

**ARTICULO 2.-** Se establece que los recursos generados por concepto de monetización o venta de leche serán invertidos en programas sociales, así como en la evaluación de los mismos.

**ARTICULO 3.-** Envíese al Secretariado Técnico de la Presidencia, a la Secretaría de Estado de Educación y a la Dirección General de Aduanas, para los fines correspondientes.

**DADO** en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los veintitrés (23) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003); años 160 de la Independencia y 141 de la Restauración.

**HIPOLITO MEJIA**

**Dec. No. 1137-03 que aprueba el Reglamento de las Redes de los Servicios Públicos de Salud.**

**HIPOLITO MEJIA**  
**Presidente de la República Dominicana**

**NUMERO: 1137-03**

**CONSIDERANDO:** Que de conformidad con lo consignado en la Constitución de la República, el Estado tiene la responsabilidad de proveer los medios para que todos los ciudadanos dominicanos y residentes legales en el país, tengan acceso a la protección de la salud, ya que la misma constituye un derecho inalienable que debe ser promovido y satisfecho por los gobiernos y Estados, mediante el desarrollo biológico, psíquico, social, cultural y moral de cada ser humano.

**CONSIDERANDO:** Que la prestación de servicio de salud por parte del Estado, debe ser organizada y regulada para permitir la descentralización gradual de la función de provisión de servicios de salud, establecida en la Ley General de Salud y en la Ley que crea el Sistema de Seguridad Social en la República Dominicana.

**CONSIDERANDO:** Que la SESPAS, como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud, garantizará las condiciones que permitan la creación de redes en todo el territorio nacional, que integren a las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud con las instituciones del sector salud involucradas en el proceso. En lo relativo a las instituciones del sector privado, podrán vincularse a dichas redes cuando así lo soliciten siempre que reúnan las condiciones que expresamente establece la ley para estos casos.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social en la República Dominicana, establece en su Art. 167 las reformas que deberán operarse tanto en la SESPAS como en el IDSS, con la finalidad de fortalecer la red pública de servicios de salud, para lograr niveles adecuados de calidad, satisfacción, oportunidad, eficiencia y productividad, en la oferta de estos servicios.

**CONSIDERANDO:** Que para proveer los servicios de salud en redes articuladas, es necesario aprobar las reglas que permitan organizar la estructura y funcionamiento de las mismas, para que los establecimientos que la conformen no trabajen de forma aislada sino organizados en conjuntos de servicios integrados sobre la base de su complejidad.

**CONSIDERANDO:** Que la Ley Orgánica de Secretarías de Estado No. 4378 de fecha 10 de febrero de 1956, establece que, dentro de los deberes de los Secretarios de Estado, está el de cumplir y hacer cumplir las leyes, reglamentos, decretos, resoluciones y acuerdos relativos a sus respectivos ramos.

**VISTAS** la Ley Orgánica de Secretarías de Estado No. 4378, de fecha 10 de febrero de 1956, la Ley de Organización del Cuerpo Médico de los Hospitales No. 6097, de fecha 13 de noviembre de 1962, la Ley General de Salud No. 42-01, de fecha 08 de marzo de 2001, la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01, de fecha 10 de mayo de 2001 y la Ley No. 68-03 que crea el Colegio Médico Dominicano, de fecha 19 de febrero de 2003.

**VISTOS** el Decreto No. 351-99, de fecha 12 de agosto de 1999, mediante el cual se dicta el Reglamento General de Hospitales, el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones y el Reglamento de Habilitación de los Establecimientos de Salud.

En ejercicio de las atribuciones que me confiere el Artículo 55 de la Constitución de la República, dicto el siguiente,

## **D E C R E T O:**

### **REGLAMENTO DE PROVISION DE LAS REDES DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD**

#### **LIBRO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES**

#### **SECCION I**

#### **CAPITULO I**

**ARTICULO 1.- Definiciones.** Para los fines del presente Reglamento y de las Normas, Manuales y Resoluciones Administrativas que del mismo se deriven, se considerarán las siguientes definiciones:

**Administradoras de Riesgos de Salud (ARS):** son entidades públicas o privadas definidas en el Artículo 148 de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, que le corresponde administrar el riesgo financiero de la provisión del plan básico de salud a un conjunto de afiliados a través de un pago per cápita que establece el Consejo Nacional de Seguridad Social.

**Acuerdo de Gestión Clínica:** es el soporte formal, debidamente legalizado, que recoge los compromisos que adquieren los equipos de profesionales clínicos contratados según la legislación vigente con la Gerencia de los Centros de Gestión, tanto en objetivos asistenciales o de salud, como en actividad, servicios a prestar, recursos asignados, costos, sistema de incentivos y sistema de información para evaluar el cumplimiento de todo ello.

**Ámbito de Accesibilidad:** es el conjunto de poblaciones y territorios explícitamente delimitados a los que están destinados preferentemente los servicios y establecimientos de salud de una red pública de provisión de servicios de salud o de sus unidades que la componen; para los que un establecimiento de salud de menor o igual nivel de complejidad sirve de centro de referencia para determinadas intervenciones formalizadas en los convenios de gestión entre las partes.

**Atención Especializada:** es la provisión de servicios de salud para la atención a las personas para aquellas contingencias definidas como complejas que han de ser tratadas bajo la responsabilidad de un profesional clínico especialista con o sin internamiento.

**Atención Primaria:** es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas pero científicas y socialmente reconocidas y en la participación de la comunidad, de bajo costo o sostenible financieramente, que se desarrolla preferentemente en el primer nivel de atención en salud.

**Autonomía:** es la condición lograda por la Red Pública de la forma que permite la legislación vigente, que le permite contar con personería jurídica y patrimonio propio para el desarrollo de las funciones que le corresponden, así como de disponer bajo su responsabilidad y riesgo el desarrollo de dichas funciones.

**Autonomía Funcional:** es el derecho y capacidad de la dirección de la Red Pública para ordenar, gestionar, regir y resolver, bajo su propia responsabilidad, los asuntos relacionados con la organización, estructura y funcionamiento de la Red Pública de Servicios de Salud que le correspondiera para el cumplimiento de sus compromisos definidos en los convenios de gestión que decidiera o que la legislación vigente le ordenara.

**Cartera de Servicios:** es el conjunto de atenciones en salud que una Red, un establecimiento o un servicio que oferta a una población determinada.

**Centros de Gestión de Recursos:** son las unidades administrativas que sirven de apoyo a la provisión de servicios de salud a las personas; están representadas por los equipos directivos de las unidades asistenciales;

**Consejo de Administración:** es el máximo órgano de participación en la gerencia de la red pública de provisión de servicios de salud creado por la Ley 87-01 cuya composición y funciones son definidas en el presente reglamento.

**Convenios de Gestión:** es el soporte formal, debidamente legalizado, que recoge los compromisos que adquieren por un determinado tiempo: a) los centros productores de servicios y la dirección de una red pública, b) Una institución pública o privada y la dirección de la red pública o un centro productor de servicio de la misma.

**Costo-Efectivo:** es la condición que presenta una intervención en salud en relación con sus costos en término de financiamiento y de los posibles efectos no deseados que provoca en comparación con sus resultados cuando los efectos positivos exceden los costos que implica.

**Costo-Utilidad:** es la condición que presenta una intervención en salud, produce un margen mayor de beneficios en relación con sus costos.

**Criterios Capitativos:** es un modelo de financiamiento sobre la base del pago por unidad de población a ser atendida. Para el caso del primer nivel de atención de la red se indica que el financiamiento se realizará por per cápita sobre la base de la población asignada;

**Criterios de Ordenación Territorial:** son el conjunto de disposiciones que está facultada la máxima autoridad sanitaria, en nuestro caso SESPAS, para disponer las divisiones sanitarias del territorio que considere de lugar para el mejor desempeño de los servicios de atención a la salud sobre la base del acceso equitativo a los servicios de atención a las personas.

**Cuadros de Mando:** son el conjunto de informaciones que una vez recogidas y analizadas permiten a los gerentes conocer sobre el nivel de desempeño alcanzado en relación a los compromisos asumidos y, al mismo tiempo, sirven de base para la toma de decisiones sobre el caso y para evaluación de las mismas;

**Descentralización:** para la Ley General de Salud, Artículo 170, es el acto de delegar o transferir competencias a instituciones que gozan de personería

jurídica diferente a la institución descentralizadora. En el caso de las Redes de los Servicios Públicos de Salud se considera como el paso a un régimen de autonomía de dichas redes mediante una orden legal en el momento en que puedan cumplir con todos los requisitos necesarios para ello.

**Desconcentración:** de acuerdo a la Ley General de Salud, Artículo 170, es el acto de transferir competencias técnicas o administrativas a instituciones o expresiones territoriales de ellas pertenecientes a la institución rectora o central.

**Dimensionado de los Recursos:** es el conjunto de disposiciones que trazara la máxima autoridad sanitaria, en nuestro caso la SESPAS, en las que se trazan los criterios mínimos acerca de la distribución de los recursos sanitarios considerados fundamentales. Ejemplo de ello son los siguientes: un médico por cada mil habitantes, una UNAP por cada 500 familias.

**Dirección de una Red Pública:** es el órgano central de red pública de provisión de servicios de salud de atención a las personas encargada de la dirección estratégica de la misma.

**Equidad:** es la asignación de recursos e intervenciones sobre la base de necesidades desiguales (equidad vertical) y la asignación de recursos e intervenciones iguales ante una misma situación (equidad horizontal).

**Estructura:** es el orden e interrelación de las unidades encargadas de prestar los servicios de atención a las personas y sus correspondientes unidades de gestión que conforman y sirven de soporte al desarrollo de las funciones de una red pública de salud para la atención a las personas.

**Funcionamiento:** es la forma en que las redes públicas desarrollan las responsabilidades que les corresponden.

**Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP):** es el conjunto de ámbitos de acción que se consideran fundamentales para el ejercicio de la salud pública y el bienestar de la población. Las FESP son las siguientes:

1. Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en salud.
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.

7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

**Gestión Clínica:** es todo lo que acontece en el desarrollo de la relación entre el profesional de la salud y el beneficiario, sea éste una persona sana o enferma.

**Gestión de Recursos:** es todo lo relacionado con los recursos o medios materiales: de estructura y equipamiento, recursos humanos: personal auxiliar, y, medios financieros necesarios para soportar suficientemente la provisión de cuidados individuales de salud que engloba la gestión clínica. Se considera auxiliar de la gestión clínica, y, se organizará y desarrollará en los Centros de Gestión o Dirección de las Unidades de Atención con el objetivo de facilitar el mejor ejercicio posible de ésta.

**Guía de Práctica Clínica o Protocolo:** es un sistema de procedimientos clínicos y asistenciales que indica los pasos a seguir por parte del personal sanitario a partir de la llegada del paciente destinado a facilitar su adecuada conducción desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico para asegurar la adecuada calidad en la prestación de los servicios clínicos.

**Hospitales Públicos:** son las entidades del Estado proveedoras de servicios de salud bajo régimen de internamiento, pudiendo ser de diferentes niveles de complejidad dependiendo de la capacidad de resolución que tenga.

**Hilos Conductores de la Red:** es el sistema único de relaciones entre los niveles de atención de una red, que facilite la circulación de pacientes e información clínica entre todos los nodos de la misma.

**Línea de Producto** es el conjunto de intervenciones sanitarias que se desarrollan dentro de los servicios para obtener un resultado de la atención, por ejemplo un parto o un egreso.

**Modelo de Gestión:** Es la forma en que se desarrolla y se desenvuelve la función de gerencia de acuerdo a formatos y principios establecidos.

**Modelo de Organización:** Es la forma en se organizan, se relacionan y se desarrollan las unidades funcionales de la red para el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

**Modelo de Servicios:** Son un conjunto de principios, estrategia y acciones que fundamentan la entrega de la cartera de servicios de la institución.

**Niveles de Responsabilidad o Nodos de la Red:** Los nodos representan la parte fundamental de una red al realizar las diversas funciones de procesamiento que requieren cada una de las indicaciones que se transmiten en la red, son los responsables de proveer los servicios establecidos.

**Organización:** es la composición y disposición de las diferentes unidades de la red pública de salud para el desarrollo de sus funciones dentro del territorio que le corresponde actuar.

**Periodo de Transición:** Es el plazo dado por la Ley No. 87-01, para la adecuación y transformación de las redes públicas dentro del Sistema de Seguridad Social.

**Plan Básico de Salud:** es un conjunto de servicios de atención a la salud definidos por resolución del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) a los que tienen derecho todos los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus beneficiarios.

**Prestadores Públicos Cedidos por Decretos para ser Administrados:** son aquellas instituciones propiedad del Estado Dominicano que prestan servicios de salud de algún tipo, que mediante alguna forma legal se ha delegado su administración a una entidad pública o privada diferente a la SESPAS, al IDSS o a las instituciones prestadoras de servicios de salud que corresponden a las Fuerzas Armadas y a la Policía Nacional.

**Programas de Salud Colectiva o de Salud Publica:** son los servicios de salud que organiza rectoría del Sistema Nacional de Salud para movilizar recursos sectoriales y multi-sectoriales, intra sectoriales y extra sectoriales, nacionales e internacionales, para enfrentar los problemas de salud colectiva de mayor relevancia y prevalencia que afectan desfavorablemente la situación sanitaria y/o el desarrollo social y económico de la Nación y que han sido identificados en el Plan Nacional de Salud o en situaciones de excepción o emergencia de naturalezas política, social, ecológica o meteorológica.

**Provisión de Servicios:** es la entrega de servicios de salud de diferentes niveles de complejidad a las personas y sus entornos familiares y comunitarios, de forma individual o colectiva sean éstos de promoción de la salud, de prevención a las enfermedades, de diagnóstico y de recuperación de la salud (atención sobre la enfermedad), como de rehabilitación de las capacidades afectadas por la enfermedad o por los desequilibrios ambientales.

**Rectoría:** La Ley No. 42-01 enmarca en su Artículo 8 la siguiente definición de rectoría: es la capacidad política de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), de máxima autoridad nacional en aspectos de salud, para regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias; concertar intereses; movilizar recursos de toda índole; vigilar la salud, y coordinar acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas y de otros actores sociales comprometidos con la producción de la salud, para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

**Seguro Nacional de Salud (SENASA):** El Seguro Nacional de Salud es un organismo descentralizado autónomo de carácter administrativo, que forma parte del Sistema Dominicano de Seguridad Social, y tiene por responsabilidad la administración de los riesgos de la provisión del Plan Básico de Salud de los afiliados indicados en el párrafo I del Artículo 31 de la Ley No. 87-01.

**Señales de Circulación por la Red:** son el conjunto de criterios homogéneos mínimo de funcionamiento de los servicios de la Red.

**Sistema de Incentivos:** es un instrumento de gerencia que promueve la calidad y el cumplimiento de los objetivos a través de estímulo al personal de los servicios, recompensándolo principalmente por el buen desempeño, el logro de metas y la satisfacción de los usuarios.. Detrás del sistema de incentivos está el alineamiento que debe existir entre los objetivos estratégicos de la empresa y los objetivos personales de cada individuo. Un buen sistema de incentivos debe motivar, promover la iniciativa y alentar el comportamiento apropiado en el personal para lograr los objetivos estratégicos planteados.

**Sistema de Información Gerencial:** Es el conjunto de procedimientos convenidos, de entradas, salidas y definiciones fijas de información para el monitoreo y evaluación de los procesos.

**Sistema de Referencia:** es el conjunto organizado de procedimientos, avalados por una disposición o decisión formal, que indican la forma que se supone más segura y cómoda para que el paciente circule dentro de la red, implica todo lo relativo a la referencia y contrarreferencia. En nuestro caso dentro de los Servicios Regionales de Salud, y sus conexiones, tanto en el caso de que se trate de una referencia como de una Contrarreferencia.

**Contrarreferencia:** es la devolución del paciente o de los resultados del estudio de las muestras desde el nivel hacia donde se realizó la referencia al lugar donde se produjo la misma o donde se inició la intervención, siguiendo

un procedimiento previamente definido con la finalidad de continuar la prestación de los servicios clínicos.

**Sistema Nacional de Salud:** es el conjunto interrelacionado de instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas, los movimientos de la comunidad y las personas que de forma directa o indirecta participan en la producción social de la salud o deban ser beneficiados por ella.

**Territorio de Intervención** es el ámbito geográfico y/o poblacional que de manera formal le corresponde actuar a un servicio, a un establecimiento de salud o a toda la red.

**Territorios de Integración:** son el ámbito geográfico y/o poblacional en que un conjunto de servicios y establecimientos de salud de la red se articulan para completar sus carteras de servicios y asumir la responsabilidad de proveer las intervenciones en salud que corresponden.

**Unidades Clínicas o Unidades Clínico-Asistenciales:** son aquellos componentes de la red o nodos que les corresponde desarrollar la función de atención y, por tanto, son el punto de encuentro y resolución entre usuario con sus problemas de salud y profesional con sus capacidades.

**Unidades de Atención Primaria (UNAP)** son un servicio constituido por personal médico, de enfermería y por promotores de salud pudiendo variar el volumen de sus Recursos Humanos y materiales dependiendo de la población que atiendan y el desarrollo y nivel de implantación de los servicios que presten.

**Usuarios:** En término general es el que utiliza o demanda servicios de salud.

**ARTICULO 2.-** El presente reglamento define la estructura, organización y funcionamiento de la provisión de servicios públicos de salud, así como los procesos y procedimientos que intervienen en la misma.

**ARTICULO 3.-** La provisión de servicios de salud se organizará a nivel de entidades públicas regionales autónomas, a través de la articulación en redes públicas de establecimientos, pertenecientes a la SESPAS y aquellos prestadores de servicios de salud público cedidos por decreto para ser administradas y de cualquiera otra que por disposición legal, acuerdo, decretos se incorporen a la misma.

**ARTICULO 4.- Objeto.** Las Redes Públicas tendrán por objeto principal la organización y operación de la provisión de servicios de salud para que los establecimientos, centros y demás proveedores de servicios de salud no funcionen de forma aislada sino en Redes o conjuntos de servicios integrados sobre la base de su complejidad, de conformidad con las disposiciones que se indican en este Reglamento.

**ARTICULO 5.-** La finalidad de la organización de la provisión de servicios de salud en Redes Públicas es permitir la articulación y vinculación de sus componentes para potencializar los recursos de que disponen para satisfacer las necesidades de las poblaciones adscritas.

**ARTICULO 6.- Principios** Toda Red se sustentará en los siguientes Principios de cumplimiento obligatorio:

- a) Capacidad: entendida como la posibilidad real de proveer las atenciones que les son indicadas de manera costo-efectiva.
- b) Competente: entendida como capacidad para prestar servicios con igual o mejor relación costo – beneficio que otros proveedores públicos o privados, y, exigencia de comparación de esta relación con igualdad de criterio en la valoración de la provisión y sus consecuencias de viabilidad.
- c) Articulación: contemplada en las formas de relacionamiento de los servicios y establecimientos de la red sobre la base de facilitar la intervención en salud en beneficio de su población.
- d) Profesionalismo: en la manera en que sus decisiones e intervenciones se sustentan en criterios reconocidos científicamente desarrollados por sus profesionales.
- e) Comprometida: definida como la obligación de contribuir a la mejora de todos los indicadores de salud, directa e indirectamente relacionados con la prestación de servicios de salud individuales
- f) Participación: por medio del cual ha de quedar claramente definido los espacios y oportunidades de participación de los usuarios de la red.
- g) Cooperación: por medio de la cual los componentes de la red y sus recursos humanos se apoyan entre sí para lograr una mayor optimización de sus recursos e impactos para el cumplimiento de los objetivos y las metas definidas.
- h) Solidaridad: por cuanto dirige sus acciones e intervenciones hacia la resolución de los problemas de salud de las poblaciones más necesitadas.
- i) Equidad: sobre la base de otorgar mayores atenciones y recursos a quienes más los necesitan e igual atención a todos los casos que tratara.

- j) Accesibilidad: entendida como servicio sin trabas a las necesidades de los usuarios.
- k) Calidad: entendida como priorizar el "hacer las cosas correctas y hacerlas correctamente (en tiempo, forma y costo).
- l) Responsabilidad: entendida como asunción por parte de los profesionales de cada nivel operativo de las decisiones más idóneas sobre la base de criterios admitidos por el estado del saber.
- m) Riesgo: entendida como asunción por parte de los profesionales de cada nivel operativo de las consecuencias de sus decisiones en cuanto afecten al devenir de su organización.

**ARTICULO 7.-** Las Redes públicas estarán conformados, por:

- a) Un Hospital Regional de Referencia cuya cartera de servicios cubra todas las contingencias incluidas en el Plan Básico correspondientes a la atención en régimen de internamiento, excepto las que, por criterios de racionalidad económica y productividad clínica, de acuerdo al ordenamiento de recursos sanitarios que establezca SESPAS como autoridad sanitaria nacional para garantizar los criterios de accesibilidad, equidad y costo-beneficio, deberán ser prestadas en otras Regionales de Salud.
- b) Las estructuras de nivel especializado básico, Hospitales Generales y otros centros de salud, que garanticen la prestación de atención sanitaria especializada de menor complejidad, con o sin internamiento, según su capacidad específica de resolución.
- c) Las estructuras de las UNAP que garanticen la atención sin internamiento que se relacionen coherentemente con la prestación, mínimamente, de los servicios de atención primaria del Plan Básico, y con su capacidad específica de resolución.

**ARTICULO 8.- Dirección.** Es responsabilidad de cada Dirección de una red pública de provisión, sobre la base del presente reglamento, definir y desarrollar la estructura, organización y funcionamiento de sus redes internas de provisión de servicios con la finalidad de asumir de forma cabal sus compromisos y responsabilidades dentro del Sistema Nacional de Salud.

**ARTICULO 9.- Autonomía.** De conformidad con las disposiciones legales vigentes, las redes públicas de servicios de salud para la atención a las personas deberán ser descentralizadas de las instituciones a que pertenecen y adquirir su condición de autonomía en la forma que disponga la reglamentación específica sobre el caso.

**PÁRRAFO:** En la medida en que los Servicios Regionales de Salud adquieran su condición de autonomía, quedarán excluidos de las disposiciones que trazara la institución a la que pertenecen en lo que concierne a la definición y desarrollo de la estructura, organización y funcionamiento como red pública de provisión.

## **SERVICIOS QUE DEBEN PROVEER LAS REDES DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD**

### **CAPITULO I**

**ARTICULO 10.- Disposiciones Generales.** Las Redes Públicas de Salud deberán proveer todos los servicios derivados del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud, de acuerdo a su capacidad instalada y nivel de complejidad desarrollado y siempre que estos servicios hayan sido incluidos en los contratos de gestión. Para aquellas intervenciones diagnósticas o terapéuticas, que por su muy elevado costo y complejidad o baja frecuencia no son costo-efectivos, podrán ser contratados por el SENASA y/o el Servicio Regional, considerando la calidad del servicio y oportunidad de atención, dando prioridad a proveedores públicos o a un proveedor privado cuando resulte más costo-efectiva.

**ARTICULO 11.-** Las redes públicas de salud para atención a las personas tienen la obligación de apoyar las intervenciones que le son propias a los programas de salud colectiva y para el ejercicio de la función de rectoría por parte de la SESPAS quien, en todo caso, deberá responsabilizarse de establecer los mecanismos para financiar estos apoyos.

**ARTICULO 12.-** Cada Red Regional de provisión pública de servicios de salud deberá contar con una instancia de dirección para la gerencia responsable de impulsar la definición de las competencias, atribuciones, obligaciones y nivel de desempeño requerido para cada uno de los cargos de dirección.

**PÁRRAFO TRANSITORIO:** En lo relativo a los Servicios Regionales de Salud, mientras éstos no sean autónomos, le corresponderá a SESPAS el decidir sobre las competencias, atribuciones, obligaciones y nivel de desempeño requerido para cada uno de los cargos de dirección.

**ARTICULO 13.- Normativa para su Funcionamiento.** Las redes públicas regionales de provisión de los servicios de salud deberán contar con una normativa específica que regule las acciones de índole asistencial que considere pertinente para su funcionamiento, que para el caso de los Servicios Regionales de Salud será única mientras no logren su autonomía, entre las /los que pudieran incluirse:

- a) Modelo de sistema de gestión clínica

- b) Modelos de acuerdos de gestión clínica.
- c) Guías para la asignación de recursos.
- d) Guías para la elaboración del Plan Estratégico.
- e) Manual de incentivos para el personal de los servicios.
- f) Modelos de atención integrados según niveles de atención incluyendo lo relativo a la prescripción y dispensación de productos sanitarios.
- g) Normas para la distribución del personal y atenciones en salud.
- h) Disposiciones acerca de la cartera de servicios y capacidad de resolución de la red de atención primaria y hospitalaria.
- i) Protocolos de atención de emergencias.
- j) Sistema de referimiento y transporte sanitario, otros que se consideren necesarios.

**ARTICULO 14.- Consejo de Administración.** La dirección de cada Red Regional pública de servicios de salud contará con un Consejo de Administración que estará conformado, por los siguientes integrantes:

- a) El director de la red regional o su representante.
- b) Un representante de la Secretaría de Estado de Salud Pública, designado por el Secretario de Estado.
- c) Un representante de la D.I.D.A.
- d) Un representante del Colegio Médico Dominicano (CMD).
- e) Un representante de otro gremio de trabajadores de la salud.
- f) Dos representantes de los usuarios, elegidos por los Consejos de Salud o por instancias de la comunidad debidamente reconocidas en caso de las otras redes.
- g) Un representante de la Asociación Regional de Municipios.

**ARTICULO 15.-** Dichos Consejos de Administración tendrán las siguientes funciones:

- 
- (a) Conocer y decidir acerca del Plan Estratégico de la Red pública, así como el diseño de sus acuerdos de gestión.
  - (b) Aprobar y vigilar el presupuesto de la Red Pública.
  - (c) Conocer y seguir las obligaciones y su grado de cumplimiento, recogidas en los contratos de gestión que acuerde la Dirección de la Red Pública Regional.
  - (d) Facilitar en la medida de sus posibilidades las soluciones y el alcance de obligaciones y compromisos de gestión.
  - (e) Conocer y seguir las decisiones de gestión del equipo de dirección, valorarlas, y, apoyarlas en la medida de sus posibilidades.
  - (f) Someter una terna a la autoridad máxima de la red publica para la selección del Director de la Red Regional.
  - (g) Decidir sobre su suspensión ante faltas graves demostradas en el ejercicio de sus funciones y recomendar su destitución.
  - (h) Decidir sobre la designación de los demás directivos de la Dirección de la Red pública sometidos por el Director de la Red Pública.
  - (i) Participar en los procesos de evaluación y mejora de la gestión de recursos.
  - (j) Asegurar el fiel cumplimiento de las normas pudiendo intervenir en momentos de desequilibrio moral, financiero o funcional demostrado
  - (k) 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.

**PÁRRAFO:** Los Consejos de Administración, al mes de conformados oficialmente, deberán definir la normativa que los ha de regular en cuanto a su funcionamiento.

**ARTICULO 16.-** Los criterios de ordenación territorial y el dimensionado de los recursos para la provisión de servicios de atención a las personas le corresponde definirlos a la SESPAS dada su condición de máxima autoridad sanitaria, tomando en consideración la legislación vigente, mediante una disposición específica para el caso.

**ARTICULO 17.-** Cada Red Pública de servicios de salud de atención a las personas deberá contar con una definición precisa de la cartera de servicios coherente con el Plan Básico de Salud del SDSS de cada uno de los servicios y establecimientos de salud

que la integran que deberán consignarse en todos los acuerdos o contratos que lograra para la prestación de los servicios que le competen.

## **CAPÍTULO II**

### **LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA**

**ARTICULO 18.-** La provisión de servicios de salud para la atención a las personas se organiza por niveles de atención de complejidad creciente, dando un papel predominante a la atención primaria como responsable del beneficiario durante todo el proceso asistencial. Así, ante cualquier problema de salud serán los profesionales de atención primaria quienes atiendan en primer término al beneficiario, decidiendo si son ellos quienes pueden resolver dicho problema de salud o han de referirlo a cualquiera de los otros niveles de atención: el especializado de menor complejidad o el de internamiento a nivel del hospital de referencia que le corresponda.

**ARTICULO 19.-** Las Unidades de Atención Primaria (UNAP) se constituyen en la célula básica de prestación de servicios de salud de atención primaria a las personas, y, en el lugar de encuentro y coordinación principal del desarrollo de las funciones de atención primaria a la comunidad (salud colectiva). Para ello se desarrollará una integración funcional de sus recursos con los de Promoción de la Salud colectiva (Supervisores y Promotores de Salud).

**PÁRRAFO:** Las Unidades de Atención Primaria (UNAP) son un servicio constituido por personal médico, de enfermería y al menos dos promotoras /es de salud pudiendo variar el volumen de sus recursos humanos y materiales. Dependiendo de la población que atiendan y el desarrollo y nivel de implantación de los servicios que presten; siempre y cuando dicha población no sea superior a 500 familias afiliadas. El servicio que presta la UNAP debe estar presente en clínicas rurales, dispensarios y/o centros de atención ambulatoria, sin que esta lista sea limitativa.

**ARTICULO 20.-** Para hacer factible el papel de la atención primaria como base de la salud del beneficiario y por un criterio de accesibilidad, su articulación estructural, para ser posible y eficaz en la consecución de la misión del Servicio Regional, deberá cumplir con las siguientes acciones:

(a) La delimitación de territorios de intervención mediante la sectorización de la población tanto rural como urbana, asignando un tamaño definido de población para cada Unidad de Provisión, donde las UNAP han de ser la célula de este sistema o nodos primarios de la red.

(b) La delimitación de territorios de integración, mediante la creación de equipos, por la conjunción de los profesionales de varias UNAP, que puedan compartir experiencias y trabajos al reunirse en estructuras físicas específicas o Centros de Salud de Atención Primaria.

(c) La delimitación de una dependencia jerárquica y funcional de los profesionales de atención primaria, que facilite el desarrollo integrado y clínicamente coherente de su actividad, de manera tal que todos los profesionales de atención primaria, se constituyan a efectos funcionales en un Equipo de Atención Primaria, con objetivos comunes y estructura jerárquica.

**PÁRRAFO I:** En cada territorio de integración definido existirá por lo menos un centro físico con capacidad suficiente para que los profesionales de atención primaria de las UNAP puedan celebrar reuniones periódicas de análisis, organización, evaluación, mejora y estandarización de su actividad asistencial.

**ARTICULO 21.-** 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, sobre la base de ir organizando la prestación de servicios individuales de salud especializados en función de criterios de accesibilidad, producción y adecuación de los recursos a la competencia profesional y a la complejidad de los procesos y procedimientos atendidos. Se trata de que la atención a los procesos se produzca, siempre que sea posible, en el nivel de complejidad que le corresponde.

**ARTICULO 22.-** La asignación de recursos humanos de los hospitales de referencia deberán guiarse por criterios de oferta de servicios y capacidad de resolución, evitando duplicidades de recursos y costos por ineficiencia. En tal sentido, la articulación estructural del nivel de responsabilidad de la atención especializada obliga, para ser posible y eficaz en la consecución de la misión de las Redes Públicas, realizar los siguientes aspectos:

(a) La delimitación de los territorios funcionales, es decir, explicitar la oferta de servicios, tanto clínicos como diagnósticos, de cada Centro Sanitario Especializado independientemente de su carácter rural, municipal, provincial, o regional, expresándola por especialidades y, dentro de éstas, por líneas de producción y especificando los procesos y procedimientos para los que se encuentra capacitada a igualdad de resultados que el nivel estructural inmediatamente superior.

(b) La delimitación de los ámbitos de accesibilidad a los servicios especializados, de forma que los profesionales de las UNAP, si la accesibilidad física lo permite, conozcan cuáles son sus referentes para cada especialidad y/o proceso.

(c) La delimitación de una dependencia jerárquica y funcional de los especialistas, clínicos y diagnósticos, que facilite el desarrollo integrado y clínicamente coherente de su actividad.

**PÁRRAFO I:** En este sentido, cada institución que dispone de una red pública procederá a llevar a cabo una racionalización progresiva de la oferta de servicios, de forma que se ubiquen en los hospitales de mayor complejidad las sub-especialidades consideradas de referencia, tanto médicas como quirúrgicas, como terapéuticas.

**PÁRRAFO II:** La ubicación de ciertos servicios de elevado costo – efectividad que requieren personal muy capacitado estará en los niveles superiores de la Red, exceptuando aquellas técnicas terapéuticas de uso frecuente por parte de beneficiarios afectos de procesos graves, de alto costo – utilidad, y, equipamiento y mantenimiento menos complejo, que podrán ubicarse, por criterios de accesibilidad y equidad, en los hospitales de referencia e incluso, valorada la posibilidad, en unidades satélites dependientes de los anteriores, cuando la distancia al hospital de referencia supere una (1) hora de desplazamiento en transporte sanitario normalizado.

**PÁRRAFO III:** Estas relaciones podrán revisarse a lo largo del tiempo en la medida que se alcancen coberturas reales elevadas que imposibiliten el alcance de los niveles de calidad exigidos y la disponibilidad de recursos lo permita.

**PÁRRAFO IV:** La ubicación territorial de los equipos diagnósticos y diagnóstico - terapéuticos de alta tecnología y muy elevado costo obedecerá a criterios de costo – utilidad y de ajuste de indicaciones basadas en criterios científicos de uso adecuado y capacidad de sustitución. En principio, su ubicación deberá estar directamente relacionada con el nivel de complejidad y capacidad de resolución de los hospitales de la red, evitando confundir descentralización y duplicidad de recursos, y optando por un sistema integrado de referencia de pacientes único para todo el Sistema.

**ARTICULO 23.-** Para los establecimientos de salud que cuentan con servicios de internamiento, en su cartera de servicios deberá incluirse lo relativo a la gestión de reclamaciones y quejas por parte de los usuarios. En los demás componentes de la red, este servicio podrá recaer en los niveles de dirección de la red.

**ARTICULO 24.-** 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, será definido por la Dirección de la Red de servicios, de forma que puedan garantizarse:

- (a) Su coherencia y convergencia con los objetivos de salud definidos por la autoridad sanitaria y establecidos en el convenio marco con ella.
- (b) La uniformidad y homogeneidad de su evaluación, para que los resultados puedan ser agregables territorialmente y comparables entre las diferentes unidades y equipos de atención.

**ARTICULO 25.-** El listado básico de servicios, ampliable a medida que se cumplan los criterios anteriores, relacionado directamente con el Plan Básico de Salud, sustentados en guías de práctica clínica o protocolos que recojan las evidencias científicas de sus intervenciones, que deberá prestar toda Unidad de Atención Primaria es:

- a) Atención sanitaria en consulta por demanda y/o programada previamente, en el
- b) centro o a domicilio del beneficiario, que incluye consulta médica de medicina general / de familia y de pediatría y servicios de enfermería como curas, inyectables, pruebas, consejos individuales.
- c) Planificación familiar y evitación de embarazos no deseados o prevención del aborto provocado.
- d) Atención a la embarazada: seguimiento del embarazo normal, educación maternal, atención en el puerperio.
- e) Atención al niño sano entendida como prevención, control y seguimiento adecuados de todo el proceso incluyendo lo relativo a la detección precoz de metabopatías, vacunación infantil según calendario oficial de vacunaciones que determine SESPAS para todo el país y, seguimiento de la salud infantil hasta los 14 años.
- f) Odontología: tratamiento de procesos agudos, salud buco-dental a niños sobre todo sellados y obturaciones.
- g) Atención a domicilio de beneficiarios afectados de problemas terminales, inválidos, y / o ancianos de alto riesgo.
- h) Atención a beneficiarios afectados de problemas crónicos definidos como prioritarios.
- i) Atención de beneficiarios afectados de infecciones graves
- j) Vacunaciones en los adultos de riesgo alto
- k) Cirugía menor
- l) Salud mental sobre todo orientada a la drogadicción, consumo excesivo de alcohol, trastornos psico-afectivos.

**ARTICULO 26.-** Los Hospitales de las Redes Públicas, en función de lo que defina el Reglamento de Hospitales, independientemente del nivel de complejidad, se organizarán por líneas de producto, para cada una de las cuales establecerán sus servicios estructurales.

**PÁRRAFO I:** Las consultas externas, además de dar respuesta a su propia demanda actuarán como referente de la atención primaria cuando ésta lo solicite por haberse superado su capacidad de resolución. Cada servicio hospitalario coordinará e

integrará en una sola línea de producción toda la oferta de consultas externas independientemente de su nivel de complejidad.

**PÁRRAFO II:** 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: (a) Materno – Infantil, que integra los pacientes procedentes de ambas áreas; (b) Médica, que integra a los pacientes procedentes de las especialidades y sub-especialidades médicas; (c) Médico – quirúrgica, que absorbe los pacientes procedentes de áreas funcionales.

**ARTICULO 27.-** Los servicios centrales: laboratorio, radiodiagnóstico, medicina preventiva, farmacia, rehabilitación, y otras, se organizará 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).

**ARTICULO 28.-** Los servicios básicos: limpieza, seguridad, mantenimiento, hotelería, podrán gestionarse por el hospital o por contratos con empresas externas, cuando la relación calidad – costo o la aplicación de economías de escala sea capaz de garantizar la adecuada prestación de estos servicios a costes iguales o menores que los actuales.

### **CAPÍTULO III**

#### **SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LAS EMERGENCIAS**

**ARTICULO 29.-** Le corresponde a cada Red decidir acerca de la organización de sus servicios de emergencia, las que han de cubrir de este evento a sus beneficiarios durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

**PÁRRAFO I:** Un Reglamento específico sobre el tema de la atención a las emergencias deberá definir los demás aspectos no tratados en el presente Reglamento.

**PÁRRAFO II:** A todos los niveles de la red, el servicio de emergencias ha de contar con un sistema organizado y protocolizado de atención a las emergencias que pudieran producirse.

**PÁRRAFO III:** De entre los profesionales del Equipo de Atención Primaria para cada unidad de integración que se defina, se elegirá uno, que ejerza de Responsable o Jefe de Emergencias, que coordinará los esfuerzos para organizar los recursos humanos y materiales para asegurar una respuesta inmediata a las emergencias que se presenten.

**ARTICULO 30.-** Los hospitales organizarán un sistema específico de atención a la emergencia, 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 que garantice la adecuación entre la magnitud del problema y la rapidez y la respuesta clínica al mismo.

**PÁRRAFO:** Cada 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.

**ARTICULO 31.-** 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 Red, en virtud de medios propios y / o de los contratos 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.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **SOBRE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REFERENCIA**

**ARTICULO 32.- Sistemas que deben tener las redes.** Cada red pública de servicios de atención a las personas deberá contar con un sistema de información gerencial claramente definido que ha de ser compatible con los sistemas de información que decida la SESPAS y el SDSS. Para el caso de los Servicios Regionales de Salud, en su fase de transición, las aplicaciones informáticas de gestión relativas a la prestación de servicios de salud, ha de estar integradas al sistema de información gerencial y vigilancia epidemiológica (SIG-VE) del Sistema Nacional de Salud.

**ARTICULO 33.-** La información relevante para el correcto desarrollo de la gestión de la provisión de servicios de salud a las personas, tendrá vocación de carácter corporativo, es decir, tenderá a formar parte de un Sistema de Información único, homogéneo y automatizado para todos las Redes públicas que, mínimamente habrá de manejar la información pertinente a la producción y productividad de la Red, sobre sus finanzas, sobre su relación con los usuarios y sobre su cartera de beneficiarios. El sistema de información deberá ser compatible con el que está en fase de desarrollo actualmente en la SESPAS.

**PÁRRAFO I.-** Los sistemas de información, asegurada su compatibilidad con el Sistema Nacional de Información, constituido mínimamente por cuatro subsistemas:

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

**PÁRRAFO II.-** Las especificaciones técnicas (registro de datos, sistemas de procesado, salidas de información, flujos y usuarios) deberán desarrollarse con detalle en un plazo no superior a los tres (3) meses desde la presentación de sus respectivos reglamentos, incluyendo lo relativo al monitoreo y evaluación de los contratos de gestión.

**ARTICULO 34.-** La historia clínica, cuyo formato y contenidos definitivos serán definidos por la SESPAS para todo el Sistema Nacional de Salud 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.

Mientras que la Ficha Familiar, cuyo formato y contenidos serán definidos por la SESPAS para todo el Sistema Nacional de Salud, se considera el soporte básico del sistema de información comunitaria y de población. Su cumplimiento tiene un carácter obligatorio para todos los profesionales del Servicio de Salud dentro del nivel primario de atención.

## **CAPITULO V**

### **SOBRE LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA COLECTIVAS Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS**

**ARTICULO 35.-** Las relaciones de coordinación entre la función de provisión de servicios y la de Rectoría, se establecerán al nivel de los Centros de Gestión de Recursos de los diferentes niveles territoriales que pudiera contar la Red pública, recayendo en los respectivos gerentes la responsabilidad directa de las mismas ante quién determine la SESPAS según lo indique en su proceso de desconcentración.

Estos gerentes, en representación del nivel territorial que le corresponda, se comprometen a informar periódicamente, y puntualmente cuando circunstancias de especial relevancia para la salud pública o los requerimientos del representante territorial de la SESPAS lo solicite, en cada nivel de responsabilidad a los responsables de la SESPAS, de la evolución de todos los contenidos recogidos en los convenios de gestión que se acordarán para estos fines.

Además, desde las estructuras de gestión se prestará la colaboración que le sea requerida en aspectos de la provisión de servicios relacionados con las funciones esenciales de salud pública.

**PÁRRAFO I:** Para garantizar la efectividad de la cooperación entre los profesionales de salud individual y colectiva, y los Programas de Salud emanados de las instancias superiores de la SESPAS y / o emanados de las instancias desconcentradas de la misma institución, se establecerán siempre las actividades, tareas y rendimientos de las que se responsabiliza cada prestador en cada uno de los niveles de atención, así como los indicadores de medición de cumplimiento y resultados. De igual manera, ha de quedar bien definido el monto y las frecuencias de pago que ha de hacer SESPAS a las Redes públicas

por concepto de los apoyos que esta última le prestará en materia de prestación de servicios de salud colectiva y ejercicio de la función de Rectoría.

**ARTICULO 36.-** Cada Red deberá tener definido los instrumentos y espacios de participación de los usuarios siguiendo las siguientes reglas generales:

a) Para los beneficiarios se propone un sistema de participación que democratice la gestión, es decir, que aporte información fiable y de utilidad para que pueda ejercer su función de evaluador externo y último de los servicios que se le ofertan y recibe, tanto en cantidad como en calidad.

b) Para los profesionales se propone un sistema de participación tendente a la máxima descentralización, entendida no sólo desde la perspectiva territorial como de desarrollo de la capacidad de los mismos para gestionar autónomamente la provisión, y responsabilizarse de sus resultados tanto asistenciales como económicos.

## **LIBRO TERCERO MODELO DE ORGANIZACION**

### **CAPÍTULO I**

**ARTICULO 37.- Aspectos Generales:** Independientemente del modelo de organización que asuma la Red, ha de quedar claramente establecido sobre quienes recaen las responsabilidades de los servicios de atención primaria y los de atención especializada, así como sus relaciones a manera de un sistema de referimiento y contrareferimiento, incluyendo la definición de los indicadores necesarios para el monitoreo del funcionamiento de la red y la toma de decisiones que son necesarias para la gerencia de la red.

**PÁRRAFO I:** Cada una de las redes públicas deberán contar con un manual o guía donde se define su visión, su misión, sus valores corporativos y la forma precisa que toma su modelo de organización para la prestación de servicios de salud de atención a las personas.

**PÁRRAFO II:** Sin menoscabo de lo anterior, el modelo de Red de servicios de atención a las personas se ha de organizar funcionalmente según el siguiente patrón de red:

- a) Los niveles de responsabilidad o “nodos” de la red asistencial.
- b) Un sistema único de relaciones entre ambos niveles o “hilos conductores” de la red, lo que supone definir el sistema de referencia y contrarreferencia.
- c) Una batería de criterios homogéneos de funcionamiento o “señales” de circulación por la red.

- d) Definir las responsabilidades y funciones de los integrantes de la red.
- e) Una definición de la gestión de las conexiones de la red con otras redes de provisión de salud.

**ARTICULO 38.-** Para cada red pública de servicios de atención a las personas se definen dos niveles de responsabilidad: el de atención primaria y el de atención especializada.

**ARTICULO 39.-** Se definen como los hilos conductores de la red al sistema único de relaciones entre ambos niveles, que facilite la circulación de pacientes e información clínica entre todos los nodos de la misma. Supone definir el sistema de referencia y contrareferencia, de forma que el beneficiario de los servicios se mueva por la red de forma cómoda y tan sólo en función de la respuesta más idónea al problema de salud por el que inició su contacto con la misma.

**PÁRRAFO I.-** los profesionales y estructuras de la red primaria se convierten en la puerta de entrada "única y esencial" del sistema, del que forman parte de un circuito primario simple que se inicia por la visita del usuario al servicio y concluye con su regreso al domicilio por resolución del problema o al nivel especializado por referencia, que funcione también para las solicitudes de apoyo diagnóstico.

**PÁRRAFO II.-** La vinculación entre los profesionales y estructuras de las redes de los diferentes niveles de complejidad debe asimismo estructurarse de forma unívoca en un circuito secundario simple que se inicia con el usuario referido hasta su salida del circuito por contrarreferencia a UNAP o nueva referencia a servicio hospitalario de segundo o tercer nivel. El usuario entra al sistema a través de la UNAP.

**PÁRRAFO III.-** Los dos circuitos, primario y secundario, constituyen el sistema único de relación de la red y permiten conducir al usuario en la dirección más adecuada para la atención y resolución de su problema de salud por la UNAP.

**ARTICULO 40.-** La SESPAS deberá definir un conjunto de normas que recoja los criterios de funcionamiento de circulación por la red a niveles regionales y locales, entre los que se incluyen los siguientes elementos:

- (a) El referimiento y contra-referimiento de pacientes entre los niveles de atención clínica;
- (b) La solicitud y el apoyo para la realización de pruebas diagnósticas entre los niveles de atención clínica.
- (c) La solicitud y el apoyo de recursos (personal, equipos, mantenimiento, etc.) que sirven de soporte para soportar la actividad clínica.

- (d) El registro, flujo y utilización de información que permita satisfacer las necesidades de comunicación de los integrantes de la red y, que garantice el desarrollo de derechos básicos de los usuarios.
- (e) El desarrollo de servicios especiales.

**PÁRRAFO.-** Cada red pública de servicios de salud de atención a las personas deberá especificar en un manual o en una norma complementaria cada uno de los puntos descritos incluyendo lo relativo a los instrumentos necesarios para la información y comunicación de los establecimientos sobre la base de las disposiciones que al respecto definiera la SESPAS en su condición de máxima autoridad sanitaria.

**ARTICULO 35.-** Para los fines de este reglamento, se identifican dos funciones básicas para el funcionamiento de las redes: (a) la función de atención por medio de la cual presta los servicios que le son pertinentes y (b) la función de gestión de los recursos o soporte de la red.

**PÁRRAFO I:** A las unidades clínicas les corresponde desarrollar la función de atención, punto de encuentro y resolución entre usuario con sus problemas de salud y profesional con sus capacidades.

**PÁRRAFO II:** La función de gestión se ubicará en los centros de gestión de recursos, de forma que puedan servir a todas las estructuras y unidades de la misma.

**PÁRRAFO III:** Las funciones de gestión clínica y de gestión de recursos se relacionan en lo esencial a través de los acuerdos de gestión clínica que se establezcan entre los órganos directivos de las estructuras gerenciales de la Red y las Unidades Clínico – Asistenciales.

**ARTICULO 41.-** Se reconocen, a partir de las relaciones que se establecen entre las funciones y los niveles de la red, tres cuadros de mandos: 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).

**PÁRRAFO I:** 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.

**PÁRRAFO II:** Los aspectos a incluir en los cuadros de mando para los acuerdos de Gestión Clínica de Atención Primaria, deberán incluir los siguientes: a) El alcance poblacional efectivo de la atención, b) los resultados de la atención, c) la calidad técnica de la atención, d) la calidad percibida de la atención, e) la Gestión de recursos y f) la accesibilidad a los servicios.

**PÁRRAFO III:** Los aspectos a incluir en los cuadros de mando para los acuerdos de Gestión Clínica de Atención Especializada, de forma obligada, son los siguientes: a) La actividad y el rendimiento, b) los resultados de la atención, c) la calidad técnica de la atención, d) la calidad percibida de la atención, e) la gestión de recursos y f) la accesibilidad a los servicios.

**PÁRRAFO IV:** Los aspectos a incluir en los cuadros de mando para los contratos de gestión de recursos, de forma obligada, son los siguientes:

- (a) La gestión del personal
- (b) La gestión presupuestaria
- (c) La gestión de compras y distribución de productos
- (d) La gestión de servicios generales
- (e) La satisfacción del usuario interno, sobre todo de los profesionales
- (f) El sistema de información financiero y contable, de resultados y de derechos a los usuarios

**ARTICULO 42.-** Las principales conexiones de las redes públicas con otras formas de provisión son las siguientes:

- (a) Las conexiones de la red con los programas de salud pública de SESPAS, en especial con los elementos que permitan alcanzar las mayores coberturas y mejores resultados de sus programas de intervención.
- (b) Con la red privada de provisión de servicios de atención: en especial en la utilización racional de todos los recursos, bien por mecanismos de contratación y subcontratación.
- (c) Con otras redes y centros de provisión de servicios públicos de atención a las personas

**PÁRRAFO:** Estas conexiones deberán estar debidamente explicitadas en los acuerdos o convenios de gestión para la provisión de servicios de salud que se desarrollen.

## **LIBRO CUARTO**

### **MODELO DE GESTION**

#### **CAPÍTULO I**

#### **ASPECTOS GENERALES**

**ARTICULO 43.-** la gestión de la provisión de servicios de salud se efectuará en tres ámbitos complementarios entre sí:

- (a) De Gestión Clínica que se desarrollará en las diferentes Unidades de Atención a las personas.
- (b) De Gestión de Recursos que se desarrollará en los Centros de Gestión o Dirección de las Unidades de Atención.
- (c) De Dirección de la Red pública o Regional en el caso de los Servicios Públicos Regionales de Salud

**ARTICULO 44.-** El modelo de gestión se desarrollará sobre la base de la autonomía funcional de las redes de servicios de salud para todos los niveles de la misma, otorgada de forma gradual por parte de las instancias que les competa según el caso en la medida que se adquieran las competencias necesarias para ello.

**ARTICULO 45.-** En caso de limitaciones o deficiencias reiteradas y demostradas en el cumplimiento de las responsabilidades asignadas o las contempladas en los acuerdos o contratos de gestión que existiesen, que creen o potencien riesgos a la salud de las personas, SESPAS podrá intervenir de forma directa hasta tanto quede resuelta la situación que dio origen a dicha intervención.

## **CAPITULO II**

### **DEL ÁMBITO DE GESTIÓN CLÍNICA**

**ARTICULO 46.-** Se entiende por gestión clínica todo lo que acontece en el desarrollo de la relación entre el profesional de la salud y el beneficiario, sea éste una persona sana o enferma. Se desarrolla en las Unidades de Atención Primaria y Atención Especializada, tendrá siempre por objeto la selección de intervenciones sobre la salud individual más costo – efectivas y/o de mayor costo - beneficio para el beneficiario y su familia o entorno directo, y se guiará por normas y estándares emanados del saber científico, sea por existencia de evidencias insoslayables o, cuando se carezca de ellas, por consenso de expertos internacionales y / o nacionales.

## **CAPITULO III**

### **DEL ÁMBITO DE GESTIÓN DE RECURSOS**

**ARTICULO 47.-** Corresponde a la Dirección Regional la implementación del sistema común de gestión para compatibilizar y responder eficazmente a los objetivos de salud marcados por el Plan Nacional.

**ARTICULO 48.-** la gestión de recursos tendrá que guiarse por los siguientes criterios: a)costo-beneficio, b)agilidad, c)eficacia, d)equidad, e)el ordenamiento de recursos estandarizados por SESPAS, adaptándolos a la actividad real de los centros de atención, de forma tal que no existan recursos ociosos ni se puedan paralizar las atenciones por falta de los mismos.

**ARTICULO 49.-** Es responsabilidad de la gestión de recursos transmitir y garantizar el cumplimiento por parte de las unidades de atención de las políticas y los objetivos en salud propuestos por SESPAS indicados en los contratos o convenios de gestión y de los derechos de los beneficiarios establecidos en la legislación vigente.

**ARTICULO 50.-** 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.

#### **CAPITULO IV**

#### **DEL ÁMBITO DE DIRECCIÓN DE LAS REDES PÚBLICAS O REGIONAL PARA EL CASO DE LOS SRS**

**ARTICULO 51.- Ámbito.** Corresponde a la Dirección Regional de la Red proponer ante el Consejo de Administración y ejecutar el Plan Estratégico plurianual de desarrollo de la red en función de las políticas de salud. El Plan Estratégico deberá estar formalizado e implementado al finalizar el primer año de la asignación de competencias de la función de provisión.

---

## CAPITULO V

### DE LO RELATIVO A LOS ACUERDOS O CONTRATOS DE GESTIÓN Y LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

**ARTICULO 52.-** Todos los Acuerdos, Convenios y Contratos para una gestión integrada de la provisión en el Marco del Sistema Nacional de Salud, se establece que deberá cumplir los criterios siguientes:

- a) Explicar de forma clara y transparente el sistema de incentivos y /o de riesgos para la Dirección y los profesionales de los Centros.
- b) Especificar mecanismos o estrategias de identificación y corrección de desviaciones (en producción, costes o ambos).

**ARTICULO 53.-** Dada la importancia del primer nivel, la distribución de los recursos financieros para un desarrollo eficiente de la función de provisión, se establece como sistema base:

- a) De la canasta total asignada por el financiador,
- b) Se debe distribuir de la siguiente manera:
  - (1) Primer nivel: utilizando criterios capitativos ajustados en lo referente a los recursos humanos y de gasto corriente, a variables como la edad y la dispersión geográfica, y, en lo referente a farmacia, al volumen de beneficiarios según régimen de financiamiento, que no podrá ser menos de un 20 % del per capita asignado.
  - (2) Atención Hospitalaria y Especializada: preferentemente por presupuestos globales tomando en cuenta criterios estructurales de ordenación y actividad. Progresivamente, y en la medida que se desarrollen los sistemas de información sobre producción y contabilidad analítica, podría establecerse un sistema de financiación donde la producción cobre un peso cada vez más importante.
  - (3) Una monto especializado para una bolsa de incentivos para premiar el cumplimiento de los objetivos establecidos en los Contratos y Acuerdos de Gestión.

**ARTICULO 54.-** La oferta de los SRS debe estar dirigida a suplir la demanda del SENASA a través de convenios de gestión respectivos. En el caso de que exista una oferta superior a la demanda contratada por el SENASA, el SRS podrá realizar convenios con otras ARS públicas y privadas o con otros proveedores públicos y privados.

**ARTICULO 55.-** En el caso de que el SRS requiera complementar su oferta, el orden de prioridad para la contratación de otros proveedores será el que sigue:

- a) con otra proveedora regional publica,
- b) con organizaciones no gubernamentales con fondos públicos,
- c) con organizaciones no gubernamentales,
- d) con organizaciones comunitarias y de la sociedad civil,
- e) con el sector privado existente en su territorio y,
- f) por ultimo con los proveedores privados fuera de la región.

**ARTICULO 56.-** Los acuerdos con instituciones privadas con la finalidad de prestar servicios de salud, tanto los de atención a las personas como los de salud colectiva, y su relación con las redes públicas de atención a las personas, será objeto de un contrato en forma detallada, y una norma que regule las relaciones entre estos sectores.

**ARTICULO 57.-** Los Gerentes de la Dirección de los SRS serán contratados por un periodo de (4) cuatro años renovables automáticamente, si no es denunciado por las partes con (3) tres meses por anticipado.

**DADO** en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los veintitrés (23) días del mes de diciembre del año dos mil tres (2003); años 160 de la Independencia y 141 de la Restauración.

**HIPOLITO MEJIA**

**Dec. No. 1138-03 que aprueba el Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud.**

**HIPOLITO MEJIA**  
**Presidente de la República Dominicana**

**NUMERO:1138-03**

**CONSIDERANDO:** Que es función esencial del Estado velar por la protección de la salud de la población;

**CONSIDERANDO:** Que la Ley General de Salud No. 42-01 de fecha 8 de marzo del 2001, establece que toda persona tiene derecho a servicios de salud de calidad óptima, en base a normas y criterios previamente establecidos;