



# EL MODELO DOMINICANO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, UNA APUESTA DE FUTURO

Por Antonio Sánchez



Oficina del Ordenador  
Nacional para los Fondos  
Europeos de Desarrollo

ONFED



Programa de  
Reforzamiento del  
Sistema de Salud





# EL MODELO DOMINICANO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, UNA APUESTA DE FUTURO

**TÍTULO:**

El Modelo Dominicano de Prestación de Servicios de Salud, una Apuesta de Futuro

**AUTOR:**

Antonio Sánchez

Para el Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Salud (PROSISA)  
En el marco de la cooperación que ofrece la Unión Europea a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

**DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

Kika, Sociedad Creativa

**INFOGRAFÍAS**

Karen Cortés

**CORRECCIÓN DE ESTILO**

Milton Tejada

**IMPRESIÓN**

Editora Buho

**Primera Edición:**

Marzo, 2005

Santo Domingo, República Dominicana

**DATOS DE FICHA BIBLIOGRÁFICA**

ISBN...

Permitida la reproducción del texto a condición de citar la fuente.

Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud, PROSISA  
Calle Santiago #4, Gazcue.  
Santo Domingo, República Dominicana  
prosisa@codetel.net.do



# AGRADECIMIENTOS

xxx



# PRÓLOGO

**E**n el mes de marzo de 2004, el Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud (PROSISA), publicó el libro "Una Reforma para estar en Salud. Claves para profesionales del sector sanitario", cuya finalidad era hacer accesible a los profesionales de la salud de la República Dominicana los conceptos y contenidos fundamentales de la Reforma del Sector Salud.

*PROSISA es un programa de cooperación de la Unión Europea, que trabaja para la SESPAS desde Agosto de 2000 y la publicación del citado libro se enmarcó en una serie de intervenciones de Comunicación de la Reforma encomendadas a dicho programa.*

*"Una Reforma para estar en Salud. Claves para profesionales del sector sanitario" ha sido un instrumento básico para la divulgación y conocimiento del proceso de Reforma entre los profesionales de la salud y ha servido para que muchos de ellos se integren a las discusiones que permitan construir un Modelo dominicano de provisión de servicios de salud. Su redacción, sencilla y amena, ha hecho que se haya convertido en un libro fundamental y de obligada lectura para quien se inicia y pretende profundizar sus conocimientos sobre unos cambios que, sin lugar a dudas, han de sobrevenir para aumentar la cobertura y mejorar la calidad de nuestros servicios de salud.*

*"Una Reforma para estar en Salud. Claves para profesionales del sector sanitario" se elaboró teniendo como referencias la Ley General de Salud (42-01), la Ley de Seguridad Social (87-01) y los primeros borradores que habían de reglamentarlas en lo referente a la organización y funcionamiento de los servicios públicos de salud. En el momento actual, ya con la mayor parte de aquellos reglamentos aprobados y publicados y con otras normas en un avanzado estado de discusión y consenso, tenemos una visión mucho más precisa de nuestro "Modelo de Prestación de Servicios", hasta el punto de poder decir que ya tenemos trazado su diseño final.*

*Desde la promulgación de las leyes citadas ya han pasado más de tres años y nos parece un periodo demasiado largo para que el modelo sólo se haya desarrollado ese modelo sobre el papel. Creemos que ya es hora de actuar sobre la realidad e invertir en la mejora de los servicios. Y para que eso ocurra todo nuestro personal de salud que gestiona recursos, muchos o pocos, debe tener un conocimiento homogéneo y preciso de qué queremos hacer y hacia dónde nos dirigimos.*

*Para contribuir con este objetivo estamos presentando este nuevo trabajo, realizado también con el apoyo de PROSISA, en el que se intenta explicar, de forma sencilla, a los profesionales de la salud implicados en su gestión, lo contenido en la normativa de desarrollo de las leyes, General de Salud y de Seguridad Social, en lo que concierne a la organización de los servicios públicos*

*Con la publicación de "El Modelo Dominicano de Atención de Salud, una propuesta de futuro" pretendemos diseminar una visión de futuro de la SESPAS y afirmar nuestro propósito de hacer de la Reforma del Sector Salud una realidad que trascienda del papel a los hechos.*

*Dr. Sabino Báez  
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social  
Febrero, 2005*





# CONTENIDO

<b>CAPÍTULO 1</b>		
<b>DISEÑANDO UN MODELO</b>		<b>5</b>
1.1	LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y EL MODELO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS	6
1.2	EL INICIO Y EL FINAL DEL PROCESO	8
1.3	¿QUÉ APORTA LA LEY GENERAL DE SALUD AL MODELO?	9
1.4	¿QUÉ AÑADE A ESTE ESBOZO DE MODELO LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL?	13
<b>CAPÍTULO 2</b>		
<b>RECTORÍA Y PROVISIÓN: Dos funciones, dos estructuras</b>		<b>19</b>
2.1	LA RUTA CRÍTICA DE LA REGLAMENTACIÓN	20
<b>CAPÍTULO 3</b>		
<b>La Separación de Funciones y el Servicio Nacional de Salud</b>		<b>33</b>
3.1	EL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES DE LA SESPAS	34
3.2	LA CREACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD	37
3.3	EL REGLAMENTO DE ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (Y LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD)	39
3.4	ESTÁNDARES GENERALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS	41
<b>CAPÍTULO 4</b>		
<b>Los Compromisos de Gestión, un nuevo sistema de relaciones</b>		<b>45</b>
4.1	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS REDES REGIONALES	46
<b>CAPÍTULO 5</b>		
<b>La Descentralización Territorial. Los Servicios Regionales de Salud</b>		<b>57</b>
5.1	ORGANIZACIÓN DEL NIVEL REGIONAL.	58
5.2	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL ÁREA DE SALUD	65
5.3	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	75
5.4	EL NIVEL DE REFERENCIA NACIONAL	80
<b>CAPÍTULO 6</b>		
<b>La atención a las emergencias</b>		<b>87</b>
6.1	LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS	88
<b>CAPÍTULO 7</b>		
<b>La atención a los usuarios</b>		<b>91</b>
7.1	LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS	92
7.2	EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE	94



# CONTENIDO

## CAPÍTULO 8

### El Sistema de Información **95**

- 8.1 LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DE REFERENCIA ENTRE CENTROS ASISTENCIALES 96
- 8.2 LA REGLAMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA 97

## CAPÍTULO 9

### La Habilitación de los Servicios **101**

- 9.1 HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN 102
- 9.2 LA UNIDAD (DIRECCIÓN GENERAL) DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN 103
- 9.3 EL REGLAMENTO DE HABILITACIÓN 103

## CAPÍTULO 10

### La Recursos Humanos **107**

- 10.1 LA REGLAMENTACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS 108
- 10.2 PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS (RRHH) 110
- 10.3 RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN 116
- 10.4 TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN 119
- 10.5 MOVILIDAD TERRITORIAL 119
- 10.6 MOVILIDAD FUNCIONAL 120
- 10.7 SISTEMA RETRIBUTIVO 123
- 10.8 CÓMO SE TRANSITA DE LA SITUACIÓN ACTUAL A LA FUTURA 124

## CAPÍTULO 11

### La prestación farmacéutica **125**

- 11.1 LA PRESTACIÓN FARMACEUTICA 126
- 11.2 LA ESTRUCTURA DEL (sub)SECTOR FARMACÉUTICO 127
- 11.3 EL REGLAMENTO DE FARMACIA 129
- 11.4 EL MEDICAMENTO 130
- 11.5 EL MÉDICO Y EL USUARIO: LA PRESCRIPCIÓN 133
- 11.6 LA FARMACIA: LA DISPENSACIÓN (O VENTA) 134
- 11.7 LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACEUTICA  
EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Y PARA LA SEGURIDAD SOCIAL 135

## CAPÍTULO 12

### Los Servicios de Atención Colectiva **143**

- 12.1 Los Servicios de Atención Colectiva 144





# CAPITULO 1

DISEÑANDO UN MODELO

# LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y EL MODELO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

## A modo de introducción: República Dominicana y su Modelo

Un modelo es una representación de un objeto. Nuestro objeto es la organización de los servicios de salud. Nuestra representación es la imagen futura de nuestros servicios de salud.

Un modelo se diseña para que la construcción del objeto (en este caso, la organización de los servicios de salud) sea lo más coherente y acertada posible.

Un modelo se diseña para cambiar la realidad (de ese objeto) y, por tanto, tiene implicaciones políticas, económicas, conceptuales e ideológicas, las cuales también inspiran la orientación del modelo. Además, tiene implicaciones estratégicas y técnicas, pero éstas tienen que ver más directamente con la construcción del mismo.

El desarrollo de cualquier modelo es un proceso similar a la construcción de un edificio u obra de ingeniería. El anteproyecto de la obra es un diseño esquemático, un borrador, influenciado por las concepciones ideológicas, conceptuales, políticas y económicas de la persona o del equipo de personas que están a su cargo.

El proyecto de la obra consiste en la formalización del diseño con los permisos para su construcción, de manera que sobre el papel esté todo lo necesario.

La construcción de la obra es la puesta en marcha del modelo.

Este anteproyecto de modelo de organización de los servicios de salud fue concebido en las discusiones sobre la Reforma del Sistema Sanitario que se produjeron durante los últimos años y sus elementos están dispersos en documentos de diversa procedencia. El proyecto comenzó a elaborarse con la promulgación de la Ley 42-01 (General de Salud), continuó su afinamiento en la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y en la reglamentación subsiguiente.

Al concluir la gestión ejecutiva 2000-2004, el Gobierno dominicano se encontraba, precisamente, en esta fase de afinamiento. Sin embargo, todavía hay elementos importantes sin formalizar. Podríamos decir que los planos están casi terminados, pero la tramitación del permiso de obra anda retrasada.

Las razones de este retraso radican en algunos de los males que se quieren combatir con el cambio de la realidad. En múltiples ocasiones se ha señalado que el sector salud adolece de una marcada debilidad institucional, atribuida a dos elementos relacionados entre sí: fallas estructurales y problemas en la conducción y liderazgo. En otras palabras, aunque se ha avanzado en el diseño, el Modelo no ha sido visionado, consensuado e interiorizado adecuadamente.

No ha sido visionado adecuadamente porque su imagen final todavía requiere de una decidida apropiación por parte de los gestores del sector con autoridad y capacidad de decisión. No ha sido del todo consensuado porque, aunque sus elementos han sido muy debatidos, en muchos casos su aprobación se debe más a la falta de una alternativa sólida que al convencimiento de sus bondades.

La falta de una interiorización adecuada del Modelo puede deberse al hecho de que, salvo por esfuerzos aislados, apenas ha salido del lenguaje y ámbito jurídico y de la preocupación de algunos funcionarios

Podríamos identificar tres razones más que explican este retraso:

- » La resistencia al cambio por parte de muchos de los actores involucrados en este proceso. En algunos casos esta resistencia es motivada por razones ideológicas, en otros, por intereses particulares, y en otros (los más) por una aparente incapacidad de aproximación a la problemática.
- » Iniciativas contradictorias que se reflejan incluso en el mismo Poder Ejecutivo y que han provocado hasta la

promulgación de normas (decretos) contrapuestas, una que apunta a desarrollar un modelo determinado y otra que tiende a lo contrario.

- » La desconfianza - a veces justificada- de algunos organismos internacionales, en la gestión de sus préstamos o donaciones por parte de las instituciones del sector, lo cual ha motivado la creación de entidades gestoras nuevas, agravando el problema de la dispersión y aumentando así la ineficiencia del gasto público

En el fondo, todos los problemas enunciados están relacionados y se agrupan en torno a la debilidad institucional y la ausencia de conducción y liderazgo del sector.

Lo dicho hasta ahora forma parte de la historia reciente que nos conduce hasta el modelo con el que contamos. Vamos a recapitular los pasos de su diseño, de forma que podamos entender cada uno de ellos y comprender los nuevos conceptos que se van introduciendo en el mismo.

## El punto de partida

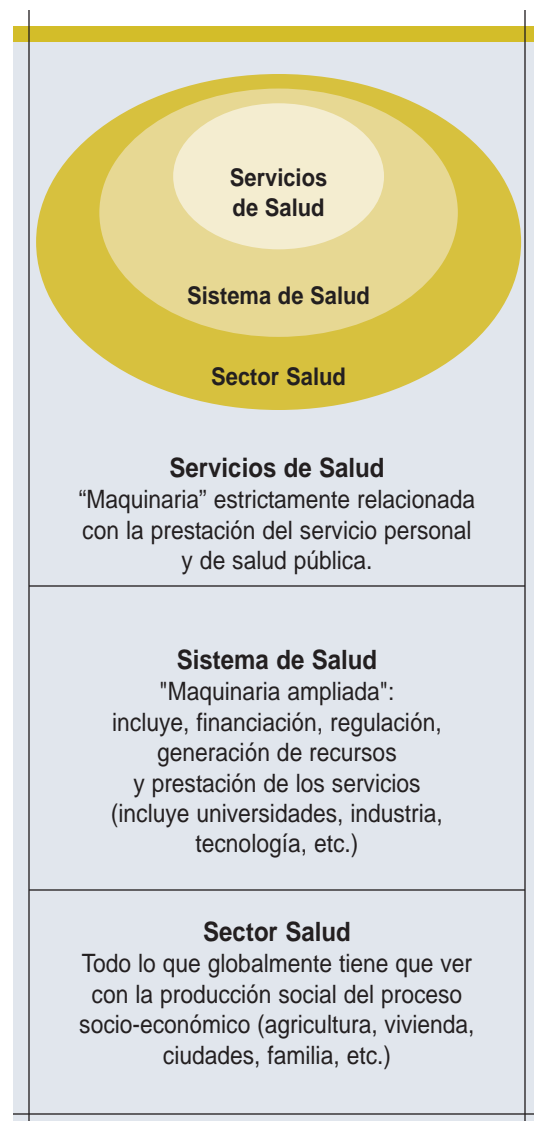
El modelo de organización de los servicios de salud de la República Dominicana se inspira en unos principios y fundamentos a los que debe responder. En el fondo ha de dar respuesta a unas preguntas previas: ¿Qué queremos priorizar: la equidad, la eficiencia, la solidaridad? ¿Qué importancia le queremos dar a lo social, a lo público, a lo privado? ¿Cuánto estamos dispuestos a gastar en salud?

El país ha optado por un modelo consecuente con los principios enunciados en la Ley General de Salud (Universalidad, Solidaridad, Equidad, Eficiencia y Eficacia...), intentando equilibrar la dosis de unos y otros de forma tal que el resultado sea el más razonable en tiempos de reforma y de crisis económica.

Comencemos por analizar el significado de forma que cuando volvamos al texto normativo podamos, no sólo entender su significado, sino ser capaces de contribuir a su desarrollo.

## Sector, Sistema, Servicio. ¿Cuál es la diferencia?

Apoyándonos en el siguiente esquema podremos entender la diferencia y las relaciones entre estos tres conceptos, y manejar una definición de los mismos que nos permita articular mejor el discurso.



## EL INICIO Y EL FINAL DEL PROCESO

Con la aprobación de las Leyes 42-01 (General de Salud) y 87-01 (de Seguridad Social) se dio inicio a un proceso de desarrollo reglamentario y normativo que, por su complejidad, exige que se complete de manera ordenada con la elaboración de **Reglamentos**, que a su vez deberán ser desarrollados con normativas de inferior rango, en forma de **Disposiciones** y normas internas y éstas deberán expresarse a nivel operativo a través de herramientas o **Instrumentos de Gestión** adaptados a nuestra realidad.

*Vale la pena repetirlo: este proceso debe realizarse de forma ordenada, priorizando aquellos elementos que sirven de llave para el desarrollo de otros nuevos. Hay que tener en cuenta que estas reformas implican, en ocasiones, cambios estructurales en los que el consenso debe ser amplio y manifiesto, que deben conjugarse con el día a día presente por las estructuras y mecanismos actuales.*

Todo esto debe traducirse en:

- » El Diseño de un **Modelo (Básico) de Prestación de Servicios**.
- » Un **Plan Estratégico** para hacer operativo el modelo e ir más allá del diseño.

El Modelo se define:

- Un poco, en las Leyes.
- Bastante más, en los Reglamentos.
- Lo que falta, en las Disposiciones y otras normas internas.

Comencemos por el principio y veamos qué hay del "Modelo" en las leyes 42-01 y 87-01. Veamos también cómo vamos entendiendo y dando forma a este Modelo a lo largo de todo el proceso. Y, por último, hagamos algunas consideraciones sobre su puesta en marcha y viabilidad en el contexto actual del país.

### MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS






## ¿QUÉ APORTA LA LEY GENERAL DE SALUD AL MODELO?

### Esbozo de algunos principios

La Ley 42-01 introduce los primeros tres elementos a considerar:

- ▶ Descentralización
- ▶ Desconcentración y
- ▶ Separación de funciones

Podemos apreciar que el Modelo, hasta este momento, es apenas un esbozo, pero es el comienzo de toda una aventura de nuevos conceptos y nuevas razones que se desarrolla en un terreno desconocido para la mayor parte de los gestores de salud en República Dominicana.

<p><b>Modelo de Prestación de Servicios, en la Ley General de Salud</b></p>	<p><b>La Ley 42-01</b> aporta poco sobre la definición de la reforma de los servicios. Su texto deja el mandato expreso en algunos artículos y descansa en los reglamentos a elaborar.</p>
 <p>Desconcentración Descentralización Separación de funciones</p>	<p><b>La Ley General de Salud (LGS)</b> en su Artículo 12, apartado a) aporta como criterios el desarrollo de la descentralización y desconcentración y en el párrafo c) del mismo Artículo indica la separación de la función de provisión. Otro aspecto organizativo es enunciado en el <i>artículo 13</i> al indicar el desarrollo de expresiones territoriales para la función de rectoría.</p>

### ¿Qué es descentralización y desconcentración?

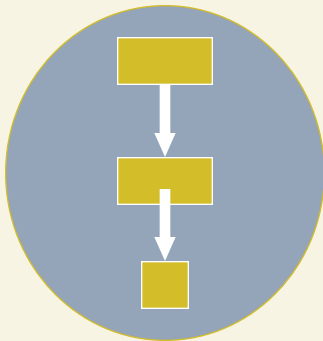
Existen varias concepciones a la hora de definir el término "descentralización", el cual ha sido utilizado de manera indiscriminada al hablar de formas organizativas muy dispares. Una de las más extendidas es la conocida como

"Escuela Nórdica", que diferencia entre desconcentración, descentralización, devolución y privatización, como grados de la descentralización entendida en sentido amplio. De cualquier forma, los conceptos mejor diferenciados y más ampliamente manejados son los de "desconcentración" y "descentralización" (sin subdivisiones o graduaciones), entendidos de la siguiente manera:

La **desconcentración** implica la **delegación** de competencias a una entidad u organismo dependiente jurídicamente del primero, el cual ejerce una relación de **jerarquía sobre la entidad u organismo “desconcentrado”**.

### DESCONCENTRACIÓN

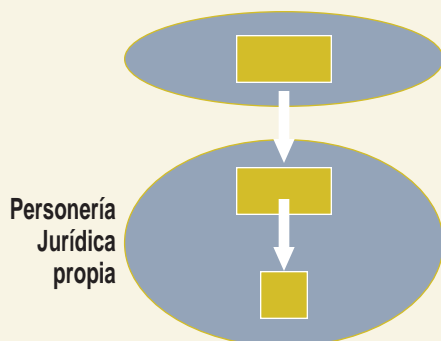
= Delegación de competencias



En cambio, la **descentralización** implica la creación de personas jurídicas nuevas a las que se realiza un **traspaso** de determinadas competencias y sobre las que hay una relación de **control o tutela**.

### DESCENTRALIZACIÓN

= Traspaso de competencias



## ¿Qué queremos decir al hablar de “Separación de Funciones”?

Desconcentración y descentralización pueden manejarse y se manejan en dos sentidos:

- En sentido vertical, hablamos de **desconcentración y/o descentralización territorial** cuando se traspasan o delegan competencias a entidades territoriales de inferior rango administrativo (Regiones, Provincias, etc.). Las actuales Direcciones Provinciales de Salud son organismos desconcentrados, independientemente de que el grado de desconcentración sea mayor o menor, o sea más aparente o más real.
- En sentido horizontal, hablamos de **desconcentración y/o descentralización funcional** en la cual se traspasan o delegan funciones a entidades u organismos específicos. La descentralización funcional también se denomina **Separación de Funciones**. Cuando una de las funciones de la Secretaría (la provisión, la supervisión, etc.) se organiza en un Organismo Autónomo, se está ante esta situación.

La Ley General de Salud ordena a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, SESPAS, la separación de las funciones de Regulación, Provisión de Servicios, Financiamiento y Supervisión (descentralización funcional), y la desconcentración territorial de la función de Rectoría.

## ¿Para qué se supone que sirve la Descentralización?

Las respuestas a esta pregunta suelen ir en este sentido:

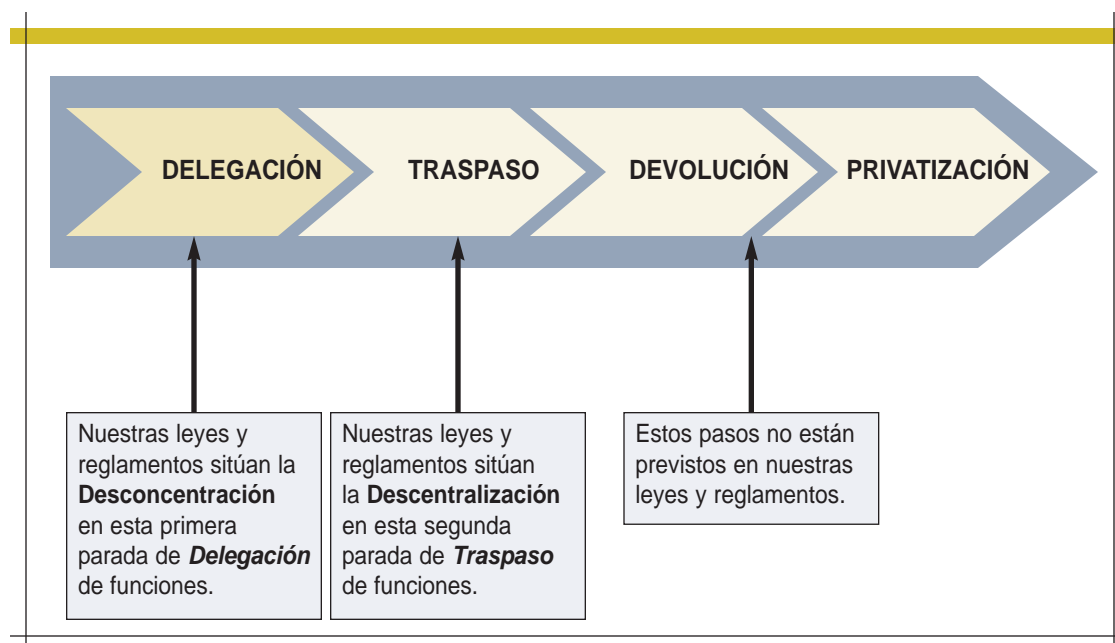
1. Favorece la participación comunitaria y, por esta vía, la democratización.
2. Mejora la eficiencia y la calidad al facilitar un control más cercano del personal y del uso de los recursos, por parte de la comunidad y al agilizar la toma de decisiones, transfiriendo a niveles más bajos flexibilidad y autoridad que les permitan responder con rapidez.

3. Reduce el gasto a nivel central, al transferir la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud.
4. Facilita la privatización, al promover la autonomía hospitalaria.

En realidad, la cuestión no es tan simple, ya que depende del **punto de partida** y de hasta dónde se quiera llegar en el camino de la descentralización.

El punto de partida debe ser siempre la realidad socio-política del país. Para iniciar un proceso de este tipo es preciso contar con un muy buen análisis de lo que es conveniente y posible poner en marcha. Si se determina que es posible, hay que establecer muy bien cuáles son los cambios estructurales previos que es necesario introducir.

El **"hasta dónde queremos llegar"** tiene un sustrato más ideológico. La descentralización es un camino que parte del Estado todopoderoso y centralizado y lleva hasta la privatización, y cuyo recorrido tiene varias paradas, con diferentes denominaciones. Veamos el gráfico que se presenta a continuación:



## Aprender de las experiencias de otros

*La descentralización tiene defensores y detractores. En el plano práctico, sin embargo, sus resultados en América Latina no son nada esperanzadores y, en general, contradicen las justificaciones y beneficios que normalmente se le atribuyen. A continuación exponemos un resumen de un trabajo de reciente publicación, el cual nos debe hacer reflexionar sobre la construcción de un modelo de este tipo, antes de iniciar su desarrollo en República Dominicana.*

### Descentralización del sector salud en América Latina

Antonio Ugalde y Nuria Homedes. Universidad de Texas. Año 2000

(Incluye una bibliografía con 63 documentos y referencias a tres entrevistas sobre el tópico).

#### **La descentralización no ha aumentado la participación comunitaria**

A las élites nacionales y/o locales no les interesa compartir su poder con la comunidad, por el contrario, las élites locales se aprovechan de su nuevo poder para su propio beneficio. La descentralización no puede resolver este problema.

#### **La descentralización no ha mejorado la eficiencia y la calidad**

*Ha aumentado el número de decisiones inadecuadas.* Los líderes rara vez tienen en cuenta la salud de la población, más bien tienden a asignar el gasto para satisfacer a grupos de interés o para actividades sanitarias que no siempre son recomendables, por ejemplo, gastos en atención médica de alta tecnología en vez de programas preventivos.

*Ha aumentado la inequidad.* En las provincias y municipios más pobres, que cuentan con menos recursos, ha aumentado la inequidad en la provisión de servicios de salud a sus poblaciones. La solución a este problema ha sido la creación de un fondo de solidaridad /compensación que asigna recursos de acuerdo a una fórmula construida con distintas variables. Ahora bien, las experiencias de Colombia, Chile y Nicaragua demuestran que la cantidad y modalidad de la transferencia son decisiones complejas y difíciles, que no siempre consiguen reducir la inequidad.

#### **Ha incrementado el gasto en salud, debido a:**

- la organización de las nuevas administraciones;
- el entrenamiento del personal descentralizado y del personal central que tiene que reorientar sus actividades;
- el incremento de salarios, causado por la homologación del personal que se transfiere de una institución a otra;
- el posible incremento de la demanda;
- la pérdida de economías de escala en la compra de insumos y contratos de mantenimiento

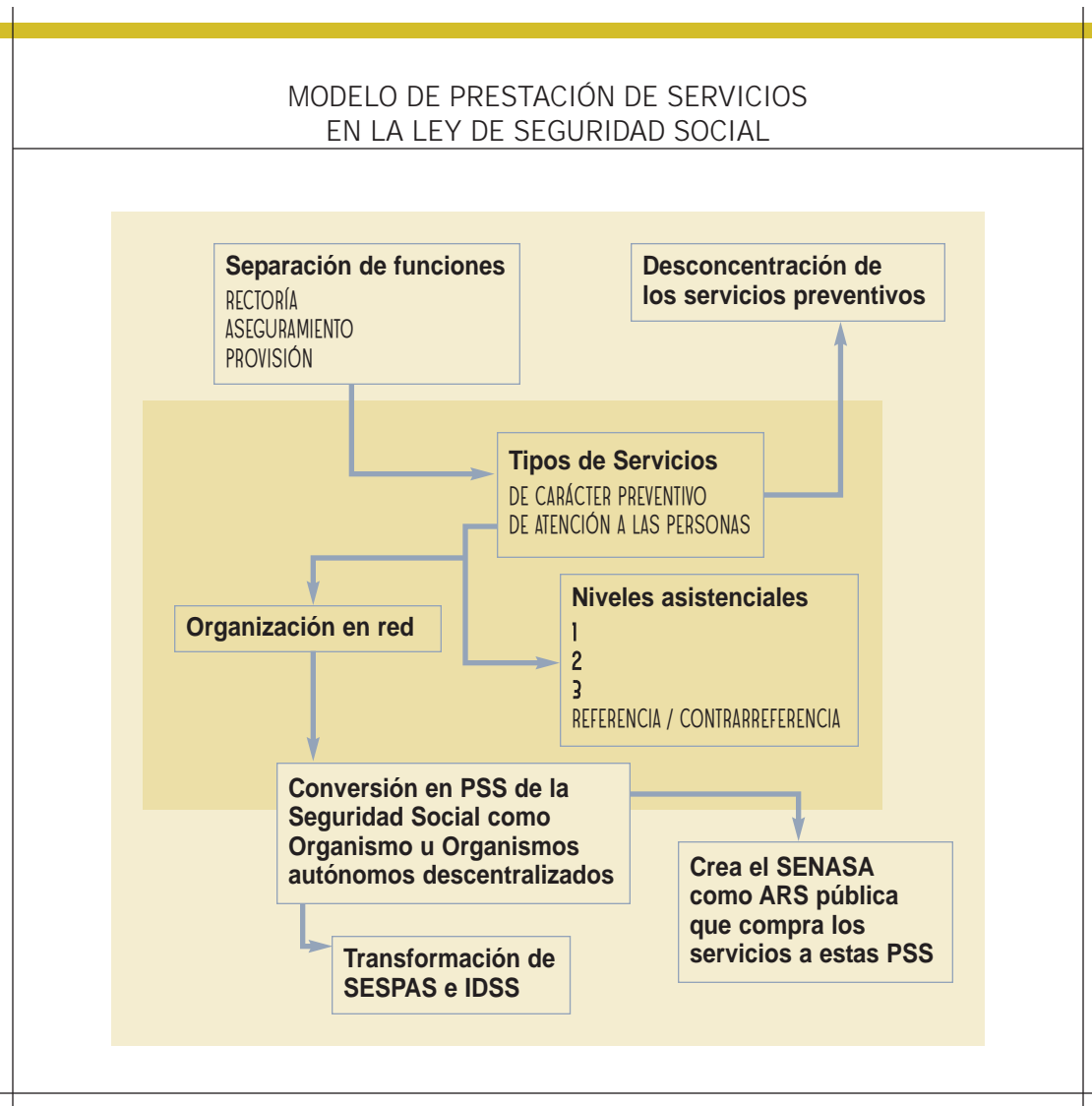
#### **Se ha reducido la eficiencia**

- Afecta los intereses de trabajadores de la salud, quienes le temen a los cambios y pierden motivación;
- Surgen problemas de coordinación y se generan ineficiencias al aumentar las referencias innecesarias a niveles superiores, tal como lo muestran los casos de Chile, Colombia y Brasil;
- Cuando cada nivel es financiado por una entidad diferente, se agrava el problema de las referencias, pues la transferencia de un paciente a un nivel de complejidad superior permite la disminución del gasto del nivel inferior.

# ¿QUÉ AÑADE A ESTE ESBOZO DE MODELO LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL?

## Un paso más en la delimitación

La Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social introduce nuevos elementos que contribuyen a dar una forma más precisa y, a la vez, más compleja del futuro Modelo. El gráfico a continuación nos da una idea de su complejidad.



Esta ley delimita algo más el Modelo de servicios de salud de la SESPAS y del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, IDSS, al reiterar la separación de funciones en su **artículo 167, literal d**, como separación de la *rectoría* (regulación, dirección y supervisión) del *aseguramiento* y la *provisión de servicios*. Además, diferencia la atención a las personas y los servicios preventivos de carácter general (**artículo 142 párrafo 1 y artículo 167, literal e**) y faculta a la SESPAS para convertir su red de provisión de atención a las personas en una o varias "Prestadoras de Servicios de Salud" (PSS), conforme a lo estipulado en el **artículo 160 a y b**.

Desempeñar con eficiencia este nuevo papel hace más necesaria, si cabe, la reordenación de la actual red de servicios de atención a las personas en una o varias organizaciones autónomas, cada una con patrimonio propio y personería jurídica (**artículo 160**) diferenciada, y que pueda ser administrada con instrumentos de gestión adecuados a la naturaleza de su misión.

En realidad, la Ley 87-01 da un paso más en la definición del Modelo de prestación de servicios de la red pública, al establecer los mecanismos básicos para la conformación de las redes de prestación de servicios para la Seguridad Social.

Sin embargo, a pesar de estas precisiones importantes, todavía deja un margen amplio para la interpretación del Modelo y su precisión a través de la reglamentación.

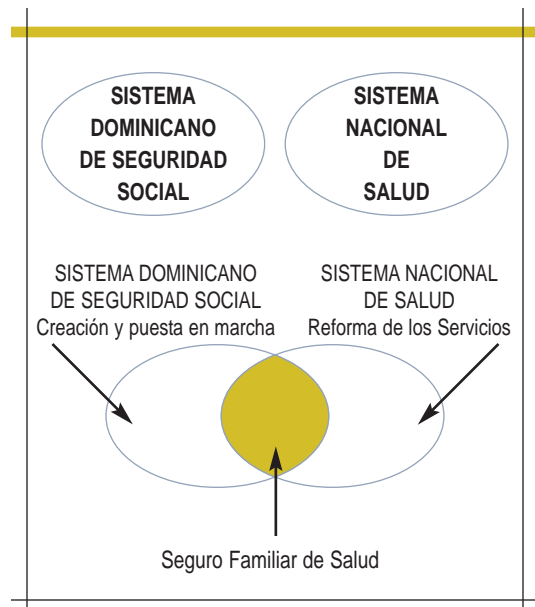
### La relación entre ambas leyes

Para entender la relación entre las leyes 87-01 y 42-01 y por qué la primera define mejor que la segunda el objeto que nos ocupa, comencemos por recordar lo que está a la vista. La Ley General de Salud es la que se ocupa (en términos generales) del **Sistema Nacional de Salud**. La Ley de Seguridad Social se ocupa del **Sistema Dominicano de Seguridad Social**. Como ya conocemos, esta última aborda dos ámbitos fundamentales: el de las Pensiones y el de la Salud y Riesgos laborales.

La Reforma, en sentido amplio, tiene que recorrer un camino tortuoso, delimitado por dos ámbitos o esferas de transformación:

- la esfera del Sistema Nacional de Salud, mediante la Reforma de los Servicios, con la Ley 42-01 como referente y con la SESPAS como órgano rector;
- la esfera del Aseguramiento, a través de la creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social y su puesta en marcha, con la Ley 87-01 como referente y con el Consejo Nacional de la Seguridad Social como órgano rector.

Estos dos ámbitos se complementan, pero también se superponen, definiendo un espacio común, que se corresponde con el Seguro Familiar de Salud y Riesgos Laborales.



Por lo tanto, el desarrollo de la seguridad social, en lo que respecta a la salud (Seguro Familiar de Salud y Riesgos Laborales) descansa y se asienta sobre la reforma de los servicios de salud. Cuanto más exitosa, en tiempo y en contenido, sea la reforma de los servicios, mayores probabilidades tendrá el Seguro Familiar de ser una realidad. Por el contrario, los retrasos y/o fracasos en el avance de la reforma de los servicios repercutirán directa y negativamente en la puesta en marcha de la seguridad social.

Los servicios públicos de salud constituyen los cimientos sobre los que se ha de construir el edificio de la seguridad social. Es posible afirmar, sin riesgo de equivocarse, que la reforma de los servicios de salud en la República Dominicana es condición "sine qua non" para el desarrollo de la seguridad social, y no habrá seguridad social si no hay reforma de los servicios de salud.

No olvidemos que la seguridad social no se crea para existir, sino para dar a las personas un servicio de calidad en régimen de solidaridad.

Este fundamento justifica que sea la Ley de Seguridad Social la destinada a aportar más precisiones a la transformación de los servicios de la SESPAS y del IDSS que la propia Ley General de Salud. En ella encontramos más elementos a tratar sobre el Modelo de prestación de servicios.

### ¿Por qué la separación de funciones?

Esta pregunta nos remonta a la Revolución Francesa y al origen de la separación de poderes. Quien dicta las normas no debe ser el mismo que las ejecuta. Si nos trasladamos a la estructura que nos incumbe, el poder legislativo, que ostenta SESPAS por delegación y que equivale a la función de rectoría, debe separarse del poder ejecutivo, porque de lo contrario haría las normas a su medida y para sus propios intereses.

En el esquema vigente hasta ahora, las funciones fundamentales del sector salud están concentradas en la SESPAS:

- El mando o rectoría
- La financiación
- La asignación del gasto
- La provisión de los servicios

Es preciso hacer dos observaciones:

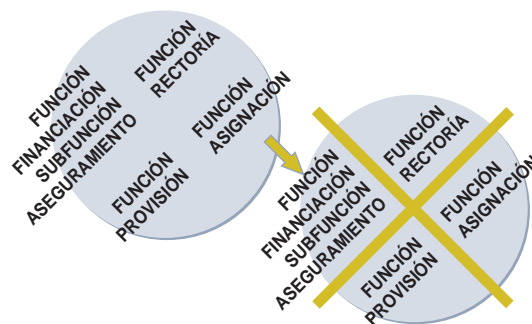
*En las leyes también se habla de una función de supervisión, que podemos obviar en este esbozo teórico ya que en los textos habitualmente se incluye en la función de rectoría.*

*En lo que se refiere al Aseguramiento, podemos decir que es una sub-función de la financiación, ya que es una expresión de ésta. En nuestro caso esta sub-función, al inicio del proceso, está a cargo del IDSS.*

Esquema vigente actualmente:

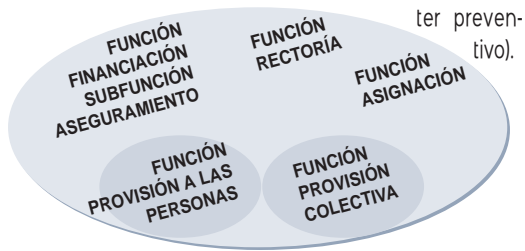


El mandato de las leyes parece pedir una transformación de este tipo:

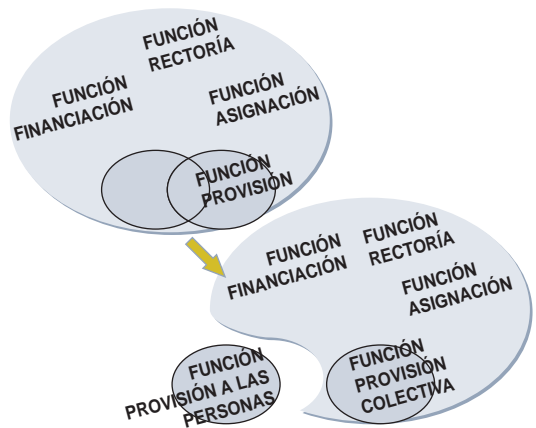


Sin embargo, la Ley de Seguridad Social tiene en cuenta que el aseguramiento es individual y que la atención se presta a las personas de forma individual y, por ello, hace una diferenciación crucial, que marca el desarrollo del *Modelo*. Diferencia dos tipos de servicios en la función de provisión:

- ▶ los de Atención a las Personas (fundamentalmente los Hospitales y Centros de Atención Primaria, fundamentalmente),
- ▶ los de Salud Pública Colectiva (programas de carácter preventivo).



Son precisamente los Servicios de Atención a las Personas los que interesan a la Ley para la puesta en marcha de la Seguridad Social y sobre los que se centra el mandato de la Separación de la Función de provisión, porque son éstos los que pasan a formar parte de la Seguridad Social. En otras palabras, la función de Provisión a las Personas constituye la base de aquella **esfera común** que delimitábamos entre los dos Sistemas (el de Salud y el de Seguridad Social), y que conforman



los cimientos de la construcción de la Seguridad Social. Por lo tanto el esquema puede representarse así:



Las funciones fundamentales quedarán organizadas y separadas de la manera que lo expresa el siguiente esquema:

Como podemos observar en el esquema, todo esto determina la separación, de la SESPAS y del IDSS, de sus servicios de salud de atención a las personas (los Centros de Atención primaria y los Hospitales)

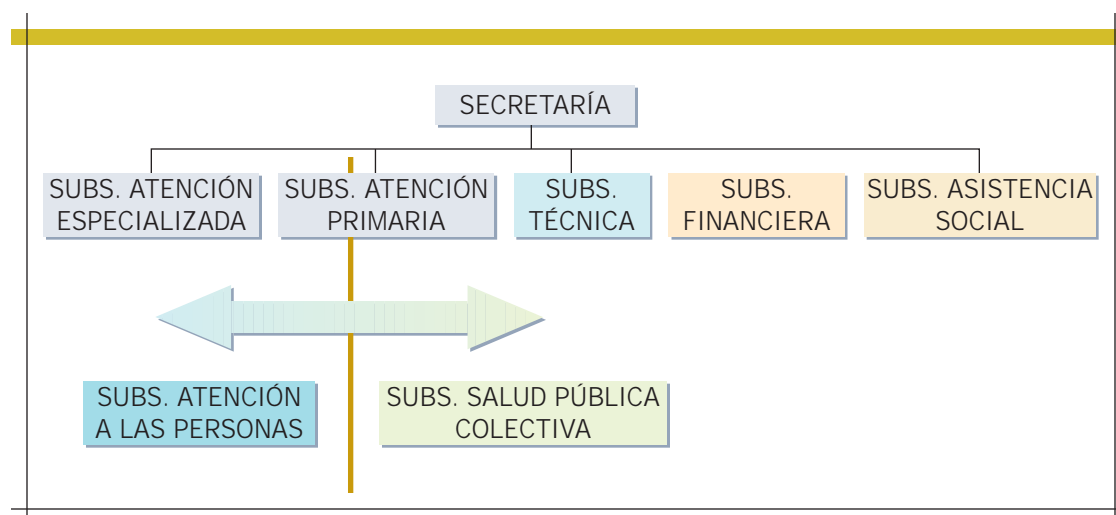
### ¿Cómo afecta esta transformación a la SESPAS?

Su **red de servicios de atención a las personas** pasará a la esfera de la Seguridad Social constituida por uno o varios organismos autónomos, convertidos en prestadores de servicios de la Seguridad Social (PSS), en tanto que su **red de servicios de Salud Pública Colectiva**, debido a sus ca-



racterísticas y a sus externalidades positivas, que priorizan su condición de Bien Público, se mantiene centralizada y dependiente de la SESPAS.

Para empezar, esta diferenciación en los servicios exige una separación de fondos presupuestarios y una planificación diferenciada de los recursos destinados a los dos tipos de servicios (incluso a un régimen jurídico diferenciado para ambos). Todo eso obliga a la SESPAS a sufrir un cambio en su estructura organizativa, transformando



las Subsecretarías de Atención Primaria y Atención Especializada en otras 2 muy diferentes (Salud Pública Colectiva y Atención a las Personas, respectivamente).

### ¿Qué hacer con la función de provisión de servicios de atención a las personas?

Al momento de redactar estas páginas podemos afirmar que de todos los elementos necesarios para conformar el Modelo ya tenemos uno en marcha: La separación de la función de Provisión de los Servicios de Atención a las Personas, es decir, la descentralización funcional. Ahora bien, desde el punto de vista formal, todavía estamos en el mismo lugar de donde empezamos.

Los hospitales y centros de salud de Atención Primaria

deberán organizarse de alguna forma.

La Ley 87-01 dice que deben estar **organizados en red**, con **tres niveles asistenciales** diferenciados y **constituirse en uno o varios organismos autónomos (PSS)**. También nos dice que en esta red de servicios debe efectuarse un proceso de **Descentralización Territorial**.

La manera en que se organizan estas redes y niveles asistenciales es el objeto de una serie de *reglamentos y normas "fundamentales"* que están en el inicio de la Ruta crítica del mismo.

La constitución del o de los organismos autónomos que acojan estos servicios deberá ser formalizada, proba-

blemente, mediante una ley. Al menos, parece exigirlo así la modificación de estatus jurídico y la transferencia de patrimonio.

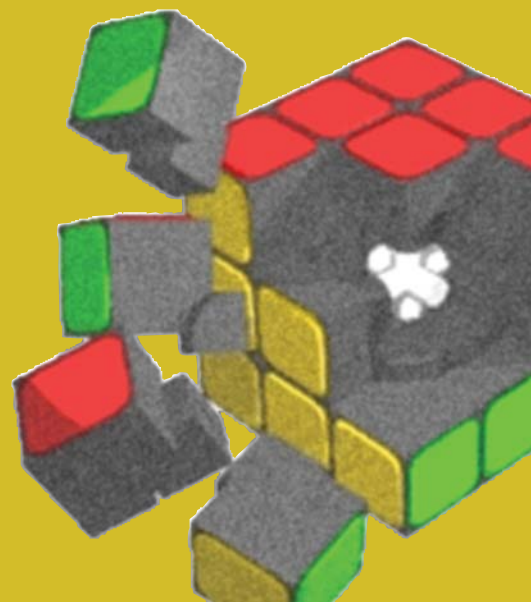
En este punto conviene que le prestemos atención a un elemento importante para el diseño y la operacionalización del Modelo: hace falta una Ley que haga efectiva la separación de funciones, creando una estructura para la gestión de la provisión de servicios de atención a las personas.

El **Reglamento de Rectoría** ha llamado a esta estructura **Servicio Nacional de Salud**. Sabemos que la misma debe construirse previendo la **Descentralización** de sus servicios, los cuales deben estar **organizados en redes** que, a su vez, se descentralizarán progresivamente en lo funcional. Estas redes, que se han denominado Servicios Regionales de Salud, deben estar conformadas por **tres niveles asistenciales** expresamente definidos, y un **sistema de referencia y contrarreferencia**, que integrará los servicios de Atención Primaria y Atención Especializada.

Aunque no lo parezca, lo descrito hasta ahora supone un gran avance en el camino a recorrer. Son los conceptos de la Reforma y las claves del **Modelo de prestación de servicios de salud**. Sin embargo, apenas estamos empezando. Todos estos nuevos conceptos e instrumentos tienen por delante un largo y complejo proceso de desarrollo técnico que aún está por construirse.

En la siguiente parte intentaremos contribuir a definir el camino que queda por recorrer.

# CAPÍTULO 2



RECTORÍA Y PROVISIÓN:  
DOS FUNCIONES, DOS ESTRUCTURAS

La fragmentación institucional existente en el Sector Salud, la ausencia de un modelo previamente definido para la organización de los servicios y la entrada en escena de las exigencias de la ley de Seguridad Social, que en vez de simplificar el panorama plantea - como vimos- una mayor fragmentación, obligaron a los actores involucrados en el proceso de reforma a buscar un orden lógico en la elaboración de las piezas del rompecabezas que en forma de reglamentos, disposiciones e instrumentos de gestión habían de ser elaborados a partir de la promulgación de las leyes 42-01 y 87-01.

En el año 2002, los organismos y programas de cooperación internacional, tales como el Programa de Reforzamiento del Sistema de Salud, PROSISA, el proyecto REDSALUD, la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, y la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, CERSS, prestaron su apoyo a la SESPAS y al Consejo Nacional de Salud en esta difícil tarea. Fruto de las discusiones y repetidas sesiones de trabajo, fue elaborada una "ruta crítica" que, a partir de ese momento se siguió como un calendario de la reforma de los servicios.

La ruta crítica plantea, de entrada, la elaboración de algunos Reglamentos llave, como el de Separación de Funciones, Provisión de Servicios, Habilitación, Recursos Humanos, Farmacia, y el desarrollo de algunos instrumentos de transformación fundamentales, como la separación de fondos presupuestarios, la reorganización de los órganos centrales de la SESPAS, etc. Uno de puntos claves de este tránsito es, indudablemente, la creación por Ley de la -o las- estructuras encargadas de la provisión, es decir, la actual red de la SESPAS.

El tránsito por esta ruta crítica también ha sido tortuoso. En algunos puntos se ha logrado avanzar a buen ritmo, pero el desarrollo de otros se ha visto frenado por muchas resistencias e interferencias.

Es evidente que la ruta crítica de la reorganización de los servicios, perteneciente a la esfera del Sistema Nacional de Salud, tiene que encajar con la entrada en es-

cena de las estructuras creadas por la Ley de Seguridad Social, enmarcadas en la otra esfera presentada de modo ilustrado en páginas anteriores (El CNSS, la SISALRIL, la DIDA, el PRISS, el SENASA, las ARS privadas,...). Estas nuevas incorporaciones la amplían y la vuelven más compleja, por lo que su ejecución requiere de una acción rectora fuerte por parte de la SESPAS.

Si no contamos con una rectoría fuerte correremos el riesgo de desdibujar la visión global del proceso de la reforma y la perspectiva de las prioridades y perder el tiempo en el montaje de estructuras sin cimientos.

## RUTA CRÍTICA

1. *Reglamento de rectoría y separación de funciones (DECRETO).*
2. *Reglamento de Provisión (DECRETO).*
3. *Organigrama transitorio de la SESPAS (DISPOSICIÓN).*
4. *Presupuesto anual con separación de fondos de financiación.*
5. *Norma de estructura, organización y funcionamiento de la red de provisión de servicios de la SESPAS, y Criterios y Condiciones para la descentralización de los Servicios Regionales de Salud (DISPOSICIÓN).*
6. *Ley de creación del Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud (LEY).*
7. *Instrumentos de gestión de los Servicios Regionales de Salud: gerencial (acuerdos de gestión, contratación, etc.) y clínica (historia clínica, formulario de referencia, receta médica, etc.).*
8. *Reglamento de Habilitación de Establecimientos de Salud, (DECRETO o DISPOSICIÓN).*
9. *Creación de la Unidad de Habilitación y Acreditación de la SESPAS (DISPOSICIÓN).*
10. *Normas de Habilitación de Centros de Atención Primaria, Hospitales, Laboratorios, RX, odontología y farmacias (DISPOSICIONES SESPAS).*

11. *Nomenclatura de los establecimientos de salud (DISPOSICIÓN).*
12. *Protocolo de Habilitación de PSS (DISPOSICIÓN).*
13. *Censo de Recursos Humanos.*
14. *Censo de Establecimientos de Salud.*
15. *Reglamento de Régimen jurídico del personal sanitario (DECRETO).*
16. *Reorganización de plantillas por centro (DISPOSICIÓN).*
17. *Programa de capacitación en gestión de servicios de salud.*
18. *Reglamento de medicamentos y productos farmacéuticos (DECRETO).*
19. *Reorganización de la dispensación farmacéutica de SESPAS (DISPOSICIONES sobre Cuadro Básico de Medicamentos, Medicamentos OTC, Estupefacientes y Psicótopos, Receta Médica, etc.)*

## El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones

El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones - el primero de los reglamentos llave de la Ruta crítica antes citada-, establece los cambios organizativos que la Separación de Funciones introduce en el Sector Salud, y por tanto regula también los aspectos fundamentales referentes a la función de provisión.

Su texto nos ofrece un perfil más delimitado del modelo y una perspectiva que nos permite avanzar en la tarea de darle forma.

En el gráfico a continuación veamos qué nuevos elementos introduce:

Descentralización funcional encomendada al **Servicio Nacional de Salud**

Elaboración de un **Plan Estratégico** para la Separación de Funciones y Descentralización Territorial coordinado por una Comisión de Apoyo

Descentralización territorial del Servicio Nacional de Salud en Redes Regionales, denominadas **Servicios Regionales de Salud**

Mapa de los servicios Regionales de Salud

Organización básica en Áreas de Salud

Venta de los servicios mediante Convenios, Contratos o Compromisos de Gestión

Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones

### Esquema de contenidos:

Sobre las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud y la separación operativa de las mismas

- » Las funciones básicas
- » La Función de Provisión de Servicios
- » La Función de Financiación
- » La Aplicación del gasto en salud y la compra de servicios
- » La gestión de Supervisión

Conducción y Regulación del Sistema Nacional de Salud

- » Sobre el análisis de la situación de salud
- » Sobre las Políticas y el Plan Nacional de Salud
- » De las instancias internacionales de cooperación técnica y financiera

### De la Ordenación Territorial de los Servicios Públicos de Salud

- » Criterios de Ordenación Territorial
- » Mapa del Servicio Nacional de Salud

### Ejercicio de la Autoridad Sanitaria de SESPAS

- » Vigilancia de la Salud Pública
- » Promoción de la Salud
- » Garantías de equidad y Accesibilidad
- » Calidad de los Servicios
- » Gestión del Conocimiento e Investigación
- » Reducción del impacto de emergencias y desastres

### Regulación Sanitaria

- » Normas generales para la Separación de Funciones
- » Asignación presupuestaria y proceso de compra de servicios

Participación de la ciudadanía y del personal de las instituciones de salud en la Gestión del Sistema Nacional de Salud.

nas llegan a 30 mil habitantes, podrán ser agrupadas con otras, y constituir un Área única.

Lo importante, en este sentido, no es la denominación que se decida utilizar, sino evitar la identificación con la división administrativa territorial, que puede que no sea útil para la planificación específica de salud.

## El Reglamento de la Provisión de Servicios

Reglamenta el marco general para la organización y funcionamiento de los servicios públicos de atención a las personas. Su finalidad es conducir de forma ordenada el proceso de transición desde la actual conformación hasta la puesta en marcha del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Su contenido desarrolla los elementos establecidos en el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones. (Ver el esquema a continuación).

### Áreas de Salud

Una de las primeras preguntas que surgen a la hora de definir el esquema organizativo del nuevo Modelo es qué criterios deberán tomarse en cuenta en la organización tanto la Rectoría Sanitaria como la Provisión de Servicios.

En principio, la organización de la Rectoría, es decir, de la Autoridad Sanitaria y de los programas preventivos de carácter general, parece lógico que tenga la estructura territorial de la administración del Estado, esto es, de la SESPAS.

En lo que a la organización de los servicios se refiere, ésta ha de regirse por unos patrones de planificación orientados a la eficiencia, que no tienen necesariamente que coincidir con la estructura administrativa. En este sentido, la organización territorial tendrá que agrupar conjuntos poblacionales equilibrados, dado que no pueden tener la misma consideración una provincia de dos millones de habitantes y una de 30 mil. Las provincias más pobladas se pueden dividir en distintas Áreas de Salud (como ocurre en Santo Domingo), mientras que las de menor población, como es el caso de las que ape-



De acuerdo con esta reglamentación, cada una de las redes públicas existentes (la de SESPAS y la del IDSS, fundamentalmente) deberían organizarse con los mínimos comunes que se establecen aquí y desarrollar una normativa específica para ampliar, profundizar y detallar el modelo organizativo y de gestión propuestos.

## En qué consiste un Modelo de organización en RED

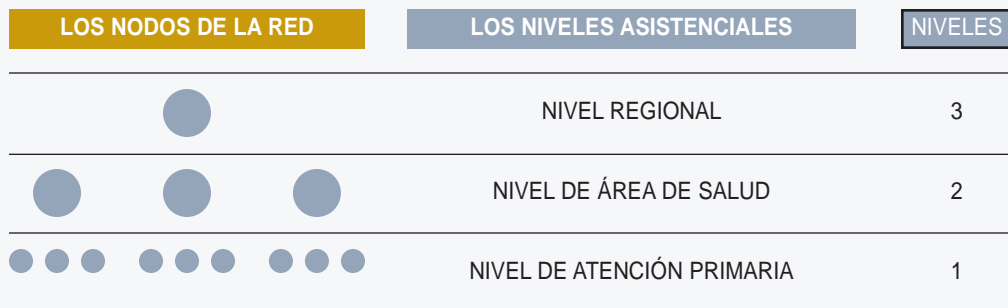
Las redes constituyen un tipo de organización muy frecuente en nuestro entramado social. Pensemos un poco en nuestro entorno y veremos cómo las redes forman parte de nuestra vida cotidiana. Los ejemplos más ilustrativos son la red de tránsito, la red eléctrica, la red telefónica, conformadas todas ellas por múltiples estructuras y circuitos.

Todas las redes tienen unos patrones organizativos similares conformados por varios elementos. Para explicar los componentes de la Red de Servicios de Salud utilizaremos una nomenclatura similar a la de la red de tránsito:

- Los “**Nodos**” de la Red, donde se encuentran los niveles de responsabilidad.
- Los “**Hilos Conductores**” de la Red, que relacionan esos niveles.
- Las “**Señales de Circulación**”, que indican las normas de funcionamiento.
- La “**Energía**” de la Red, que se refiere al soporte gerencial.
- La “**Finalidad**” de la Red, es decir, el “para qué”.
- La “**Inteligencia**” de la Red, o “Cuadro de mandos”.
- Las “**Conexiones**” de la Red con otras redes.

Veamos con qué se corresponden estos patrones en una Red de Servicios de Salud

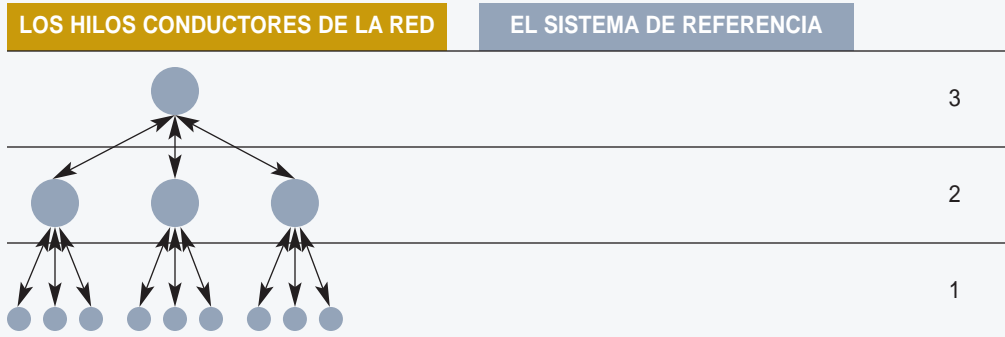
- Los Nodos: La Red Asistencial está conformada por tres niveles de responsabilidad: uno primario y dos especializados:



En los Nodos se encuentran las estructuras de Gestión de los Recursos (las gerencias) y las estructuras de Gestión Clínica (las direcciones médicas y de enfermería de los servicios de atención especializada de los hospitales y de atención primaria de los Centros de Atención Primaria)

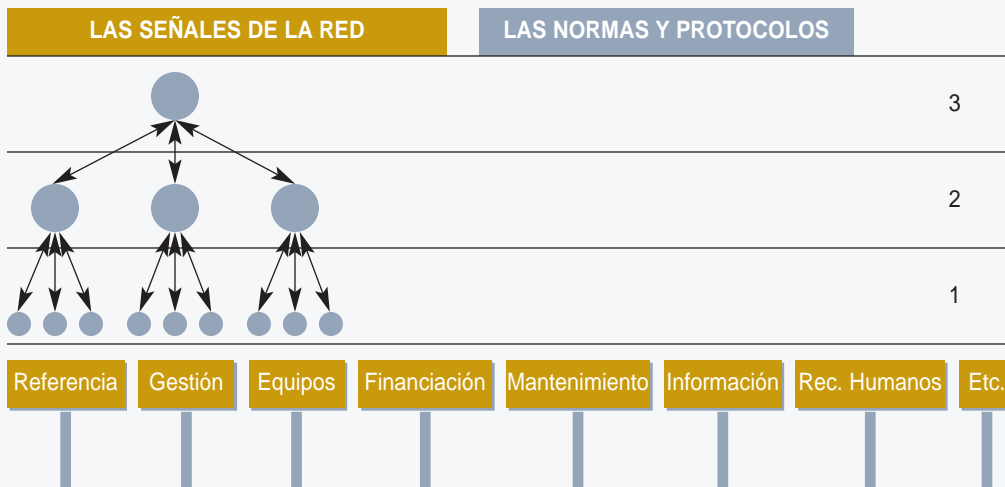
Partiremos de este esquema para ir situando el resto de elementos de la Red.

- **Los Hilos Conductores de la Red** están constituidos por un sistema único de Referencia y Contrarreferencia entre esos tres niveles.



*El sistema de Referencia y Contrarreferencia relaciona los niveles, ordenando el flujo de pacientes, el traslado de pruebas diagnósticas, el transporte sanitario, etc.*

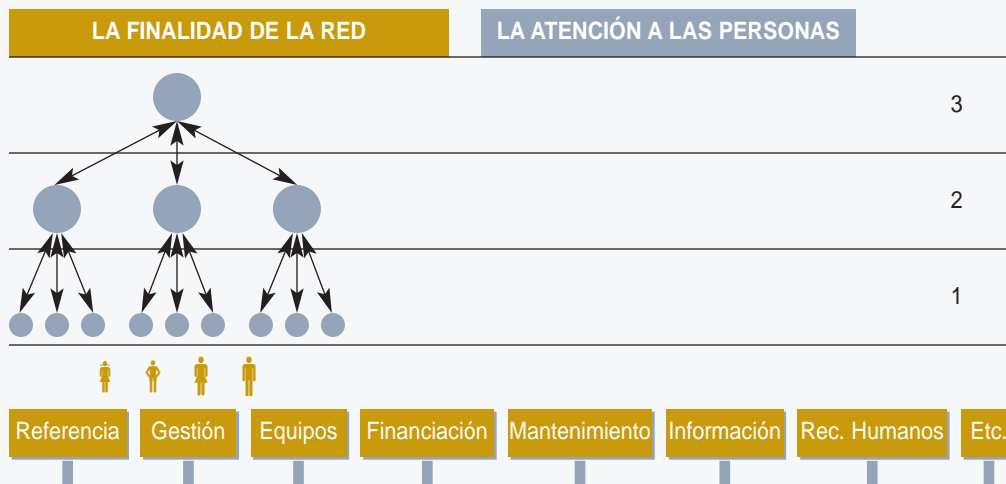
- **Las Señales de Circulación por la Red** están compuestas por una batería de criterios homogéneos de funcionamiento plasmados en Normas y Protocolos.



*Todas las áreas de funcionamiento del sistema (recursos humanos, recursos materiales, sistema de información, gestión clínica, etc.) deberán contar con normas y protocolos que permitan a los profesionales actuar y moverse en la red de modo homogéneo. Las Señales de Circulación actúan como las normas de tránsito.*

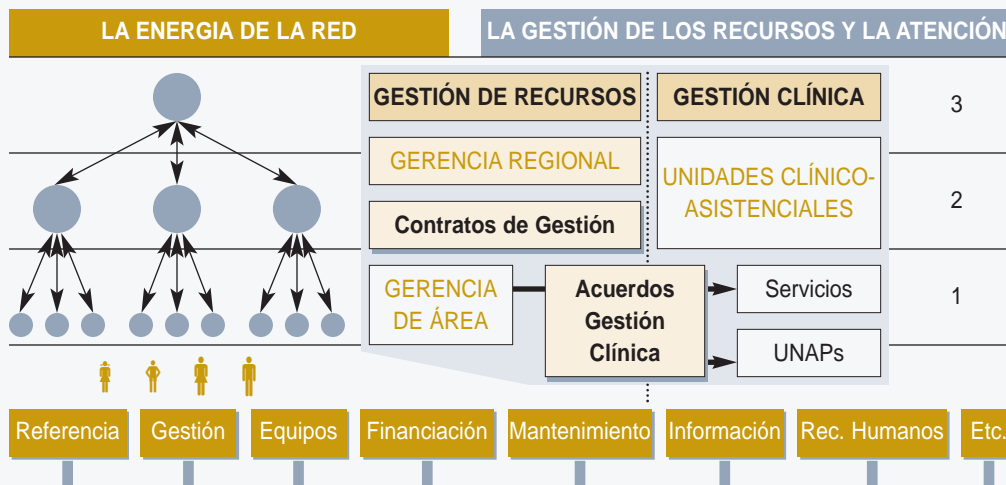


- **La Finalidad de la Red**, en nuestro caso es la función de atención a las personas.



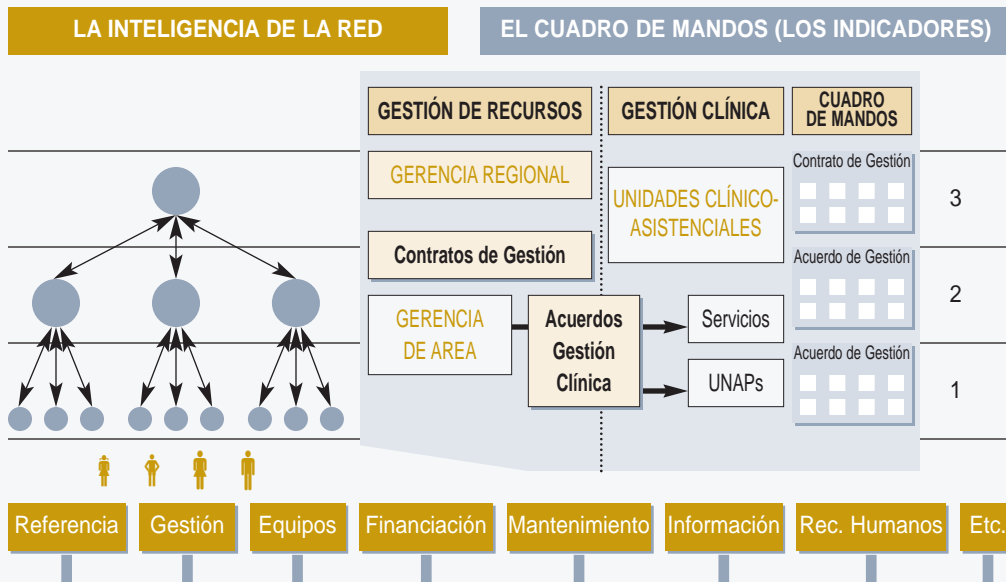
La finalidad es la atención a las personas. Otra cuestión es cuál y cuánta sea esa atención: El propio Reglamento nos dice que, al menos, la establecida en el Plan Básico de Salud de la Seguridad Social.

- Una función de gestión de los recursos que aporta **Energía a la Red**.



Ya comentamos que existe una diferencia entre Gestión de Recursos y Gestión Clínica. La relación entre ambos se basa en Compromisos de Gestión que se establecen entre las diferentes estructuras. Suelen denominarse contratos, acuerdos, convenios, etc.

- **La Inteligencia de la Red** está constituida por todo el entramado de un Cuadro de Mando con indicadores diferenciados por cada función y nivel.



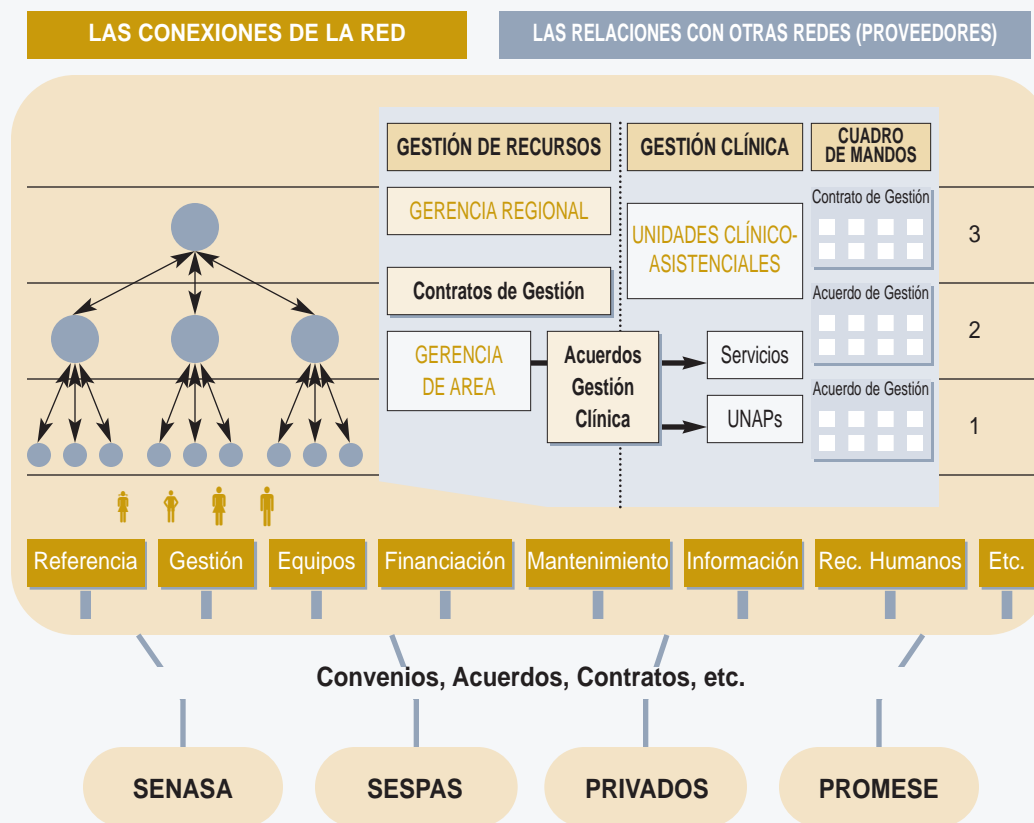
En un Cuadro de Mando diferenciado por cada función y nivel se trata de explicitar tan sólo la información necesaria para que los responsables de cada función puedan tomar decisiones correctas para que éstas puedan surtir efecto.

En este esquema de Red deberán aparecer tres cuadros de mando "tipo": el de Gestor de Recursos y los dos correspondientes a la Gestión Clínica (de las Unidades del nivel de Atención Primaria y de Atención Especializada), conformando tres baterías de indicadores.

Las especificidades del Cuadro de Mando en cada Unidad Clínico - Asistencial derivarán de los aspectos relevantes que haya que monitorear que surjan de sus Acuerdos de Gestión Clínica con la Dirección.

Igualmente, las especificaciones del Cuadro de Mando de la Gestión de Recursos dependerán de los contenidos y aspectos "claves" a monitorizar recogidos en el Contrato de Gestión de Recursos entre el nivel Regional y de Área.

- **Las Conexiones de la Red** con otras redes de provisión relacionadas con la salud conforman, a su vez, todo un sistema de relaciones de definición y gestión.

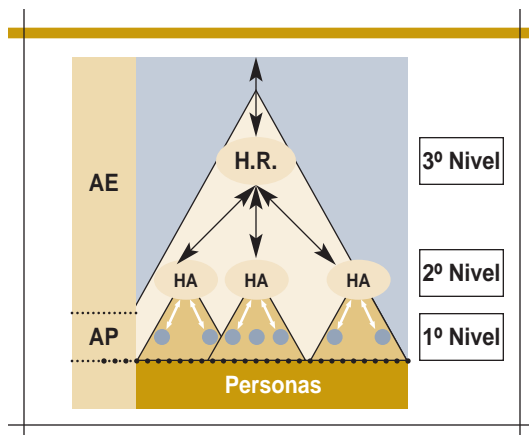


Si comparamos el esquema que resulta de la incorporación de todos estos elementos al que extraíamos al comienzo de la Ley General de Salud, representado anteriormente, podemos constatar que nuestro **Modelo** empieza a hacerse, progresivamente, más complejo y difícil de representar en el papel. Antes de seguir adelante en esta tarea “arquitectónica” es importante que cada línea trazada hasta ahora esté lo suficientemente clara, al menos en nuestra cabeza.

### ¿Qué persigue la organización en red en tres niveles asistenciales?

El objetivo que inspira la elección de este esquema organizativo es la **unificación e integración de los servicios (Atención Primaria y Atención Especializada) en un lugar común**, que permita la continuidad de la asistencia y un modelo donde la Atención Primaria tenga un papel primordial para reducir la presión asistencial de los hospitales y dar respuestas más adecuadas a la mayoría de los problemas de salud.

En este modelo, el Hospital está en lo alto de la pirámide asistencial, pero no es lo único ni lo más importante. Es un eslabón de una cadena organizada.



El Reglamento de Provisión establece de forma general el contenido de cada uno de esos tres niveles y las características básicas de cada uno de los elementos de la red que hemos ido describiendo, y así introduce nuevos elementos, en los que tendremos que familiarizarnos a partir de este momento:

- Consejos de Administración
- Cartera de Servicios
- Centros de Atención Primaria
- Equipos de Atención Primaria

- Gestión de Recursos y Gestión Clínica
- Compromisos de Gestión (Convenios, Acuerdos, Contratos)
- Cuadros de Mando

Los servicios de Tercer Nivel, pero de referencia nacional, pertenecerán a la red regional donde se ubiquen. Sin embargo, su prestación de servicios será determinada junto con la o las aseguradoras a las que venda sus servicios y con los órganos centrales de la SESPAS, de forma que se determine claramente, qué servicios y especialidades están en esta situación y cómo se organiza el acceso de los usuarios de todo el territorio nacional a los mismos.

## El Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud

El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones establece que "la red de servicios de salud de atención a las personas de la SESPAS constituye el **Servicio Nacional de Salud**".

Esta figura es el resultado de la Separación de Funciones que establecen las leyes, particularizado en la función de Provisión y más en concreto en la Provisión de la Atención Personal (no colectiva).

El Servicio Nacional de Salud ha de convertirse en un Organismo Autónomo. En tanto en cuanto se formaliza su situación jurídica como tal, dependerá de la Subsecretaría de Atención a las Personas, en la SESPAS.

Con la creación de este organismo se produce una Descentralización Funcional de los servicios.

El reglamento también expresa que el **Servicio Nacional de Salud** estará conformado por **Servicios Regionales de Salud (SRS)**, que a su vez son entidades con vocación de ser descentralizadas. Esto quiere decir que deberán ser también organismos autónomos.

Se convertirán en organismos autónomos cuando cumplan una serie de requisitos (criterios y normas) establecidos al efecto, en un Plan Estratégico, siendo así una garantía de un desarrollo regional equitativo.

Cada Servicio Regional que cumpla los requisitos establecidos podrá acceder al estatus jurídico de Organismo Autónomo y convertirse en una entidad descentralizada, "independizándose" del Servicio Nacional de Salud.

En la medida en que esto ocurra, se producirá una Descentralización Territorial de los servicios.

Por una cuestión de racionalidad coyuntural, los Servicios Regionales de Salud (SRS) que se creen se corresponden con la actual división en Regiones de la SESPAS, por lo que en su totalidad serán nueve SRS.

No obstante, el reglamento aclara que:

"Esta distribución (...) será revisada periódicamente (cada 5 años) por el Consejo Nacional de Salud donde se podrá revisar y decidir sobre las propuestas de subdivisión y/o agrupación de Servicios Regionales..."



Los SRS se dividen en Áreas de Salud. Ya comentamos anteriormente el por qué la organización territorial es en Áreas de Salud y no en Provincias. Se debe, a la situación que ya se presenta en Santo Domingo, región dividida en ocho áreas, por la aplicación del criterio poblacional antes apuntado.

## El Reglamento sobre los Regímenes de Contratación de la SESPAS para la Provisión de los Servicios de Salud Pública

Recordemos lo que en nuestro acápite sobre los modelos de organización en red denominamos **Conexiones de la Red** y definimos como el Sistema de Relaciones que ésta tiene con otras redes. Este sistema se encuentra claramente referenciado en la reglamentación.

El Reglamento sobre los Regímenes de Contratación de la SESPAS para la Provisión de los Servicios de Salud Pública norma quién puede o no contratar servicios o ser contratado, y cuáles son los requisitos legales de esos contratos, pero no aborda los contenidos y modelos "tipo" de tales contrataciones o convenios.

### Aplicación del gasto = Distribución y Asignación

*...la Aplicación del Gasto en Salud es una responsabilidad compartida entre la SESPAS y las instancias correspondientes del SDSS, de acuerdo a la responsabilidad de regular el Sistema Nacional de Salud de la primera y de sostener financieramente al mismo por parte del último.*

**La Asignación se hace mediante la Compra de los Servicios.**

**El proveedor** - SESPAS (inicialmente; después el Servicio Nacional de Salud y después los Servicios Regionales de Salud), IDSS y otros privados, **vende servicios**

**Las aseguradoras** - SENASA y otras ARS - **compran servicios**

**El instrumento de la Compra-Venta de servicios son los CONVENIOS, COMPROMISOS Y/O CONTRATOS DE GESTIÓN**

El *Reglamento de Provisión de Servicios* aborda los niveles y tipos de relación en la red de provisión de servicios, en sus artículos 21, 50, 54, 55 y 56.

**La dirección de cada red pública de servicios de salud de atención a las personas definirá Convenios o Contratos de Gestión con los establecimientos de salud con Servicios Especializados.**

Los *Compromisos anuales* entre los centros productores de servicios y la Dirección de la red pública o regional para los servicios regionales de salud, deberán incluir en los contratos de gestión:

- a) Los objetivos generales y específicos en salud.
- b) Los recursos asignados a su área territorial de responsabilidad y proceso de transferencia de los mismos.
- c) La Cartera y organización de los Servicios.
- d) Las especificaciones de Calidad de los Servicios.
- e) El grado de Descentralización a las

Unidades de Atención.

- f) El Sistema de Información, seguimiento y evaluación.
- g) El Sistema de asignación de incentivos por competencia profesional, calidad, satisfacción de usuarios y productividad.
- h) Las estrategias para orientar los servicios hacia la promoción y la equidad en salud.
- i) Las responsabilidades y recursos para el desarrollo de los programas preventivos generales o de salud pública y de las funciones esenciales de salud pública.

Es preciso aún desarrollar una norma, mediante Resolución de la SESPAS, que desarrolle los modelos *tipo* de todos estos compromisos. Se precisa de un **modelo-guía de contratos de gestión** entre la Dirección de las redes -los Servicios Regionales de Salud- y los centros productores (vendedores de servicios).

#### ¿Cuáles serán las relaciones o Conexiones a establecer?

A partir de los reglamentos y del modelo organizativo del Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud se establecen una serie de relaciones formales (acuerdos, convenios y/o contratos de gestión) en diferentes esferas:

- entre las Estructuras de Provisión públicas y el Órgano Rector (SESPAS)
- entre Estructuras de Provisión públicas a lo interno (entre ellas)
- entre Estructuras de Provisión públicas y Aseguradoras (SENASA y otras)
- entre Estructuras de Provisión públicas y Estructuras de Provisión privadas

Veremos más adelante los tipos de relaciones que, en un principio, podemos establecer entre el Servicio Nacional de Salud y el resto de los organismos relacionados con la red.

## Otras leyes afectan el Modelo

El panorama legislativo del Sector Salud se nutre de forma complementaria con otras leyes aún vigentes que a veces complementan y a veces colinden con las normas enunciadas anteriormente. Así, la **Ley n° 4378 Orgánica de Secretarías de Estado** está vigente y presenta aspectos relacionados con la organización propuesta en la ley 87-01. La **Ley n° 6097** de Organización del Cuerpo Médico de los Hospitales, continúa vigente y además expresamente indicada por las leyes 42-01 y 87-01, pero contiene aspectos que deben ser mejorados para el desarrollo de éstas otras. La **Ley n° 146** sobre Pasantía de Médicos recién gra-

duados también ha de ser revisada a la luz del nuevo modelo organizativo. La **Ley anual de Presupuestos del Estado** debería considerar alguna modificación en cuestiones que faciliten la Descentralización. Finalmente, la **Ley 68-03, que crea el Colegio Médico Dominicano**, también ha de ser tenida en cuenta por las atribuciones que otorga al Colegio en relación con algunas de las instancias que han de administrar la organización de los servicios.

De aprobarse, como se prevé, una nueva Ley de Organización del Estado, ésta igualmente tendrá que tener en cuenta los aspectos organizativos definidos en la reglamentación que hemos tratado en estas páginas.

## Recapitulación.

### ¿Qué tenemos hasta ahora y qué nos falta?

*Tenemos el marco fundamental, es decir, el terreno de juego:*

- **La Ley 42-01 y**
- **La Ley 87-01**

*y los tres reglamentos que determinan las características fundamentales del Modelo:*

- **El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones**
- **El Reglamento de Redes de Provisión de Servicios**
- **El Reglamento sobre Regímenes de Contratación y normas subsecuentes**

*Sobre esta base, necesitamos realizar dos intervenciones:*

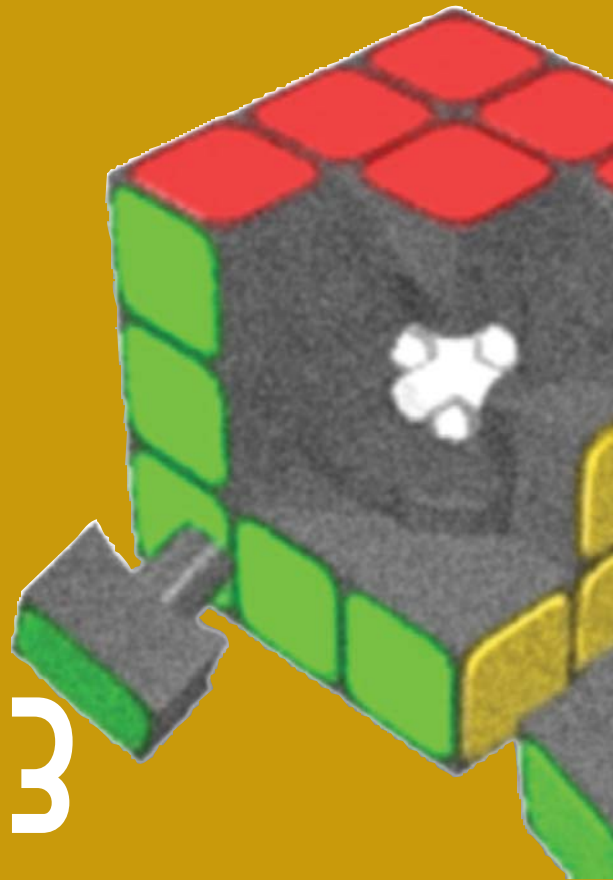
1. *Formalizar la Red (o redes), darle el estatuto jurídico que su naturaleza autónoma exige, es decir, contar con una **Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud y de los Servicios Regionales de Salud.***
2. *Reglamentar y normar los elementos que conforman la red y que ya habíamos identificado en la **Ruta Crítica.** Los más importantes de ellos son, a nuestro juicio:*
  - **El Reglamento de Habilitación y normas subsecuentes**
  - **El Plan Estratégico para la Separación de Funciones**
  - **El Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento del Servicio Nacional de Salud (y los Servicios Regionales)**
  - **El Reglamento de Recursos Humanos y normas subsecuentes**
  - **El Reglamento de Farmacia y normas subsecuentes**





# CAPÍTULO 3

LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES  
Y EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD



El Plan Estratégico para la Separación de Funciones de la SESPAS es un mandato del Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones y pretende ordenar los pasos para conseguir el objetivo de una Descentralización progresiva y homogénea de los servicios de salud de la SESPAS (y eventualmente del IDSS).

Este Plan, ya elaborado, pero aún no promulgado al momento de redactarse estas páginas, tiene, por lo tanto, como **Objetivo**, el hacer formalmente efectiva la Descentralización Funcional de la Provisión de Servicios de Atención a las Personas de los Servicios Públicos de Salud.

En él se establece una **Estrategia** de desarrollo en tres fases:

- » **Una primera fase de Descentralización Funcional, mediante la creación del Servicio Nacional de Salud y su formalización legal como Organismo Autónomo.** Para ello se precisa de una Ley que formalice dicha creación. Mientras esa Ley no sea promulgada, y la organización no sea un Organismo Autónomo, el Servicio Nacional de Salud, quedará adscrito a la Subsecretaría de Atención a las Personas de la SESPAS.
- » **Una segunda fase de Descentralización Territorial del Servicio Nacional de Salud en Servicios Regionales de Salud, con carácter de equidad y homogeneidad.** El Plan establece que deberá ser un proceso progresivo y organizado. La descentralización en Servicios Regionales de Salud tendrá un carácter homogéneo y equitativo, de forma tal que todos ellos respondan a un modelo básicamente uniforme y se conviertan en entidades descentralizadas cuando cumplan unos Criterios y Estándares Mínimos Fundamentales, lo cual les dará derecho a reclamar el estatus jurídico de Organismos Autónomos
- » **Una tercera fase de desaparición del Servicio Nacional de Salud,** cuando todos los Servicios Regionales de Salud hayan sido descentralizados y convertidos en Organismos Autónomos.

### Criterios y Estándares Mínimos Fundamentales para el desarrollo de los Servicios Regionales de Salud

A fin de que las diferentes Regiones, con distintos niveles de desarrollo social y de servicios de salud, tengan un desarrollo homogéneo en el proceso descentralizador y se eviten distorsiones e inequidades entre ellas, se han identificado 38 criterios y normas que deberán ser cumplidos por todos los Servicios Regionales de Salud para acceder a su condición de Organismos Autónomos y antes descentralizados, y ejercer la función de PSS de la Seguridad Social.

#### Criterios de Gerencia y Dirección

1. **Estructura Directiva**, de acuerdo al Reglamento de Provisión.
2. **Organización Territorial**, de acuerdo al Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones y al Reglamento de Redes Públicas de Provisión de Servicios.
3. **Sistema formal de relaciones**, con modelos uniformes de Contratos, Acuerdos y Convenios de Gestión, establecidos por la SESPAS.
4. **Plan Estratégico Regional**

#### Criterios de Gestión de los Recursos Humanos

5. **Registro de personal** con características comunes establecidas por la SESPAS.
6. **Un mismo régimen jurídico**, para todos los trabajadores del Servicio Regional, aprobado por Decreto (Reglamento de Recursos Humanos).
7. **Categorías profesionales** fundamentales comunes, definidas por la SESPAS.
8. **Puestos de trabajo** definidos por cada establecimiento de salud del Servicio Regional
9. **Perfiles profesionales** de cada puesto de trabajo.
10. **Sistema de incentivos y de valoración de méritos** y reconocimientos comunes, aprobados por Decreto (Reglamento de Recursos Humanos).

### Criterios sobre el Sistema de Información

11. **Modelo común de Historia Clínica y Ficha Familiar**, en los Centros de Atención Primaria, aprobado por la SESPAS mediante Disposición.
12. **Modelo común de Historia Clínica e Informe de Alta**, en los Centros de Atención Especializada, aprobado por la SESPAS mediante Disposición.
13. **Subsistema y modelo de Referencia y Contrarreferencia**, aprobados por la SESPAS mediante Disposición.
14. **Subsistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria**, establecido por la SESPAS.
15. **Subsistema de Información sobre resultados asistenciales y de gestión de recursos**, establecido por la SESPAS.
16. **Subsistema de Información Financiera**, establecido por la SESPAS.
17. **Base de datos de la población carnetizada** para el Seguro Familiar de Salud, facilitada por las estructuras del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

### Criterios de Calidad

18. **Programa común de calidad**, establecido por la SESPAS.

### Criterios de Gestión de los Recursos Materiales

19. **Inventario y Habilitación de los establecimientos de salud** contenidos en la red regional.
20. **Inventario clasificado y actualizado de proveedores**.
21. **Sistema de facturación común**.
22. **Inventario actualizado de equipamiento electromédico**.
23. **Plan de emergencias y catástrofes** para todos los establecimientos de la red.

### Criterios sobre Gestión Asistencial

24. **Oferta de servicios** igual o superior a la del Plan Básico de Salud.
25. **Cartera de servicios** de todos los establecimientos de la red.
26. **Sistema de soporte diagnóstico común**, determinado por la SESPAS.
27. Definición de los puntos de **extracción periférica y**

**transporte de muestras.**

28. **Protocolos asistenciales** más importantes, a definir por la SESPAS.
29. Implantación del **sistema de registro** asistencial, definido por la SESPAS.
30. Existencia de una **Guía fármaco terapéutica** común, establecida por la SESPAS.
31. **Reglamentación común para la farmacia hospitalaria y la Farmacia ambulatoria** establecida por Decreto (Reglamento de Farmacia).
32. **Modelo único de receta** para la prestación ambulatoria a la Seguridad Social.

### Criterios sobre Accesibilidad

33. Sistema uniforme de **citación de usuarios**.

### Criterios sobre Satisfacción del Usuario

34. **Carta de derechos y deberes del paciente**, a desarrollar por la SESPAS.
35. **Un servicio de atención al usuario** en cada Área de Salud.
36. **Modelo de consentimiento informado**, a desarrollar por la SESPAS.
37. **Manual de Procedimientos administrativos** orientado a los ciudadanos, a desarrollar por la SESPAS.
38. **Consejos de Salud** de las Áreas de Salud conformados.

## ¿Cómo se transita de la situación actual hasta el final del proceso?

De acuerdo a lo establecido en las normas que se han estado desarrollando, el proceso deberá pasar por tres etapas claramente diferenciadas:

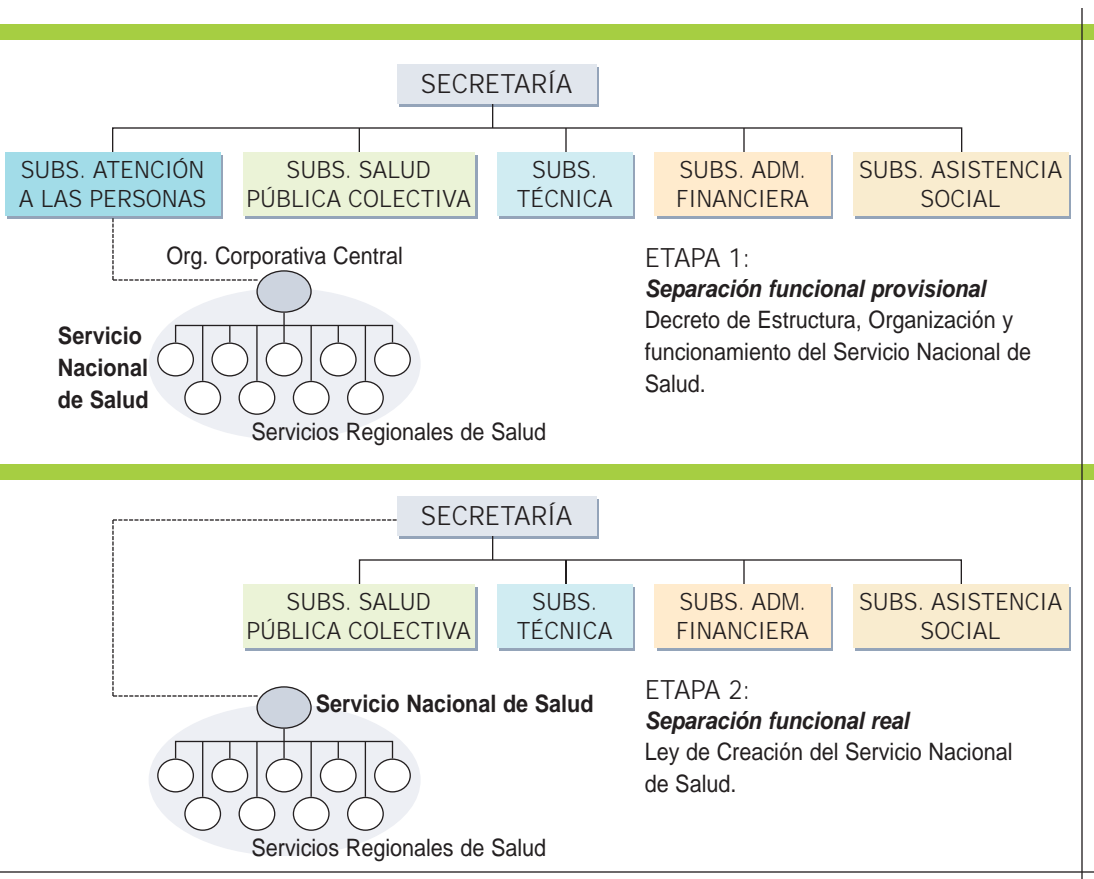
**ETAPA 1. (Separación de Funciones provisional).** Una vez modificado el organigrama de la SESPAS, la Subsecretaría de Atención a las Personas acoge a la Organización de Prestación de Servicios, todavía embrionaria, mientras no sea promulgada la Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud. Durante esta

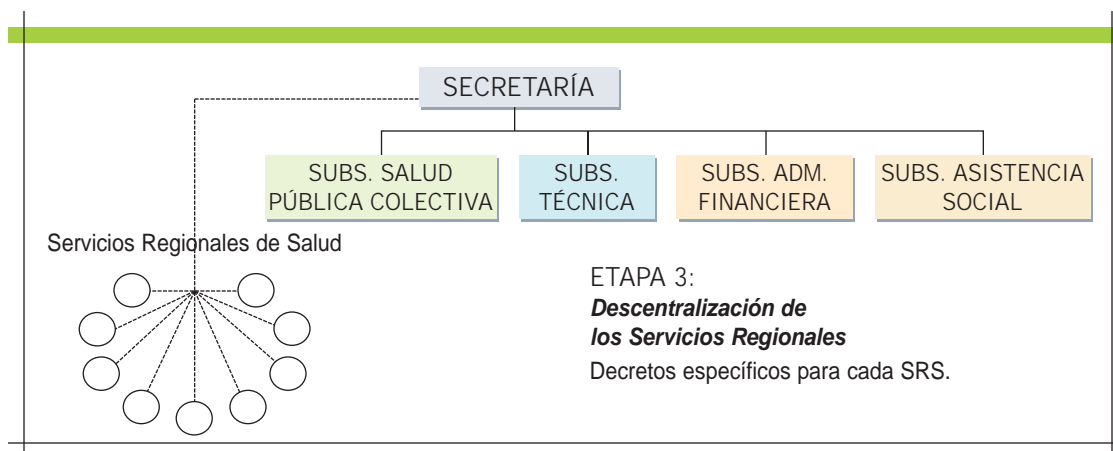
fase es posible aprobar el Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento del Servicio Nacional de Salud y de los Servicios Regionales de Salud. Esta Etapa se extiende hasta la promulgación de la Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud, que formaliza la Separación de Funciones en la SESPAS.

**ETAPA 2. (Separación de Funciones real).** Una vez creado formalmente el Servicio Nacional de Salud, la Subsecretaría de Atención a las Personas (que puede o no desaparecer) dejará de dirigir la entidad porque ésta pasará a ser autónoma y descentralizada, aunque orgánicamente esté adscrita a la Secretaría de Salud Pública. De esta forma la SESPAS será rectora, pero no gestora de los servicios de salud. Los

Servicios Regionales de Salud siguen siendo, en esta fase, entidades desconcentradas.

**ETAPA 3. (Descentralización)** Se inicia un proceso de descentralización progresiva de los Servicios Regionales de Salud, supervisado por la SESPAS y la Organización Corporativa Central del Servicio Nacional de Salud, según lo determinado en el Plan Estratégico para la Separación de Funciones. El proceso terminará cuando todos los SRS sean autónomos y descentralizados, estatus que se les otorgará por Decreto presidencial, sobre la base de la Ley de Creación citada. La Organización Corporativa Central desaparece o se transforma en órgano de coordinación inter territorial. Veámoslo en el siguiente esquema:





## LA CREACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

3.2

Al momento de la edición de este libro, la Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud es sólo un Proyecto de Ley. Sin embargo, es fundamental para que el cambio sea factible desde el punto de vista jurídico-legal e institucional. Tengamos en cuenta que ella permitirá:

- » Transformar la red en una Organización Autónoma, de forma que pueda convertirse en entidad descentralizada y pueda ser habilitada por la SESPAS como Prestadora de la Seguridad Social (PSS), según lo establecido en el artículo 160, párrafo b en la Ley de Seguridad Social.
- » Abrir el proceso legal de separación efectiva, al identificar y atribuir el patrimonio que le corresponde, de manera que cambie la propiedad legal de los medios.
- » Darle el estatus jurídico adecuado para el manejo autónomo de su gestión.

La discusión, aprobación y promulgación de dicha Ley es un proceso de duración incierta, que no impide sin embargo avanzar en el diseño del Modelo, mediante la elaboración de la otra reglamentación a la que nos referimos anteriormente..

Habíamos diferenciado al inicio el diseño del Modelo de lo que es su construcción. En este sentido, aunque el diseño pueda avanzar, la construcción del modelo apenas podrá desarrollarse sin esta Ley.

Dado que se trata de formalizar una situación ya expresada en los Reglamentos, el proyecto de Ley reitera los fundamentos de éstos y aporta algunos elementos adicionales para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, remitiendo a normas ulteriores (Reglamentos específicos) el desarrollo de la Ley como tal.

## ¿Qué dice el Proyecto de Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud?

1. *Se crea el SERVICIO NACIONAL DE SALUD, como organización autónoma, de carácter no lucrativo y patrimonio propio, encargado de la gestión de los recursos de los servicios de salud de atención a las personas propiedad de la SESPAS.*
2. *El Servicio Nacional de Salud estará conformado por Servicios Regionales de Salud, que accederán a la categoría de organizaciones autónomas, de carácter no lucrativo y patrimonio propio, encargados de la gestión de los recursos de los servicios de salud de atención a las personas, correspondientes a su ámbito territorial.*
3. *La Organización del Servicio Nacional de Salud y de los Servicios Regionales de Salud será desarrollada por la SESPAS mediante un Reglamento de estructura, organización y funcionamiento del Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud. Estará incluida en estos Servicios la actual red de servicios de atención a las personas de la SESPAS. El Servicio Regional Santo Domingo, por sus especiales características territorio-poblacionales será objeto de una reglamentación específica consecuente con el Reglamento de estructura, organización y funcionamiento del Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud. Los servicios de la actual red de prestación del IDSS se integrarán en estas redes regionales en un plazo determinado y se tenderá a una integración progresiva de cualesquiera otros servicios públicos de atención a las personas*
4. *Los Servicios Regionales de Salud quedarán investidos de su personalidad jurídica con todos los atributos inherentes a tal calidad, mediante Decreto Presidencial, que será otorgado individualmente a cada uno de ellos, sobre la base del cumplimiento de unos Criterios y Estándares Mínimos Fundamentales, que faciliten su desarrollo de forma homogénea y equilibrada. Cuando un Servicio Regional de Salud cumpla los Criterios y Estándares Mínimos Fundamentales será habilitado por la SESPAS como Prestador de Servicios de Salud de la Seguridad Social (PSS) y le será otorgado su patrimonio mediante Decreto Presidencial. Cuando todos los Servicios Regionales de Salud hayan accedido a la categoría de organismos autónomos, se podrá proceder a la extinción del Servicio Nacional de Salud.*
5. *Todo el personal que trabaje en el Servicio Nacional de Salud tendrá un mismo régimen jurídico y las características de su ordenamiento y planificación serán las dispuestas en el Reglamento de Recursos Humanos.*

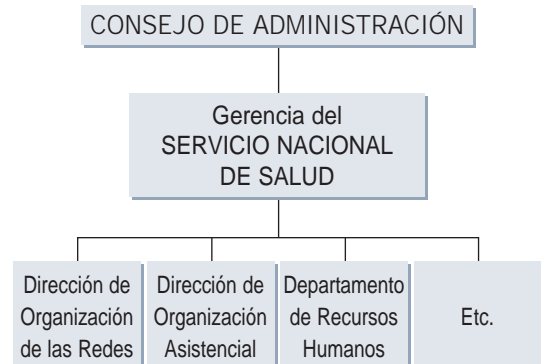
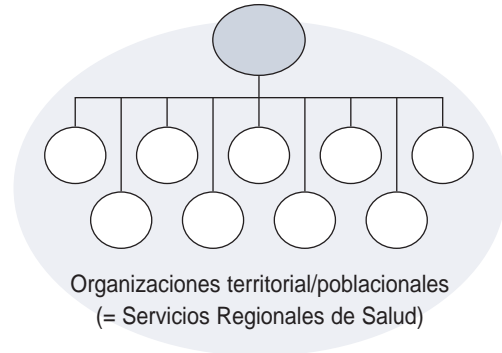
La organización del Servicio Nacional de Salud debe garantizar una provisión de servicios de atención a las personas eficiente y de calidad, una distribución equitativa de los recursos en todo el territorio nacional, un sistema de planificación, dirección y control estratégicos para todo el organismo y la mayor autonomía de las estructuras de salud posible dentro del marco corporativo en que se encuentran. Para ello se estructura en dos niveles organizativos:

## ¿Cómo se estructura la Organización Corporativa Central?

Dependerá del carácter que se quiera dar a la institución central, más intervencionista o más coordinador. De cualquier forma, al frente del Servicio Nacional de Salud, habrá un Consejo de Administración que garantice la participación institucional y ciudadana y el control del organismo, presidido por el Secretario de Estado de Salud Pública.

1. Una Organización Corporativa Central, rectora y cabeza del Organismo Autónomo.
2. Organizaciones territorial/poblacionales, que conforman estructuras básicas para la gestión de los recursos y la provisión de los servicios de salud a las personas, denominadas Servicios Regionales de Salud.

## ORGANIZACIÓN CORPORATIVA CENTRAL



El Director Gerente del SNS será elegido por el Secretario de Estado de Salud Pública, de una terna propuesta por el Consejo de Administración. El Director Gerente del SNS será nombrado por el Gobierno a propuesta del Secretario de Estado de Salud Pública.

El Patrimonio del SNS está conformado por todos los bienes y derechos actuales de la SESPAS, adscritos a la prestación de servicios personales de salud en todo el territorio de República Dominicana.

## La relación con la SESPAS

El Servicio Nacional de Salud estará adscrito a la SESPAS, de forma que queda vinculado orgánicamente a esa institución, pero funcionalmente se comportará como un Organismo Autónomo.

Un Acuerdo Marco de Gestión, de carácter anual, será el instrumento que formalice la relación entre el SNS y la SESPAS, y tendrá la finalidad de garantizar el papel de la función de provisión en el cumplimiento de los objetivos generales del Sistema de Salud. Dicho acuerdo deberá recoger las orientaciones en política de salud del Organismo Rector y su base legislativa, la población a la que se proveerá el servicio, los objetivos de Salud a alcanzar, los recursos financieros asignados, la calidad exigible, la información a transmitir, el sistema de evaluación de lo acordado y los compromisos y penalizaciones.

A partir de este Acuerdo Marco se desarrollarán con más detalles y especificaciones los Acuerdos específicos entre la SESPAS y los Servicios Regionales de Salud.

## La relación entre la Organización Corporativa Central y las organizaciones territoriales

Los Acuerdos, Convenios, Contratos y/o Compromisos de gestión serán los instrumentos básicos de relación entre la Organización Central Corporativa y las organizaciones territoriales o los centros dependientes de éstas. Esta relación se regirá, además, por las normas y reglamentos generales del organismo, que deberán siempre respetar los principios de autonomía y subsidiariedad.

La Organización Corporativa Central deberá velar por el cumplimiento de los acuerdos entre SESPAS y los Servicios Regionales de Salud, elaborados como extensión del Acuerdo Marco general. En este sentido la organización central será garante y fiscalizador del cumplimiento de esos acuerdos específicos.

Las relaciones entre la Gerencia del Servicio Regional de Salud y las Áreas de Salud de su territorio, y entre la Gerencia del Servicio Regional de Salud y los Hospitales de Referencia Regional, se establecerán igualmente mediante Contratos de gestión. Estos contratos serán elaborados a partir de un modelo previsto por la Organización Corporativa Central.

Las relaciones entre las direcciones de gestión (Dirección del Hospital Regional de Referencia y Direcciones de Área) y las unidades clínicas asistenciales (hospitalarias y de atención primaria) se establecerán mediante Acuerdos de Gestión Clínica.

## La participación social y profesional

El Servicio Nacional de Salud contará, *en todos sus niveles organizativos*, con órganos de participación social, con la finalidad de involucrar en la política de salud y en la organización y gestión de los servicios a la sociedad en general, a las comunidades locales y a las organizaciones no gubernamentales interesadas en la salud. A tal fin se crearán Consejos de Salud.

## Financiamiento del Servicio Nacional de Salud

Las fuentes de recursos y financiación del SNS serán:

- » Los presupuestos generales de la República Dominicana destinados a servicios personales de salud, a través del Acuerdo Marco suscrito con la SESPAS.
- » Los fondos del Sistema Dominicano de la Seguridad Social, destinados a los servicios de salud del Régimen Subsidiado y Contributivo-Subsidiado.
- » Los ingresos generados por la prestación de servicios de salud a personas sin derecho a los servicios de financiación pública, vía SESPAS.
- » Los productos y rentas del patrimonio adscrito al SNS.



- » Cualquier otro recurso que legalmente le pueda ser atribuido.

El SNS se regirá con autonomía en su gestión financiera, con normas y procedimientos propios para la ejecución de los gastos. El SNS establecerá mecanismos de control interno y realizará una auditoría externa anual.

Las normas y procedimientos para la ejecución de los gastos y los mecanismos de control serán recogidos en un Manual de Gestión Financiera del SNS, que deberá ser elaborado por una comisión constituida al efecto en un plazo no superior a tres meses, tras la constitución del organismo.

## Gestión de los recursos humanos

Los recursos humanos del SNS se regirán por lo establecido en el Reglamento de los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y el régimen jurídico será el mismo para todos los trabajadores, independientemente de sus categorías y sin perjuicio de sus derechos adquiridos.

# ESTÁNDARES GENERALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS

## 3.4

### Los territorios

Los límites territoriales inicialmente establecidos, tanto para los Servicios Regionales de Salud como para las Áreas de Salud en que están divididos y los Distritos Asistenciales de Atención Primaria, no son permanentes. Se parte de una delimitación inicial lo más parecida a la de la Administración del Estado, que se irá moldeando periódicamente, en función de la realidad geográfica poblacional y los intereses estratégicos en política de salud.

No obstante, se establecen algunas limitaciones y recomendaciones, tales como que la constitución de nuevas Áreas de Salud se haga sobre poblaciones superiores a 500.000 habitantes (usuarios), "siempre tomando en

*cuanta factores demográficos, sociales, geográficos y de accesibilidad".*

Se hace una especial mención a la situación de Santo Domingo (e incluso se podría tener una consideración parecida con Santiago) en el siguiente sentido:

*"El Servicio Regional de Salud metropolitano, por sus especiales características territorio-poblacionales y teniendo en cuenta que en su tercer nivel se han de articular las estructuras de salud de referencia regional y aquellas otras de carácter nacional y especializado, será objeto de una reglamentación específica complementaria y consecuente con el presente Reglamento".*

**"Estas relaciones poblacionales, SESPAS deberá revisarlas cada año en la medida en que se alcancen coberturas reales que dificulten el alcance de los niveles de cobertura, calidad y satisfacción de usuarios exigida, así como por la disponibilidad de recurso". (Reglamento de Provisión)**

## Los recursos

El proyecto de Reglamento de estructura, organización y funcionamiento del Servicio Nacional de Salud establece algunos estándares para la planificación de los recursos. Tanto los recursos financieros, como los recursos humanos y algunos recursos materiales.

En lo referente a los **Recursos Humanos** se hacen las siguientes precisiones:

Las estructuras y recursos humanos para el desarrollo de la función de provisión de servicios de atención a las personas *en el nivel de atención primaria* se guiarán por los siguientes criterios:

- a) Un Distrito de Atención Primaria por cada 50,000 habitantes adscritos.
- b) Un Equipo de Atención Primaria formado por el Conjunto de UNAP, por cada Distrito de Atención Primaria.
- c) Un médico familiar o, en su defecto, un médico general, una enfermera y una auxiliar de enfermería por cada 5,000 habitantes adscritos.

Se establece para cada Área de Salud, exceptuando el Hospital de Referencia del Área:

- a) Un médico Pediatra, un médico Obstetra-Ginecólogo, un Odontólogo, un Bioanalista y una licenciada en Enfermería por cada 25,000 habitantes, entre los que pertenezcan o puedan pertenecer al Régimen Subsidiado y los afiliados a ARS públicas.
- b) Un Médico Cirujano, un Médico Anestésista, un profesional de la Salud Mental, un profesional de la Rehabilitación y una Enfermera especializada por cada 50,000 habitantes que pertenezcan o puedan pertenecer al Régimen Subsidiado o estén afiliados a ARS públicas.
- c) Los técnicos de Radiología, de Laboratorio, de Farmacia, de Estadística, según criterio del Servicio Regional de Salud adecuados a sus necesidades y posibilidades.

Los recursos humanos relacionados con las funciones de gestión de recursos y de apoyo a la *gestión clínica*, se ubicarán en las estructuras de gestión del Área de Salud, pudiendo desplazarse hacia los Centros de atención que sea necesario.

Se establece, de forma orientativa, un personal de *farmacia* y uno de *estadística* por cada cuatro Distritos de Atención Primaria, asegurando que en el caso de existencia de un número menor de Distritos en el Área de Salud, siempre haya personal de ambas disciplinas.

La dimensión de recursos de los *Hospitales de Referencia Regional y de Área* deberá guiarse por criterios de oferta de servicios y capacidad de resolución, evitando duplicidades de recursos y costos de ineficiencia.

Los Servicios Regionales de Salud, de forma progresiva y en función de sus disponibilidades, deberán ir sustituyendo al médico general por médicos familiares, así como la Auxiliar de enfermería por la Licenciada en Enfermería.

En cuanto a los Recursos Materiales, el proyecto de reglamento cita:

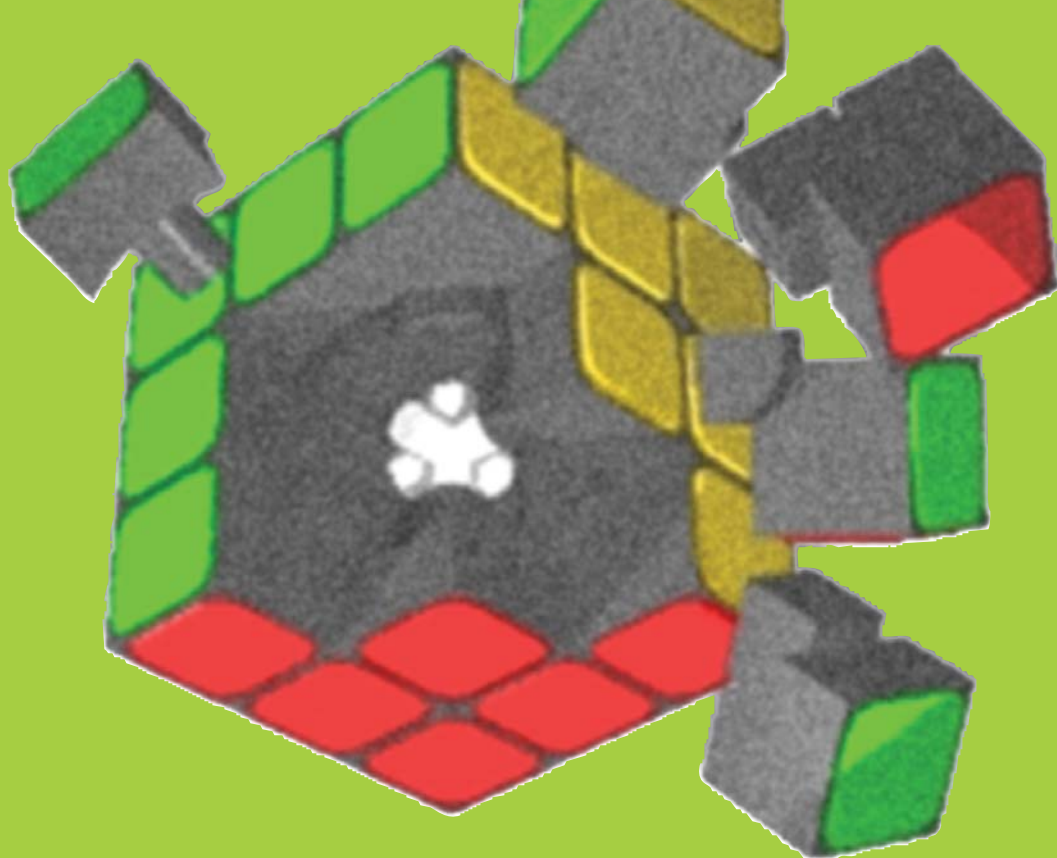
*Los laboratorios*, exceptuando la analítica seca y automatizada, de forma progresiva, deberán sustituirse por puntos de extracción y transporte de muestras dependientes de los laboratorios de los Hospitales, donde sea posible realizar los controles de calidad que garanticen la fiabilidad y precisión de los resultados.

*Los aparatos de Radiodiagnóstico* sólo podrán estar disponibles en Centros de Diagnósticos dependientes de Hospitales en los que se garantice el cumplimiento de las normas internacionales de bioseguridad. La ubicación territorial de los equipos de diagnóstico y terapéuticos de alta tecnología y elevado costo, obedecerá a criterios de costo-utilidad y de ajuste de indicaciones basadas en criterios de uso adecuado y capacidad de sustitución, bajo criterios orientativos de un equipo por cada 500,000 habitantes, alojados en los Hospitales de mayor complejidad, preferentemente integrado a un sistema de referencia entre los Servicios Regionales de Salud.

Finalmente, en cuanto a los **Recursos Financieros**, los estándares están enunciados en el Reglamento de Provisión.

En éste se establece que el Nivel de Atención Primaria deberá percibir, del financiamiento per cápita de la Seguridad Social, no menos de un 20% del monto total correspondiente a la compra de los servicios.





# CAPÍTULO 4

LOS COMPROMISOS DE GESTIÓN,  
UN NUEVO SISTEMA DE RELACIONES

En un capítulo anterior explicábamos que nuestro sistema de provisión de servicios constituye una "organización en red" y para ilustrar lo que esto significa hicimos el ejercicio de identificar sus componentes a través de la nomenclatura que se utiliza para las redes eléctricas. Igual que las redes eléctricas, la organización de la provisión de servicios de atención a las personas tiene nodos, líneas conductoras, energía, señales, inteligencia, finalidad, conexiones. Desde luego, la utilización de estos términos no es más que un símil inicial.

Una mejor aproximación a nuestro objeto nos obliga a traducir cada uno de los elementos ya mencionados al ámbito de la red de servicios de salud y, en concreto, a la organización en red de los Servicios Regionales de Salud, precisando más los aspectos relativos a su organización y gestión.

En la conformación del Modelo de la red podemos diferenciar tres grandes **ámbitos organizativos**: el ámbito territorial, el de gestión de recursos y el de gestión clínica. Como podemos constatar, nuestra red es compleja.

Teniendo en cuenta estos tres ámbitos, la tarea que nos toca es la de identificar en ellos los Nodos o niveles de responsabilidad, y ver cuáles son las estructuras de gestión que corresponden a cada uno de estos nodos, es decir, cuál es el soporte gerencial, la Energía de la red, tanto en términos de gestión de recursos como en lo que a gestión clínica se refiere. Identifiquemos también cómo se establecen los compromisos o relaciones entre ellos, esto es, las Conexiones de la red.

El ordenamiento territorial fundamental ya viene definido en el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones y en el Reglamento de Redes de Provisión descritos anteriormente. Vale recordar que, de acuerdo a esta reglamentación, los Servicios Regionales de Salud están divididos en Áreas de Salud y éstas, a su vez, en Distritos Asistenciales de Atención Primaria. El cuadro que proponemos a continuación nos identifica los elementos básicos de este primer tejido.



"Nodos"	"Energía"		"Conexiones"
ORDENAMIENTO TERRITORIAL	GESTIÓN DE RECURSOS	GESTIÓN CLÍNICA	SISTEMA DE RELACIONES
ORGANIZACIÓN CORPORATIVA CENTRAL			
SERVICIO REGIONAL DE SALUD	Gerencia del Servicio Regional de Salud	Hospital Regional de Referencia y Hospitales de Referencia Nacional ubicados en el SRS	
AREA DE SALUD	Dirección de Área	Hospital de Área y otros Hospitales Generales	
DISTRITO SANITARIO	Dirección de Distrito	Centros de Atención Primaria	






### Sistema formal de relaciones: Convenios, Contratos y Acuerdos de Gestión

En la red se establecen diferentes tipos de compromisos de gestión diferenciados:

- ▶ Entre la Gerencia Regional y la Autoridad Sanitaria (SESPAS central), bajo la forma de un **Acuerdo Marco**. Asimismo entre la Gerencia Regional (a través de las gerencias de Área) y las Direcciones Provinciales en su ámbito territorial, bajo la forma de **Convenios**
- ▶ Entre la Gerencia Regional y las Direcciones de Área de su territorio y
- ▶ con el Hospital Regional de Referencia, mediante **Contratos de Gestión**
- ▶ Con otros proveedores públicos y/o privados (asistenciales y/o farmacéuticos) mediante **Contratos de Gestión**

- ▶ Entre los centros de gestión de recursos y las unidades Clínico-asistenciales, mediante **Acuerdos de Gestión Clínica**
- ▶ Con el SENASA y otras ARS, mediante **Convenios** específicos

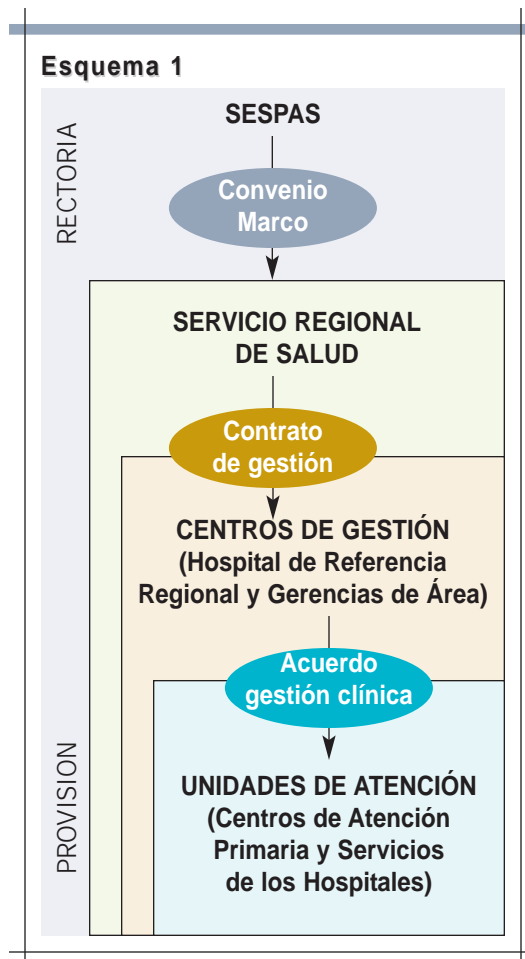
En el siguiente esquema podemos apreciar el conjunto de interrelaciones, que se establecen entre las estructuras de gestión del Servicio Regional de Salud (gerencia regional, Dirección del hospital regional y Dirección de Área de salud) y entre ellas y otros actores. (SESPAS central, SESPAS provincial, SENASA, PROMESE, Privados, etc.)

	Estructuras de gestión de los Servicios Regionales de Salud			
	Gerencia SRS	Dirección Hospital Regional	Dirección de Área	
SESPAS central	Convenio Marco			<p><b>TIPOS DE COMPROMISOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li> CONVENIO MARCO CON EL ORGANISMO RECTOR (SESPAS)</li> <li> CONVENIOS ENTRE ORGANISMOS AUTONOMOS</li> <li> CONTRATOS DE <b>GESTIÓN DE RECURSOS</b> ENTRE INSTITUCIONES DE UN MISMO PROVEEDOR</li> <li> CONTRATOS DE <b>GESTIÓN DE RECURSOS</b> CON OTROS PROVEEDORES</li> <li> ACUERDOS DE <b>GESTIÓN CLÍNICA</b> ENTRE SERVICIOS DE UNA MISMA INSTITUCIÓN</li> </ul>
Dirección Provincial de Salud			Convenio	
Dirección Hospital Regional	Contrato de gestión			
Dirección de Área	Contrato de gestión			
Unidades Clínicas Hospital		Acuerdo gestión clínica	Acuerdo gestión clínica	
Unidades Atención Primaria			Acuerdo gestión clínica	
Otros Proveedores	Contrato de gestión			
SENASA	Convenio			
PROMESE	Convenio			

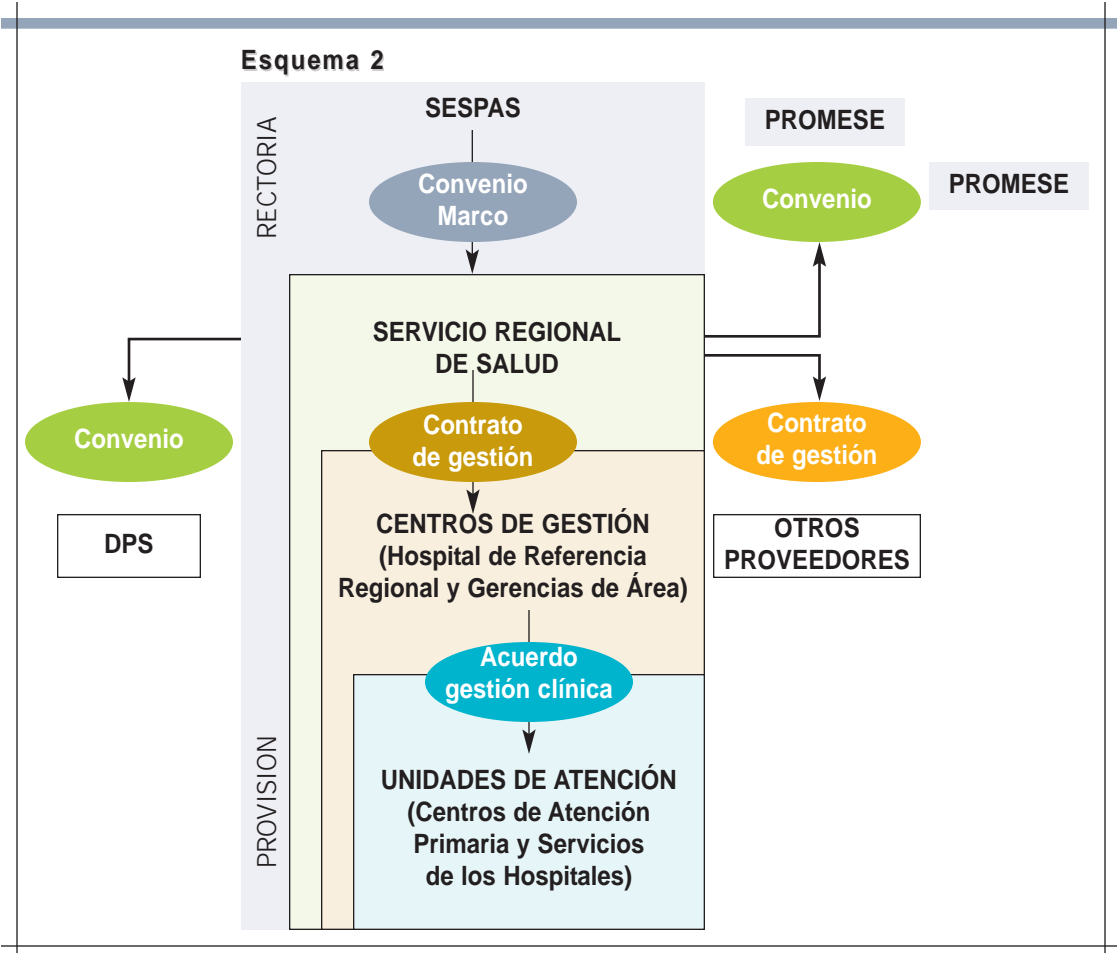


En los esquemas que se presentan a continuación podemos ubicar los tipos de compromisos de gestión que conectan entre sí los distintos Nodos de la Red.

- » En el esquema 1 se representan gráficamente los tipos de compromisos a desarrollar con la SESPAS y al interior del Servicio Nacional de Salud. Es necesario destacar que los compromisos descansan sobre el Servicio Regional de Salud, por ser ella la Entidad Prestadora de los Servicios. El Órgano Corporativo Central del Servicio Nacional de Salud opera como garante del cumplimiento de los mismos, suscribiendo Acuerdos Marco con los Servicios Regionales de Salud y supervisando el cumplimiento de los Contratos de gestión de recursos y los Acuerdos de gestión clínica.



- » En el segundo esquema (2) podemos ver las relaciones externas más importantes, tanto con las expresiones desconcentradas de la Rectoría (las Direcciones Provinciales), como con aseguradoras y otros proveedores (asistenciales o farmacéuticos).



El manejo, mediante compromisos de gestión (contratos, convenios y acuerdos) se encuentra reglamentada en los reglamentos de Regímenes de contratación y de Redes de Provisión de Servicios. Ya se han desarrollado y se están ejecutando algunos compromisos de gestión en forma de ensayos y experiencias-piloto. No obstante, se hace necesario el desarrollo de modelos unificados y consecuentes con el desarrollo del modelo. Los documentos que soportan estos compromisos constituyen una de las herramientas fundamentales para los mismos y han de contener la información necesaria y suficiente a cada nivel de gestión que permita el manejo eficiente de la organización.

En los esquemas que se presentan a continuación se relacionan los puntos mínimos y fundamentales que deben ser recogidos en dichos documentos.

## Acuerdo Marco entre la Autoridad Sanitaria y las Gerencias Regionales

*Su finalidad es la de garantizar el papel de la función de provisión en el cumplimiento de los objetivos generales del Sistema de Salud. Se trata de Acuerdos genéricos, supervisados por la Organización Corporativa Central que recogen, sin llegar a detallar, los siguientes apartados:*

1. *Orientaciones en política de salud del Organismo Rector y su base legislativa.*
2. *Población a la que se proveerá (cuantificada).*
3. *Objetivos de Salud a alcanzar.*
4. *Recursos Financieros asignados: bien en forma de partida global, bien desagregados por funciones y / o programas relevantes.*
5. *Calidad: recoge las orientaciones generales sobre calidad y exigencias de carácter estratégico, evaluables por niveles de cumplimiento / acreditación.*
6. *Sistemas de Información: explicitando las obligaciones del Servicio Regional de Salud en la puesta en marcha, mantenimiento, control de calidad y adecuación de la remisión, de los sistemas de información generales de carácter obligatorio (Enfermedades de Declaración Obligatoria, CMBD cuando esté implantado, Vigilancia Epidemiológica, etc.).*
7. *Sistema de Evaluación de lo acordado.*
8. *Compromisos y penalizaciones.*

*La SESPAS determinará la vigencia y periodicidad de los Acuerdos Marco. La primera no deberá ser inferior a 3 años, aunque serán evaluados con una periodicidad anual*

## Contrato de Gestión entre la Gerencia Regional y las Direcciones de Área

*Su finalidad es la de garantizar una provisión coste - efectiva y de calidad en los servicios de atención a las personas que se ofrecen en los Centros Asistenciales de la Región, así como el alcance de los objetivos en salud y de los programas de salud pública acordados con la Autoridad Sanitaria. Su grado de concreción será importante, y se establecerán por separado para Atención Primaria y la Atención Especializada. Se complementará con un bloque común relacionado con las funciones comunes: farmacia, estadística y gestión de la información, y flujos de pacientes por la red (referencia y contrarreferencia), que conformarán los siguientes apartados:*

- 1. Marco legislativo y las líneas estratégicas del Servicio Regional de Salud.*
- 2. Asignación presupuestaria que la Gerencia del Servicio Regional de Salud establece con la Dirección de Área. Especificará las áreas que se financian.*
- 3. Oferta asistencial.*
- 4. Atención a Usuario.*
- 5. Gestión Clínica y de Cuidados.*
- 6. Gestión de Recursos.*
- 7. Gestión Presupuestaria y Financiera.*
- 8. Relaciones de coordinación entre niveles asistenciales.*
- 9. Farmacia.*
- 10. Sistemas de Información.*
- 11. Actividades de Formación e Investigación.*
- 12. Compromisos y penalizaciones.*

*La vigencia será de un año y su evaluación igualmente anual, salvo en aspectos críticos que supongan monitorización continua, tales como desviaciones de gasto, esperas para el acceso a servicios, farmacia, contrataciones de prestaciones, facturación por servicios prestados a otros proveedores / regiones.*

## Contrato de Gestión entre la Gerencia Regional y la Dirección del Hospital Regional

*Su finalidad es la de establecer la oferta y cuantificar / cualificar la provisión de servicios (procesos y procedimientos), así como los recursos necesarios para ello, que corresponde al Hospital Regional. También, diferenciar su papel específico en la red de provisión pública como referente suprarregional para ciertos servicios.*

*Contenidos, vigencia, negociación, y evaluación: son muy parecidos a los que se recogen en el Contrato de Gestión de Área de Salud, ya que todos los apartados incluidos en el mismo afectan a los Centros Asistenciales, Hospitales, en este caso (a los que se trasladarán mediante Contratos específicos entre la Dirección del Área y los Centros Hospitalarios y Distritales de Atención Primaria .*

*Se diferencian por la especial relevancia que tiene la identificación de los Servicios (Procesos y Procedimientos) que prestará el Hospital Regional a usuarios de otras Regiones (delimitación de su Área de Influencia geográfica y poblacional), el volumen de actividad autorizado para cada uno de ellos, y la financiación que se establece para los mismos (facturación, tarifas para cada proceso / procedimiento), que aparecerán como un apartado diferenciado del resto.*

## Contratos de prestación de servicio entre la Gerencia Regional y otros proveedores públicos y/o privados

*Su finalidad es la de comprar los procesos y / o procedimientos que no puedan ser realizados con los recursos humanos y tecnológicos de la red de servicios regional (bien por sobrepasar su capacidad, bien por carecer de los mismos), y deban ser prestados a los usuarios de la misma. Su contenido hará, fundamentalmente, referencia a:*

- *Producción contratada, expresada en los mismos términos que el resto del sistema, es decir, procesos y / o procedimientos.*
- *Volumen de actividad para cada proceso y / o procedimiento.*
- *Precio de la actividad, bien por cada proceso y / o procedimiento, bien por un paquete de ellos en un tiempo determinado.*
- *Período temporal: duración del contrato.*
- *Características de la prestación, incluidos aspectos de calidad y de accesibilidad*

*La vigencia será variable, según el volumen contratado y la capacidad de respuesta del proveedor (se recomienda, por períodos de 3 o 6 meses para el caso de procesos quirúrgicos y por contratos anuales renovables para el caso de las pruebas diagnósticas). La evaluación será sólo de la actividad contratada y su costo (factura).*

## Acuerdos de Gestión Clínica con las Unidades Asistenciales

*Es una herramienta de gestión que expresa los compromisos que asumen los profesionales en las decisiones clínico - asistenciales que consumen recursos de la red. Son específicos de cada nivel asistencial, y se establecen con cada Servicio o Unidad Clínico-Asistencial de Atención Hospitalaria/Especializada y cada Equipo de Trabajo de los Centros de Salud de Atención Primaria.*

## Convenio entre la Dirección de Área y la Dirección Provincial de SESPAS

*Especifica los recursos y acciones que aporta cada organismo para alcanzar los objetivos de salud y cobertura / calidad de las intervenciones incluidas en los programas de salud colectiva decididos por la Autoridad Sanitaria para ese territorio (e incluidos en el Acuerdo Marco con la Gerencia Regional del Servicio de Salud). Especifica también el sistema de evaluación del alcance de los resultados pactados, las excepciones a la norma, y las penalizaciones por incumplimiento.*

## Acuerdo de Gestión Clínica entre la Subgerencia de Atención Primaria del Área de Salud y el Equipo de Atención Primaria del Distrito Asistencial

*El incremento previsible de la actividad de los profesionales del equipo en las UNAP's hace recomendable que los contenidos de estos acuerdos se establezcan en plazos temporales superiores a un año, de forma que eviten una sobrecarga de trabajo, tanto para su preparación como para su seguimiento y evaluación. Por otra parte, algunos de sus objetivos son de gran estabilidad, siendo necesario tan sólo monitorizar la evolución de sus resultados (es el caso de las coberturas o de los gastos clínicos) y la selección de los resultados desviados para su análisis específico (esta tarea recae en la Unidad Técnica de Información y Estadística).*

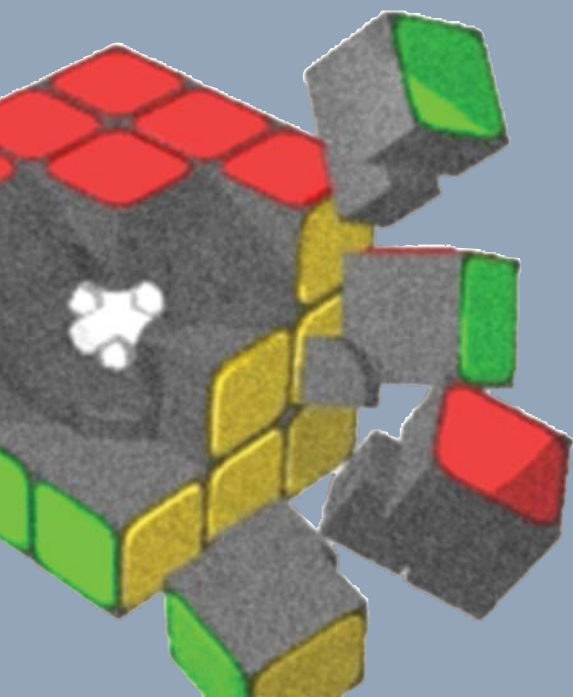
*El Acuerdo deberá estar suscrito y recoger la firma de todos los miembros del equipo, ser discutido ampliamente y expresar las posibilidades reales con los recursos reales. Un apartado específico del mismo está constituido por los objetivos, rendimientos y recursos a movilizar para cumplir con los programas e intervenciones de salud colectiva que se trasladen al Distrito desde el Convenio entre la Dirección de Área y la Dirección Provincial de SESPAS de su ámbito territorial. Supone un trabajo de planificación y organización conjunto entre el equipo de promotores de salud del Distrito y el EAP (en conjunto, el Equipo de Salud del Distrito), que en principio debería llevar una dirección de abajo arriba, una vez conocidas las acciones pactadas, de cuantificación de metas según disponibilidad de recursos y rendimientos reales y alcanzables de los mismos.*

## A fin de permitir la puesta en funcionamiento de estos instrumentos de gestión, se han desarrollado unas guías para su elaboración:

- *Guía para la elaboración de los Convenios Marco entre la Autoridad Sanitaria (SESPAS) y las Gerencias Regionales de Salud.*
- *Guía para la elaboración de los Contratos de Gestión entre la Gerencia Regional de Salud y las Direcciones de Área.*
- *Guía para la elaboración de los Contrato de Gestión entre la Gerencia Regional de Salud y la Dirección del Hospital Regional.*
- *Guía para la elaboración de los Acuerdo de Gestión Clínica "tipo" entre la Dirección del Hospital Regional y sus Unidades Clínicas / Servicios de Atención Especializada.*
- *Guía para la elaboración de los Acuerdo de Gestión Clínica "tipo" entre la Gerencia del Área de Salud y sus Unidades Clínicas / Servicios de Atención Especializada.*
- *Guía para la elaboración de los Acuerdo de Gestión Clínica "tipo" entre la Gerencia del Área de Salud y las Unidades Clínicas / Equipos de Atención Primaria.*
- *Guía para la elaboración de los Contrato de Gestión de prestación de servicio entre la Gerencia Regional de Salud y otros proveedores públicos y /o privados.*
- *Guía para la elaboración de los Acuerdo de Gestión Clínica "tipo" entre la Gerencia el Área de Salud y la representación provincial (órgano desconcentrado) de SESPAS.*
- *Guía para la elaboración de los Convenios de Gestión entre la Gerencia Regional y el SENASA.*
- *Guía para la elaboración de los Convenios de Gestión entre la Gerencia Regional y PROMESE.*







# CAPÍTULO 5

LA DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL.  
LOS SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

## Organización Administrativa

La Gerencia Regional tiene como función principal la conducción del Servicio Regional de Salud con el Plan Estratégico y las orientaciones del Consejo de Administración, para garantizar la prestación de los servicios.

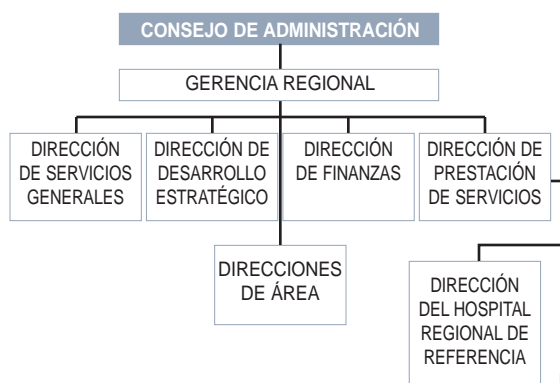
Es, por lo tanto, responsable ante las autoridades correspondientes, de las siguientes competencias:

- a) Desarrollo de la *función de provisión de servicios* de salud de atención a las personas *a través de convenios con las estructuras de la red y de contratos con otros prestadores* en el sentido y prioridad que ordena el Reglamento de Redes Públicas.
- b) Desarrollo de la *función de administración* de los recursos de la red, de acuerdo a los procedimientos y exigencias que les son ordenados por la autoridad correspondiente, mediante la compra de suministros e inversiones, el tutelaje de la selección y movilidad del personal, control de nóminas, supervisión del respeto al régimen interior, el desarrollo de tecnologías informáticas y de comunicación y la gestión de caja.
- c) Desarrollo de la *función de garantía de derechos de los usuarios*, mediante la supervisión y el control de los procesos de atención, cita y admisión de los usuarios, así como a través de la información y evaluación de los servicios prestados y la acreditación de procedimientos relacionados con los usuarios.
- d) *Rendición de cuentas*, ante el Consejo Administrativo, ante la SESPAS como máxima autoridad sanitaria, y ante la opinión pública, de sus ejecutorias, sus logros, sus gastos y la producción de los servicios.

En lo que compete al desarrollo de la función de provisión de servicios de salud para la atención a las personas, el papel de la Gerencia Regional se establece como sigue:

- *Asignación de recursos a los Distritos Asistenciales, mediante compromisos con las Direcciones de Áreas*, según una canasta de actividades y servicios, por población adscrita y teniendo en cuenta unos criterios mínimos de ordenación y asignación de recursos y de calidad.
- *Asignación de recursos a los Hospitales, mediante compromisos con las Direcciones de Áreas*, excepto cuando se trate con el Hospital Regional cuya relación se hace directamente, en todo caso teniendo en cuenta unos criterios mínimos de ordenación y recursos, y de calidad.
- *Gestión de procedimientos de diagnósticos*, según un listado de procedimientos y pruebas diagnósticas autorizadas a prestar por las unidades diagnósticas de los hospitales y establecimientos especializados en ello, según unos criterios de relación con Centros y Unidades de Diagnóstico privados y una regulación de las solicitudes de procedimientos a solicitar desde los servicios de primer nivel.
- *Gestión de recursos de Farmacia*, según catálogo de prestaciones y listado básico de medicamentos, de acuerdo a los protocolos de atención existentes, por lo menos para las principales intervenciones.
- *Asignación de recursos financieros para todo lo anterior y establecimiento de un sistema de control y seguimiento del gasto*.

## LA ESTRUCTURA DIRECTIVA DEL SERVICIO REGIONAL DE SALUD



### Director de Prestación de Servicios

#### Responsabilidades

- Aplicación de la política asistencial
- Evaluación del cumplimiento de los compromisos asistenciales recogidos en los Convenios y Contratos,
- Sustitución del Gerente Regional en caso de ausencia del mismo, por lo que ostentará la condición de Subgerente Regional.

#### Perfil

Preferiblemente médico, con una titulación en el campo de la gestión-administración (en grado de maestría o especialidad) en Salud. Debe contar con experiencia demostrada en el campo clínico y asistencial, y liderazgo o prestigio profesional.

### Director de Finanzas

#### Responsabilidades

- Monitorear y auditar, si fuera preciso, el estado financiero de los centros de gestión y atención.

#### Perfil

Profesional del área de la Administración Empresarial o Económica, con algún tipo de especialización en el campo de la Salud Pública, con conocimientos y experiencia demostrada en control y la gestión financiera.

### El Gerente Regional

Deberá ser un profesional universitario del área de las Ciencias de la Salud, de las Ciencias Administrativas o un jurista, en todo caso con especialidad en Salud Pública como mínimo, así como conocimientos y experiencias comprobadas en técnicas de dirección de organizaciones complejas, especialmente del ámbito sanitario.

### Director de Desarrollo Estratégico

#### Responsabilidades

- Control y mejora continua de las orientaciones y líneas estratégicas, así como de los sistemas de información y de las relaciones con las organizaciones de representantes de usuarios y profesionales.

#### Perfil

Profesional con especialización en el campo del Desarrollo Organizacional, preferiblemente en Salud, conocimiento y experiencia demostrada en análisis y desarrollo estratégico en organizaciones altamente profesionalizadas, preferentemente en el ámbito sanitario.

### Director de Servicios Generales

#### Responsabilidades

- Establecer y evaluar los criterios de inventario, mantenimiento de equipos, obras e infraestructura, y de todo lo relacionado con permisos, licencias, vacaciones y otros aspectos relacionados con los recursos humanos.

#### Perfil

Profesional del ámbito de la Administración Empresarial, Jurídica o Económica con alguna especialización en el campo de la Salud Pública, con conocimientos y experiencia en Administración General en instituciones complejas, especialmente sanitarias.

## La Organización Asistencial. El Hospital Regional de Referencia

En el nivel Regional se ubican también estructuras y funciones asistenciales. Una de ellas son los Hospitales Regionales, cuya área de influencia en la prestación de servicios alcanza a toda la región e incluso, en determinados casos, a varias regiones.

Desde el punto de vista organizativo, como el resto de hospitales de la red, los Hospitales Regionales explicitarán:

- La cartera de servicios
- Los procesos y procedimientos (médicos, quirúrgicos y diagnósticos) que tienen capacidad técnica y humana y quieren prestar.
- El área de influencia de esos procesos y procedimientos.

### Mapa Nacional de Servicios y Procedimientos

Previo al proceso de descentralización será necesario realizar un Mapa Nacional de Servicios y Procedimientos que garantice la racionalidad, la eficiencia, la integralidad de la oferta de servicios en toda la red, y, haga posible los flujos de referencia y contrarreferencia (y de compra-venta de servicios).

Esta responsabilidad recaerá en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social por su función rectora (acreditación y ordenación de recursos) y específicamente en la Dirección o Departamento de descentralización.

Dicho mapa debe contener la relación de Servicios y procedimientos que se desarrollan y habilitan en cada institución de salud

### La Dirección del Hospital Regional

El Director del Hospital Regional depende directamente de la Dirección de Prestación de servicios con la que establece un Contrato de Gestión que recoge su cartera de servicios, volumen de actividad y financiación. Asume la representación institucional y se responsabiliza del cumplimiento de todos los términos recogidos en el Contrato de Gestión de su Hospital.

#### Perfil del Director del Hospital Regional:

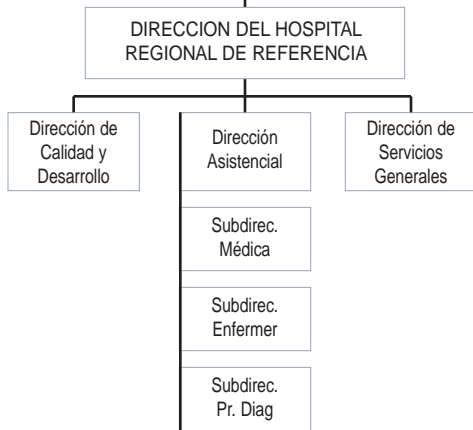
Gestor profesional, con formación y experiencia en técnicas de gestión-administración hospitalaria, y licenciatura en ciencias de la salud, económicas y / o jurídicas.

Dentro de su autonomía organizativa, contará con un equipo directivo conformado, al menos, por los siguientes perfiles:

- Una Dirección Asistencial,
- Una Dirección de Calidad y Desarrollo
- Una Dirección de Gestión y Servicios Generales,

Veamos en el siguiente esquema la estructura organizativa con sus perfiles y la relación entre la organización administrativa (gestión de recursos) y la organización asistencial (gestión clínica).

Contrato de Gestión



### Perfiles del equipo directivo

Una *Dirección Asistencial*, ocupada por un médico con liderazgo reconocido en el Hospital y conocimientos en técnicas de gestión sanitaria, responsable de la organización y gestión de los procesos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos. La Dirección Asistencial estará asistida, al menos, por

- una Subdirección de procesos medico-quirúrgicos,
- una Subdirección de Cuidados de Enfermería, y
- una Subdirección de Procedimientos Diagnósticos

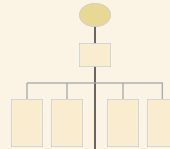
Una *Dirección de Calidad y Desarrollo*, con un técnico superior con formación gerencial y experto en desarrollo organizativo y sistemas de garantía de calidad.

Una *Dirección de Gestión y Servicios Generales*, con una persona con formación en administración general, presupuestaria y contable, responsable de la organización y gestión de los sistemas y procesos económico-financieros y de administración general y de los recursos humanos.

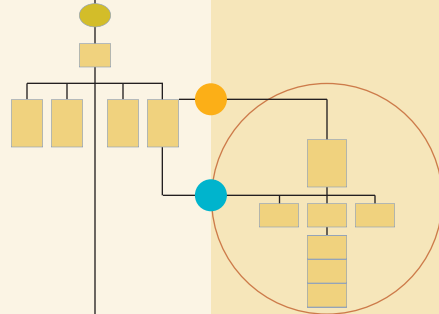
GESTIÓN DE RECURSOS

GESTIÓN CLÍNICA

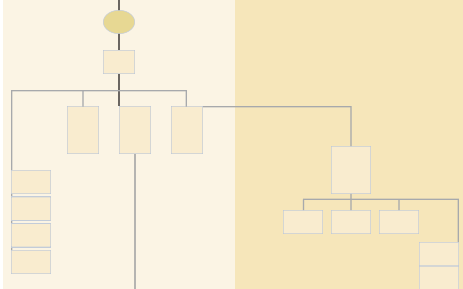
Nivel nacional



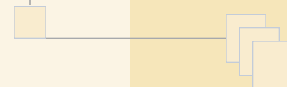
Nivel regional



Nivel de Área



Nivel Distrital



## Principales instrumentos de gestión de la gerencia regional

Una gestión descentralizada y rigurosa debe contar con unos instrumentos que, en general, ya se encuentran normalizados y suficientemente probados en los diferentes sistemas de salud.

En las fases iniciales del proceso descentralizador estos instrumentos serán elementos estratégicos claves hasta el punto de que su carencia (tanto en forma como en uso adecuado) hace inviable el proceso de gestión de la provisión, por lo que condicionan la habilitación de las regiones como proveedoras de servicios y, de hecho, así ha sido establecido en el plan estratégico para la separación de funciones y descentralización de la SESPAS

Independientemente del grado de autonomía en la gestión que pueda alcanzar una Región en su proceso de descentralización, las herramientas de gestión deberán ser comunes a todas las regiones. Ello no impedirá que cada Región sea capaz de afinarlas y perfeccionarlas a medida que desarrolle su capacidad gestora y le vayan surgiendo nuevas necesidades y usos.

Estos instrumentos de gestión serán los siguientes:

- ▶▶ Plan Estratégico Regional
- ▶▶ Herramientas de gestión comunes
- ▶▶ Sistema de Información
  - Subsistema de Gestión Clínica
  - Subsistema de Gestión de Recursos
  - Cuadro de Mando

### Plan Estratégico Regional

Cada Dirección Regional deberá comenzar con el diseño de un **Plan Estratégico** de carácter **plurianual**, que sea coherente con el Plan de Salud que establezca la Autoridad Rectora para todo el territorio nacional y con las leyes relacionadas con el sector salud.

Este Plan Estratégico marcará la orientación general de desarrollo de todos los Centros, directivos y clínico - asistenciales, de la red de provisión, para alcanzar los objetivos

generales y específicos que se expliciten en el mismo.

### Herramientas de gestión comunes

Las herramientas de gestión más importantes que permiten un desarrollo descentralizado riguroso de la función gestora de la provisión de servicios y con las que deberán contar todas las Regiones son:

1. Sistema de Gestión de Población Atendida (incluye base de datos única y homogénea de usuarios para toda la red, asimilable a población carnetizada para la Seguridad Social).
2. Sistema de Gestión de Personal (incluye base de datos de plantillas, gestión de expedientes administrativos: contratos e incentivos, expediente personal, etc.).
3. Sistema de Gestión de Nóminas.
4. Sistema Contabilidad Presupuestaria.
5. Sistema de Contabilidad Financiera.
6. Sistema de Contabilidad Análítica.
7. Sistema de Facturación (incluye compra-venta de servicios).
8. Sistema de Gestión de Compras, Suministros y Almacenes (incluye la adquisición y distribución de medicamentos y productos farmacéuticos, si bien con sistema diferenciado).
9. Sistema de Gestión Cuantitativa y Cualitativa de la Prescripción Farmacéutica.
10. Mapa de Procesos y Procedimientos Clínico - Diagnósticos de Atención Especializada.
11. Cartera de Servicios de Atención Primaria.
12. Sistema de Medición de la Producción (en atención especializada y atención primaria).
13. Sistema de Gestión de los Derechos de los Usuarios (Procedimientos Administrativos).
14. Encuesta de Satisfacción, Código Ético, Acreditación de las estructuras de atención a los usuarios, Gestión de Quejas y Reclamaciones.
15. Sistema de Documentación, Referencia - Contrarreferencia, Cita y Admisión.

### Sistema de Información

Se establece un sistema de información de carácter corporativo, es decir, blindado y homogéneo para toda la red de

provisión, al menos en los aspectos esenciales, que garantice la uniformidad, fiabilidad y precisión de la información.

Los usuarios principales del sistema de información regional son:

- (1) La Autoridad Sanitaria, con la que establece su Acuerdo Marco de Provisión y de cooperación al desarrollo de los Programas de Salud Colectiva y las Funciones Esenciales de Salud Pública.

En este caso, el Servicio Regional actúa de emisor de información.

- (2) Las Áreas de Salud, con las que establece sus Acuerdos de Gestión.
- (3) El Hospital Regional, con el que establece su Acuerdo de Gestión.

En estas dos últimas situaciones, el Servicio Regional actúa como receptor de información.

Para dar una respuesta oportuna y directamente relacionada con las utilidades y compromisos establecidos, dicho Sistema de Información estará constituido por **dos subsistemas**, de los que recoge información agregada a nivel de región (respuesta dirigida hacia la Autoridad Sanitaria) y desagregada por Área Sanitaria y Hospital Regional (evaluación del cumplimiento de los Acuerdos establecidos):

- **Subsistema Gestión Clínica:** que monitoriza la función de los Centros Clínico-Asistenciales (proveedores reales de servicios sanitarios).
- **Subsistema de Gestión de Recursos:** que monitoriza la función de los Centros de Gestión de Recursos (facilitadores de los recursos que los proveedores necesitan para el desarrollo de su función).

### El Subsistema de Gestión Clínica

El Subsistema de Gestión Clínica, está integrado por diversos componentes, cada uno de los cuales aporta un redu-

cido número de indicadores. Entre estos componentes tenemos

- *Seguimiento de gestión de Usuarios:* que recoge los indicadores de población realmente usuaria de los servicios y centros (población atendida). Sirve para ajustar los resultados, rendimientos y recursos clínico asistenciales en base a la población real, previamente a la aplicación del sistema de incentivos (o para establecer objetivos incentivables de captación y fidelización).
- *Seguimiento de Resultados Asistenciales:* que incluye los indicadores y niveles de cumplimiento alcanzados en aspectos de efectividad (mortalidad, incidencias-morbilidad, y complicaciones, fundamentalmente) y de calidad (cumplimiento de algunos criterios "guía" de la atención prestada recogidos en protocolos-guías de práctica). Estos aspectos tendrán una relación directa y cuantificada con los objetivos de salud establecidos por la Autoridad Sanitaria y recogidos en el Acuerdo Marco con el Servicio Regional de Salud.

Juega el papel más importante, y actúa de llave para el acceso al sistema de incentivos que se establezca al evaluar el grado de cumplimiento de los acuerdos.

- *Seguimiento de Resultados Económicos:* que incluye los indicadores y niveles de cumplimiento del balance de la Cuenta de Resultados (relación entre ingresos y gastos para producción de servicios). La importancia de su papel radica en la evaluación del componente co-responsabilidad en la sostenibilidad financiera de la red. También interviene en el sistema de incentivos, de forma que un balance negativo inhabilitaría el acceso a los mismos.
- *Seguimiento de Resultados de Actividad y Producción:* incluye los indicadores de actividad y/o cobertura de las Carteras de Servicios autorizadas. Se desagregan servicios realizados con medios propios y los realizados con medios ajenos (concertación y / o subcontratación con otros proveedores de redes públicas y / o privadas).

- Seguimiento de Resultados de Accesibilidad y Calidad Percibida: incluye los indicadores específicos para el seguimiento de los objetivos de estas dos áreas (demoras, puntualidad, trato, confidencialidad, satisfacción con los servicios recibidos, quejas, reclamaciones, etc.).
- Seguimiento de Resultados de Farmacia: incluye los indicadores específicos, tanto cuantitativos como cualitativos (en coste, volumen y calidad). Se obtienen agregados a nivel de área y desagregados por niveles asistenciales (primaria / especializada). Estos tres últimos actúan como penalizadores sobre el sistema de incentivos, por aplicación de escalas relativas sobre el cumplimiento de lo pactado (reducción en función de porcentajes de incumplimiento).
- Seguimiento de Procesos y Procedimientos que requieren Referencia y Contrarreferencia extraregional: incluye la monitorización del uso y volumen de actividad autorizado para los mismos, así como de su facturación y cobro.

Evalúa aspectos de equidad y ajusta aspectos de financiación (financiación extraída).

### **Subsistema de Gestión de Recursos**

El Subsistema de Gestión de Recursos está integrado por los siguientes componentes:

- Seguimiento de Resultados Financieros: incluye los indicadores que relacionan la asignación presupuestaria con el gasto ejecutado. Su incumplimiento (generación de deuda) inhabilita el acceso a incentivos a los equipos de Dirección de Área.
- Seguimiento de Recursos Humanos, Materiales y de Equipamiento: incluye los indicadores de seguimiento entre recursos asignados y realizados para estas áreas y, entre ellos, el desarrollo de nuevas acciones (obras, equipos).
- Seguimiento de Resultados de accesibilidad y calidad percibida aplicada a los sistemas de:
  - Gestión de Nóminas.
  - Gestión de Suministros.
  - Gestión de Equipos y Mantenimiento.
  - Gestión de Servicios Generales (limpieza, seguridad, etc.).

Incluye los indicadores de desabastecimiento, impuntualidad, baja calidad, etc. específico para estas áreas. Su desarrollo requiere la obtención de información desde los usuarios del sistema, los Directores de las Unidades Clínico-Asistenciales, mediante un sistema específico de recogida de quejas y reclamaciones.

Su incumplimiento inhabilita el acceso a incentivos a los equipos de Dirección de Área.

### **Cuadro de Mando**

El sistema de información ha de contar con un Cuadro de Mando que permita visualizar e intervenir corrigiendo lo más precozmente posible los aspectos críticos, fundamentalmente los relacionados con:

- Gestión de usuarios.
- Incidencia especial de morbi-mortalidades (a través del sistema EDO y de registro de mortalidad hospitalario).
- Desviaciones en el Gasto (en los capítulos más significativos).
- Cambios en la Accesibilidad de los usuarios (demoras).
- Cambios en la productividad (rendimientos de líneas de producción en los Centros: internamiento, consultas, pruebas diagnósticas).
- Cambios en el abastecimiento (de elementos imprescindibles para el desarrollo de la actividad: medicamentos, material, energía, gases medicinales).



## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL ÁREA DE SALUD

### La Dirección de Área.

#### ¿Cuáles son sus responsabilidades?

La Dirección del Área de Salud tiene delegada la autoridad regional para gestionar con agilidad y eficiencia los procedimientos administrativos y los recursos humanos, materiales, de información y equipamiento que necesiten los proveedores de servicios individuales.

A través de Acuerdos de Gestión, establece con las Unidades Clínico-Asistenciales públicas y / o privadas de su ámbito de gestión las características y volumen de "compra" de los servicios necesarios para cumplir los objetivos y cláusulas comprometidas con la Gerencia Regional.

A través de Convenios con las Direcciones Provinciales de la SESPAS, aporta y organiza sus recursos y recibe y gestiona recursos adicionales, para desarrollar los programas de salud pública / colectiva establecidos y alcanzar los objetivos y coberturas pactadas en el Acuerdo Marco SESPAS-Gerencia Regional.

En el desarrollo de sus funciones principales, organiza una estructura única de administración y gestión de todos los recursos generales (contratos, permisos, nóminas, etc.), en el área de personal; solicitud-distribución de material y equipamiento; contratación-supervisión de mantenimiento, limpieza, seguridad, etc.; alquiler, compra, etc. de locales y, de información-estadística, que sean requeridos por las Unidades Clínico-Asistenciales (Servicios Especializados, Equipos de Atención Primaria -UNAP's-) para poder proveer con calidad los servicios de atención a las personas.

Coordina toda la prestación farmacéutica tanto en aspectos logísticos (solicitud, almacenamiento, distribución y abastecimiento, adecuados), como de uso racional (criterios científicos de selección y características de prescripción, adecuación de consumos a evidencias y eficiencia económica), como de prevención y vigilancia de abusos).

Asume y operativiza la gestión de usuarios, estableciendo y supervisando el correcto funcionamiento de los

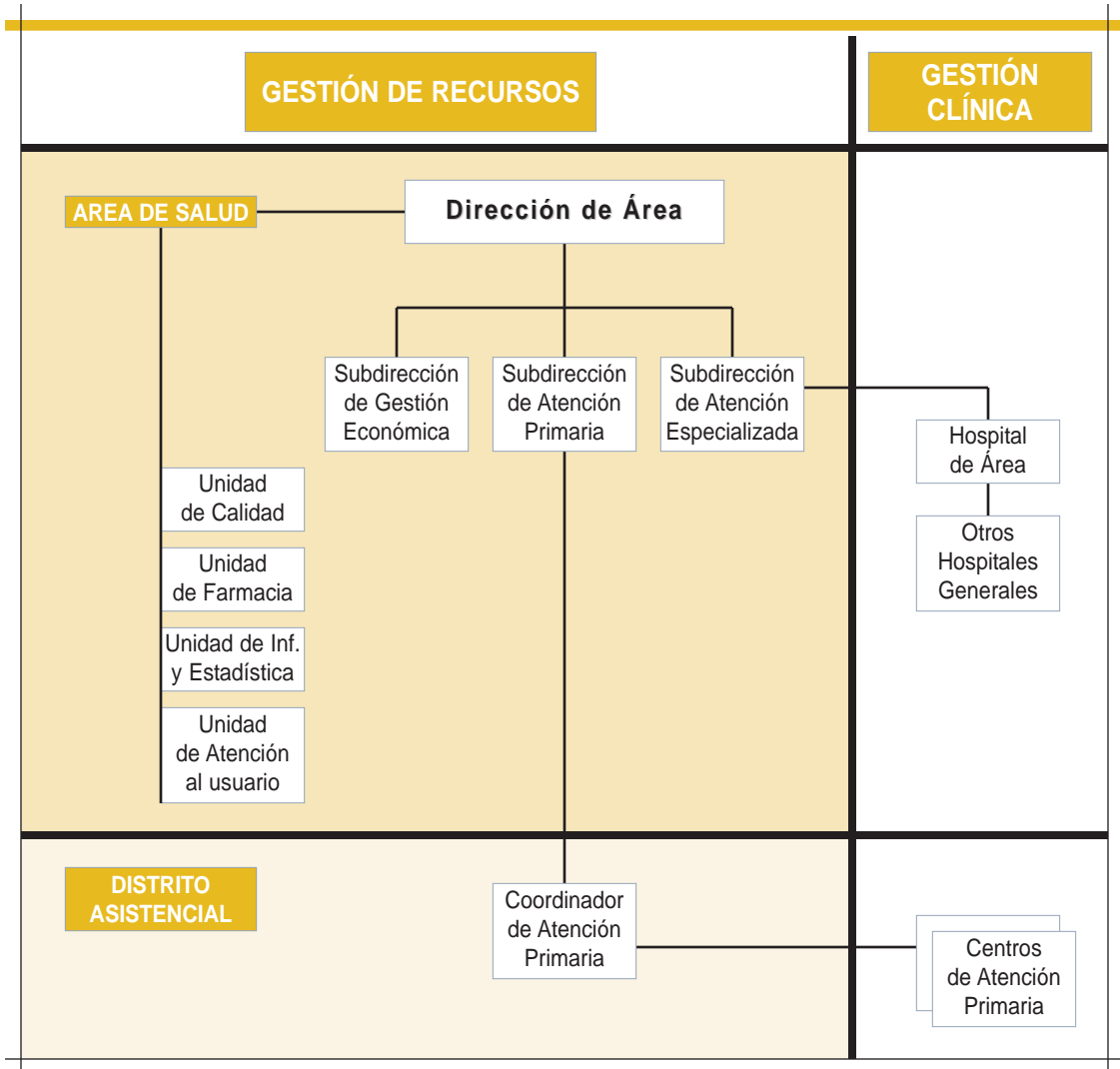
circuitos de acceso a los centros asistenciales propios de su ámbito geográfico-poblacional y gestionando con prontitud y equidad las referencias a otros establecimientos de redes ajenas que cubran las prestaciones no contempladas en la cartera de servicios / procesos / procedimientos de sus Centros Asistenciales (recursos propios).

Para ello se dota de una **estructura organizativa** dirigida por una Dirección y formada por Subdirecciones y Unidades de Apoyo:

### El Director del Área de Salud

La estructura global de gestión del **Área de Salud** estará bajo la responsabilidad de un **Director**, quién ostentará la representatividad de la misma, autorizará y gestionará los flujos de referencia y contrarreferencia de pacientes y recursos a nivel regional y, negociará y firmará, tras discusión con su equipo de Subdirectores de Hospitales y de Atención Primaria, los Contratos de Gestión del Área con la Gerencia Regional.

Excepcionalmente, y, dado el caso de Áreas de Salud de tamaño muy reducido, la estructura de gestión del Área de Salud podrá asumir la responsabilidad de gestionar las funciones y recursos para Atención Primaria y Atención Hospitalaria / Especializada de forma unificada, en todo o en parte (ejemplo: farmacia, sistemas de información y estadística, etc.).



### Funciones de la Dirección del Área de Salud:

- Aplicar la función de compra de servicios de atención sanitaria, siguiendo los criterios generales de calidad y eficiencia establecidos por la Gerencia Regional de Salud a los Centros Asistenciales de Atención Especializada y Atención Primaria públicos y / o privados de su ámbito de organización-gestión.
- Garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para el correcto desarrollo de la función de provisión en las Unidades Clínico-Asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada de su ámbito de organización-gestión.
- Garantizar la disponibilidad y rigor de la información económico - administrativa y clínico - epidemiológico - asistencial, tanto hacia sus Unidades Asistenciales como a las Direcciones de la Gerencia Regional de Salud.
- Diseñar e implantar estrategias de intervención que faciliten una atención integrada a los procesos asistenciales individuales y de salud colectiva derivados de los Contratos de Gestión que firme con la Gerencia Regional, adaptándolas a las necesidades específicas de la población a la que presta cobertura.
- Vigilar las incidencias que puedan darse en el desarrollo de la función de garantía de los derechos de los usuarios de la red de provisión de servicios individuales de salud, mediante la implantación y explotación del sistema de información y los instrumentos específicos de carácter corporativo (cita, información, encuestas de satisfacción, etc.).

### El Director del Área de Salud

#### Responsabilidades

El Director de Área de Salud: se responsabiliza de la representación institucional a su nivel, del cumplimiento de los derechos de los usuarios (incluido su acceso a la red en niveles superiores al área por cuestiones de equidad), del alcance de los resultados asistenciales y financieros establecidos en el Contrato de Gestión con la Gerencia Regional, y de la gestión de conciertos / contratos con otras redes de provisión públicas y / o privadas, según los criterios establecidos por el nivel Regional.

#### Perfil

Su perfil profesional corresponde con un gestor sanitario. Su titulación universitaria de base provendrá de las ciencias de la salud, valorándose la formación específica en administración y gestión sanitarias.

#### Dependencia

Su dependencia jerárquica se establece directamente con el Gerente Regional del Servicio Regional de Salud

## Consejo de Dirección

*Como apoyo al Director del Área de Salud se conforma un Consejo de Dirección integrado por los Subgerentes y en el que podrán participar los Responsables de las Unidades Técnicas de Apoyo, los Directores de Hospital, y los Responsables de Centros de Salud de Atención Primaria, cuando los temas a abordar así lo requieran.*

*La importancia de este órgano de dirección radica en su capacidad para abordar integralmente todos los problemas de gestión de recursos y gestión clínica que se relacionen con el alcance de los objetivos de efectividad, calidad, actividad y coste comprometidos en el Contrato de Gestión con la Gerencia Regional*

*La función esencial de este Consejo de Dirección será la de analizar, valorar y proponer a la dirección las medidas de gestión más eficaces y necesarias para el abordaje de los diferentes problemas planteados, así como programar y supervisar el correcto desarrollo e implementación de las orientaciones y decisiones, con capacidad efectiva para cumplir los compromisos establecidos con la Gerencia Regional.*

## El Equipo de Gestión del Área de Salud

Los Subdirectores de Atención Primaria y Especializada, se responsabilizan de todos los aspectos relacionados con la actividad y producción clínicas y los recursos necesarios para ello, en su correspondiente nivel asistencial.

*El Subdirector de Atención Especializada representa y se responsabiliza del Hospital de Área como proveedor de servicios especializados con los recursos financieros que se le asignen en el Contrato de Gestión del Área.*

*Su perfil profesional corresponde con un clínico experto asistencial de reconocido prestigio en su ámbito profesional, valorándose la formación específica en técnicas y herramientas de gestión clínica.*

*Depende jerárquicamente del Director del Área y funcionalmente del Director Asistencial Regional.*

*Los Distritos Asistenciales de Atención Primaria serán asistidos en todo lo referente a los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones de Gestión Clínica por el Subdirector de Atención Primaria del Área de Salud, de la que dependerán directamente*

*Su perfil profesional corresponde con un clínico experto asistencial de reconocido prestigio en su ámbito profesional, valorándose la formación específica en técnicas y herramientas de gestión clínica.*

*Depende jerárquicamente del Director del Área, y, funcionalmente del Director Asistencial Regional.*

*El Subdirector de Gestión Económica y Financiera, se responsabiliza de la correcta gestión de los temas de administración general y financiero-económica que garanticen la disponibilidad y el acceso a los recursos, en el marco financiero del Contrato de Gestión del Área, para todas las Unidades Clínico-Asistenciales.*

*Su perfil profesional corresponde con un economista y/o administrador, valorándose la especialización en gestión-administración sanitaria*

*Depende jerárquicamente del Gerente del Área y funcionalmente del Director de Administración General Regional.*

## Las Unidades de Apoyo a la Gerencia de Área

Como Unidades Técnicas de Apoyo a las estructuras y funciones directivas y clínico-asistenciales de atención especializada y de atención primaria, cada área de salud contará con:

- **Unidad de Calidad:** encargada de diseñar y apoyar técnicamente la implantación de las acciones que permitan alcanzar los objetivos de calidad acordados con la Gerencia Regional y, aquellos otros que establezcan las Unidades Clínico - Asistenciales, desplazándose, siempre que sea preciso, a los Centros donde desarrollan su actividad. Entre sus cometidos figurará la potenciación de la constitución y funcionamiento de Comisiones Clínicas, como ámbito de participación y asesoría a la Dirección de los profe-

sionales clínicos en temas relevantes (documentación clínica, calidad, bioética, tecnología, farmacia y terapéutica, etc.).

- **Usuario:** encargada de apoyar técnicamente (unificación de criterios, normas, información, procedimientos) y de velar por el correcto desarrollo del trabajo de las Unidades de Gestoría de Usuarios ubicadas en los Hospitales y Centros de Salud de Atención Primaria. Encargada también de centralizar la gestión de todo el proceso de respuesta a quejas y reclamaciones de los usuarios. Una de sus funciones primordiales es la de agilizar los procedimientos de referencia - contrarreferencia entre niveles y estructuras del Área de Salud, hacia la Región Sanitaria o estructuras de otros Servicios Regionales, cuando se trate de procesos y procedimientos de referencia supra-regional autorizados, por lo que se responsabilizará también del transporte sanitario programado.
- **Farmacia:** encargada de facilitar la consecución de todos los procedimientos logísticos y de gestión racional del medicamento en los puntos de consumo de usuarios y profesionales, integrando las acciones que afecten a ambos niveles asistenciales. De esta Unidad dependerá también el área de gestión y control de las prestaciones complementarias: prótesis, órtesis, medicamentos especiales, oxigenoterapia, hemodiálisis, etc.
- **Información y Estadística:** encargada de gestionar la información clínico - asistencial para incrementar su valor de uso en la toma de decisiones de los profesionales asistenciales (Acuerdos de Gestión), y, la información derivada del seguimiento del Contrato de Gestión con la Gerencia Regional.

El tamaño y composición de los equipos técnicos de las Subdirecciones y Unidades de Apoyo se caracterizará por su pequeña dimensión y alta cualificación profesional, basando más su labor en herramientas informáticas y de comunicación, que en la estructura de personal. Su concreción se establecerá a través de una relación de puestos de trabajo accesible a los funcionarios de SESPAS que opten por la carrera profesional gestora.

## ¿Como es la Organización Asistencial del Área de Salud?

Las estructuras y funciones asistenciales del Área de Salud son y se organizan según el siguiente modelo:

Los Centros de Atención Especializada del Área prestarán a los usuarios de la red de toda su Área de Influencia los servicios médicos, quirúrgicos y diagnósticos que le han sido contratados por la Gerencia Regional y que figuran en el Contrato de Gestión del Área.

Para ello, y desde la Subdirección de Atención Especializada y Hospitales, se especificarán:

1. La Cartera de Servicios de cada Centro Hospitalario Especializado en forma de un Mapa de Servicios y Procedimientos.
2. Los recursos humanos, materiales, de equipamiento y financieros que empleará para ello, y, su distribución en todos y cada uno de los Centros, en forma de un Mapa de Recursos Humanos y de Equipamiento.
3. La contribución parcial que aporta a la consecución de los resultados asistenciales globales (en efectividad y calidad).
4. El sistema de relación entre Centros Asistenciales de los diferentes grados de complejidad y localización: sistema de referencia de pacientes entre centros y

criterios funcionales y de organización para la referencia desde Atención Primaria a cada Centro. Se trata de que los profesionales y Centros de Atención Primaria conozcan la Cartera de Especialistas que les es asignada y cuándo / cómo pueden acceder a ellos (Agenda).

5. Los procesos y / o procedimientos diagnóstico - terapéuticos que han de concertarse / contratarse con otras redes de provisión públicas y/o privadas del Área para completar su provisión de servicios.

Es, por lo tanto, obligación de esta Subdirección articular racionalmente la Red de Provisión, de forma que todos los servicios y recursos se organicen por criterios de eficiencia, en el sentido de la mejor relación resultados asistenciales - coste de alcanzarlos.

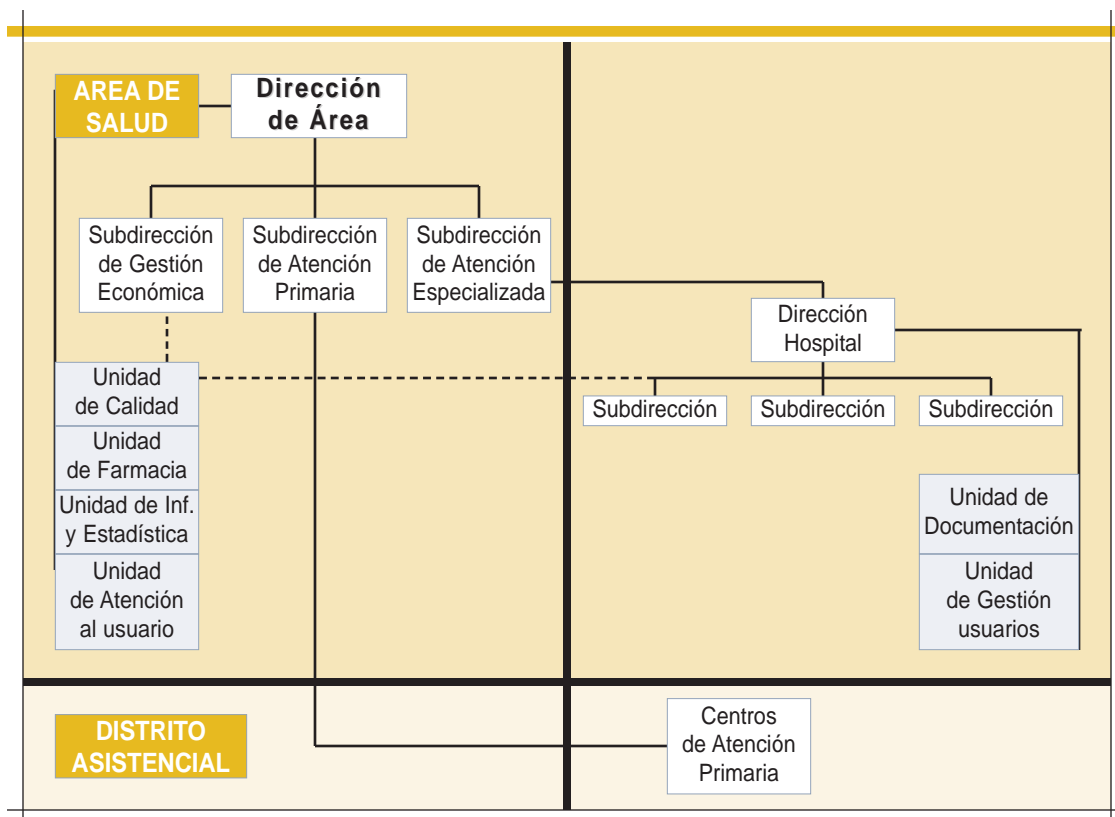
La red de provisión de servicios especializados se organizará integrando cuantitativa y cualitativamente los recursos de cada especialidad estructural (obstetricia - ginecología, pediatría, medicina interna, cirugía general, cirugías específicas, medios diagnósticos: laboratorio, diagnóstico por la imagen, diagnóstico anatómico-patológico, etc.) de forma que los procesos y procedimientos que provean y los recursos necesarios para ello, se ubiquen en cada centro según unos criterios clínicos de funcionamiento comunes y un grado progresivamente creciente de complejidad tecnológica y de conocimiento. Para ello la propuesta de organización asistencial de los recursos de atención especializada será elaborada por la Subgerencia de Atención Especializada para su aprobación por la Dirección Asistencial de la Gerencia Regional.

## Hospitales del Área

En todos los Hospitales del Área, independientemente de su tamaño, existe un Director del Hospital que depende jerárquicamente del Director de Área y funcionalmente del Subdirector de Atención Especializada. Su perfil es eminentemente clínico y su función primordial es negociar y supervisar el cumplimiento de los objetivos asistenciales

con las Unidades Clínico-Asistenciales del Centro, así como garantizar la disponibilidad de los recursos que permiten su correcto desarrollo y el respeto de los derechos de los usuarios.

Los Directores de Hospital forman parte del equipo de trabajo del Subdirector de Atención Especializada, con quienes prepara los contenidos y alcance de los Acuerdos de Gestión Clínica que guiarán el desarrollo de la función de provisión de servicios individuales especializados a las personas, su contribución al alcance de las coberturas y objetivos de los programas de salud pública colectiva, y la estimación racional de recursos para poder hacer correctamente todo lo anterior.



## Los Hospitales del Área

*Cuentan con un equipo directivo propio constituido, según su tamaño y actividad, por:*

*Hospital mayor de 100 camas:*

- » *Una Subdirección de Procesos Médicos y Quirúrgicos.*
- » *Una Subdirección de Procedimientos Diagnósticos.*
- » *Una Subdirección de Cuidados de Enfermería.*
- » *Una Subdirección de Administración y Servicios Generales.*

*Hospital menor de 100 camas:*

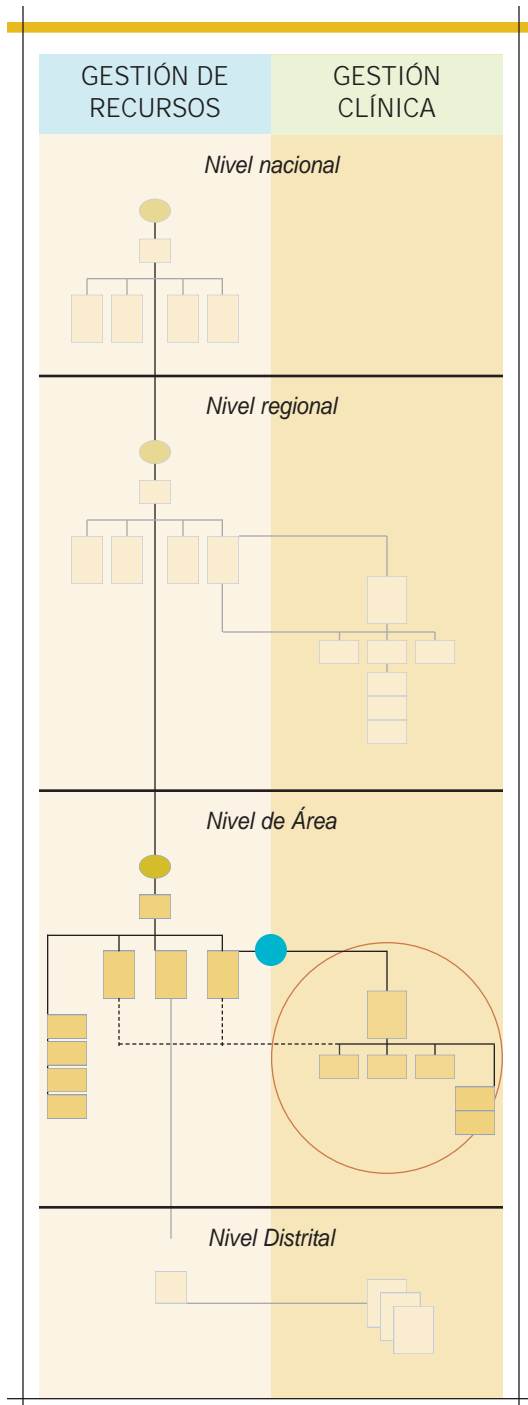
- » *Una Subdirección de Cuidados de Enfermería.*
- » *Una Subdirección de Administración y Servicios Generales*

*En todos los Centros Hospitalarios, independientemente de su tamaño, existirá una Unidad de Documentación / Archivo de Historias y Codificación, y, una Unidad de Gestión de Usuarios de la que dependerán*

- » *El sistema de citación para consultas y pruebas diagnósticas solicitadas desde Atención Primaria, los profesionales del propio centro o de otros centros de la red de atención especializada con los que mantenga una relación de referencia - contrarreferencia.*
- » *El sistema de admisión para internamiento.*
- » *El sistema de recogida y atención a reclamaciones y quejas*

*El número y distribución horaria de los profesionales de estas unidades estará en relación con el volumen de actividad (aproximadamente 1 por cada 150 solicitudes de consulta). El horario de atención será el mismo que el de actividad normal del Centro.*





## Órganos de Participación profesional y ciudadana. Consejo de Administración

A nivel de Área de Salud se establece como elemento característico la integración más operativa de las funciones de gestión de recursos y de gestión clínica, en el ámbito de la prestación de servicios de salud a las personas, y, de las acciones de gestora colectiva con la atención individual.

Se trata pues de una estructura de gestión e integración con capacidad para alcanzar los máximos niveles de desarrollo de los valores esenciales de la organización, especialmente: la accesibilidad a los servicios, la equidad en su provisión, la orientación a los profesionales y los resultados en salud (sin olvidar, pero colocándolos como subsidiarios de los anteriores, los resultados económicos).

Por este motivo el órgano principal de participación, el Consejo de Administración del Área, aglutina la representación ciudadana, profesional e institucional y se tiene capacidad de intervención sobre los aspectos esenciales de la gestión de la provisión. Su composición y funciones están recogidas en el articulado del Reglamento de Provisión, resaltando que incorpora a representantes de profesionales de todos los niveles asistenciales, de usuarios, de la autoridad sanitaria (SESPAS) y de la administración local; para conocer las obligaciones de la Gerencia, sus estrategias y decisiones, los resultados que se vayan alcanzando y colaborar en todo este proceso.

El Consejo de Administración, presidido por el Director de Área de Salud, se reunirá semestralmente, y en el se integrarán de pleno derecho:

- Un representante de los Equipos de Atención Primaria.
- Un representante de los Servicios Especializados.
- Dos representantes de los usuarios, nombrados por el Consejo de Salud (que se constituya según lo desarrollado en la Norma).
- Un representante de la Autoridad Sanitaria del nivel territorial correspondiente, según se estipule en su proceso de desconcentración.

- Un representante de la Autoridad Administrativa Local del municipio dónde se ubique la Gerencia de Área de Salud.

Entre las funciones de este Consejo de Administración estarán:

- Conocer y seguir las obligaciones y su grado de cumplimiento, recogidas en el Contrato de Gestión con la Gerencia Regional.
- Facilitar en la medida de sus responsabilidades las soluciones y el alcance de obligaciones y compromisos de gestión.
- Conocer y seguir las decisiones de gestión del equipo de Dirección, valorarlas y apoyarlas, en la medida de sus posibilidades.
- Participar en los procesos de evaluación y mejora de la gestión de recursos.
- Valorar los resultados obtenidos de cumplimiento de las directrices de la Dirección Regional, analizar sus fortalezas y debilidades y aportar soluciones e ideas de mejora.

## El Consejo de Salud del Área y la participación de los profesionales

Los usuarios de los centros y servicios de salud del área cuentan con los Consejos de Salud de Área como órgano de participación de carácter consultivo.

Los profesionales participan en la organización y gestión de la provisión de servicios de salud individual de dos formas:

1. Como proveedores directos, a través de Acuerdos de Gestión Clínica que recogen su capacidad para organizar la prestación y responsabilizarse de sus resultados.
2. Incorporándose a las diferentes Comisiones Clínicas que asesoran a la Dirección de los Centros (de calidad, de farmacia, terapéutica y uso racional del me-

dicamento, de documentación clínica, de mortalidad y tejidos, de profilaxis de las infecciones hospitalarias, de uso racional de la tecnología y equipamientos, de catástrofes y emergencias, etc.).

La participación a nivel de Área de Salud tiene, por lo tanto, una vocación eminentemente operativa y muy relacionada con la gestión para la obtención de resultados concretos.

La participación de los profesionales a nivel de los Hospitales y Centros de Salud de Atención Primaria se desarrolla en torno a las citadas Comisiones Clínicas y los Acuerdos de Gestión Clínica de los Centros y Servicios con las estructuras directivas de Área (seguimiento y evaluación periódicos según la pauta y compromisos que se recoge en los mismos).

## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

### Sectorización del Área de Salud en Distritos (O Microrredes o Zonas) de Atención Primaria

La provisión de servicios individuales de atención a las personas en el *nivel primario*, se organizará en equipos de trabajo de un ámbito territorial sectorizado, con la finalidad de compartir las capacidades individuales de los profesionales de atención primaria en aspectos de planificación, gestión clínica, formación continuada e investigación clínico epidemiológica, ciertos recursos materiales y de equipamiento y reuniones de trabajo con especialistas hospitalarios.

Para ello la Subdirección de Atención Primaria, siguiendo los criterios recogidos en el Reglamento de Provisión, hará una propuesta de sectorización del Área en Distritos Asistenciales de Atención Primaria a la Gerencia Regional (Dirección Asistencial) para su aprobación.

*Utilizaremos la denominación de "Distritos", aunque aún no se ha llegado a un acuerdo en este punto, y por lo tanto entiéndase sustituible por otros como Zonas, Microrredes, etc...*

En cada Distrito Asistencial existirá un espacio específico de trabajo para el desarrollo de las actividades comunes de los profesionales de las UNAP's. Este espacio podrá estar ubicado en un centro asistencial ya existente, y que se adapte para tal fin, o, en un Centro de nueva construcción o en alquiler. En el se instalará también la Unidad de Gestión de Usuarios, que gestionará todos los procesos administrativos de referencia-contrarreferencia entre UNAPs y Centros Asistenciales de Atención Hospitalaria Especializada, informe a los usuarios y participará en el proceso de carnetización de la población.

Al menos existirá un profesional por turno en las Unidades de Gestoría de Usuarios, y la accesibilidad hora-

ria no será inferior a 12 horas al día. Su labor es apoyar los procesos administrativos de las UNAP (carnetización, citas, recepción y reparto de resultados analíticos, altas e informes clínicos de contrarreferencia, actualización de agendas de especialistas, etc.).

La dependencia jerárquica de este personal será de la Subdirección de Atención Primaria y la funcional del Responsable Clínico del Centro de Salud de Atención Primaria, quien actuará como **Coordinador** responsable de todas las UNAPs.

### Dirección del Distrito de Atención Primaria

Las funciones principales de Dirección a nivel de Distrito de Atención Primaria son:

1. Articular todos los recursos para alcanzar los objetivos asistenciales establecidos en los Acuerdos de Gestión de la provisión individual de servicios a las personas.
2. Conseguir el máximo desarrollo de un trabajo en equipo con todos los profesionales de salud asignados al Distrito.
3. Liderar el desarrollo profesional de forma que se perciba nitidamente la sensación de crecimiento clínico-asistencial en relación con el conocimiento y la forma de aplicarlo existentes.
4. Alcanzar cotas progresivamente crecientes de desarrollo organizativo que permitan crear las condiciones óptimas para alcanzar las funciones anteriores.

Para ello se crean:

- Los Equipos de Atención Primaria de Salud del Distrito y
- El Coordinador del Equipo de Atención Primaria.

## Los Equipos de Atención Primaria (EAP)

Los integrantes del Equipo de Atención Primaria del Distrito prestarán a la población usuaria previamente delimitada todos los servicios de atención primaria de la Canasta Básica (Cartera de Servicios de Atención Primaria) que figuren en el Acuerdo de Gestión Clínica firmado con la Subdirección de Atención Primaria del Área de Salud.

Es responsabilidad del EAP del Distrito organizar internamente la prestación de los servicios individuales a la salud y los de salud pública colectiva, para alcanzar los objetivos fijados en el Acuerdo de Gestión Clínica con la Dirección del Área de Salud.

Para facilitar el desarrollo de la labor asistencial del EAP del Distrito, la Subdirección de Atención Primaria le especificará:

1. La Cartera de Especialistas y la Agenda que le corresponde y su localización y acceso en el nivel distrital y de Área de Salud.
2. El Listado de Centros y Pruebas Diagnósticas a los que puede acceder, y los puntos de acceso autorizados a nivel distrital y de Área.
3. La organización y recursos de tipo administrativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que les permita el envío y recepción de pacientes y documentación clínica entre los diferentes niveles de atención (incluyendo la red privada si fuera necesario).

Además, el EAP del Distrito recabará y recibirá el apoyo técnico de las Unidades Técnicas de Apoyo del nivel de Área de Salud en los siguientes aspectos:

- Actualizaciones clínicas, especialmente: Guías de Práctica Clínica, Medicina Basada en la Evidencia y Uso Racional del Medicamento.
- Explotaciones de actividad y producción (cobertura de servicios).
- Resto de explotaciones clave de los objetivos recogidos

en el Acuerdo de Gestión Clínica (cuenta de gastos, objetivos de resultado, satisfacción de usuarios, etc.).

Para lo cual, el EAP establecerá el calendario de reuniones de evaluación y estudio conjunto con los técnicos de dichas Unidades, que se celebrarán en el Centro de Atención Primaria del Distrito.

## El Coordinador del Equipo de Atención Primaria (EAP)

El Responsable Clínico del Equipo de Atención Primaria, se relaciona directamente con el Subdirector de Atención Primaria del Área de Salud, solicita y recibe el apoyo de las Unidades Técnicas del Área para el desarrollo de la función de organización y gestión clínica, y de la Subdirección de Gestión Económico-Financiera y su equipo, para la disponer de problemas de índole administrativo y de servicios generales, estableciendo las adecuadas condiciones materiales y estructurales para su desarrollo.

Es nombrado por un periodo de al menos dos años, por el Director del Área de Salud, a propuesta de una terna designada por los profesionales de su equipo, y su aceptación supone la asunción efectiva de sus funciones y responsabilidades al frente de ellos.

Su perfil es eminentemente de liderazgo clínico, debe formar parte de alguna de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) del Distrito, ser médico, y se valorará su capacidad organizativa, la estabilidad y permanencia en la zona (al menos, superior a un año) y sus conocimientos en gestión clínica.

Aglutina a todos los componentes de las UNAP, con los que mantiene una relación jerárquica, en torno a unos objetivos comunes de carácter clínico-asistencial que han de tener reflejo claro en el Acuerdo de Gestión que el EAP establece con la Dirección del Área de Salud, y, en cuya negociación participa directamente y en representación de todo el equipo.

Se relaciona funcionalmente (organización, criterios de colaboración, normas internas de funcionamiento) con la Unidad de Gestión de Usuarios ubicada en el Centro Distrital, que le apoya en tareas administrativas.

Establece vínculos formales con el Supervisor de Promotores y entre el EAP y el equipo de promotores (si existe), de forma que se articulen como un equipo funcional para la cooperación en el alcance de todos los objetivos de salud y asistencia del Distrito.

Representa al EAP ante las autoridades y órganos de participación comunitaria del municipio donde se encuentra el Distrito y en el Consejo de Administración y de Salud del Área, en caso de ser designado por y de entre el resto de Responsables de EAP de todos los Distritos del Área.

Para el desarrollo de sus funciones contará con la colaboración directa de un responsable de organización de la prestación de cuidados de enfermería y del sistema interno de organización que autónomamente establezca el EAP para alcanzar sus objetivos.

Su responsabilidad quedará reflejada en su retribución en forma de un complemento o incentivo que premie su dedicación a las tareas organizativas y de planificación y gestión, y, que comparte con las tareas asistenciales. A medida que el desarrollo de la función de gestión lo requiera, se valorará la disminución proporcional de su labor asistencial en la UNAP dónde ejerza.

## Organización Asistencial. El Centro de Atención Primaria

La estructura asistencial básica del Distrito es el Centro de Atención Primaria, espacio físico propio del Equipo de Atención Primaria, dónde se ubican:

- Un área administrativa para la Gestoría de Usuarios y archivo / documentación clínico - administrativa.
- Un área de reuniones de equipo, con su aula de forma-

ción y biblioteca que se utilizará también para las reuniones de organización y planificación.

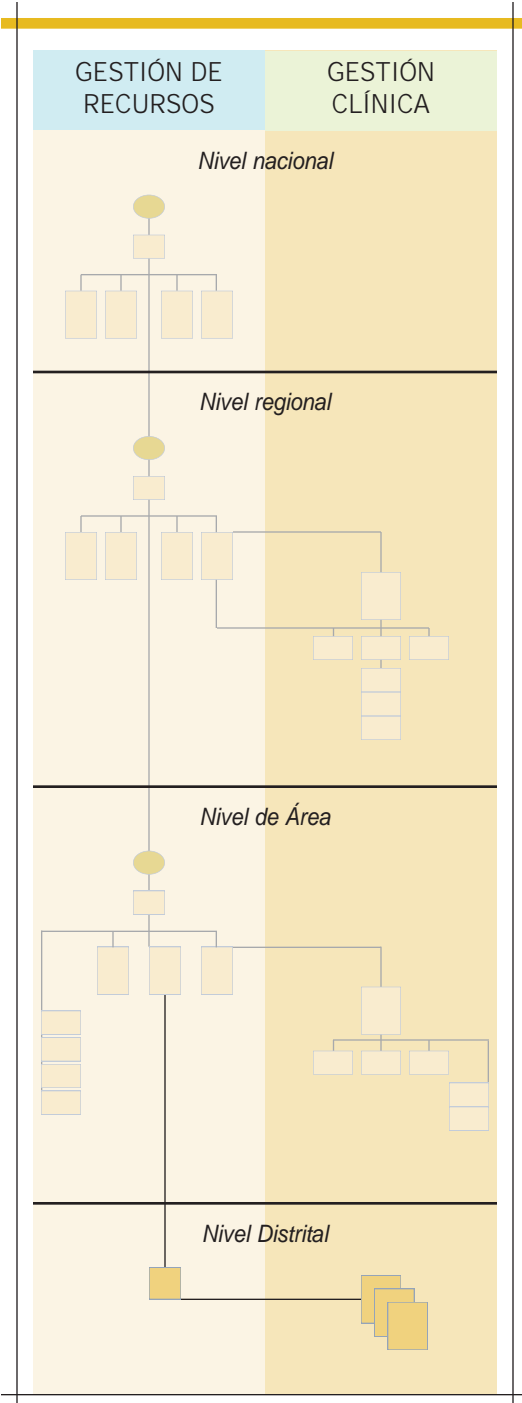
- Un área asistencial, cuyo dimensionamiento estará condicionado a la existencia o no de una UNAP en el Centro (en cuyo caso, se dotará con los espacios y equipos propios de su labor asistencial), pero que como mínimo habrá de contar con un espacio para los equipos de diagnóstico comunes a todas las UNAP's (ECG, Espirómetro, Autoanalizador, ecógrafo, Sala de extracción de muestras..., por ejemplo) y un espacio específico para la atención de urgencias (consulta médica, sala de curas, sala de espera).
- Un área de staff y reposo del personal (salita, servicios - duchas, habitación si hay guardias).
- Un despacho para el Responsable del Equipo,

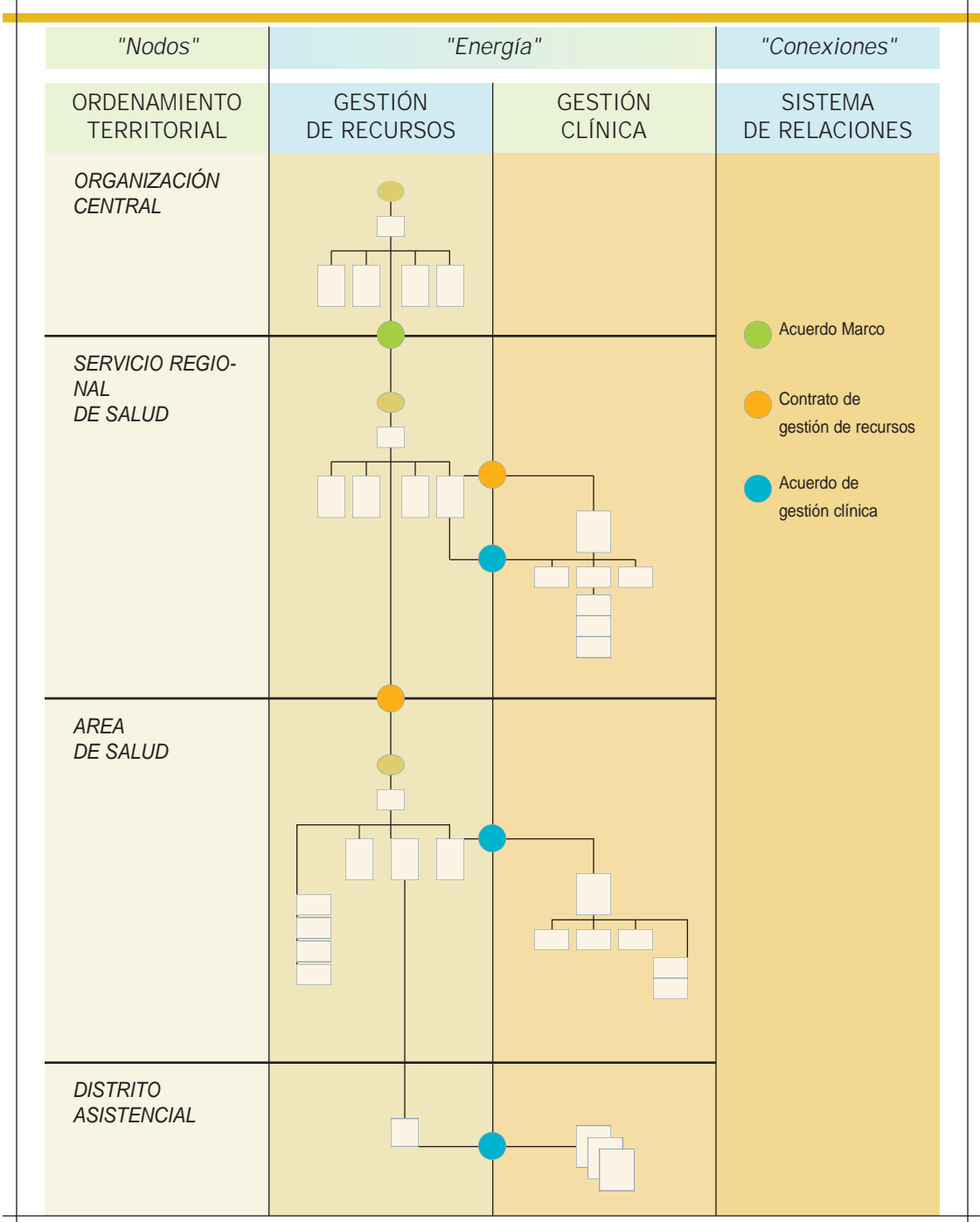
El Centro de Atención Primaria permite aglutinar las capacidades de todos los miembros de las UNAP's del Distrito.

Desde el se organiza, planifica y evalúa la atención individual a una población delimitada (el municipio o municipios, en el medio rural, y sus correspondientes secciones censales) no superior a 50.000 habitantes y en relación con la distribución poblacional que corresponda a cada una de sus Unidades funcionales que lo integran.

## Visión de conjunto

Volvamos a la imagen inicial del último capítulo. Veamos un esquema de la estructura organizativa y relaciones del Servicio Nacional de Salud. Nos daremos cuenta de que "el Modelo" comienza a perfilarse de forma más nítida. No obstante, aún quedan muchos elementos complementarios y desarrollos que vamos a ver después de hacer este alto en el camino.





Las regiones sanitarias no son homogéneas, ni en cuanto a población de cobertura ni en la disponibilidad de servicios. Y tampoco son homogéneas sus estructuras de salud de tercer nivel. Es decir, los Hospitales de Referencia Regional no tienen todos los mismos servicios, ya sea en consulta, en internamiento o en capacidad instalada en pruebas diagnósticas.

Ello implica que determinadas asistencias han de ser referidas al nivel central (en algunos casos, por proximidad, a otro Hospital Regional).

En Santo Domingo fundamentalmente (y en menor medida Santiago) se concentran las estructuras de nivel central y de referencia nacional.

La asistencia especializada compleja, por ser muy costosa, requiere de una planificación específica, a fin de no desperdiciar recursos.

El sistema de referencia y contrarreferencia y el sistema de gestión de usuarios van a cobrar una especial relevancia en este servicio Regional, hasta el punto de requerir una planificación y ordenación específica, susceptibles de una reglamentación particular. No vamos a entrar en el detalle de esa planificación ya que es un asunto posterior a la reglamentación general, pero si vamos a aportar los elementos de estudio que permiten darse cuenta de esa necesidad.

Para empezar, se hace necesario conocer los servicios que prestan cada uno de los Hospitales regionales de referencia, para determinar los límites de la atención en cada Servicio Regional y, en consecuencia, introducir nuevos servicios si es necesario, o determinar el punto de referencia (Hospital y servicio) para cada necesidad particular (consulta, internamiento o prueba diagnóstica).

*Como podemos apreciar en los cuadros que siguen, cada Servicio Regional de Salud presenta en su atención de tercer nivel limitaciones que han de cubrirse o con nuevos servicios o con referencias a otras regiones o al nivel nacional, pactadas mediante Compromisos de gestión entre Servicios Regionales de Salud.*



## HOSPITALES REGIONALES (HR) Servicios de Hospitalización

SERVICIO (Hospitalización)	Región I	Región II	Región II	Región III	Región IV	Región V	Región VI	Región VII	Región VIII
	Juan Pablo Pina	José María Cabral y Báez (Univ.)	Infantil Reg. Univ. Dr. Arturo Grullón	San Vicente de Paul	Regional Jaime Mota	Regional Antonio Musa	Reg. Dr. Alejandro Cabral	Regional Luis Bogaert	Luis Morillo King
Medicina General	X		X	X	X	X	X	X	X
Pediatría	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obstetricia	X	X		X	X	X	X	X	X
Ginecología	X	X		X	X	X	X		X
Medicina Interna	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cardiología	X	X		X	X			X	X
Nefrología		X		X	X				X
Gastroenterología		X		X	X		X		X
Endocrinología	X	X	X	X	X				X
Neumología	X	X	X	X	X	X	X		X
Cirugía General	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oftalmología-Otorrino	X	X	X	X	X	X	X		X
Ortopedia	X	X	X	X	X	X	X		X
Urología	X	X	X	X	X		X		X
Neurocirugía	X	X	X	X	X		X		X
Hematología		X							X
Geriatría		X		X	X	X			X
Psiquiatría		X	X	X	X	X	X	X	X
Cuidados Intensivos		X	X	X			X		X

FUENTE: Servicios de Consulta y Hospitalización. Dirección General de Sistema de Información y Estadística. SESPAS. 2002.

En estos cuadros presentamos una relación de los servicios prestados en los Hospitales de referencia regional de los Servicios Regionales de Salud: el primero, con los servicios de hospitalización; el segundo, con los servicios de consulta, y el tercero con los servicios de apoyo diagnóstico. Como podremos apreciar, los hospitales de las regiones con menos población presentan muchos "huecos" en las tablas, lo que quiere decir que esos servicios tendrán que ser prestados por servicios regionales vecinos o

por servicios localizados en Santiago o Santo Domingo, donde se encuentra cobertura para todas las necesidades.

Además, no sólo se trata de determinar donde se encuentran los servicios para organizar esas referencias entre hospitales, sino evaluar el tamaño de los mismos (número de camas, número de consultas, capacidad diagnóstica instalada, etc.), a fin de determinar si son suficientes para atender a la población de su demarcación territorial.

### HOSPITALES REGIONALES (HR) Servicios de Consulta

CONSULTA ESPECIALIDAD	Juan Pablo Pina	José María Cabral y Báez (Univ.)	Infantil Reg. Univ. Dr. Arturo Grullón	San Vicente de Paul	Regional Jaime Mota	Regional Antonio Musa	Reg. Dr. Alejandro Cabral	Regional Luis Bogaert	Luis Morillo King
Medicina General	X	X		X	X	X	X	X	X
Pediatría	X		X	X	X	X	X	X	X
Obstetricia	X	X		X	X	X	X	X	X
Ginecología	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medicina Interna	X	X		X		X	X	X	X
Cardiología	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Venereología	X	X		X	X	X	X	X	X
Gastroenterología	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dermatología	X	X	X	X	X	X	X		X
Endocrinología	X	X	X	X	X	X	X		X
Neumología	X	X	X	X	X	X	X		X
Salud Mental	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Neurología	X	X	X	X	X	X			X
Nefrología	X	X	X	X	X	X			X
Oncología	X	X		X	X	X			X
Nutrición	X	X			X		X		X
Reumatología		X							
Geriatría		X					X		
Infectología	X			X					
Hematología		X	X	X		X	X		
Perinatología	X	X	X	X		X	X		X
Cirugía General	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ortopedia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Odontología	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Urología	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oftalmología	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Otorrino	X	X	X	X	X	X		X	X
Maxilo-facial	X	X	X	X		X			X
Fisiatría	X	X	X	X		X			X
Cirugía Plástica		X	X	X		X			
Neurocirugía		X	X	X	X	X			X
Cirugía Cardiovascular	X	X		X					X
<b>Emergencias</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

FUENTE: Formulario 67-A RED. Dirección General de Sistema de Información. SESPAS. 2002.

## HOSPITALES REGIONALES (HR) Servicios de Apoyo Diagnóstico

OTROS SERVICIOS	Juan Pablo Pina	José María Cabral y Báez (Univ.)	Infantil Reg. Univ. Dr. Arturo Grullón	San Vicente de Paul	Regional Jaime Mota	Regional Antonio Musa	Reg. Dr. Alejandro Cabral	Regional Luis Bogaert	Luis Morillo King
Exam. Patología	X	X	X		X	X	X	X	X
Radiografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sonografía	X	X	X	X	X	X	X		X
Tomografía		X				X			
Resonancia Magnética									
Ecografía	X	X	X				X		X
Fluoroscopia									
Gammagrafía		X							
Mamografía		X		X					
Electrocardiografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Endoscopia		X	X			X	X		
Cistoscopia		X	X				X		
Rectosigmoidoscopia		X					X		
Electroencefalografía		X	X						
Prueba de esfuerzo		X					X		
Laparoscopia		X					X		
Cirugía Mayor	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pruebas de laboratorio	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Transfusiones	X	X	X	X	X	X	X	X	X

FUENTE: Servicios de Consulta y Hospitalización. Dirección General de Sistema de Información y Estadística. SESPAS. 2002.

Todos aquellos servicios de tercer nivel que no existen en muchas de las regiones, se concentran en Santo Domingo (y en algún caso en Santiago). Se hace necesario conocer la distribución y capacidad real de los mismos, tanto para orientar la Referencia Nacional, como para planificar de forma más racional los servicios.

De la misma forma que ocurría en los hospitales Regionales, no todos los hos-

pitales de nivel más especializado cubren todas las eventualidades de salud y, por lo tanto, no debemos hablar tanto de hospitales de referencia Nacional, como de Servicios de Referencia Nacional, que estarán ubicados en uno u otro hospital (y en algunos casos en varios)

Sólo este conocimiento y ordenación nos permitirá una buena planificación de esos recursos tan caros.

### HOSPITALES DE REFERENCIA NACIONAL (HRN) Servicios de Consulta

CONSULTAS ESPECIALIDAD	Luis E. Aybar	Padre Billini	Infantil Robert Reid Cabral	Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	Dario Contreras	Psiquiátrico Padre Billini
Medicina General	X	X			X	X
Pediatría	X		X	X	X	
Obstetricia	X			X		
Ginecología	X	X	X	X		
Medicina Interna	X	X		X	X	
Cardiología	X	X	X	X	X	
Venereología	X	X		X		
Gastroenterología	X	X	X		X	
Dermatología	X	X	X		X	
Endocrinología	X	X	X	X	X	
Neumología	X	X	X		X	
Salud Mental	X	X	X	X	X	X
Neurología	X	X	X	X	X	
Nefrología	X	X	X	X	X	
Oncología	X			X	X	
Nutrición	X				X	
Reumatología	X	X	X		X	
Geriatría	X	X	X			
Infectología	X	X	X			
Hematología	X	X	X	X		
Perinatología	X		X		X	
Cirugía General	X	X			X	
Ortopedia	X				X	
Odontología	X	X	X	X	X	X
Urología	X	X	X	X	X	
Oftalmología	X	X	X		X	
Otorrino	X	X	X		X	
Maxilo-facial	X	X	X		X	
Fisiatría	X	X	X		X	
Cirugía Plástica	X	X	X		X	
Neurocirugía	X	X	X		X	
Cirugía Cardiovascular	X	X			X	
<b>Emergencias</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

FUENTE: Formulario 67-A RED. Dirección General de Sistema de Información. SESPAS. 2002. NOTA: Los hospitales Plaza de la Salud, Maternidad San Lorenzo de Los Mina y Francisco Moscoso Puello, no reportaron datos.

## HOSPITALES DE REFERENCIA NACIONAL (HRN) Servicios de Apoyo Diagnóstico

OTROS SERVICIOS	Luis E. Aybar	Padre Billini	Infantil Robert Reid Cabral	Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia	Dario Contreras	Psiquiátrico Padre Billini	Hospital San Lorenzo Los Mina
Exam. Patología		X	X	X	X		X
Radiografía	X	X	X	X	X		X
Sonografía	X	X	X		X		X
Tomografía					X		
Resonancia Magnética	X						
Ecografía	X		X				
Fluoroscopia							
Gammagrafía							
Mamografía	X						X
Electrocardiografía	X	X	X	X	X		X
Endoscopia		X					
Cistoscopia		X					
Rectosigmoidoscopia	X	X					
Electroencefalografía	X		X		X		
Prueba de esfuerzo							
Laparoscopia				X			X
Cirugía Mayor	X	X	X	X	X		X
Pruebas de laboratorio	X	X	X	X	X	X	X
Transfusiones	X	X	X	X	X		X

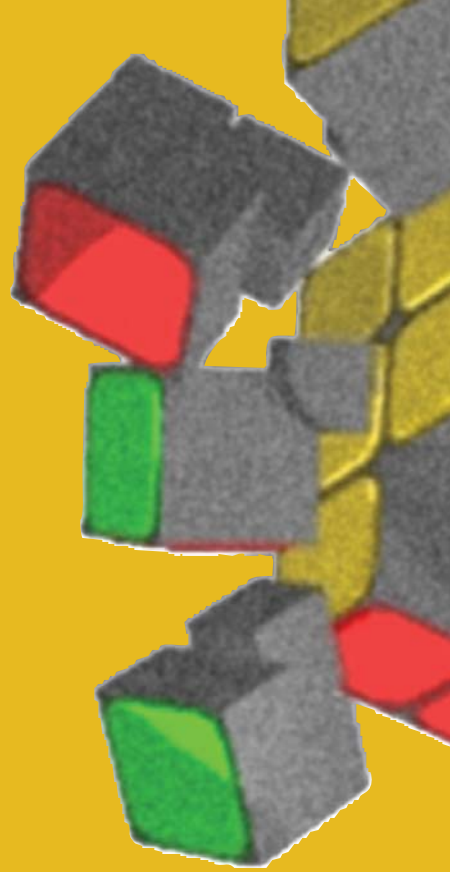
**FUENTE:** Servicio de Consulta y Hospitalización. Dirección General de Sistema de Información y Estadística. SESPAS. **NOTA:** Los hospitales Plaza de la Salud y Francisco Moscoso Puello, no reportaron datos.

También en el nivel nacional encontramos una situación similar en cuanto al hecho de que no todos los servicios existen en todos los Hospitales ubicados en Santo Domingo o Santiago, donde se concentra la mas alta especialización. De hecho la especialización conlleva la diferenciación y la existencia de centros "especializados" sólo en determinados servicios.

Por ello en este nivel de referencia más elevado de la pirámide asistencial, no se debe hablar de Hospitales de Referencia Nacional, sino de Servicios de Referencia, y la cuestión es determinar dónde (en que hospitales y centros) están esos servicios, qué capacidad tienen, a qué usuarios van a atender (referidos de dónde), bajo qué compromiso de gestión se rige esa prestación, y cómo van a ser facturados esos servicios.

Esta situación requiere de una Planificación específica para el Servicio Regional de Santo Domingo (y también para el de Santiago), y de una adaptación reglamentaria particular acorde con la situación y las necesidades.





# CAPÍTULO 6

## LA ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS

La atención de las emergencias requiere un apartado particular, por su importancia y trascendencia y porque ha de ser objeto de una programación específica que aborde su tratamiento en todos los niveles organizativos y asistenciales del servicio Nacional de Salud

### ¿Cómo se organiza la atención a las emergencias en los Distritos de Atención Primaria?

Todos los Distritos Asistenciales organizarán, a través de sus Equipos de Atención Primaria, un servicio de atención a las emergencias de sus beneficiarios durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

La ubicación preferente de la atención a las emergencias durante el horario de cierre de las estructuras sanitarias de Atención Primaria, será el mismo Centro donde se reúnen con carácter habitual los profesionales de Atención Primaria.

De entre los profesionales del Equipo de Atención Primaria del Distrito se elegirá uno: que ejerza de Responsable o Jefe de Emergencias, que organizará los recursos humanos y materiales del centro para asegurar una respuesta inmediata a las emergencias que se presenten.

En todos los Centros de Atención de nivel primario y especializado de baja complejidad, existirá un sistema organizado y protocolizado de atención a las emergencias que pudieran producirse durante su horario de apertura habitual, bajo la supervisión de un profesional médico.

Todos los Responsables o Jefes de Emergencias de Distrito laborarán bajo coordinación funcional y relación jerárquica del Jefe de Emergencias del Área Sanitaria, de forma que existan unos criterios homogéneos y protocolizados de atención, derivación y recepción, en caso necesario, de las emergencias al nivel hospitalario de Área.

### ¿Y en el nivel del Área?

El Hospital de Área organizará un sistema específico de atención a las emergencias, a ser posible de acceso fácil, independiente y unívoco. Dicho sistema estará organizado de forma que permita una selección inicial de las emergencias por criterios de gravedad y que garantice la adecuación entre la magnitud del problema y la rapidez de la respuesta clínica al mismo.

El Hospital contará con un Coordinador Responsable del Área de Emergencias, encargado de organizarla funcionalmente y del que dependerán jerárquicamente todos los profesionales que ejerzan específicamente en la misma.

Además, en todos los Hospitales existirá un Jefe de Guardia, nombrado según las disposiciones del Reglamento General de Hospitales, que se responsabilizará del funcionamiento del mismo durante el horario no habitual, y, de que todos los profesionales de atención especializada del hospital que apoyan al servicio de emergencias de puerta estén presentes, según los turnos acordados, y acudan con prontitud cuando así se solicite, por necesidades de apoyo diagnóstico-terapéutico desde los servicios de emergencia de puerta de Hospital.

En todas las Áreas de Salud existirá un Jefe de Emergencias de Área de Salud, que será el responsable de la coordinación de todos los recursos empleados en la atención a la emergencia a ese nivel. Su designación recaerá sobre un profesional médico experto en emergencias, designado por el Gerente del Área, del que dependerá directamente, y se ubicará en una estructura específica, a modo de Centro Coordinador de Emergencias, de la Gerencia del Área. Juega un papel fundamental en las tareas de asignación racional de los recursos humanos y de transporte sanitario, así como en la coordinación de flujos de pacientes entre Centros en función de criterios de rapidez y disponibilidad de recursos.



## Centro Coordinador de Atención a la Emergencia (Regional)

Los Jefes de Emergencias de Área Sanitaria se incorporarán y formarán parte de un *Centro Coordinador de Atención a las Emergencias (teléfono único) de carácter Regional*, cuando se produzca su puesta en marcha, y en las condiciones funcionales y jerárquicas que se estipulen en su estatuto organizativo.

## Planes de Emergencias

Con la intención de abordar eficazmente situaciones imprevistas de catástrofe, el Jefe de Área de Emergencias será el responsable de diseñar un Plan de Emergencias Integrado en el que participen todos los Centros Asistenciales del Área.

Dicho Plan deberá incorporar al menos una simulación anual que garantice un entrenamiento de los profesionales capaz de obtener niveles de eficacia y respuesta adecuados

## El transporte de las emergencias

El transporte sanitario de los beneficiarios que presenten una emergencia y deban ser referidos desde un nivel a otro de superior complejidad se realizará bajo la decisión responsable del profesional médico que atiende la emergencia.

Para ello se emplearán los medios que disponga la Dirección del Área de Salud, en virtud de medios propios y / o de los Contratos que en un futuro establezca la Gerencia Regional con las empresas públicas o privadas de transporte, siguiendo criterios de accesibilidad, disponibilidad financiera y costo-utilidad, que serán de obligado cumplimiento en todo su territorio.

El criterio de accesibilidad a los centros de atención pri-

maria donde se preste la atención de emergencia no deberá nunca superar, en lo posible, los 30 minutos por medios de locomoción rodada.

Así mismo, los Hospitales de Referencia de Área para la atención de emergencias de elevado nivel de complejidad, no estarán nunca a más de una (1) hora de desplazamiento de los centros primarios, por medios de locomoción rodada y transporte sanitario

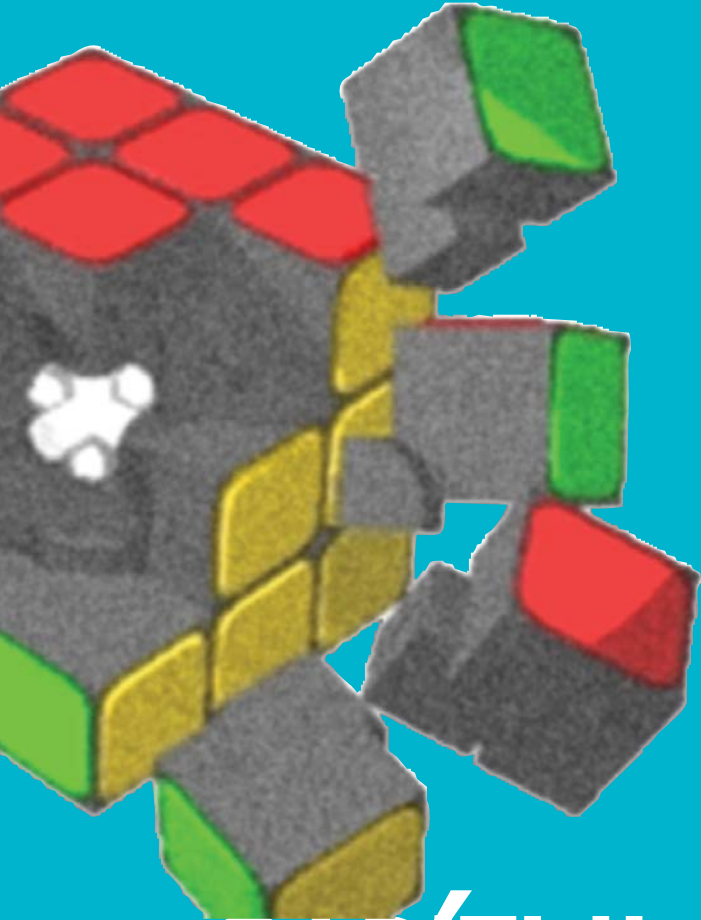
## El Registro de las emergencias

Todos los Centros Asistenciales dónde se atiendan emergencias contarán con un registro de las mismas.

En cualquier caso, siempre que se preste atención a una emergencia se entregará al beneficiario o acompañante, si este no estuviese en condiciones de hacerse cargo, un informe médico de la atención prestada.

Igualmente, siempre que haya que producirse una referencia del beneficiario afectado de una emergencia a un nivel asistencial superior, se acompañará de una copia del informe médico de la atención prestada, en el que figure el motivo que justifica la misma.





# CAPÍTULO 7

LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS

Los profesionales con ejercicio en el nivel de atención primaria organizarán su prestación siguiendo una estrategia de servicios, entendidos como actividades desarrolladas o fomentadas por ellos y destinadas a atender un problema de salud individual o satisfacer una demanda de salud individual.

### Atención a los usuarios en los Centros de Atención Primaria. La Cartera de Servicios

Estos servicios dirigidos a la atención de los beneficiarios, constituirán la Cartera de Servicios de las Unidades y Equipos de Atención Primaria, y han de presentar dos características básicas: ser comprensibles para la población beneficiaria y ser evaluables.

La Cartera de Servicios de las Unidades y Equipos de Atención Primaria y sus indicadores de evaluación se incluirán siempre en los Acuerdos de Gestión Clínica que se firmen con la Subdirección de Atención Primaria, pues son la expresión cuantitativa y cualitativa de la oferta que se hace a los usuarios (uso potencial) y de su demanda (uso real), permitiendo diferenciar e incentivar el volumen de actividad que realiza cada Unidad y Equipo de Atención.

En principio, y sin que suponga ninguna contradicción con el listado de prestaciones que emane del Consejo Nacional de la Seguridad Social, la Cartera de Servicios de las Unidades y Equipos de Atención Primaria y sus indicadores de evaluación, serán definidos por la Gerencia del Servicio Regional de Salud, de forma que puedan garantizarse:

1. Su coherencia y convergencia con los objetivos de salud definidos por la Autoridad Sanitaria y establecidos en el Acuerdo Marco con ella.
2. La uniformidad y homogeneidad de su evaluación, para que los resultados puedan ser agregables territorialmente y comparables entre las diferentes Unidades y Equipos.

El listado básico de servicios, ampliable a medida que se cumplan los criterios anteriores, relacionado directamente con el Plan Básico de Salud, que deberá prestar toda Unidad de Atención Primaria es:

- » Atención Sanitaria en Consulta (sea esta a demanda y/o programada previamente, en el centro o a domicilio del beneficiario), que incluye consulta médica (de medicina general / de familia y de pediatría) y servicios de enfermería (curas, inyectables, pruebas, consejos individuales, etc.).
- » Planificación Familiar y evitación de embarazos no deseados (prevención del aborto provocado).
- » Atención a la Embarazada: seguimiento del embarazo normal, educación materna, atención en el puerperio.
- » Atención al Niño Sano: detección precoz de metabolopatías, vacunación infantil, y seguimiento de la salud infantil hasta los 14 años.
- » Odontología: tratamiento de procesos agudos. Salud buco-dental a niños (sellados, obturaciones).
- » Atención a domicilio de beneficiarios afectados de problemas terminales, inválidos, y / o ancianos de alto riesgo.
- » Atención a beneficiarios afectados de problemas crónicos: desnutrición, hipertensión, diabetes, asma, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquemia, etc.
- » Atención de beneficiarios afectados de infecciones graves: TBC, VIH / SIDA, Malaria, Paludismo, etc.
- » Vacunaciones en los adultos de riesgo alto: Gripe, Tétanos, etc.
- » Cirugía Menor (uña encarnada, verrugas, etc.)
- » Salud Mental (drogadicción, consumo excesivo de alcohol, trastornos psico-afectivos, etc.)

Las Unidades de Atención Primaria sustentarán los servicios que ofertan en guías de práctica clínica o protocolos que recojan las evidencias científicas de sus intervenciones.

Aplicarán, así mismo, las técnicas específicas de trabajo en atención primaria: análisis de situación, sistema de priorización, y una programación / organización integradora de las actividades que han de realizar para implantar su estrategia de servicios y obtener los mejores resultados posibles de calidad, cobertura, salud y satisfacción de sus beneficiarios.

## Atención a los usuarios en los Hospitales

Los Hospitales del Servicio Regional de Salud, independientemente del nivel de complejidad, se organizarán por líneas de producto, para cada una de las cuales establecerán sus servicios estructurales.

*Las consultas externas*, además de dar respuesta a su propia demanda (segundas consultas o demanda inducida), actuará como referente de la atención primaria cuando esta lo solicite por haberse superado su capacidad de resolución (primeras consultas). Cada Servicio Hospitalario coordinará e integrará en una sola línea de producción toda la oferta de consultas externas, independientemente de su nivel de complejidad.

*El internamiento*, atenderá la demanda que se produzca desde la emergencia, la propia y, en algún caso, la derivada justificadamente desde atención primaria. Se subdividirá en:

- Materno - Infantil, que integra los pacientes procedentes de ambas áreas.
- Médica, que integra los paciente procedentes de las especialidades y subespecialidades médicas.
- Médico - quirúrgica, que absorbe los pacientes procedentes de áreas funcionales (neumología - cirugía torácica, neurología - neurocirugía, etc.)

Los Servicios estructurales de cada Hospital dependerán

de su nivel de complejidad, si bien se tratará siempre de que no se produzcan duplicidades de servicios entre niveles similares o entre un nivel inferior y otro superior.

En la medida en que se desarrollen los sistemas de información sobre producción, se procederá a definir la **Cartera de Servicios del Hospital** no tanto por estructura como en función de los procesos y procedimientos que preste cada Servicio estructural y, por adición, todo el Hospital.

De esta forma se podrán evitar efectivamente solapamientos en la atención de internamiento prestada a los beneficiarios y desarrollar la atención de cada proceso y / o procedimiento en el nivel más bajo de costo efectivo, pudiendo evaluar la eficiencia económica de los recursos.

*Los servicios centrales*; laboratorio, radiodiagnóstico, medicina preventiva, farmacia, rehabilitación, etc. se organizarán también por criterios de costo-utilidad, evitando duplicidades y estableciendo políticas de evaluación y control de calidad sobre sus productos y las demandas que reciban (control de variabilidad-demoras de sus resultados, y, adecuación y pertinencia de las peticiones; respectivamente).

El catálogo de pruebas de los servicios centrales junto con las pruebas funcionales (endoscopias de todo tipo, espirometrías, etc.) que se realicen en el Hospital, estarán accesibles, previo acuerdo entre las Unidades de Atención Primaria, los Servicios de Atención Especializada y los Centros de Gestión, a los profesionales de los dos niveles, con la finalidad de alcanzar la máxima capacidad de disponibilidad, y evitar duplicidad de solicitudes y costos innecesarios derivados de las mismas.

*Los servicios básicos*; limpieza, seguridad, mantenimiento, hostelería, etc., podrán gestionarse por el Hospital o por Contratos con Empresas Externas, cuando la relación calidad-costos o la aplicación de economías de escala sea capaz de garantizar la adecuada prestación de estos servicios a costos iguales o menores que los actuales.

## La información a los usuarios

Los servicios de atención e información a los usuarios tendrán la consideración de claves y relevantes en la organización, al constituirse muchas veces en la imagen del Servicio Regional de Salud.

Sus directrices de organización y funcionamiento emanarán directamente de la Dirección de Imagen a nivel Regional.

De forma progresiva, y en la medida que los recursos lo permitan, se instaurarán las siguientes líneas de desarrollo global:

1. Elaboración de un Manual de Procedimientos administrativos.
2. Elaboración e implementación de una Encuesta de Satisfacción de los beneficiarios con los servicios recibidos.
3. Elaboración e implementación de un Código Ético, que incluya:
  - a. Principios y valores éticos para profesionales y usuarios.
  - b. Normas de relación con el usuario.
  - c. Normalización de la vestimenta y de la identificación del personal
- d. Normalización de los espacios de atención al usuario, para garantizar el respeto a su dignidad e intimidad.
4. Un sistema normalizado de referencia de documentos clínicos y solicitud de citas entre niveles asistenciales e intra nivel asistencial.

En los Centros Asistenciales que atiendan a más de 20,000 personas, deberá existir una unidad administrativa integrada por, al menos, un auxiliar administrativo, que funcionará durante el horario normal. La dimensión del resto de Unidades Administrativas se adaptará a las características de cada tipo de estructura asistencial y a la demanda de beneficiarios que soporten.

En el nivel de atención primaria y de atención especializada de baja complejidad, además de las funciones de información personal y telefónica sobre oferta y organización de los servicios y prestaciones, y de organizar el archivo de documentos clínicos, deberán:

- Responsabilizarse del sistema de cita, flujo de pacientes, y de la referencia de pacientes y muestras entre niveles asistenciales.
- Verificar el derecho a la asistencia.

## 7.2

### EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Todos los Hospitales de Área tendrán un Servicio de Atención al Paciente, dónde este pueda expresar y tramitar sus quejas, reclamaciones, y realizar la gestión de algunas prestaciones (transporte sanitario, prótesis, etc). Se encargará también de realizar la encuesta de satisfacción de los beneficiarios, al menos con periodicidad anual.

El responsable de este servicio dependerá del Director del Hospital.

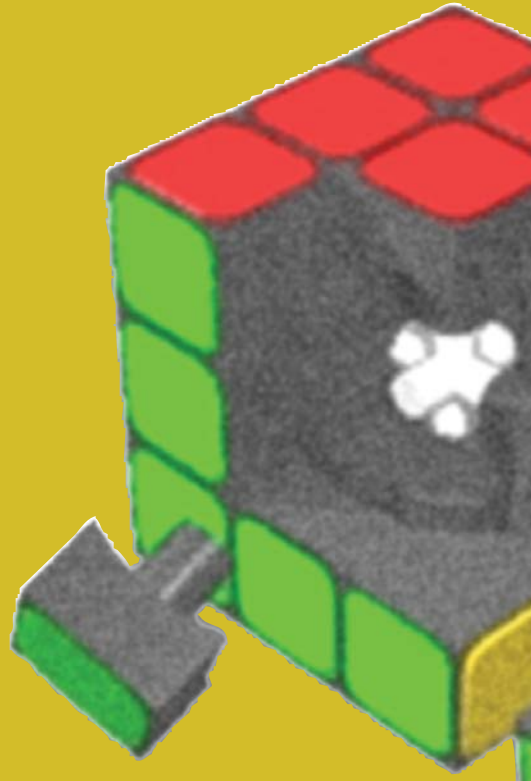
Todas las actividades de gestión de reclamaciones, quejas, evaluación de la satisfacción del usuario, gestión de derechos y prestaciones, evaluación de las unidades admi-

nistrativas de los Centros Asistenciales, etc, desarrolladas en los Centros del nivel de Atención Primaria, se coordinarán desde una estructura específica ubicada en la Subdirección de Atención Primaria, de cuyo Subdirector dependerá jerárquicamente.

La Dirección del Área de Salud, y todas las estructuras de Gestión de Recursos y de Gestión Clínica en sus diferentes niveles de complejidad de ella dependientes, colaborarán activa y coordinadamente en la prestación de servicios de atención a los problemas de salud de carácter colectivo relacionados con las funciones esenciales de Salud Pública.

# CAPÍTULO 8

## EL SISTEMA DE INFORMACIÓN



## LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DE REFERENCIA ENTRE CENTROS ASISTENCIALES

### Un sistema único y homogéneo

La información relevante para el correcto desarrollo de la gestión de la provisión de servicios de salud a las personas, tendrá carácter corporativo, es decir, formará parte de un Sistema de Información único, homogéneo y automatizado para todos los centros y niveles del Servicio Nacional de Salud. Este Sistema Integrado de Información para la Gestión, estará constituido por cuatro subsistemas:

- La Información de Actividad y Producción
- La Información de Finanzas.
- La Información del Beneficiario.
- La Cartera de Beneficiarios.

#### **El Subsistema de Información de Actividad y Producción,**

al menos recogerá, para cada nivel asistencial y línea de producción (consulta, internamiento, centros de diagnóstico, atención domiciliaria, atención urgente) lo siguiente:

- a. *Los datos de actividades esenciales: pacientes atendidos y pacientes derivados a otros niveles o estructuras asistenciales, actividad quirúrgica (desagregada según se trate de: urgente, programada con internamiento, o, programada ambulatoria).*
- b. *Cobertura de cada Servicio de la Cartera de Servicios expresada en pacientes atendidos en cada servicio, en el caso de las Unidades de Atención Primaria.*
- c. *Altas Hospitalarias por Servicio, en el caso de la atención hospitalaria.*
- d. *Pacientes y procesos de especial relevancia por gravedad, y que pueden ser víctimas de selección adversa: VIH / SIDA, fibrosis quística, insuficiencia renal o hepática, procesos tributarios de trasplante, diálisis, medicaciones especiales, etc.*

#### **El Subsistema de Información Financiera**

recogerá y monitorizará, para cada Centro del sistema y partida y/o programa financiero-presupuestario, como mínimo:

- a. *Los ingresos (propios y por facturación a terceros).*
- b. *El seguimiento periódico de gastos y las provisiones de cierre.*
- c. *La monitorización específica de los principales conceptos de gasto variable: guardias / sustituciones-contratos de personal, farmacia (sobre todo en medicamentos especiales: retrovirales, medicación compasiva, etc., de muy elevado costo y especial relevancia por criterios de equidad), gastos de luz, teléfono, alquileres, etc.*
- d. *La monitorización específica del costo de algunos procesos, procedimientos, y, artículos, de costo muy elevado (ciertos tipos de cáncer, diálisis renal, trasplantes, cirugía traumatológica, prótesis de cadera; por citar algunos ejemplos).*
- e. *Los gastos en inversiones y equipos.*
- f. *Otros que se determinen en función de su especial impacto sobre la sostenibilidad de los Centros y del Sistema.*



El **Subsistema de información del beneficiario** recogerá como mínimo:

- a. *Sus quejas y reclamaciones.*
- b. *Los resultados de la encuesta de satisfacción con los servicios recibidos y el respeto a sus derechos y dignidad.*
- c. *Los resultados asistenciales de los Centros: fundamentalmente en lo referente a mortalidad y complicaciones evitables.*
- d. *Las demoras en la oferta de servicios, especialmente para procesos quirúrgicos, atención en consulta externa especializada y / o procedimientos diagnósticos. En este sentido, se monitorizará específicamente toda demora asistencial que afecte directa e inmediatamente a la supervivencia del beneficiario.*

La **Cartera de Beneficiarios** del Servicio Regional de Salud recoge, por cada uno de sus Centros, la relación nominal de beneficiarios a los que se ha prestado servicio. Conformar una base de datos única, para evitar duplicidades, que será gestionada directamente desde la Gerencia Regional (Dirección Asistencial y de Recursos) y alimentada desde los Centros de Gestión del Área de Salud (Subdirecciones de Atención Primaria y Especializada, desde sus Áreas de Atención al Beneficiario), que dispondrán de sus datos de forma periódica y actualizada. Su utilidad es:

- Conocer los beneficiarios a los que se presta efectivamente servicio y valorar su opinión y satisfacción con el mismo.
- Reubicar eficientemente los recursos para su atención.

- Incentivar a las Unidades de Atención según su capacidad de atracción y fidelización.
- Evaluar y mejorar la función de puerta de entrada real al Servicio Regional de Salud.
- Justificar los ingresos por prestación del Plan Básico, y, facturar cuando sea pertinente las prestaciones a terceros, no incluidas en el mismo.

El Sistema de Compromisos de Gestión por el que se rige la gestión del Servicio Regional de Salud, tendrá su expresión coherente en el Sistema de Información.

En este sentido, el Sistema de Información se conformará para que sus diferentes Subsistemas den cumplida respuesta a los contenidos establecidos en el modelo de prestación de servicios y a las respectivas salidas de información para cada usuario del sistema, que en orden creciente según los niveles de gestión, son fundamentalmente:

- Dirección de Área (Acuerdos de Gestión Clínica con las Unidades de Atención).
- Gerencia Regional (Contratos de Gestión con las Gerencias de Área y los Hospitales de Referencia).
- Autoridad Sanitaria (Acuerdo Marco con la Gerencia del Servicio Regional de Salud).

La Gerencia del Servicio Regional de Salud establecerá las normas oportunas para que todos los profesionales y Centros que lo conforman den cumplida respuesta, en tiempo, forma y contenido al Sistema de Declaración de las Enfermedades Obligatorias establecido por la Autoridad Sanitaria.

## El papel fundamental de la Historia Clínica

La Historia Clínica se considera el soporte básico y elemental de todo el sistema de información clínico. Su cumplimiento tiene un carácter obligatorio para todos los profesionales del Servicio de Salud, independientemente del nivel asistencial en el que ejerzan.

Los documentos que la conforman serán, al menos, una carpeta que recoja los datos de identificación del beneficiario, sus antecedentes personales y familiares; un resumen de sus problemas de salud. Dentro de esta carpeta se introducirán las Hojas de Evolución que recojan para cada visita / consulta, los datos principales de anamnesis, exploración, juicio clínico, prescripción o solicitud de pruebas complementarias y/o referencia a otros niveles y sus resultados, cuando se obtengan, que se consideren clínicamente significativos para el proceso por el que está siendo atendido.

Es un derecho del usuario la recogida de sus problemas de salud individual en la Historia Clínica, de los que recibirá un informe resumido y clínicamente significativo, cuando lo solicite con motivo de su referencia o atención por otro profesional con ejercicio en un Centro Sanitario propio o ajeno al Servicio de Salud.

## La Ficha Familiar

Así como la Historia Clínica se considera el soporte básico para el sistema de información concerniente a los aspectos clínicos y es obligatoria para todos los niveles del servicio de salud, la Ficha familiar se considera el soporte básico para el sistema de información concerniente a los aspectos comunitarios y de población y será obligatoria en el primer nivel de atención.

## El sistema de Referencia y Contrarreferencia

Recordemos que en nuestro modelo en red este sistema constituía lo que llamábamos "hilos conductores" del sistema. Es el elemento que da continuidad e integralidad a la red. Sin él no circula la "energía" y no hay "conexiones" posibles.

La referencia de un beneficiario entre los profesionales de los diferentes niveles del sistema se produce con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención y la solución de los problemas de salud en el nivel de capacidad adecuada. Este proceso se acompañará de un formulario de referencia completado y de uno de contrarreferencia en blanco, que será adjuntado a la Historia Clínica del beneficiario por los Servicios de Admisión del Centro al que se produzca la referencia.

Una vez resuelto el problema que motivó la referencia, el médico tratante completará el formulario de contrarreferencia y se lo entregará al paciente para que acuda al profesional o servicio de origen, donde se adjuntará a su Historia Clínica.

De la misma manera se procederá cuando se trate de la remisión de pacientes o muestras a servicios de apoyo diagnóstico con el fin de completar o comprobar un diagnóstico.

En este caso, serán los resultados de las pruebas realizadas, y, una interpretación, si correspondiera por la especificidad o complejidad de la prueba o pruebas realizadas, o, porque así lo requiriese el profesional que realiza la referencia, los que figuren o se adjunten al formulario de contrarreferencia.

## El Sistema de Información Gerencial y de Vigilancia Epidemiológica (SIG-VE)

La Ley General de Salud encomienda a la SESPAS el diseño y elaboración de un Sistema de Información Gerencial y Vigilancia Epidemiológica (SIG-VE), al que se integren todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. También le encomienda la reglamentación pertinente sobre la información y el SIG-VE, aún pendiente.

## EL Sistema de Información Geográfico para la Salud (SIGpaS)

La SESPAS ha desarrollado un Sistema de Información Geográfica, que permite la utilización de una serie de aplicaciones útiles para el tratamiento y visualización de los datos y fundamental para la planificación de los recursos.

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) son un conjunto de recursos que incluyen equipos informáticos, profesionales y programas de computadora. En general se puede decir que su característica más esencial es que manejan bases de datos de indicadores (p.e. de mortalidad, de enfermedades, o de frecuencia de uso de un servicio o programa, etc.) e información geográfica, como carreteras, límites de municipios, de localización de clínicas, etc., con la peculiaridad de que ambos tipos de información están conectados, de forma que podemos conocer la posición geográfica de la clínica, la zona o el hospital donde se ha producido la enfermedad o la cesárea o el indicador que deseamos. A esto le llamamos información "geoposicionada". El programa informático del SIG "mezcla" la información de los indicadores "geoposicionados" con la información geográfica y da un mapa como resultado. O mejor, una gran variedad de mapas, que pueden verse en la pantalla de una computadora o imprimirse en un papel. No obstante la creación de mapas de calidad exige un trabajo especializado que se realiza a partir de los mapas en bruto que genera el SIG.

En general puede decirse que la información geográfica está estructurada en "capas" de información que podemos ir superponiendo una encima de la otra, como cuando se coloca una transparencia de proyección sobre otra. Podemos poner una "capa" que contenga los límites provinciales y encima otra en la que estén las capitales de cada provincia, y encima otra con los nombres de esas capitales, de forma que en la proyección sobre la pantalla veamos las tres capas integradas con los límites, la ubicación de las ciudades y la "etiqueta" con el nombre de cada una. Toda esta información, además, está conectada con un número de código a la información de indicadores provinciales. Este manejo, conectando la geografía y las bases de datos, constituye la mecánica esencial del SIG.

Los grandes avances en el campo de la informática y de otras tecnologías como la del geoposicionamiento por satélites con Global Positioning System (GPS), o las fotografías de satélite, han dado un gran empuje a estos SIG que cada vez son más utilizados en campos muy diversos de la vida social.

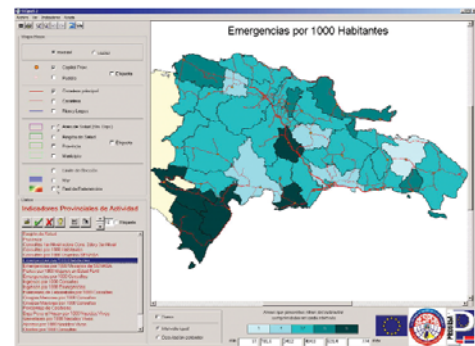
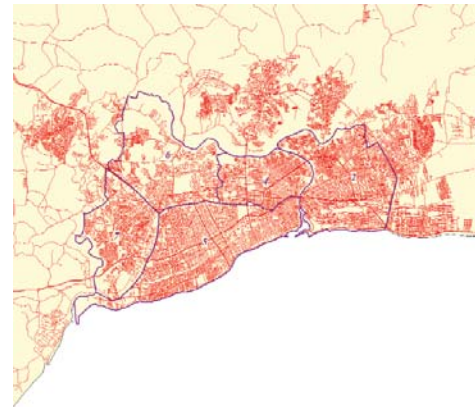
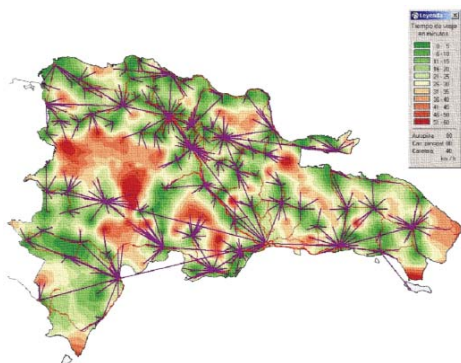
Los SIG tienen un conjunto de aplicaciones que ya se están utilizando de forma habitual en el campo del Sector de la Salud. Algunas de las más importantes son:

- 1) El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de los diferentes territorios,
- 2) La Vigilancia Epidemiológica y análisis de los patrones de distribución espacial de los problemas de salud.
- 3) El estudio de la distribución de las desigualdades de salud con base territorial..
- 4) El estudio de los determinantes ambientales sobre la situación de salud.
- 5) La planificación de los Programas, Recursos y Servicios de Salud. La ubicación de determinados recursos (como rayos X, un quirófano, una UCI, una

ambulancia...etc.) al estar posicionada geográficamente, permite calcular por ejemplo las poblaciones que quedan lejos en kilómetros o en tiempo de viaje de determinado servicio o recurso.

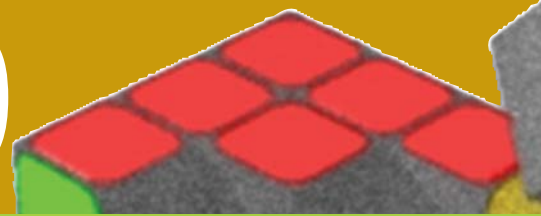
- 6) Almacén de datos para hacerlos fácilmente accesibles a los interesados.
- 7) La ubicación de las "Carteras de Servicios y Prestaciones" que tenga cada hospital o centro de atención primaria.
- 8) La evaluación y el diseño de Políticas, al poder medir el impacto de una determinada política en la distribución espacial y temporal (cuando se dispone de datos de varios años de evolución).

SIgpaS, es un Sistema de Información Geográfica y se ha preparado como un componente del Sistema de Información de la SESPAS, que está en el "Lugar de Encuentro" entre el resto de los componentes del SIS, concentrando informaciones de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, Información de Gestión de los Centros Asistenciales, información procedente de los Programas Nacionales, de los Recursos Humanos, de los recursos de equipamiento, de población, de variables socioeconómicas..., etc.



# CAPÍTULO 9

## LA HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS



### Importancia de la Habilitación

Las leyes (Ley 42-01 y Ley 87-01) atribuyen un papel de importancia creciente y fundamental a la habilitación y acreditación de instituciones (de provisión de servicios, de salud pública y farmacéutica). Veamos las definiciones de estos conceptos nuevos en la SESPAS.

#### HABILITACIÓN

**Proceso mediante el cual la SESPAS autoriza la instalación ò modificación y el funcionamiento de centros, servicios y establecimientos de salud.**

#### ACREDITACIÓN

**Proceso mediante el cual la SESPAS homologa, según nivel de complejidad, a centros, establecimientos e instituciones prestadoras de servicios sanitarios, asegurando que reúnen los requisitos de infraestructura, equipamiento y calidad de servicio, necesarios para ofertar servicios en el ámbito de la financiación pública.**

La Ley General de Salud ordena reglamentar la habilitación en sus artículos 99 y 100. La Ley de Seguridad Social atribuye a la SESPAS la habilitación de las entidades Prestadoras de Servicios de la Seguridad Social (PSS), sean públicas o privadas y ordena la reglamentación correspondiente.

La importancia que cobra este instrumento en la reforma y en el modelo de prestación de servicios es fundamental. *La Habilitación es la llave que abre la prestación de servicios*; y es el instrumento para garantizar las mínimas condiciones estructurales para la calidad de los mismos.

## LA UNIDAD (DIRECCIÓN GENERAL) DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN

La importancia de estos procesos es de tal magnitud que se ha considerado que para el desarrollo de estas acciones se hace necesaria la creación de una Unidad de Habilitación y Acreditación dentro del modelo organizativo de la SESPAS, con rango de Departamento o Dirección General.

Así la Unidad de Habilitación y Acreditación viene a dotar a la Autoridad Sanitaria de:

1. Un instrumento indispensable para hacer más eficaz la separación de funciones.
2. La Autorización Administrativa (habilitación) dará al sistema de salud, público y privado, un nivel mínimo y homogéneo de calidad que será el escalón previo para la acreditación.
3. Un Registro Nacional de Instituciones de salud, en el que se incluirán de oficio los centros, servicios y establecimientos sanitarios previamente habilitados.

4. Fichero de proveedores de servicios de salud lo que facilitará al Organismo Financiador la compra de servicios, con la seguridad de que han sido seleccionados con un mismo patrón de referencia

La unidad debe situarse no más arriba del tercer escalón en el organigrama de la SESPAS, por lo que debe poseer el rango de **Dirección General**. De esta forma el Director General **instruye** el proceso, el Subsecretario **dicta la resolución** (habilita), las Instituciones tienen la posibilidad de recurrir (**recurso de amparo**) a un escalón mas arriba, el Secretario de Estado, que **resuelve el recurso**.

La Unidad de Habilitación fue creada mediante Resolución de la Secretaria de Estado (SESPAS) con rango de Dirección General, en el mes de Octubre de 2001. La Unidad de Habilitación esta funcionando adscrita a la Subsecretaría Técnica.

## EL REGLAMENTO DE HABILITACIÓN

La creación de la Unidad de Habilitación hizo necesaria la reglamentación de todo el proceso que implica, por lo que se elaboraron las "Normas generales para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud".

Este Reglamento establece "Normas Generales" y deberá ser desarrollado por la Unidad de Habilitación (Dirección General) mediante "Normas Particulares"

Dicho reglamento se estructura de la forma siguiente:

### NORMAS GENERALES PARA LA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD

#### Contenido:

- |   |   |
|---|---|
| ● Concepto  | Habilitación  |
| ● Establecimientos de salud                             | ● Facultades de Inspección y Supervisión. Sanciones |
| ● Autoridades sanitarias                                | ● Registro Nacional de establecimientos de Salud    |
| ● Condiciones y requisitos para obtener la habilitación | ● Contribuciones                                    |
| ● Procedimiento de                                      |   |

Este proceso es una nueva contribución a la claridad ya que clasifica, aunque de manera todavía muy simple, los tipos de establecimientos de salud.

Además, establece la autoridad en la materia, los niveles administrativos de desenvolvimiento del proceso, los requisitos legales para las autorizaciones, los tipos de autorizaciones, los mecanismos de inspección, las sanciones y crea un instrumento extremadamente útil para la gestión general de la prestación: el registro Nacional de establecimientos de salud.

La habilitación de establecimientos viene a establecer unas condiciones mínimas y normas básicas para el funcionamiento de los mismos y, por tanto, introduce racionalidad y transparencia y combate el fraude y la falta de ética. No obstante para su correcto funcionamiento se requiere un sector progresivamente homogéneo y organizado.

Es una **pieza** importantísima del modelo de prestación de servicios, pero todavía faltan elementos de equivalente importancia por colocar en el tablero. Solo cuando hayamos colocado estas piezas fundamentales podremos planificar y gestionar correctamente.

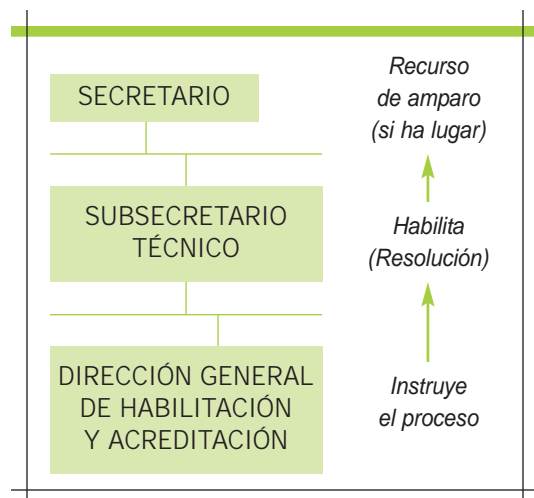
## ¿Cuáles son los establecimientos de salud?

Se ofrece un listado exhaustivo de tipos de establecimientos y servicios, intentando abarcar todos aquellos, públicos y privados, que tienen relación con la producción de servicios de salud de cualquier tipo.

No profundiza, sin embargo, en la categorización, codificación y nomenclatura de tales establecimientos y servicios, siendo este aspecto uno de los primeros a normar por la Unidad de Habilitación dentro de su función de desarrollo de "Normas Particulares".

## ¿Quién es la Autoridad Sanitaria para la Habilitación?

Ya se comentó en el apartado de organización de la Unidad de Habilitación, y podemos apreciar en el esquema que sigue, la jerarquía del proceso y los niveles de decisión del mismo.



## Condiciones y requisitos para obtener la Habilitación

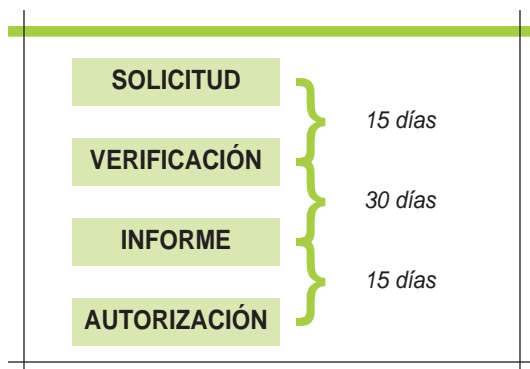
El reglamento establece unas condiciones mínimas en diferentes ámbitos, a ser tomadas en cuenta por la SESPAS. Las condiciones mínimas se establecen en lo referente a:

- Planta física e infraestructura
- Documentos de la construcción
- Recursos materiales
- Documentación legal
- Información al público
- Gestión administrativa y técnica
- Seguridad e higiene laboral
- Gestión medioambiental



## Proceso de Habilitación

El proceso es, en síntesis el siguiente:



En caso de denegación se dará un plazo para subsanar los defectos y se abrirá un nuevo periodo para la habilitación.

La Dirección de Habilitación deberá coordinar las visitas de supervisión e inspección, independientemente de que los inspectores o supervisores pertenezcan a otros departamentos.

## El Registro Nacional de Establecimientos

Será el Registro de los expedientes de altas, bajas e incidencias, y estará bajo la responsabilidad de la Subsecretaría Técnica.

Mientras se completa el diseño y se normaliza, y mientras se consolidan las nuevas estructuras, se ha procedido a una Habilitación transitoria de los establecimientos de salud de la SESPAS.





# CAPÍTULO 10

LA RECURSOS HUMANOS

## Introducción

La Constitución de República Dominicana establece que la finalidad principal del Estado es la protección efectiva de los derechos de la persona y el mantenimiento de los medios que le permitan perfeccionarse progresivamente dentro de un orden de libertad individual y de justicia social, compatible con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos.

En el país se inició una profunda reforma que, en el orden legislativo, culmina con la promulgación de dos textos básicos rectores: la Ley 42-01, General de Salud, promulgada el 8 de marzo del 2001, y la Ley 87-01, sobre el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 10 de mayo de 2001- en los que los principios rectores del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Dominicano de Seguridad Social se enuncian de forma clara en los artículos 11 de la Ley 42-01 y 3 de la Ley 87-01

La gestión de recursos humanos en el entorno autónomo del Servicio Nacional de Salud (y descentralizado de los Servicios Regionales de Salud) del Sistema Nacional de Salud exige, por sus singulares características, el desarrollo de una carrera especial, en los términos establecidos en los artículos 4 y 39 de la Ley 14-91, coordinada con el tronco común del Sistema de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

La plena efectividad de los derechos reconocidos en la Constitución y en las leyes citadas reclama una nueva regulación de la ordenación de recursos humanos, de los aspectos que integran la relación jurídica existente entre la Administración Pública y los profesionales que prestan servicios en las entidades públicas proveedoras de servicios sanitarios, como se deduce de los artículos 90 y siguientes de la Ley General de Salud, y de los artículos 171 y 173 de la Ley de Seguridad Social, pues sólo de esta forma se garantiza una eficiente asignación de recursos y la plena efectividad del Plan Básico de Salud en cada centro proveedor.

## El Ámbito de aplicación

Las relaciones de trabajo en los servicios públicos de salud ha carecido de un marco jurídico integral, estando configurado por un gran número de disposiciones de carácter disperso y asistemático, promulgadas en momentos históricos diferentes y como producto, en muchos casos, de necesidades coyunturales.

En ese sentido, probablemente es necesaria una nueva reglamentación para los Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, pero también se hace necesario un reglamento específico para los Recursos Humanos que van a prestar los servicios en el ámbito de la reforma de estos que afecta a la SESPAS. Es decir, la separación de funciones crea una nueva organización que requiere, como hemos visto, de nuevos instrumentos de gestión, de un nuevo tratamiento jurídico de los recursos humanos, el cual se ha denominado Carrera Especial Sanitaria, como desarrollo particular de la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

El ámbito de este reglamento es y debe ser *el Servicio Nacional de Salud*.

## El Reglamento

Este Reglamento nace con la triple vocación de:

- En primer lugar, dar continuidad al ordenamiento jurídico existente en las relaciones laborales de los centros sanitarios públicos en aquellos aspectos que no precisen ser renovados, evitando rupturas innecesarias en la regulación existente, que sólo generarían mayor inseguridad jurídica;
- En segundo lugar, desarrollar la Carrera Especial Sanitaria con la máxima coordinación con el Sistema General de Servicio Civil y Carrera Administrativa, a fin de cohesionar el sistema de relaciones de trabajo y

conducta (según los términos del artículo 1 de la Ley 14-91) de todos los empleados públicos; y,

- en tercer lugar, completar el régimen jurídico de todo el personal del Servicio Nacional de Salud del Sistema Nacional de Salud e introducir aquellas modificaciones exigidas para la plena efectividad de la Ley 42-01, General de Salud y 87-01 de Sistema Dominicano de Seguridad Social, en los términos expuestos.

El ámbito de intervención del reglamento contemplar a **todos los trabajadores del Servicio Nacional de Salud**. No tendría sentido que diferentes profesionales que trabajen en un Hospital tuvieran diferentes regímenes jurídicos; que los médicos tuvieran uno, las enfermeras otro, los técnicos de laboratorio otro, los conductores otro y así sucesivamente; eso haría inmanejable la institución (ya que todos los elementos que vemos en el párrafo siguiente tendrían diferente tratamiento para cada colectivo).

<p>El reglamento incluye, por tanto, a todo el personal que presta servicios en los Servicios Regionales de Salud:</p>	<p>nes o gerencias regionales.</p>	<p>c) El personal del Subsistema de Servicios de Salud Pública Colectiva.</p>
<p>a) Las instituciones sanitarias o unidades de gestión clínica de cualquier nivel (Unidades de Atención).</p>	<p>Queda excluido (debe quedar excluido) del ámbito de aplicación de este Reglamento:</p>	<p>d) El personal de las demás instituciones del Sistema Nacional de Salud a las que se refiere el artículo 9 de la Ley 42-01, General de Salud.</p>
<p>b) Los órganos de dirección o gestión de recursos de las áreas de salud (Centros de Gestión).</p>	<p>a) El personal que presta servicios en la estructura nacional de la SESPAS (funciones de rectoría, financiación y supervisión).</p>	<p>e) El personal de otras redes públicas de provisión de servicios sanitarios diferentes de la SESPAS.</p>
<p>c) Los órganos de las direcciones</p>	<p>b) El personal de las Direcciones Provinciales de la SESPAS.</p>	

El Reglamento aborda los elementos siguientes:

- Planificación y ordenamiento de los recursos humanos;
- Reclutamiento y selección;
- Terminación de la relación laboral;
- Movilidad territorial;
- Promoción;
- Derechos, deberes y obligaciones de los profesionales;
- Retribuciones e incentivos;
- Jornada laboral;
- Régimen disciplinario;
- Derechos colectivos.

La ausencia de planificación en el ámbito de los Recursos Humanos, así como una normativa aplicable obsoleta e inadecuada para la reforma de los servicios, constituyen dos de los más grandes problemas existentes en el sector.

## Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos

El reglamento exige a la SESPAS el diseño y desarrollo de un Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos. Este Plan debe definir cuestiones fundamentales para la planificación del recurso humano y para poner orden en el subsector correspondiente, tales como:

- a) El catálogo de categorías profesionales y su desagregación por perfiles profesionales en los casos que se estime necesaria tal proceso;
- b) La definición de las competencias profesionales asociadas a los puestos de trabajo de las diferentes categorías profesionales;
- c) El catálogo de tipos de centros sanitarios con indicación de qué categorías profesionales debe existir en cada tipo de centro sanitario, que estará basado en la cartera de servicios del Plan Básico de Salud;
- d) El catálogo de estándares o ratios, para cada categoría, del volumen de plantilla de los diversos tipos de centros sanitarios, en función de criterios demográficos, disponibilidades presupuestarias y de la cartera de servicios del Plan Básico de Salud;
- e) La definición de las necesidades de formación pregraduada de las diferentes profesiones sanitarias, que serán trasladadas a la Administración educativa para la adaptación de la oferta educativa y de los Planes de Estudio a las necesidades del sector;
- f) La definición de las necesidades de formación postgraduada de las diferentes profesiones sanitarias, que estarán basadas en los déficits apreciados en las competencias profesionales asociadas a las diferentes profesiones del sector;
- g) La definición del modelo de estructura retributiva;
- h) La definición de los criterios de desarrollo profesional del sistema de movilidad funcional;
- i) La definición del modelo de evaluación del desempeño.

## Sistema integrado de Información

Las autoridades sanitarias del sector salud desarrollarán sistemas integrados de información para la planificación y gestión de los recursos humanos. Los diferentes sistemas de información de la rectoría y de las diversas entidades descentralizadas estarán coordinados entre sí para permitir la explotación conjunta de la información

## Clasificación de Puestos de Trabajo y Categorías profesionales

Es necesario clasificar los puestos de trabajo según diferentes criterios, los cuales determinarán las competencias profesionales más relevantes del puesto, la forma de acceso al mismo, las causas de cancelación, las funciones específicas que se deben realizar en el puesto, determinados requisitos de acceso, entre otros.

Es preciso modificar la caótica situación actual, mediante la elaboración de una Norma de "Definición de Puestos de Trabajo y Categorías Profesionales", a ser elaborada por la SESPAS. El reglamento de Recursos Humanos establece la estructura básica de la clasificación, identificando cuatro criterios para su elaboración:

Por la naturaleza del trabajo realizado:

Por el nivel de cualificación y complejidad del puesto de trabajo:

Por las funciones concretas asignadas al puesto de trabajo:

Por el área funcional donde desempeña su trabajo.

## Situación de partida

(a partir del análisis del censo de recursos humanos de la SESPAS, realizado por PROSISA)

*El censo incluye cuatro campos que nos pueden ayudar a conocer el sistema de categorías profesionales. Estos campos vienen definidos como:*

- Profesión.
- Cargo
- Tcargos
- Área.

*El campo "profesión" se refiere al mapa de competencias genérico asociado a los puestos de trabajo relacionado, en muchos casos, con la titulación exigida para el acceso a los mismos. Los campos "Cargo" y "TCargos" suponen una mayor desagregación o concreción del anterior, refiriéndose a las características del puesto de trabajo específico que se desempeña. Por último, el campo "Área" informa del ámbito asistencial en que se desarrolla el trabajo.*

*Sin embargo, no queda clara la definición de cada uno de estos campos. A lo largo de los 35,120 registros que contiene la base de datos, se perciben divergencias en los criterios de clasificación que podrían estar asociadas a la existencia de diferentes entrevistadores. A esta pérdida de información contribuye, asimismo, el carácter no codificado de los campos "Cargo", "TCargos" y "Área", lo que en una base de datos de tal número de registros, hace imposible la gestión de estos campos (figuran 5,252 cargos diferentes en el campo "Cargo" y 4,700 en el campo "TCargos"). Incluso en el único de los cuatro campos codificado ("Profesión"), existen un importante número de registros fuera de codificación (reunidos bajo el código 96). Es conveniente tener en cuenta, también, que el censo incluye a todos los profesionales de la SESPAS, y no sólo a los que desempeñan sus funciones en los centros provisorios de servicios sanitarios.*

*Atendiendo al campo "profesión", el censo contiene 58 categorías profesionales fundamentales. Al conjunto de estas 58 categorías fundamentales pertenecen 34.042 personas (el 96.93% de los profesionales de la SESPAS según el censo). Otras 1,078 personas (el 3.07% restante) de la SESPAS figuran en la base de datos con otras profesiones diferentes a las 58 básicas (agrupados en 402 profesiones distintas codificadas con el número 96).*

*De las 58 categorías profesionales codificadas en el censo, 18 tienen naturaleza sanitaria y el resto -40 categorías- son de personal no sanitario. De las 18 de carácter sanitario, 5 categorías agrupan a menos de 100 profesionales cada una (Veterinario, Técnico en farmacia, Técnico fisiatra, Técnico de yeso, y Técnico de anestesia). Entre las demás categorías que figuran en el censo codificadas con el número 96, casi la totalidad parece corresponder (a la vista de su denominación y de la información recabada sobre las mismas) a personal no sanitario.*

*A simple vista, resulta una cifra de categorías profesionales inadecuada por excesiva y asistemática. Aun considerando que en algunos supuestos, en el censo hay duplicaciones de las mismas categorías por diferencias*

de redacción y otras razones análogas, eliminadas estas duplicaciones, el número de categorías sigue siendo excesivo.

Se confunden los conceptos de titulación, categoría profesional y puesto de trabajo. Así, por ejemplo, figuran como médicos personas que desarrollan sus funciones en puestos de trabajo no asistenciales relacionados con la dirección o gestión sanitaria, por el motivo de que su titulación académica es la de doctor en Medicina. Como ya hemos avanzado, la explotación y análisis de los datos del censo exige un importante componente intuitivo.

El nivel de desagregación de los datos es irregular. En colectivos altamente estratégicos (por ejemplo: médicos) no existe desagregación, sino una única categoría profesional: "médicos", que incluye, en la práctica, infinidad de mapas de competencias distintos. Como ya hemos comentado, esta insuficiencia se obvia acudiendo a los campos "Cargo" y "Tcargo" que en el caso de los médicos ofrece la desagregación necesaria. Por el contrario en otros colectivos menos estratégicos -personal no sanitario de nivel inferior- la desagregación de profesiones es infinita e injustificada y revela la inexistencia de una estructura racional de categorías.

## Crterios para la clasificación

*Por la naturaleza del trabajo realizado:* En función de la competencia más relevante, el trabajo puede consistir bien en la realización de labores de gerencia -dirección de grandes equipos de personas y recursos materiales y financieros-, bien en las de mando y coordinación de una unidad concreta, o bien en el desarrollo de funciones propias de una profesión u oficio. Esta diferente naturaleza de las competencias fundamentales de cada puesto de trabajo, determina su forma de acceso y cancelación. Conforme a este criterio distinguimos tres tipos de puestos de trabajo:

- Puestos directivos.
- Jefaturas.
- Puestos básicos.

*Por el nivel de cualificación y complejidad del puesto de trabajo.* Constituye un paso más en la desagregación de la clasificación de los puestos de trabajo. Los puestos de trabajo de nivel básico (conforme a la clasificación anterior) abarcan una muy amplia gama de profesiones y oficios, que cubren todos los niveles posibles de cualificación y complejidad profesional. Cada nivel de cualificación y complejidad determina unos requisitos de acceso diferentes. Conforme a este criterio se definen cuatro Grupos Ocupacionales: Cada uno de ellos agrupa todos los puestos de trabajo para los que se determina un nivel de requisitos de acceso similar (licenciatura universitaria, saber leer y escribir, etc.). Los cuatro grupos profesionales son:

- **Profesionales:** suponen el desempeño de profesiones de máxima cualificación, que exige titulación



universitaria superior. Incluye las categorías o clases de puestos de trabajo de médicos, bioanalistas, odontólogos, enfermeros, veterinarios, psicólogos, abogados, economistas, etc.

- **Técnicos:** suponen el desempeño de profesiones de cualificación media, que exigen para su ejercicio titulación técnica.
- **Auxiliares:** suponen el desempeño de profesiones u oficios de menor cualificación, pero que exigen determinado nivel de titulación mínimo específico para la categoría o clase de puesto de que se trate.
- **Apoyo:** desempeño de oficios de nivel inferior y mínima cualificación, que no exigen titulación alguna de acceso ni conocimiento de un oficio concreto (incluiría categorías como mensajería, camillero, ascensorista, etc.).

Por las **funciones concretas asignadas al puesto de trabajo**. El conjunto de puestos de trabajo que tienen asignadas unas funciones similares lo denominamos "Categoría" o "Clase de puestos de trabajo". La categoría define qué funciones pueden ser desempeñadas por cada profesional. Por ejemplo, las funciones del "médico ayudante especialista" son el diagnóstico y el tratamiento, así como la docencia y la investigación en el ámbito -todo ello- de la especialidad médica correspondiente.

Por el **área funcional** donde desempeñan su trabajo. Cada una de estas áreas puede llevar aparejada la exigencia de algún tipo de conocimientos o habilidades. Distinguiamos las siguientes áreas funcionales de los establecimientos sanitarios:

- Clínica.
- Atención al usuario.
- Administración.
- Mantenimiento.
- Alimentación.
- Servicios Generales.

*Así, por ejemplo, lo que aglutina a todo el personal de alimentación es el requisito de estar adiestrados y acreditados en la manipulación de alimentos, independientemente de la categoría, grupo ocupacional (profesional, técnico, auxiliar, apoyo) o naturaleza (directivo, jefatura o básico) a que corresponda cada puesto de trabajo*

A continuación se representa la relación entre Los Puestos de Trabajo y las Áreas funcionales, dando como resultado 39 Categorías profesionales. Se trata de un ejemplo y de una eventual propuesta de categorización, que simplifica y mejora considerablemente la situación existente:

		GRUPO OCUPACIONAL			
		PROFESIONALES	TÉCNICOS	AUXILIARES	SUBALTERNOS
ÁREA FUNCIONAL	Clínica	- Médico Ayudante Especialista - Enfermera - Odontólogo - Bioanalista - Veterinario - Farmacéutico - Dietista - Psicólogo	- T Fisiatra - T Anestesia - T Rayos - T Enfermería - T Bioanálisis - T Farmacia	- Auxiliar Sanitario	- Subalterno - Chofer
	Administración y Atención al usuario.	- Administrador - Contador - Estadístico - Informático - Trabajador Social - Titulado Superior	- T Contabilidad - T Informática	- Auxiliar Administrativo	
	Mantenimiento	- Ingeniero Civil	- Electricista - Mecánico - Plomero - Mantenimiento general	- Albañil - Carpintero Ebanista - Jardinero - Pintor	
	Hostelería		- Cocinero	- Auxiliar de cocina - Lavandería y limpieza - Costurera	

La adscripción a las nuevas categorías profesionales, del personal afectado, deberá ocurrir con la promulgación de la *Norma de Definición de Puestos de Trabajo y Categorías Profesionales*.

La adscripción inicial se realizará atendiendo exclusivamente al criterio de titulación. No obstante ha de ser gradual, teniendo en cuenta los criterios que se establezcan en la norma antes citada

### Mapas de puestos de trabajo

La Gerencia de cada Servicio Regional de Salud definirá los mapas de puestos de trabajo de todos y cada uno de los centros sanitarios que tenga adscritos. El mapa de puestos de trabajo de cada centro sanitario definirá el número de puestos de cada categoría profesional. La definición de los

mapas será resultado de la aplicación a cada centro de la categorización de la que acabamos de tratar

El Director de cada centro sanitario podrá decidir sobre la necesidad de cobertura o no de las plazas incluidas en el mapa de puestos de trabajo correspondiente a su centro, en función de la demanda asistencial. Asimismo, siempre que las disponibilidades presupuestarias del centro lo permitan, podrá incorporar con carácter eventual -necesariamente con vinculación a término- profesionales por encima del número recogido en el mapa de puestos de trabajo si el incremento de demanda asistencial lo justifica.

Una representación que organice y permita relacionar las cuatro clasificaciones puede ser la siguiente (utilizando las categorías del cuadro anterior):

TIPOS DE PUESTOS DE TRABAJO SEGÚN RESPONSABILIDAD EN LA ORGANIZACIÓN:			Tipos de puestos de trabajo según su cualificación	y complejidad:	Tipos de puestos de trabajo según su área general
NATURALEZA DE LOS PUESTOS DE TRABAJO	Competencia más relevante	Forma de acceso y cancelación	GRUPOS OCUPACIONALES	ÁREAS FUNCIONALES	CATEGORÍAS ó CLASES DE PUESTOS DE TRABAJO
Puestos Directivos	Gerencia	Confianza	Directivos	Dirección	Director de Hospital Director de UNAP Subdirector... Administrador... Etc. ...
Jefaturas	Coordinación y mando en gestión asistencial y de recursos	Evaluación quinquenal (Evaluación del desempeño)	Jefaturas	Clinica Atención al usuario Administración Mantenimiento Hostelería Servicios Generales	Jefe de Servicio Clínico Jefa de Enfermeras Encargado de Personal Supervisor de Promotores Jefe de Cocina Etc. ...
Puestos Básicos	Funciones profesionales, técnicas, auxiliares o de apoyo	Estabilidad (Evaluación del desempeño)	Profesionales	Clinica Atención al usuario Administración Mantenimiento  Hostelería Servicios Generales	Médico pasante de ley Médico asistente Médico residente Médico pasante de post-grado Médico ayudante Odontólogo Odontólogo ayudante Maxilofacial Veterinario Enfermera Bioanalista Contador Farmacéuticos Psicólogos Ingenieros Etc. ...
			Técnicos	Clinica Atención al usuario Administración Mantenimiento Hostelería Servicios Generales	Tec. Enfermería. Tecnólogo Médico Tec. Farmacia Tec. Fisiatra Tec. Anestesiata Etc. ...
			Auxiliares	Clinica Atención al usuario Administración Mantenimiento Hostelería Servicios Generales	Aux. Dental Aux. Enfermería Aux. Laboratorio Asistente Admto Aux. Contabilidad Aux. Farmacia Etc. ...
			Apoyo	Servicios Generales	Conserje Mensajero Ascensorista Etc. ...

## Principios

La incorporación de profesionales a los Servicios Regionales de Salud del Sistema, cualquiera que sea la clasificación del puesto de trabajo, se someterá a los siguientes principios:

- a) Los procesos selectivos tienen como finalidad única evaluar en los candidatos el nivel de cumplimiento de las competencias asociadas al puesto de trabajo, considerando que tales competencias deben ser las que garanticen el mejor servicio al usuario.
- b) El número, características y distribución de las plazas convocadas estará en función de las necesidades asistenciales del Sistema de forma que la distribución de efectivos sea equitativa en todo el país.
- c) Los procesos selectivos deben realizarse en condiciones de igualdad para todos los candidatos, siendo nula cualquier actuación de los poderes públicos orientada a la discriminación de unos candidatos sobre otros.
- d) La convocatoria de los procesos selectivos gozará de máxima publicidad y accesibilidad, de forma que todas las personas interesadas en participar puedan fácilmente conocer las condiciones y tramitar su solicitud

## Requisitos de los candidatos

Para poder participar en los procesos de selección los candidatos habrán de reunir los siguientes requisitos:

- a) Poseer la nacionalidad dominicana.
- b) Estar en pleno goce de los derechos civiles y políticos.
- c) Estar en posesión de la titulación exigida para el ejercicio de puestos de trabajo de la categoría de que se trate.
- d) Poseer una capacidad física y un estado de salud compatible con las funciones asignadas al puesto de trabajo.
- e) No haber sido destituido de un cargo público o pri-

vado por causa deshonrosa, ni haber sido condenado a pena aflictiva o infamante, ni estar bajo acción de la justicia represiva.

- f) Tener la edad legalmente exigida, en cada caso.
- g) Reunir los demás requisitos establecidos en la convocatoria.

## Procedimientos de acceso

Se establecen como procedimientos de acceso a los puestos de trabajo de carácter básico de los mapas de los Servicios Regionales de Salud los siguientes:

- a) Mediante convocatoria de carrera, a través de la superación de los sistemas de evaluación de competencias definidos en la convocatoria, para la obtención de un nombramiento de carrera
- b) Mediante reingreso preferente, a través del Registro Permanente de Reingresables, para la obtención de un nombramiento de carrera
- c) Mediante un nombramiento temporal, obtenido a través del Registro de Elegibles o en convocatoria pública
- d) Mediante los procesos de movilidad territorial para personal con nombramiento de carrera en otro centro.

## Convocatorias a Concursos de Carrera

Cuando los Servicios Regionales sean autónomos, la selección de profesionales se organizará mediante convocatorias públicas a cargo de la Gerencia Regional, para la provisión de los puestos de trabajo de carácter básico que sean necesarios en su ámbito. Por razones de eficiencia o equidad en la distribución de recursos humanos, la rectoría de SESPAS podrá acordar convocatorias conjuntas y comunes para todos los Servicios Regionales de Salud, coordinando las necesidades de cada Servicio.

En tanto no exista esa autonomía, la convocatoria corresponderá a la gerencia del Servicio Nacional de Salud (o a la Subsecretaría de Atención a las Personas) para todo el ámbito territorial de los Servicios Regionales no descentralizados

Las convocatorias de carrera se dotarán de la máxima publicidad y deberán tener marcada periodicidad, realizándose al menos una convocatoria anual. La convocatoria se realizará siempre una vez resuelto el proceso de movilidad territorial voluntario previsto en el Reglamento

Todo el resto de cuestiones a tener en cuenta en las convocatorias se encuentra suficientemente detallado en el reglamento, no siendo preciso elaborar nuevas normas al respecto.

## Evaluación de Competencias

Los sistemas de selección de las convocatorias de carrera tendrán como finalidad determinar el orden de adecuación global de los candidatos a las competencias profesionales asociadas a los puestos de trabajo incluidos en la convocatoria.

Las convocatorias de carrera serán resueltas por una Comisión de Evaluación designada al efecto en la propia convocatoria, integrada por:

- a) Un Presidente, con voz y voto que se designará entre los puestos directivos del ámbito territorial de la convocatoria.
  - b) Un miembro, con voz y voto, profesional de reconocido prestigio que ocupe jefatura o puesto básico, que preste servicios en centros del ámbito territorial en que se realiza la convocatoria, y pertenezcan a la misma categoría convocada.
  - c) Un miembro designado por la organización gremial o sindical, con voz y voto.
- Un Secretario, con voz pero sin voto, profesional del Servicio Nacional de Salud (o Servicio Regional de Salud que realiza la convocatoria), con formación jurídica superior.

## Nombramientos

Se diferencian dos tipos de nombramientos

- 1) **Nombramientos de carrera**
  - " POR CONCURSO
  - " POR REINGRESO PREFERENTE
- 2) **Nombramientos temporales**
  - " POR SUSTITUCIÓN
  - " POR NECESIDAD ASISTENCIAL

### NOMBRAMIENTOS DE CARRERA

*Por concurso.* Por resolución de la Comisión de Evaluación (vinculante para la gerencia del Servicio Nacional/Regional de salud) como finalización del proceso presentado en el punto anterior.

El nombramiento de carrera habilita al profesional designado al ejercicio de las funciones correspondientes en la categoría y centro sanitario señalado; le permite el acceso a los procesos de movilidad territorial voluntaria en todos los Servicios Regionales de Salud; y lo incluye, desde ese momento, en el ámbito de aplicación del Reglamento. Sólo podrá ser cancelado por los motivos que se establecen en el Reglamento.

*Por reingreso preferente.* Los titulares de nombramientos ordinarios que hayan sido cancelados por supresión justificada de su plaza, tienen derecho preferente a su reingreso, con la obtención de un nuevo nombramiento de carrera, en un puesto de trabajo de la misma categoría profesional en cualquiera de los centros de trabajo del Servicio Regional de Salud en el que fue cancelado.

Las Gerencias Regionales de Salud elaborarán un Registro Permanente de Reingresables. El

Registro se actualizará el primer día de cada mes y se remitirá a los centros sanitarios. Quienes renuncien a nombramientos por Reingreso Preferente, serán excluidos del Registro de Reingresables. Los puestos de trabajo ocupados por el procedimiento descrito en este artículo no serán incluidos en las convocatorias de carrera.

### NOMBRAMIENTOS TEMPORALES

***POR SUSTITUCIÓN.*** Tiene por objeto sustituir a un profesional, cualquiera que sea el motivo (enfermedad, disfrute de permiso o licencias, desempeño de otros puestos, entre otros), siempre que la persona sustituida tenga derecho a reserva del puesto de trabajo.

***Por necesidad asistencial.*** Se prevé para aquellos supuestos en que, o bien existan puestos de trabajo vacantes sin posibilidad a corto plazo de cobertura mediante convocatoria de carrera, o bien las necesidades asistenciales hagan necesario incorporar coyunturalmente un número de profesionales superior al de puestos recogidos en el mapa de puestos de trabajo.

El nombramiento se realizará por el Gerente del Servicio Regional de Salud correspondiente. El profesional designado tendrá derecho a la reserva del puesto de trabajo que venía desempeñando al momento de la designación durante el tiempo que permanezca en la jefatura. La designación tendrá carácter temporal, sometiéndose la continuidad en la jefatura a evaluaciones periódicas que realizará cada cinco años un comité de evaluación designado al efecto.

### Selección de puestos directivos.

La selección de los titulares de los puestos de trabajo calificados como directivos en los mapas de puestos de trabajo se realizará mediante convocatoria pública realizada por el Gerente del Servicio Regional de Salud

- La selección de directivos de centros sanitarios se realizará por el Gerente del Servicio Regional de Salud, a propuesta del Director del centro sanitario en que se encuentre el puesto directivo que se selecciona.
- La selección de Directores Gerentes de centros sanitarios la realizará el Gerente del Servicio Regional de Salud.
- La selección de los Gerentes de los Servicios Regionales de Salud se realizará por el Secretario de Estado de SES-PAS, a propuesta del Subsecretario de Atención a las Personas, conforme indica el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones de SESPAS, y la Ley 14-91, de Servicio Civil y Carrera Administrativa.

### Selección de jefaturas

La selección de los titulares de los puestos de trabajo calificados como Jefaturas en los mapas de puestos de trabajo se realizará mediante convocatoria pública. La selección se realizará por un comité de evaluación presidido por el Director del centro sanitario afectado, conforme a lo predefinido en la convocatoria.

### Nombramientos de carrera

Los profesionales con nombramiento de carrera, sólo podrán ser cancelados por la misma autoridad que realizó su nombramiento, y por las causas siguientes:

- a) Valoración negativa reiterada en la evaluación del desempeño
- b) Sanción disciplinaria de cancelación de la relación,
- c) Jubilación del profesional por alguna de las causas legalmente previstas.
- d) Supresión de la plaza.
- e) Pérdida de alguno de los requisitos necesarios para desempeñar el puesto de trabajo.
- f) Obtención de un nuevo nombramiento de carrera en un proceso de movilidad territorial voluntaria.
- g) Renuncia voluntaria del profesional.

### Nombramientos temporales

Los nombramientos temporales podrán ser cancelados por la misma autoridad que realizó su nombramiento, por las siguientes causas:

- a) nombramiento por sustitución. Por incorporación del titular del puesto de trabajo, o por pérdida por éste de la reserva al puesto de trabajo.
- b) nombramiento por necesidad asistencial. Por cumplimiento de la fecha de extinción establecida en el contrato.

### Nombramientos de jefaturas

Los nombramientos para el desempeño de jefaturas sólo se extinguirán por no superar el titular del puesto alguna de las evaluaciones previstas. Las cancelaciones habrán de ser acordadas por la misma autoridad que realizó el nombramiento.

### Lugar de trabajo

El lugar de trabajo de los profesionales coincide con la totalidad del ámbito territorial de referencia del centro en el que se encuentra el puesto de trabajo que desempeñan. Por tanto, los profesionales que ocupen, tanto por nombramientos de carrera como temporales, un puesto de trabajo en un centro sanitario de un Servicio Regional de Salud, podrán ser adscritos, temporal o definitivamente, a cualquier

centro sanitario incluido en el ámbito territorial de referencia de aquel

### Movilidad territorial voluntaria

Como mecanismo de incentivación se promoverá la movilidad voluntaria del personal de los Servicios Regionales de Salud.

La movilidad territorial voluntaria se organizará mediante convocatorias periódicas.

Podrán participar en los procesos de movilidad territorial voluntaria quienes reúnan los siguientes requisitos:

- a) *Ser profesional de la salud incluido en el ámbito de aplicación de este Reglamento.*
- b) *Estar en posesión de nombramiento de carrera de la misma categoría profesional en cualquiera de los Servicios Regionales de Salud de República Dominicana.*
- c) *Acreditar más de dos años de servicios prestados en la categoría de puesto de trabajo desde el que se participa en el proceso de movilidad territorial voluntaria.*
- d) *Cumplir, además, los requisitos generales de los candidatos.*

## Movilidad territorial por conveniencia del servicio

Los profesionales de un Servicio Regional de Salud podrán ser trasladados por conveniencia del servicio a cualquier otro centro sanitario del Servicio Regional de Salud, aun cuando éste estuviera ubicado en una localidad diferente. El traslado forzoso corresponde determinarlo al Gerente del Servicio Regional de Salud, quien deberá justificar las razones asistenciales que exigen la cobertura de ese puesto de trabajo, la imposibilidad de cobertura del puesto de trabajo mediante nombramiento temporal y la inexistencia de profesionales de la misma categoría que deseen voluntariamente ese traslado.

La movilidad territorial por conveniencia del servicio tendrá siempre carácter temporal y desaparecerá cuando el puesto de trabajo sea ocupado por un profesional con nombramiento de carrera o temporal para ese puesto.

## 10.6

### MOVILIDAD FUNCIONAL

Se entiende por movilidad funcional el derecho del personal de los Servicios Regionales de Salud a progresar de forma individualizada a niveles superiores, previamente definidos para determinadas categorías profesionales, como reconocimiento al desarrollo profesional de conocimientos, habilidades, actitudes o responsabilidad que impliquen mayor valor añadido a la organización y mejor adecuación a los objetivos del Servicio Regional de Salud

El sistema de movilidad funcional integra dos modalidades:

- a) Movilidad funcional vertical, a jefaturas de Servicio o Unidades y a puestos de trabajo calificados como puestos directivos..
- b) Movilidad funcional horizontal, dentro de la propia categoría profesional, mediante la acreditación del perfeccionamiento de las competencias profesionales asociadas a las funciones de la propia categoría profesional.



## Movilidad funcional vertical

La movilidad vertical o la promoción desde puestos básicos a puestos de trabajo calificados como Jefaturas de Servicio o Unidad o como Puestos Directivos, se realizará conforme a los mapas de puestos de trabajo, a los criterios de selección y terminación definidos en el Reglamento.

## Movilidad funcional horizontal

La movilidad funcional horizontal expresa el desarrollo profesional en la organización.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social determinará las categorías profesionales que se incluyen en esta modalidad de movilidad funcional

La movilidad funcional horizontal se caracteriza por ser un sistema voluntario para cada profesional, que permite a cada uno decidir su nivel de implicación con la organización.

El desarrollo de un profesional en el sistema de movilidad funcional horizontal tiene las siguientes consecuencias:

- a) La percepción de mayores retribuciones mediante el abono del complemento por desarrollo profesional
- b) La opción de disminuir, si lo desea, el tiempo de trabajo dedicado a la asistencia sanitaria,
- c) La opción de desarrollar determinadas técnicas clínicas cuya práctica se estima que exige un mayor desarrollo profesional.
- d) El acceso a determinadas líneas de formación y capacitación, reservadas a los niveles superiores de desarrollo profesional.
- e) Participar con diferentes niveles de implicación en programas de formación de otros profesionales, programas de investigación, publicaciones

## Niveles de movilidad funcional horizontal

La promoción horizontal se estructura en 5 niveles de desarrollo profesional (mas un nivel honorífico). Para determinar el nivel se valoran los siguientes aspectos:

- a) El tiempo de trabajo, expresado por años de servicios prestados al Sistema Nacional de Salud.
- b) El cumplimiento de los objetivos definidos por el Sistema Nacional de Salud (según lo determinado para su unidad de trabajo).
- c) La participación en el desarrollo de investigaciones y en publicaciones en el ámbito de conocimientos relacionado con la categoría profesional.
- d) La participación en la actividad de formación de otros profesionales de la categoría profesional.

El **NIVEL I** de desarrollo profesional es el nivel de entrada. Es el nivel que se otorga inicial y automáticamente a quienes reciben nombramientos de carrera o temporales. En este nivel no se percibe el concepto retributivo complemento por desarrollo profesional. La valoración negativa del desempeño durante dos años consecutivos supondrá la terminación de la relación laboral.

Para acceder a los **NIVELES 2, 3, 4 y 5** de desarrollo profesional es necesario acreditar valores referidos a los puntos a), b), c) y d) citados anteriormente, según se expresa de forma resumida en la siguiente tabla

	Nivel 1 Entrada	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel Honorífico
Tiempo de trabajo		5 años en Nivel 1	5 años en Nivel 2	10 años en Nivel 3	5 años en Nivel 4	
Cumplimiento de objetivos		X % durante 3 años	Y (> X) % durante 3 años	Z (> Y) % durante 3 años	A (> Z) % durante 3 años	
Investigación Publicaciones		Colaboración	Colaboración	Dirección	Dirección	
Docencia		Docente	Coordinar	Coordinar	Diseño y Dirección	

*Dedicación exclusiva*

La pertenencia a estos niveles de desarrollo profesional implica, percibir un complemento por desarrollo profesional en cuantías crecientes del nivel 2 al nivel 5.

Los niveles 3, 4 y 5 de desarrollo profesional llevarán asociada la dedicación exclusiva al Servicio Regional de Salud, y será un requisito para la movilidad funcional vertical a Jefaturas de Servicio, de Unidad o de Estudios.

El acceso al **NIVEL Honorífico (Mèrito a la excelencia en la Carrera Sanitaria)** se logrará por concesión discrecional de la Gerencia del Servicio Regional de Salud para reconocer aquellas trayectorias profesionales de carácter excepcional, que no admiten baremación. Es requisito para el acceso a este nivel, estar en posesión del nivel 5 de desarrollo profesional. El nivel 6 no implica aumento retributivo por este concepto respecto al nivel 5.

El sistema no es consolidable, por lo que se contempla la posibilidad de pérdida de nivel.

Al ser el sistema de movilidad funcional horizontal un sistema de carácter voluntario, la acreditación del cumplimiento de los requisitos para acceder a un nivel de desarrollo profesional superior deberá iniciarse a solicitud formal del profesional interesado. En el acceso al nivel 6, se sustituye la solicitud del interesado por la solicitud realizada por organizaciones profesionales, gremiales, sociedades científicas o asociaciones similares.

## Conceptos retributivos

En el desarrollo del sistema definido en el apartado anterior, se establecen los siguientes conceptos retributivos:

- a) Sueldo base.
- b) Complemento de puesto de trabajo.
- c) Complemento por desarrollo profesional.
- d) Complemento por cumplimiento de objetivos.
- e) Complemento por prestación de servicios fuera del horario ordinario.

### Sueldo base

Es una retribución asociada al perfil del puesto de trabajo, independientemente de la persona que lo ocupe. El sueldo será uniforme para la categoría correspondiente

### Complemento de puesto de trabajo

Es una retribución asociada a las características del puesto de trabajo desempeñado, independientemente de las características de la persona que lo desempeña y del desempeño que el profesional realice en ese puesto de trabajo. Se divide en diferentes conceptos:

- a) Especial responsabilidad.
- b) Especial complejidad.
- c) Especial penosidad.
- d) Distancia.
- e) Población dispersa.
- f) Población atendida.

Cada uno de estos conceptos podrá adoptar diferentes valores, originando una estructura matricial de este complemento retributivo.

### Complemento por desarrollo profesional

Es una retribución de carácter personal y no consolidable asociada al desempeño realizado, independientemente de

la titulación académica exigida en el nombramiento y de las características del puesto de trabajo que se ocupa. Es una cantidad igual por categoría y nivel de desarrollo profesional, a partir del nivel 2, conforme a la regulación que se realiza de la movilidad funcional horizontal

### Complemento por cumplimiento de objetivos

Es un complemento de carácter personal y no consolidable asociado al desempeño realizado, independientemente de la titulación académica exigida en el nombramiento y de las características del puesto de trabajo que se ocupa. El valor de este concepto retributivo es una cantidad diferente para cada profesional. Se divide en dos factores:

- a) Cumplimiento de objetivos de equipo. Retribuye individualmente, conforme a criterios de reparto pre-determinados, el nivel de consecución de objetivos del Servicio o Unidad considerado en su conjunto, resultado de los Acuerdos de Gestión firmados.
- b) Cumplimiento de objetivos individuales, retribuye individualmente la aportación que cada profesional del Servicio o Unidad ha realizado a la consecución de los objetivos del equipo, según la valoración realizada por el responsable del Servicio o Unidad

### Complemento por prestación de servicios fuera del horario ordinario

Es un complemento de carácter personal y no consolidable asociado al desempeño realizado, independientemente de la titulación académica exigida en el nombramiento y de las características del puesto de trabajo que se ocupa. Cada hora de trabajo desarrollada fuera de jornada tendrá un valor económico diferente para cada categoría profesional afectada y para cada uno de estos factores:

- a) Horas diurnas en día laborable.
- b) Horas diurnas en día no laborable.
- c) Horas nocturnas en día laborable.
- d) Horas nocturnas en día no laborable.

## Otros pagos e incentivos

El Reglamento cita otros pagos e incentivos, por conceptos de docencia, investigación, antigüedad y evaluación del desempeño.

# 10.8

## CÓMO SE TRANSITA DE LA SITUACIÓN ACTUAL A LA FUTURA

### Selección y nombramientos

Al personal que a la entrada en vigor del Reglamento se encuentre vinculado a los Servicios Regionales de Salud mediante nombramientos nominales otorgados por el Secretario de SESPAS (artículo 57, párrafos IV y V del Reglamento 81-94), o mediante cualquier otra modalidad de nombramiento o contrato, le será realizado un nombramiento de carrera siempre que reúna los requisitos de titulación académica y demás establecidos en el Reglamento. Si no reúne los requisitos citados, los puestos de trabajo que ocupen se incluirán obligatoriamente en la primera convocatoria de carrera que se realice para que pasen a ser desempeñados por profesionales con la adecuada cualificación legal.

La definición de los mapas de puestos de trabajo de cada centro sanitario y la adscripción automática de los recursos humanos existentes en la actualidad, dará lugar a la existencia de excedentes y déficits de personal en cada categoría y centro sanitario. Hasta la completa adecuación de los efectivos de personal a los mapas de puestos de trabajo, sólo se incorporarán a los procesos de selección de personal y de movilidad territorial voluntaria puestos de trabajo de categorías profesionales y centros sanitarios donde existan menos profesionales que plazas.

Hasta tanto se celebren las primeras convocatorias de carrera y se originen, por la conclusión de tales procesos,

listados para la selección temporal, la selección de personal temporal se realizará por los procedimientos vigentes a la entrada en vigor del Reglamento

### Adecuación salarial

#### SUELDO ACTUAL.

Se fracciona en Sueldo Base y en Complemento del Puesto de Trabajo.

#### COMPLEMENTO DE ANTIGÜEDAD ACTUAL

Se mantiene y debe pasar a integrarse en el Complemento por Desarrollo Profesional. Se entiende que el transcurso del tiempo no merece por sí mayor retribución, salvo cuando supone aportar mayor valor añadido a la organización.

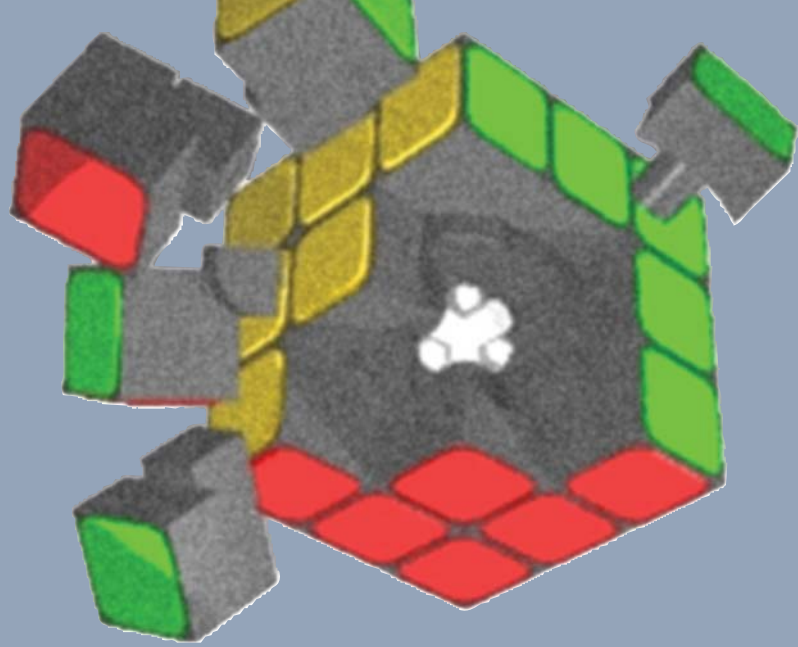
#### COMPLEMENTO POR DISTANCIA ACTUAL

Se mantiene y debe pasar a integrarse en el Complemento de Puesto de Trabajo. Se entiende que la distancia es una característica de algunos puesto de trabajo.

**COMPLEMENTO POR DOCENCIA ACTUAL** Se mantiene y debe pasar a integrarse en el Complemento por Desarrollo Profesional. La docencia es uno de los cuatro criterios valorables en el sistema de movilidad funcional horizontal.

#### COMPLEMENTO DE INTEGRACIÓN.

Carácter personal y transitorio. No consolidable. Absorbible.



# CAPÍTULO 11

## LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

## LA PRESTACIÓN FARMACEUTICA

La prestación farmacéutica es un servicio complementario y fundamental para la estructuración, organización y marcha de la Función de Provisión de servicios de atención a las personas y de salud pública colectiva.

La Prestación farmacéutica es la culminación de una serie de procesos que conforman un mundo bastante complejo en torno al medicamento y otros productos sanitarios. Esos procesos se refieren a diferentes áreas o mercados y afectan a muchas instituciones y departamentos, tanto públicos como privados.

Para esquematizar ese mundo, podemos decir:

Que los procesos involucrados se agrupan en cuatro áreas fundamentales:

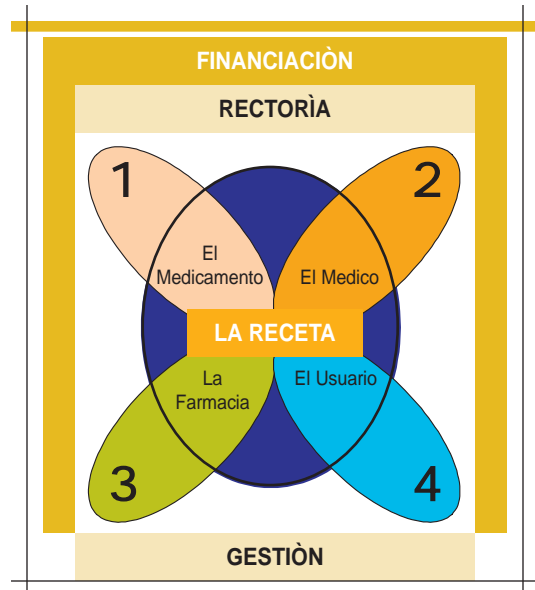
- 1) El medicamento, en sí
- 2) El Médico (La prescripción)
- 3) La Farmacia (La dispensación)
- 4) El Paciente (el usuario)

Que estas cuatro áreas tienen un nexo de unión, a través de un instrumento fundamental, no solo para establecer la relación entre ellos, sino para asegurar, supervisar, controlar y financiar el conjunto de la Prestación farmacéutica: la receta médica

Que esas cuatro áreas están arbitradas por el organismo rector del sector salud, la SESPAS, que debe ordenar, planificar, regular y conducir los procesos que en cada área se desarrollan.

Que estas cuatro áreas, sometidas a la normativa y regulación decretadas por el rector (la SESPAS) ha de ser gestionada (en el caso de lo público) de forma coordinada por los organismos

- ▶ De prestación asistencial (Servicio Nacional de Salud / Servicios Regionales de Salud),
- ▶ De prestación farmacéutica (red actualmente adscrita a PROMESE y farmacias privadas habilitadas) y
- ▶ De aseguramiento público (SENASA fundamentalmente) y privado (otras ARS).



## LA ESTRUCTURA DEL (SUB)SECTOR FARMACÉUTICO

Dada la importancia de este subsector, creemos conveniente hacer un pequeño acercamiento a su estructura.

Los medicamentos comercializados en República Dominicana han de estar inscritos en el Registro de Medicamentos del Departamento de Drogas y Farmacia (DDyF) de la SESPAS. En la actualidad el número de medicamentos registrados en el país es de más de 20,000 presentaciones.

El mercado de medicamentos en el país alcanzó en el año 2003 un valor de más de 6.000 millones de pesos dominicanos (RD\$), de los que un 85-90 % corresponden al sector privado y un 10-15 % al sector público.

### El Sector privado

Los medicamentos disponibles son elaborados por laboratorios industriales farmacéuticos (LIFs) nacionales y extranjeros. Los LIFs nacionales son unos 85 y se dedican mayoritariamente a la preparación de formas farmacéuticas y/o envasado y acondicionamiento de éstas.

Los medicamentos elaborados por los LIFs (nacionales o extranjeros) son comercializados por medio de distribuidores (o droguerías), de los que hay más de 1,200 en el país. Los distribuidores operan generalmente con varios LIFs, y un LIF puede comercializar sus productos a través de varios distribuidores. Algunos LIFs nacionales disponen de su propio distribuidor que, en realidad, es una filial de la propia empresa del LIF.

Los distribuidores venden los medicamentos a las farmacias privadas, de las que hay más de 3,000 en República Dominicana (la mitad en la capital), así como a los servicios de farmacia (o similares) de clínicas y hospitales. Los medicamentos vendidos por los distribuidores a las farmacias a precio venta de distribuidor (PVD) son posteriormente puestos a la venta en las farmacias con un precio de venta al público (PVP), el cual es variable, debido a la falta de regulación.

Los medicamentos existentes en las farmacias privadas cubren las necesidades terapéuticas del ámbito extrahos-

pitalario, pero tienen un precio alto que los hace inaccesibles para la mayor parte de la población. De hecho, República Dominicana figura entre los países de América Latina donde los medicamentos son más caros (entre los tres primeros del ranking). Este alto precio es consecuencia de márgenes de beneficio elevados aplicados por los distribuidores. Esto es aplicable tanto a los medicamentos en forma de marca comercial como a los genéricos disponibles, siendo más notorio en los de marca comercial

### El Sector público

#### Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE)

El país dispone de un Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE), adscrito a la Presidencia de la República, el cual actúa como un distribuidor que compra medicamentos genéricos por medio de licitaciones para posteriormente distribuirlos a instituciones sanitarias dependientes de la SESPAS, a saber: hospitales y centros de atención primaria ubicados en el medio rural (clínicas rurales), en los cuales los medicamentos se entregan o administran gratuitamente a la población (o así debería ser). Los centros de atención primaria ubicados en el medio urbano (dispensarios médicos) no disponen de medicación, con lo que los pacientes adquieren los medicamentos en el hospital más cercano.

Además, PROMESE cuenta con una red propia de centros de dispensación, denominadas "boticas populares" (BPs), en la que se ofertan determinados medicamentos genéricos, y por los cuales la población abona un precio notablemente inferior al correspondiente de las farmacias privadas.

Los medicamentos adquiridos por PROMESE siguen tres vías de distribución:

#### *Medicamentos destinados a hospitales de la SESPAS:*

- Cada hospital tiene un presupuesto mensual (excluidos salarios) del que un 40% es para compra de medicamentos que han de ser adquiridos en PROMESE.

- PROMESE entrega los medicamentos a los hospitales en régimen de venta gravando un 8% (aproximadamente) el precio de compra. La factura es enviada a SESPAS quien paga a PROMESE.
- Además, PROMESE dona medicamentos a los hospitales con cargo al presupuesto de la Presidencia para medicamentos, del que el 65% es para hospitales de la SESPAS (7,8 millones de RD\$ en el año 2002). Este presupuesto procede, en buena medida, de la generación de beneficios que aporta el programa de Boticas Populares.
- Los medicamentos son distribuidos desde el almacén de PROMESE por vehículos de la SESPAS o de PROMESE.

#### Medicamentos destinados a clínicas rurales (CRs) de la SESPAS:

- Cada CR tiene una asignación RD\$/mes para compra de medicamentos a PROMESE, el cual los entrega a las CRs gravando un 15% el precio de compra. La factura es enviada a SESPAS quien paga a PROMESE.
- Los medicamentos son recogidos en el almacén de PROMESE por vehículos de la SESPAS.

#### Medicamentos destinados a BPs:

- Las BPs hacen pedidos periódicos en función de las ventas que realicen.
- PROMESE entrega los medicamentos a las BPs gravando el precio de compra en un 28-33%.
- Los medicamentos son enviados a las BPs en vehículos de PROMESE.

Así pues, existen dos canales de distribución, uno realizado por la SESPAS y otro por el propio PROMESE, lo que posiblemente incrementa los costes.

#### Compras directas de los hospitales de la SESPAS

Como se mencionó anteriormente, los hospitales de la SESPAS adquieren parte de sus medicamentos por medio de PROMESE con cargo al 40% de su presupuesto (excluidos salarios) y a la asignación de Presidencia. Además, estos hospitales realizan compra de medicamentos a distribuidores

privados con cargo al resto del 60% del presupuesto que no se hubiera gastado o con cargo a las "cuotas de recuperación" (pago de los usuarios por servicios recibidos en el hospital según sus posibilidades económicas).

En principio, estas compras directas de medicamentos son para atender necesidades no cubiertas con el 40% del presupuesto ni la asignación de la Presidencia, o para la adquisición de medicamentos no comercializados por PROMESE o que esta institución no esté en condiciones de suministrar en un período corto de tiempo. Sin embargo, estas compras se utilizan en ocasiones para adquirir medicamentos que, estando disponibles en PROMESE como genéricos, el hospital los demanda como marca comercial con lo que ya no están disponibles en PROMESE.

Se ha constatado que algunos de los medicamentos que los hospitales adquieren por compra directa están disponibles en PROMESE y a un precio inferior. Es fácil suponer que, para aquellos otros medicamentos que PROMESE no comercializa, los precios que los hospitales pagan son notablemente superiores a los que PROMESE podría lograr.

#### Programas verticales

En este capítulo se incluye determinados medicamentos ofertados en la red pública sanitaria y que no son adquiridos ni distribuidos por PROMESE, sino que a través de programas específicos, en particular los de Inmunizaciones, VIH/SIDA, Planificación Familiar y TBC. El resto de programas verticales (salud materno-infantil, salud mental, salud bucodental) manejan pocos medicamentos de manera autónoma.

#### Otras instituciones del sector público

El Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional tienen un sistema propio de adquisición de medicamentos para ser dispensados o administrados en sus centros sanitarios.

## Mercado ilegal

En el país existe un mercado de medicamentos ilegales, entendiendo por tales los que entran de contrabando en el



país, los sustraídos en farmacias y almacenes (incluido PROMESE) y los elaborados clandestinamente.

Se desconoce a cuánto puede ascender este mercado marginal, pero se calcula por encima del 20-25 % del mercado de los medicamentos y ello nos lleva a unas cifras de fraude superiores a 1,500 millones de pesos anuales.

Este mercado ilegal es consecuencia del elevado pre-

cio que los medicamentos tienen en farmacia, lo que hace atractivo poner en el mercado medicamentos adquiridos por contrabando, sustracción o elaboración clandestina, por cuanto van a estar a precio inferior. Una reducción general de los precios de los medicamentos, haría disminuir notablemente este mercado ilegal.

## EL REGLAMENTO DE FARMACIA

11.3

Estas grandes áreas y otros elementos que deben ser regulados en el subsector farmacéutico, se encuentran actualmente reglamentados mediante el decreto 148-98, promulgado tres años antes de la entrada en escena de las leyes General de Salud y de Seguridad Social, que establecen un nuevo marco organizativo para las prestaciones asistenciales y consecuentemente también para las prestaciones farmacéuticas y el decreto ha quedado desfasado.

De los reglamentos considerados "llave" en la "ruta crítica" para la separación de funciones es uno de los que más se han discutido y también que más se ha retrasado su conclusión.

Es una norma compleja, pues abarca muchos elementos y algunos de ellos muy sensibles: laboratorios de producción, importadoras, distribuidoras, almacenes, farmacias, laboratorios de análisis, medicamentos, productos sanitarios, cosméticos, productos de limpieza, publicidad, etc.

Afecta a varios Departamentos de diferentes Secretarías de Estado e involucra directamente a la Industria farmacéutica; (SESPAS, PROMESE, LAVECEN, INDUSTRIA, ADUANAS, EDUCACIÓN, etc.)

Requiere, además, la elaboración de muchas normas complementarias y subsidiarias, algunas de las cuales (las menos) ya han sido o están siendo elaboradas.

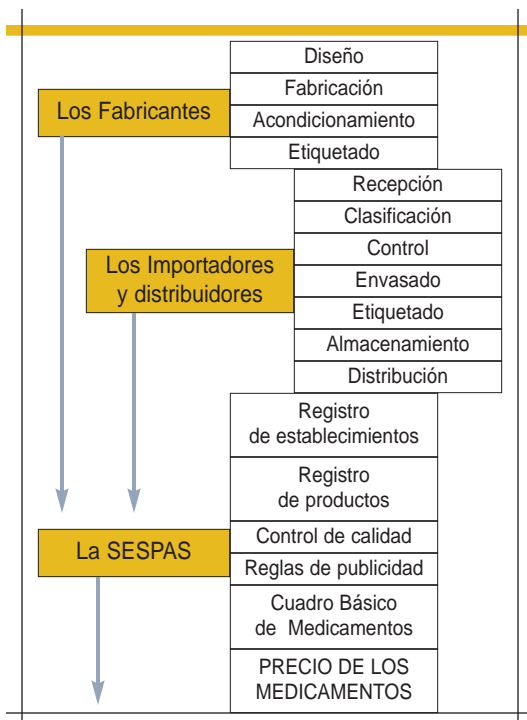
Veamos como aborda el Reglamento cada una de las áreas descritas anteriormente y que de forma mas directa o indirecta tienen que ver con la prestación farmacéutica. Nuestro objetivo en este punto es poner en evidencia los aspectos mas relevantes de la organización y funcionamiento de esa prestación, conociendo como (el medicamento) llega a conectar con la prestación asistencial y a partir de ese momento caminan juntos hasta su uso adecuado por el paciente.

### ¿Qué se considera medicamento?

Las especialidades farmacéuticas, entendiéndose por tales los de composición e información definida, de forma farmacéutica y dosificación determinada, preparado para su uso medicinal inmediato, dispuesto y acondicionado para su dispensación al público con denominación, embalaje, envase y etiquetado uniformes. Se podrán designar como Medicamentos Genéricos o Medicamentos con sus nombres comerciales aquellos que se determinan en el reglamento en el artículo ---;

### La “cadena” del medicamento

El medicamento es el producto final de una cadena o de un proceso en el que intervienen varias estructuras y muchas funciones, que intentaremos resumir:



### Los fabricantes

Las personas físicas o morales nacionales o extranjeras que se dediquen a la Fabricación de Medicamentos (Fabricantes, Laboratorios Industriales Farmacéuticos o Industrias Farmacéuticas) son clasificados según su producción, en Clases (de la A a la F).

El Reglamento (la SESPAS) da las instrucciones pertinentes sobre los aspectos fundamentales que afectan al medicamento en este eslabón de la cadena: el diseño, la fabricación, el acondicionamiento y el etiquetado.

### Los Importadores y distribuidores

Sólo se podrán importar los Productos regulados en este Reglamento, cuando el Establecimiento que los importa haya obtenido su Certificado de Registro Sanitario y el Producto haya obtenido su correspondiente Certificado de Registro Sanitario.

Se podrán importar materias primas con el Certificado de Análisis de calidad de la materia prima, expedido por la autoridad competente del país de origen y debidamente legalizado por las autoridades consulares dominicanas.

### El papel de la SESPAS

La SESPAS, a través de la Dirección General de Drogas y Farmacia, se encargará de regular, hacer cumplir y sancionar cuando sea necesario las normas que permitan poner en movimiento y hacer funcionar esta cadena para que el medicamento llegue adecuadamente a los locales de expendio.

En este sentido son responsabilidades de gran importancia los apartados siguientes:

### El Registro Sanitario

- a) Registro de Establecimientos
- b) Registro Sanitario de Productos
- c) Registro de Directores Técnicos

### El Reglamento determina

- ▶ Las Condiciones y Requisitos Mínimos
- ▶ Las Normas de Buenas Prácticas de Manufactura
- ▶ El proceso de registro
- ▶ Evaluación de las solicitudes
  - Expedición Certificados de Registro, en un plazo de 60 a 90 días
  - El número del Certificado de Registro Sanitario
  - Validez de 5 años

### El Control de calidad

El Sistema de Control de Calidad del Programa Nacional de vigilancia sanitaria de los Medicamentos, coordinará los elementos funcionales de:

- a) Registro
- b) Inspección Farmacéutica
- c) Análisis de Laboratorio
- d) Fármaco vigilancia

### La Publicidad

Corresponde a la SESPAS, como Institución rectora del Sistema Nacional de Salud, el control de la promoción y publicidad de los productos farmacéuticos conforme a la Ley. El Reglamento trata los aspectos relativos a:

- Publicidad destinada al público en general
- Publicidad dirigida a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos
- Muestras gratuitas

Y parte de unos principios:

- a) No pueden realizarse actividades publicitarias cuando el Medicamento no esté autorizado en el mercado;
- b) No debe conducir a engaño del público consumidor;
- c) Debe ayudar al uso racional de Medicamentos;
- d) Los rótulos y etiquetas de los medicamentos de-

ben indicar siempre la fecha de expiración, vencida la cual no puede esperarse que conserven su actividad terapéutica.

### El Cuadro Básico de Medicamentos (CBM)

Es una lista de medicamentos esenciales similar a la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada con el ánimo de que tales medicamentos puedan ser accesibles a toda la población. Sin embargo, dadas las carencias de la asistencia sanitaria pública y el alto coste de los medicamentos en el sector privado, son numerosos los medicamentos esenciales que resultan inaccesibles a amplios sectores de la población.

El CBM establecido por la SESPAS es fundamental, tanto para determinar las compras de PROMESE como para el establecimiento del Plan Básico de Salud en su vertiente de medicamentos.

En el momento actual existe un Cuadro Básico dictado por resolución de la SESPAS, pero está en fase de revisión ya que presenta diferencias significativas con respecto al listado de medicamentos ambulatorios del Plan Básico de Salud, dictado por resolución de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), así como con los listados de compras de PROMESE.

Lo que la Ley de Seguridad Social determina al respecto es que una vez dictado el CBM por la SESPAS, de este se debe extraer el listado de medicamentos a incluir en el Plan Básico de Salud.

En cuanto a los listados de PROMESE es esencial también que se adapten al listado del CBM

### La cuestión del Precio de los Medicamentos

La disponibilidad de medicamentos por la población está íntimamente ligada a los precios. Veamos lo que ocurre:

Los medicamentos adquiridos por PROMESE no cubren la totalidad del Cuadro Básico de Medicamentos (CBM),

Además, los medicamentos adquiridos habitualmente

por PROMESE no llegan de forma regular ni a las instituciones sanitarias de la SESPAS ni a las BPs.

Las adquisiciones directas de los hospitales apenas amplía el cuadro de medicamentos de PROMESE.

El resultado final al que se ven abocados los ciudadanos es el siguiente:

- a) Tratar de conseguirlos gratuitamente en una institución de la SESPAS (hospital o Clínica Rural);
- b) Si no están disponibles en estas instituciones, comprarlos a un precio módico en una Botica Popular;
- c) Si tampoco están en las BP, acudir a una farmacia privada, donde sí podrán adquirirlos pero a un precio tan elevado que los hace inaccesibles a la mayor parte de la población;
- d) Recurrir al mercado ilegal donde es de esperar que los precios sean inferiores

Corresponde a la SESPAS el desarrollo de una política de precios, tal como se desprende de la legislación vigente:

La Ley 13 del 27 de abril de 1963 por la que se crea la Dirección General de Precios, considera los productos farmacéuticos como artículos de primera necesidad, y establece que la fijación del precio máximo al que pueden ser vendidos estaría a cargo de la SESPAS. Sin embargo, esta normativa, aunque vigente, nunca ha sido aplicada, de forma que el precio de los medicamentos es fijado por el LIF o el distribuidor.

La Ley General de Salud no contempla ninguna forma de intervención del ente público en el precio de los medicamentos.

El Reglamento 148-98 establece en su artículo 78

que el Precio de Venta al Público (PVP) de los medicamentos estará formado por el coste industrial y las agregaciones de los márgenes de comercialización. Este mandato es poco preciso y no ha sido desarrollado para implementarlo de forma efectiva. Este mismo artículo indica que el PVP del medicamento ha de figurar impreso en el empaque del mismo, pero esto tampoco se aplica.

Sin embargo el precio de los medicamentos para la seguridad social (prestación farmacéutica de la seguridad Social -PFSS-), si encuentra una referencia legal reciente

De acuerdo el artículo 130 de la Ley 87-01, los medicamentos incluidos en la PFSS aparecerán en un listado que será de aplicación obligatoria y única para todas las ARS que participen en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Una vez elaborado el listado de medicamentos de la PFSS, se procede a la determinación del precio de referencia (PR) de cada uno de ellos, entendiéndose por tal el importe máximo que las ARS abonarán a los PSSs por su dispensación en el ámbito PFSS. EL PR para un medicamento es único, tanto si ese medicamento se dispensa en régimen ambulatorio o se administra a pacientes ingresados en hospital.

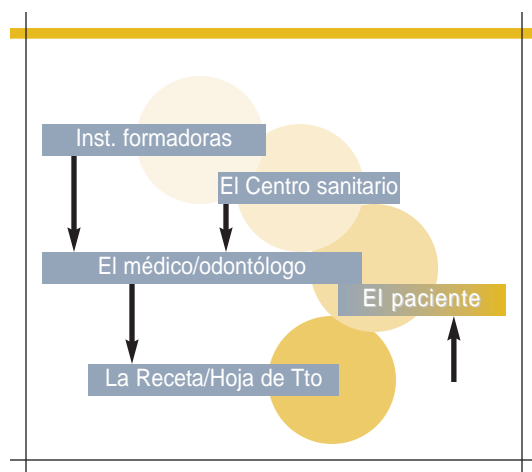
La situación actual es que no existe regulación de precios y mucho menos precios de referencia para la Seguridad Social. Ni siquiera hay concordancia entre Cuadro Básico de Medicamentos (SESPAS) y listado de medicamentos del Plan Básico de Salud (SISALRIL).

Si no hay precios de referencia es imposible para las PSS de la Seguridad Social la facturación de la prestación farmacéutica a las ARS (y SENASA)

El Reglamento de medicamentos incluye el marco necesario para el desarrollo de esa política de precios que requerirá una normativa específica.

## EL MÉDICO Y EL USUARIO: LA PRESCRIPCIÓN

La prescripción es un proceso (una nueva cadena) que culmina con la indicación del tratamiento al paciente, por parte del médico (u odontólogo) mediante la cumplimentación de la receta médica, si es un paciente ambulatorio, y mediante la hoja de tratamiento si es un paciente hospitalizado.



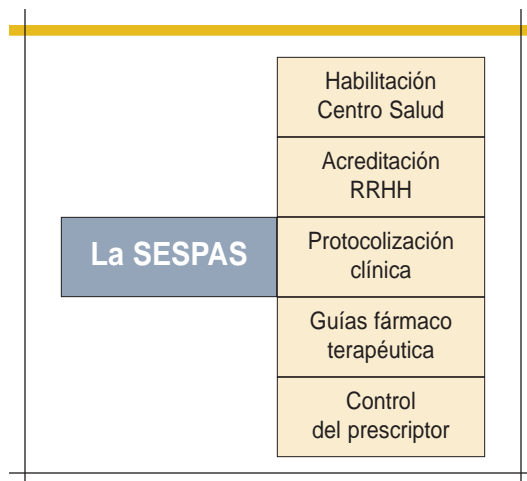
### El Prescriptor

Solo puede ser proscriptor quién esta autorizado a prescribir (médicos y odontólogos) y solo puede hacerlo en el modelo de receta autorizado para el sistema de salud en el que trabaje.

El prescriptor tiene la obligación de estar formado y actualizado en los conocimientos y habilidades que le permitan ejercer su cometido, así como respetar el Código de Ética y fomentar el Uso Racional del Medicamento

### Papel de la SESPAS en la prescripción

El papel del organismo rector (SESPAS) sería el siguiente:

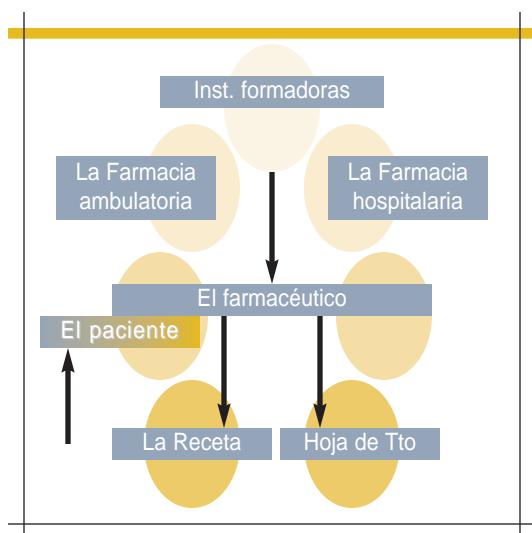


Asimismo podríamos incluir aquí una amplia responsabilidad en lo relacionado con el cumplimiento de la receta médica (en el caso de la prestación ambulatoria) o de las órdenes de tratamiento (en el caso de la prestación hospitalaria).

Igualmente aspectos relacionados con el Uso Racional de los Medicamentos, que han de ser tenidos en cuenta por el prescriptor y el servicio y el centro para el que trabaja, tales como los relacionados con la información referente a la medicación, la publicidad, etc.

## LA FARMACIA: LA DISPENSACIÓN (O VENTA)

Nuevamente podemos desarrollar un encadenado de pasos en este proceso, que también nos llevan a la receta como elemento de contacto entre el farmacéutico y el paciente, en el caso de los tratamientos ambulatorios y a la hoja de tratamientos mediatizada por el médico.



### Tipos de farmacias

Las farmacias se clasifican en función del tipo de registro, o del ámbito de su intervención. En función del tipo de registro tendremos:

- Farmacias ambulatorias (públicas o privadas)
- Farmacias hospitalarias (públicas o privadas)

En función del ámbito de intervención:

- Farmacias concertada para la Seguridad Social
- Farmacias no concertadas para la Seguridad Social

### El farmacéutico y la farmacia

Todas las farmacias deberán tener un Director Técnico o regente farmacéutico, acreditado por la SESPAS.

Todos los aspectos relacionados con la instalación y

gestión de las farmacias se encuentran suficientemente detallados en el Reglamento de Farmacia pendiente de promulgación.

### La farmacia ambulatoria de los Servicios Regionales de Salud

Los Servicios Regionales de Salud tendrán la capacidad de poseer farmacias ambulatorias, siempre que cumplan los requisitos establecidos por el Reglamento de Farmacia.

Estarán formadas por agregados de puntos de dispensación (por delimitaciones territorio-poblacionales) y estarán a las órdenes de un farmacéutico (Director Técnico de la farmacia).

Estarán ubicadas en locales públicos, preferentemente relacionados con los centros de atención sanitaria y solo expondrán especialidades farmacéuticas de denominación genérica al precio de referencia (o inferior) fijado por la administración.

Esta red será o podrá ser desarrollada a partir de las actuales Boticas Populares, bien manteniendo su titularidad pública desde PROMESE o siendo transferidas a los Servicios Regionales de Salud.

### La Farmacia hospitalaria

Serán denominadas así las establecidas en hospitales de más de 50 camas. El Director Técnico será el Jefe del servicio de Farmacia.

Suministrarán medicamentos a pacientes hospitalizados y a los atendidos por los Servicios de Urgencias.

De la misma forma que para la farmacia ambulatoria, el reglamento detalla las características estructurales y de gestión que han de tener las farmacias hospitalarias.

## Papel de la SESPAS en la dispensación y venta

En sentido amplio podemos diferenciar las siguientes funciones:



No obstante, como en el caso de la prescripción, hay aspectos relacionados con la receta médica y con el uso racional de los medicamentos que son tratados en el ámbito de la dispensación.

## LA RECETA MÉDICA: UN INSTRUMENTO FUNDAMENTAL

11.7

Después de acercarnos brevemente a los actores (el medicamento, el médico, el farmacéutico y el paciente) vamos a tratar del instrumento fundamental que hace de nexo entre todos ellos y que sirve al rector (la SESPAS) para controlar y supervisar una buena parte del proceso, y a los gestores, el Servicio Nacional de Salud y PROMESE, por un lado y el SENASA (fundamentalmente), por el otro, para la facturación y el control del gasto, respectivamente.

Se entiende por receta médica el documento normatizado por el cual los médicos u otros profesionales autoriza-

dos y legalmente acreditados para el ejercicio profesional, prescriben la medicación al paciente para su dispensación en farmacias o su administración y/o dispensación dentro de un centro sanitario.

### Para qué sirve la receta

Es el instrumento de gestión de la prestación farmacéutica por excelencia, ya que permite controlar los más variados aspectos al contener datos y códigos sobre todos los que

participan en las cadenas de este proceso:

- el medicamento
- el prescriptor (el médico, la consulta, el centro sanitario y la aseguradora, en el caso de la Seguridad Social)
- el expendedor o dispensador (el farmacéutico, la farmacia, la botica popular)
- el paciente

Al mismo tiempo, es un instrumento útil para transmitir información al paciente y una herramienta para el uso racional del medicamento, tanto a nivel de los pacientes de forma individual como a nivel colectivo, estableciendo la relación entre perfil de morbilidad y consumo de medicamentos en áreas territorio-poblacionales determinadas.

## Tipos de recetas

Receta médica común. La receta para la prescripción en el ejercicio profesional libre.

Receta odontológica común. La receta para la prescripción en el ejercicio profesional libre, y que sólo abarca los medicamentos de la lista de odontológicos.

Recetas médicas para medicamentos especiales. Las recetas para la prescripción de medicamentos de especial control médico, para tratamientos compasivos y para todos aquellos medicamentos en que se establezca como necesidad sanitaria una receta especial.

Receta médica para medicamentos controlados. Es la receta definida para los medicamentos controlados por la Ley 50-88.

Recetas médicas para tratamientos ambulatorios dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

## Modelo único de receta para la Seguridad Social

La receta médica es particularmente importante para la organización y funcionalidad del la prestación asistencial en el marco del Sistema de Seguridad Social, ya que se convierte en el principal instrumento de control del gasto far-

macéutico. Es imprescindible, por lo tanto, la existencia de un modelo único de receta para tratamientos ambulatorios dentro del Sistema de Seguridad Social, que permita a la Superintendencia (SISALRIL) el control y seguimiento del gasto y del uso racional.

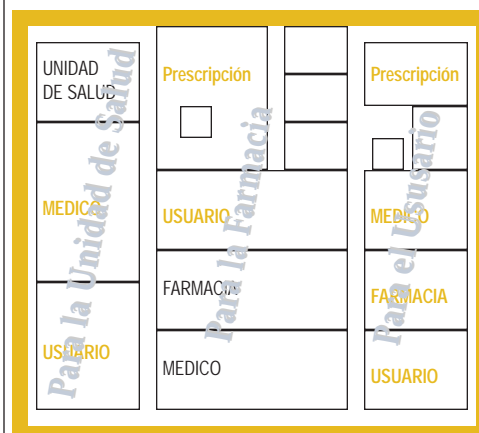
Al mismo tiempo, se convierte en un instrumento legal en caso de ser necesario.

Un modelo funcional de receta para la Seguridad Social ha de tener apariencia y uso sencillos, pero contener toda la información y datos necesarios, tanto para la ARS, que las emite, para el centro en que se prescribe, para el médico prescriptor, para el farmacéutico dispensador, para el usuario y para la SESPAS, garante del aseguramiento y la calidad.

Sea en forma de partes extraíbles o de calcos, la receta ha de tener diferentes segmentos con información:

- Para la Unidad de Salud
- Para la Farmacia
- Para el Usuario

Este esquema puede ser un buen ejemplo





## Ciclo de vida de la receta

La receta sufre un complejo proceso, desde su diseño y edición hasta su almacenamiento y destrucción. En el camino que recorre en ese proceso se convertirá en el instrumento fundamental sobre el que descansa la prestación farmacéutica y sobre el que, como hemos visto, confluyen todos los actores fundamentales del sector farmacéutico.

<b>NORMALIZACIÓN</b>	
Tipos de recetas	SESPAS
Modelos oficiales de receta	SESPAS
Que medicamentos precisan receta	SESPAS
<b>DISTRIBUCIÓN</b>	
Emisión de recetas	ARS
Validación de las recetas	SESPAS
Control de la emisión	ARS
Custodia y seguridad	Centro
Anulación de recetas	SESPAS
<b>PRESCRIPCIÓN</b>	
Confidencialidad	
Validez (5 días)	
Técnicos capacitados para la prescripción	médicos, odontólogos
<b>DISPENSACIÓN</b>	
Registro diario	Farmacia
Consolidado mensual	Farmacia
Dispensación medicamentos	Farmacia
Facturación y cobro	Farmacia
Comprobación y pago	ARS
<b>PROCESAMIENTO</b>	
Normas de entrega / recogida	SESPAS
Sistema informático de captura y procesamiento	SESPAS
<b>ALMACENAMIENTO</b>	
Normas de almacenamiento e identificación	SESPAS

## LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACEUTICA EN EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD Y PARA LA SEGURIDAD SOCIAL

### Prestación asistencial y prestación farmacéutica

Debemos recordar que la organización del Servicio Nacional de Salud (y dentro de él, los Servicios Regionales de Salud) venía motivada por la Separación de la Función de Provisión de los servicios personales de salud, con la finalidad de que estos sean los prestados a la Seguridad Social.

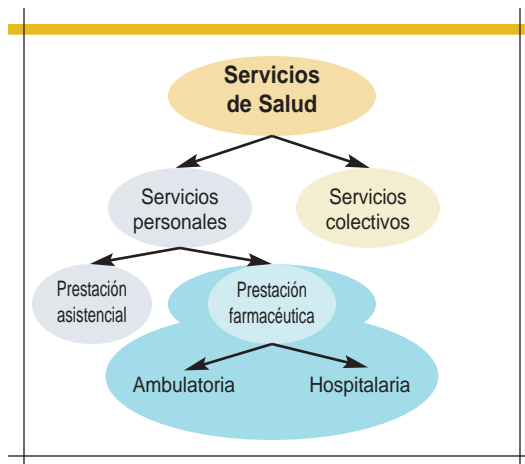
Es decir, los Servicios Regionales de Salud los "vendedores" de los Servicios de Atención a las Personas.

Las ARS (y el SENASA fundamentalmente, en el caso de la provisión pública) serán los "compradores" de esos servicios.

Sin embargo, la prestación (o provisión) se compone de dos elementos: la prestación asistencial y la prestación farmacéutica. La prestación farmacéutica es a su vez, ambulatoria u hospitalaria.

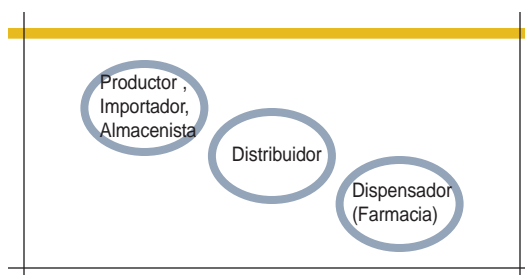
### Prestación farmacéutica ambulatoria y Prestación farmacéutica hospitalaria

En el siguiente esquema podemos observar esta serie de diferenciaciones en la prestación de los servicios:



El prestador asistencial y el prestador farmacéutico pueden ser una misma institución o instituciones diferentes asociadas (mediante convenios o contratos).

No olvidemos que la prestación farmacéutica es una cadena en la que intervienen, sucesivamente, el productor o importador y/o almacenista, el distribuidor y el dispensador (Farmacia o Botica) y que todos ellos tienen o han de tener su margen de beneficio.



En el caso de la prestación hospitalaria, el dispensador farmacéutico (el tercer eslabón de la cadena) es el mismo que el prestador asistencial: el hospital. Pero el hospital necesita uno o varios suministradores (los dos primeros eslabones). Si el hospital forma parte de una red, como es el caso que nos ocupa, esta red es la que necesita ese suministrador, al que comprar los medicamentos y otros productos farmacéuticos. En el momento actual estas com-

pras se realizan a PROMESE y a las farmacias y distribuidores privados, según la oferta y las necesidades. En definitiva, el hospital (o el Servicio Regional de Salud) debe contratar los dos primeros eslabones de la cadena y asume el tercero, a través de la farmacia hospitalaria y utilizando como instrumento de gestión la "orden médica de tratamientos".

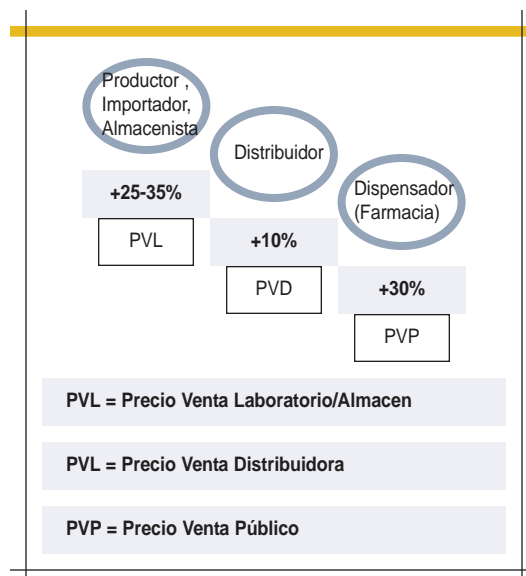
En el caso de la prestación ambulatoria, la situación es similar para los dos primeros eslabones, aunque la situación ideal costo-efectiva es que PROMESE sea ese suministrador.

La dispensación ya requiere una organización diferente, donde el instrumento de gestión es la Receta Médica y la entrega de los productos farmacéuticos se realiza en las Farmacias Privadas y Boticas Populares. Para ello, estas deben estar habilitadas para esa función como establecimientos farmacéuticos de la Seguridad Social, que mediante Convenio o Contrato con el SENASA y otras ARS, prestan ese servicio.

Todo esto implica la puesta en marcha de unos mecanismos de regulación (SESPAS) y organizativos (Servicios Regionales de Salud, PROMESE y SENASA, fundamentalmente), que permitan la compra-venta del servicio.

La compra-venta de la prestación farmacéutica ambulatoria sólo es posible de forma eficiente si existen precios de referencia de los medicamentos del Plan Básico de Salud y están determinados los márgenes de beneficio que quedan en cada uno de los tres eslabones de la cadena.

En nuestro subsector público, los precios de referencia se han de establecer a partir de los precios de compra de PROMESE y, en cuanto a los márgenes de beneficio, en la mayor parte de los países con precios regulados, son los siguientes:



## La Gestión farmacéutica en los Servicios Regionales de Salud

La organización para la gestión de los recursos farmacéuticos en este ámbito debe estructurarse a nivel del Área de Salud, de forma que en cada Área exista un Farmacéutico responsable de la prestación ambulatoria y un Farmacéutico responsable de la prestación hospitalaria.

Los servicios relacionados con la prescripción y dispensación de medicamentos (farmacia) a los beneficiarios del Plan Básico de Salud (y al resto de usuarios), serán controlados y evaluados desde dos estructuras específicas ubicadas en las Subdirecciones de Atención Primaria y Atención Especializada, coordinado y apoyado logísticamente en la Dirección del Área de Salud, a través de una Unidad de Apoyo.

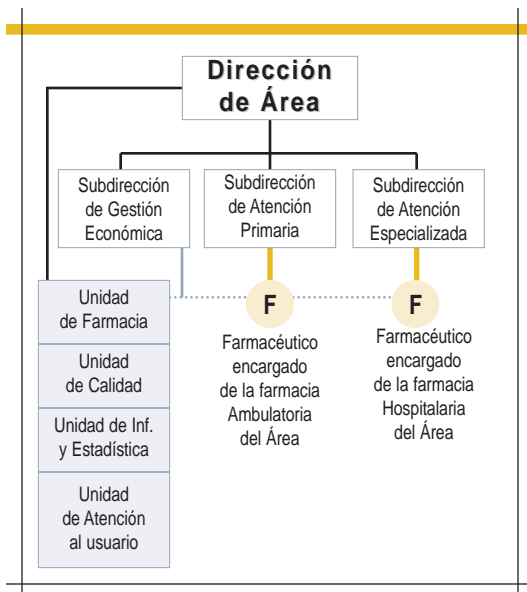
Al frente de cada una de ellas se situará un responsable farmacéutico experto en gestión y uso racional de medicamentos, dependiente directamente de los Subdirectores respectivos. Su función fundamental será colaborar en la implantación, gestión y evaluación de las

medidas de uso racional de medicamentos acordadas desde la Gerencia Regional.

Para ello utilizarán las herramientas de información relacionadas con el control del gasto farmacéutico, traslado de información sobre seguridad-efectividad de los medicamentos según evidencias científicas, generación de guías y protocolos fármaco-terapéuticos, obtención de perfiles de prescripción por Unidades de Provisión y profesional, evaluación de abastecimiento y adecuación a niveles de servicio, etc., en la medida en que se desarrollen los sistemas de información capaces de generar estas salidas.

Los aparatos para discapacitados, prótesis y similares incluidos en el Plan Básico de Salud que sean prescritos por los profesionales del Servicio Regional de Salud, serán gestionados a través del órgano coordinador del Servicio Farmacéutico de la Dirección del Área.

Recordemos la estructura orientativa para la gestión de recursos en el Área de Salud y veamos



## La Facturación de la Prestación

Las farmacias privadas que estén habilitadas para dispensar medicamentos para la Seguridad Social y las BPs (en el caso de que estén concertadas con SENASA u otra ARS) enviarán mensualmente a las respectivas ARS las recetas dispensadas para someterlas a un proceso automatizado de lectura de los datos del número de SS del usuario, médico prescriptor, farmacia o BP dispensadora, así como los datos incluidos en el troquel.

A través de este procedimiento se determinará la cantidad que cada ARS tiene que abonar a cada farmacia o BP. Este pago tiene que realizarse dentro de un plazo determinado a la recepción de las recetas (por ejemplo, 15-30 días hábiles) y en concordancia con lo reglamentado en los artículos 169 a 174 de la Ley 87-01 referentes a sistemas de contratación y pago.

Los datos del proceso mecanizado de recetas obtenidos por cada ARS se enviarán periódicamente a la SISALRIL a fin de crear una base de datos sobre medicamentos utilizados en el ámbito general de la Prestación farmacéutica de la Seguridad Social ambulatoria. Las discrepancias que pudieran surgir entre las ARSs y las farmacias (o BPs) por la facturación de recetas deberán ser arbitradas por la SISALRIL.

## La Inspección Farmacéutica

Para el buen funcionamiento de la prestación farmacéutica (responsabilidad de la SESPAS) a la población es de suma importancia el desarrollo de la función inspectora.

La Inspección farmacéutica como tal compete a la SESPAS y en el cuadro adjunto podemos observar la variedad en las intervenciones que debe realizar la Inspección.

No obstante, sea responsabilidad de la SESPAS, las ARS y fundamentalmente el SENASA, como gran ARS pública, podrán tener personal especializado para ejercer un control sobre el gasto (ya que son los pagadores) y para hacer un seguimiento del proceso orientado a una gestión más eficiente del mismo.

Asimismo la SISALRIL, como supervisora del sistema de Seguridad Social, deberá tener personal especializado para hacer el seguimiento de hechos tipificados como infracciones a la Ley 87-01 y otras normas específicas.

### **Funciones de la Inspección Farmacéutica**

- a) Evaluación y Habilitación de Farmacias y Boticas Populares.
- b) Evaluación y Habilitación de Establecimientos Farmacéuticos (Laboratorios, Distribuidoras, Importadoras)
- c) Actuaciones disciplinarias y sancionadoras que correspondan a entidades, establecimientos, centros y servicios responsables de la fabricación, distribución y dispensación de medicamentos y productos sanitarios relacionados con la prestación farmacéutica dentro de la seguridad social.
- d) Actuaciones en cuanto a la prescripción por parte de los facultativos médicos
- e) Actuaciones en cuanto a la dispensación en las Farmacias y BP
- f) Actuaciones en cuanto a los asegurados
- g) Inspección y control de información de medicamentos. Visita médica Información por parte de la industria a los profesionales sanitarios, así como la publicidad de medicamentos dirigida al público
- h) Inspección y control de uso de medicamentos especiales
- i) Evaluación del consumo de los medicamentos y productos sanitarios con especial referencia al gasto sanitario.
- j) Colaboración en la promoción y asesoramiento del programa del uso racional del medicamento que se implante tanto en el nivel de la Atención Primaria como en la Especializada y la coordinación de los mismos.
- k) Asesoramiento técnico en la suscripción de

contratos con los representantes de prestadoras de servicios médicos y farmacéuticos tanto públicos como privados y especialmente en la suscripción de contratos o conciertos con la representación de farmacias a nivel nacional para determinar las condiciones de pago de los medicamentos, aprobados e incluidos en listas para su financiación, que se dispensen a los trabajadores y sus beneficiarios .

- l) Evaluación del ejercicio y la efectividad de los derechos y deberes de los usuarios, en la obtención de los distintos servicios sanitarios, asistencia médica y farmacéutica, proponiendo medidas oportunas para su mejor cumplimiento.



# CAPÍTULO 12

LOS SERVICIOS  
DE ATENCIÓN COLECTIVA



## LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN COLECTIVA

En la parte primera de este libro nos dedicamos fundamentalmente a explicar la Separación de Funciones exigida por las leyes 42-01 y 87-01 y decíamos que el punto de partida de la Reforma de los Servicios de Salud era la diferenciación de los servicios de salud en dos tipos:

- » Servicios personales, y
- » Servicios colectivos

De los servicios personales hemos tratado a lo largo de todos los capítulos anteriores, ya que ese es el objetivo principal de este libro, ilustrar de la manera más sencilla posible el modelo de prestación de servicios personales de salud contenido en la reglamentación ya promulgada y en aquella aún pendiente de aprobación formal. A largo de esos capítulos hemos ido desgranando los aspectos fundamentales de carácter organizativo y de funcionamiento que conforman esa red (o redes) de servicios. Hemos visto surgir una nueva estructura organizativa, el Servicio Nacional de Salud y los Servicios Regionales de Salud, para hacerse cargo, de forma progresiva y ordenada, de esa red (o redes) de servicios

Los servicios de carácter colectivo, denominados en la Ley de Seguridad Social como "Servicios Preventivos de carácter general" quedan a cargo de los órganos centrales de la SESPAS, y más concretamente, dependientes de la Subsecretaría de Salud Colectiva.

La SESPAS y sus expresiones territoriales para la Rectoría, las Direcciones Provinciales financian y gestionan la Salud Pública colectiva.

### Los Programas Verticales

Estos servicios se ordenan en forma de "Programas" (comúnmente denominados "verticales") y están, fundamentalmente orientados a la Promoción de la Salud y la Prevención de las enfermedades.

La SESPAS establece Programas de este tipo, según la magnitud y trascendencia de los problemas a incluir y se-

gún la capacidad de dar o no respuesta a esos problemas por parte de los centros de atención sanitaria (de atención primaria y especializada).

Su dependencia directa del Organismo Rector (la SESPAS) se motiva por tratarse de intervenciones de interés público, que deben estar controladas y gestionadas por la autoridad sanitaria y no pueden ser sometidas a intereses del mercado.

En este momento existen en el último organigrama de la SESPAS, al menos, los siguientes Programas

- » Programa de Tuberculosis
- » Programa de Nutrición
- » Programa de salud mental
- » Programa de Promoción y Educación para la Salud
- » Programa Ampliado de Inmunizaciones
- » Programa de Control de Enfermedades Tropicales
- » Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida
- » Programa de Salud Reproductiva y Sexual
- » Programa de Salud Bucal

### Los Programas Verticales y el Plan Básico de Salud

El hecho de que los programas verticales dependan de la Subsecretaría de Salud Colectiva puede inducir al error de pensar que todo su contenido es de prestación colectiva y no es así. Las acciones de promoción o preventivas que conllevan, pueden ser personales o colectivas. El tratamiento de un enfermo con paludismo es una intervención de atención personal, mientras que la fumigación de una comunidad para combatir el paludismo es una intervención colectiva; la aplicación de una vacuna es una intervención individual (*servicio preventivo de carácter individual*), mientras que la campaña de vacunación es una intervención colectiva (*servicio preventivo de carácter general*).

Es importante tener esto en cuenta para que una vez



efectuada la separación de la función de provisión de atención a las personas, recordemos que hay algunos aspectos, relacionados fundamentalmente con la promoción y prevención, que siendo de carácter individual, pueden ser ejecutados o supervisados directamente por la SESPAS, a través de esos programas verticales, cuando por ser de interés público nacional así se considere.

Por ejemplo, la SESPAS, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), puede determinar que la organización de los servicios de atención primaria y ambulatorios no están todavía en unas condiciones organizativas suficientes como para aplicar la vacuna pentavalente y que por lo tanto esa vacunación será desarrollada mediante campañas nacionales realizadas por el Programa. En este caso, la vacunación es una atención personal (*servicio preventivo de carácter individual*), pero no la ejecuta la red de servicios, sino el PAI (incluso sirviéndose de la infraestructura y recursos de la red de provisión)

Recordemos también que identificábamos, en cierta medida, los servicios de atención a las personas con el Plan Básico de Salud, al entender que son esos los servicios que se van a ofrecer al sistema dominicano de seguridad social, en forma de un paquete, que se ha denominado Plan Básico de Salud.

El siguiente esquema ha de servir para delimitar un poco más estas relaciones:

Financiación PLAN BASICO DE SALUD		Financiación SESPAS	
Servicios de Atención a las Personas		Servicios de Salud Colectiva	
Subsecretaría de Atención a las personas		Subsecretaría de Salud Colectiva	
Centros y Hospitales		Programas verticales	

Como podemos observar, en la parte alta del gráfico estas relaciones tienen implicaciones económicas por cuanto la financiación de esas acciones de carácter preventivo individual (y de promoción de la salud), aun permaneciendo a cargo de la SESPAS central, son financiadas (o deberían serlo) por el Plan Básico de Salud.

Una vez aclarado esto, queda un trabajo pendiente: delimitar donde está situada, *para cada programa* vertical, esa línea que separa lo individual de lo colectivo.

Y esa delimitación tiene una doble vertiente,

- la económica, ya que determinando que acciones deben ser incluidas en el Plan Básico de Salud y cuáles no, se está determinando su financiación.
- La técnica, al precisar hasta donde realiza la intervención la Unidad de Salud de la red y hasta donde el Programa vertical.

En resumidas cuentas, se determina que el costeo de la vacuna pentavalente aplicada a un asegurado cualquiera es a cargo del Plan Básico, o sea de la ARS a la que está afiliado dicho asegurado, pero el PAI es el que aplica la vacuna (para garantizar la vacunación efectiva, la cadena de frío, etc.). En ese caso el PAI (o la SESPAS) factura a la ARS el coste de la vacuna (salvo que haya un acuerdo diferente).



# ÍNDICE ANALÍTICO

## A

**Acreditación** 20, 50, 58, 60, 62, 100, 102, 103, 104, 120, 122, 133

**Acuerdo de Gestión Clínica** 54, 76

**Áreas de Salud**

21, 22, 27, 35, 40, 41, 46, 65, 88, 108

**Áreas de Salud / Dirección** 14, 26, 30, 34, 39, 40, 46, 48, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 89, 92, 94, 97, 103, 104, 105, 108, 112, 115, 122, 139, 140

**Atención a las personas** 12, 14, 16, 17, 18, 22, 26, 29, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 42, 46, 52, 58, 64, 75, 117, 118, 126, 138, 145

**Atención Especializada** 16, 17, 18, 24, 27, 29, 35, 52, 55, 62, 66, 68, 70, 71, 72, 88, 93, 94, 139, 140

**Atención Primaria / Centro de** 76, 77, 100

**Atención Primaria / Distritos**

41, 42, 46, 68, 75, 88

**Atención Primaria / Equipo** 25, 26, 27, 28, 29, 42, 43, 54, 59, 60, 61, 64, 64, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 88, 92, 96, 98, 112

**Atención Primaria / Nivel de Atención Primaria / Área de Atención Primaria**

23, 26, 42, 43, 92, 94

## C

**Conexiones (de la Red)**

23, 27, 29, 46, 47, 79, 98

**Contratos de Gestión**

25, 26, 27, 30, 40, 47, 49, 55, 65, 67, 97

## D

**Debilidad institucional** 6, 7

**Descentralización** 8, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 20, 28, 30, 31, 34, 36, 37

**Descentralización Territorial**

10, 17, 21, 29, 34, 57-85

**Desconcentración** 9, 10, 11, 13

**Distrito Sanitario** 46

## E

**ECG** 77

**Emergencias / Atención** 88

**Emergencias / Planes** 35, 89

**Emergencias / Registro** 89

**Emergencias / Transporte** 89

**Energía (de la Red)** 46

## F

**Farmacia / Inspección** 131, 140

**Farmacia / Organización Territorial**

**Farmacia / Registro** 126, 130, 131, 134, 135

**Ficha Familiar** 32, 98

## G

**Gestión Clínica** 23-28, 40, 42, 46-50, 52, 54, 55, 62, 63, 64, 68, 73, 74, 75, 76, 79, 92, 94, 97, 109

**Gestión de Recursos** 25, 26, 27, 28, 35, 42, 46, 47, 48, 49, 52, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 68, 72, 73, 74, 79, 94, 108, 109, 140

## H

**Habilitación** 20, 21, 31, 35, 42, 62, 93, 102, 103, 104, 105, 132

**Habilitación / Condiciones y requisitos** 104

**Hilos Conductores** 23, 24, 98

**Historia Clínica** 20, 35, 98

**Hospital Regional / Dirección**

40, 46, 53, 55, 59, 60

**Hospitales de Referencia Nacional**

83, 84, 85

**Hospitales de Referencia Regional**

40, 43, 80, 81

**Hospitales Regionales / Servicios de Apoyo**

**Diagnóstico** 83, 85, 98

# ÍNDICE ANALÍTICO

Hospitales Regionales / Servicios de Consulta  
81, 82, 83, 84  
Hospitales Regionales / Servicios de  
Hospitalización 81

## I

Inteligencia de la Red 26

## L

Ley de Seguridad Social  
iii, 13, 14, 15, 16, 20, 37, 102, 108, 131, 144  
Ley General de Salud  
iii, 7, 9, 10, 14, 15, 27, 99, 102, 108, 132

## M

Mapa Nacional de Servicios y Procedimientos  
60  
Medicamento(s)  
21, 58, 62, 64, 69, 74, 76, 96, 126-141  
Medicamentos / Publicidad 129, 130, 131, 133, 141  
Medicamentos / Boticas Populares  
127, 128, 134, 139, 141  
Medicamentos / Cadena  
130, 133, 134, 136, 138, 139  
Medicamentos / Compras 62, 128, 131, 138  
Medicamentos / Control de Calidad 130, 131  
Medicamentos / Cuadro Básico 21, 130, 131, 132  
Medicamentos / La receta 126, 133, 134, 135, 136,  
137, 138  
Medicamentos / Precio 126, 127, 128, 129, 130,  
131, 132, 134, 139  
Medicamentos Genéricos 127, 130

## N

Nodos de la Red 23, 49

## O

Organización Corporativa Central  
36, 39, 40, 51

## P

Paciente / Servicio de Atención al Paciente 94  
Prestación Farmacéutica 65, 125, 126, 128, 129,  
132, 135, 138, 139, 140, 141  
Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)  
13, 14, 16, 17, 21, 34, 37, 38, 102, 132  
Programa de Medicamentos Esenciales  
(PROMESE) 27, 47, 48, 50, 55, 126, 127,  
128, 129, 131, 132, 134, 135, 139  
Provisión (de servicios de salud)  
iii, 12, 58, 74, 96  
Provisión de Servicios 10, 14, 18, 19, 20, 22, 22,  
30, 31, 34, 39, 42, 46, 50, 53, 62, 70, 71, 74,  
75, 96, 102, 109, 126

## R

Rectoría 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 26, 28,  
31, 34, 46, 49, 109, 110, 116, 118, 144  
Recursos Financieros 40, 42, 43, 51, 58, 68  
Recursos Humanos 20, 21, 24, 31, 34, 38, 39, 41,  
42, 53, 59, 61, 64, 65, 70, 88, 100, 107, 108,  
109, 110, 111, 116, 124  
Recursos Humanos / Movilidad  
110, 116, 117, 119-124  
Recursos Humanos / Nombramientos  
117, 118, 119, 121, 124  
Recursos Humanos / Plan de Desarrollo 110  
Recursos Humanos / Reglamento 34, 38, 110  
Recursos Humanos / Situación de Partida 111  
Red 12, 16, 17, 20, 23-31, 35, 37, 38, 46, 47, 49,  
52, 53, 54, 58, 60, 62, 63, 67, 70, 72, 76,  
98, 126, 127, 128, 134, 138, 144, 145  
Referencia/Contrarreferencia  
13, 18, 24, 60, 64, 65, 76, 80  
Registro Nacional de Establecimientos  
103, 104, 105  
Ruta Crítica 17, 20, 21, 31

# ÍNDICE ANALÍTICO

## S

**Salud Pública Colectiva** 16, 17, 36, 37, 71, 76,  
109, 126, 144

**Sector Salud** iii, 6, 7, 12, 15, 20, 21, 31, 62, 110, 126

**SENASA** 13, 16, 20, 27, 30, 47, 48, 55, 126, 132, 135,  
138, 139, 140

**Señales de Circulación** 23, 24

**Separación de Funciones** 9, 10, 13, 14, 15, 16, 20,  
21, 22, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 46, 62, 103,  
108, 118, 129, 144

**Servicio Nacional de Salud** 18, 20, 21, 22, 28,  
29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42,  
49, 77, 88, 96, 108, 109, 117, 126, 135, 138,  
144

**Servicio Regional de Salud / Estructura**

**Directiva** 38, 40, 41, 47, 49, 51, 52, 58, 59,  
63, 67, 80, 92, 93, 94, 96, 97, 114, 117-120,  
122, 139, 140

**Servicios de Atención Colectiva** 144

**Servicios de Salud** iii, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 21,  
23, 28, 30, 34, 36, 38, 39, 40, 46, 58, 73,  
74, 96, 103, 104, 109, 138, 144

**Servicios Regionales de Salud (SRS)** 18, 20, 21,  
22, 28, 29, 30, 34, 36-41, 43, 46-49, 57, 80,  
81, 108, 109, 116-120, 124, 126, 134, 138, 139,  
144

**Sistema de Información** 24, 30, 35, 62, 63, 64,  
67, 95-100

**Sistema de Información Geográfico para la  
Salud** 99

**Sistema de Información Gerencial y de  
Vigilancia Epidemiológica** 99

**Sistema de Salud** iii, 7, 20, 40, 51, 103, 133

**Sistema Dominicano de Seguridad Social**  
6, 13, 14, 22, 108, 109, 132, 136, 145

**Sistema Nacional de Salud** 14, 20, 21, 22, 29,  
37, 41, 99, 108, 121, 109

**Usuarios / Atención** 62, 91, 92, 93

**Usuarios / Consultas Externas** 93

**Usuarios / Internamiento** 64, 72, 80, 93, 96

## U

**UNAPs** 42, 54, 65, 75, 76, 77, 115







Oficina del Ordenador  
Nacional para los Fondos  
Europeos de Desarrollo  
**ONFED**



*Programa de  
Reforzamiento del  
Sistema de Salud*

