. Valoración de los resultados de los servicios en lo que a logro de los objetivos asumidos se refiere

17. Evaluación de resultados

El Ministerio de Salud Pública y los diferentes ámbitos rectores en el ejercicio de sus competencias definirán la información e indicadores mínimos de seguimiento de resultados a cumplimentar por los agentes aseguradores y prestadores que participan en la prestación de acciones y servicios.

La información a evaluar incorporará elementos de calidad técnica (estructura, proceso y resultado), de accesibilidad, capacidad resolutive y satisfacción.

versión preliminar