

MODELO DE ATENCIÓN PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Título Original

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Coordinación Técnica

Dra. Tirsis Quezada

Asistencia Técnica:

Dr. Luis Segú Tolsa Dr. Ricardo Fábregas

Revisión Técnica Final (Octubre 2017)

Ministerio de Salud:

Dra. Elizabeth Gómez

Dra. Escarle Peña

Dra. Tirsis Quezada

Dra. Tomiris Valerio

Lic. Cruvianka Pol

Talía Tavárez, Ms. C.

Consorci Social iSalut de Catalunya:

Dr. Josep Bonet Dr. Lluis Segú

Maite Pavón, M.A.

Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales:

Dra. Rosa María Suarez

Colaboración de

OPS-OMS, República Dominicana; Banco Mundial, Proyecto de Reforma del Sector Salud, PARSS-2; Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, Proyecto BID y el Consorci Social i Salut de Catalunya, CSC.

Una publicación de:

Ministerio de Salud Pública, 2017 Viceministerio de Planificación y Desarrollo Dirección de Desarrollo Estrátegico del Sector Salud Av. Héctor Homero Hernández, esq. Av. Tirandetes Ens. La Fe, Santo Domingo, República Dominicana

ISBN-978-9945-591-58-3

Autoridades

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino

Ministra de Salud

Dra. Mercedes Rodríguez

Viceministra de Planificación y Desarrollo

Dr. Neftalí Vásquez

Viceministro de Garantía de la Calidad

Dr. Héctor Quezada

Viceministro de Salud Colectiva

Dr. Rafael Schiffino

Viceministro de Salud

Dr. Ramón Alvarado

Viceministro de Salud



Índice

DELO DE ATENCION PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	9
ANTECEDENTES	9
MARCO CONCEPTUAL Y ALCANCE DEL MODELO DE ATENCIÓN	9
1. Definición de Modelo de Atención	10
2. Bases conceptuales para la construcción del Modelo de Atención	10
MARCO ESTRATÉGICO DEL MODELO DE ATENCIÓN	12
1. Objetivo del Modelo de Atención	12
2. Valores, principios y elementos del Modelo de Atención	12
3. Bases funcionales del Modelo de Atención	15
RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DE LOS ACTORES	15
ARTICULACIÓN DE LOS ACTORES EN EL MODELO DE ATENCIÓN	17
SERVICIOS Y ACCIONES GARANTIZADAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN	19
POBLACIÓN DE COBERTURA DEL MODELO DE ATENCIÓN	20
FINANCIACIÓN SUFICIENTE Y ADECUADA DEL MODELO DE ATENCIÓN	22
LA ESTRATEGIA INTERSECTORIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN	23
COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE ACCIONES DE SALUD COLECTIVA EN EL MODELO	DE 24
ÁMBITOS DE PRESTACIÓN DE LAS ACCIONES INTERSECTORIALES Y DE SALUD COLECTIVA EN DELO DE ATENCIÓN	El 24
ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DEL MODELO DE ATENCIÓN: RED INTEGRADA DE SERVICIOS	DE 25
	MARCO CONCEPTUAL Y ALCANCE DEL MODELO DE ATENCIÓN

12.1. Organización general del Modelo de Atención	27
12.2. Primer Nivel de Atención o Nivel Primario	28
12.2.1 Funciones del Primer Nivel de Atención	28
12.2.2 Servicios y actividades del Primer Nivel de Atención	30
12.2.3 Ámbito territorial y poblacional del Modelo de atención	34
12.2.4 Organización de los servicios y equipo profesional del Primer Nivel de Atención	35
12.2.5 Equipamiento mínimo de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención	37
12.2.6 Accesibilidad al Primer Nivel de Atención	37
12.2.7 Sistema de información del Primer Nivel de Atención	38
12.2.8 Coordinación de la Zona de Salud	39
12.3 Niveles de Atención Complementarios	39
12.3.1 Segundo Nivel de Atención	40
12.3.2 Tercer Nivel de Atención	41
12.4 Programas prioritarios de asistencia transversal en la red	42
12.4.1 Atención a la urgencia y emergencia	42
12.4.2 Servicios de atención farmacéutica	43
12.4.3 Servicios de atención e información al usuario	43
12.5 Coordinación y articulación de la atención en la red asistencial	44
12.5.1 Sistemas de circulación en la red	45
12.5.2 Criterios de circulación en la red	46
12.5.3 Política de Calidad de la red	46
13. CAPACIDAD DEL RECURSO HUMANO	47
14. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	47
15. EVALUACIÓN DE RESULTADOS	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO 1: Créditos Elaboración Versión Preliminar Modelo de Atención 2012	50

SIGLAS

APS Atención Primaria de Salud

ARS Administradoras de Riesgos de salud

ARS Aseguradoras de Riesgos de Salud

ASIS Análisis de Situación de Salud

DAS Direcciones de Áreas de Salud

DMS Direcciones Municipales de Salud

DPS Direcciones Provinciales de Salud

EIS Expediente Integrado de Salud

END Estrategia Nacional de Desarrollo

MSP Ministerio de Salud Pública

OPS Organización Panamericana de la Salud

PBS Plan Básico de Salud

PLANDES Plan Decenal de Salud

PSCG Plan de Servicios Preventivos de Carácter General

PSS Prestadora de Servicios de Salud

RISS Redes Integradas de Servicios de Salud

SENASA Seguro Nacional de Salud

SIGS Sistema de Información General de Salud

SISARIL Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

SNS Sistema Nacional de Salud

SRS Servicios Regionales de Salud

UNAP Unidades de Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

El marco legal y estratégico del Sector Salud ha establecido una visión para el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana. Durante los últimos años el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha realizado esfuerzos importantes para desarrollar un Modelo de Atención acorde a los requerimientos y necesidades del Sistema y de la población, no obstante los resultados de este esfuerzo se han concretado únicamente en la Red Pública de Servicios de Salud y se ha orientado a través del Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud¹.

A mediados del año 2001 se definió la reforma del Sistema de Salud a través de dos leyes fundamentales, la Ley General de Salud No. 42-01 y Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01. La reforma se orientó a la configuración de un Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, sustentado en la separación de funciones relacionadas con la rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios².

Donde la Ley No. 42-01 establece en su artículo 11 que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se regirá por varios principios y objetivos, entre estos el de la eficacia, por lo que articula varias instituciones y garantiza una correcta interacción entre los recursos humanos, de infraestructura física, de tecnología y de gestión, que asegure la máxima eficacia de su utilización mediante un Modelo de Atención integral con énfasis en la prevención y desarrollando una conveniente y gradual separación de funciones, desconcentración y descentralización de las entidades que integran el sistema, en un ambiente de cooperación, competencia, información adecuada y supervisión. Las leyes referidas y sus reglamentos establecen la necesidad de disponer de unos servicios de atención a la salud articulados e integrados, en los cuales el Primer Nivel debe actuar como puerta de entrada a la red. Estos servicios deben disponer además de una adecuada capacidad resolutiva centrada en el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades, las acciones de vigilancia epidemiológica y el seguimiento a pacientes y grupos vulnerables, que cubra la emergencia y la atención domiciliaria.

Así mismo, el marco programático para el sector salud especificado en el Plan Decenal de Salud (PLANDES) 2006 – 2015 estableció entre sus prioridades, el fortalecimiento de la

¹ Decreto 1137-03 que aprueba el Reglamento de las Redes de los Servicios Publicos de Salud, de fecha 23 de diciembre del 2003; Disposición Ministral de Salud Pública No. 00024-05, de fecha 05 de octubre del 2005, SESPAS.

² Decreto Presidencial 379-14, que ordena la desconcentracion administrativa, funcional y territorial, del Viceministro de Atencion a las Personas y de los Servicios Regionales de Salud, de fecha 10 de octubre 2014, Ministerio de Salud.

participación social y la intersectorialidad en el Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Por otra parte, la Ley No. 1-12 que define la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2030 y establece el Plan Estratégico de País, describe en el objetivo general 2.2 la estrategia para el sector salud, e incluye entre otras líneas de acción, el desarrollo de redes pública 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 en su marco jurídico y programático establece, no solamente las prestaciones individuales y colectivas que se van a ofrecer a todos los ciudadanos, sino que indica como se deberán ofrecer, el Modelo de Atención debe garantizar a los ciudadanos con la independencia de quien gestione su aseguramiento o a que régimen pertenecen. En términos explícitos, queda establecido jurídicamente que el Sistema Nacional de Salud estará basado en el Primer Nivel como puerta de entrada de la atención, y a su vez, será articulada y coordinada entre los diferentes niveles y redes asistenciales. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, es el responsable de desarrollar la normativa necesaria para la definición y adecuación del Modelo de Atención individual y colectiva a partir de estas premisas.

A estos efectos, en 2012 con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el MSP inició un trabajo técnico de diseño que culminó con una propuesta de Modelo de Atención³. Para diciembre de 2014, mediante la Resolución No. 000026⁴ pone en funcionamiento el Modelo. Y en 2015, mediante la resolución No. 000001⁵, se priorizan las regiones y líneas de intervención para la puesta en funcionamiento del Modelo, como ejercicio de implantación del instrumento. Este primer ejercicio debía permitir validar la propuesta de Modelo y su viabilidad para llevarlo al resto del Sistema Nacional de Salud.

³ Modelo De Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, version preliminar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo, República Dominicana, 2012

⁴ Ministerio de Salud Pública. Resolución 000026 que pone en fucionamiento el Modelo de Atención para el Sistema Nacioanl de Salud de la República Dominicana, de fecha 08 de diciembre del 2014.

⁵ Ministerio de Salud Pública. Resolucion 000001 que define las regiones prioritarias y la Comisión de Implatacióm del Modelo de Atención de Salud de la República Dominicana, de fecha 13 de enero del 2015.

Una vez concluído el proceso en octubre 2017, se procedió a la revisión final del Modelo de Atención a partir de las lecciones aprendidas en la implantación en las regiones priorizadas, y se buscó asegurar la flexibilidad suficiente para poder acoger las diversas formas de la prestación que acusa el Sistema Nacional de Salud, donde coexisten prestadores públicos y privados, con regímenes diferenciados, donde la población puede acceder a diferentes tipos de red, y capacidad de elección desigual.

Se tomó en cuenta también, la diferenciación entre las acciones de atención individual contenidas en el Plan Básico de Salud (PBS), de las acciones colectivas contenidas en el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General (PSCG), responsabilidad del Ministerio de Salud. Estos últimos se articulan en un abordaje poblacional y comunitario, mientras que los primeros, responden a las características individuales y referidas al tipo de afiliación en el régimen de Seguridad Social.

En el caso del régimen contributivo, las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS) deben ofertar a sus afiliados, establecimientos de Primer Nivel de Atención dentro de su plan de salud. El afiliado en ejercicio de su libertad de elección, seleccionará en función de su conveniencia el establecimiento al cual se adscribirá y para requerir los servicios de la red para su referimiento y contra referimiento, cumpliendo los criterios que plantea este Modelo de Atención.

En el caso del régimen subsidiado, hasta el momento se contempla que la prestación de servicios se realiza exclusivamente en la red pública. La adscripción al Primer Nivel de Atención se debe hacer atendiendo a los criterios territoriales de organización que tienen las redes.

De esta forma, el Modelo es aplicable al Sistema en su conjunto, y como tal constituye un instrumento normativo de referencia para todos en el compromiso de ofrecer a la población servicios de salud integrales e integrados con calidad y oportunidad, teniendo al Primer Nivel de Atención como puerta de entrada y garantizando los derechos de la ciudadanía con relación a la salud.

MODELO DE ATENCION PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. ANTECEDENTES

En el sector público, en el marco de los Servicios Regionales de Salud (SRS), 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 (UNAP) como eje del Primer Nivel; un Segundo Nivel conformado por establecimientos con atenciones ambulatorias y/o hospitalarias que cubren especialidades básicas; y un Tercer Nivel con establecimientos de alta complejidad.

Mediante la resolución No. 000001-15, el Ministerio de Salud priorizó las regiones y líneas de intervención para la puesta en funcionamiento del Modelo, como ejercicio de implantación del instrumento. Uno de los objetivos del proceso de implantación, era validar en lo necesario el Modelo Atención a fin de facilitar su extensión efectiva al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2. MARCO CONCEPTUAL Y ALCANCE DEL MODELO DE ATENCIÓN

El ámbito de aplicación del Modelo de Atención abarca al conjunto del Sistema Nacional de Salud, desde la perspectiva rectora, el Modelo de Atención se concentra fundamentalmente en aquellos elementos constitutivos y estratégicos que deben cumplirse, independientemente del ámbito de prestación en el que se ubique, no entrando en aspectos organizativos internos propios de la competencia de otros agentes del Sistema de Salud.

El Modelo de Atención sirve de hoja de ruta para la efectiva conformación del Sistema, y marco definitorio para las acciones que, en el ámbito de la habilitación, acreditación, planificación, garantía de calidad y evaluación de resultados, sustentan el ejercicio rector.

2.1. Definición de Modelo de Atención

El Modelo de Atención establece y describe la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población, centrándose en la vinculación de los usuarios y usuarias con los servicios de salud.

Esto implica 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 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.

2.2. Bases conceptuales para la construcción del Modelo de Atención

El Modelo de Atención se basa en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)⁶ y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)⁷, impulsados por la Organización Panamericana de la Salud.

Al integrar la Estrategia de Atención Primaria de Salud al Modelo de Atención, se busca dar mayor relevancia en el Sistema, a las familias y comunidades, convirtiéndoles en el foco central de la atención en salud, fomentando la equidad en las intervenciones sanitarias. Además, se orienta a la prestación de atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y la promoción.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS; 2007.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).

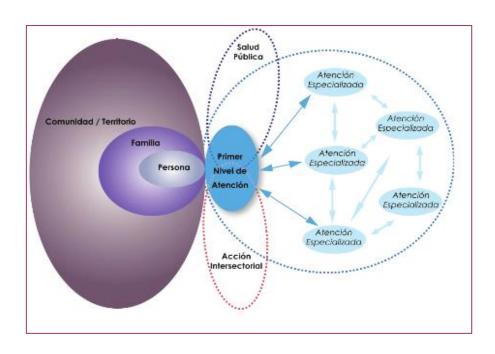


Figura 1: Sistema basado en la estrategia de APS

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010.

Por su parte, el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud añade elementos que refuerzan la base conceptual, como son los siguientes:

- 1. Abordaje integral poblacional: vigilancia epidemiológica, identificación y actuación sobre determinantes de la salud, planificación local, etc.
- 2. Abordaje integral de la persona: promoción, prevención, curación, rehabilitación.
- 3. Coordinación intra sectorial: 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. 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.

3.1. Objetivo del Modelo de Atención

El objetivo del Modelo de Atención es la articulación efectiva y la correcta interacción de los servicios y acciones priorizados, que deben ser garantizados por el Sistema Nacional de Salud, para obtener de su aplicación la mayor calidad posible en un marco de sostenibilidad de los recursos, a fin de conseguir las metas y objetivos de salud previstos a nivel individual y colectivo.

3.2. Valores, principios y elementos del Modelo de Atención

Tabla 1: Valores, principios y elementos del Modelo

	, , , ,	Flamentos		
Valores 1. Universalidad 2. Equidad	Principios 1. Efectividad 2. Orientación a la calidad	Elementos Marco político y legal Financiamineto suficiente y adecuado		
Solidaridad Solidaridad	 Orientación a la calidad Rendición de cuentas Corresponsabilidad Adaptabilidad Pluralidad Libre elección Integralidad Incluyente Sostenibilidad Participación Intersectorialidad 	 Financiamineto suficiente y adecuado Cobertura universal Planificación de la oferta Orientación familiar y comunitaria Accesibilidad efectiva Atención integral Atención orientada por ciclos de vida Continuidad y longitudinalidad Promoción y prevención Atención adecuada y resolutiva Organización y gestión Política de calidad Mecanismos de participación Políticas de inclusión Sistemas de información integrados Políticas de Recursos Humanos Políticas de libre elección Acciones intersectoriales 		

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

- <u>Universalidad</u>: 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 género, religiosas o geográficas, de los ciudadanos y comunidades.
- <u>Solidaridad</u>: 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:

- <u>Efectividad</u>: Capacidad del sistema para ofrecer y prestar una respuesta resolutiva y adecuada a las necesidades y problemas de salud de los ciudadanos, la familia y la comunidad.
- Orientación a la calidad: Garantía en la respuesta 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).
- <u>Rendición de cuentas:</u> Disposición de los diferentes actores implicados para rendir cuentas a la población de sus acciones en el ámbito de su responsabilidad, haciendo transparentes los resultados obtenidos y los recursos empleados.
- <u>Corresponsabilidad:</u> Cada uno de los actores en base a las funciones asignadas, debe asumir el riesgo de los resultados de sus acciones de forma explícita. Así mismo la ciudadanía, entendidos también como un actor del sector, deben asumir el nivel de responsabilidad adecuada sobre su salud.

- <u>Adaptabilidad:</u> Flexibilidad adecuada para adaptarse a la situación y dar, en cada momento y en cada entorno la respuesta más adecuada.
- <u>Pluralidad</u>: Integración de los diferentes agentes implicados en la prestación de acciones y servicios independientemente de la titularidad o patrimonio.
- <u>Libre elección:</u> Este principio es aplicable únicamente al régimen contributivo y supone que el ciudadano puede elegir libremente el prestador de servicios de salud dentro de la red de servicios de su ARS. 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: Oferta de servicios que se caracteriza por respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud, por lo que incluye 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. Los problemas y necesidades de salud no son abordados de forma fragmentada o como hechos y eventos aislados, sino con la adecuada continuidad y de forma longitudinal que permite su abordaje como parte de un todo, por todos los elementos del modelo.
- <u>Inclusión</u>: Ningún individuo o comunidad es excluido por criterios individuales o grupales relacionados con sus condiciones sociales, económicas, de raza, sexo o religión, fomentando la proactividad en la generación de discriminación positiva sobre aquellos colectivos sobre los que pueda existir algún grado de exclusión o vulnerabilidad.
- <u>Sostenibilidad</u>: Dimensionado en base a las posibilidades, priorizando aquellos ámbitos de acción que generan una mayor rentabilidad social y adecuadamente gestionado, lo que lo hace económicamente sostenible en el tiempo y su entorno.
- <u>Participación</u>: Comunidades y ciudadanía participando activamente en espacios adecuados, efectivos y democráticos.
- <u>Intersectorialidad</u>: Integración del concepto de salud en todos los ámbitos de la actividad humana, social, industrial e individual, a efectos de favorecer las mejores condiciones del individuo, la familia, la población y el entorno para proteger y mantener la salud, a nivel local y nacional.

3.3. 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 integra los siguientes aspectos como bases funcionales:

- Responsabilidades y funciones de los actores
- Articulación de los actores
- Oferta de servicios
- Población de cobertura
- Marco legal y jurídico
- Financiación suficiente y adecuada
- Estrategia intersectorial
- Coordinación e integración de acciones de salud colectiva
- Ámbitos de prestación de las acciones intersectoriales y de salud colectiva
- Organización asistencial y estructura operativa de los servicios
- Capacidad del recurso humano
- Participación de la comunidad en la evaluación de los resultados

4. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DE LOS ACTORES

La articulación de las acciones y servicios de salud implica a diferentes actores con funcionalidades y responsabilidades distintas, entre los que destacamos los siguientes:

El Ministerio de Salud Pública, desde la **perspectiva rectora** ejerce funciones normativas, de inspección y sancionadoras. Las funciones que desarrolla el Ministerio en este ámbito abarcan 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 normativas 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 explicita del Modelo, desarrollo

de las funciones de planificación, definición y establecimiento de prioridades y políticas de salud individual, colectiva y medioambiental, y coordinación con otras áreas sociales de influencia en el estado de salud de la población.

En el ámbito especifico 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 a través, entre otros medios, de la definición de los Servicios Preventivos de Carácter General (PSCG) y de la coordinación de su ejecución y de la garantía de su financiación y evaluación.

Las unidades territoriales desconcentradas del Ministerio de Salud Pública tienen como papel fundamental, la aplicación, evaluación y control del cumplimiento del marco regulatorio, normativo y de las políticas de salud en el territorio. 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 los servicios preventivos de carácter general a través de las acciones, políticas y programas priorizados, evaluando los resultados obtenidos de la aplicación.

Las entidades Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), 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. Contemplando dentro de su oferta, el Primer Nivel de Atención. Son responsables de garantizar el acceso a sus asegurados a los servicios de promoción y prevención individual que en el ámbito de la salud defina el Ministerio de Salud Pública.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL), en referencia al Modelo de Atención, garantiza que las ARS contraten prestadores para garantizar la oferta de los servicios de salud individuales de acuerdo a la articulación de los niveles de atención⁸.

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.

⁸ Art. 152, Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, de fecha 05 de abril del 2001:

Los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) 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, a través de profesionales y establecimientos adecuadamente estructurados y habilitados. La red de prestadores y, especialmente el primer nivel de atención, deben, además, prestar apoyo directo a las Unidades Territoriales Desconcentradas del Ministerio 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.

Los prestadores proporcionan el apoyo a las acciones de vigilancia epidemiológica, coordinación en situaciones de desastre o emergencia poblacional y proporcionar la información requerida a las autoridades sanitarias. De igual forma, el desarrollo de los procesos para la identificación, registro y adscripción individual, familiar y poblacional de su población de cobertura.

Finalmente los ciudadanos, familias y comunidades reciben los servicios, 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 comunidades son también corresponsables a su nivel, de su salud y de incorporar y ayudar a incorporar las acciones preventivas y promocionales priorizadas.

5. 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. Los mecanismos básicos que se deben articular para permitir la funcionalidad y desarrollo del Modelo de Atención son los siguientes:

1. <u>Elementos rectores:</u> Se trata de las Leyes y Reglamentos Técnicos, dictados en cada momento por las instituciones rectoras. 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. <u>Elementos informativos:</u> 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 población de cobertura (afiliados o no) que permita conocer los ámbitos de responsabilidad poblacional y ejercer adecuadamente el derecho a la libre elección.
 - Es necesario el desarrollo del Expediente Integrado de Salud (EIS) 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.
 - En la red pública, se debe extender la utilización de la ficha familiar vinculada al Expediente Integrado de Salud como elemento de adscripción y análisis del entorno de la familia, fomentando su uso en los establecimientos y servicios privados.
 - Se debe garantizar el flujo de información adecuada entre los diferentes actores que permita el óptimo desempeño de las funciones.
- 3. <u>Elementos de financiación:</u> La responsabilidad de la prestación de acciones y servicios individuales y de los servicios preventivos de carácter general (colectivos e intersectoriales) disponen de la financiación suficiente para su ejecución efectiva.
- 4. <u>Elementos de participación:</u> La adecuada participación de todos los actores en el desarrollo del Modelo de Atención es modulada, especialmente de forma efectiva en el ámbito de la participación de la comunidad y la transparencia del sistema.

Las relaciones que no derivan del ejercicio de la autoridad entre rector, Administradoras de Riesgos de Salud y prestadores, se articulan 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 legales y reglamentarios, de información y económicos, vinculados a la relación, así como las responsabilidades asumidas por cada parte.

6. SERVICIOS Y ACCIONES GARANTIZADAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN

El marco legal y de garantía prevé unas prestaciones individuales y colectivas obligatorias para toda su población, con independencia del régimen de cobertura, ya sea este subsidiado o contributivo. Estos planes de prestaciones individuales y colectivos se definen operativamente en dos carteras de servicios: Plan Básico de Salud y Servicios Preventivos de Carácter General, los cuales marcan el mínimo obligatorio que en cada momento se debe garantizar y, por tanto no es un escenario estático sino dinámico y que se adapta continuamente a los requerimientos y necesidades de la población y a la evolución de la tecnología.

La definición de los Servicios Preventivos de Carácter General es responsabilidad directa del Ministerio de Salud Pública, que garantiza su ejecución y financiación.

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.
- La coordinación y ejecución de las acciones preventivas y promocionales colectivas consideradas como prioritarias en cada momento por el Ministerio de Salud Pública y definidas en la cartera de Servicios Preventivos de Carácter General.
- La coordinación y ejecución de las acciones de Salud Pública consideradas como prioritarias por el MSP.
- La gestión y coordinación nacional y local de las acciones intersectoriales.
- El Análisis de Situación de Salud (ASIS) a nivel local y comunitario, que permita la identificación de riesgos y la respuesta a los mismos, así como la adaptación contínua del Modelo de Atención a las necesidades locales en materia de salud individual y colectiva.

El Modelo de Atención se adapta dinámicamente a las actualizaciones del Plan Básico de Salud y del Plan de Servicios Preventivos de Carácter General que se realicen.

7. POBLACIÓN DE COBERTURA DEL MODELO DE ATENCIÓN

El Modelo de Atención contribuye a garantizar la cobertura de las acciones y servicios ofertados 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)⁹, 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 prestaran los servicios (individuales y colectivos), garantizados de nivel primario y los complementarios de referencia.

En función de la Unidad de Atención Primaria a la que se esté adscrito el ciudadano, se determina la red complementaria o especializada, ya que ésta define el ámbito referencial del Primer Nivel de Atención.

El nivel complementario tiene el universo poblacional derivado del sumatorio de la población de cobertura de las diferentes UNAP que lo tienen como referencia, construyendo una estructura de referencia poblacional tipo 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 mimo, los establecimientos de atención complementaria deben conocer sus ámbitos de nivel primario de referencia y sus demarcaciones poblacionales.

Los dispositivos asistenciales no hacen 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 o contributivo — subsidiado se realizará mayoritariamente desde establecimientos de titularidad pública.

Los dispositivos asistenciales orientan 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

⁹ Conforme al Decreto No. 1137-03 que aprueba el Reglamento de las Redes de los Servicios Públicos de Salud, de fecha 23 de diciembre del 2003, la Unidad de Atención Primaria (UNAP) es un servicio constituido por personal médico, de enfermería y por promotores de salud, pudiendo variar el volumen de sus Recursos Humanos y materiales dependiendo de la población que atiendan y el desarrollo del nivel de implantación de los servicios que presten.

aseguramiento individual las poblaciones de cobertura y los servicios a prestar se diferencian de las especificadas en la tabla 2.

Tabla 2: Poblaciones y servicios

Población	Servicios	Ámbito de prestación	Financiador
Subsidiada y	PBS(prestaciones	UNAP de referencia	Seguro Nacional
Contributivo	individuales)	territorial	de Salud
subsidiada	Servicios	Nivel complementario	(SENASA)
	Preventivos de	definida en base a la UNAP	MSP
	Carácter General	de referencia	
		Otros	
Contributiva	PBS (prestaciones	UNAP de elección de su	Seguro Nacional
prestaciones	individuales)	ámbito territorial	de Salud
individuales	Otras	Atención especializada que	(SENASA)
	prestaciones	elija el usuario.	ARS
		El acceso al nivel	
		especializado para el PBS se	
		realizará a través de la UNAP	
		de referencia seleccionada.	
Contributiva	Servicios	UNAP de referencia	MSP
prestaciones	Preventivos de	territorial que corresponda	Otros
colectivas	Carácter General	Otros	

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 Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y prestador. La ARS debe poder garantizar este derecho a la hora de seleccionar el nivel primario y el nivel complementario o 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.

Las acciones preventivas de carácter general y quedará vinculada a la UNAP de su marco de referencia territorial ya que no es posible integrar las acciones de salud colectiva 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 ARS 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 ámbito de Atención Primaria 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 los dispositivos de referencia territorial.

8. 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 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 debe ir acompañada en todo momento de la financiación suficiente para su prestación efectiva en todo el territorio nacional.

La financiación además de ser adecuada y suficiente, debe ser posible en base a la realidad que en cada momento se produzca en el país. Es obligación de los órganos rectores del SDSS dimensionar adecuadamente las prestaciones individuales y colectivas garantizadas con las posibilidades y capacidad financiera existente.

9. LA ESTRATEGIA INTERSECTORIAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN

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

Las Unidades Territoriales desconcentradas del MSP 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 Unidades Territoriales Desconcentradas del MSP (Direcciones Provinciales de Salud (DPS) Direcciones Municipales de Salud (DMS) y Direcciones de Áreas de Salud (DAS)) realizan el análisis, identificación, definición e implementación de acciones intersectoriales en su ámbito de actuación. Para ello deben constituirse mecanismos formales de coordinación entre las Unidades Terrotoriales Desconcetradas del MSP y las Prestadoras de Servicios de Salud, sean estas de patrimonio público o privado.

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

10. COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE ACCIONES DE SALUD COLECTIVA EN EL MODELO DE ATENCIÓN

El Ministerio de Salud Pública define periódicamente las políticas y líneas programáticas de priorización e intervención en el ámbito de la salud colectiva a nivel nacional y local. Éstas se hacen explícitas a través de la definición de la Cartera de Servicios Preventivos de Carácter General.

El Ministerio de Salud Pública establece los mecanismos de relación y financiación adecuados para la prestación efectiva de las mismas, vinculando reglamentariamente a las ARS y a las prestadoras de todo el Sistema.

La Cartera de Servicios Preventivos de Carácter General define las intervenciones a llevar a cabo, los ámbitos de prestación de las mismas, las metas previstas y los indicadores de resultado. Así mismo se deben identificar la función y acciones a desarrollar por los diferentes actores vinculados a la implementación de los mismos. El desarrollo de estos servicios puede implicar diferentes ámbitos de prestación y ejecución. El MSP, a través de sus unidades territoriales desconcetradas, coordina y evalúa la ejecución de los servicios e intervenciones definidas en el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General (PSCG) en el entorno territorial.

El ámbito básico de integración de los Servicios Preventivos de Carácter General en la Red asistencial es el Primer Nivel o Nivel Primario aunque se debe garantizar que las acciones sean aplicadas en cada momento en los ámbitos necesarios para que su efectividad sea óptima.

11. ÁMBITOS DE PRESTACIÓN DE LAS ACCIONES INTERSECTORIALES Y DE SALUD COLECTIVA EN EL MODELO DE ATENCIÓN

El ámbito desde donde se prestan o ejecutan las acciones intersectoriales y de salud colectiva es el 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.

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 sus Unidades Terriotriales Desconcentradas, evalúa la adecuada prestación de las acciones y servicios preventivos de carácter general y los resultados de la aplicación de las mismos, así como la coordinación entre los diferentes actores implicados.

12. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DEL MODELO DE ATENCIÓN: RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

El Modelo de Atención se hace operativo a través de una red de provisión de servicios y acciones que cumple con los siguientes atributos:

- <u>Población y territorio a cargo definidos</u> y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud.
- 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 correspondientes a los niveles Primario y Complementario, 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. <u>Cartera de servicios</u> adecuada a las funciones y garantías que en cada momento estén vigentes, en el conjunto de la red y en cada uno de los niveles y establecimientos de atención de acuerdo a sus funciones y capacidad resolutiva. La cartera de servicios nominal debe necesariamente estar acompañada de los recursos humanos y tecnológicos necesarios para cumplir los condicionantes de accesibilidad efectiva y adecuada capacidad resolutiva (cartera de servicios real).
- 5. Primer Nivel o Nivel Primario 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. <u>Prestación de servicios complementarios en el lugar más apropiado</u>. Los servicios complementarios se concentran mayoritariamente en los hospitales, tanto aquellos que se prestan en internamiento como los diagnósticos y terapéuticos ambulatorios.
- 7. Existencia de <u>mecanismos de coordinación</u> a lo largo de todo el continuo de servicios de salud que garanticen homogeneidad clínica, la continuidad asistencial y longitudinalidad de la atención.
- 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. <u>Cuidado de la salud centrado en el individuo, la familia y la comunidad</u>, como mecanismo adecuado para proporcionar una respuesta satisfactoria a las necesidades individuales y colectivas.
- 10. <u>Participación social</u> amplia y efectiva, operativizada a través de mecanismos explícitos, adecuadamente construidos.
- 11. <u>Transparencia y rendición de cuentas</u> efectiva a través de un modelo explicito de evaluación de resultados y de comunicación conforme al marco normativo existente en la Republica Dominicana.
- 12. <u>Garantías de gestión eficiente de los sistemas de apoyo</u> administrativo, clínico y logístico que garantice la adecuada y oportuna accesibilidad a los servicios y a los insumos diagnósticos y terapéuticos necesarios.
- Recursos humanos suficientes, competentes y adecuadamente distribuidos para el desempeño de las funciones y servicios requeridos.
- 14. <u>Sistema de información integrado</u> o compartido que vincule a todos los miembros de la red de prestación y permita la longitudinalidad e integralidad de la atención, de acuerdo al actual reglamento del Sistema de Información General de Salud (SIGS) y a las modificaciones normativas que en cada momento se realicen. El Sistema de Información General deberá cumplir también con el marco normativo vigente en cada momento de protección de datos y confidencialidad.
- 15. **Financiamiento adecuado** e incentivos financieros alineados con las metas de la red.
- 16. <u>Coordinación efectiva de acciones intersectoriales,</u> preferentemente a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud a nivel local.

12.1. Organización general del Modelo de Atención

En términos generales el Modelo de Atención garantiza la adecuada provisión, como mínimo, de todas las atenciones indicadas en el Plan Básico de Salud y en el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General definidos para el Sistema Nacional de Salud.

El Modelo prevé dos puertas de entrada, el Primer Nivel de Atención y el Servicio de 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.

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 horizontalidad 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 a 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 o Nivel Primario y un Nivel Complementario que actuará como referencia asistencial, con el objetivo de complementar su capacidad de atención con aquellas tecnologías, procedimientos o especialidades que requieran de una mayor concentración y masa crítica, para responder 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.

El Nivel de Atención Complementario está vinculado a la atención especializada de alta y mediana complejidad. El Modelo prevé 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 está 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.

12.2. Primer Nivel de Atención o Nivel Primario

A través del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el Primer Nivel se concibe como la puerta de entrada del Modelo de Atención pero también como su primer nivel de resolución.

12.2.1 Funciones del Primer Nivel de Atención

La primera función es la de ejercer de puerta de entrada al Sistema de Salud. Este concepto abarca, y por tanto, garantiza los siguientes elementos:

- 1. **Entrada administrativa:** Registro y adscripción individual y familiar.
- 2. **Entrada clínica:** Primer nivel de resolución y es el que valora la necesidad de acceso a niveles complementarios cuando se requiera (conforme a criterio clínico) medios diagnósticos, terapéuticos o conocimientos clínicos específicos.
- Gestor del ciudadano: Ejerce de gestor o agente del ciudadano en el Sistema, valorando adecuadamente la necesidad y tipo de servicios que precisa y gestionando el acceso a los mismos.
- 4. Punto de articulación de acciones de salud colectiva: Coordina e integra inicialmente las acciones preventivas y promocionales individuales y colectivas. Coordina las acciones de Salud Pública de acuerdo con el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General (PSCG) en conjunto con las Unidades Desconcentradas Territoriales del Ministerio de Salud Pública.

- 5. Punto de identificación de la necesidad de acciones intersectoriales y de articulación para su ejecución.
- 6. **Punto de integración de la información**: Integra la información individual y familiar para el conjunto de la red. El desarrollo del Sistema de Información en este nivel y en el conjunto de la Red de Provisión garantiza los procesos de forma más adecuada y eficiente para la captación de la información relativa a datos demográficos, clínicos y de gestión, así como de la actividad asistencial.
- Punto de análisis: Apoya la realización del Análisis de Situación de Salud local y comunitaria.

Además, el Primer Nivel de Atención está estructurado para poder llegar a **absorber el 80% de la demanda total del Sistema** a nivel global y territorial, y es capaz de **resolver el 85% de la misma**. Para ello, cumple con seis características únicas evaluables:

- Accesibilidad: Provisión de atención de acuerdo a criterios de necesidad.
- Continuidad: Seguimiento integral de problemas concretos.
- Trazabilidad: 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: Altos estándares de profesionalización para garantizar la calidad de la atención al paciente, a la familia y a la comunidad.

Desde esta perspectiva el Primer Nivel de Atención asume 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 del Expediente Clínico Integrado individual. Dicha atención no se limita por la edad, el sexo o cualquier otra característica social y tipo de problema de salud que pueda presentar las usuarias y usuarios.

Otra de sus funciones es la de actuar como **agente del ciudadano, la familia y la comunidad** en la red asistencial, garantizando el acceso oportuno a los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios que permitan obtener el máximo beneficio individual y colectivo. El Primer Nivel de Atención vela para que únicamente accedan al Nivel Complementario aquellas personas que necesiten acceder de la medicina tecnificada, mejorando la eficiencia global del Sistema y la efectividad final del ámbito especializado.

El Primer Nivel de Atención integra también entre sus funciones la vigilancia, identificación, análisis y el abordaje de los problemas de salud pública y colectiva del territorio en el que se desempeñe, en coordinación con las Unidades territoriales desconcetradas.

El Primer Nivel de Atención dispone de las capacidades para desarrollar un conjunto de actividades de gestión de los servicios, administración de los recursos, coordinación de actividades clínicas y asistenciales, disponiendo de los instrumentos necesarios que permiten el adecuado registro y conocimiento de la población y de su población de cobertura.

12.2.2 Servicios y actividades del Primer Nivel de Atención

El Primer Nivel de Atención cumple 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 definen y actualizan períodicamente la cartera de servicios mínima a prestar en este, tanto desde la perspectiva individual, como de los Servicios Preventivos de Carácter General.

Su actividad se centra en el proceso salud y enfermedad de la persona, de la familia y de la comunidad, tanto en el riesgo como en el daño a la salud, y sus intervenciones cuentan con una capacidad de respuesta reconocida. Los recursos necesarios, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, son los adecuados a su condición de puerta de entrada, al nivel de resolución esperado, la cartera de servicios que provee y la frecuentación o demanda esperada de los mismos.

La base de la cartera de servicios del Primer Nivel de Atención es el Plan Básico de Salud, el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General y sus evoluciones y adecuaciones.

El Primer Nivel absorbe toda aquella actividad vinculada a las coberturas individuales y colectivas vigentes, siendo capaz de resolverlas con efectividad, respondiendo a los

requerimientos de salud colectiva, tanto en el ámbito de prestación de servicios como de identificación, análisis y planificación comunitaria.

Los servicios mínimos que se prestan en el Primer Nivel de Atención integran los correspondientes a la **atención individual de tipo clínico y administrativo** y los **poblacionales o comunitarios** que están identificados como garantizados a través de los contenidos del Plan Básico de Salud y del Plan de Servicios Preventivos de Carácter General.

En términos generales los **servicios administrativos** integran el registro y adscripción individual y familiar, la gestión administrativa de la atención dentro del Primer Nivel de Atención y a través de la red asistencial, la atención personal y por medios electrónicos 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 el Primer Nivel de Atención, se aplican directamente o a través de la adecuada derivación al Nivel Complementario de ser necesario, e incluyen además:

- 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**, lo servicios que se integran en el Primer Nivel de Atención incluyen los especificados en el Plan de Servicios Preventivos de Carácter General y, entre otros:

- Análisis de situación comunitario en relación a determinantes y factores de riesgo en su población,
- Vigilancia epidemiológica,
- Apoyo directo o indirecto a las acciones y programas de salud colectiva, y

 Desarrollo de intervenciones comunitarias dirigidas a la promoción de la salud y a la educación sanitaria y la identificación, registro y actuación delante de factores que requieran de intervenciones intersectoriales.

Para la planificación y ejecución de estas acciones de salud colectiva el primer Nivel de Atención se coordina con el entorno local, las comunidades y municipios y con las Unidades Desconcentradas Territoriales del MSP correspondientes a su circunscripción.

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

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

Las diferentes actividades a través de las cuales se prestan los servicios en el Primer Nvel de Atención se describen en la tabla 3. Las actividades descritas no son específicas de un profesional sino que pueden ser realizadas por cualquiera de ellos en general. 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.

Tabla 3: Actividades generales directas y diferidas del Primer Nivel de Atención

ACTIVIDADE	S DIRECTAS	ACTIVIDADES DIFERIDAS				
	INDIVIDUALES					
Consultas Programadas en	Realización de pruebas	Analíticas de laboratorio				
consultorio	complementarias	Pruebas de Diagnostico por				
Consultas Espontáneas en	Interconsultas con profesionales	Imagen				
consultorio	de apoyo	Otras pruebas				
Consultas Urgentes en	Solicitud de interconsultas nivel	complementarias				
consultorio	complementario	Consultas especializadas				
Visitas Programadas en domicilio	Traslado urgente a otros	Internamiento hospitalario				
Consultas Urgentes en domicilio	dispositivos	Urgencias de media y alta				
Visitas programadas centros	Toma de muestras (sangre, orina,	complejidad				
educativos	esputo y citología)	Reuniones de coordinación				
Visitas programadas empresas	Envío de muestras	inter niveles				
Consulta de educación individual	Recepción de resultados					
Consejería individual	Prescripción de medicamentos					
Valoración de riesgos	Dispensación de medicamentos					
individuales	Dispensación de suplementos					
Captación activa de casos	nutricionales					
Charlas y videos informativos	Prescripción terapia rehabilitación					
Organización grupos de apoyo a	Terapia rehabilitación					
pacientes	Prescripción de pruebas					
Entrega material educativo	complementarias					
Aplicación de cariostaticos	Administración de medicamentos					
Reuniones de coordinación	y vacunas					
interna						
	GRUPALES Y COMUNITARIA	NS .				
Educación Familiar	Capacitación cuidadores	Organización comités de zona				
Educación grupal en centro	Captación activa comunitaria de	de salud				
Educación grupal en comunidad	casos	Reuniones comités de zona de				
Organización comités de salud	Valoración de riesgos	salud				
	comunitarios y familiares	Acciones intersectoriales				
	Detección de determinantes					
	sociales					

La oferta de servicios y actividades del Primer Nivel de Atención debe ser flexible frente a conyunturas propias de los temas relacionados, ejemplo a la temporada ciclónica, las circunstancias específicas y propias de cada territorio y a los posibles cambios organizacionales y estructurales dentro del propio Sistema que puedan tener expresión territorial.

En todos los establecimientos del Primer Nivel de Atención está disponible para la población usuaria información escrita que integre e informe sobre las funciones, cartera de servicios directa y de referencia y condiciones de acceso a la misma.

12.2.3 Ámbito territorial y poblacional del Modelo de atención

La base mínima territorial y poblacional del Modelo de Atención en la red pública de servicios son las Unidades de Atención Primaria (UNAP) correspondientes al Primer Nivel de Atención, las cuales sirven como esquema de referencia para la implantación del Modelo. En el caso del sector privado la relación poblacional no es obligatoria, pudiendo variar en función del ámbito territorial y geográfico de su incidencia.

Las UNAP se constituyen en los ámbitos básicos de prestación de servicios por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios, de responsabilidad poblacional y territorial. Cada UNAP tiene una influencia territorial en un ámbito poblacional correspondiente a 2.500 habitantes como máximo.

En la red pública, 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 se ajusta en lo posible a las demarcaciones administrativas existentes para que los datos de población sean asimilables, preferiblemente por municipios. La Zona de Salud integra fundamentalmente los establecimientos y servicios parte del Primer Nivel de Atención.

La atención complementaria 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.

En esencia, el Primer Nivel o Nivel Primario representa el punto inicial de contacto de la Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con los individuos, la familia y la comunidad, acercando lo máximo posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas.

Los indicadores de dimensionamiento de las Zonas de Salud y de las UNAP, así como de los objetivos de accesibilidad están ligados a la dotación de profesionales de la salud y, a su vez, a los indicadores de cobertura y utilización esperada.

12.2.4 Organización de los servicios y equipo profesional del Primer Nivel de Atención

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

El Primer Nivel de Atención en la Zona de Salud dispone de un conjunto de profesionales asistenciales y no asistenciales que desempeñan su trabajo adecuadamente coordinados e integrados, en una Red de Servicios de Provisión delimitada territorialmente por el Área de Salud que permita la prestación efectiva de servicios desde el primer nivel y desde la atención complementarios de referencia.

Los profesionales de la Zona de Salud se organizan 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 familiar, la enfermera y los promotores de salud. Estos profesionales conforman 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 3.
- Profesionales de apoyo: Los profesionales de apoyo de la Zona de Salud son médicos internistas, pediatras, odontólogos, ginecólogos, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares de clínica, auxiliares administrativas, trabajadores sociales, y farmacéuticos. Su número esta también vinculado a una cobertura poblacional concreta, pero son profesionales que no tienen una responsabilidad poblacional, sino que desarrollan sus funciones dando apoyo a las UNAP o realizando 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 del Nivel Primario de Atención la precise y la disponibilidad presupuestaria lo permita.

Cada Zona de Salud dispone de la infraestructura física y de los recursos humanos y organizativos necesarios para la adecuada prestación de los servicios del Nivel Primario de Atención. El número concreto de dispositivos físicos en el territorio depende de la dispersión geográfica de la Zona de Salud y de las isócronas que definidas por el Ministerio de Salud Pública como mínimas, con el objetivo de facilitar al máximo el acceso y la proximidad.

En referencia a los perfiles profesionales y al dimensionamiento de los recursos humanos que constituyen el equipo vinculado al Primer Nivel de Atención se propone como orientativa la descrita en la Tabla 4.

Tabla 4: Dimensionamiento de la dotación de profesionales

PROFESIONAL	DOTACION EN BASE POBLACIONAL
Médico familiar	1 por cada 2.500 habitantes
Pediatra	1 cada 5.000 habitantes pediátricos (>14)
Médico 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 Médico 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 2.500 habitantes
Auxiliares de enfermería	1 cada 2.500 habitantes

Estas razones poblacionales se consideran orientativas, ya que la dotación de los diferentes profesionales se puede adaptar 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, de acuerdo a la dispersión de los núcleos de población dependientes de los equipos de atención primaria.

- Demográficos, en razón de las características de la pirámide población.
- Variables socioculturales y familiares.
- Nivel socioeconómico de la población.
- Estado de salud de la población y necesidad de servicios.

12.2.5 Equipamiento mínimo de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención

Todos los establecimientos de Primer Nivel disponen del equipamiento suficiente para el desempeño de las funciones y prestación de los servicios con la calidad y calidez necesarias. El Ministerio de Salud Pública a través de los procesos y normativas de habilitación establece los requerimientos de equipamiento necesario a disponer, así como su ubicación y los criterios que deben cumplir los espacios físicos dispuestos para la atención directa.

12.2.6 Accesibilidad al Primer Nivel de Atención

La organización horaria del Primer Nivel de Atención garantiza condiciones de acceso efectivas y próximas a la población de cobertura, y la capacidad resolutiva exigida.

El 90% del tiempo de los profesionales está dedicado a la atención individual o comunitaria y el 10% restante a actividades de formación conjunta o coordinación. Se procura que el tiempo de profesional dedicado a actividades administrativas sea el mínimo posible, a fin de optimizar el rendimiento asistencial.

Todos los centros de la Zona de Salud dispone de un sistema de citas y se distribuye el tiempo de los profesionales en franjas de consulta programada con antelación, consulta espontánea (solicitud el mismo día) y demás actividades comunitarias.

Los especialistas de apoyo, en general, solo realizan consultas derivadas de la solicitud de interconsulta de una UNAP.

La Zona de Salud se organiza, en función de la demanda esperada y la existencia de otros dispositivos adicionales, la atención urgente o espontánea. Se garantiza siempre una atención urgente accesible y con una ubicación conocida por los usuarios.

Respecto a las pruebas diagnósticas, el Primer Nivel de Atención será punto de extracción de muestras para análisis de sangre, orina o biopsias ginecológicas. Se define claramente la sistemática de realización de pruebas complementarías y los proveedores de las mismas, garantizando que sea un proveedor autorizado y habilitado, con el cual se haya formalizado una relación de prestación de servicio. Esta relación de prestación de servicio incluye los tiempos máximos de respuesta y el mecanismo por el cual los resultados llegaran al profesional.

12.2.7 Sistema de información del Primer Nivel de Atención

El sistema de información en el Primer Nivel de Atención forma parte del Sistema de Información Integrado de la RISS. Todos los profesionales trabajan sobre un único Expediente Clínico Integrado individual cuyo formato responde a los criterios definidos por el Ministerio de Salud Pública y cumplen en todo momento con la normativa vigente de protección de datos y confidencialidad.

Se garantizan los procedimientos adecuados para el registro eficiente y efectivo de la información necesaria y se evita en lo posible el desarrollo de actividades administrativas por parte de los profesionales asistenciales.

Se dispone de un Expediente Clínico Integrado en formato electrónico, que además debe ser el mismo para todos los profesionales que trabajan en la red asistencial. Como mínimo se debe tender a disponer de un Expediente Clínico compartido que recoja la información imprescindible del individuo y que esté disponible y accesible en todos los puntos de la red.

Así mismo, el Primer Nivel de Atención dispone de la ficha familiar vinculada al Expediente Clínico Integrado, en la cual se registra 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 establece los criterios mínimos a cumplir por estos sistemas de información electrónicos, ya sea a nivel de estándares técnicos, como de información a registrar, modelos de codificación y cumplimento de garantías de confidencialidad y protección de datos.

12.2.8 Coordinación de la Zona de Salud

Cada Zona de Salud esta en disposición de poder coordinar los aspectos asistenciales, de organización, de gestión clínica, administrativos y de servicios generales, así como aquellos que se requieren para el adecuado desarrollo y prestación de los servicios individuales y colectivos garantizados a la población de su responsabilidad.

12.3 Niveles de Atención Complementarios

Los niveles de atención 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 proporciona de la forma más eficiente y adecuada posible aquellos servicios y prestaciones que complementen la actividad asistencial del Primer Nivel, tanto de forma urgente como programada.

Así mismo, las entidades rectoras deben definir claramente las tipologías de los diferentes establecimientos de la red de provisión indicando su cartera de servicios y su capacidad resolutiva esperada por nivel, así como el equipamiento y perfil de recursos humanos necesarios para la prestación efectiva de los servicios comprometidos.

El desarrollo del Nivel Complementario de la red de provisión contempla la incorporación de tecnologías y capacidades que permiten hacer más eficientes y seguros los procesos de intervención médica. En este sentido, se explora el desarrollo e implantación de técnicas médicas no invasivas de aplicación ambulatoria tanto a nivel diagnóstico como terapéutico.

12.3.1 Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel de Atención se define 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 o internamiento general.

Su actividad se enfoca en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo que la el Primer Nivel de Atención le requiera. De igual manera, responde a las necesidades de otros establecimentos de salud de su misma categoría con quienes comparte ámbitos territoriales o poblaciones, por ejemplo, ante alguna eventualidad.

El tamaño o el dimensionado del Segundo Nivel responde 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 se adapta adecuadamente a sus requerimientos de acceso y resolución.

Se contempla 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 está a cargo del personal clínico especializado necesario en su respectiva área.

El catálogo de pruebas e interconsultas de los servicios de Segundo Nivel, es accesible, conforme a los acuerdos y convenios de gestión, a los establecimientos de Primer 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 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 habilitados como Segundo Nivel. Los profesionales de este Nivel,

en caso de que así se considere necesario, ejercen actividades ambulatorias de apoyo al Primer Nivel, ya sea mediante tutorías, sesiones clínicas, visitas conjuntas o visitas individuales programadas en los Establecimientos de Salud de zona de referencia.

12.3.2 Tercer Nivel de Atención

El Tercer Nivel de Atención se define 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, completando 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 se enfoca en responder de forma efectiva a las necesidades de apoyo de manera que puedan completarse los procesos asistenciales cuando estos necesitan de una atención muy especializada.

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.

El catálogo de pruebas de los servicios especializados, incluyendo las pruebas funcionales que realice el hospital de tercer nivel es accesible, conforme a los acuerdos y convenios de gestión, a los Establecimientos de 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.

12.4 Programas prioritarios 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 de provisión, 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.

12.4.1 Atención a la urgencia y emergencia

La atención a las urgencias y emergencias es parte de la cartera de servicios de toda estructura de la red de servicios, y provee en todos los niveles de atención, tomando en cuenta su nivel de resolución. Toda red asistencial cuenta con un programa transversal de atención a la urgencia y a la emergencia, con protocolos y mecanismos adecuados de acceso y derivación. Estos programas de atención a la urgencia y emergencia desarrollan los dispositivos y atención necesaria para garantizar este servicio en el conjunto de la Red de Atención.

Las redes de servicios garantizan a 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, garantizando 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 así como los criterios y medios razonables de accesibilidad (y traslado) a los servicios de emergencia entre los diferentes niveles de complejidad.

Como parte de los servicios de información orientados a la población beneficiaria, se dan a conocer a todos sus adscritos dónde están ubicados los servicios de atención de urgencias y emergencias y la forma de acceder a ellos.

La red de provisión cuenta con criterios homogéneos y protocolizados de atención, derivación y recepción de casos de emergencias.

Así mismo se utiliza un único sistema de triaje en los diferentes puntos de atención del Nivel Complementario, para homogeneizar los criterios de derivación y gestionar en coherencia con la complejidad los ámbitos de atención al evento.

Se disponen 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 establecimientos y servicios de salud, con la finalidad de abordar de forma eficaz situaciones de catástrofes y emergencias colectivas que pudieran presentarse.

12.4.2 Servicios de atención farmacéutica

Las redes asistenciales disponen de servicios de atención farmacéutica que brindan apoyo tanto al Primer Nivel de Atención como a los niveles complementarios. Estos servicios son prestados 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.

12.4.3 Servicios de atención e información al usuario

Esta atención es una obligación de los servicios que se les debe proveer a los usuarios en todos los niveles y establecimientos de la red asistencial. Su accionar está 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 Zona de Salud, el usuario cuenta con una oficina o dependencia de atención e información, con personal técnico responsable durante el horario habitual.

Los servicios de atención e información a los usuarios se encargan 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 (en tanto no se generalice el uso del

expediente clínico integrado), la orientación del flujo de pacientes y visitantes dentro del establecimientos, 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 y usuarias tendrán un servicio de atención donde se puedan expresar y tramitar 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 conferidos por la Ley, 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.

12.5 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 trazabilidad de las acciones es el desarrollo de elementos de coordinación e integración asistencial. Las relaciones clínicas y asistenciales entre los diferentes niveles y dispositivos son un punto crítico relevante del desarrollo, a fin de poder garantizar un funcionamiento adecuadamente coordinado.

Entendiéndose 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.

Las redes Integradas desarrollan mecanismos de coordinación en tres áreas fundamentales:

- Coordinación de la información.
- Coordinación de la gestión clínica.
- Coordinación administrativa de la gestión.

Los elementos de coordinación garantizan el establecimiento de criterios homogéneos de práctica clínica, la continuidad asistencial, la trazabilidad de la atención y la integralidad de la información clínica. Estos elementos deben desarrollarse entre los diferentes niveles y en el interior de los establecimientos (horizontal y verticalmente).

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

a. Coordinación de información y gestión clínica

- Sistema de referencia y contrarreferencia
- Sistema de comunicación intra e inter niveles: teléfono y correo electrónico.
- Guía farmacoterapéutica inter niveles
- Guías de práctica clínica inter niveles para las patologías más prevalentes o más prioritarias
- Programa de formación de profesionales
- Expediente Clínico Integrado

b. Coordinación de la gestión de pacientes

- Protocolos de derivación entre niveles
- Protocolos de derivación de urgencias y emergencias
- Protocolos de derivación de pruebas diagnósticas
- Sistema de comunicación intra e inter niveles: teléfono y correo electrónico
- Circuito de pre-altas
- Circuitos de diagnóstico rápido de patologías prioritarias
- Sistema de petición de citas intra e inter niveles
- Programa de formación de personal administrativo

C. Coordinación funcional

Comités inter niveles con reuniones sistemática

12.5.1 Sistemas de circulación en la red

La red asistencial dispone de un sistema único de relaciones entre los diferentes niveles que facilita la circulación de usuarios e información clínica entre todos los nodos de la misma. Aplica 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 están escritos y son conocidos por los profesionales y los usuarios.

12.5.2 Criterios de circulación en la red

La Red dispone 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 buscan el desarrollo armónico y conocido de los mecanismos de coordinación asistencial y administrativo.

12.5.3 Política de Calidad de la red

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

El Plan de Calidad incorpora elementos explícitos vinculados a la oferta (estructura, equipamiento y recursos humanos) coherente con los criterios de regulación establecidos por el Ministerio de Salud Pública, elementos de calidad técnica que identifican y definen 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 está acompañado de los mecanismos de información e indicadores de resultado integrados en los sistemas de información para la gestión, que permite en todo momento monitorear los resultados de las diferentes áreas implicadas.

13. CAPACIDAD DEL RECURSO HUMANO

El recurso humano disponible en cantidad suficiente y de 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 garantiza en todo momento la planificación y disponibilidad de los recursos humanos adecuados al desempeño de las funciones en las diferentes áreas de responsabilidad, ya sean clínicas, gestoras o rectoras.

14. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social 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, como en lo que concierne al concepto de ciudadanía y de salud, entendida como desarrollo de potencialidades.

Por tanto, se desarrollan en el marco de las Redes de prestación y en el conjunto del Sistema los espacios que permiten en todo momento un nivel adecuado de participación, de transparencia y control social. Estos órganos no necesariamente son homogéneos en todo el Sistema y se adecuan a las características específicas de cada entorno de prestación.

Los órganos de participación que se desarrollan contemplan como mínimo los espacios para generar oportunidades para la solución de problemas detectados en los servicios, participan en la planificación y evaluación de las intervenciones de salud colectiva y promueven 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.

15. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El Ministerio de Salud Pública y los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, en el ejercicio de sus competencias, definirán la información e indicadores de seguimiento de resultados a cumplir por los agentes aseguradores y prestadores que participan en la prestación de acciones y servicios.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DECRETO NO. 1137-03 QUE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LAS REDES DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, DE FECHA 23 DE DICIEMBRE DEL 2003.

DECRETO PRESIDENCIAL 379-14, QUE ORDENA LA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA, FUNCIONAL Y TERRITORIAL, DEL VICEMINISTRO DE ATENCION A LAS PERSONAS Y DE LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD, DE FECHA 10 DE OCTUBRE 2014, MINISTERIO DE SALUD.

Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS; 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: CONCEPTOS, OPCIONES DE POLÍTICA Y HOJA DE RUTA PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN LAS AMÉRICAS. WASHINGTON, D.C.: OPS, 2010. (SERIE: LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS NO.4).

República Dominicana Ley No. 1-11 Ley Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Santo Domingo 2012

República Dominicana Ley No. 42-01 Ley General de Salud, Santo Domingo 2001

República Dominicana. Ley No 87-01 sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social, Santo Domingo 2001

MINISTERIO DE SALUD. PLAN DECENAL DE SALUD (PLANDES) 2006 – 2015. SANTO DOMINGO, 2006

ANEXO 1: Créditos Elaboración Versión Preliminar Modelo de Atención 2012

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 Garantia 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

Equipo Técnico

Coordinación General: Dirección de Desarrollo Estratégico

Institucional, (Actualmente DDESS)

Dra. Tirsis Quezada

Realización Técnica Dr. Luis Segú Tolsa, Consultor Fase 2

Dr. Ricardo Fábregas, Consultor Fase 1

Aportes intitucionales 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

Dirección de Desarrollo Estratégico

Institucional:

Dra. Elizabeth Gómez Dr. Gregorio Moya, Dr. Virgilio Rodriguez

Viceministrio de Salud Colectiva:

Dra. Raquel Pimentel, DIGEPI

Viceminiserio de Planificación v

Desarrollo

Dr. José Selig



