

**INSTITUTO TECNOLOGICO DE SANTO DOMINGO  
AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA INTEC DE SEGURIDAD SOCIAL**

**INFORME FINAL  
ESTIPENDIO PARA ESCRIBIR LIBRO**

**TITULO PROPUESTO**

**LA GESTION EMPRESARIAL DE LOS SERVICIOS  
DE SALUD EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

**Dr. Rafael de Jesús Montero D' Óleo**

**Santo Domingo, D. N.  
Febrero 2007**

## **PRESENTACION**

En las ultimas dos décadas la sociedad dominicana ha esta centrada en la búsqueda de la conformación de un nuevo sistema de salud basado en la obtención de mejores resultados, vía conseguir una mayor eficiencia y eficacia en las acciones del sistema, desde esa perspectiva se han realizado esfuerzos en dos sentidos con niveles de respuesta y resultados distintos. Por un lado se han desplegados grandes esfuerzos para la definición de una serie de proyectos demostrativos, como mecanismo de comprender y analizar las mejores alternativas correspondientes a nuestro desarrollo y el segundo tipo de esfuerzo estuvo orientado a la aprobación de un nuevo marco regulatorio con miras a la creación de un sistema de seguridad social con cobertura universal, que sustituyera el agotado modelo de Instituto de Seguridad Social de principios de la década del 50, como forma de garantizar una protección social a sus ciudadanos y un nuevo marco regulatorio para redefinir las nuevas estructuras del sistema Sanitario Dominicano.

La velocidad de las transformaciones que ha vivido el país en los ultimo anos, provocada por la inevitable integración a políticas globales, contribuyo significativamente a que los diferentes actores involucrados en el tema de la seguridad y la reforma necesaria al sector salud, defendieran y consensuaron sus diferentes interés dando como resultado la conformación y promulgación de un nuevo marco regulatorio como base para el desarrollo y conformación del nuevo sistema de seguridad social Ley 87-01 y la nueva Ley General de Salud 42-01; ambas promulgadas y puesta en vigencia a partir del 2001.

La reforma de la seguridad social llega al país con un cierto retraso, trayendo con ello, fortalezas y debilidades que permitirán un desarrollo sano del nuevo sistema, siempre que los gestores del mismo garanticen eficiencia y eficacia en las tomas de decisiones que atañen a la organización del mismo, privilegiando la aplicación de las estrategias gerenciales que han demostrado ser eficaces en aquellos países

que llevan años transitando el trayecto de la reforma y obviando los asuntos que han retrasado esas mismas reformas.

De tal suerte que se abre en la Republica Dominicana una excelente oportunidad para estructurar una organización fuerte y moderna que garantice a todos los ciudadanos el acceso a todos los privilegios que ofrece un sistema de seguridad social con las características de la legislación promulgada el 10 de Mayo del 2001 y que esta en proceso de implementación con todas las complejidades que implica un sistema como el definido en la Ley.

Históricamente en el país los servicios de salud han sido vistos como centro de beneficencia y su gestión realizada de manera muy empírica en la gran mayoría de los casos, situación que es incompatible en un sistema de aseguramiento publico como es el modelo de reforma de la Republica Dominicana; en donde debe primar la gestión empresarial y los servicios deben ser considerados como tal independiente de quien pague por los mismos, en tal sentido el servicio debe ser visto como una empresa de carácter social la cual debe registrar utilidades que a su vez deben transformarse en mas y mejores servicios.

Así pues es necesario que se inicie un proceso de generación de documentos o libros que sirvan de base informativa para los profesionales que pretenden ejercer la actividad laboral gerencial a nivel de los establecimientos de salud tengan acceso a herramientas que le permitan mejorar su desempeño como gerentes.

En tal sentido estamos presentando el formato con los contenidos para el libro, que deberá todavía pasar por una corrección de estilo.

## PROLOGO:

# ÍNDICE TEMÁTICO

## CAPITULO I

El proceso de reforma en el mundo, con énfasis en América Latina y el Caribe, caracterizando el Modelo.

### EVOLUCIÓN DE LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Durante los 20 últimos años, prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe (ALC) han iniciado o han considerado iniciar algún tipo de reforma en el sector de salud.<sup>i</sup> “Reforma en el área de salud” puede significar diferentes cosas para diferentes personas; su definición precisa ha sido tema de debate.<sup>ii,iii</sup> En las Américas, una sesión internacional fue convocada para desarrollar una definición operable y mutuamente acordada<sup>iv</sup> caracterizada como “un proceso apuntado a introducir cambios sustanciales en las diferentes estructuras y funciones del sector con miras a aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la eficacia de sus acciones; y a través de esto a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Es una fase intensa en la transformación del sistema de salud, basado en situaciones que lo justifican y hacen viable”.<sup>v</sup>

El monitoreo y evaluación de reformas en el sector de la salud una parte importante del proceso de reforma. El llevar a cabo tales actividades, sin embargo, plantea problemas conceptuales y metodológicos que están a un largo trecho de ser resueltos.<sup>vi,vii</sup> En 1997, y basado en los mandatos específicos originados en la Cumbre de las Américas de 1994, la OPS y sus Miembros de Estado desarrollaron una metodología para monitorear las reformas en LAC, utilizando como puntos de referencia el nivel en que las reformas han mejorado equidad en el sistema de salud, eficacia y calidad, eficiencia, financiamiento sustentable y participación comunitaria.<sup>viii</sup> Esta metodología fue aprobada por todos los países de la Región en el Consejo Directivo de la OPS, convocado en 1999 en San Juan, Puerto Rico. Al

mismo tiempo, los países determinaron que la OPS siguiera mejorando la metodología y que asegure su aplicación continua.

Las responsabilidades esenciales del estado en salud están experimentando cambios significativos ante la creciente tendencia hacia la separación de las funciones en financiamiento, cobertura de seguro y prestación de servicios. La situación, sin embargo, está agravada por problemas de larga data que incluyen ineficiencia institucional en el sector de la salud, inequidades persistentes en la cobertura y el acceso, como así también costos crecientes y deficiente calidad de servicios.

Como resultado de las reformas de estado y del sector de la salud diseñadas a llevar poder de toma de decisiones a niveles locales, los sistemas de salud en muchos países de ALC, se enfrentan con nuevos retos que incluyen:

- **Segmentación:** La segmentación o coexistencia de subsistemas con diferentes arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, cubriendo diversos sectores de la población, generalmente compartimentados y determinados por nivel de ingresos y capacidad para contribuir. Por ejemplo, algunos pacientes con VIH/SIDA pueden ser cubiertos por seguro social, algunos por seguro privado y algunos otros por extensiones de salud pública o por clínicas gratuitas públicas o privadas.
- **Fragmentación:** La fragmentación o existencia de muchas entidades que no se integran dentro del mismo subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción a lo largo de todo el sistema y dificulta la garantía de condiciones de atención equivalentes para personas atendidas por diferentes subsistemas.

- **Función rectora débil:** Una función directiva mal desarrollada sufre una inherente falta de formulación explícita, con respecto al conjunto básico de servicios garantizados por diferentes esquemas de seguro y como tal, es una barrera al establecimiento de una base equitativa entre usuarios y proveedores de servicio.

Ante estas nuevas realidades, la respuesta del estado ha sido el fortalecer el liderazgo del sector de la salud en su totalidad para trabajar como un defensor de la salud y negociar con otros sectores y mantenerse enfocado en la promoción de la salud del pueblo en el curso de las reformas sectoriales.

### ***Descentralización***

La descentralización<sup>1</sup> de servicios de salud públicamente financiados ha ocurrido en el ámbito regional, estatal o provincial en la mayoría de los países; en el ámbito municipal en algunos; y en el ámbito de establecimientos de salud en unos pocos. Es un proceso en curso en la región de América Latina y puede adoptar muchas formas, como la desconcentración, transferencia, delegación y privatización.<sup>ix</sup> En algunos países, la descentralización ha sido limitada a sólo una forma, como la desconcentración de los servicios, mientras en otros ha tenido un alcance mucho mayor.

A menudo, la descentralización de la responsabilidad no ha sido acorde a la provisión de los recursos necesarios (humanos, financieros, etc.) o a la suficiente delegación de autoridad para llevar a cabo estas nuevas responsabilidades. Con la excepción de algunos países que se organizan federalmente, el proceso de

---

<sup>1</sup> En este análisis, la descentralización es sinónima de transferencia de poder (competencias y recursos) de la administración central a niveles intermedios subnacionales o locales, mientras que la desconcentración se refiere a la transferencia de poder dentro de la misma institución (por ejemplo, el Ministerio de Salud o el Fondo de la Seguridad Social).

descentralización no ha llegado, paulatinamente, a todos los niveles del sistema de salud.

### ***Separación de las Funciones***

Los sistemas de salud son responsables de una amplia variedad de funciones: liderazgo, regulación, modulación del financiamiento sectorial, vigilancia del seguro y prestación de servicios de salud. Las reformas en la mayoría de los países de ALC han apuntado a separar estas funciones al asignarlas a diferentes entidades. En la mayoría de los países donde esto ha sucedido, la reglamentación, formulación de políticas y coordinación sectorial han quedado dentro del Ministerio de Salud, mientras que las funciones de financiamiento y provisión han sido asignadas a otros ministerios y/o nuevos organismos públicos (superintendencias, por ejemplo), a niveles subnacionales de gobierno, o a entidades privadas.

La separación de funciones aplicada al financiamiento ha adoptado varias formas en la Región: I) gestión y control de impuestos estatal (descentralizada); II) gestión y control de impuestos Ministerio de Finanzas (centralizado); III) control de impuestos y primas por seguridad social (centralizado); IV) gestión y control colectivo entre el Ministerio de Salud y seguridad social (centralizado); o v) todos los recursos públicos centralizados en Fondos de Salud Nacionales.

La separación de funciones de seguros ha sido polémica, incluyendo modalidades de separación viejas — entre Ministerios y redes de salud de seguridad social — y nuevas — entre financieras, aseguradores y proveedores. La separación de funciones entre proveedores de salud y otros actores (financieras, aseguradores, autoridades sanitarias) parece ser mas claramente establecida.

## ***Extensión de la Protección Social en Salud***

La mayoría de los países incluyen un Derecho a la Salud en sus leyes o constituciones. El derecho a la salud (o a la protección sanitaria) es, a menudo, una referencia genérica, que deja en gran parte no definidos a los mecanismos de acceso a servicios. Hay generalmente un bajo nivel de conciencia en la población de este derecho y pocos países actualmente tienen mecanismos o recursos adecuados para proporcionar cobertura universal. En realidad, a pesar de los esfuerzos hechos en algunos países, en 2001 una gran proporción de la población de ALC no tuvo ninguna cobertura formal de seguro de salud y / o el acceso regular a servicios de salud básicos.

A menudo, los países han acudido a la creación de paquetes de servicios / beneficios públicamente financiados — proyectados a grupos vulnerables (madres y niños, por ejemplo) o a toda la población — para hacer frente a este problema. El contenido de estos paquetes varía según los países pero incluye normalmente algo o todo de lo siguiente: atención comunitaria integral para madres y sus niños; servicios de salud básicos servicios; unidades de rehidratación oral y establecimientos de salud primarios; atención de pacientes ambulatorios, promoción de la salud y de la educación sobre la salud, operación quirúrgica menor, atención hospitalaria de emergencia las veinticuatro horas y atención hospitalaria de pacientes ambulatorios, monitoreo de nutrición y crecimiento de niños; inmunización; tratamiento de la diarrea; tratamiento parasitario de familias; tratamiento de infecciones respiratorias agudas; prevención y control de tuberculosis pulmonar, hipertensión y diabetes; prevención de accidentes y tratamiento inicial de lesiones; educación de la comunidad en el auto-cuidado; detección temprana del cáncer cervical-uterino; control de malaria y dengue, atención de enfermeros en zonas rurales, así como el acceso gratuito medicamentos esenciales.

Tres temas críticos relacionados con el diseño de paquetes de beneficios son los siguientes:

- Cómo estos paquetes están técnicamente diseñados y revisados
- Quién toma decisiones sobre la inclusión o exclusión de beneficios;
- Cuales son las discrepancias entre lo técnicamente incluido y lo que en realidad se proporciona.

### ***Fortalecimiento de la Función Rectora de la Autoridad Nacional de Salud***

“La reforma del Estado y la descentralización de la vida nacional han hecho la redefinición de las funciones institucionales en el sector de la salud, una prioridad en los países de la Región, especialmente el rol directivo de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Las responsabilidades de salud esenciales del Estado están experimentando cambios significativos ante la creciente tendencia hacia la separación de funciones en el financiamiento, cobertura de seguro y prestación de servicios. Estos cambios exigen una mayor capacidad de dirigir, reglamentar y llevar a cabo las esenciales funciones de salud pública correspondiente a la autoridad sanitaria”.<sup>x</sup>

Reciente reformas en el sector de la salud han reestructurado las funciones y las responsabilidades de los ministerios de salud, en algunos casos significativamente cambiando sus estructuras organizativas. Estos cambios han tenido varias metas: la capacidad de adoptar liderazgo, reformar el financiamiento del sector de la salud, garantizar el seguro de salud y armonizar la prestación de servicios entre las instituciones públicas y privadas. En algunos países estos cambios estructurales han creado nuevos organismos o instituciones normativas (es decir, organismos y / o *superintendencias* especializadas) generalmente bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud. En otros, estos cambios han dado lugar a la creación de sistemas regionales y nacionales de información sanitaria para mejorar la capacidad de

evaluar las condiciones de salud de la población y el desempeño del sistema de salud en general.

Un mecanismo para fortalecer la función de liderazgo y capacidad institucional de las autoridades sanitarias en todo el sistema de salud y mejorar la práctica de salud pública en su totalidad, es el análisis y desarrollo de **funciones esenciales de salud pública** (FESP). Estas funciones incluyen mejorar la calidad, fomentar la responsabilidad, desarrollar la práctica "basada en pruebas" y fortalecer la infraestructura de salud pública. La ejecución apropiada de estas responsabilidades es fundamental para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población y es una parte importante de la función del Estado en la salud.

Hasta la fecha, mediante la Iniciativa de Salud Pública en las Américas de OPS/CDC/LACHSR, la mayoría de los países de la Región han conducido una evaluación de la práctica de salud pública, evaluando el desempeño de las funciones esenciales de salud pública. La evaluación permite a los países identificar sus fortalezas y debilidades y desarrollar intervenciones apropiadas.<sup>xi</sup>

## **ASEGURAMIENTO EN SALUD**

### **Financiamiento de la salud:**

Para poder hablar de aseguramiento en salud, es necesario tocar el tema del financiamiento, la cobertura, la calidad deseada en los servicios de salud, el acceso a los mismos, y finalmente evaluar el estado de salud en los Sistemas de Salud.

Para el año 1998, la mayoría de los países del mundo dedicaba una proporción creciente de sus recursos al financiamiento de su sector salud. En América Latina y el Caribe esta proporción alcanzaba el 7.3% del PIB regional, correspondiendo a un gasto total de US\$ 115.000 millones y a un gasto per. cápita de US\$ 240. Al mismo tiempo, los países de la OCDE dedicaban un 8,4% de su PIB al sector salud, equivalente a un gasto total de US\$ 2.123.000 millones y a un auto per. cápita de US\$ 2.500. Mientras en América Latina y el Caribe 41% del gasto en salud se realiza por el sector público y 59% por el sector privado, en la OCDE estas proporciones son 76% y 24% respectivamente.

El hecho de que los países estén asignando tantos recursos a la salud de sus poblaciones es bastante significativo, demostrando la creciente prioridad de la salud ante otras alternativas para la asignación de los recursos nacionales. Sin embargo, la forma como este gasto público se distribuye entre los gobiernos y sociedades también tiene un significado especial. Conforme se sabe, el gasto público en salud tiende a ser más equitativo que el gasto privado, así como el gasto privado podría ser más eficiente que el gasto público. Por otra parte e independiente de su monto, tanto el gasto público como el gasto privado en salud pueden provocar diferentes impactos sobre la situación de salud, según las intervenciones específicas que los mismos financien.

Para tener éxito, una política de salud necesita un nivel razonable de financiamiento que sea compatible con la economía nacional, se distribuya con equidad, se maneje con eficiencia y se asigne con eficacia. Ello requiere movilizar recursos de los diversos grupos sociales, según la capacidad de aportación de cada uno, a través de una combinación de diferentes mecanismos – impuestos, seguros y pagos directos de empresas, hogares. Esos servicios deben ser prestados por una mezcla de entidades públicas, privadas y comunitarias que asegure la mayor eficiencia posible en la gestión del sector salud. Finalmente, pero no menos importante, se necesita distribuir los servicios equitativamente entre los grupos sociales, beneficiando los sectores más vulnerables de la población.

Por todo lo anterior, es importante que cada país conozca la estructura y los flujos financieros dentro del sector salud. Entre las preguntas que se deben hacer y contestar, se encuentran las siguientes: De que tamaño es el sector salud, cuales son los distintos componentes, quien controla la asignación de los recursos, quien paga, para que y quien recibe los pagos. El contar con esta información permite monitorear los cambios que se producen en el sector salud y especialmente importante, cuando en el país se está desarrollando un proceso de reforma en salud. Las reformas en salud traen consigo impacto sobre los costos totales, entonces se pregunta: ¿se han alcanzado las metas de reasignación de recursos; quien se beneficia con la reforma; se ha logrado la sostenibilidad del sistema?

Para el año 1996 una estimación del financiamiento del Gasto Nacional de Salud en República Dominicana, mostró que había ascendido a RD\$ 17.221.9 millones. En términos porcentuales, el gobierno aportaba al Gasto Nacional de Salud, un 14,4% del total, las familias un 75,9%, las empresas un 7,9% y el resto del mundo un 1.8%. De acuerdo a estas cifras, el Gasto Nacional en Salud equivalía a un 7.3%. Según estas cifras, el Gasto Nacional en Salud ascendía a un 7.3% con relación al PIB, cifra que era bastante elevada dentro del contexto Latinoamericano, pues es superior a la mayoría de los países de la región y similar a la de varios países Europeos, que ya han logrado una cobertura universal y que poseen altos niveles de Salud. Frente a Republica Dominicana, existen todavía importantes sectores de la población sin cobertura de salud y al margen de estos servicios. Si esto se une a la baja calidad de los servicios, tanto en sector privado como publico, se traduce finalmente en que la situación de salud (Estado de la salud) fuera pobre.

No obstante para esta fecha, el aporte de las familias era de un 5.5% del PIB, el del gobierno, un 1% y el de las empresas 0.6% Para ese momento, el aporte gubernamental era bajo y se traducía en un gasto significativamente alto para las familias. En la mayoría de los países por lo menos la mitad del gasto total corresponde al gobierno. Si a esto se le agregaba las ineficiencias con que se entregaban los servicios de salud del gobierno, es probable que el impacto fuera

muy bajo, sin mejorar las condiciones de salud de la población y la distribución del ingreso.

Siendo alto el gasto de las familias, comparado con otros países, y adicionando que el grueso de la población no estaba asegurada y que los desembolsos de las familias correspondían al gasto del bolsillo, se constituía en una disminución de sus ingresos, lo que impactaba directamente en el cubrimiento de sus necesidades vitales. Como resultado, existía un grave problema de equidad en el financiamiento de la salud en el país.

Por otra parte, es importante determinar como se encuentra distribuida la prestación de los servicios en cada país. Para República Dominicana, la mitad de las familias dominicanas se hospitaliza en clínicas privadas y la otra mitad lo hace fundamentalmente, en hospitales de las SESPAS. Una minoría utiliza los hospitales militares y del IDSS. Y aún, una parte de la población de menores recursos utiliza los servicios de las clínicas privadas, lo que deja entrever desconfianza en los hospitales públicos.

El objetivo del Sistema de Salud y su reforma, es lograr la inversión de las cifras, el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios y aumentar el nivel de calidad de vida de la población.

### **Cobertura en salud:**

En esta área se establece cuál ha sido el avance del aseguramiento en salud para llegar a la población a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El concepto de cobertura incluye los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado (y los establecidos en cada país). Es importante aclarar que el término cobertura es diferente al término acceso, mediante el cual se observa la capacidad de los usuarios de utilizar los servicios de salud.

La cobertura está directamente relacionada con la afiliación de los usuarios a los diferentes regímenes, dependiendo de las características de los mismos (capacidad de pago, empleo) y del financiamiento del Sistema de Seguridad Social de cada país. El objetivo en cada sistema, es el cumplimiento de metas en la cobertura de la población, con énfasis en las poblaciones marginales, de bajos recursos.

En el caso de República Dominicana, el Sistema de Salud, está conformado por un sub.-sector público (instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud con y sin fines de lucro, regido por la Ley General de Salud) y otro privado (con y sin fines de lucro). La Secretaria de Salud ejerce la rectoría del Sistema y proporciona servicios (gratuitos pero sin garantía de acceso o calidad) a 75% de la población, la mayoría no asegurada. El sector privado se concentra en los estratos económicos de mayor capacidad económica. Entre las modalidades de aseguramiento se pueden identificar los esquemas de prepago de obrero y empleador (como los del Instituto Dominicano de Seguridad Social), los seguros médicos de prepago privado, los autogestionados para algunos grupos específicos de trabajadores (médicos, maestros y funcionarios de empresas financieras públicas) y los proveedores privados.

Los objetivos gubernamentales en materia de salud, estarán entonces orientados y encaminados a una implementación de un seguro familiar y a la ampliación de la cobertura en los regímenes dispuestos.

### **Aseguramiento:**

Su objetivo, es garantizar a TODOS LOS CIUDADANOS un grado básico de protección social en materia de salud que contribuya a eliminar las desigualdades en el acceso a servicios de calidad para todas las personas, y que proporcione a los grupos sociales hasta ahora excluidos, la oportunidad de recibir atención integral que satisfaga sus necesidades y demandas de salud, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

La función de aseguramiento no se limita a aspectos contractuales o financieros, (por ejemplo hacer seguimiento a los márgenes de solvencia de las aseguradoras tanto para el régimen contributivo como subsidiado, entendido como la capacidad de pago para cumplir con sus obligaciones financieras) que debe acaparar los esfuerzos de la mayor parte de los entes gubernamentales relacionados. Es importante centrarse en indicadores que reflejen el grado de beneficio aportado por el asegurador a la salud de su afiliado o beneficiario. Por ejemplo, llevar indicadores que orienten sobre la oportunidad de citas médicas y cirugías programadas, la suficiencia en la entrega de los medicamentos, la satisfacción con el servicio y la efectividad en el adelanto de actividades de promoción de la salud y prevención entre otros.

Como parte importante del aseguramiento está: determinar el número de Administradoras de servicios de Salud (EPS), porcentaje de afiliación al régimen contributivo, porcentaje de afiliación al régimen subsidiado, afiliación por cada una de las Administradoras de Servicios de Salud tanto publicas como privadas.

Con el tiempo la función del aseguramiento se volverá uno de los pilares fundamentales para garantizar mejor salud para los usuarios. En efecto el aseguramiento se convirtió en un instrumento central de la política pública para promover la calidad de la atención en salud, garantizar la protección financiera de los ciudadanos ante el riesgo de enfermar, llenar sus expectativas frente a los servicios de salud y asegurar una mayor eficiencia en el uso de recursos sectoriales, siempre limitados.

Cabe entonces preguntarse: ¿Contribuirán las administradoras a estos logros? ¿Que tanto? ¿Cuales llegarán a ser las mejores? Cuales serán los resultados. Todo lo anterior sin olvidar que se busca alcanzar la libertad de elección de aseguradora y prestador por parte de los ciudadanos. Es la gente, preocupada por su salud y la de sus seres queridos quien debe elegir en quien deposita la responsabilidad de velar por su aseguramiento.

## **PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL EN LA FUNCIÓN DE ASEGURAMIENTO O DE COMPRA DE SERVICIOS**

La función de aseguramiento consiste en la canalización de recursos hacia la compra de bienes y servicios de salud. La existencia de organismos aseguradores /compradores tiene por función promover la eficiencia de los prestadores. Un asegurador /comprador con mayor información que la que poseen los individuos, que vele por la pertinencia y calidad de las prestaciones de salud, se justifica debido a la existencia de altas asimetrías de información en el mercado de la atención sanitaria. Los individuos tienen dificultades para discernir la pertinencia de las acciones de salud y no tienen la capacidad de controlar los costos de las prestaciones. Los organismos aseguradores/compradores pueden ser públicos o privados y no tienen por qué ser únicos, lo cual permite también una mayor amplitud de elección por parte de las personas.

El papel de las asociaciones de consumidores o de afiliados al sistema de seguros de salud es fundamental en la función de articulación porque permite ejercer control social sobre los compradores estatales o privados. También la información y los mecanismos legales son claves para el control ciudadano en el ejercicio de esta función.

Como ocurre con la función de financiamiento, los procesos de reforma en la Región han puesto escaso énfasis en promover el desarrollo de mecanismos individuales o colectivos que permitan ejercer control social sobre los compradores del sistema. En algunos países las entidades aseguradoras están controladas por organismos públicos especializados (por ejemplo, la superintendencia del ramo) que actúan en representación de los intereses comunes de los usuarios. Sin embargo, estas entidades operan en un contexto de precariedad de recursos y deben hacer frente permanentemente a fuertes presiones por parte de los grupos más organizados o los intereses corporativos del sector. Una mayor información de los ciudadanos y su incorporación al control de los seguros de salud permitiría a esas entidades un mejor cumplimiento de esta función social.

## **Acceso a Servicios de Salud:**

En todo Sistema de Salud se debe hacer seguimiento de las actividades y resultados de algunas de las prioridades de la salud pública en los países y a las principales necesidades de prevención y control de las enfermedades y eventos de alto impacto en la salud de la población, denominadas de interés público. Por ejemplo, la cobertura del programa de control prenatal con indicadores para la cobertura de esquemas de vacunación, nacimientos institucionales, cobertura en la prevención de enfermedades infectocontagiosas, entre otras.

Cada país determina sus prioridades en salud. Para República Dominicana, prevalecen problemas específicos de salud, definidos por grupos de población y las tasas de morbimortalidad en ellos encontrados (por ejemplo, niños de 0-4 años y las causas de mortalidad infantil; los escolares entre 5 y 14 años; los adolescentes; adultos entre 15 y 59 años; adultos mayores de 60 y más años).

Es ante estas prioridades en salud, que cada país establece sus respuestas a través de su Sistema de Salud, generando las políticas y planes de salud necesarios, así como el determinar las reformas del sector salud en los casos que se amerite.

Para Republica Dominicana, entra en rigor la Ley 42-01 definiendo la Rectoría y desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública. Dicha Rectoría, enmarcada en el financiamiento del sistema, el aseguramiento y la provisión. De la mano, la Ley 87-01 dirigida al financiamiento del Sistema Nacional de Salud, la administración del riesgo y la provisión.

## **Estado de Salud:**

Cada país establece sus propios indicadores y genera los mecanismos de seguimiento y gestión para lograr las metas propuestas en el mejoramiento de la

salud de la población: tasas de morbilidad y de mortalidad. Los resultados obtenidos son el reflejo del estado de salud de una nación. Los logros en el mejoramiento son el reflejo del éxito de su Sistema de Salud.

### **Calidad de la Atención en Salud:**

Definición de Calidad:

*“La Calidad es un Sistema en el cual todas las personas, de todos los sectores, en todos los niveles jerárquicos de una organización, cooperen en promover y efectuar vigorosamente las actividades del mejoramiento continuo en toda la organización”.*  
(Nipón Kayaku Co).

Entonces reflexionamos y nos preguntamos, a quien debe beneficiar la Implementación de la Calidad:

A TODAS LAS PERSONAS:

- ✓ PACIENTES: en la calidad, el precio/costo, la atención y el cumplimiento
- ✓ EMPLEADOS: en su remuneración; sus condiciones de trabajo; su desarrollo personal.
- ✓ DOLIENTES: la supervivencia
- ✓ SOCIEDAD: medio ambiente, cumplimiento de las normas, mejor salud, mayor cobertura, accesibilidad.

Pero nos enfrentamos a los Problemas de Salud:

- ✓ Complejidad creciente de la atención
- ✓ Costos cada vez mayores
- ✓ Cobertura insuficiente
- ✓ Explosión de las expectativas del cliente

- ✓ Competencia por los clientes
- ✓ Inoperancia de los sistemas de seguridad social
- ✓ Normatividad legal e intervención estatal inadecuada

Es así como debemos tener en cuenta las Variables en la evaluación de las instituciones de Salud:

- La competencia
- La modificación del paradigma de la beneficencia por el derecho
- Las reformas
- La tecnología
- La Cultura del servicio
- La Cultura de la calidad
- La eficiencia y eficacia (costos de la no calidad).
- La responsabilidad social en el ejercicio de un oficio
- El resurgimiento de la conciencia sobre los derechos del individuo.

Todos los actores del Sistema de Salud, deben prepararse para afrontar la responsabilidad de una atención en salud con calidad.

Es así como, estamos obligados a contemplar y ejecutar todas las actividades necesarias para dar inicio de la Implementación de un Sistema de Garantía de la Calidad en cada una de nuestras organizaciones, llámese asegurador o prestador.

Cada gobierno formulará las leyes necesarias para lograr la implementación de Sistemas de Garantía de la Calidad. Uno de los modelos que ha logrado un avance significativo, es el de Colombia, el cual conoceremos en su entorno.

## **CAPITULO II**

Modelos de prestación de servicios de salud: una visión empresarial, diferentes modelos en el marco de la seguridad social, el cambio de paradigma.

### **I. INTRODUCCIÓN**

Hasta el momento, el Sistema de Salud de la República Dominicana se ha venido desarrollando de manera anárquica, atomizada y estratificada; cayendo, reiteradamente, en grandes duplicidades, ineficiencias e inequidades, con un altísimo costo social y económico.

El perfil nacional de salud, caracterizado, entre otras cosas, por altas tasas de mortalidad materna Infantil y por la gran incidencia de enfermedades o problemas fácilmente prevenibles o controlables, tales como la enfermedad diarreica, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, pone en evidencia que, a pesar de la gran cantidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, que posee el sector salud, el impacto de sus acciones ha sido reducido.

### **II. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DEL ACTUAL MODELO DE ATENCIÓN**

Sobre el Sistema de Salud Dominicano se han realizado múltiples diagnósticos, que han identificado claramente los problemas y dificultades, por los que ha venido atravesando en los últimos años; razón por la cual, el equipo de trabajo que elaboró el presente documento, no consideró necesario reiterar esfuerzos en esta materia.

Sin embargo, a manera de referencia y sin pretender ser exhaustivos, en este apartado se presenta un resumen que hace mención a las características y problemas más importantes del modelo de atención vigente.

#### ***A. Poca equidad, baja cobertura y solidaridad***

El acceso a los servicios y la protección de la salud, en el actual modelo de atención, son altamente inequitativos, lo que se refleja en las desventajosas condiciones que gozan los habitantes de la mayor parte de municipios del país, y los grupos sociales de menores ingresos.

La cobertura del sistema no es universal, teniendo gran parte de la población que recurrir a seguros privados, igualas médicas, o a la compra directa de las prestaciones sanitarias. En su conjunto, el esquema de financiamiento también es muy injusto y poco solidario, ya que la carga más pesada es asumida por la población con menor capacidad económica.

Desde el punto de vista de la distribución de los ingresos, el "Sistema de Salud Dominicano" es altamente regresivo. Los problemas de equidad, universalidad y solidaridad, quedaron muy bien reflejados en los resultados de "Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios (ESU-96). 5 SESPAS - GPP, Fundación Siglo 21. ESU96. Utilización de los Servicios de Salud y Satisfacción de los Usuarios. Santo Domingo, 1997.

#### ***B. Enfoque biólogo, individual y medicalizado***

La oferta disponible de servicios pone énfasis en la atención médica curativa, especialmente la de tipo hospitalario, en detrimento de las acciones básicas de atención primaria. El abordaje de los problemas de salud es, en la mayoría de los casos, monocausal, monodisciplinario, biólogo, individual, fragmentado y

discontinuo; sobredimensionándose, casi siempre, la respuesta medicamentosa y de alta tecnología.

El sistema responde a la lógica del asistencialismo y la libre demanda, y no a la de la oferta planificada, con base en las necesidades prioritarias de salud de la población.

### ***C. Reducida participación social***

Actualmente, no existe una apertura real a la participación de la comunidad organizada, en el proceso de planificación, control, evaluación y fiscalización de los servicios de salud. Tampoco se han desarrollado espacios o instancias formales, que propicien y canalicen dicha participación.

En la mayoría de casos a la comunidad se le busca, casi exclusivamente, para que aporte trabajo físico y contribuya económicamente al mantenimiento de la red de centros de salud. Esto es, una participación social pasiva e instrumentalizada.

Por otra parte, el auto cuidado de la salud, individual, familiar y colectivo, tampoco se ha logrado extender y sistematizar, de manera efectiva, en todo el territorio nacional.

### ***D. Limitado poder del usuario***

Dentro de la organización vigente el usuario juega un papel muy pasivo y poco informado. No tiene mayores posibilidades de seleccionar al médico u otro personal de salud que lo atenderá, ni de escoger el establecimiento de su preferencia. Además, durante el acto médico recibe escasa información sobre su problema de salud y no se le toma parecer acerca de las alternativas de tratamiento existentes. En la ESU-96, ya citada, la "libertad de elección" recibió la calificación más baja por parte de los entrevistados (3.39, en una escala de 5).

### ***E. Baja eficacia, eficiencia y calidad de los servicios***

El actual sistema de salud es altamente ineficiente, poco eficaz y no posee un sistema que garantice la calidad de los servicios que brinda.

El modelo de atención vigente facilita y estimula dicha ineficiencia, debido a la forma desordenada en que asigna y distribuye los recursos humanos, físicos y tecnológicos, y por la ausencia de mecanismos de control y evaluación.

Se dan duplicidades e irracionalidades en el gasto y en la asignación de los fondos disponibles; y la red de establecimientos ha crecido de manera desordenada, sin relación con las necesidades de la población y la capacidad resolutive que se requiere, según nivel de atención.

Existe una bajísima productividad del recurso humano, especialmente del grupo profesional, que es el más caro, y de la infraestructura instalada. Esto tanto en el sector público como en el privado.

El esquema de contratación por salario del personal, contribuye en mucho a la escasa productividad, ya que reciben la misma remuneración los médicos y trabajadores con buen nivel de desempeño, que aquellos mal calificados.

Por otra parte, a pesar de los recursos que invierte la sociedad en este campo son relativamente altos, la población continúa siendo afectada por problemas de salud fácilmente prevenibles y controlables, con el personal, la infraestructura y la tecnología disponibles.

Por último, es importante mencionar que existe un alto nivel de insatisfacción, entre los usuarios y prestatarios de los servicios públicos de salud.

## ***F. Oferta de servicios poco planificada***

La oferta de servicios que brinda el sistema de salud, no fue estructurada ni definida según el perfil de necesidades prioritarias de la población, sino que fue apareciendo a lo largo de los años, como respuesta a la demanda espontánea de los usuarios, ya los intereses de diferentes grupos profesionales y de los funcionarios de las instituciones del Sector.

## ***G. Niveles de atención desarticulados y mal definidos***

A pesar de que en algunas publicaciones oficiales y extraoficiales, se habla de la existencia de tres o cinco niveles de atención, en la práctica, la red de servicios se ha desarrollado de manera anárquica y desarticulada.

Los actuales niveles de atención no obedecen a un escalonamiento planificado de la oferta, sino que se han planteado como una agrupación de establecimientos, según una supuesta capacidad resolutive, que en la mayoría de los casos es muy heterogénea. También, resultan de una mezcla de los ámbitos geográficos, en donde se encuentran localizados, con el grado de complejidad de los servicios que brindan.

Por ejemplo, existen hospitales nacionales, que realizan acciones que corresponden a un nivel primario, y, por otra parte, clínicas rurales y urbanas que cuentan con especialidades médicas y quirúrgicas.

## ***H. Poco trabajo en equipo, por parte del personal de salud***

En el modelo actual predomina el trabajo individual versus el trabajo en equipo, y la labor por disciplinas aisladas versus la acción multidisciplinaria, con carácter complementario e integrado.

Más que verdaderos equipos de salud, lo que existe es una dotación de recurso humano por establecimiento, poco planificado y muy arbitrario, que no guarda relación con la demanda y la oferta de servicios existente, ni con la forma teórica en que están organizados los niveles de atención.

### ***I. Ausencia de responsabilidades geográfico-poblacionales***

En el esquema vigente no existen responsabilidades geográfico-poblacionales claramente definidas, para el "médico general" ni el resto del "equipo de salud", de los establecimientos del primer nivel de atención. Tampoco están bien delimitadas o se respetan, las "áreas de atracción" de los centros de salud más complejos.

La atención por demanda espontánea, las duplicidades de servicios, la inadecuada conformación de los niveles de atención, el mal funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, el pago al médico por salario y la ausencia de una zonificación sanitaria homogénea, dificultan la labor de asignar dicho tipo de responsabilidades.

### ***J. Inadecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes***

Dentro de la red pública de servicios, no se cuenta con un verdadero sistema de referencia y contrarreferencia de casos, entre sus diferentes "niveles de complejidad", e instituciones que la conforman, que les asegure a los pacientes continuidad en la atención y acceso equitativo a los centros de mayor capacidad resolutive.

La ausencia de este sistema, provoca, además, gran ineficiencia y duplicidad en el uso de los recursos, y pérdida de calidad y eficiencia, en los servicios que se brindan.

## ***K. Gestión centralizada***

El sistema de servicios públicos de salud se ha caracterizado, a lo largo de su historia, por una gestión altamente centralizada. Como se mencionó en el apartado anterior, la SESPAS inició hace varios meses un proceso de descentralización, con la creación de las Direcciones Provinciales de Salud, con el cual se propone romper el esquema centralista.

Sin embargo, este proceso tiene que profundizarse aún más, hasta llevarlo a nivel local y de los centros hospitalarios más importantes. También debe abarcar la descentralización del I.D.S.S. o del futuro "Seguro Nacional de Salud".

## ***L. Escasa coordinación intra e intersectorial***

Dentro del sistema de salud, en particular, y dentro del Sector Público, en general, existe poca coordinación en el desarrollo de las políticas sanitarias y de protección al ambiente, así como en la ejecución de los programas y actividades en estos campos.

Persisten, a un alto costo económico y de oportunidad, una serie de duplicidades e irracionales en la asignación de recursos, en la prestación de los servicios, en el desarrollo de la infraestructura y en la adquisición de tecnología de alto costo, entre otros problemas.

En síntesis, no existen mecanismos formales de coordinación intra e intersectorial, que garanticen un accionar armónico y eficiente del sector salud.

## ***M. Débil capacidad gerencial***

La falta de cuadros gerenciales y la ausencia de modernos sistemas de gestión, representan un verdadero lastre para el desarrollo del Sistema de Salud

Dominicano, que debe ser superado, independientemente de si se rediseña o no el actual modelo.

En el siguiente recuadro se listan, a manera de síntesis, los principales problemas del modelo de atención vigente.

### ***Principales Problemas del Actual Modelo de Atención***

- Poca equidad, baja cobertura y solidaridad.
- Enfoque biologista, individual y medicalizado.
- Baja eficacia, eficiencia y calidad de los servicios.
- Insatisfacción de usuarios y proveedores.
- Predominio del trabajo individual versus el trabajo en equipo.
- Red de servicios desarticulada y anárquica.
- Indefinición de los niveles de atención y de capacidad resolutive de los establecimientos de salud.
- Inadecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Ausencia de responsabilidades geográfico-poblacionales.
- Uso irracional de la tecnología médica.
- Inadecuada asignación y distribución del recurso humano, según disciplinas y especialidades.
- Deshumanización de la atención.
- Falta de coordinación intra e intersectorial.
- Reducida participación social y limitado poder del usuario.
- Desconocimiento de la situación de salud de la comunidad, por parte del personal.
- Predominio de la atención hospitalaria de alto costo, en detrimento de las acciones de promoción y prevención de la salud.
- Costos crecientes.
- Gestión centralizada.
- Débil capacidad gerencial.

- Oferta de servicios poco planificada.
- Niveles de atención desarticulados y mal definidos.
- Poco trabajo en equipo, por parte del personal de salud.

### **III. PROPUESTA GENERAL DE UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN**

Al hablar del "viejo" o "nuevo" modelo de atención, se deben tomar en cuenta las múltiples variables sociales, económicas, políticas, institucionales y culturales, que determinan la forma en como la sociedad se organiza, para atender las necesidades de salud de la población.

Tomando en cuenta dichas variables ya partir de las prioridades nacionales de salud, se proponen en este capítulo las características generales y las bases organizativas y funcionales, que deberán configurar el nuevo modelo de atención.

El modelo propuesto, no sólo pretende ampliar la cobertura de los servicios de salud, y reordenar y racionalizar el uso de los recursos humanos y físicos con que cuenta el Sector, sino que, además, busca mejorar la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia del Sistema, así como incrementar la satisfacción de sus usuarios y proveedores.

Lo anterior, por medio de cambios en el enfoque de atención y en el modelo de asignación de recursos y responsabilidades; en el escalonamiento de la oferta y la especialización del trabajo, según niveles de atención bien definidos; y en la incorporación de la comunidad organizada, al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios de salud.

El nuevo modelo busca, sin descuidar la atención hospitalaria, fortalecer el primer nivel de atención, aumentando su capacidad resolutive y poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención. Todo esto, tomando como base la estrategia

de atención primaria de la salud. Se espera, además, que el modelo propuesto contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto al proceso de producción social de la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla.

Por último, es importante aclarar que, un "nuevo modelo de atención" por sí solo, no solucionará los problemas, presentes o futuros, relacionados con una gestión deficiente de los servicios. Una mejoría de la capacidad gerencial y el desarrollo de sistemas de gestión adecuados (planificación estratégica, información, control, evaluación y garantía de calidad), y la capacitación intensiva y permanente de los recursos humanos, serán necesarios para lograr los objetivos propuestos por el "Proyecto de Reforma del Sector Salud".

### **3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN**

Utilizando los mismos elementos conceptuales, y las variables que sirvieron de base para el análisis de la situación actual, presentado en el capítulo anterior, se procede a continuación a describir la "imagen objetivo" del Nuevo Modelo de Atención de Salud, que se recomienda adoptar a nivel nacional. El modelo propuesto se caracteriza por:

#### **3.1.1 Mayor equidad.**

El desarrollo humano sostenible de un país se promueve, entre otras cosas, con el establecimiento de condiciones que garanticen la igualdad de oportunidades para sus habitantes, en el orden político, social, económico y cultural.

Hoy, los nuevos estudios e investigaciones en este campo señalan como fundamental, para lograr ese objetivo, el incremento en la inversión social, especialmente en los campos de la educación y la salud. Por tanto, es una

obligación del Estado garantizar el acceso equitativo de la población, a servicios de salud que brinden atención integral de buena calidad.

La equidad constituye, entonces, el elemento esencial que debe caracterizar al nuevo modelo de atención, cuyo grado de desarrollo debe ser determinado y evaluado, periódicamente.

Desde los planos político y técnico, en que se debe intervenir para hacer una realidad este propósito, el sector salud pondrá énfasis en alcanzar las siguientes metas:

- Reducir las brechas en las condiciones de salud que existen entre los distintos municipios, provincias, regiones y grupos sociales del país.
- Desarrollar sistemas de gestión, planificación, control y evaluación de la red de servicios, que aseguren la igualdad de oportunidades en el acceso a una atención integral de salud, oportuna, eficiente, eficaz y de buena calidad.
- Asegurar una inversión per cápita justa y solidaria, en todos los municipios del país, tomando como base su población y condiciones socioeconómicas y sanitarias.

### **3.1.2 Universalidad.**

En una primera etapa, y en un plazo máximo de dos años, el sistema nacional de salud deberá cubrir a por lo menos el ochenta por ciento de la población del país, con la oferta básica de servicios, que se detalla más adelante.

En una segunda etapa, el país deberá establecer y desarrollar un "seguro social obligatorio" que permitirá universalizar la atención de salud, incorporando a todas las personas con plenos derechos y deberes, sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o de nacionalidad.

### 3.1.3 Solidaridad.

Dentro de la nueva organización y funcionamiento del sistema nacional de salud se procurará, en todo momento, que la carga financiera se distribuya de manera justa, entre todos los miembros de la sociedad. Esto es, que la contribución al financiamiento de la red de servicios se realice de acuerdo a las posibilidades económicas de cada persona, familia y comunidad.

Solidaridad de los individuos o municipios más ricos hacia los de menor capacidad económica, de los sanos hacia los enfermos, de los jóvenes hacia las personas mayores, de los hombres hacia las mujeres.

Se evolucionará de un sistema regresivo a un sistema redistributivo, que contribuya a un mayor desarrollo social y económico, de la sociedad dominicana.

### 3.1.4 Enfoque integral.

El modelo de atención propuesto se caracterizará por la aplicación de un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, y por una atención integral y continua de las necesidades de la población, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria, y en el fomento de los factores protectores de la salud, a nivel individual, familiar y social.

El enfoque integral se distingue por tres elementos principales:

- **Integralidad:** El modelo explicativo de los problemas que utiliza es el multicausal y la oferta básica de servicios que ofrece el nuevo modelo de atención, se caracteriza por las respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud, lo cual incluye acciones de promoción; prevención de riesgos, daños y enfermedades; diagnóstico y tratamiento de la morbilidad; rehabilitación y reinserción social; vigilancia epidemiológica; recuperación y

mejoramiento del ambiente; planificación estratégica local; y gestión administrativa.

Además, los problemas y necesidades de salud de los sujetos de la atención, no serán abordados de manera fragmentada o como hechos o eventos aislados, sino como parte de un todo, donde los elementos que lo componen mantienen una estrecha interrelación.

Desde el punto de vista de sujeto de la atención, el modelo dirigirá sus esfuerzos no sólo al individuo, sino también a la familia, la comunidad y el ambiente.

- Continuidad: El cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad, será continuo en el tiempo y el espacio poblacional, asignado al equipo de salud.
- Multidisciplinaridad: La composición del equipo de salud y el abordaje de los problemas, serán multidisciplinarios, evitando en todo momento 'medicalizar' las soluciones o respuestas del sistema de salud.

6 Tomado de Marín F. Notas sobre Modelo de Atención. Conferencia para los Estudiantes del Curso de Sistemas de Salud. ICAP, San José, 1988.

***Para asegurar este cambio en el enfoque y tipo de atención, se requiere como mínimo:***

- Iniciar a corto plazo un proceso de capacitación de personal de salud, con base en los principios y características del modelo propuesto.
- El cambio en los sistemas de supervisión y evaluación del desempeño.
- La asignación de la responsabilidad al equipo de salud, del cuidado integral de un grupo de familias y una área geográfica, bien definidos.
- El desarrollo de un sistema de planificación local estratégica.

- Darle prioridad a la nueva oferta básica de servicios.
- Introducir nuevas modalidades de atención (por ejemplo, atención grupal de embarazadas, hipertensa, diabética).
- Transformar el proceso de trabajo (redefinir la organización social del trabajo dentro del equipo de salud y cambiar las formas unidireccionales y autoritarias, en las relaciones del personal de salud con los usuarios).

### **3.1.5 Amplia participación social.**

El nuevo esquema de atención integral de la salud, requiere de una amplísima participación social, tanto de tipo formal como informal. Una participación activa, consciente, con plenos derechos y deberes.

El sistema, de manera progresiva, deberá establecer espacios efectivos y democráticos de participación comunitaria, en todos sus niveles.

No existe una fórmula universal y exclusiva que garantice dicha participación, por lo que se tendrán que probar y evaluar distintas modalidades de incorporar a la comunidad, al proceso de toma de decisiones, al análisis de la situación de salud, a la elaboración y ejecución de los planes de salud, al fomento de estilos de vida sana, al auto cuidado individual y colectivo, ya la fiscalización y evaluación de los servicios.

### **3.1.6 Mayor poder del usuario.**

Como ya se mencionó en el capítulo II, en el actual sistema de servicios públicos de salud, el usuario tiene poca posibilidad de escoger al médico u otro personal, que lo atenderá.

Por considerarlo poco sostenible financieramente, el modelo de atención propuesto no contempla la posibilidad de introducir, a corto plazo, un esquema de "libre

elección médica", especialmente, en lo que concierne a la oferta de servicios que se entregará en el primer nivel de atención.

Sin embargo, el diseño del nuevo modelo permite, dada su flexibilidad organizativa y funcional, introducir algunas variantes o modalidades, que fortalezcan o amplíen la capacidad del individuo o la familia, para seleccionar al proveedor de los servicios.

Lo anterior, siempre y cuando no se atente contra los principios de equidad, universalidad, solidaridad y sostenibilidad financiera, que deben privar en el sistema.

A manera de ejemplo, es posible permitir, en etapas posteriores, que:

- a. Dentro de la lista de médicos generales de una zona de salud, el paciente pueda escoger al profesional que le dará la atención y seguimiento médico. Esto no implicará que para el resto de servicios de la oferta básica, la persona tenga que cambiarse del sector (ver adelante: "conformación del equipo de salud").
- b. Cuando el paciente sea referido a un establecimiento, en donde existan varios profesionales de una misma especialidad, éste podrá seleccionar el médico de su preferencia.
- c. El usuario también podrá escoger, dentro de la red de farmacias, laboratorios, centros de rayos X y otros servicios de apoyo, el lugar donde quiere recibir la respectiva atención.

Posteriormente, una vez se tome la decisión sobre el tipo de "Seguro Social Universal", que se desarrollará en el país, se discutirán otras posibilidades o modalidades de servicios, en las cuales el usuario ejerza un mayor "poder de compra" o capacidad de elección.

## **Mayor eficiencia, eficacia y calidad.**

Estas tres variables están íntimamente relacionadas entre sí: sin eficiencia y eficacia no hay calidad, y sin calidad y eficiencia, las acciones en salud no logran los resultados esperados.

Por eficiencia no se debe entender sólo el mayor número de actividades producidas con equis cantidad de recursos, sino el máximo volumen de acciones, con la eficacia, efectividad y calidad adecuadas, obtenido con los mismos insumos.

El modelo de atención, por sí solo, no garantiza una mayor calidad, eficacia o eficiencia, de los servicios de salud; gran parte de estas cualidades tienen que ver con la capacidad de gestión institucional. Sin embargo, existen modelos de atención que, de acuerdo a las características y bases organizativas, con que han sido diseñados, propician o establecen condiciones, para obtener mayores niveles de eficiencia, eficacia y calidad.

El modelo que aquí se propone, contempla elementos organizativos y funcionales, que apuntan en esa dirección, entre ellos:

- La definición de una oferta básica, con fundamento en las necesidades prioritarias de salud.
- El establecimiento de la planificación local estratégica, como eje del proceso de gestión.
- La asignación al equipo de salud de responsabilidades bien definidas, en un espacio geográfico poblacional claramente delimitado.
- El escalonamiento de la oferta de servicios, según niveles de atención adecuadamente establecidos.
- El uso obligatorio de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

- Un sistema de remuneración del personal de salud, que toma en cuenta no sólo el salario base, sino también el cumplimiento de un compromiso de resultados.
- La incorporación de la comunidad al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios. » La descentralización de la gestión; y
- El establecimiento de instancias formales de coordinación intra e intersectorial.

Será necesario contemplar, durante el proceso de implementación del nuevo modelo, el desarrollo de un "sistema integrado de gestión", que permita controlar, evaluar y garantizar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los servicios, incorporados en la oferta básica, a ser brindada en todos los niveles de atención.

## **BASES ORGANIZATIVAS Y FUNCIONALES DEL NUEVO MODELO**

Las principales características operativas del nuevo modelo de atención, giran alrededor de la definición de una oferta básica de servicios, la cual debe ser garantizada a toda la población, en igualdad de condiciones. A partir de ella se define la conformación del equipo de salud, los niveles de atención y el sistema de referencia y contrarreferencia. También son importantes en este aspecto, el tipo de "regionalización" o "zonificación" sanitaria que se adopte, el grado de descentralización de la gestión que se logre, y los mecanismos de coordinación intra e intersectorial que se desarrollen.

### **Oferta básica de servicios.**

Con base en la situación de salud y en la información contenida en los principales documentos que lo respaldan; y siguiendo el procedimiento que se describe en el anexo No.1, se procedió a elaborar el perfil de necesidades prioritarias de salud del país, tanto a nivel general como para los distintos grupos etáreos de la población

(ver siguientes recuadros). Este perfil también incluye las necesidades básicas, comunes a todas las personas, en el campo de la salud ambiental.

### ***Necesidades Prioritarias de Salud.***

#### ***- Lista General -***

1. Prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas (EDA).
2. Prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas (IRA).
3. Cuidado del embarazo, parto y puerperio, y de sus complicaciones.
4. Cuidados neonatales.
5. Inmunizaciones.
6. Acceso a agua potable.
7. Prevención y tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del SIDA.
8. Prevención y tratamiento de la tuberculosis,
9. Prevención y atención de los accidentes de tránsito.
10. Prevención y tratamiento de los cánceres de cérvix y mama.
11. Prevención y tratamiento de la meningococcemia.
12. Acceso a alimentos libres de contaminación.
13. Prevención y reducción de la contaminación del aire, aguas y suelos.
14. Prevención y tratamiento de la desnutrición proteico-calórico.
15. Prevención y tratamiento de la anemia por carencia de micronutrientes.
16. Prevención y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores (Dengue, malaria).
17. Necesidad de un ambiente laboral seguro.
18. Prevención y atención de la violencia.
19. Anticoncepción y planificación familiar.
20. Prevención y atención de los accidentes de tránsito.
21. Prevención y tratamiento de la H.T.A. y de la enfermedad isquemia cardiaca.
22. Cuidado y fomento de la salud mental.

23. Cuidado y estímulo del crecimiento y desarrollo infantil.
24. Prevención y atención de las adicciones.
25. Prevención y atención de la diabetes.

### ***Prioridades de Salud por Grupo Etáreo y del Campo Ambiental***

#### **» Grupo de 0-9 años**

1. Prevención y atención de las enfermedades prevalentes en la infancia (EDA, IRAS, etc.).
2. Prevención y atención integral de enfermedades perinatales.
3. Cuidado y estímulo del crecimiento y diabetes.

#### **» Grupo de 10-19 años**

1. Prevención y cuidado del embarazo.
2. Prevención y atención de las adicciones.
3. Prevención y tratamiento de la tuberculosis.

#### **» Grupo de 65 años y más**

1. Prevención y tratamiento de la HT A y la enfermedad isquemia cardiaca.
2. Cuidado y fomento de la salud mental.
3. Prevención y tratamiento de la desarrollo.

#### **» Salud Ambiental**

1. Acceso a agua potable.
2. Acceso a alimentos libres de contaminación.
3. Prevención y reducción de la contaminación del aire, aguas y suelos.

## » Grupo de 20-64 años

1. Cuidado del embarazo, parto, puerperio, y sus complicaciones.
2. Prevención y tratamiento de Las ETS/SIDA.
3. Prevención y tratamiento del CA de cérvix y mama.

De acuerdo con dicho perfil de necesidades, se procedió a elaborar la "Oferta Básica de Servicios", que el Estado garantizará a todos los ciudadanos, en igualdad de condiciones, de acuerdo con los criterios de universalidad, equidad, y solidaridad, que establezcan las leyes y reglamentos del país. La "Oferta Básica de Servicios" está constituida por un conjunto de actividades e intervenciones de promoción de la salud; prevención de daños, enfermedades y situaciones de vulnerabilidad; diagnóstico y tratamiento; rehabilitación y reinserción social; de acciones en el campo ambiental; y de vigilancia de la salud, planificación estratégica y gestión administrativa; tendentes a mejorar los niveles de salud y de bienestar social de la población, residente en todo el territorio nacional (ver recuadro).

### ***Oferta Básica de Servicios***

1. Promoción de la salud.
2. Atención prenatal y postnatal.
3. Atención del parto y del aborto.
4. Cuidados neonatales.
5. Control y estímulo del crecimiento y desarrollo.
6. Vacunación.
7. Detección temprana del C.A. cérvix, mama, próstata y colon.
8. Anticoncepción y protección sexual.
9. Cuidados de la nutrición y sus trastornos.
10. Atención ambulatoria de la morbilidad.
11. Atención de emergencias.

12. Atención hospitalaria.
13. Salud oral.
14. Rehabilitación y reinserción social.
15. Vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica.
16. Identificación y clasificación de riesgos ambientales.
17. Vacunación de animales domésticos.
18. Control y/o eliminación de insectos y roedores.
19. Vigilancia y control de la calidad del agua, alimentos y sustancias peligrosas.
20. Vigilancia y control de desechos sólidos.
21. Coordinación intra e intersectorial.
22. Evaluación y garantía de la calidad.
23. Registro de información.
24. Planificación local estratégica.
25. Investigación en salud.

### **3.2.2 Niveles de atención.**

Dado que la demanda de salud de la población se caracteriza por su altísima diversidad y amplitud, y que la respuesta tecnológica y de servicios (oferta), también se ha diversificado, sobre-especializado y aumentado en complejidad y costo, se ha vuelto prácticamente imposible, para cualquier país, satisfacer de manera indiscriminada y espontánea dicha demanda, y menos aún, utilizar en ello la capacidad tecnológica más avanzada. Por razones de costo-beneficio y de racionalidad técnica, se hace necesario definir las prioridades de salud a ser atendidas, y escalonar la oferta en dos o más niveles de atención, de acuerdo a la capacidad sanitaria instalada ya las posibilidades económicas del país.

No debe confundirse este escalonamiento de la oferta y especialización del trabajo, con el nivel de complejidad de los establecimientos que conforman la red de servicios, ni con el ámbito geográfico donde se encuentran ubicados los centros de salud. Por ejemplo, un hospital localizado en una provincia podrá, de ser necesario,

brindar uno o todos los servicios especializados del máximo nivel de atención que se defina, y pasar, entonces, a tener un ámbito (radio de acción) regional o nacional. Lo ideal es que, si se definen más de dos niveles de atención, los establecimientos típicos del nivel más especializado no brinden la oferta del nivel primario y viceversa. El o los niveles intermedios si pueden, de ser necesario, tener traslapes con los extremos de la pirámide. En la figura No.1 se propone para la República Dominicana, una división de la oferta en tres niveles de atención. También, una readecuación de la terminología para denominar los establecimientos típicos de cada uno de ellos.

Esta propuesta es provisional, ya que deberá ser revisada en su conjunto, una vez se concluya el rediseño del modelo de atención para el segundo y tercer nivel. Todo lo concerniente al primer estrato, se describe en forma detallada en el capítulo IV.

## **Figura No. 2**

### **Zonificación y Sectorización del País**

\* El Distrito Nacional se dividió en 5 áreas con rango de Direcciones Provinciales, el resto de Direcciones, corresponden a las 29 Provincias. \*\* Números aproximados.

#### **Las zonas estarán conformadas por:**

- Dos o más municipios pequeños (con poca población).
- Un municipio "mediano" (18 a 50 mil habitantes, como promedio).
- Un municipio "mediano" y uno o dos municipios pequeños.
- Partes de un municipio muy poblado (los municipios grandes se dividirán en dos o más zonas).
- Un grupo de secciones, de dos o más municipios.

Todo lo anterior, de acuerdo a las facilidades de acceso de la población a la red de servicios existentes ya los mejores criterios técnicos.

### **3.2.3. Sistema de referencia y contrarreferencia ágil y oportuno.**

El Nuevo Modelo de Atención contará con un sistema de referencia y contrarreferencia, ágil y oportuno, que integre vertical y horizontalmente los tres niveles de atención propuestos, de tal manera que se le asegure a los usuarios un acceso equitativo a los servicios más complejos y una atención continua e integral.

En el apartado 4.7 se describe dicho sistema, partiendo del primer nivel de atención.

### **3.2.4 Descentralización de la gestión.**

Paralelamente a la implementación del nuevo modelo de atención, se debe continuar y fortalecer el proceso de descentralización, iniciado ya con la creación de las Direcciones Provinciales de Salud, por parte de la SESPAS.

De forma progresiva, conforme se vayan capacitando los recursos humanos involucrados y se desarrollen los sistemas gerenciales necesarios, se irá descentralizando, de manera más radical, la toma de decisiones, el manejo de los recursos y la administración de los establecimientos, hasta conformar verdaderos sistemas provinciales de salud.

Inicialmente, a nivel de las zonas de salud, Sólo existirá una instancia de coordinación; sin embargo, en una etapa posterior, será importante que se valore la posibilidad de constituir las en "sistemas locales de salud", con capacidad de gestión propia.

También, es necesario iniciar algunas experiencias de gestión descentralizada, a nivel de los hospitales de ámbito provincial, regional y nacional.

Todo lo anterior, tal y como está contemplado en los acuerdos del "Diálogo Nacional".

### **Coordinación y colaboración intra e intersectorial.**

El sistema nacional de salud de la república dominicana continuará siendo un sistema plurinstitucional, en el cual convivirán diversas entidades sanitarias del sector público, privado, ONG., y de la comunidad.

Por otra parte, como se reitera a lo largo de este documento, la solución de problemas y atención de las necesidades de salud de la población, requieren del concurso de otros sectores del Estado (Educación, Agricultura, Sociedad Civil, etc.); es más, en muchos casos, las acciones de esos sectores tienen un mayor impacto en los niveles de salud de la población, que las propias del sistema de salud. Por esta razón, se hace necesario establecer formas de coordinación y colaboración intra-intersectorial, tanto para el establecimiento de políticas y programas, como para la ejecución de proyectos y acciones específicas, que ofrezcan soluciones lo más integrales posibles, especialmente en los campos de la salud, nutrición, seguridad alimentaria, educación, ambiente, turismo, vivienda y seguridad ciudadana.

En una primera etapa, se propone la creación del Consejo Interinstitucional de Salud, a nivel nacional, de las provincias, y de las zonas de salud, para facilitar esta labor.

Estos consejos estarán integrados por representantes de todas las instituciones públicas del Sector Salud, de acuerdo al reglamento que emita la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), quien los presidirá.

En el nivel local se deberá realizar un esfuerzo muy importante, por incorporar al municipio en esta estrategia.

## **FINANCIAMIENTO.**

Se ha estimado que para iniciar la implementación del nuevo modelo, en el primer nivel de atención, no se requerirán recursos adicionales extraordinarios. Se considera que con la reorientación y mayor eficiencia en el uso de los recursos, los actuales recursos de la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) y el Proyecto de Reforma del Sector Salud, es posible avanzar y llegar a cubrir el 80% de la población, en un período de dos años, con una oferta básica de servicios.

Sin embargo, para lograr el desarrollo de un "Sistema Nacional de Salud", con carácter universal, solidario, equitativo y económicamente sostenible, será imprescindible la creación de un seguro nacional obligatorio.

## **EL NUEVO MODELO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

En el capítulo anterior se presentó el esquema general del nuevo modelo de atención, que deberá servir de base para el desarrollo y fortalecimiento del sistema público de servicios de salud.

Dentro de la propuesta planteada se estableció la necesidad de organizar la oferta y la capacidad resolutive de la red de servicios, en tres niveles de atención estrechamente relacionados entre sí.

Debido a los alcances del presente documento, en este apartado se detalla, únicamente, lo concerniente al primer nivel de atención. Sin embargo, dado que dentro del "Proceso de Reforma" se contempla el rediseño global del modelo, será necesario que a corto plazo se inicie el desarrollo conceptual y la propuesta de

readecuación operativa de la red de servicios, para los estamentos de mayor complejidad.

A continuación se describen las bases organizativas y funcionales del nuevo modelo, en el primer nivel de atención, según las siguientes variables:

- Oferta básica de servicios.
- Conformación del equipo de salud.
- Responsabilidades y funciones generales del equipo de salud.
- Esquema general de trabajo.
- Descripción de la red de establecimientos.
- Ubicación del Equipo de Salud Familiar y del Equipo de Apoyo.
- Sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Participación social.
- Coordinación e integración de servicios de la SESPAS, el IDSS y otras entidades.
- Establecimiento de los compromisos de resultados.

#### **4.1. OFERTA BÁSICA DE SERVICIOS (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)**

##### **Oferta Básica de Servicios:**

1. Promoción de la salud.
2. Atención prenatal y postnatal.
3. Atención del parto y del aborto.
4. Cuidados neonatales.
5. Control y estímulo del crecimiento y desarrollo
6. Vacunación.
7. Detección temprana del C.A. cérvix, mama, próstata y colon.
8. Anticoncepción y protección sexual.
9. Cuidados de la nutrición y sus trastornos.

10. Atención ambulatoria de la morbilidad.
11. Atención de emergencias.
12. Salud oral.
13. Rehabilitación y reinserción social.
14. Vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica.
15. Identificación y clasificación de riesgos ambientales.
16. Vacunación de animales domésticos.
17. Control y/o eliminación de insectos y roedores.
18. Vigilancia y control de la calidad del agua, alimentos y sustancias peligrosas.
19. Vigilancia y control de desechos sólidos.
20. Coordinación intra e intersectorial.
21. Evaluación y garantía de la calidad.
22. Registro de información.
23. Planificación local estratégica.
24. Investigación en salud.

## **A. Promoción de la salud**

Es la actividad más importante a desarrollar en dicho nivel, razón por la cual se brinda un detalle mayor sobre ella.

Incluye todo tipo de acciones educativas -individuales y colectivas -, el fomento de los factores protectores de la salud y de la reducción de los factores de riesgo, así como la organización de grupos sociales de auto apoyo y desarrollo comunitario.

### **Actividades específicas:**

- Educación individual (E.I.)
- Educación familiar (E.F.)
- Educación a grupos (E.G.)
- Educación colectiva (E.C.)

- Visita al hogar (V.H.)
- Visitas a centros infantiles y educativos (V.E.)
- Visitas a centros de producción (C.P.)
- Visitas a instituciones (V.I.)
- Organización y asesoría de grupos sociales y de auto apoyo, y comités de salud. (O.G.)

### ***Áreas y temas prioritarios***

Crecimiento y desarrollo: cuidados del recién nacido, estimulación temprana, lactancia materna, vigilancia del desarrollo psicomotor y detección de alteraciones en este campo, nutrición, vacunas y salud oral.

Estilos de vida saludables, salud mental y factores protectores de la salud: respecto a los derechos humanos, especialmente a los derechos del niño y adolescente, recreación y deportes, prevención del tabaquismo y la drogadicción, promoción de la creatividad y el autocontrol, lactancia materna, promoción de grupos y liderazgo juvenil, fomento de la permanencia en la escuela y colegio, especialmente de las mujeres, promoción de formas de convivencia familiar y comunitaria armoniosas, desarrollo de la autoestima y empoderamiento, control de la obesidad y fomento de la buena nutrición, formación de clubes de mujeres y grupos de la tercera edad, detección y prevención de la violencia familiar y comunitaria, fomento del diálogo y de mecanismos de solución de conflictos entre padre e hijos, maestros y alumnos, patronos y trabajadores, y entre vecinos, etc.

Salud sexual reproductiva: educación sexual integral (anticoncepción y planificación familiar, prevención del embarazo en adolescentes, derechos sexuales y reproductivos, relaciones de pareja, etc.), adolescencia, climaterio y andropausia, desarrollo de autoestima corporal, cuidados del embarazo, parto, aborto y puerperio, detección y prevención del abuso sexual, paternidad responsable, ETS/SIDA.

Educación ambiental: agua y alimento seguros, prevención de la contaminación sónica, del aire y suelos, manejo adecuado de la basura doméstica e industrial, control doméstico y comunitario de insectos y roedores, disposición adecuada de aguas residuales y excretas, manejo seguro de materiales peligrosos y sustancias tóxicas; cuidados de los animales domésticos.

Morbilidad y mortalidad: fomento de medidas preventivas y del auto cuidado en enfermedades prevalentes, según prioridades nacionales y locales (enfermedades diarreicas, IRA, asma, HTA, diabetes mellitus, TB, ETS/SIDA, accidentes de tránsito, enfermedad meningocócica, enfermedades prevenibles por vacunación, CA de cérvix y mama, ACV, osteoporosis, complicaciones del embarazo, parto, aborto y puerperio, dengue, malaria, etc.); y promoción de grupos de auto apoyo y tratamiento de enfermos crónicos (hipertensos, diabéticos, alcohólicos y fármaco-dependientes, asmáticos, etc.).

Servicios de Salud: uso correcto de la red de servicios, relación usuarios- personal de salud, derecho y deberes de pacientes y proveedores.

## **B. Atención prenatal y postnatal**

Abarca un conjunto muy amplio de acciones, tendentes a proteger de manera integral, la salud del binomio madre-hijo, durante la etapa del embarazo y el posparto. Incluye la detección y captación temprana de la embarazada, la clasificación del embarazo según riesgo, el control prenatal, el curso de parto psicoprofiláctico, el cuidado del estado nutricional y de la salud oral de la embarazada, la vacunación antitetánica, la educación del núcleo familiar, y la referencia y seguimiento de los casos de alto riesgo. Finalizado el embarazo, los esfuerzos se centrarán en la captación temprana de las puérperas, en la consulta post-parto o post-aborto, y en la clasificación y manejo de las pacientes, según su riesgo reproductivo.

### **C. Atención del parto y aborto**

Los UNAPS y los equipos de apoyo, únicamente atenderán casos de emergencia. Una vez brindados los primeros auxilios y estabilizados la madre y el niño, ambos serán referidos al servicio de maternidad correspondiente.

### **D. Cuidados neonatales**

Incluyen la captación y valoración temprana del recién nacido, su clasificación según nivel de riesgo, su seguimiento estrecho a nivel domiciliar y del establecimiento, su atención en caso de enfermedad y lesión, la referencia y contrarreferencia de los casos atendidos, y la educación de los padres, acerca de los cuidados básicos del neonato.

### **E. Control y estímulo del crecimiento y desarrollo**

Cuidado y control periódico del crecimiento y desarrollo biosicosocial de los niños y adolescentes; detectando, corrigiendo o modificando, tempranamente, las desviaciones y factores condicionantes adversos, así como fomentando los factores protectores de la salud.

Incluye la evaluación de la agudeza visual y auditiva, y del desarrollo psicomotor en general, así como la detección de los casos de alto riesgo biológico y psicosocial.

### **F. Vacunación**

Aplicación del esquema obligatorio de inmunizaciones, en los distintos grupos etáreos, según normas.

También incluye la colocación de vacunas especiales, en casos de emergencia o por requisitos sanitarios internacionales (meningitis meningocócica, fiebre amarilla, etc.).

Se hará énfasis en la población materno infantil y se aprovecharán todas las oportunidades que se presenten: visitas a los hogares, centros infantiles y educativos, centros de trabajo e instituciones con población interna, consulta en los establecimientos, y campañas especiales.

### **G. Detección temprana del C.A. de cérvix, mama, próstata y colon**

Esta actividad pretende reducir la mortalidad por cánceres de alta incidencia, por medio de acciones sencillas, disponibles en el primer nivel de atención: citología vaginal, examen y auto examen de mama, tacto rectal, detección y captación de personas con factores de riesgo asociados, examen físico general e historia clínica.

### **H. Anticoncepción y protección sexual**

Incluye la identificación y captación de la población en riesgo reproductivo o sexual (E.T.S./SIDA); la consejería en esta materia; y la distribución de métodos anticonceptivos y profilácticos.

### **I. Cuidado de la nutrición y sus trastornos**

Además de la educación y el fomento de buenos hábitos en este campo, esta actividad orienta sus esfuerzos al diagnóstico y atención temprana de los problemas de desnutrición y obesidad, y de otras patologías provocados por la carencia de micro nutrientes (avitaminosis A, anemia, bocio endémico, etc.).

## **J. Atención ambulatoria de la morbilidad**

Esta actividad consiste en el diagnóstico y tratamiento oportuno, en el ámbito extrahospitalario, de aquellas enfermedades que afectan a la población a cargo del UNAPS y del Equipo de Apoyo. En caso de enfermos crónicos, implica el control periódico, y el seguimiento a nivel del hogar, de la comunidad y de los centros de trabajo.

## **K. Atención de emergencias**

El médico general y los demás miembros del Equipo de Salud Familiar (UNAPS), únicamente atenderán emergencias menores, de tipo médico o quirúrgico.

En casos de mayor riesgo o gravedad, brindarán los primeros auxilios y referirán al paciente de inmediato, al establecimiento de mayor complejidad que corresponda.

## **L. Salud Oral**

Dada la limitación de recursos, esta actividad estará dirigida, primordialmente, a los menores de 10 años. En los demás grupos etáreos, únicamente se atenderán casos de emergencia.

Incluye la profilaxis de la caries dental (aplicación de sellantes y enjuagues de fluor en escolares), y la obturación, limpieza y extracción de piezas.

## **M. Rehabilitación y reinserción social**

Comprende la detección y clasificación general de las discapacidades, en la población del sector y zona de salud, a cargo del UNAPS y Equipo de Apoyo; la educación y capacitación de las familias o responsables de las personas discapacitadas, para que realicen acciones básicas de rehabilitación, a nivel

familiar y comunitario; la organización de grupos de apoyo y auto cuidado; y las tareas de concientización y coordinación, para ejecutar dichas actividades y para reinsertar a los discapacitados en el mundo social, educativo y laboral.

#### **N. Vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica**

Incluye la notificación de enfermedades de reporte obligatorio, la encuesta de casos, los bloqueos epidemiológicos y la elaboración de reportes y análisis básicos. Además, incluye el diseño o participación en encuestas entomológicas simples y la colaboración en la vigilancia de las principales zoonosis, que afectan a la población nacional.

#### **Ñ. Identificación y clasificación de riesgos ambientales**

Comprende la búsqueda activa, la clasificación y la representación gráfica, de los principales problemas de contaminación o factores de riesgo ambiental, que afectan a los residentes de sector y zona de salud correspondiente.

#### **O. Vacunación de animales domésticos**

Apoyo en la aplicación de la vacuna antirrábica, de acuerdo a los planes y normas nacionales en esta materia.

#### **P. Control y eliminación de insectos y roedores**

Educación y organización de la comunidad para el control y eliminación de insectos y roedores nocivos para la salud, especialmente, los relacionados con el dengue y la malaria.

También incluye la aplicación, por parte del personal de salud, de medios biológicos, físicos o químicos, con ese mismo propósito.

## **Q. Vigilancia y control de la calidad del agua y los alimentos, y el control de las sustancias peligrosas**

Esta actividad abarca la denuncia, reporte o seguimiento de casos de incumplimiento de las normas sanitarias básicas en esta materia; la toma y envío de muestras al laboratorio; y el giro de órdenes sanitarias. También, comprende la educación y organización de la comunidad, para vigilar y mejorar los sistemas de abastecimiento de agua y la calidad de los alimentos que consume.

## **R. Vigilancia y control de los desechos sólidos**

Esta actividad comprende un conjunto muy amplio de acciones de educación, participación social, coordinación intra e intersectorial, planificación y control, dirigidas a lograr el correcto almacenamiento temporal de los desechos sólidos (en la fuente) y su adecuada recolección, transporte y disposición final; en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

También, incluye los esfuerzos por promover la reducción, reutilización y reciclaje de la basura.

La oferta descrita anteriormente, será brindada por los integrantes de los UNAPS y del Equipo de Apoyo, a través de una serie de actividades y tareas, realizadas en seis escenarios: hogar, comunidad, centros infantiles y educativos, centros de producción, establecimientos de salud y otras instituciones.

Además, se recomienda organizar y sistematizar la "Oferta Básica de Servicios", por medio de un "Programa Nacional de Atención Integral en Salud", el cual, para efectos operativos, se dividirá en cinco subprogramas, que deberán ejecutarse de manera coordinada, a nivel local, provincial y nacional.

- Atención Integral del Niño (0-9 años)

- Atención Integral del y las Adolescentes (10-19 años)
- Atención Integral del Hombre y la Mujer Adultos (20-64 años)
- Atención Integral de las Personas de la Tercera Edad (65 años y más) Salud Ambiental.

## **S. Coordinación intra e intersectorial**

Incluye todas aquellas acciones tendentes a aunar esfuerzos y evitar duplicidades, con otras entidades públicas y privadas, que ejecutan políticas y programas en el campo sanitario o áreas afines (ambiente, vivienda, educación, asistencia social, etc.).

## **T. Evaluación y garantía de la calidad**

Abarca la realización de aquellas tareas asignadas al personal de salud del UNAPS y Equipo de Apoyo, dentro del "Sistema de Evaluación y Garantía de Calidad"; que están dirigidas a detectar y corregir de manera oportuna, las desviaciones entre las normas y objetivos de eficiencia, eficacia y calidad, establecidas en los planes y programas de mejoramiento continuo de la gestión y calidad de los servicios de salud.

Comprende, entre otras cosas, la participación en la aplicación de protocolos de análisis de la mortalidad infantil, muertes maternas, eventos centinela, enfermedades trazadoras, etc.

## **V. Registro de información**

Consiste en el llenado de informes y expedientes; y en el reporte de hechos vitales, actividades y eventos especiales, de interés para el proceso de planificación y gestión de los servicios, a nivel local, provincial y nacional.

## **U. Planificación local estratégica**

Abarca todas aquellas labores del personal del UNAPS y Equipo de Apoyo, que tienen como propósito realizar el análisis de situación de salud, la definición o selección de prioridades, y la elaboración del plan local de salud, conjuntamente con el resto de actores sociales.

## **W. Investigación en salud**

En el primer nivel de atención, comprende el diseño y realización de estudios básicos, dirigidos a obtener nuevo conocimiento sobre la situación de salud de la comunidad; y sobre la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios en este campo.

También incluye la adaptación, prueba y desarrollo de tecnología médica apropiada; y la participación del personal en investigaciones médicas, promovidas a nivel provincial, nacional o internacional.

## **4.2 CONFORMACION DEL EQUIPO DE SALUD**

Como se mencionó en el capítulo III, el cuidado integral y la promoción de la salud, a nivel familiar y comunitario, estará a cargo de equipos básicos y equipos de apoyo multidisciplinarios, que tendrán responsabilidades geográfico-poblacionales bien definidas.

Para denominar al equipo básico de salud se ha escogido el nombre de: Equipo de Salud Familiar (UNAPS), al cual se le encargarán entre 500 y 700 familias (2,500 a 3,500 habitantes), que residan en un sector geográfico de la zona de salud.

El número de hogares o personas, que estarán bajo la responsabilidad del UNAPS, podrá ser ajustado de acuerdo a las condiciones de accesibilidad y situación sanitaria y socioeconómica de la población.

## **ESQUEMA GENERAL DE TRABAJO**

Bajo la dirección del Coordinador de la Zona de Salud, los Equipos de Apoyo y de Salud Familiar, deberán realizar un trabajo coordinado, programado y sistemático, de puertas abiertas a la comunidad, que logre obtener, con la menor inversión de recursos, el mayor impacto posible. Lo anterior implica un conocimiento amplio y detallado, periódicamente actualizado, del sector y la zona de salud bajo su dependencia; la elaboración de un plan de trabajo; el desarrollo de buenos sistemas de control y evaluación de la gestión, de los resultados obtenidos y de la calidad de los servicios prestados; y un excelente trabajo en equipo.

### **El análisis de la situación de salud (ASIS)**

El ASIS se concibe no sólo como un conjunto de datos generales y de las condiciones de salud de una población, sino como una herramienta fundamental dentro del proceso de planificación estratégica y de la gestión de los servicios de salud. Junto con el plan de salud, se puede convertir en un elemento aglutinador y movilizador de la participación social consciente, activa y democrática.

Debe incluir, además de la descripción general de las condiciones sanitarias, la identificación de los factores condicionantes; la determinación y análisis de los principales problemas y necesidades de salud; y de los recursos comunales e institucionales para atenderlas; un pronóstico de la situación descrita; y un mapa o croquis, donde esté representada la información principal del sector o zona de salud.

#### **A. Perfil básico de salud**

La descripción general del nivel de salud de la población, se realizará por medio de los indicadores clásicos de carácter positivo y negativo: tasas de morbi-mortalidad; principales causas de muerte, consulta y hospitalización; esperanza de vida al

nacer; índices antropométricos; incidencia y prevalencia de la enfermedades infectocontagiosas, tumorales y crónicas; etc. Todo esto por grupos etáreos y según género.

## **B. Factores condicionantes**

De la población: tamaño, distribución por grupos etáreos y sexo; tendencias de crecimiento; migraciones permanentes o estacionales; y características del grupo o grupos emigrantes.

De las condiciones socioeconómicas: organización y participación social; infraestructura y actividades económicas; vivienda y grado de urbanización; valores, hábitos y costumbres; empleo, desempleo y condiciones de vida; centros educativos y nivel de escolaridad; cobertura y programas de seguridad social; y centros y actividades de recreo.

Del medio físico: condiciones y grado de contaminación del agua, aire y suelo; fuentes tratamiento y red de distribución del agua; producción, distribución y condiciones de los alimentos que se consumen; flora y fauna de la región (vectores, roedores, insectos, animales domésticos, etc.).

De la oferta de servicios de salud: recursos humanos, equipo, infraestructura y presupuesto, distribuidos por institución; organización de los servicios; programas de salud; desarrollo de los sistemas de control, evaluación y garantía de la calidad; coordinación intra-institucional, intra-sectorial e Inter-sectorial.

## **C. Identificación y análisis de las necesidades y problemas**

Una vez descritos los problemas de salud y los factores condicionantes, se procederá a efectuar un ejercicio explicativo de la situación de salud, a partir de un modelo epidemiológico de "causas múltiples y causas de efecto múltiple", donde por

problema de salud se entiende, además de la enfermedad, sus factores condicionantes y las consecuencias de la situación para el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

#### **D. Pronóstico**

Tras haber analizado los problemas y necesidades detectadas, el Equipo de Salud, desde la perspectiva interdisciplinaria de sus miembros, tratará de predecir el comportamiento futuro de los problemas identificados.

#### **E. Selección de los problemas prioritarios**

Con todos los elementos anteriores, se estará en condiciones de definir los problemas y necesidades prioritarios que se van atender, así como los grupos y áreas poblacionales en mayor desventaja o riesgo.

La selección de las prioridades se efectuará según criterios predeterminados de: magnitud o cuantificación del problema, trascendencia socioeconómica y sanitaria de éste, vulnerabilidad o capacidad que se tiene para resolverlo, controlarlo o erradicarlo, y del costo-eficacia que se obtendrá al invertir determinados recursos en la prevención o atención del problema.

#### **F. Representación gráfica**

Tanto el UNAPS, en cada uno de los sectores, como el Equipo de Apoyo, en la zona bajo su responsabilidad, deberán elaborar y mantener actualizado un mapa casa por casa de la comunidad, donde se representen gráficamente los principales problemas, necesidades, factores condicionantes, recursos comunitarios e institucionales, y cualquier otro detalle de importancia.

#### **4.4.2 Plan de salud**

Tomando como base las prioridades seleccionadas en el ASIS, el Equipo de Salud (UNAPS y/o Equipo de Apoyo), conjuntamente con los otros actores sociales del sector o zona de salud, definirán los objetivos y metas que consideren factibles alcanzar en un determinado período; luego seleccionarán las acciones a realizar para solucionar o atender el problema o necesidad de salud y asignarán las responsabilidades específicas, para cada actividad; posteriormente determinarán los recursos necesarios y, finalmente, escogerán los indicadores, con los cuales se evaluará el grado de cumplimiento de cada meta.

#### **4.4.3 Trabajo en equipo**

Dentro del modelo propuesto, el trabajo en equipo versus la labor individual, será un elemento esencial para mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud.

Lo anterior plantea todo un cambio en la cultura organizacional del actual sistema. No bastará con la integración de equipos multidisciplinarios y de un "trabajo grupal". La planificación local estratégica y la ejecución y evaluación de los planes y programas, deberán permitir y exigir los aportes y responsabilidades colectivas.

Además, será fundamental dejar de lado los mecanismos tradicionales de autoridad vertical y subordinación, entre las distintas disciplinas y categorías profesionales y técnicas, del personal de salud.

#### **DESCRIPCIÓN DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS (PRIMER NIVEL).**

La red actual de establecimientos deberá irse adaptando, paulatinamente, a las necesidades de salud de la población ya las características generales de la oferta de servicios del "Nuevo Modelo". Lo anterior no implicará crear nuevos tipos de

establecimientos, sino adaptar los ya existentes, aprovechándolos y racionalizándolos al máximo. Eso sí, cuando se decida construir nueva infraestructura, ésta deberá apegarse a los requerimientos del modelo propuesto.

Los establecimientos típicos del primer nivel de atención serán tres:

- El Consultorio de Salud Familiar.
- La Clínica de Salud Familiar.
- El Centro de Atención Integral. (Ver Anexo No.2)

Con estas nuevas denominaciones y conforme avance la apertura de las zonas de salud, y la implementación del nuevo modelo de atención en ellas, se espera sustituir los actuales términos de: clínica rural, clínica urbana o (periférica), consultorio rural, consultorio urbano, policlínica y subcentro, que actualmente se utilizan para denominar los establecimientos de menor complejidad. Los centros que se definan como típicos del segundo nivel de atención, también podrán brindar servicios del primer nivel, cuando sean sede de uno o varios UNAPS y del Equipo de Apoyo, de una zona de salud. En este caso podrán compartir la administración y los servicios de diagnóstico y apoyo; pero, en materia contable, las actividades de ambos niveles se costearán por separado. No se recomienda que establecimientos del tercer nivel brinden servicios del primero; pero, de ser necesario que algunos UNAPS y su Equipo de Apoyo se alojen en dicho espacio físico, éste y su respectiva administración deberán separarse.

## **UBICACIÓN DEL UNAPS Y DEL EQUIPO DE APOYO**

Para la adecuada ubicación física del personal que conforma los UNAPS y los equipos de apoyo, se deberán tomar en cuenta variables tales como:

- Tamaño, densidad y distribución de la población que van a atender, dentro del sector o zona de salud.

- Cantidad, tipo y distribución de los establecimientos típicos del primer nivel de atención o de otros que puedan servir como base de operaciones.
- Accesibilidad a los establecimientos.
- Vías de comunicación y medios de transporte.
- Recurso humano disponible.
- Equidad y eficiencia en la distribución del personal.

## **Ubicación del UNAPS**

Los UNAPS estarán ubicados, preferiblemente, en las Clínicas de Salud Familiar o en los Centros de Salud Integral. Desde estos lugares de trabajo se podrán desplazar, de acuerdo a las necesidades, a los demás "escenarios" (hogar, centros infantiles y educativos, centros de producción, instituciones públicas y privadas, etc.).

Podrán tener como sede otros establecimientos de mayor complejidad, por ejemplo hospitales municipales, con las salvedades que se establecieron en el apartado 4.5.

### **4.6.2 Ubicación del Equipo de Apoyo**

La sede del Equipo de Apoyo será el Centro de Salud Integral, o el establecimiento de mayor complejidad que le siga, existente en la zona de salud.

Desde su sede se desplazará a los centros de menor complejidad, a brindar apoyo y asesoría a los UNAPS, ya realizar las tareas propias, que tengan asignadas sus integrantes.

## **SISTEMA DE REFERENCIA y CONTRARREFERENCIA**

Como se propuso en el capítulo III, la red de servicios de salud estará organizada en tres niveles de atención, totalmente integrados entre sí, tanto en el sentido

vertical como horizontal. Entre ellos funcionará un mecanismo de referencia y contrarreferencia de pacientes, expedito y oportuno, que tendrá como objetivos:

- Reducir la demanda de servicios en los centros de mayor complejidad.
- Asegurarle al usuario una atención continua e integral.
- Mejorar la equidad en el acceso de la población, a los servicios más especializados y de apoyo.
- Incrementar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

A continuación se describe, de manera general, el sistema propuesto, el cual deberá ser reglamentado, posteriormente, de manera más detallada.

#### **4.7. 1 Casos electivos**

- a. El médico general será, en estos casos, la puerta obligada de acceso al segundo nivel. Todo paciente deberá ser valorado, antes de ser referido, por este profesional, el cual confeccionará la referencia escrita, con letra legible o a máquina, y la entregará al paciente o encargado.
- b. Cuando exista posibilidad de comunicación telefónica o radiofónica, el médico general se comunicará con el especialista respectivo y le comentará el caso, especialmente cuando exista duda de la conducta a seguir.
- c. El médico general no podrá referir casos al tercer nivel, de manera directa. d. El especialista o servicio de apoyo que atienda al paciente, será responsable de confeccionar la respectiva contrarreferencia, que hará ilegal al médico general respectivo.

## **Casos de emergencia**

- a. El miembro de UNAPS o Equipo de Apoyo, que le brinde los primeros auxilios al paciente, referirá el caso al establecimiento de mayor complejidad, que por norma le corresponda atender el tipo de emergencia que tiene entre manos.
- b. Siempre que el médico del UNAPS esté disponible, será éste quien realice la referencia.
- c. En todo caso, siempre que exista el medio disponible en la comunidad, se notificará por teléfono o radio la situación presentada, al centro al cual se está enviando la referencia.
- d. El establecimiento que realice la atención final del caso, será responsable de hacer llegar una epícrisis al centro remitente.

Tanto en las situaciones electivas como en las emergencias, la atención de un(a) paciente en un establecimiento del segundo o tercer nivel, deberá considerarse transitoria; o sea, una vez resuelto el problema o dado de alta el paciente, éste deberá ser devuelto al cuidado del UNAPS correspondiente.

## **PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Como se mencionó en el capítulo anterior, el desarrollo del Nuevo Modelo de Atención requiere de una activa participación de la sociedad organizada y de los aportes individuales y colectivos de los usuarios del sistema, no sólo en el fomento del auto cuidado de la salud, sino, especialmente, en el proceso de planificación local, evaluación y fiscalización de los servicios.

Concretamente, en el primer nivel de atención, y, en una primera fase, se desarrollarán las siguientes iniciativas:

- a. Integración de los comités y consejos de salud.

En cada sector donde labore un Equipo de Salud Familiar (UNAPS), se conformará un comité de salud, integrado por miembros voluntarios de la comunidad, nombrados democráticamente.

Por su parte, en cada zona de salud, se establecerá un consejo de salud de zona, con participación de las diferentes organizaciones civiles (asociaciones, cooperativas, sindicatos, etc.) y una representación equitativa de todos los comités de salud del sector.

Estas instancias participarán, entre otras cosas, en:

- Elaboración del análisis de situación de salud (ASIS) y de los planes locales de salud.
  - Revisión y aprobación de los "compromisos de resultados", de los proveedores de los servicios.
- b. Promoción de los grupos auto apoyo social y auto cuidado de la salud (adolescentes, tercera edad, atención de emergencias y desastres, enfermos crónicos, etc.).

## CAPITULO III

Módulos de instrumentación: el ciclo administrativo, diferentes perspectivas, evolución y herramientas de “última generación” habilidades y atributos que buscan las mejores empresas

Hace un par de días The Wall Street Journal publicó un estupendo informe sobre los MBA (Maestría en administración de empresas). Toda persona que esté interesada en hacer estudios de postgrado en la disciplina de los negocios debería leer el interesante documento.

Hay un componente del artículo que mucho nos llamó la atención: los resultados de una encuesta hecha por el prestigioso diario entre reclutadores de las principales empresas de Estados Unidos. En la investigación se les pregunta cuáles son los atributos más importantes que debe poseer un candidato a ingresar a su firma.

Quienes estén estudiando una carrera relacionada con el mundo empresarial, los que estén buscando trabajo, y aquellos que estén pensando en cambiar de compañía deberían tener muy en cuenta estas conclusiones. A pesar de que el sondeo se hizo en Estados Unidos pensamos que sus recomendaciones- en líneas generales- son aplicables al caso dominicano.

*“La habilidad que ocupó el primer lugar de preferencia es la de la comunicación efectiva. A primera vista sorprende este dato, pero analizándolo con profundidad es lógico. Porque de poco o nada sirven muchas otras habilidades - aparentemente más trascendentales - si el individuo no sabe expresar bien sus ideas. En nuestro país este problema es grave. Los recién egresados de las universidades tienen muy mala ortografía, pésima redacción, débil capacidad de síntesis y entran en pánico a la hora de tener que exponer sus puntos de vista ante una audiencia numerosa o de alto nivel. La preparación que reciben en el colegio es muy mala. En*

*la universidad esa debilidad no se corrige. Así pues, tomen nota - y medidas correctivas - señores educadores. Otro atributo que ocupó un puesto alto en la lista de las preferencias de los reclutadores fue la ética. Seguramente esta escogencia es producto de la notable ausencia de integridad en la esfera empresarial estadounidense, que tantos graves escándalos ha desatado en la pasada década.”*

*Es por lo tanto bienvenido el énfasis en esta delicada cuestión de la integridad. En Republica Dominicana, lamentablemente a este atributo aún no se le da tanto peso. Seamos francos, todavía hay mucha debilidad moral en las firmas que operan en el país. Es hora de apretar duramente las tuercas en este frente. El haber tenido experiencias en áreas funcionales diversas, e idealmente también en varios países, enriquece mucho la hoja de vida. El hecho de haber tenido que aprender de temas muy diferentes y de haber tenido que adaptarse a una cultura distinta son apreciadas evidencias de inteligencia y flexibilidad. Entonces, los traslados a otras secciones de la firma y al exterior se deben aceptar con agrado, no sólo porque serán oportunidades de crecimiento personal y profesional sino porque en el futuro abrirán muchas puertas doradas. Vale la pena comentar una característica subrayada por quienes contratan gente para puestos en la cúspide organizacional. Los resultados obtenidos en cargos anteriores se vuelven un factor crucial. Es decir, se analiza en detalle el desempeño pasado, porque la experiencia confirma que quienes han sido capaces de alcanzar metas valiosas a lo largo de su carrera, tienen mucha mayor probabilidad de éxito futuro que quienes han tenido una trayectoria sin particular brillo. Así suene un poco injusto con quienes quieren una segunda o tercera oportunidad, la realidad es que el historial de buenos objetivos alcanzados es lo que en muchos casos hace la diferencia entre dos candidatos con las demás condiciones similares. Por último, compartimos una interesante reflexión de Ronald Alsop - autor del escrito, sobre lo que deben tener quienes están iniciando su carrera laboral. Dice que los reclutadores buscan graduados más sofisticados (con conocimientos especializados y un nivel cultural elevado) pero más humildes (que tengan la capacidad de trabajar muy bien en equipo, en especial con sus subalternos, al servicio de los clientes de la firma).*

En el pasado mes de noviembre nos enteramos de que el Dr. Peter Drucker había vuelto a escribir un libro dedicado a la administración en nuestros tiempos y cuya traducción la publicaría la Editorial Norma en este año. Nos asaltó la duda acerca de las nuevas propuestas que podría presentar después de su inmemorable trabajo de principio de los años sesenta con la llamada “Administración por Objetivos”. Esta última nos dejó profundas huellas en la administración empresarial dominicana y aún hoy podemos ver vestigios de un modelo administrativo que enmarcó su éxito en la productividad controlada de un país con una economía proteccionista y su decadencia en la baja productividad innovadora, que le impidió competir en una economía mundial basada en la globalización del mercado.

En su libro “Los DUNAPSÍOS de la Gerencia para el Siglo XXI”, Peter Drucker nos muestra una visión global de la evolución de la administración a través de la historia haciendo un paralelo con el desarrollo socioeconómico del mundo, pasando luego por un diagnóstico que involucra lo social, lo económico y lo administrativo.

El autor, después de hacer un recuento que sirve como base de su libro, entra a proponer un sistema de administración que involucra desde un estilo gerencial hasta el tipo de personal que se debe seleccionar según las actividades a administrar. Por último entra a esbozar el tipo de empresa y el tipo de profesional que, en su opinión, serán los que llevarán la pauta del cambio a las empresas exitosas en la economía del futuro.

En este ensayo se pretende presentar el modelo del autor y sus características más relevantes, para luego presentar como conclusión un breve análisis del modelo y su posible aplicabilidad.

## **LA GERENCIA Y LA ORGANIZACIÓN**

En su libro, el Dr. Druker parte de que la administración no es la administración de negocios, sino la dirección de una organización y la diferencia radica más en la

aplicación que en los principios. Un 90% del tiempo, la Gerencia se encarga de los mismos problemas de siempre y el 10% representa la verdadera esencia de su existencia. La Gerencia es definida como el órgano específico y distintivo de toda organización y por consiguiente es la que debe marcar la pauta del movimiento de la empresa.

Teniendo en cuenta lo anterior, no existe ninguna organización única y correcta. Lo que existe son organizaciones, cada una con sus ventajas claras, sus limitaciones claras y sus aplicaciones específicas. Se ha hecho evidente que la organización no es un absoluto sino una herramienta que permite a las personas ser productivas en su labor conjunta.

A pesar de que se recomienda que en una organización la estructura sea lo más plana posible para que la información y las órdenes no se deterioren en su curso descendente, es necesario que siempre exista un jefe, pero es de vital importancia que haya claridad en el mando. La jerarquía y su aceptación sin cuestionar por parte de todos en la organización es la única esperanza en tiempos de crisis. Hoy se hace más evidente que un jefe debe ser un líder con credibilidad, jerarquía y aceptación y no sólo un funcionario con conocimiento de la empresa. Un jefe líder debe hacerse la siguiente pregunta: "¿Si yo no fuera jefe, mis subalternos todavía me seguirían y me tratarían como su líder?". En muchas ocasiones, la respuesta a esta simple pregunta nos puede poner en frente de nuestro verdadero liderazgo ante la organización, el cual no debe depender del nombramiento de cargo.

Los principios básicos de una organización se resumen en los siguientes aspectos:

1. La organización debe ser transparente. Las personas tienen que conocer y comprender la estructura organizacional dentro de la cual laboran.
2. Una estructura debe tener un mínimo de estratos, es decir, debe ser lo más "plana" posible.
3. La organización debe ajustarse a su cometido.

4. Alguien en la organización tiene que tener autoridad para tomar la decisión final en un aspecto dado.
5. Alguien debe estar claramente a cargo en una crisis.
6. La autoridad debe ser acorde con la responsabilidad.
7. Cada persona dentro de la organización debe tener un solo "amo".

En la administración moderna es de gran importancia entender que al personal de una organización no se le administra, sino que el cometido es dirigir al personal. El objetivo es hacer productivos los conocimientos y los atributos específicos de cada individuo.

## **LA ESTRATEGIA**

En la administración como disciplina y la administración como práctica se debe suponer que el ámbito de la administración no es legal; ha de ser operacional, ha de abarcar el proceso en su totalidad; tiene que dirigirse hacia los resultados y el desempeño a todo lo largo de la cadena económica. Se deben ver los aspectos legales como restricciones pero no como limitaciones para el desempeño.

En ocasiones se tiende a suponer que una estrategia ya no es funcional porque viene precedida de una serie de fracasos, sin embargo, tanto los pequeños fracasos inesperados como los éxitos imprevistos suelen ser las primeras indicaciones de que es necesario replantear la teoría del negocio y la estrategia misma, pues se hace evidente que la estrategia y la planeación no están adelantándose a los hechos. Además, solo se puede determinar una oportunidad cuando existe una estrategia. De lo contrario no se puede saber qué impulsa la organización hacia los resultados, ni qué constituye desviación y el fraccionamiento de los recursos.

Una estrategia funcional no es un modelo único ni permanente. Existen indicios claros que le permiten al administrador vislumbrar el momento de replantear la estrategia.

Las instituciones deben basar la estrategia en el manejo del conocimiento y la adaptación a las tendencias del ingreso. Por esto debe tener éxito en el manejo de la información cuantitativa y en los análisis cualitativos de la información.

Una estrategia tiene que basarse en un desempeño claro, definido y entendido al interior de la institución. Esto con el fin de que se pueda mantener un equilibrio entre los resultados a corto plazo, la prosperidad a largo plazo y la supervivencia de la empresa.

## **EL LIDER DEL CAMBIO**

Ya debemos suponer que el medio está sensibilizado sobre la necesidad del cambio. Si hace algunos años se hablaba de los problemas que representaban enfrentar el cambio en las instituciones, ahora es una realidad que todo empleado o cualquier tipo de institución privada, estatal o sin ánimo de lucro debe estar familiarizada con los continuos cambios en el medio. Ya el cambio hace parte de nuestras vidas.

En estos tiempos la importancia radica en cómo una institución puede llegar a ser el líder del cambio. Un líder ve en el cambio una oportunidad, debe buscar el cambio acertado para aprovecharlo tanto adentro como fuera de la organización.

El líder del cambio se debe exigir en varios aspectos:

1. Las políticas se deben fundamentar en la optimización de los recursos para que no se dediquen a conservar lo que ha dejado de contribuir al desempeño y la producción de los resultados. Sin embargo, el abandono debe ser organizado o planeado para evitar desperdiciar demasiados recursos de inversión en la retirada. Es de vital importancia tener claro que en los

procesos de inversión lo importante no es “¿Cuánto cuesta?” si no “¿Qué van a producir?”, ya que los haberes que producen solamente porque no parece costar nada, no son haberes sino costos no recuperables. Así mismo, el mejoramiento continuo, visto como el mejoramiento del desempeño establecido, con el tiempo, siempre genera cambios fundamentales previstos.

2. Si es cierto que los problemas deben atacarse y más aun los que son graves para la misma estrategia o el desempeño de la institución, no obstante, para ser líder del cambio, las empresas deben concentrarse en las oportunidades, lo cual implica una adecuada planeación estrategia que permita adelantarse a los acontecimientos para aprovechar las oportunidades.
3. Debe existir una política de innovación y de experimentación que permita a la organización sentirse en un medio de cambio mientras se genere valor agregado al desarrollo de la institución. Se debe aclarar que una innovación se diferencia de una novedad en que la primera siempre genera un valor agregado al interior o al exterior de la organización, la segunda sólo genera diversión.
4. Es importante aclarar que el cambio y la continuidad no son términos opuestos sino polos. Mientras más se organice una empresa para ser líder del cambio, más aún debe establecer vínculos estrechos tanto internos como externos a la organización, y por lo tanto tendrá que mantener un equilibrio entre los constantes cambios y la continuidad. Si no existe continuidad al interior, los empleados se sienten desprotegidos y sería presa fácil para otras empresas con necesidades de conocimiento. Si en el exterior no se tienen unos vínculos firmes, continuos y de confiabilidad, una empresa puede ser demasiado susceptible a los movimientos macroeconómicos inesperados.

## 1. "SER RESPONSABLE CIERTAS VECES MOLESTARÁ A ALGUNAS PERSONAS"

Los buenos líderes deben preocuparse y ser responsables por el bienestar de su grupo, esto, en ciertas ocasiones, no le gustará a algunas personas que se molestarán por lo que hace y por las decisiones que toma. Si usted como líder, está en la búsqueda de ser querido y comprendido por todas las personas que están bajo su responsabilidad, muy seguramente tendrá dificultades en la toma de decisiones, ya que estas afectarán de un modo u otro a las personas, además le acarrearán disyuntivas que no se puede permitir, **el buen líder confronta a quienes deben ser confrontados y da reconocimiento a quien se lo ha ganado**, si usted intenta caerle bien a todos y conseguir su aprecio no podrá tomar decisiones difíciles sin pensar que tal o cual miembro del grupo se va a molestar. El proceder igual de bien con todos, sin tomar en cuenta lo que hacen y sus contribuciones, hace que las personas que realmente valen y aportan al bienestar del grupo se sientan incómodas.

## 2. "EL DÍA QUE LOS SOLDADOS DEJEN DE TRAERLE SUS PROBLEMAS ESE DÍA USTED DEJÓ DE SER SU LÍDER."

La mayoría de líderes sufren de este mal debido a las barreras que ponen para que el flujo de información se presente de abajo hacia arriba, además, lo que nos han enseñado y lo que percibimos en el entorno es que cuando alguien pide ayuda, ese alguien es tildado de débil, porque consideramos que es incapaz de resolver problemas y aportar soluciones y salidas. **El verdadero líder crea climas en los que el evaluar problemas es más importante que el señalar culpables.**

## 3. "NO SE DEJE LLEVAR POR EXPERTOS"

## 4. "NO TENGA MIEDO DE RETAR A LOS PROFESIONALES, AÚN EN SU PROPIO CAMPO"

Siempre es bueno asesorarse de quienes tienen conocimientos específicos, observarlos y aprender de ellos, pero no se olvide que el líder es usted y que hasta los expertos más sagrados pueden equivocarse y, en el caso de algunos asesores que lo han alcanzado todo, tornarse complacientes y flojos. **El liderazgo no emerge de obedecer ciegamente a nadie.**

#### 5. “JAMÁS DEJE DE LADO LOS DETALLES. CUANDO LA MENTE DE TODO EL MUNDO ESTÁ DORMIDA O DISTRAÍDA, EL LÍDER DEBE ESTAR DOBLEMENTE VIGILANTE”

Un líder valioso, además de delegar y facultar libremente a otros, mantiene atenta observación sobre los detalles del día a día, no se desentiende de asuntos que considera como "detalles operativos" ni espera sus delegados los resuelvan. **El líder efectivo es un obsesionado con los detalles con lo cual anula el conformismo y busca que la gente se rete y rete los procesos.**

#### 6. “USTED NO SABE LO QUE LE ES POSIBLE HACER, HASTA QUE LO HACE.”

El líder no es aquel que espera el consentimiento de los demás para ejecutar, es el que ejecuta y experimenta porque sabe que si dedica su tiempo a pedir permiso a las personas, seguramente encontrará una que dirá NO. Por esto se ha decidido a no preguntar, es prudente pero no tonto. **Los gerentes más efectivos son aquellos que piensan si no se me ha dicho NO LO HAGA explícitamente, entonces lo puedo hacer**, mientras que los gerentes débiles son del pensamiento *si no se me ha dicho que LO HAGA, es porque aun no puedo hacerlo.*

#### 7. “ESCUDRIÑE MAS ALLÁ DE LO QUE SE VE EN LA SUPERFICIE”

Busque, busque soluciones, salidas proposiciones, nuevos espacios, nuevos mercados, nuevas oportunidades de negocio, formas de hacer más eficiente su

producción, formas para satisfacer más a sus clientes y a sus empleados, busque. No sea de los que piensan *si no está roto no lo toque*. Recuerda cuando era niño a cuando a visto a los pequeños coger un juguete y desarmarlo *para saber que tenía por dentro*, saque ese niño a flote nuevamente, actúe proactivamente y no reactivamente. **La realidad no siempre será la misma y usted deberá estar preparado para afrontarla.**

## 8. “LA ORGANIZACIÓN EN REALIDAD NO ES LA QUE ALCANZA LOS LOGROS”

Para la gran mayoría de las empresas y los gerentes su mejor activo es su gente, pero en realidad ¿cuántos de ellos se preocupan por fomentar ambientes donde los más capaces, los más creativos y productivos sean atraídos, retenidos, capacitados y se les permita dar rienda suelta a su creatividad e ingenio sin ataduras? En la economía de hoy lo que realmente importa, por encima de modas administrativas o teorías gerenciales, es la gente que las implementa, **sólo el líder que atrae a los mejores, logra los mejores resultados.**

## 9. “LOS ORGANIGRAMAS Y LOS TÍTULOS NO VALEN PARA NADA”

Un organigrama es, a lo sumo, una bonita imagen enmarcada en fina madera. En una empresa bien manejada, el organigrama sirve de poco, talvez para saber en que nivel se está, pero para nada más. Frecuentemente las personas siguen más a una persona sin títulos o con menos títulos que otra, pero que tiene habilidades como el coraje, la pericia, la persistencia y que se preocupa por su trabajo, por la organización, por su grupo y sus compañeros. **El verdadero poder de un gerente líder, aparte de tener status privilegiado, radica en la capacidad de influenciar e inspirar.**

## 10. "NUNCA DEJE QUE SU EGO SE APEGUE TANTO A SU POSICIÓN QUE CUANDO USTED PIERDA SU POSICIÓN, SU EGO SE VAYA CON ELLA"

Esta lección es hermana de la anterior, muchas veces las organizaciones entran en etapa de decrecimiento debido a que las personas se aferran a lo que dice en el manual de descripción de cargos y no tratan de superarse haciéndolo más productivo. **El líder real comprende que nuestros trabajos se están volviendo obsoletos y es que la pregunta de hoy en la evaluación de desempeño no es ¿qué tan bien se desempeño usted en su labor desde la última evaluación?, es ¿cuánto lo cambio?**

## 11. "NO BUSQUE LOS ESTEREOTIPOS, DEJE DE CAZAR LAS ULTIMAS MODAS GERENCIALES"

No existe el modelo o la "filosofía" administrativa que permita asegurar el bienestar general de una organización, seguir las teorías gerenciales de moda, no sólo es peligroso por los cambios que se pueden presentar, sino que produce desconfianza en la dirección y rigidez en la visión y la acción. **Los líderes deben ser flexibles, comprenden que los modelos gerenciales no son la lámpara de aladino, sino herramientas útiles a las que se puede acudir en determinadas situaciones y en ciertos campos.**

## 12. "EL OPTIMISMO PERPETUO ES UN MULTIPLICADOR DE FUERZAS"

Un ambiente optimista, en el cual el gerente muestre la actitud firme de ***podemos cambiar, podemos ser los mejores, podemos lograr las metas que nos proponemos***, rápidamente se disemina como un virus que contagia a todos y permite mayor motivación. No se trata de aceptar todo lo que se hace ni pensar que se va a mejorar con el sólo hecho de pensar en ello y ser positivos.

### 13. “LA REGLA POWELL PARA ESCOGER SU GENTE”

El líder debe buscar a la gente que mira más allá de sus narices y que posee valores sólidos, integridad, lealtad, ganas de sobresalir y energía para llevar su trabajo al máximo. **Los buenos líderes se aseguran de contratar bien desde el principio.**

### 14. “LOS GRANDES LIDERES SON CASI SIEMPRE GRANDES SIMPLIFICADORES”

Los líderes siempre deciden claramente, sin lugar a dudas, sin mostrar ambigüedad y transmiten esa firmeza a todas las personas de su grupo, con ello logran la máxima credibilidad e integración en la organización. **Los buenos líderes mantienen las cosas sencillas, no se complican.**

### 15. USE LA FORMULA P @ 70

Parte I. En la formula P @ 70, la P representa la probabilidad de éxito y los números representan el porcentaje de información adquirida. Parte II. Una vez que la información está en el rango de 40 a 70, siga su corazonada. No tome ninguna decisión, ni emprenda ninguna acción si al menos no tiene el 40% de posibilidades de acertar, pero tampoco espere a recabar el 100% de la información para tomar acción, confíe en su instinto. Además **las dilaciones en el afán de reducir el riesgo, con frecuencia aumentan el riesgo.**

### 16. “EL COMANDANTE EN EL CAMPO DE BATALLA ESTÁ SIEMPRE EN LO CORRECTO, Y EL ÚLTIMO EN EL ESCALAFÓN ESTÁ EQUIVOCADO, A MENOS QUE SE PRUEBE LO CONTRARIO”

La responsabilidad del líder es grande, por ello **es preferible mantener las decisiones definitivas en manos de pocas personas.** Desplace el poder y la

responsabilidad financiera hacia quienes hacen los negocios, no hacia quienes se encargan de analizar datos y corregir cuentas.

**17. “DISFRUTE LO QUE HACE. NO SE MANTENGA A UN PASO QUE LO DESGASTE. TÓMESE SUS VACACIONES CUANDO LE CORRESPONDAN: DISFRUTE DE SU FAMILIA”**

La pasión y persistencia cuando de trabajo se trata están bien, pero por qué no aplicarlas a los demás campos de nuestras vidas, a las relaciones con nuestra familia, a hacer cosas que nos gustan como practicar un deporte o ir al cine. **Los líderes son capaces de equilibrar sus vidas.**

**18. “HARRY TRUMAN ESTABA EN LO CIERTO: AQUELLOS EN POSICIÓN DE RESPONSABILIDAD ESTÁN MUY SOLOS”**

La característica esencial del liderazgo es la toma de decisiones y querámoslo o no, las decisiones realmente importantes son asumidas por un líder, no importa si se fomenta la gerencia participativa o la integración de abajo hacia arriba, **nadie está en posición de tomar las decisiones difíciles más que el líder.**

## **LA INFORMACIÓN**

La importancia de la información en la Gerencia de hoy determina un cambio de la contabilidad de costos tradicional a la estimación de costos por actividad. Lo anterior se debe a que mientras la contabilidad de costos tradicional muestra lo que cuesta hacer algo (ejemplo: el costo de fabricar una pieza), la contabilidad de costos por actividad presenta lo que cuesta no hacer algo (ejemplo: el costo de esperar una pieza necesaria para una máquina en un sistema productivo).

La estimación de costos por actividad no solamente sirve para llevar un control del costo de las actividades, sino que se orienta más al control de resultados y a la medición del desempeño.

Se debe ser consciente de que los productores de datos no siempre saben qué información pueden necesitar los usuarios ni en que forma organizarla, por tanto, no siempre los productores de datos pueden convertir los datos en información. Sólo los que trabajan con el conocimiento pueden convertir los datos en información.

## **EL PODER DEL CONOCIMIENTO**

Cada vez se tornan más importantes en las instituciones, tanto comerciales como no comerciales o sin ánimo de lucro, los empleados que trabajan con el conocimiento, ya que éstos pasan a ser activos de la misma empresa y motor del liderazgo.

Ahora el dUNAPSío principal no está en lograr que los trabajadores manuales se hagan productivos, pues al final ya se sabe como hacerlo; el dUNAPSío central está en hacer productivos a los que trabajan con el conocimiento. Estas personas se están convirtiendo rápidamente en la mayor fuerza laboral en los países desarrollados. Para esto se debe tener en cuenta que los principales factores que determinan la productividad de quien trabaja con el conocimiento son los siguientes:

1. Definición clara de tareas y metas.
2. Autonomía que determina la responsabilidad de sus labores.
3. La innovación continuada debe ser parte del trabajo.
4. Aprendizaje continuo acompañado de una permanente enseñanza.
5. La productividad de este trabajador no sólo se debe medir por la cantidad, pues la calidad es igualmente importante.

6. Se requiere que este tipo de trabajadores se miren como un activo y no como un costo.

Hacer productivos a los que trabajan con el conocimiento exige cambios de actitud, tanto de parte del trabajador como al interior de la organización. Esto implica hacer un proyecto experimental (piloto), como la preparación para cualquier cambio. Después de seleccionar el grupo de personas que trabajen con el conocimiento, se debe adelantar un trabajo constante por un período lo suficientemente largo como para poder darle continuidad al equipo y pulir desviaciones. En muchas ocasiones hay presiones para que se salte la etapa de experimentación y es muy común en ese caso que los errores salten al público mientras que los éxitos permanecen ocultos, lo cual hace morir el proyecto sin cumplir los objetivos esperados. No se puede olvidar que los estigmas de algunos errores, aunque insignificantes como para llevar al fracaso un proyecto, han terminado por opacar las buenas condiciones de un empleado que trabaja con el conocimiento.

1. La primera tarea de una administración consiste en definir qué se entiende por resultados y por desempeño en la empresa que se tiene a cargo. Estas definiciones deben ser lo suficientemente claras al interior de la empresa. Por consiguiente, la función específica de la Gerencia es organizar los recursos de la empresa para obtener los resultados fuera de ella. O dicho de otra manera, la Gerencia debe definir los resultados que espera lograr y luego organizar los recursos de la institución para poder obtenerlos. A su vez, la Gerencia debe atacar todo aquello que afecta al desempeño de la institución y a sus resultados, sean en el interior o en el exterior, encuéntrese bajo el control de la institución o fuera de él.
2. Es de vital importancia que exista una estrategia definida y clara que le permita a la institución ser oportunista deliberadamente. No se debe confundir lo que es una oportunidad, pues si algo que parece ser una oportunidad no sirve para avanzar hacia la meta estratégica de la institución,

entonces no es una oportunidad. Ya que al final, la misión implica la estrategia y la estrategia crea la estructura de la organización que le permite manejar sus recursos orientado a los resultados esperados.

3. El autor hace bastante énfasis en que una industria decreciente, es decir, aquella que no crece al ritmo del crecimiento demográfico, hay que administrarla ante todo con miras a una reducción de costos continua, sistemática, consiente, y al mejoramiento constante de la calidad y el servicio, es decir, con miras a fortalecer la posición de la empresa dentro de la industria más que con miras al crecimiento de volumen, que sólo puede quitarles a otros.
4. El crecimiento de las empresas multinacionales se debe basar en estructuras que no sean unidades legales sino económicas para poder funcionar tanto en una economía mundial global como en una política mundial fraccionada.
5. La cadena económica de hoy reúne cada vez más socios genuinos, es decir, instituciones que gozan de igualdad de poder y auténtica independencia dentro del proceso productivo, desde la adquisición misma de la materia prima hasta el posicionamiento del producto en el mercado. La administración de una empresa tiene que abarcar la totalidad del proceso, sin importar que algunas partes del proceso se encuentre fuera del alcance de la empresa.
6. La administración existe en aras de los resultados de la institución. Tiene que comenzar con los resultados pretendidos y tiene que organizar los recursos de la institución de manera que se alcancen dichos resultados. Se debe tener en cuenta que el órgano, en una institución, es el que permite producir resultados externos a sí misma.

7. Toda institución ha de medirse contra los parámetros fijados por los líderes de cada industria en cualquier parte del mundo, independientemente de que se trate de una institución privada, una entidad sin ánimo de lucro o una institución estatal. Esto se debe a que cada vez la economía se hace más global y las fronteras nacionales sólo se deben ver como impedimentos, restricciones y centros de costos.
  
8. Los empleados de hoy se dividen en tres grupos: el primero se llama el "trabajador manual", cuyo desempeño se puede manejar fácilmente con un estudio de tiempos, la aplicación de una ruta crítica, con el modelo de Taylor para estudiar la actividad u otros tantos métodos funcionales que sólo dependen del tipo de actividad a manejar. Estos trabajadores pueden tener mucha experiencia valiosa pero solo sirve en las labores que desempeñan. Existe otro tipo de trabajadores en que parte de su trabajo es manual y parte es de conocimiento, a estos el autor los llama "técnicos". Los técnicos los define como especialistas en ramas del conocimiento determinadas y sus aportes son de alto nivel en su área. Los técnicos son los empleados que trabajan con el conocimiento más numeroso en estos tiempos. Por último define un tipo de empleados que trabajan con el conocimiento del tipo ejecutivo, los cuales se especializan en administrar los recursos disponibles de una institución orientándolos a unos resultados esperados por los accionistas.
  
9. Este modelo administrativo es, en esencia, la administración por objetivos que el Dr. Peter Drucker planteó en los cincuenta y que en su momento fue de gran utilidad para las industrias manufactureras, pero ahora lo adapta a un medio con grandes adelantos informáticos, de globalización del mercado y el desarrollo del conocimiento como puntal del desarrollo en nuestra sociedad. Su aplicabilidad se ve claramente orientada a la experimentación en pequeños pilotos que permitan controlar los procesos mientras se estudian, esto con el fin de ser cuidadosos (conservadores) en la aplicación

general en grandes instituciones. Es fácil determinar que este modelo es muy aplicable a medianas instituciones y a divisiones dentro de instituciones grandes que pretenden permanecer en el mercado durante mucho tiempo (20 o 30 años), pues pretende proteger a toda costa la supervivencia de la institución por encima de las grandes inversiones a corto plazo y se enfoca más en los procesos protegidos a largo plazo. Vemos que no tiene en cuenta las uniones temporales, que en nuestros momentos resulta ser buen negocio en el corto plazo, en los que la recuperación de la inversión y los dividendos a corto plazo son elevados, de manera que la disolución final de la sociedad para la cual se formó no represente costos significativos para el abandono final previsto.

El Marco de Gestión es la concepción básica que orienta la gestión empresarial. Describe los principios y propósitos empresariales y la forma de hacer el trabajo en ISAGEN para mejorar la productividad y competitividad.

Los Fundamentos Empresariales expresan los principios y propósitos en términos de los valores corporativos, el objeto social de la Empresa, lo que aspira ser en el largo plazo, el camino que elige seguir para alcanzar su visión y las habilidades que se deben desarrollar para lograr la competitividad deseada.

La Organización del trabajo se expresa en términos de la forma como se estructura el trabajo de los procesos y los equipos, la forma en que se gestionan la información y el conocimiento, las condiciones que facilitan el desarrollo integral de las personas, la forma como los equipos de trabajo integran las habilidades de las personas, administran los recursos, dirigen su acción, toman decisiones, planean y evalúan su gestión, y las normas internas y externas que guían la gestión Empresarial. Cada uno de estos elementos considera lo que son, saben y hacen las personas, para contribuir a su desarrollo y al de la Empresa.

El Marco de Gestión es resultado del aprendizaje permanente de la Organización. En un principio, se originaron en la construcción colectiva de personas de la Empresa, que se dieron a la tarea de definir el negocio en función de los tres agentes fundamentales: el MERCADO, los ACCIONISTAS y los CLIENTES. Sus componentes han ido evolucionando en virtud del aprendizaje organizacional.

Su importancia radica en que las acciones que se derivan de éstos nos permiten obtener resultados de acuerdo con las exigencias de la Industria de Energía, y facilitan el desarrollo de la Organización y el de nuestros trabajadores.

Estos elementos se materializan en la labor diaria de toda la Compañía, en el compromiso con el trabajo y en un desempeño con alto sentido de responsabilidad, que hace que todas nuestras acciones se orienten al logro de la productividad y competitividad Empresarial.

## **1. FUNDAMENTOS**

Los Fundamentos Empresariales expresan los principios y propósitos en términos de los valores corporativos, el objeto social de la Empresa, lo que aspira ser en el largo plazo, el camino que elige seguir para alcanzar su visión y las habilidades que se deben desarrollar para lograr la competitividad deseada.

### **1.1 FILOSOFÍA DE TRABAJO**

**Competitividad:** capacidad de lograr y sostener una posición en el mercado valorada por los clientes y accionistas mediante el aprendizaje colectivo, la formación de competencias y la productividad del trabajo.

**Crecimiento empresarial:** aumento del valor empresarial.

**Aprendizaje:** capacidad de la organización para actuar sobre el conocimiento individual, hacerlo colectivo, generar nuevas actitudes y conocimientos en los trabajadores y formar competencias empresariales.

**Empoderamiento:** simplificación del trabajo mediante la educación, la disposición oportuna de la información, la instrumentación del trabajo productivo, la estructura de la organización y el sistema de aprendizaje para acercar las decisiones a la acción. Conlleva confianza y compromiso.

## **1.2 ESTRATEGIA**

Es el conjunto integrado de acciones escogidas con base en las necesidades del cliente y las expectativas del accionista, que identifican el aprendizaje y posicionamiento requeridos, para desarrollar ventajas competitivas en la industria de energía.

Frente a las condiciones del mercado, LA EMPRESA." adopta la estrategia de SER UN COMPETIDOR UNIVERSAL. Esto significa que la Empresa orienta sus esfuerzos a entender las diferentes necesidades y expectativas de los clientes, con el propósito de suministrar soluciones apropiadas a cada uno de ellos. Para tal fin, desarrolla las habilidades Empresariales necesarias para inducir y responder a los cambios en el mercado.

## **1.3 COMPETENCIAS EMPRESARIALES**

Son el resultado del aprendizaje de la organización, especialmente, la capacidad y habilidad de integrar y dominar diversas tecnologías y conocimientos valorados por el cliente y el accionista. El desarrollo coordinado e integrado de las competencias le permiten a alcanzar la ventaja competitiva sostenible.

Desarrolla cuatro competencias:

- **Dinamismo:** es la capacidad de aprender para cambiar con oportunidad de acuerdo con los imperativos del entorno.
- **Productividad interna:** es la capacidad de disponer de energía de acuerdo con los precios del mercado.
- **Efectividad en el mercado:** es la capacidad de colocar energía en el mercado a mejor precio que sus competidores.
- **Gerencia del valor:** es la capacidad de obtener, incrementar y administrar el valor de la empresa, mayor que el valor de sus activos tangibles.

Cada una de estas competencias se logra con el desarrollo integrado de destrezas como lo muestra la gráfica.

Una destreza empresarial es la integración de capacidades adquiridas en la realización del trabajo o con la utilización de instrumentos. Las destrezas se desarrollan colectivamente y deben transferirse en la organización hacia quienes las necesiten.

Los instrumentos son las tecnologías, metodologías o modelos que se desarrollan en la empresa con el fin de construir destrezas empresariales.

Para desarrollar las competencias, la organización dispone de un sistema de aprendizaje que incluye además el desarrollo de las personas y los equipos y los mecanismos para gerenciar el conocimiento.

## **2. LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

La Organización del Trabajo se expresa en términos de la forma como se estructura el trabajo de los procesos y los equipos, la forma en que se gestionan la información y el conocimiento, las condiciones que facilitan el desarrollo integral de

las personas, la forma como los equipos de trabajo integran las habilidades de las personas, administran los recursos, dirigen su acción, toman decisiones, planean y evalúan su gestión, y las normas internas y externas que guían la gestión Empresarial. Cada uno de estos elementos considera lo que son, saben y hacen las personas, para contribuir a su desarrollo y al de la Empresa.

## **2.1 EL TRABAJO POR PROCESOS**

La Organización por procesos define el negocio en términos de los asuntos de trabajo fundamentales que la Empresa atiende para dar respuesta a las necesidades del cliente. Cada uno de estos PROCESOS FUNDAMENTALES recibe uno o más insumos y crea un producto con valor agregado para el cliente de la Empresa.

Cada proceso realiza su trabajo con actividades que cubren 7 fases:

1. **Indagación de necesidades:** el proceso recibe o indaga las necesidades de su cliente.
2. **Análisis de las necesidades:** el proceso comprende lo que el cliente necesita y evalúa su capacidad para satisfacer esas necesidades
3. **Definición de la solución:** el proceso decide la solución que va a dar al cliente, y determina la forma de lograrla.
4. **Implementación de la solución y preparación para la entrega:** el proceso dispone todos los recursos y hace la preparación táctica para implementar la solución y transferirla al cliente.
5. **Entrega de la solución:** el proceso transfiere la solución a su cliente. Entrega el producto o servicio y facilita las condiciones para su adecuado aprovechamiento. Es el momento de la verdad.
6. **Evaluación de satisfacción del cliente:** el proceso evalúa la satisfacción de su cliente, así como el valor agregado de la solución.

7. **Evaluación del beneficio económico:** el proceso evalúa el impacto de sus resultados en términos económicos - rentabilidad social y financiera -. Mide su propia eficiencia. Para atender sus asuntos, los procesos cuentan con EQUIPOS DE TRABAJO, que cubren una o varias fases del proceso. Cada proceso y equipo es responsable por el trabajo, dinero, información y la administración de todos los recursos que utiliza para la construcción de los productos/servicios que entrega, esto quiere decir que es responsable integral de la gestión que hace para satisfacer a su cliente. Este modelo de Organización busca continuidad y agilidad del flujo de trabajo, y adaptabilidad de la Empresa a las condiciones del entorno.

## **2.2 EL TRABAJO EN EQUIPO**

El trabajo en equipo es la integración de las habilidades de las personas para facilitar su desarrollo integral, el aprendizaje colectivo y la obtención de resultados productivos.

Los principios básicos para el trabajo en equipo son: la actitud de cambio, el compromiso y la confianza. Para ser eficaces en su trabajo, los equipos deben: Tener contexto para actuar: contar con el marco de información que les permite orientar su trabajo hacia un objetivo común.

Actuar para ser competitivos: realizar el trabajo de acuerdo con la estrategia de la Empresa.

Contar con calidad integral de las personas: las cualidades personales y profesionales facilitan a un individuo interactuar con otros y le permiten un desarrollo integral.

Aprender para mejorar: adquirir y aplicar en forma colectiva el conocimiento para desarrollar mejores formas de hacer el trabajo. La importancia del trabajo en equipo radica en la posibilidad que ofrece de obtener resultados que se orientan a la estrategia Empresarial y lograr una visión global de los procesos. Además, incentiva el aprendizaje organizacional que conduce al desarrollo de competencias esenciales, y contribuye al desarrollo de los miembros de los equipos, mediante la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos. Para formar habilidades de trabajo en equipo en ISAGEN, se adelantan acciones de formación, acompañamiento y seguimiento a los equipos, y acciones de los equipos en su quehacer que incorporan los conceptos adquiridos a su práctica diaria.

### **2.3 EL MODELO DE DIRECCIÓN**

Explicita las variables que se deben considerar en la dirección de un equipo de trabajo:

Las actitudes personales y las habilidades administrativas, de interacción y de gestión estratégica que deben desarrollar los integrantes de los equipos Las guías que debe tener un equipo para orientar su trabajo. El conocimiento de los procesos, las políticas, los programas institucionales, los planes y proyectos de la compañía y de los procesos y equipos en particular.

Los diferentes estilos de dirección que pueden adoptarse de acuerdo con el cliente, la tarea y la oportunidad con la cual se debe responder. Los estilos de dirección son: ordenador, persuasivo, demostrativo, consultivo y cooperativo y se diferencian entre si por el grado en que se centra la dirección en el responsable del equipo o en el equipo mismo.

## **LAS DECISIONES**

Son el resultado de evaluar, elegir e implementar la mejor acción posible, para responder a un asunto de trabajo.

Para tomar decisiones en ISAGEN se deben considerar tres elementos: Un proceso de 6 pasos, en el cual el énfasis y la duración en cada fase del proceso varía según el tipo de decisión:

- Analizar la situación de la Empresa.
- Desarrollar alternativas: Información, valores y preferencias.
- Evaluar las alternativas.
- Decidir entre las alternativas.
- Planificar para el cambio.

Implementar el curso de acción. La participación de dos equipos en el proceso de Toma de Decisiones: Decisores. Establecen la misión del proceso. Aprueban el marco, las alternativas y la información. Proporcionan valores y preferencias: Toman Decisiones. La decisión que tome este grupo tiene poca probabilidad de ser refutada. Analistas y expertos en el tema. Desarrollan el marco y las alternativas. Valoran la información, evalúan las alternativas e implementan el plan. Son reconocidos por los decisores como expertos y analistas capaces. La evaluación de la calidad decisional, teniendo en cuenta seis requerimientos:

- Marco Apropiado.
- Alternativas creativas y viables
- Información relevante y confiable
- Valores y preferencias claras
- Razonamiento lógicamente correcto
- Compromiso para la acción

La materialización de este modelo es vital para la Compañía, porque le permite agilizar la toma de decisiones, mejorar la calidad decisional, prever y minimizar los riesgos y hacer del proceso de toma de decisiones un instrumento de aprendizaje corporativo.

## **LA INFORMACIÓN**

Es el conjunto de datos y tecnología que posibilita el logro de resultados, mantiene el flujo de trabajo en equipos y procesos, permite la interacción entre ellos y de la Empresa con el entorno.

La información es un recurso estratégico para ISAGEN y por ello la Empresa ha desarrollado un modelo que orienta la gestión de este recurso. El modelo interpreta el trabajo de la Organización por procesos en términos de información y está conformado por 3 componentes:

- 1. Información que habilita los Procesos:** Son las Tecnologías y los Sistemas de Información que apoyan la gestión integral de los procesos, eliminan mediaciones e integran la información y apoyan la toma de decisiones.
- 2. Información que habilita las Interacciones:** Son las Tecnologías y los Sistemas de Información orientados a garantizar el flujo de información entre los procesos de ISAGEN permitiendo su integración.
- 3. Tecnología que habilita la continuidad del flujo de información:** Incluye las metodologías y estándares de Tecnología de Información definidos para garantizar el flujo de información dentro de la Empresa y con el entorno, como clientes y proveedores.

## **2.4 EL CONOCIMIENTO**

El conocimiento es la información útil para desarrollar, crear, modificar y transformar bienes y servicios, con fines económicos. Es decir, es la información que logra eficacia en la acción y que se enfoca a la obtención de resultados productivos. El conocimiento permite construir predicciones, establecer asociaciones causales o prescribir decisiones acerca de qué hacer. ISAGEN ha definido un modelo para la gestión del conocimiento. Su importancia radica en que fomenta el desarrollo profesional de las personas y el desarrollo de las competencias esenciales de la Organización para que se conviertan en ventajas competitivas en la industria de energía.

Tipo Requisito	Descripción	Tipo Indicador	UNAP	HOSPIT. NIVEL 2	HOSPIT. NIVEL 3	
<b>1. Para contratar servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Institución habilitada por SESPAS.               <ul style="list-style-type: none"> <li>Portafolio de servicios habilitados.</li> </ul> </li> <li>Servicios de urgencias 24 horas.</li> </ul>		X	X	X	
			Disponibilidad	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración de derechos y deberes de los usuarios en todos los servicios, según se considera en los artículos 28 y 29 de la ley 4201.</li> </ul>		X	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos de identificación del personal y de los usuarios.</li> </ul>		X	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Señalización de los servicios.</li> </ul>		X	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unidad de atención al usuario.</li> </ul>		?	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Buzón de sugerencias y quejas.</li> </ul>		X	X	X	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformación de los siguientes comités               <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia morbimortalidad materna e infantil</li> <li>Infecciones nosocomiales</li> <li>Bioética</li> <li>Gestión de calidad.</li> <li>Farmacia</li> <li>Aplicación de normas e historias clínicas.</li> </ul> </li> </ul>		X	X	X	
	<b>2. Proceso de atención</b>					
	a) Oportunidad atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema asignación citas para atención ambulatoria               <ul style="list-style-type: none"> <li>Usuarios asignados</li> <li>Usuarios referidos</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% usuarios con asignación de citas</li> <li>% Usuarios referidos con asignación de citas.</li> </ul>	X	X	X

Tipo Requisito	Descripción	Tipo Indicador	UNAP	HOSPIT. NIVEL 2	HOSPIT. NIVEL 3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantía efectiva de atención según horario contratado.               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Disponibilidad de atención</li> <li>◦ Tiempo requerido por tipo de servicio</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas disponibles de atención ambulatoria.</li> <li>• Rendimiento profesional de la salud</li> </ul>	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad atención considerando tiempos de espera contratados.               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Atención ambulatoria</li> <li>◦ Atención quirúrgica                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suspensión cirugías</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # Días de espera para el servicio vs tiempo contratado</li> </ul>	X	X	X
b) Atención según protocolos y normas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimientos de las normas para los programas preventivos (Señalar las normas).</li> <li>• Seguimiento protocolos clínicos</li> <li>• Respeto a la dignidad de las personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % cumplimiento actividades</li> </ul>	X	X	X
c) Observancia de los derechos de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información adecuada, comprensible y oportuna con respecto al proceso de salud enfermedad.</li> <li>• Confidencialidad de la información</li> <li>• Consentimiento informado</li> <li>• Conocimiento del personal de la salud responsable por su cuidado y del proceso de atención.</li> </ul>		X	X	X
d) Registro adecuado del proceso de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diligenciamiento de la historia clínica</li> </ul>		X	X	X
e) Medición de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturación por los servicios</li> </ul>		X	X	X

Tipo Requisito	Descripción	Tipo Indicador	UNAP	HOSPIT. NIVEL 2	HOSPIT. NIVEL 3
<b>resultados</b>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios de programas preventivos con esquemas completos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de usuarios con esquema completo vs población de usuarios efectiva</li> </ul>	X		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos terminados según protocolo clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de pacientes con protocolo vs total pacientes tratados del mismo grupo</li> </ul>	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica de la prestación de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de referencia y contrarreferencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % pacientes referidos vs ptes atendidos</li> <li>• % ptes referidos vs contrarreferencia</li> <li>• % Dx referencia vs Dx contrarreferencia</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación consulta médica de urgencias vs consulta ambulatoria.</li> <li>• Concentración atención ambulatoria y hospitalaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # Consultas urgencias vs consulta programada</li> <li>• Frecuencia consultas vs población</li> <li>• Promedio consultas por paciente</li> <li>• Frecuencia egresos vs población</li> <li>• Promedio egresos por paciente</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de reingreso hospitalario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # reingresos vs total de egresos en menos de 72 horas</li> <li>• # reingresos vs total de egresos en menos de 72 horas</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de reintervención quirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # Reintervenciones vs</li> </ul>			

Tipo Requisito	Descripción	Tipo Indicador	UNAP	HOSPIT. NIVEL 2	HOSPIT. NIVEL 3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa de infección nosocomial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>total intervenciones</li> <li>% Ptes infectados vs total egresos</li> <li>% Ptes con infección en la herida quirúrgica vs total cirugías</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa de mortalidad materna y perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa mortalidad materna y perinatal</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demanda insatisfecha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li># usuarios no atendidos vs total usuarios</li> </ul>			
Satisfacción Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad de la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% usuarios atendidos en el tiempo previsto por tipo de servicio (tiempo para asignar una cita)</li> <li>Hora de atención - Hora cita</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información recibida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% usuarios con información clínica recibida</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidez atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% usuarios informados en el ciclo de atención</li> <li>% Usuarios que perciben buena atención</li> </ul>			

1. Requisitos para poder contratar los servicios
2. Cumplimiento de reglas de juego
  - a. Normas
  - b. Ciclo de atención
3. Resultados

## CAPITULO IV

Modulo de herramientas especiales: los mecanismos de contratación y modalidades de pago, la financiación, los contratos, el producto sanitario y la gestión clínica, la auditoria médica y la facturación

### **SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD**

Dentro de los retos que tiene el sector salud Dominicana para los próximos años, están la ampliación de la cobertura hasta lograr la universalidad y alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios de salud, para así optimizar las condiciones de vida de la población. Esto obliga a preguntarse por una idea si son suficientes los incentivos y mecanismos con que cuenta el país para que el sistema produzca salud con calidad y por otra parte en qué acciones es necesario implementar para lograrlo.

Los resultados de la atención en salud están mediados por una compleja gama de variables que no son fácilmente controlables. Múltiples estudios en varios países del mundo han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario medio dista mucho de la deseada, y que la variación en la calidad de la atención ofrecida por diferentes profesionales de salud y hospitales, es inmensa, como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

Se entiende por Garantía de la Calidad el conjunto de Acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar calidad.

Como definir la Calidad.

La definición de calidad mas aceptada en la actualidad, que recoge un largo proceso nacido desde antes de la década de los 50 y vincula el esfuerzo del sector

industrial, es la del doctor Avedís Donabedian, la persona más reconocida mundialmente en el tema. Se refiere a la calidad como una propiedad de la atención médica; puede ser obtenida en diversos grados y la define como: lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos. Esta definición agrupa además una serie de factores a tener en cuenta para su evaluación bajo la trilogía Estructura – proceso – resultado.

Con base en esta definición, construir un Sistema de Garantía de Calidad implica tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprenden para corregir sus deficiencias.

El Sistema de Garantía de Calidad debe cubrir el continuo de servicios de salud: promoción, auto cuidado, prevención, salud comunitaria y atención en instalaciones generales y especializadas. Por ello debe incluir acciones coordinadas con todos los programas y con sus diferentes mecanismos de evaluación. También varios aspectos de la atención que deben estar presentes: calidad técnica (competencia, pertinencia, efectividad), seguridad xxxx servicio (aceptabilidad, accesibilidad).

El conjunto de acciones que cabrían dentro de garantía de calidad son múltiples y su impacto en la calidad es variable, por lo que es importante revisar el espectro de responsabilidades y tareas que se deben abordar al hablar del tema.

Por otra parte, todo Sistema de Garantía de Calidad debe ser MONITORIZADO. Es decir que el sistema debe estar sujeto a la evaluación y el seguimiento en su desempeño.

El punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación. Esta evaluación se requiere tanto en el sistema en general de una organización, como en cada individuo en particular. Cada vez es más evidente la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio.

La evaluación de la calidad puede tener múltiples propósitos. Implica el diseño de múltiples instrumentos congruentes, acorde con las necesidades y prioridades definidas en el país. Vale la pena destacar algunas de ellas: defender a los usuarios al establecer requisitos indispensables para funcionar; garantizar la regularidad y asegurar que los ciudadanos y empleados de una institución de salud no estén expuestos a desechos contagiosos u otros riesgos; verificar que se cumplan las especificaciones en equipo e insumos que se utilicen en la atención, entre otras. Ahora bien, si ya hay un determinado nivel de calidad se hará necesario vigilar el cubrimiento de acciones cuando estén produciendo cambios; con el fin de mejorar se medirá el impacto para saber qué estrategias son efectivas; se asignarán recursos limitados de acuerdo con los logros en calidad o para identificar las mejores prácticas y hacerlas posibles.

Es indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

Las estrategias de Evaluación para garantía de calidad más conocidas, son aquellas evaluaciones externas de prestadores de servicios: licenciamiento, certificación y acreditación de prestadores de servicios de salud. Todos estos instrumentos buscan unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de cumplimiento y, establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya jalonando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean

personas o instituciones. También son muy utilizadas la evaluación por indicadores y la auditoría en salud. Las definiciones más aceptadas para dichas estrategias son las siguientes:

### ❖ Licenciamiento

Es un proceso de evaluación mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a un médico individual o a una organización, para prestar servicios de salud. Se hace la evaluación para asegurar el cumplimiento de unos estándares mínimos, para proteger la salud de los usuarios y la seguridad pública. Esta evaluación se puede repetir de forma periódica para que el prestador pueda continuar con sus funciones.

### ❖ Acreditación.

Es el proceso de evaluación, formal y voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones. Los estándares que utiliza se consideran óptimos factibles y son preestablecidos y conocidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares.

### ❖ Certificación:

Es el procedimiento por medio del cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general, a personas y la acreditación, a instituciones. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas, certifican que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su licenciamiento y cumple con los requisitos para actuar.

## ❖ Evaluación con indicadores:

Se utilizan para evaluar el desempeño, a través del tiempo, de funciones o procesos que se consideran prioritarios. Es un complemento valioso de la evaluación basada en estándares dado que ésta es puntual. Puede utilizarse para hacer seguimiento de estructura, los procesos o los resultados de un prestador, una organización, o un grupo de organizaciones o sector. Los indicadores de resultado están tomando mucha importancia desde la pasada década, como complemento a la acreditación y el licenciamiento que evalúan proceso y estructura.

## ❖ Auditoria de calidad

Se define como un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con el objeto de verificar o evaluar de manera independiente e informar el cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad o de la especificación o de los requisitos del contrato, del producto o servicio.

## SISTEMA UNICO DE HABILITACION

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de:

- La capacidad Tecnológica y científica: determinado por los estándares de habilitación establecidos. Anexos técnicos.
- La suficiencia Patrimonial y financiera: es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones financieras en el corto plazo.

- **La capacidad técnico- administrativa:** es el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo a su naturaleza jurídica. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la IPS, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Todos los prestadores de servicios de salud están obligados en el país, se vio obligada a diligenciar y presentar el **FORMULARIO DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO ESPECIAL DEL Prestador**. El objetivo, quedar inscritos y obtener el número de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

El prestador mediante este documento declara a libre albedrío, el cumplimiento de las condiciones de habilitación.

Cada Prestador está obligado a realizar un proceso de **AUTOEVALUACION** en el cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Este evento se debe realizar previo al diligenciamiento del formulario de inscripción. En caso de no cumplir con requisitos en algún servicio, el prestador está en la obligación de abstenerse de prestar este servicio hasta tanto realice los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

La Inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el "FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES", a través del cual se efectuará la

actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital correspondiente.

Por otra parte, las Entidades Departamentales y Distritales serán las responsables de administrar la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Quien consolide esta información a nivel nacional, será responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Así mismo, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de VERIFICAR el cumplimiento de las condiciones exigibles a los prestadores de Servicios de Salud.

Estas entidades deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. La verificación estará sujeta a un PLAN DE VISITAS. Es de aclarar que las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado y en representación de la entidad Departamental o Distrital de Salud. Como mínimo, se debe realizar una visita durante los cuatro años de vigencia del registro de habilitación.

El prestador debe cumplir con todos los requisitos dispuestos y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

Como resultado de la verificación, en los casos que el prestador cumpla con todos los requisitos dispuestos, le será expedida la CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACION.

Las entidades en mención podrán efectuar REVOCATORIA de la habilitación obtenida, mediante inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios

de Salud, cuando se encuentre el incumplimiento cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento.

Todo Prestador fijará en un lugar visible al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, como prestador habilitado y de igual forma mantendrá en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

## **HABILITACIÓN DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS – EAPB**

Igualmente, para el proceso de su habilitación les serán evaluadas sus condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa.

Para estas entidades, será la Superintendencia Nacional de Salud la entidad competente para habilitar las EAPB.

Será la Superintendencia Nacional de Salud quien informará al Ministerio de la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido. Sin embargo, las EAPB deberán mantenerse actualizada en los requisitos exigidos, estando en seguimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La habilitación expedida podrá ser Revocada a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación dará lugar sanciones previstas por la ley, previo agotamiento del debido proceso.

## **AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD:**

Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

La auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud implica:

- la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Esta auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, incluye el concepto de AUDITORIA MEDICA a que se refiere la Ley 100 de 1993.

El modelo a aplicar en todas las entidades operará en los siguientes niveles:

- **AUTOCONTROL:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **AUDITORIA INTERNA:** evaluación sistemática realizada en la misma institución, por la instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es

contribuir a que la institución adquiera con el tiempo la cultura del autocontrol.

- **AUDITORIA EXTERNA:** evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoria interna y del autocontrol, implementando la auditoria de segundo orden.

Los tipos de ACCIONES esperados en este modelo son:

- ❖ Acciones preventivas: conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la prestación de sus servicios de salud, para garantizar la calidad de la misma.
- ❖ Acciones de Seguimiento: conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- ❖ Acciones coyunturales: conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Los PROCESOS DE AUDITORIA EN LAS IPS, establecerán un programa que comprenda como mínimo:

- La auto evaluación del Proceso de Atención de Salud
- Atención al Usuario: cada entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios.

Los PROCESOS DE AUDITORIA EN LAS EAPB, establecerán un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que comprenda como mínimo:

- La auto evaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, orientada a la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia contrarreferencia, garantizarán que todos los prestadores de su red estén habilitados.
- Atención al Usuario: la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

En el caso de las entidades Departamentales y Distritales de Salud, que compren servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto por los subsidios a la demanda, establecerá un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB.

**Artículo 40°. RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORIA:** La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

## **SISTEMA UNICO DE ACREDITACION:**

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Todo prestador y EAPB deberá contar previamente con la certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación como condición para acceder a la acreditación.

La acreditación se orientará por los siguientes principios:

- ❖ **Confidencialidad:** la información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. La condición de entidad acreditada si podrá hacerse pública.
- ❖ **Eficiencia:** las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- ❖ **Gradualidad:** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del SUA será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por le mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

## **SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD**

El objetivo de este componente es, estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **Objetivos:**

- **Monitorear:** hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- **Orientar:** contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios de Salud, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- **Referenciar:** contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre la EAPB y las IPS.
- **Estimular:** propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

## **Niveles de Operación del Sistema de Información para la Calidad:**

### **Nivel de Monitoria del Sistema:**

Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el anexo técnico que forma parte integral de la resolución mencionada. Estos indicadores servirán para la monitoria de la calidad de la atención en salud en todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del SOGCS.

Para las IPS que haya sido acreditado, la entidad Acreditadora deberá implementar indicadores de seguimiento, los cuales le servirán como trazadores del grado de permanencia de las condiciones evaluadas durante el proceso de otorgamiento de la acreditación y constituirán una herramienta técnica para orientar las visitas de seguimiento y la información a los usuarios.

### **Nivel de Monitoria Externa:**

Entre los diversos actores del SOGCS, se pueden proponer y utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la presente resolución, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad.

### **Nivel de Monitoria Interna:**

Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del SOGCS. Es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución.

Es así como se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema y que están contenidos en el anexo técnico que forma parte integral de la resolución en mención.

La información obtenida deberá ser reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud, quien depreciona, valida y carga la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social. Esta información será publicada vía página Web con el propósito de facilitar el acceso en línea sobre la siguiente información.

# ANEXO 1

## MODELO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CELEBRADO ENTRE ARS X y Hospital Z.

### OBJETO DEL CONTRATO

El presente contrato tiene por objeto la Prestación de los Servicios de Salud contemplados en el **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS)** vigente al momento de la prestación de servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las determinaciones que adopte el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen, para la atención de los usuarios del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud pertenecientes a la Empresa Promotora de Salud (EPS) **EPS** y pertenecientes geográficamente al **MUNICIPIO DE MEDELLÍN Y AL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.**

Los servicios contratados son: **PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL PROGRAMADO MAS ATENCIÓN DE URGENCIAS CRITICAS Y VITALES, URGENCIAS NO CRITICAS SEGÚN PERTINENCIA. SE FACTURARA A PRECIOS VIGENTES DEL MANUAL SEGURO SOCIAL POR EVENTO.**

**PARÁGRAFO 1: LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS SE COBRARAN A VALORES DE REFERENCIA VIGENTES SEGÚN LA LEY.**

**PARÁGRAFO 2:** En el evento de un incumplimiento de entregar las actividades contenidas en el plan de beneficios POS-C, la empresa EPS, descontara en los pagos siguientes, los valores no ejecutados por concepto de lo contenido en el objeto del contrato.

## **INTERVENTORIA: EPS**

**Nota:** Con la suscripción de este contrato declaramos conocer la totalidad de las cláusulas incorporadas al mismo y las normas que regulan la Prestación de los Servicios del Plan Obligatorio de Salud para la población Usuaria del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en constancia firmamos como aparece:

### **FIRMAS:**

***EL CONTRATANTE EPS***

***EL CONTRATISTA IPS***

# CLÁUSULAS INCORPORADAS AL CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**CLAUSULA PRIMERA.-** Las partes de este contrato, manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del contrato y de las cláusulas que a continuación se detallan y en consecuencia, se obligan por el mismo en todos sus órdenes y manifestaciones. **CLAUSULA SEGUNDA-OBJETO:** EPS contrata con IPS DEL **MUNICIPIO DE MEDELLIN.**, la prestación de servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud (POS-C), según LA RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 DEL MINISTERIO DE SALUD la cual hace parte integral del presente contrato, para los afiliados al programa DE EPS, del DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA Y DEL **Municipio** de MEDELLIN. **PARAGRAFO:** Los servicios específicos que se contratan corresponden a los establecidos detalladamente en el **portafolio de la IPS para** el presente contrato, que están debidamente declarados ante la Dirección de Salud Departamental, el cual forma parte integral del presente contrato en el entendido que solo están contratados los niveles expresados en el contrato y en la medida en que correspondan al contenido del POS-C, en concordancia con el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud), la Reglamentación de la Afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la Prestación de los Beneficios del Servicio Público Esencial de Seguridad Social en Salud (Decreto 806 de 1998) y el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Acuerdo 228 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) y las normas que los modifiquen. **CLAUSULA TERCERA.- PERSONAS BENEFICIADAS:** Los servicios se le prestarán a quienes acrediten con su respectivo carné, documento de identidad y figuren en la Base de Datos que mensualmente se envía por parte de EPS , de los afiliados del **Municipio** de MEDELLIN. **PARAFRAFO:** La IPS deberá informar los casos de suplantación o falsedad en documento. **CLAUSULA CUARTA-DOMICILIO CONTRACTUAL Y SITIO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:** El domicilio contractual será la ciudad de Medellín y el lugar de prestación de los servicios será en las instalaciones que tiene la IPS en el **Municipio** de MEDELLIN., y de acuerdo con el Portafolio de Servicios de la IPS anexo al presente contrato. **CLAUSULA QUINTA-COPAGOS Y CUOTAS MODEADORAS:** De acuerdo con la normatividad aplicable al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud e implementado por la EPS, le corresponderá a la IPS el cobro de los porcentajes de Cuotas Moderadoras, Copagos ó Pagos Compartidos (Periodos de carencia) atendiendo a las instrucciones y listado de afiliados suministrado por EPS y según la normatividad establecida en el acuerdo 260 del CNSSS de 2004 y el decreto 806 de 1998 del MINISTERIO DE SALUD. **CLAUSULA SEXTA - FORMA DE CONTRATACIÓN:** Los servicios que preste la IPS, correspondientes al objeto del presente contrato, serán reconocidos por servicio prestado o pago por evento, a los valores y condiciones del manual del SEGURO SOCIAL vigente, de conformidad con las

servicios establecidos en el **Anexo Uno (PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA IPS)** el cual hace parte integral del Presente Contrato. **CLAUSULA SEPTIMA-FORMA DE PAGO Y PROCEDIMIENTO DE COBRO:** Atendiendo a lo dispuesto en el Decreto 050 del 2003 y el 3260 de octubre de 2004, las partes contratantes acuerdan que lo referente a las glosas se regirán por este decreto y además: **1)** La IPS presentará ante EPS en Medellín, la cuenta de cobro con las facturas por los servicios prestados en el mes inmediatamente anterior, indicando separadamente el tipo de servicio ofrecido al afiliado. **2)** Las facturas deberán ser presentadas en original y DOS (2) copias firmadas por el afiliado con número de identidad y número del respectivo carnet, numero de la autorización del servicio y/o orden de remisión cuando fuere el caso (Referencia y Contrarreferencia) y de los soportes originales del servicio facturado. Cuando se trate de Menores de un (1) Año, se deberá acompañar fotocopia del carne del niño o los responsables de este y/o que acredite Parentesco, excepto en la atención inicial del Recién Nacido que requiera Hospitalización. La factura deberá ajustarse a los requisitos exigidos por EPS de conformidad con el Procedimiento establecido en los manuales internos. EPS sólo está obligado al pago en lo que a este aspecto se refiere, si el cobro cumple con todos los requisitos establecidos. **3)** El cobro y sus soportes deberán presentarse dentro de los cinco (5) primeros días calendario de cada mes siguiente al período mensual que se cobra y de no ser recibida quedará pospuesta su presentación y pago para el período siguiente. **4)** EPS tendrá veinte (20) días contados a partir del vencimiento del término anterior para revisar la cuenta e impartirle su aprobación o en caso contrario hacerle las objeciones y glosas que éstas tengan y expresárselas a la IPS. **5)** Las Facturas no se cancelarán y serán glosadas cuando no cumplan con los requisitos anteriormente expresados, cuando no correspondan al objeto del presente contrato, cuando presenten enmendaduras, deficiencias o sobrecostos y tales observaciones se harán saber a la IPS dentro del término anteriormente indicado. **6)** Efectuadas las glosas, la IPS tendrá un plazo de diez (10) días para hacerle las correcciones a que haya lugar y devolverlas dentro del mismo plazo a EPS **7)** A partir del vencimiento del plazo de revisión cuando no se glose la cuenta, o a partir del recibo de las correcciones hechas por la IPS a las cuentas glosadas, si la cuenta cumple con todos los requisitos, EPS tendrá veinte (20) días para la cancelación total de las mismas. **8)** Cuando la IPS no responda a las glosas efectuadas por EPS dentro del término de los (10) días, se entiende que acepta la glosa y EPS procederá de conformidad a la glosa elaborada. **9)** Las facturas glosadas se cancelarán cuando quede debidamente aclarada la glosa, todo ello en concordancia con la legislación vigente, y lo que lo adicionen, modifiquen o amplíen. **CLAUSULA OCTAVA-OBLIGACIONES DE LA IPS:** Además de las que hayan quedado expresadas anteriormente, la IPS deberá **1)** Permitir el acceso de los afiliados debidamente acreditados por EPS a las instalaciones de la IPS para su atención en salud. **2)** Prestar a través de los profesionales de la salud contratados por la IPS, en los términos de calidad y eficiencia establecidos en la Ley, en sus instalaciones ubicadas en el área de influencia del **Municipio** de MEDELLIN, las atenciones en salud objeto del presente contrato, a los afiliados que demuestren con el respectivo carné, su documento de identidad y figuren en la Base de Datos que mensualmente se envía por parte de EPS y de acuerdo con

los recursos humanos, tecnológicos y científicos disponibles en la IPS.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Para la atención de los afiliados menores de un (1) año se requiere copia del carné o la presentación de la cédula de ciudadanía de alguno de sus padres, su representante legal o de la persona que aparezca como jefe de núcleo familiar en el respectivo carné de la EPS. **PARAGRAFO**

**SEGUNDO:** La IPS deberá obtener la firma del paciente o de la persona responsable del mismo, en todos los procedimientos aplicables al afiliado hospitalizado y en los soportes respectivos para efectos de facturación. Cuando la IPS halla determinado claramente y sin lugar a dudas que las responsabilidades de cobertura de servicios y responsabilidad económica para con el usuario, han cesado por parte de la EPS y que claramente las debe asumir el usuario, la IPS y el usuario tendrán la autonomía, para decidir la forma y condiciones de pago de aquel o aquellos servicios no sujetos de cobertura. **3)** Dentro de la Red de Servicios que ofrezca EPS, la IPS deberá dar cumplimiento al Régimen de Referencia y Contrarreferencia, para lo cual la EPS será la responsable de mantener actualizada la red de servicios. Los afiliados que requieran de los servicios de una complejidad mayor a la que pueda ofrecer en sus instalaciones, serán remitidos con la respectiva nota remisoria firmada por el médico responsable. EPS será la responsable de mantener actualizada esta red de IPS para los efectos mencionados. **4)** Suministrar los informes y registros estadísticos relacionados con el Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS de conformidad con el Decreto 2542 del 2 de Julio de 1998 expedido por el Ministerio de Salud y de los RIPS y demás Normas que hacia el futuro sean Expedidas por las Autoridades de Salud. También el diligenciamiento mensual y oportuno de los instrumentos de recolección de la Información estadística establecidos por EPS y que hacen parte integral del presente contrato. **5)** Definir y aplicar un sistema de información y facturación que permita el seguimiento, evaluación y control de las actividades ejecutadas para la prestación del POS. **6)** Desarrollar y Aplicar los lineamientos del SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD establecido por EPS el cual hace parte Integral del Presente Contrato y deberá permitir la verificación de las condiciones de habilitación por parte de la EPS, como lo establece el marco legal del sistema de seguridad social en salud. **7)** Presentar las cuentas de cobro a EPS de acuerdo a lo previsto en la cláusula sexta del presente contrato. **8)** Proceder a la apertura de la historia clínica por cada afiliado atendido, consignando en ella la información pertinente relacionada con la persona atendida y de conformidad con las normas de ética y profesionalismo vigentes; el suministro de la Historia clínica o u su copia deberá ser autorizado por el usuario como lo establece el decreto 1995 de 1.999. Además deberá suministrar el resumen de la misma y/o epicrisis correspondiente cuando para efectos legales o de auditoría por parte de EPS así lo amerite. **9)** Facilitar las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que EPS realice directa o indirectamente y atenderá sus recomendaciones. **10)** Responder por las irregularidades y reclamaciones que se presenten en el desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los afiliados y aplicar las medidas correctivas pertinentes. **11)** Presentar ante EPS a más tardar sesenta (60) días después de terminado el presente contrato, las cuentas por los Servicios que se le adeuden. Se entiende que lo no cobrado hasta dicha fecha, EPS no tendrá la obligación

de cancelarlo y será asumido por la IPS como sanción por no presentar la cuenta a tiempo. **12)** Prestar los servicios contemplados en el portafolio anexo y tenerlos debidamente acreditados ante la respectiva Dirección de Salud; EPS Verificará la correspondencia entre los servicios prestados y los servicios que han sido ofrecidos. **13)** Las demás obligaciones previstas en las normas legales vigentes. **CLAUSULA NOVENA – OBLIGACIONES DE EPS:** **1)** Pagar a la IPS el valor de los servicios prestados en la forma pactada en el presente contrato. **2)** Entregar a la IPS el listado de afiliados y sus respectivas novedades para ser atendidos por la misma. **La EPS será la responsable de mantener la base de datos de los usuarios actualizada mes a mes y con base en esa actualización se reconocerá los servicios prestados a los pacientes de acuerdo a su verificación de derechos** **3)** Hacer entrega a la I.P.S. el MANUAL DE GARANTÍA DE CALIDAD establecido por EPS el cual hace parte Integral del Presente Contrato y que es adicional a las condiciones del decreto 2309 de 2002. **4)** Suministrar a la IPS el listado de Instituciones, mantenerla actualizada y de los profesionales que conforman su Red Prestadora de Servicios para efectos de cumplir con los protocolos y obligaciones de Referencia y Contrarreferencia de los afiliados a EPS. **5)** Inscribir a la IPS como parte integrante de la Red Prestadora de Servicios de EPS **6)** Supervisar, evaluar y controlar la ejecución del contrato. En todo caso, las obligaciones de EPS en lo no previsto del presente contrato, se sujetarán a las establecidas por la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y demás normas que en el futuro se expidan y estén relacionadas con la prestación de servicios de salud por parte de las IPS en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **CLAUSULA DECIMA-DURACIÓN:** El presente contrato rige desde 01 11 2004 y hasta diciembre 31 del 2.005. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA-INTERVENTORÍA Y AUDITORÍA:** Para la ejecución y control de las actividades propias del objeto del presente contrato, EPS realizará la correspondiente Interventoría y actividades de auditoría necesarias, a través del personal profesional, técnico o administrativo que sea necesario designar y pertenezca o sea contratado por EPS, de lo cual se informará oportunamente a la IPS. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA-MODIFICACIONES Y ADICIONES:** El presente contrato solamente podrá ser modificado o adicionado por mutuo acuerdo entre las partes contratantes, dejando constancia escrita mediante un otrosí contractual. **CLAUSULA DECIMA TERCERA -CESIÓN:** La IPS no podrá ceder ni total ni parcialmente este contrato, salvo autorización previa, expresa y escrita de EPS **CLAUSULA DECIMA CUARTA-CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Además de las causales de terminación previstas en la Ley y las expresadas anteriormente, este contrato se podrá dar por terminado si: **a)** Por mutuo acuerdo entre los contratantes, **b)** Por la ocurrencia de hechos impredecibles o fortuitos que imposibiliten la ejecución de su objeto, demostrables entre las partes, **c)** Por Terminación Unilateral de EPS ante el incumplimiento de las obligaciones propias de la IPS. **d)** por queja de un usuario sobre la calidad del servicio de la IPS. **CLAUSULA DECIMA QUINTA-DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL:** La IPS prestará sus servicios bajo su exclusiva dirección y administración. Por tanto, será responsable de los daños y perjuicios que pueda causar en la salud física o síquica de los Afiliados de EPS que

atienda. **CLAUSULA DECIMA SEXTA-RÉGIMEN CONTRACTUAL:** En lo no previsto por el presente contrato, se regirá por las disposiciones civiles y comerciales pertinentes, la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios y las demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen. **CLAUSULA DECIMA SEPTIMA-SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados entre las partes, se podrá suspender temporalmente la ejecución del contrato de común acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de un acta en la que conste la causa de la misma. El término de la suspensión será computable para efectos del plazo extintivo y no dará derechos a exigir indemnización alguna para ninguna de las partes. **PARAGRAFO:** Aparte de lo previsto en la presente cláusula, la IPS en ningún momento suspenderá los servicios a los afiliados pertenecientes a EPS , sin previo aviso por escrito, no inferior a treinta (30) días, so pena de responder por daños y perjuicios. **CLAUSULA DECIMA OCTAVA-DOCUMENTOS PARA EL CONTRATO:** Forman parte integral de este contrato los siguientes: **a)** Manual de Procedimientos de EPS para la atención de sus afiliados, **b)** Lineamientos del Sistema de Garantía de Calidad aportado por EPS, **c)** Listado de IPS y Profesionales que integran la Red Prestadora de servicios de EPS , **d)** Certificado de Constitución y Representación Legal de EPS , **e)** Certificado de Constitución y Representación Legal de la IPS, **f)** Certificado de Presentación de la Declaración de habilitación y verificación para la Prestación de los Servicios de Salud aportado por la IPS, **g)** Portafolio de Servicios de la IPS donde conste el listado de profesionales de la salud para el efecto de la póliza de responsabilidad civil y de practica medica que debe anexar la IPS. **CLAUSULA DECIMA NOVENA-EXCLUSIÓN DE TODA RELACIÓN LABORAL:** Queda expresamente entendido que no habrá vínculo laboral alguno entre EPS y la IPS y el personal que ésta última contrate para la realización de las actividades que constituyen el objeto del presente contrato. **CLAUSULA VIGESIMA -VALOR GLOBAL:** El monto máximo estimado del presente contrato es INDETERMINADO SEGÚN LA CAUSACIÓN MENSUAL, teniendo en cuenta la variación de las novedades ya expresadas. Se entiende que la IPS deberá atender todos los eventos que comprenden el objeto del presente contrato y a todos los Afiliados de EPS según base de datos entregada. **CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA PERFECCIONAMIENTO Y TRANSPARENCIA:** El presente contrato se perfecciona con la firma de quienes intervienen en el mismo, así como los documentos estipulados en la cláusula: **DECIMA OCTAVA.** Este contrato **reemplaza Integralmente cualquier otro contrato que entre las mismas partes y sobre los mismos ó similares objetos se haya celebrado**, pues las partes manifiestan que su relación se someterá a lo acá estipulado. Para constancia se firma en la ciudad de Medellín, al primer (1) día del mes 11 de 2004.

**EL CONTRATISTA IPS**

**EL CONTRATANTE EPS**

**I.P.S. CONTRATISTA: del Municipio de MEDELLIN.**

**FORMA DE CONTRATACIÓN: POR SERVICIO PRESTADO O PAGO POR EVENTO A LOS VALORES Y CONDICIONES DEL MANUAL DEL SEGURO SOCIAL. VIGENTE.**

NOTA: Será Responsabilidad de la I.P.S. el Cobro y Recaudo de las Cuotas Moderadoras en las noches y fines de semana. El valor recaudado por concepto de Cuotas Moderadoras y Copagos, será descontado del valor facturado por la I.P.S. ante EPS.

## ANEXO 2.

### REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS

- 1) Factura en Original y Tres (3) Copias, que incluya como mínimo, la siguiente información:

SERVICIO PRESTADO	NOMBRE DEL USUARIO	TARIFA PACTADA			VALOR FACTURADO
		ISS	SOAT	OTRO	

- 2) Fotocopia del Documento de Identidad y Carnet del Afiliado ó Beneficiario.  
 3) Orden de Prestación del Servicio o Remisión Autorizada en los casos específicos (Autorización Vía Fax).  
 4) Fotocopia de Epicrisis, Descripción Quirúrgica, Hoja Control de Medicamentos e Informe de Urgencias.  
 5) Informes Estadísticos (SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL EN SALUD - SIIS) RIPS debidamente diligenciados.  
 6) Factura Individual por Tipo de Servicio Prestado (Ejemplo: Servicios de Apoyo, Hospitalización, Cirugía, Servicio de Ambulancia, Consulta o Exámenes Especializados, etc.).  
 7) **INDICADOR DE OPORTUNIDAD:** Tiempo de respuesta entre la solicitud de un servicio y la asignación de cita o realización de la atención.

Servicio	Tiempo
Consulta médica general externa	2 días
Consulta de pediatría	2 días
Consulta de odontología	2 días
Suministro de medicamentos	1 día
Toma de laboratorio básico	1 día
Toma de laboratorio especializado	1 día
Toma de imagenología básica	1 día
Toma de ecografía	1 día
Toma de imagenología especializada	5 días
Cita con especialistas:	5 días
➤ Psiquiatría	
➤ Ginecólogo	
➤ Cirujano	
➤ Medicina interna	
➤ Ortopedia	
➤ Urología	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Oftalmología</li> <li>➤ Otorrinolaringología</li> <li>➤ Medicina alterna</li> </ul>	
Otras especialidades	
Terapias de apoyo no urgente	3 días
Terapias de apoyo urgente	1 día
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nutrición</li> <li>➤ Optometría</li> <li>➤ Psicología</li> <li>➤ Terapia física</li> <li>➤ Terapia respiratoria</li> <li>➤ Terapia ocupacional</li> </ul>	
Hospitalización	1 hora
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desde el momento de la indicación hasta la hospitalización</li> </ul>	
Cirugía programada	10 días
Urgencias no prioritarias	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desde el momento de llegada hasta la atención</li> </ul>	
Promoción y prevención	5 días
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Actividades individuales <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Crecimiento y desarrollo (&lt; 5 años)</li> <li>✓ Agudeza visual/auditiva (&lt; 12 años)</li> <li>✓ Control prenatal (embarazadas calculadas)</li> <li>✓ Citología / seno (mujer 20-64 / años)</li> </ul> </li> <li>➤ Talleres educativos y cursos Psicoprofiláctico.</li> </ul>	Según Cronograma

## PROTOCOLO PARA LA ATENCION EN SALUD EPS

### **SISTEMA POR ACTIVIDAD**

#### **NIVEL I:**

#### **1. URGENCIAS**

##### **1.1 Definición:**

Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia, y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizarle un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención, y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tener de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Cuando a criterio del médico, la atención no sea una urgencia, se cobrará la cuota moderadora según parámetros de la EPS a la que pertenece el afiliado. En este caso se remite el usuario a la IPS respectiva que maneje el I nivel. **Los únicos controles médicos que podrían llegar a ser atendidos en urgencias son siempre con autorización previa de EPS.**

##### **1.2 Verificación de Datos:**

Debe solicitarse el carné respectivo con el documento de identificación, verificar en la base de datos de la EPS que esté incluido este afiliado, en caso de no aparecer solicitar código de atención a la EPS.

##### **1.3 Urgencia Crítica:**

Recibe la atención por parte del médico de turno, quien solicita a su buen criterio, los respectivos paraclínicos (Laboratorio Clínico, Rayos X ó Ecografía) y procedimientos que considere necesarios y que su lectura o realización sea de inmediata necesidad para definir la urgencia. No se deben solicitar exámenes para realizarse posteriormente, es la IPS de primer nivel quién definirá la conducta. EPS no asumirá los costos de los exámenes tomados con posterioridad o cuyo objeto no sea el de aclarar el motivo de la urgencia.

##### **1.4 Formulación de Medicamentos:**

Los medicamentos a suministrar serán tendientes a tratar y solucionar la urgencia y en la cantidad requerida hasta el día hábil siguiente, informándole al usuario que debe solicitar cita por consulta externa de la IPS correspondiente con el fin de que lo controle y decida el manejo a seguir. No se deberá suministrar medicación del paciente crónico o distinta a la encaminada a resolver la urgencia. La formulación deberá realizarse con base en el Manual de Medicamentos del P.O.S y en presentaciones de tipo genérico. Los controles por el servicio de urgencias no darán lugar a cobro alguno y serán asumidos por cuenta de la institución en caso de llegar a suceder.

### **1.5 Ínter consulta por Especialista:**

En urgencias solo se aceptará Interconsulta por especialista en caso de que sea necesario para definir y resolver la urgencia, como único mecanismo. En caso contrario deberá remitirse a la I.P.S de primer nivel correspondiente.

### **1.6 Hospitalizaciones por Urgencias – Programada**

Cuando se requiera de este servicio el mismo se efectuará en la I.P.S. que atendió la urgencia a los valores convenidos. Es obligación de la I.P.S. reportar a la EPS el ingreso del paciente dentro de las seis (6) horas hábiles siguientes al ingreso del mismo so pena del no pago de esta actividad. La EPS efectuará auditoría de todos estos eventos y en caso de encontrar no justificada la hospitalización no asumirá la cuenta correspondiente. Las solicitudes de prórroga o ampliación de la hospitalización, se harán siempre con el auditor médico asignado por EPS a la IPS una vez finalizados los días iniciales de hospitalización autorizados inicialmente por EPS. Auditoría médica de EPS se encargará de vigilar la suficiencia y pertinencia médica del plan de tratamiento a seguir, respetando el criterio del médico tratante. Las solicitudes de procedimientos o exámenes especializados deberán llevar el Vo. Bo. de Auditoría de EPS y se autorizará lo pertinente. En las urgencias verdaderamente críticas este requisito puede ser obviado pero deberá informarse a EPS según el protocolo establecido.

## **REMISION A SERVICIOS DE II Y III NIVEL**

La IPS del I nivel que requiera para uno de sus usuarios una atención especializada generará una solicitud de Ínter consulta hacia la IPS de segundo o tercer nivel de complejidad. Esta solicitud debe incluir los datos clínicos suficientes, el diagnóstico, el resultado de los exámenes tomados y los tratamientos que ha recibido el paciente y el motivo específico de la referencia.

Si no se encuentra completamente diligenciada la Interconsulta, EPS no autorizará la atención en la IPS de tercer nivel y esta debe remitirla nuevamente al I nivel para su complemento, con lo cual posteriormente EPS expedirá la orden de atención. El usuario debe presentarse 20 minutos antes de la hora asignada de su cita con la orden y la hoja de Interconsulta.

En caso de remisión de especialista a especialista, esta deberá estar plenamente justificada y EPS autorizará lo pertinente. El paciente ya diagnosticado, debidamente atendido y con plan de tratamiento definido, deberá ser contra remitido al primer nivel para continuar su manejo. La entrega de resultados de exámenes no da lugar a expedición de nueva orden de consulta. La formulación de medicamentos deberá ceñirse estrictamente al Manual de Medicamentos P.O.S y en su presentación genérica. La prescripción en caso de enfermedades crónicas solo se

aceptará hasta por un máximo de treinta (30) días. La continuación de la formulación deberá ser efectuada por el I nivel (Coordinador Médico).

### **1.1 Exámenes de Laboratorio e Imagenología Especializada.**

El médico especialista solicitará los exámenes que requiera. El usuario será quien llevará estas ordenes a las oficinas de EPS donde previa revisión de la Contrarreferencia se procederá a autorizar si es pertinente indicándole al usuario el sitio de la realización del examen, los exámenes especializados de III nivel requerirán de una Junta Médica para su autorización (Subgerente Médico – Subgerente de Calidad de EPS) la cual se reúne por lo menos una (1) vez por semana. Con el resultado de los estudios realizados el paciente se dirigirá al consultorio del médico tratante, para las revisiones correspondientes, el médico deberá anotar en la Contrarreferencia el resultado de estos exámenes; la entrega de los exámenes no dará lugar a solicitud de nueva orden de consulta.

### **1.2 Controles por Especialista**

La solicitud de control por especialista deberá ser valorada por el Coordinador Médico de EPS quién en caso de conceptuar que se requiere una nueva valoración especializada, la autorizará, o en su defecto contrarremite al I nivel de atención.

## **II Y III NIVEL HOSPITALARIO**

### **1. HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA PROGRAMADA**

Las ordenes de hospitalización y cirugía deberán ser remitidas por los especialistas a las oficinas de EPS, donde se procederá a verificar semanas cotizadas, copagos, pagos compartidos y demás trámites de verificación de derechos procediéndose a expedir la orden. Si es pertinente, se indicará el porcentaje (%) que asume EPS el valor del copago a cobrar y el servicio autorizado con las restricciones que se determinen Ejemplo: Días de hospitalización. Para cualquier ampliación de la orden inicial la IPS deberá remitir solicitud en tal sentido acompañado de un resumen clínico completo. Previo Vo. Bo. de Auditoría Médica. EPS no se hace responsable por servicios no autorizados o en plazos mayores a los determinados en forma inicial. Si por razones de fuerza mayor un usuario requiere una atención de urgencia no autorizada previamente se procederá a la atención informando a EPS dentro de las seis (6) horas hábiles siguientes al evento con el fin de hacer las evaluaciones y

autorizaciones del caso. Por este procedimiento solo se autorizarán urgencias reales.

## **2. TERAPIAS**

- ✓ Las ordenadas por el médico general
- ✓ Las ordenadas por el médico especialista

Deben ser remitidas a las oficinas de EPS para su trámite y correspondiente orden. Solo se autorizarán ordenes con un tope máximo de 5 sesiones por orden remitiendo al Coordinador Médico del programa quien evaluará y determinará si se requiere continuar con el manejo caso en el cual remitiremos nueva orden de atención bajo los mismo parámetros. Es pertinente aclarar que las ordenes de atención deberán estar debidamente soportadas.

## **3. PATOLOGIAS CATASTROFICAS: ACCIDENTES DE TRANSITO O ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL**

En caso de diagnóstico de un evento catalogado como catastrófico la IPS, o el profesional deberán reportarlo en forma inmediata a EPS en caso de no reportar la IPS será responsable de la atención y EPS no reconocerá gastos por eventos de este tipo no reportados oportunamente.

## **4. INCAPACIDADES**

Los médicos especialistas expedirán en sus formularios las solicitudes de incapacidad las cuales serán remitidas a las oficinas de EPS donde se procederá a autorizar y remitir a la dependencia respectiva para su trámite correspondiente.

## **GLOSARIO:**

**ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ARS):** son las entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas con patrimonio propio y personería jurídica autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales asumir y administrar de riesgo en la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de beneficiarios.

**AFILIADO:** Persona incluida en la Base de Datos suministrada mensualmente por la ARS, que se encuentra en estado de activo y que se identifica con su carné.

**AUDITORÍA MÉDICA:** Proceso administrativo mediante el cual el comprador comprueba la pertinencia médica y veracidad de los servicios que se le entregan al afiliado en las instalaciones de un prestador. Esta valora, analiza y hace recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnicos – científicos y humanos relacionados con los procesos de evaluación, diagnóstico y conductas decididas con el usuario por el equipo de salud del prestador.

**AUDITORÍA DE CAMPO:** Procedimiento mediante el cual la ARS verifica en el terreno la calidad, pertinencia y oportunidad de las atenciones que recibe un afiliado de manos de un prestador, sea este en ambulatorio como en hospitalización. Comprende además, la revisión, análisis, verificación y las recomendaciones realizadas a la atención de los usuarios, con relación al registro adecuado de los documentos clínicos, y la recolección, liquidación y facturación de los servicios prestados.

**AUDITORÍA DE CUENTAS:** Procedimiento mediante el cual la ARS hace la evaluación sistemática de la facturación de servicios de salud que realizan los profesionales de la salud denominados Auditores Médicos, con el objetivo fundamental de identificar y gestionar irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados, relacionadas con la prestación y facturación de servicios

**AUDITORÍA ADMINISTRATIVA:** Evaluaciones, análisis y recomendaciones de mejoramiento de los aspectos técnicos – administrativos y financieros y de apoyo logístico relacionados con los procesos de prestación de servicios de atención en salud y la correcta utilización por parte del usuario.

**AUTORIZACIÓN:** Visado, aval o salvo conducto expreso que emite la ARS para permitir al prestador otorgar un servicio a un afiliado, bien sea para consulta ambulatoria, uso de un medio diagnóstico o un servicio de hospitalización. Puede ser suministrada mediante: número de autorización previa, documento expedido por la entidad (hoja de orden), sello de autorización con firma de la persona responsable, o por el Departamento de Auditoría Médica del SeNaSa.

**BENEFICIARIO(A):** Afiliado a la ARS como titular o dependiente y que es elegible para recibir los servicios médicos del plan de beneficios.

**CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS):** entidad pública autónoma, órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

**COMPRADOR:** El que solicita y obtiene servicios de salud mediante un pago.

**CONCILIACIÓN:** Es el proceso mediante el cual, los auditores representantes de los Prestadores y el representante de la ARS, revisan, analizan, discuten las objeciones y/o glosas y llegan a conclusiones finales en común acuerdo que afectarán contablemente la factura, conceptos que se respetarán por ambas instituciones.

**CONTRATO:** Herramienta legal que define los compromisos, las responsabilidades, los mecanismos de acceso, verificación y los **incentivos** que otorga el **CONTRATANTE** al **CONTRATADO** por los servicios contenidos en el Plan de

**Beneficios** que se entreguen a sus afiliados en las facilidades del **Prestador**; así como el marco y dinámica de las relaciones entre las partes.

**CONTRAREFERENCIA:** Retorno del manejo medico de los pacientes al nivel de complejidad del cual fue referido.

**DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS (DIDA):** Dependencia pública de orientación, información, asesoría y defensa de los afiliados, así como supervisión desde el punto de vista del usuario del SDSS, creada por la Ley 87-01.

**EMERGENCIA:** Es toda condición mórbida que requiere atención médica inmediata pero que no pone en peligro la vida del paciente.

**EPICRISIS:** Resumen de egreso en donde que se deja constancia en forma resumida de lo que ocurrió durante la hospitalización.

**FACTURACIÓN:** Procedimiento mediante el cual los prestadores someten las cuentas de cobro por los servicios prestados a los afiliados.

**GLOSA:** Nota, reparo u objeción que se pone en las cuentas a una o varias partidas de ellas. Generan afectación contable a la factura en forma temporal. Son las inconsistencias encontradas en una cuenta durante el proceso de auditoría médica, las cuales son notificadas al prestador para su respectiva respuesta

**HOJA DE ORDEN:** Documento emitido por la ARS previo o durante la atención a cualquier afiliado, autorizando dicho(s) servicio(s).

**HOSPITALIZACIÓN:** Servicios que se prestan a un afiliado-usuario y que requieren su permanencia en un centro de salud mayor de 24 horas.

**MANUAL DE TARIFAS Y HONORARIOS:** Documento oficial de la ARSa que establece los montos contratados a los que se pagarán los servicios ambulatorios y de hospitalización que se entreguen a los afiliados. El mismo contiene las tarifas vigentes al momento de la contratación con el prestador y se anexa al contrato como parte integral del mismo.

**NÚMERO DE AUTORIZACIÓN PREVIA (NAP):** Es el número que le asigna la ARSi al prestador y que le garantiza el visado a la atención de cualquier afiliado en dicho centro de salud.

**NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL-NSS:** Número único que asigna la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) a cada afiliado al SDSS y que le sirve de identificación.

**OBJECIONES:** Ver Glosas.

**PLAN BÁSICO DE SALUD (PBS):** conjunto de prestaciones, actividades, procedimientos y servicios de salud garantizados por el Seguro Familiar de Salud a los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

**PER CÁPITA:** Modalidad de pago en la cual el comprador entrega al vendedor una cantidad fija de dinero para un período de tiempo por cada uno de sus afiliados, reciban estos o no servicios en ese período.

**PERÍODOS DE ESPERA:** Se refiere al tiempo que debe esperar un afiliado-beneficiario para cualificar para recibir un servicio médico determinado.

**PRIMER NIVEL DE ATENCION:** Se refiere a la puerta de entrada mediante la cual el afiliado accede a los servicios de salud y que sirve de primer contacto con los prestadores.

**PSS: PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.** Personas físicas o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, habilitadas por la SESPAS, dedicadas a la provisión de servicios de salud.

**RADICACIÓN:** Procedimiento mediante el cual la ARS registra en su sistema las facturas recibidas.

**RECLAMACIÓN:** Procedimiento mediante el cual los prestadores remiten a la administradora de riesgos de salud el detalle de los servicios brindados a los afiliados, anexo a la factura.

**REFERENCIA/REFERIMIENTO:** Remisión de pacientes a un nivel de complejidad y/o especialización superior desde un nivel inferior.

**SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (SESPAS):** Entidad superior, rectora del Sistema Nacional de Salud.

**SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS):** Conjunto de prestaciones cubiertas por el SDSS con la finalidad de proteger la salud física y mental del afiliado y su familia

**Seguro Nacional de Salud -SeNaSa:** Asegurador público responsable de administrar los riesgos de salud a los afiliados que establece el Art. 31 de la Ley 87-01.

**SERVICIO AMBULATORIO:** Servicio que se presta a un afiliado en un centro de salud y que no requieren hospitalización mayor a las 24 horas.

**SERVICIO PRESTADO:** Servicio médico profesional entregado por un prestador a un beneficiario afiliado al **SeNaSa**.

**SERVICIO REGIONAL DE SALUD (SRS):** Red de establecimientos de salud que comprende los centros de primer nivel, los hospitales municipales, provinciales y el regional que se articulan en red en una región de salud determinada por la SESPAS y que garantizan una atención integral.

**SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (SDSS):** Conjunto de instituciones públicas, privadas y mixtas, recursos físicos y humanos, normas y procedimientos que realizan y que rigen las actividades de seguridad social.

**SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL):** Entidad estatal, autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, que representa al Estado dominicano en la función de velar por el estricto cumplimiento de la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus normas complementarias.

**TESORERÍA DE LA SEGURIDAD SOCIAL (TSS):** Entidad responsable del recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS, y de la administración del sistema único de información.

**TRIAGE:** Unidad de medida de la complejidad de una atención de urgencia.

**URGENCIAS:** Condición mórbida que pone en juego la vida del paciente por lo requiere atención médica inmediata.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

<sup>i</sup> Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, OPS, 26<sup>ta</sup> Reunión del Subcomité en Planeamiento y Programación: "Progreso de Actividades en la Reforma del Sector de Salud," SPP27/7 (Eng.), Washington, D.C., 25-27 Marzo 1996.

<sup>ii</sup> Berman, P.: "Health Sector reform: making health development sustainable," *Health Policy* 32 (1995) 13-28

<sup>iii</sup> Saltman, R.B; Figueras, J.: "Reforma sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales," EURO-OMS and Ministerio de Sanidad y Consumo (Sp.), Madrid, 1997, pp. 2-4.

<sup>iv</sup> IDB, IBRD, ECLAC, OAS, PAHO/WHO, UNFPA, UNICEF, USAID: "Special Meeting on Health Sector Reform." Report of the Meeting held 29-30 Sept. 1995, PAHO-HSD, Washington, D.C., Jun. 1996, 156 pp.

<sup>v</sup> OPS/OMS: "La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial," (Spa. and Eng.), Washington, D.C., 1997, 31 pp.

<sup>vi</sup> Frenk, J: "Comprehensive policy analysis for health system reform", *Health Policy* 32 (1995) 257-277

<sup>vii</sup> Infante, A.: "La elaboración de perfiles de sistemas de servicios de salud y el seguimiento y evaluación de las Reformas del Sector como instrumentos para el desarrollo de políticas sanitarias en las Américas," in: "Mesa Redonda sobre Investigación en Salud pública y Desarrollo. Jornadas de Cooperación Sanitaria: Salud, la Llave del Desarrollo. 29 Jun.-1 Jul.," Ministerio de Sanidad y Consumo, OMS, and AECI, Madrid, 1998

<sup>viii</sup> Vea la Methodology Section en el website de la referencia que antecede. Una versión impresa puede obtenerse: OPS/OMS: "Línea basal para el seguimiento y evaluación de la Reforma Sectorial," (mimeo, Sp. and Eng.), PAHO-HSP, Washington, D.C., May 1998.

<sup>ix</sup> Bossert T. "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance". *Soc Sci Med* 1998;47(10):1513-1527.

<sup>x</sup> Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, OPS, 27<sup>ta</sup> Reunión del Subcomité en Planeamiento y Programación: "Rol Directivo de los Ministerios de Salud en el Proceso de Reforma en el Sector de la Salud." CD40/13 (Eng.) Washington, D.C., 23 July 1997.

<sup>xi</sup> Public Health in the Americas, *Instrument for Performance Measurement of Essential Public Health Functions*, Pan American Health Organization/World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention, Latin American Center for Health Systems Research, August 2001.

**LOS DUNAPSIOS DE LA GERENCIA PARA EL SIGLO XXI, PETER F. DRUCKER, Ed. Grupo Editorial NORMA, 1<sup>a</sup> Edición (1999), 277 pgs.**