

Estimación preliminar del costo de fortalecer el primer nivel de atención en la red pública

JUNIO 2022



FUNDACION
PLENITUD





**FUNDACION
PLENITUD**

*Perspectiva Ecológica por un
Mundo Equitativo y Sostenible*

AUTORES

Magdalena Rathe
Alejandro Moliné
Pedro Ramírez Slaibe

COORDINACIÓN TÉCNICA

Laura Rathe

**ASISTENTE DE
INVESTIGACIÓN**

Ian Paulino

**ASISTENTE
ADMINISTRATIVA**

Leydy De los Santos

POR UNICEF:

Sara Menéndez
Rosa Elcarte

VISIÓN

Trabajar en la construcción de un mundo equitativo y sostenible

MISIÓN

Contribuir a mejorar el desempeño de los sistemas socio-ecológicos, a través de la producción de evidencias, la oferta de servicios de asistencia técnica, entrenamiento y difusión de conocimientos.

PLENITUD

Es una organización no gubernamental, independiente, sin fines de lucro, establecida en la República Dominicana, que brinda servicios de asistencia técnica, entrenamiento y fortalecimiento de las capacidades a los gobiernos, las empresas y las comunidades.

PLENITUD es una institución líder en la producción y análisis de datos con una visión sistémica, que promueve la divulgación del conocimiento para cerrar la brecha entre la investigación y la acción.

CONTENIDO

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

RESUMEN EJECUTIVO

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO CONCEPTUAL	2
III.	AVANCES EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	4
IV.	EL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA	18
	4.1 Características fundamentales	
	4.2 Desafíos estratégicos	
V.	DIAGNÓSTICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	30
	5.1 Abordaje metodológico	
	5.2 El primer nivel de atención en RD	
VI.	FINANCIAMIENTO NECESARIO PARA FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SNS	50
	6.1 La propuesta de APS de SISALRIL	
	6.2 Estimación de brechas	
	6.3 Estimación de la inversión proyectada al 2030	
	6.4 Financiamiento adicional necesario en el período 2022- 2030	
VII.	ALTERNATIVAS DE IMPLEMENTACIÓN	57
	7.1 Propuesta de ruta crítica	
	7.2 Alianzas público-privado	
	CONCLUSIONES	58
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
	ANEXOS	65
	ANEXO A	
	ANEXO B	

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de Salud
ARS	Administradora de Riesgos de Salud
ASIS	Situación de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AVAD	Años de Vida Ajustado por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
CAP	Centro de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social
COSAM	Comando de Sanidad Militar
CPNA	Centro de Primer Nivel de Atención
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DIGEPRES	Dirección General de Presupuesto
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ESE	Empresas Sociales del Estado
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada

IPC	Índice de Precios del Consumidor
ISBM	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de Salud
ONE	Oficina Nacional de Estadística
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PBS	Plan de Beneficios de Salud
PDSS	Plan de Servicios de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PNA	Primer Nivel de Atención
PSS	Prestadora de Servicios de Salud
RC	Régimen Contributivo
RIEPS	Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
RS	Régimen Subsidiado
SDSS	Sistema Dominicano de Seguridad Social
SENASA	Seguro Nacional de Salud

RESUMEN EJECUTIVO

El problema

El débil funcionamiento y la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención en la República Dominicana tiene como resultado la insuficiente promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones decisivas para que la población tenga hábitos y estilos de vida que favorezcan su bienestar físico, mental y social. La atención primaria es vital para la prevención de enfermedades crónicas, y evita que problemas menores de salud puedan llegar a complicarse. Un ejemplo es la promoción de la lactancia materna que puede prevenir la mortalidad neonatal en un 19% así como contribuye a reducción del cáncer de mama y cérvico uterino. Lo anterior tiene consecuencias para la población ya que su salud es puesta en peligro pudiendo acabar con complicaciones, discapacidad e incluso la muerte, además de que impacta el gasto de bolsillo en salud de la población. Por último, distorsiona el sistema de salud haciéndolo muy costoso, poco eficiente y sostenible y con una muy baja efectividad ya que la solución de los problemas de salud de la población se centra en la atención hospitalaria.

Propósito del estudio

La Fundación Plenitud y UNICEF firmaron un acuerdo de colaboración para realizar una estimación financiera para el fortalecimiento del primer nivel de atención en la red del Servicio Nacional de Salud (SNS) y preparar una ruta crítica para presentarla a los principales actores involucrados y responsables.

El trabajo contiene una justificación sobre la importancia de la atención primaria en salud y de un primer nivel de atención con capacidad resolutoria, que pueda atender los problemas prioritarios de la población y prevenir sus complicaciones, con la finalidad de alcanzar una verdadera salud universal. Ofrece un recuento de experiencias en otros países de la región con mejores resultados de salud, como Costa Rica, Uruguay y El Salvador, de los cuales se extraen experiencias que pueden servir al caso dominicano. Asimismo, una descripción de la inversión en salud de los gobiernos dominicanos, que se concentra principalmente en el tercer nivel de atención y en las intervenciones especializadas y de alto costo. Igualmente, se enfatiza la necesidad de reorientar las prioridades de inversión para incrementar el financiamiento del primer nivel de atención.

Se parte de la idea de que un primer nivel de atención fortalecido dentro de una estrategia de atención primaria es necesario para toda la población dominicana, independientemente de su nivel de ingreso y de su afiliación en el régimen subsidiado o contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS). Existen muchas formas de implementar esto, con la participación de diferentes actores, públicos y privados con y sin fines de lucro. El objetivo es tener una misma canasta de prestaciones de buena calidad, orientada a dar servicios a la población a lo largo de su vida.

Una parte importante de la población siempre buscará sus servicios en la red pública y, sobre todo fuera de los grandes centros urbanos, será su única opción. Por tal motivo es fundamental fortalecer dicha red y crear las condiciones para que la misma pueda ser financiada, no sólo con recursos presupuestarios, sino también a través de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) de la seguridad social.

Metodología

Para la estimación del financiamiento de las inversiones necesarias para fortalecer el primer nivel de atención de la red pública, el estudio parte de dos fuentes fundamentales: por un lado, los fondos que aportaría el SENASA a través de la cápita correspondiente, a partir del costo de la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) realizado por la SISALRIL en el 2018, la cual no fue implementada (SISALRIL, 2018); y, por otro lado, los recursos adicionales necesarios a ser incluidos en el presupuesto del SNS, según las brechas identificados por éste (SNS, 2019).

A partir de las brechas calculadas por el SNS en los años 2017 y 2020, se procedió a proyectar la población usuaria desde 2022 hasta 2030, partiendo de la población adscrita al régimen subsidiado en 2019. De esta forma se estimaron las necesidades de nuevas construcciones, reparaciones y contratación de personal, por tipo de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA), conteniendo desde una hasta seis Unidades de Atención Primaria (UNAP). Este ejercicio arrojó la necesidad de construir en el período 2022-2030, un total de 712 CPNA y 1,650 UNAP.

Para la estimación se utilizaron costos unitarios identificados por el SNS en 2017, y se indexaron según varios Índices de Precios al Consumidor para realizar la proyección al 2030. Posteriormente, a los costos de construcción se añadió un 30% para estimar los costos necesarios para la remodelación y readecuación de infraestructuras existentes.

Recursos humanos y fortalecimiento de las capacidades

En relación con los recursos humanos, se partió del modelo de atención aprobado por el Ministerio de Salud Pública que sugiere para cada UNAP un médico familiar, una enfermera y cinco promotores de salud. (MSP, 2017). En base a esto, una estimación del SNS de 2020, realizada para determinar la cantidad necesaria de personal para el cierre de brechas en ese momento ascendía a: personal médico no pasante: 355, personal de enfermería: 144 y promotores de salud: 2,845. Luego se proyectó el personal necesario para la cantidad de CPNA que se construirían anualmente y la cantidad de UNAP que formarían parte de estos, en el período 2022-2030, equivalente a un total de 1,982 médicos, 1,768 enfermeras y 10,981 promotores de salud al final del período.

Además de contratar recursos humanos, se contempla una capacitación de al menos un año otorgando un título de especialidad por una universidad reconocida en el país, tanto del personal médico como de enfermería y los promotores de salud. Se costea en base a una formación virtual, con facilitadores nacionales e internacionales, en plataforma Moodle, incluyendo presentaciones grabadas, bibliografía de apoyo, biblioteca y recursos complementarios como videos y sitios web. Se propone entregar una laptop por persona, con complementos y conexión a internet.

Fuentes de financiamiento e inversión adicional necesaria

Con relación a los fondos que serían transferidos por el SENASA (o pagados por las ARS en caso de que una persona del régimen contributivo se afiliara a los CPNA públicos), se partió de la propuesta de cartera de servicios propuesta y costeadas por SISALRIL para el primer nivel de atención en el 2018, realizando una indexación anual utilizando el IPC General desde el 2022 hasta el 2030.

De este modo, se obtiene el financiamiento anual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL mediante el fortalecimiento del primer nivel atención del SNS en el período 2022-2030, incluyendo cierre de brechas de CPNA (construcción y equipamiento), reparación de CPNA actuales, contratación de nuevos RRHH y la capacitación del personal de las UNAP.

Parte de los fondos ya se vienen cubriendo actualmente: el proveniente de los pagos que realiza SeNaSa a la red del SNS por servicios del primer nivel de atención de la población subsidiada y el resultante de los gastos del SNS en el Primer Nivel de Atención con recursos del llamado “presupuesto histórico”. Cuando extraemos ambos gastos nos quedan los recursos adicionales necesarios para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL, fortaleciendo el PNA de la red pública del SNS.

El financiamiento adicional necesario en el año 2022 es inferior a 3,000 millones de pesos. Con ese monto se podrían mejorar los servicios de más de 5 millones de personas.

La asignación de mayores recursos al primer nivel de atención implica un cambio en las prioridades de gasto del gobierno. En la actualidad, el SNS destina el 70% de su presupuesto a cubrir los niveles especializados de atención (alrededor de 30,000 millones de pesos en el 2021) y sólo el 15% al primer nivel de atención. Algo similar ocurre en el régimen subsidiado de SENASA, donde además de priorizar las especializaciones, el 33% de su presupuesto se va en intervenciones de alto costo y menos del 1% a promoción y prevención. Además, el MSP posee un programa de medicamentos de alto costo con un presupuesto de alrededor de 3,000 millones de pesos. No es que estos gastos no sean necesarios. Pero debe señalarse que muchos de ellos serían evitables con una inversión en el primer nivel de atención que evitara las complicaciones de los problemas de salud. Ello no sólo se revertiría en una mejor calidad del gasto sino, sobre todo, en una mejor salud y un menor sufrimiento para la población.

Alianzas público-privadas para el fortalecimiento de la atención primaria

La estimación realizada en este estudio se realizó considerando la utilización y fortalecimiento de la red pública del SNS. Sin embargo, en caso de que las autoridades nacionales decidiesen integrar a sus redes, mediante modalidades de alianzas público-privado, un conjunto de PSS privados, con y sin fines de lucro, parte del financiamiento contemplado en la estimación para los renglones de cierre de brechas, tendrían que ser reasignados a través de SeNaSa para que esta ARS los utilice para adquirir de esos PSS servicios de salud para la población subsidiada.

También es importante señalar que, si se implementan nuevas modalidades de gestión en la provisión pública y se habilitan estos centros, tendrían la posibilidad de facturar a las ARS dentro del régimen contributivo, disminuyendo la carga dentro del presupuesto público.

ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL COSTO DE FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA RED PÚBLICA

I. INTRODUCCIÓN

La República Dominicana aprobó una profunda reforma del sistema de salud hace 20 años, estableciendo el Seguro Familiar de Salud con aspiraciones de cobertura universal. Uno de los mayores logros es que, a diciembre del 2020 se había logrado afiliar al 95% de la población. Sin embargo, los indicadores básicos de salud, particularmente de salud materno-infantil, no han mejorado, en gran medida porque no se ha logrado implementar el primer nivel de atención como puerta de entrada, ni la estrategia de atención primaria en salud – a pesar de que la misma es parte integral del marco legal dominicano. Particularmente importante sería lograr su implementación en la red de servicios del Servicio Nacional de Salud (SNS) que constituye el principal proveedor de servicios para la población del régimen subsidiado, la cual afilia al 58% de la población dominicana, justamente ubicada en la franja de menores ingresos. Asimismo, en ciertos lugares del país, fuera de los centros urbanos, constituye el único proveedor de servicios, inclusive para trabajadores formales que tienen derecho al régimen contributivo.

La Fundación Plenitud y UNICEF firmaron un acuerdo de colaboración para realizar una estimación preliminar del costo de implementar el primer nivel de atención en la red del Servicio Nacional de Salud (SNS) y ofrecer recomendaciones para su implementación. Con este trabajo se pretende obtener la opinión de los actores sobre cómo implementarlo, identificar en base a fuentes secundarias los costeos realizados en el país para establecer un primer nivel de atención fortalecido en la red pública, realizar una estimación de los fondos que se requerirían para una implementación progresiva, ofrecer ideas sobre alternativas y proponer una hoja de ruta para presentarla a los principales actores involucrados y responsables.

El propósito fundamental de este trabajo es la estimación preliminar del costo para la implementación del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS), acorde con las normativas y estrategias del país y en función al número de Centros de Primer Nivel (CPNA) y Unidades de Atención Primaria (UNAPS) necesarias, de acuerdo con las informaciones de población existente, y del personal requerido, así como las fuentes de financiamiento. Se espera que el resultado sirva para que los actores responsables aboguen por mayores recursos.

II. MARCO CONCEPTUAL

La Agenda 2030, firmada por todos los países que forman parte de las Naciones Unidas en el año 2015, reconoce la importancia fundamental de lograr un desarrollo sostenible y resiliente, tanto para las presentes como para las futuras generaciones. De esta forma, establece metas para el 2030 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales reconocen la interacción compleja entre los ecosistemas, las sociedades humanas, las necesidades de crecimiento y redistribución. El ODS 3 se refiere a la salud, proponiendo garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades. La meta 3.8 de este objetivo tiene la finalidad de “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. (ONU, 2015; OPS-OMS, 2017).

Es importante tener en cuenta que la forma en que se organiza y se financia un sistema de salud, influye de manera importante en el logro de las metas. Los sistemas fragmentados, donde predomina el gasto de bolsillo de los hogares tienden a ser menos equitativos, poseen resultados de salud más pobres y ofrecen una menor protección financiera. Se necesitan sistemas sólidos, eficientes, con capacidad de respuesta, en buen funcionamiento, que satisfagan las necesidades de salud prioritarias de una población. (OMS, 2010)

La OMS y la OPS vienen proponiendo desde hace décadas por un sistema de salud con estas características, abogando por la estrategia de atención primaria desde la conferencia mundial de Alma Ata, Kazastán, en el año 1978, cuando se propuso alcanzar la “salud para todos en el año 2000”. Dados los avances a diferentes niveles en los países para cumplir esas metas, a los 40 años de dicha conferencia se decidió relanzar la estrategia de atención primaria en salud, en Astaná, Kazastán, adaptándola a las nuevas realidades del siglo XXI. (WHO-UNICEF, 2018).

La declaración de Astaná señala lo siguiente: “Estamos convencidos de que el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.” (WHO-UNICEF, 2018).

Con la finalidad de poner en práctica la Declaración de Astana, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició una reunión en el año 2019, en la Ciudad de México, para lanzar un informe de una comisión de alto nivel que proponía la ruta para alcanzar la salud universal en el siglo XXI, justo al cumplirse los 40 años de la Declaración de Alma Ata, que había propuesto la atención primaria en salud como la base para lograr salud para todos. En dicha reunión se retomó la estrategia de atención primaria como la base para alcanzar los ODS. (OPS-OMS, 2019).

Se estableció la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, dentro de una estrategia de atención primaria, que lo ponga en el centro del sistema de salud, para que éste sea efectivo, accesible y equitativo, sustentado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La mejor manera de lograrlo es acercando el primer nivel de atención a la gente, a la comunidad, para lo

cual es necesario disponer de la infraestructura adecuada, así como de los necesarios recursos humanos. (OMS, 2019)

La estrategia de salud universal recomienda la transformación de los sistemas de salud, mediante cuatro líneas fundamentales de trabajo:

- Lograr el acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, centrados en las personas, las familias y las comunidades. Esto implica la creación de redes integradas de atención a nivel territorial, con el primer nivel como puerta de entrada con adecuada capacidad resolutive.
- Fortalecer la función de rectoría y gobernanza de los sistemas de salud, fomentando la participación social.
- Aumentar el financiamiento a la salud, sobre todo del gasto público, hasta alcanzar al menos un 6% del PIB, avanzando hacia la eliminación del pago directo en el punto de servicios.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para promover políticas que contribuyan al bienestar, la salud y el desarrollo humano, sustentadas en los determinantes sociales de la salud.

El Pacto 30-30-30, firmado por todos los países, plantea el compromiso con la salud universal para el año 2030, acorde con la Agenda 2030 que postula los ODS. Se propone lo siguiente para el año 2030:

- Eliminar al menos un 30% de las barreras de acceso.
- Aumentar el gasto público en salud al menos al 6% del PIB.
- Dirigir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención.

En el presente trabajo nos centramos en los aspectos del financiamiento y mostramos los avances al logro de estas metas en los países de América Latina y el Caribe para establecer una comparación con el caso dominicano. Luego analizamos la evolución del gasto y financiamiento al sistema dominicano de salud, mostrando los cambios en su estructura y las prioridades en términos de asignación de recursos por tipo de gasto.

A continuación, presentamos experiencias exitosas y lecciones aprendidas en algunos países de la región de América Latina, con enseñanzas para el caso dominicano. Luego incorporamos un diagnóstico del primer nivel de atención en términos de la oferta de servicios, infraestructura y recursos humanos existentes, estableciendo una comparación con las necesidades según el modelo de atención vigente y las brechas en todos estos aspectos. El capítulo siguiente muestra la estimación del costo de implementación de un primer nivel efectivo en la red de provisión pública, proyectado hasta el año 2030, partiendo de las brechas identificadas previamente y de la implementación de la propuesta de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para hacer realidad la atención primaria en salud en el régimen subsidiado del Seguro Familiar de Salud (SFS). Finalmente, presentamos una ruta crítica para hacer realidad esta propuesta, para que sirva de base de discusión a los actores del sistema dominicano de salud.

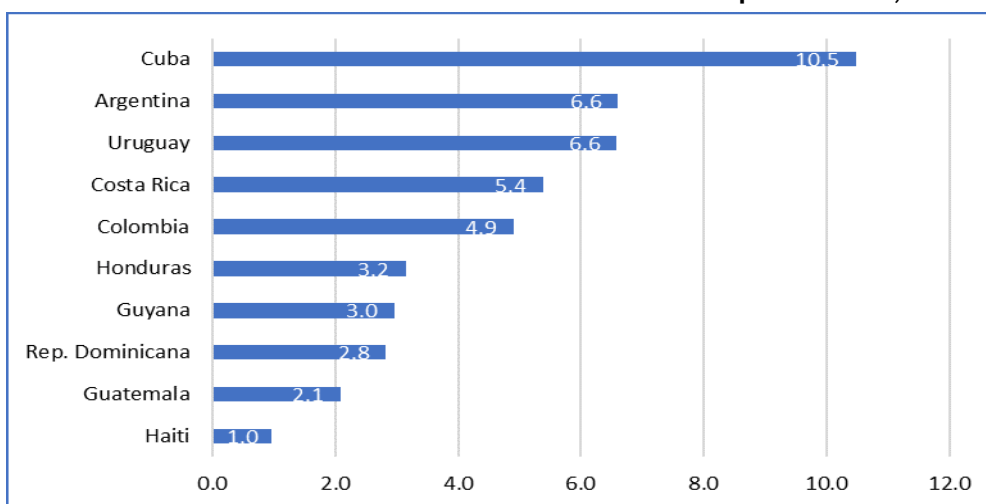
III. AVANCES EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe (ALC), los montos que los gobiernos asignan para financiar la salud son relativamente bajos. De 32 países, sólo Cuba (10%), Uruguay (7%) y Argentina (6%) alcanzan la meta del 6% del Producto Interno Bruto (PIB) que propone el Pacto 30-30-30. Se encuentran cerca 7 países, con el 5% del gasto público en salud, que son Costa Rica, Colombia, El Salvador, Panamá, Chile, Nicaragua y Surinam. En un 4% se encuentran Guyana, Belice, Jamaica, Brasil, Ecuador y Dominica. Todos los demás poseen del 3% para abajo. La República Dominicana se encuentra en el lugar 26 de 32 países. (GHED, 2018).

No es de extrañar que son justamente los que dedican una mayor proporción de financiamiento público a sus sistemas de salud, los que también presenten los mejores indicadores sanitarios, corroborando una amplia literatura internacional que lo sustenta. (OMS, 2010; Kutzin, 2012; Balanova et al, 2011; Rathe y Gibert, 2020).

Esto mismo resulta de un análisis del desempeño de los sistemas de salud de la región de América Latina y el Caribe, basado en resultados de salud (AVAD x 100,000, años de vida ajustados por discapacidad) y protección financiera (proporción de gasto de bolsillo en el financiamiento del sistema de salud). Los países con mejor desempeño son, también los que dedican una proporción mayor de financiamiento público a sus sistemas de salud. (Rathe y Gibert, 2020). Lo contrario sucede con los de peor desempeño, entre los que se encuentra la República Dominicana, tal como se muestra en el gráfico a continuación:

Gráfico 1. Gasto del Gobierno General en salud con respecto al PIB, 2017



Fuente: Rathe y Gibert (2020)

Como habíamos indicado previamente, además de asignar al menos el 6% del PIB a financiar el gasto público en salud, el Pacto 30-30-30 señala que al menos un 30% del mismo deberá ser dedicado a financiar el primer nivel de atención. En el caso dominicano, en el año 2021, esto hubiera significado un 40% más que la totalidad de los fondos asignados al SNS.

A nivel internacional, se ha establecido que un sistema de salud basado en la estrategia de APS promueve una mayor utilización de servicios preventivos y promocionales por parte de la población,

por ejemplo, las pruebas diagnósticas de cáncer de cuello uterino y seno, el uso de anticonceptivos o la realización de un mayor número de controles prenatales (Almeida et al, 2018). Y no sólo se ha demostrado que la APS tiene un impacto positivo en indicadores que miden el estado de salud o la utilización de servicios, sino que también lo tiene en aquellos que se usan para el seguimiento de la eficiencia. La evidencia muestra que, cuando las personas tienen acceso a un cuidado longitudinal y coordinado – es decir, cuando reconocen el primer nivel de atención como su proveedor usual de servicios de salud – requieren menos consultas con especialistas, menos hospitalizaciones y se reduce el número de visitas innecesarias a los servicios de emergencias para atención de rutina, aliviando la carga de trabajo en estos niveles de atención (White et al. 2016).

Sin embargo, a pesar de la evidencia empírica que apunta hacia la configuración de modelos de atención basados en esta estrategia como la mejor herramienta para resolver las demandas de salud de la población, y hacerlo además optimizando los recursos disponibles, su grado efectivo de implementación no ha sido homogéneo hasta la fecha. Prueba de ello es el caso dominicano que, a pesar de los esfuerzos en materia de reforma del sistema de salud desde el año 2001, todavía no ha logrado implementarla con éxito.

En esta sección pretendemos aportar a la comprensión de los vínculos entre la implementación de la Atención Primaria en Salud y el logro de mejores resultados de salud y protección financiera en la región de Latinoamérica y el Caribe. Específicamente, quisimos analizar el desempeño de los sistemas de salud en nuestra región para seleccionar países exitosos, con el fin de obtener experiencias que sirvieran a la República Dominicana y contribuyeran a la viabilidad de la implementación del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud, dentro de una estrategia de atención primaria.

La Organización Mundial de la Salud propuso, en su Informe Mundial de Salud del año 2000, un marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, el cual ha ido modificando en años posteriores. De acuerdo con el mismo, los resultados finales de un sistema de salud pueden medirse de acuerdo con su capacidad de mejorar la salud de la población y brindarle protección financiera contra los riesgos de la enfermedad. La mejoría en los *resultados de salud* se mide generalmente en base a la reducción de la mortalidad y morbilidad por determinadas causas y edades, lo cual, a su vez, influye en la extensión de la esperanza de vida de una población. La *protección financiera* reconoce que recuperar la salud cuando ésta se ha perdido tiene un costo importante, el cual puede ser muy oneroso para las familias, representando a veces proporciones importantes de su presupuesto. Un sistema de salud debe diseñar mecanismos de financiamiento solidarios que permitan redistribuir el costo de la enfermedad entre los que necesitan servicios y los que no los utilizan.

De esta forma, construimos un índice de desempeño, utilizando indicadores de resultados de salud (mortalidad infantil, neonatal, materna, por enfermedades transmisibles y no transmisibles) e indicadores de protección financiera (gasto del gobierno en salud como proporción del gasto del gobierno central, gasto en esquemas de financiamiento obligatorio y gasto de bolsillo como proporción del gasto corriente en salud). En virtud de lo anterior, se construyeron tablas estadísticas con valores para el año 2017 y se elaboraron índices de resultados de salud y de protección financiera, para finalmente llegar a un ranking sobre el desempeño de los sistemas de salud de los 22 países de América Latina para los cuales estaban disponibles todos los datos. El resultado fue el siguiente.

Gráfico 2. Desempeño de los sistemas de salud en ALC, 2017



Fuente: Rathe y Gibert, 2020

Puede notarse el pobre resultado de nuestro país, a pesar de ser el octavo en la región si lo medimos por el ingreso per cápita y a pesar de haber sido el primero en términos de crecimiento durante varias décadas. El propósito de la construcción de este ranking era seleccionar los países con mejor desempeño, para elaborar luego estudios de caso que pudieran ser útiles a la República Dominicana, en su proceso de implementación de la atención primaria en salud, incluyendo la forma de organizar, financiar y fortalecer el primer nivel de atención con la finalidad de que pueda ser puerta de entrada del sistema de salud. Como se observa en la gráfica, los países con mejor desempeño son: Costa Rica, Cuba, Uruguay, Chile, El Salvador, Argentina y Colombia.

Los países seleccionados para obtener lecciones que fueran de utilidad para el caso dominicano fueron: Costa Rica, Uruguay, El Salvador y Colombia. Los países estudiados organizan y financian sus sistemas de salud de manera diferente, tienen historias y contextos distintos, por lo que no se pretende sugerir que se copien experiencias, sino más bien, que sirvan de inspiración para avanzar la reflexión y la discusión en nuestro país según nuestras propias condiciones, limitaciones, obstáculos y preferencias. En las páginas que siguen se presentan las principales conclusiones para cada uno de los países estudiados.

Costa Rica

En Costa Rica el aseguramiento y la provisión de servicios de salud se centran en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), establecida en el año 1941, la cual, al principio, atendía sólo a los asalariados, pero con el mandato de universalizar los servicios en el año 1961. El sistema de salud atravesó por varias reformas a lo largo de las décadas, configurándose como un sistema de salud basado en la seguridad social, con cobertura universal y financiamiento tripartito: empleados, empresas y el estado. La CCSS opera como un pagador único y, en general, posee sus propios proveedores de servicios, pero también contrata al sector privado.

Todos los recursos que recauda la CCSS se mancomunan en un fondo único administrado por la unidad central de esta institución (Sáenz et al., 2011). La CCSS no sólo recauda y mancomuna, sino que también distribuye los recursos entre las unidades prestadoras. Los métodos de pago son, en su mayoría, los tradicionales de base capitada para la atención primaria y presupuestos históricos para los hospitales, sin ajustes por riesgo o desempeño. La distribución está sesgada hacia el sector hospitalario, que consume entre 70-75% de los recursos de la CCSS (OCDE, 2017).

Para el año 2018, el gasto corriente en salud en Costa Rica fue del 7.6% del PIB, alrededor de US\$1,337 (PPP) por persona, movilizándose el grueso de los recursos por el esquema de seguridad social, que es la base de la protección social en salud en ese país, con un gasto de bolsillo que representó un 22% en el 2018, y los seguros privados un 3% del gasto corriente en salud en Costa Rica (GHED, 2018).

La experiencia costarricense en materia de atención primaria ha sido considerada a nivel global como un referente, pues incluso antes de la Conferencia de Alma-Ata ya contaba con programas de extensión de cobertura con el enfoque de APS en zonas rurales y urbanas, lo que permitió al país lograr las metas de “salud para el año 2000” con bastante antelación. De hecho, estos programas se constituyeron en modelos que fueron motivo de estudio por gran número de observadores, procedentes de muchos países y organizaciones (Saenz et al., 2019).

Desde los años 90, el primer nivel de atención quedó bajo la responsabilidad de la CCSS, lo que facilitó la integración de los distintos niveles de atención. De este modo, la prestación de servicios se articula a través de los EBAIS, unidades multidisciplinarias capaces de prestar, bajo un enfoque preventivo y promocional, cuidado integral de los episodios agudos y manejo de las condiciones crónicas a la población costarricense a lo largo de su ciclo de vida. Los EBAIS están a cargo de la prestación de servicios de consulta externa, planificación familiar, servicios médicos comunitarios y las intervenciones de promoción y prevención (Clark, 2002).

Los equipos están conformados por un médico/a, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico en atención primaria, pero normalmente cuentan con personal de apoyo en servicios de farmacia, enfermería, trabajo social, laboratorio u odontología, entre otros. No se trata de “establecimientos” sino de “equipos de trabajo” y se ubican donde existe la infraestructura, aunque también se construye o alquila si no hay espacio disponible.

Su distribución tiene una base territorial. El país está dividido en 7 Regiones de Salud que, a su vez, se fragmentan en aproximadamente 100 áreas de salud. Cada una de estas áreas cuenta con varios EBAIS, que cubren entre 3,500-4,000 habitantes en función de la densidad poblacional. El número exacto de EBAIS operando en el territorio nacional varía con frecuencia, pero la cifra se sitúa entre 1,050 y 1,100 equipos (CCSS, 2019).

Aunque el prestador principal de servicios de primer nivel es la CCSS, a través de los EBAIS, también hay agentes privados implicados. Con el fin de extender su cobertura y poder llegar a zonas donde era deficitaria, la CCSS empezó a contratar cooperativas. En el 2019 había cinco entidades cooperativas y dos no cooperativas (entre las que se incluye la Universidad de Costa Rica), las que atienden aproximadamente al 15% de la población costarricense en el primer nivel y reciben pagos de base capitada por ello (CCSS, 2019).

Cabe destacar que los pacientes no tienen capacidad de elección sobre su prestador de servicios. A los individuos se les asigna un EBAIS en función de su dirección, y este EBAIS trabaja en red con los centros de segundo nivel operando en su área de influencia. Así, no se dispone de acceso directo al segundo nivel, sino que se necesita una referencia del primer nivel (OCDE, 2017).

Otro elemento clave en el modelo de Costa Rica es la implementación del récord médico electrónico en la CCSS y los EBAIS, bajo un mandato de ley que se promulgó en el 2012. En la actualidad dicho expediente es de uso generalizado, permite coordinar y articular la atención, así como usar la data para dar seguimiento a la cobertura efectiva, sobre todo en pacientes crónicos. Todas las personas tienen acceso a este expediente único desde su celular, pudiendo ser atendidos en cualquier servicio de salud del país con la información en tiempo real. La gran cantidad de data que produce este expediente único permite monitorear la eficiencia de cada proveedor, del sistema en su conjunto y asegurarse de que a nivel del país se alcanzan las metas de cobertura efectiva para intervenciones prioritarias.

En definitiva, el éxito del sistema de salud de Costa Rica se fundamenta en la voluntad política que han mostrado sus gobiernos en hacerlo prioritario – con énfasis en la atención primaria, fortalecimiento continuo del primer nivel de atención fundamentado en equipos humanos multidisciplinarios, presencia importante en el territorio, adscripción de la población con base geográfica (según su domicilio), muy limitada capacidad de elección, generalización del expediente único electrónico, integralidad de la atención, esfuerzos conscientes para abordar los problemas de salud desde el punto de vista de la prevención, asignando recursos suficientes y administrándolos de manera eficiente.

El Salvador

En términos estructurales, el sistema de salud salvadoreño es de tipo abierto, con predominio de cobertura territorial, pero fragmentado, pues tiene también una seguridad social relativamente importante, para trabajadores del sector formal. El subsector público está fragmentado entre el MINSAL, que es responsable de la población no asegurada, el ISSS y otras instituciones autónomas, como el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) o el Comando de Sanidad Militar (COSAM), que prestan servicios a su población afiliada bajo un esquema “clásico” de seguridad social. (Acosta et al, 2011).

En el subsector privado, también se puede observar una segmentación bastante definida entre organizaciones lucrativas establecidas en las principales ciudades salvadoreñas, que venden servicios directamente a población con capacidad de pago y a los esquemas de seguridad social mencionados, y organizaciones no lucrativas (ONG e iglesias) con más presencia en las zonas rurales.

En términos de movilización de recursos, el MINSAL se financia mayoritariamente mediante recursos transferidos del gobierno central, obtenidos de fuentes fiscales. También obtiene recursos de la banca multilateral y la cooperación internacional. El gasto corriente en salud es de alrededor de 7% del PIB, alrededor de US\$600 por persona, bastante inferior al promedio regional. De estos, el gasto movilizad o a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) ascendió a unos US\$387 por persona. Esto es, el 66% del gasto corriente en salud fue público en 2016, frente a un 44% en el año 2000. El gasto de bolsillo se ha venido reduciendo sustancialmente al tiempo que se eleva el gasto público. De hecho, en el 2016 destinó un 21% del presupuesto nacional a salud, uno de los más elevados de la región.

El Salvador fue de los países que inició la reforma de su sistema de salud de manera más tardía. Esta reforma, iniciada en el 2009, parte de la concepción que la salud es un derecho humano fundamental y debe ser garantizado por el Estado, a partir de un enfoque participativo, colectivo y democrático. El principal instrumento reformador fue la introducción de un modelo de atención que sigue las directrices plasmadas en Alma-Ata de manera fehaciente. No se concentró tanto en cambiar la

estructura del financiamiento, como en el caso dominicano, sino en fortalecer la provisión de los servicios.

Esto ha traído consigo un fortalecimiento explícito del primer nivel de atención, que en los últimos 10 años más que ha doblado su planta de recursos físicos y ha incrementado en 7000 unidades la dotación de recursos humanos, siguiendo el modelo de Costa Rica con la conformación de equipos de salud con adscripción territorial. Gracias a lo anterior, en 2017 el primer nivel de atención fue capaz de absorber un 62% de la demanda en el sector público no afiliado y un 74% en el ISSS.

En términos de desempeño del sistema, y en especial del estado de salud de la población, El Salvador ha logrado mejorar los indicadores de resultado y, además, hacerlo a un ritmo más rápido que el promedio regional. Pareciera que los avances en el estado de salud de la población salvadoreña responden en mayor medida a aspectos de organización del sistema que a elementos contextuales. Por ejemplo, El Salvador presenta tasas de mortalidad materna y neonatal muy similares a las argentinas con un PIB per cápita (ajustado por PPA) y con un gasto en salud per cápita que no alcanzan ni el 40% del nivel argentino. Si se compara con República Dominicana, la evidencia es incluso más llamativa. El Salvador gasta en salud una tercera parte menos, pero su razón de mortalidad materna es un 40% más baja que la dominicana, la mortalidad neonatal cerca de un 65% inferior y la infantil se sitúa en el 50%.

Por todo lo anterior, el Salvador aparece como un país del que se pueden extraer conclusiones interesantes. Los mecanismos más destacados de la reforma y el sistema de salud salvadoreño actual se resumen a continuación (Hernández, 2018):

- Establecimiento de la gratuidad y ampliación de la cobertura en el primer nivel en toda la población asegurada.
- La reconfiguración del modelo de gestión hacia las redes integradas de servicios de salud ha permitido su reorganización y la redefinición de las competencias de los hospitales de segundo y tercer nivel. Las redes gestionan los cuidados apropiados de los pacientes desde la puerta de entrada en el primer nivel hacia los hospitales de mayor complejidad e incrementan la efectividad de las estrategias del enfoque territorial y el registro, evaluación y seguimiento individual de toda la población asignada.
- El impulso a la promoción de la salud: la promoción de los estilos de vida saludables, la intersectorialidad y la participación ciudadana son elementos clave que se desarrollan desde la programación anual de actividades hasta la formulación de políticas.
- Un incremento sostenido del financiamiento público a la salud con la reducción consecuente del gasto de bolsillo.
- La transformación del sector salud se enmarca en una transformación del país más amplia, ya que se observa reducción de la pobreza y de la desigualdad, lo cual tiene impacto importante en los resultados de salud.

Uruguay

El sistema de salud de Uruguay se basa en la cobertura contributiva, con un pagador único. El rol principal del Ministerio de Salud Pública es la rectoría y, desde 2007, no tiene función de prestación de servicios, sino la de autoridad sanitaria, destacándose las de orientar, fiscalizar y ordenar el sistema de salud. Uruguay posee un sistema de evaluación de tecnologías que es decisivo para las compras de medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos, y que se utiliza siempre en el sector público (OCDE, 2019).

En referencia a los servicios de salud colectiva, la rectoría de las actividades promocionales y preventivas y de áreas como la salud laboral y ambiental son también responsabilidad del MSP. Para fortalecer su presencia en el territorio, el MSP fomentó la creación de Juntas Locales y Departamentales de Salud, que ejecutan acciones como la detección precoz de patologías vinculadas a la salud mental, el fomento de intervenciones intersectoriales, la prevención de la violencia de género, el embarazo adolescente y el consumo problemático de sustancias y la difusión de los derechos de los usuarios, entre otras (OPS, 2018a).

La prestación pública de servicios individuales se concentra en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cuenta con una red asistencial con presencia en todo el territorio nacional. Se estima que posee más de 400 unidades asistenciales, aproximadamente 60 de las cuales son hospitales que atienden los casos de mediana y alta complejidad y el resto son establecimientos de primer nivel: policlínicas barriales y rurales, consultorios médicos y centros de salud (Ríos, 2013). Otros prestadores públicos dependen de los cuerpos policiales y militares, así como del Banco de Previsión Social.

Dentro del subsector privado, los prestadores principales son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que agrupan las históricas mutuales de inmigrantes. Actualmente, la mayoría son cooperativas médicas y no tienen afán de lucro. Es importante destacar que tienen un doble rol, asegurador y prestador, y que están sometidas a una fuerte regulación del Estado. Se estima que existen aproximadamente 40 de estas entidades operando en el país, con infraestructura propia en los tres niveles de atención, una canasta de prestaciones amplia y recursos humanos calificados. (Aran & Laca, 2011).

En este subsector también se encuentran, por un lado, la mayoría de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que prestan servicios de alta complejidad financiados por el Fondo Nacional de Recursos, como cirugía cardíaca, trasplantes o diálisis y, por otro, el conjunto de consultorios, clínica y hospitales privados que venden servicios a la población con capacidad de pago y a los seguros privados. (Aran & Laca, 2011).

En 2017 aproximadamente el 39% de la población usa los servicios proporcionados por los establecimientos públicos de la ASSE, un 58% prefiere atenderse en una IAMC y alrededor de un 3% opta por clínicas y hospitales privados no vinculados al Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS). (MSP, 2019a).

Referente a los recursos humanos, en el año 2017 Uruguay contaba con 5 médicos y con 1.9 enfermeras por cada 1,000 habitantes, cifras muy superiores al promedio regional que asciende a 2.2 médicos y 4.6 enfermeras por 1,000 habitantes. Así, el país más que duplica la disponibilidad de médicos respecto al agregado regional, pero, al mismo tiempo, no llega ni a la mitad en términos de disponibilidad de personal de enfermería (OPS, 2018a).

En términos de movilización de recursos, la principal fuente de financiamiento del gasto en salud en Uruguay son las contribuciones a la seguridad social, que representaban el 40% en el año 2016, seguidas de las transferencias gubernamentales – un 12% para contribuir al seguro social financiando grupos específicos de la población y un 18% para financiar al Ministerio de Salud Pública en sus

funciones de rectoría y provisión de servicios de salud colectivos. En ese año los hogares financiaron el 17% con gasto de bolsillo y un 10% en prepagos voluntarios (OMS, 2019).

Los fondos que aportan los trabajadores y sus empleadores se mancomunan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es un fondo único, público y obligatorio para toda la población uruguaya. FONASA transfiere mensualmente a los prestadores una “cuota salud”, que es un pago capitado ajustado por riesgo y que toma en cuenta las metas asistenciales establecidas en los contratos de gestión con el MSP. FONASA también transfiere al FNR, organismo que actúa como un seguro de cobertura universal para patologías que exigen prestaciones de medicina altamente especializada brindadas en los IMAE. Entre las funciones del FNR está la determinación de la elegibilidad de los usuarios para acceder a estas prestaciones, la negociación tarifaria con los IMAE y su habilitación. (ISAGS, 2014).

Además de los ingresos que reciben de FONASA en base a los usuarios que los han elegido, los prestadores tienen otras fuentes de financiamiento. Por un lado, los establecimientos públicos de la ASSE reciben rentas obtenidas vía impuestos con cargo al presupuesto del Estado, para poder cubrir los costos de la atención de todas aquellas personas que no están en el sector formal y que tienen derecho a atenderse. Por otro lado, los prestadores privados pueden aplicar ciertos copagos vinculados a la compra de medicamentos, la realización de algunos exámenes diagnósticos y algunas intervenciones específicas. (ISAGS, 2014).

Para el año 2016, el gasto corriente en salud en Uruguay fue del 9.1% del PIB, alrededor de US\$1,960 por persona, cifra que doble al promedio regional (US\$ 985). De estos, el gasto movilizado a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) fue del 6.5% del PIB, alrededor de US\$1,404 por persona. Esto es, el 70% del gasto corriente en 2016 fue movilizado a través de esquemas obligatorios, entre los que destacan el seguro social, con un 52%, y los esquemas gubernamentales, con un 18% (OMS, 2019).

La estrategia de APS ha sido una constante en los documentos que conceptualizaron la reforma iniciada en 2007. La Ley 18211 establece explícitamente que el SNIS tendrá como estrategia la APS y reforzará el primer nivel de atención. También afirma que el sistema se debe organizar en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios, subraya el valor de la promoción de la salud, pone de relieve la importancia de los determinantes sociales, destaca la intersectorialidad como elemento clave de las políticas de salud y fija la cobertura universal, en su sentido amplio, como objetivo.

El MSP tiene la capacidad para incentivar a las IAMC, mediante las metas prestacionales que se establecen en los contratos de gestión, cuyo cumplimiento es obligado para recibir el financiamiento del sistema, a la priorización de las actividades preventivas, promocionales y de educación para la salud.

Sin embargo, dada su condición de principal prestador público, es la ASSE la primera responsable de orientar el modelo de atención hacia la estrategia de APS, poniendo en práctica un concepto de atención integral por ciclo de vida que incluye servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos. Para ello, uno de los primeros pasos ha

sido la formación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), una estructura interinstitucional que incluye a todos los prestadores públicos con el objeto de optimizar el uso de los recursos y evitar duplicaciones de servicios (ASSE, 2014).

En términos de recursos humanos, los equipos de atención en el primer nivel incluyen médicos de familia o generalistas, pediatras, ginecólogos, personal de enfermería, psicología y odontología y trabajadores sociales. Sin embargo, la presencia de todos los perfiles en todo el territorio nacional no está garantizada, sino sujeta a disponibilidad. En las zonas urbanas los equipos suelen estar completos, mientras que en las rurales una categoría profesional debe desempeñar más de un rol. Cabe señalar que más de dos terceras partes del personal de salud se concentra en la capital Montevideo y sus alrededores.

Respecto a la organización a lo interno del primer nivel, en la red de la ASSE el centro de salud es el eje alrededor del cual pivotan el resto de las estructuras, como las policlínicas y los consultorios. El centro es también responsable de los procesos de referencia y contrarreferencia con el segundo nivel. En las IAMC no existe una red específica para la prestación de servicios de primer nivel, sino que tienen dispensarios dentro de sus establecimientos donde se prestan los servicios ambulatorios y de consulta externa. (ISAGS, 2015).

En referencia al fomento de la intersectorialidad, la propia reforma de la salud ya es intersectorial pues se enmarca en esfuerzos más amplios de cambio de la matriz de protección social de la nación. Así lo demuestra, por ejemplo, la creación del Ministerio de Desarrollo Social y el Gabinete Social o el impulso del proyecto “Uruguay crece contigo”, que combina metas de salud, nutrición y educación en las zonas más desfavorecidas del país.

Por último, cabe destacar que en Uruguay no hay ningún tipo de copago por los servicios que se brindan en el primer nivel. Por un lado, ASSE no cobra copago en ningún nivel de atención y, por otro, a las IAMC se les exige la exoneración de copagos para las prestaciones relacionadas con las especialidades básicas y la atención del niño y la embarazada, los servicios diagnósticos vinculados a estas prestaciones y la medicación para las enfermedades crónicas no transmisibles (ISAGS, 2015).

Uruguay ha logrado cubrir a la totalidad de su población dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, donde todas aquellas personas que residan en territorio uruguayo y se registren. (Aran & Laca, 2011). En lo que refiere a resultados de salud, el país ha conseguido reducir a la mitad la razón de mortalidad materna desde principios de siglo, pasando de una razón de 31 muertes por 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 15 defunciones por 100,000 en 2015, siempre manteniéndose en un nivel significativamente más bajo que el promedio regional. En cuanto a mortalidad neonatal, infantil y en menores de 5 años, Uruguay ha presentado también una tendencia hacia su reducción durante el periodo 2000-2016. Así, para los tres indicadores, Uruguay ha venido reportando valores cercanos al 50% del promedio regional durante toda la serie temporal.

En lo que respecta a la protección financiera, el cambio estructural que fue resultado de la reforma introducida en el 2007 tuvo efectos importantes que sugieren un aumento de esta. Hubo un incremento sustancial de la proporción de fondos movilizados por esquemas obligatorios de financiamiento a la salud, lo que, a su vez, se tradujo en una reducción de la proporción

correspondiente a los seguros voluntarios y al gasto de bolsillo. En cuanto a la denominada prioridad pública, ésta también aumentó, al pasar el gasto gubernamental en salud del 14% del presupuesto público en 2000, al 19% en el 2016.

En el caso uruguayo puede ser más difícil que en otros países, dilucidar qué parte de los buenos resultados en salud puede ser atribuibles a aspectos del funcionamiento del sistema y qué parte a elementos que lo trascienden. En efecto, las transformaciones impulsadas por el gobierno a partir del 2004 fueron más allá del sector salud. En la actualidad, Uruguay es de los países con mayor desarrollo humano e ingreso per cápita de la región, y el que presenta menor tasa de pobreza monetaria y una distribución del ingreso más equitativa, aspectos que sin duda influyen en el estado de salud de su población.

Algunos de los ámbitos más destacados, tanto del sistema en su conjunto como de los procesos de implementación de la estrategia de atención primaria, se resumen a continuación:

- La reforma del sector salud se enmarca en una transformación del país más amplia. La reducción de la pobreza y la desigualdad tienen impacto fundamental en términos de resultados de salud
- Dentro del sistema de seguridad social uruguayo, no existen compañías privadas que se dediquen a la administración de riesgos en salud. No obstante, existe un mercado creciente para las aseguradoras privadas que ofrecen planes suplementarios voluntarios.
- Lo anterior genera que en el sector existan muchos agentes jugando un doble rol: el aseguramiento y la prestación de servicios individuales.
- Los prestadores privados son responsables de prestar servicios a aproximadamente la mitad de la población uruguaya. Sin embargo, lo destacable es que la gran mayoría de estos prestadores son entidades cooperativas sin ánimo de lucro.
- La reforma introdujo la creación de un fondo único (FONASA) donde se mancomunan todos los recursos del sistema de seguridad social, medida orientada al fomento de la equidad.
- Los ciudadanos tienen libertad de elección de su prestador en el primer nivel de atención, puesto que no hay un mecanismo de adscripción territorial.
- Aunque no es fruto de la reforma, ya que su creación data de 1979, destaca la existencia de un fondo específico (el Fondo Nacional de Recursos) para garantizar el acceso de la población a prestaciones de alto costo y complejidad.
- También es fundamental el enfoque de evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones y priorización del gasto en el sistema de salud.

Colombia

La reforma del sistema de salud impulsada por la Ley 100 de 1993, entró en vigor el 1 de enero de 1995 y transformó el modelo de Sistema Nacional de Salud prevalente hasta ese momento en un modelo de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se trata de un sistema de salud de carácter contributivo, basado en la seguridad social, con pagadores múltiples y proveedores públicos y privados. Los aseguradores privados deben ofrecer el mismo paquete y esquemas de copagos, pero el grado de regulación no es muy avanzado. Existen seguros privados que, en general, son duplicativos del básico. (OCDE, 2019).

El SGSSS ha sufrido algunos ajustes normativos desde la promulgación de la Ley 100. La Ley 1122 de 2007 tenía como objeto la mejora en la prestación de los servicios e incidió en aspectos de la dirección del sistema, su financiación y universalización, el fortalecimiento de los programas de salud pública o la organización de las redes de atención. En el año 2011, la Ley 1438 pretendía fortalecer el SGSSS a través de la definición de un modelo de atención fundamentado en la estrategia Atención Primaria en Salud. Por último, la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria, puso de manifiesto que el Estado es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y debe velar por la igualdad de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Alcaldía de Bogotá, 2018).

En Colombia, los responsables de la prestación de servicios de atención a las personas son las IPS, que pueden ser desde médicos individuales hasta hospitales de referencia nacional. En el desarrollo del SGSSS, los establecimientos públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), unidades con autonomía jurídica, administrativa y financiera. Con el modelo resultante de la Ley 100, los prestadores públicos (ESE) y los privados (IPS) deben competir en igualdad de condiciones por atraer a los usuarios y establecer contratos con las EPS, de manera que puedan garantizar su autosostenibilidad financiera. Esto implica un cambio en la manera cómo el Estado financia a los prestadores públicos, pasando de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, vía la venta de servicios. (Paredes, 2000).

Con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) del año 2016, las IPS se deben articular en Redes Integrales de Prestación de Servicios, que pueden ser públicas, privadas o mixtas. Cada red se debe configurar para una población y entorno de referencia, atendiendo al Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, de tal manera que su configuración responda a los requerimientos de la demanda y no a los arreglos de los agentes institucionales del sistema. Toda red debe tener dos componentes prestacionales: un componente primario capaz de resolver el 80% de las necesidades de la población y un componente complementario, a cargo de los servicios de mayor complejidad. Las IPS deben prestar todas aquellas intervenciones de promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación que no estén explícitamente excluidas del Plan de Beneficios de Salud (PBS). (MSPS, 2016)

La forma de pago generalmente usada es pagos por servicios prestados, sobre todo a nivel de hospitales y especialistas. En el primer nivel existe una combinación de presupuestos globales y pagos capitados. (OCDE, 2019).

En términos de movilización de recursos, el grueso del financiamiento al gasto en salud en Colombia corresponde a fuentes tributarias y contribuciones a la seguridad social. Los fondos del SGSSS se mancomunan en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), junto con las contribuciones del Estado y otros ingresos de fuentes fiscales y parafiscales destinados a financiar el régimen subsidiado. Posteriormente, son distribuidos entre las distintas EPS, que compiten entre ellas bajo condiciones de mercado, en función de su número de afiliados.

Por imperativo legal, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado debe ser igual al 95% de la UPC del régimen contributivo. Así, en el año 2019, las EPS recibieron 847,181 pesos

colombianos (US\$ 254) por afiliado al RC y 787,327 pesos colombianos (US\$ 236) por afiliado al RS. Estas cantidades se pueden aumentar en función de la dispersión geográfica o el carácter indígena de la población afiliada (Resolución 5858/2018). A manera de comparación, en el 2020 las ARS dominicanas reciben US\$250 por cada afiliado en el régimen contributivo y SENASA recibe US\$51 por cada afiliado del régimen subsidiado, es decir, cinco veces menos.

En Colombia, las EPS pagan los servicios a las IPS bajo distintas modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por GRD o incluso por una base capitada. Las tarifas son definidas libremente, en base al comportamiento de la oferta y la demanda.

Para el año 2016, el gasto total en salud en Colombia fue del 5.9% del PIB, alrededor de US\$ 830 por persona, cifra que se sitúa alrededor del 85% del promedio regional (US\$ 985). De estos, el gasto movilizado a través de esquemas obligatorios (usualmente denominados como gasto público) ascendió al 3.8% del PIB, unos US\$526 por persona. Esto es, el 66% del gasto total en salud fue movilizado por esquemas de financiamiento obligatorio, siendo el grueso de este realizado a través del seguro social.

El gasto privado, compuesto fundamentalmente por el que se moviliza a través del gasto de bolsillo y de los seguros voluntarios, ascendió al 20% y al 14% del gasto corriente en salud, respectivamente. El dato de gasto de bolsillo, conformado por los montos abonados por los usuarios de la red privada y por los copagos y cuotas moderadoras que los usuarios del SGSSS deben abonar al momento de recibir los servicios, es uno de los más bajos de la región de Latinoamérica, ubicándose en el cuarto lugar, sólo por encima de Cuba, Argentina y Uruguay (OMS 2019).

En el SGSSS coexisten dos regímenes de aseguramiento: el contributivo, para asalariados, pensionados y trabajadores independientes con capacidad de pago; y el subsidiado, para personas sin capacidad de pago. El gobierno asigna un 23% del gasto corriente en salud para financiar este régimen, a través de la partida denominada “transferencias para grupos específicos”.

Durante los primeros años de funcionamiento del SGSSS, los resultados en términos de aumento de cobertura fueron alentadores, ya que pasó de cubrir el 22% de la población antes de la reforma a cubrir el 57% en el año 1997. Eso se logró gracias a incorporar a cerca de 7 millones de personas al régimen subsidiado y a extender la cobertura a los dependientes de los individuos que ya cotizaban (Almeida, Parra & Romero, 2007). Sin embargo, la cobertura universal que planteó la Ley 100 para el año 2000 todavía no se ha logrado, aunque los avances han sido muy importantes. A 30 de abril 2019, la misma era de 90.5% de la población colombiana, donde el régimen contributivo cubre a 44.8% y el subsidiado a 45.7% (MSPS, 2019)

En lo que respecta al grado de implementación de la atención primaria en Colombia, objeto principal del estudio que estamos resumiendo, debe señalarse que con la reforma impulsada por la Ley 100 se separó la prestación de servicios de atención a las personas de las acciones de salud colectiva, que se limitaron al contenido del Plan de Atención Básica. Acorde con la evidencia disponible, esto generó una fragmentación operativa que contravenía los principios de la APS integral. Además, algunas EPS e IPS adoptaron el enfoque de una APS selectiva como elemento para la contención de costos y como puerta de entrada a servicios de atención de predominio biomédico y curativo. Esta visión

fragmentada del sector salud se intentó modular con la promulgación de la Ley 1438 de 2011, que pretendía fortalecer el SGSSS a través de la definición de un modelo de atención fundamentado en la estrategia de APS. (Muñoz et al., 2012).

A pesar de los esfuerzos integradores de la Ley 1438, el sistema todavía no ha sido capaz de superar la fragmentación existente en términos de atención primaria, pues existen problemas para articular las acciones colectivas de prevención y promoción del PSPIC, cuya prestación es responsabilidad de las autoridades locales, con las acciones individuales de baja complejidad que se deben prestar por los componentes primarios de las redes integrales de servicios. De hecho, la articulación de ambos componentes sólo se da en aquellos casos que las EPS del régimen subsidiado contratan las actividades de baja complejidad del PBS a prestadores públicos adscritos a las autoridades territoriales, que han sido contratados también por éstas para implementar las acciones de salud pública (Rodríguez et al., 2017).

Es también destacable que la mayoría de las instituciones prestadoras del primer nivel son públicas. En 2014, de las 1001 entidades, 996 eran de naturaleza pública y sólo 5 eran privadas. Para complementar a estas entidades, la Ley dispuso la conformación de equipos multidisciplinarios de salud, que realizan actividades extramurales destinadas a la prestación de las acciones de prevención y promoción incluidas en los planes de salud pública. Estos equipos están conformados generalmente por promotores, auxiliares y técnicos de salud, pero algunos tienen médicos y enfermeras generales que trabajan a tiempo parcial según la disponibilidad de recursos. En algunos casos, los equipos de apoyo pueden incluir odontólogos, nutricionistas y psicólogos. En cualquier caso, la evidencia disponible apunta hacia un grado de adecuación bajo para satisfacer las demandas de un enfoque de APS moderno (ISAGS, 2015).

En resumen, podemos concluir que Colombia transformó su sistema de salud con la introducción de la Ley 100, pasando de un Sistema Nacional de Salud a un Sistema General de Seguridad Social. En un principio, el nuevo modelo pareció muy atrayente, e incluso replicable a otros países de la región, ya que combinaba la incorporación de elementos centrales de la lógica de mercado, como la libertad de elección del usuario y la competencia, con elementos de solidaridad financiera y el fortalecimiento de nuevas funciones a nivel estatal.

Colombia fue uno de los países que procuró implementar un modelo de competencia regulada tanto de proveedores como de aseguradores, sin lograr de manera adecuada la regulación y supervisión de los diferentes actores, lo cual contribuyó a la fragmentación del sistema, además de las dificultades en el diseño del paquete de beneficios. (Bonilla & Rathe, 2018).

Referente a la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, el enfoque predominante infravaloró la importancia de los componentes promocionales y preventivos y, en consecuencia, mantuvo a la salud pública en un segundo plano. Cabe mencionar las dificultades que han tenido que enfrentar las empresas prestadoras del primer nivel públicas, debiendo debatir entre ofrecer un cuidado integral o preservar las condiciones que garantizaran su autosostenibilidad financiera en un entorno competitivo.

Algunas de las lecciones más destacadas del sistema de salud colombiano se resumen a continuación:

- Introducción de mecanismos de mercado: libre competencia y libertad de elección. El SGSSS introduce mecanismos competitivos de mercado en dos niveles. Por un lado, las EPS compiten entre ellas para atraer a los afiliados. Por otro, las IPS compiten para que las EPS las incorporen en su red.
- Clara división entre las intervenciones de salud individual y las de salud colectiva. Las primeras, por su naturaleza, pueden ser convertidas en bienes que se regulen por las leyes de oferta y demanda. Las segundas, dada su “alta externalidad positiva” deben ser prestadas por el Estado.
- Definición explícita de los beneficios a los que los afiliados tienen derecho. Se definen dos paquetes distintos, uno para los servicios individuales (que, a su vez, eran distintos según régimen de afiliación) y otro para los colectivos.
- Introducción de copagos y cuotas moderadoras. Muchos de aquellos servicios, medicamentos o tecnologías incluidos en el POS y POS-S no son cubiertos en su totalidad, sino que el usuario debe pagar de su bolsillo un porcentaje para acceder.
- A pesar de lo anterior, el sistema colombiano ha logrado mejorar la protección financiera de su población a través de los años y reducir el gasto de bolsillo.
- No existe adscripción territorial. Los usuarios pueden ir a cualquier entidad de primer nivel que deseen (siempre y cuando esté en la red de prestadores de su EPS de preferencia).
- Predominio de prestadores públicos en el primer nivel. Toda vez que es el nivel donde se prestan las intervenciones de baja complejidad, los incentivos financieros para el sector privado son menores.

IV. EL SISTEMA DE SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

4. 1 Características fundamentales

En las últimas dos décadas, la República Dominicana ha puesto en marcha iniciativas en procura de mejoras en el acceso, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud.

A partir de 2015 el sector salud fue sometido a un proceso de reorganización dentro de los preceptos de la Ley No.123-15 que, haciendo acopio de los principios de separación de funciones presentes en las propuestas de reformas de los sistemas de salud impulsados en Latinoamérica por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), pretenden alcanzar descentralización administrativa y funcional de los Servicios Regionales de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Durante 2015 el país se hace signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), asumiendo el compromiso junto a alrededor de 140 jefes de Estado y de gobierno de los países miembros de las Naciones Unidas, de erradicar la pobreza extrema y el hambre en el mundo, así como trabajar sostenidamente por sociedades con más oportunidades para todos, garantizando una vida sana y promoviendo el bienestar en todas las edades, quedando estratégicamente plasmados en la Ley No.1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo de la República Dominicana 2030. Los ODS establecen que todas las personas deben recibir servicios de salud de calidad y sin dificultades financieras.

El Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al artículo 6 de la Ley 42-01 es el "Conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamientos, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como los movimientos de la comunidad y las persona físicas o morales que realizan acciones de salud".

No obstante, la falta de consenso y convergencia de intereses, actores, recursos, políticas e instituciones han retrasado la conformación de un verdadero Sistema Nacional de Salud, como condición indispensable para alcanzar acceso equitativo y cobertura universal, hacer uso eficiente de los recursos y mejorar los resultados en salud, asegurando el derecho a la salud de la población.

Los Servicios de Salud de la República Dominicana ante la dinámica demográfica y epidemiológica que impactan la salud requieren de factores diferenciadores que agreguen valor a la atención en respuesta a problemas concretos, mediante intervenciones en salud que priorizan los cambios en la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles en el curso de la vida. Multidimensionalidad que requiere de integración e integralidad sectorial en procura de un nuevo enfoque paradigmático desde la salud curativa y paliativa hacia una salud disruptiva y preventiva.

Sin lugar a dudas, el marco legal, propiciado por las leyes No.42-01 y No.87-01 y sus normas complementarias han facilitado el hacer efectivo el derecho a la salud y el desarrollo de un sistema de

protección social que sigue la tendencia hacia la cobertura universal, promoviendo una relación entre el Estado y los ciudadanos que revaloriza el sistema de salud en su capacidad de proveer bienes y servicios de forma eficaz, de eficientizar la descentralización territorial, de favorecer la autonomía de las prestadoras públicas de servicios y el fortalecimiento de la función rectora, reguladora y supervisora del Ministerio de Salud.

4.2 Desafíos estratégicos

Mejorar el acceso, la integralidad, la calidad y la eficiencia en los servicios de salud siguen siendo logros pendientes en el sistema de salud de la República Dominicana. A pesar de que las necesidades de salud y la situación demográfica y epidemiológica mantienen una dinámica que obliga a constantes cambios, los servicios de salud no han evolucionado con la misma intensidad y rapidez que estos demandan. La escasa inversión que realiza el Estado en intervenciones orientadas a mejorar los indicadores que hacemos referencia indica la necesidad de mayor eficiencia asignativa del gasto en salud en el sector público.

Liderazgo y gobernanza

Si bien los sistemas de salud y seguridad social en salud de la República Dominicana cuentan con un buen marco legal y normativo para el ejercicio de la rectoría y la regulación, se destaca respecto de alcanzar coherencia en materia de autoridad sanitaria que la coexistencia de dos instancias burocráticas y jerárquicas en los ámbitos de ambos sistemas (Ministerio y Consejo Nacional de Seguridad Social) confronta la capacidad de liderazgo en torno a decisiones de política pública y, en cierto modo, afecta el desempeño de las instancias directivas responsables de hacer efectivas las mejoras para alcanzar cobertura universal en salud.

Al respecto la OMS ha señalado que, sin políticas y liderazgos fuertes, los sistemas de salud no tienen suficiente poder para incidir en las soluciones para el fortalecimiento y la integración de ambos sistemas, mantener la gobernanza y dar respuestas efectivas ante los desafíos que traen las dinámicas sociodemográficas y epidemiológicas.

Las reformas del marco legal y las que suscitaron posteriormente en la Constitución de la República siembran las bases para la institucionalización del derecho a la salud, estableciendo la responsabilidad garantista del Estado, mediante legislaciones y políticas públicas, y su compromiso frente a la ciudadanía en lo atinente a velar por la protección de la salud de todas las personas, el mejoramiento de los servicios sanitarios, procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, el acceso a medicamentos de calidad y la asistencia médica y hospitalaria a quienes la requieran. De igual modo, orientaron a la configuración de un Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, sustentado en la separación de funciones relacionadas con la rectoría, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios¹.

¹ Decreto Presidencial No.379-14, que ordena la desconcentración administrativa, funcional y territorial, del Viceministerio de Atención a las Personas y de los Servicios Regionales de Salud, de fecha 10 de octubre de 2014, Ministerio de Salud, citado en el documento Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud, 2017.

Con la implementación del Modelo de Atención, se hace evidente la necesidad de una competencia regulada entre Administradoras de Riesgos de Salud y Prestadoras de Servicios de Salud, en procura de mejorar la eficiencia, racionalidad en el uso de los recursos y elevar la calidad en la prestación de los servicios. Se orienta a alcanzar universalidad en la cobertura a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y el desarrollo de una red integral de servicios de complejidad creciente, con puerta de entrada en el Primer Nivel de Atención (PNA), la optimización de un sistema de referencia y complementariedad con servicios especializados de mayor complejidad.

Sin embargo, aún resulta ser excesivo el nivel de especialización de los Prestadores de Servicios de Salud, persistiendo una alta concentración de los servicios curativos sobre los de promoción de la salud y prevención de enfermedades que por demás resultan estar desarticulados y duplicados, con una infraestructura hospitalaria que por momentos resulta ser sobredemanda u ociosa, centrada más en la producción de servicios a demanda, riesgosos y poco costo-efectivos que en la continuidad de la atención y en agregar valor en términos de mejores resultados en salud.

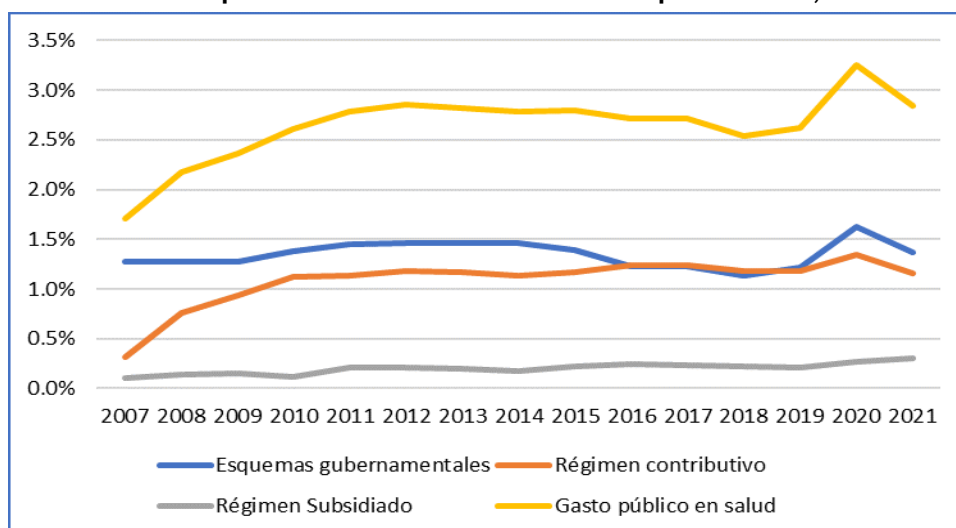
Financiamiento

Tal como señaláramos previamente, el gasto en salud en la República Dominicana es bajo en comparación con otros países de la región y, particularmente, es bajo el gasto público – sobre todo cuando lo comparamos con los países de mejor desempeño. Asimismo, el gasto en servicios primarios o del primer nivel de atención se encuentra por debajo en las comparaciones internacionales. El país requiere una inversión importante para alcanzar las metas con las que se ha comprometido.

En esta sección ofrecemos un resumen del financiamiento a la salud, con énfasis en el primer nivel de atención, utilizando las cuentas de salud que produce el Ministerio de Salud Pública y que se han publicado hasta el 2017, así como una estimación realizada por la Fundación Plenitud hasta el 2021 utilizando las cifras de ejecución presupuestaria de DIGEPRES. Para un análisis más detallado sobre el primer nivel de atención, nos basamos en datos del Servicio Nacional de Salud (SNS). (MSP, 2017; SNS, 2019-2020; DIGEPRES 2021; Fundación Plenitud, 2022).

El gasto público corriente en salud con respecto al PIB ha venido subiendo desde un 1.7% en el 2007 hasta 2.8% en el 2011, porcentaje alrededor del cual se mantuvo hasta el 2019. En el 2020, con motivo de la pandemia del Covid-19, subió un 0.7% del PIB, para situarse en un 3.2%. No obstante, se produce una importante reducción en el 2021, regresando al nivel que tenía en el año 2015, tal como puede verse en el Gráfico a continuación.

Gráfico 3. Gasto público corriente en salud con respecto al PIB, 2007-2021



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud

A pesar de que el gasto público en salud aumentó sustancialmente en el 2020, su nivel seguía siendo bajo en el contexto de la región, tal como vimos previamente, encontrándose muy lejos del objetivo del 6% del PIB firmado por el país en el contexto del Pacto 30-30-30. En el 2021, a pesar de los gastos destinados a la vacunación masiva de la población, los fondos asignados por el gobierno volvieron a niveles de años anteriores.

Del mismo modo, el presupuesto del año 2022 muestra que la intención del gobierno es regresar a los niveles previos a la pandemia, en lugar de mantener los niveles de gasto ejecutados en el 2020, y orientarlos hacia el fortalecimiento del sistema de salud, particularmente, del primer nivel de atención. Pero en lugar de eso ha ocurrido exactamente lo contrario: los fondos que se propone asignar el Servicio Nacional de Salud al primer nivel de atención según el presupuesto del 2022 ascienden al 13% del gasto de la institución.

Las prioridades de los sucesivos gobiernos que ha tenido la República Dominicana a lo largo de las décadas se orientan a preferir la atención especializada y de alta complejidad. En muchos casos, las personas llegan a necesitar esos servicios porque ha fallado la prevención de la enfermedad, no se han consumido los servicios preventivos, por desconocimiento o porque no están disponibles, ni ha habido suficiente acceso a servicios básicos.

Según el Compendio Estadístico de Cuentas Nacionales en Salud, con datos del 2004-2017, son notorios los reducidos fondos que se destinan a la atención preventiva, incluyendo los programas que son claves para enfrentar emergencias sanitarias, como la vigilancia epidemiológica y la atención a emergencias y desastres.

Capacidad de respuesta del sistema

Los avances alcanzados en las últimas dos décadas por los sistemas de salud y seguridad social en la República Dominicana ponen de manifiesto las importantes transformaciones en la organización del Sistema de Servicios de Salud, con la implementación de un Modelo de Atención que tiene como

puerta de entrada al Primer Nivel de Atención (PNA) y que asume como estrategia la Atención Primaria de Salud (APS) y, como otro logro, la universalización de la cobertura de afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS) del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), con prácticamente la totalidad de la población afiliada a uno u otro régimen de financiamiento. Según los registros administrativos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y las proyecciones de población de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), a junio de 2021 alrededor del 95% de la población dominicana (n=9.9 millones de personas) contaba con afiliación al SFS y Planes Especiales, valor que puede ser equiparado con la cobertura universal. En el Régimen Subsidiado el número de afiliados alcanzó unos 5.8 millones, mientras que en el Régimen Contributivo unos 4.1 millones y en Planes Especiales de Salud para Pensionados y Jubilados unas 96,352 personas.

Concomitantemente, ambos sistemas, como hemos referido más arriba, han venido haciendo explícito el derecho a la salud y a la seguridad social como derechos humanos, así como creando las garantías para el acceso efectivo a los beneficios del Plan de Servicios de Salud (PDSS) como un componente esencial del Sistema Dominicano de Seguridad Social. En este mismo sentido, con la gradualidad prevista por el Sistema de Seguridad Social, se ha dado continuidad y sostenibilidad a los esfuerzos encaminados para garantizar los recursos necesarios para las adecuaciones y actualizaciones del plan de beneficios, así como la indexación de las cápitas de cada uno de los regímenes vigentes.

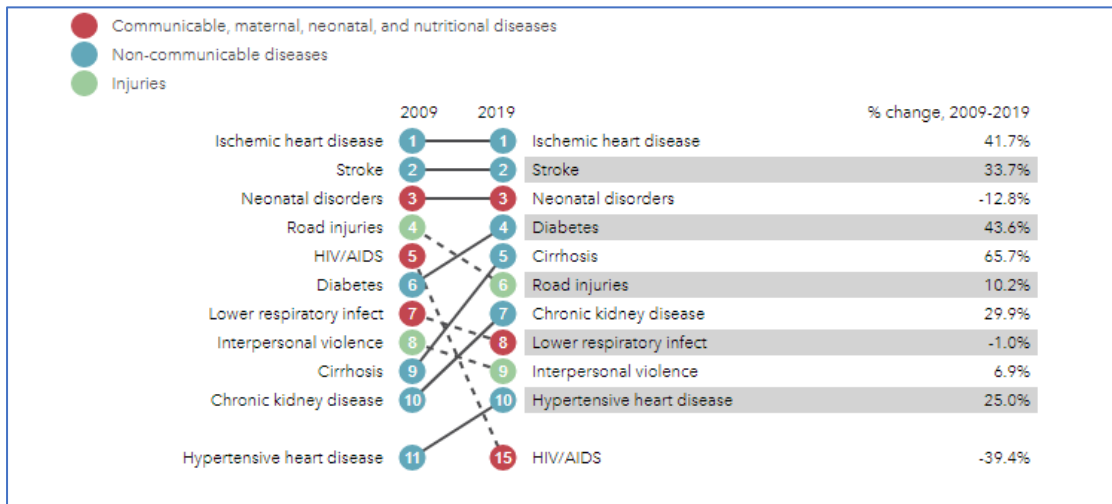
Sin dudas, estos avances, medibles en los servicios de salud y en el sistema de seguridad social en salud durante los últimos años han redundado en un mayor bienestar y un mejor estado de salud de la población, pese a los desafíos demográficos y del perfil epidemiológico, caracterizado este último por la persistencia o la reemergencia de enfermedades infecciosas y problemas de salud materno infantil propios de países en desarrollo y por el incremento simultáneo de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas de sociedades más ricas.

No obstante, los importantes avances en salud durante estas últimas dos décadas, tales como la reducción de la mortalidad infantil como consecuencia de la disminución de las enfermedades inmunoprevenibles, de la deshidratación por diarrea, de la desnutrición y de las deficiencias por micronutrientes, aún persisten amenazas en la población más vulnerable.

Teniendo en cuenta la publicación sobre carga mundial de 369 enfermedades y lesiones en 204 países y territorios, en el periodo 1990-2019, un análisis sistemático para el estudio de la carga mundial de morbilidad 2019, nos muestra que el crecimiento y el envejecimiento de la población, el número absoluto de AVAD se ha mantenido estable. Desde 2010, el ritmo de disminución de las tasas mundiales de AVAD estandarizadas por edad se ha acelerado en los grupos de edad menores de 50 años en comparación con el período 1990-2010, con la mayor tasa anualizada de disminución en el grupo de edad de 0 a 9 años. (Lancet, 2020).

Seis enfermedades infecciosas se encontraban entre las diez principales causas de AVAD en niños menores de 10 años en 2019: menores infecciones respiratorias (segundo lugar), enfermedades diarreicas (tercero), malaria (quinto), meningitis (sexto), tos ferina (noveno), y las infecciones de transmisión sexual (que, en este grupo de edad, se explica completamente por la sífilis congénita; clasificada en décimo). (Lancet, 2020).

Gráfico 4. Causas principales del número total de muertes en 2019 y el cambio porcentual entre 2009 y 2019, todas las edades combinadas



Altas tasas de mortalidad materna e infantil

En la República Dominicana, los datos del Registro Nacional de Nacidos Vivos del Ministerio de Salud (MSP) a octubre de 2019 reportan una Tasa de Mortalidad Infantil de alrededor de 16.5 por cada 1,000 nacidos vivos que, estimada al cierre de 2019, representó un valor de 23.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos², siendo la Tasa de Mortalidad Neonatal de 12.3 por cada 1,000 nacidos vivos considerando la fuente inicial del Ministerio, de 22.2 por cada 1,000 nacidos vivos según datos de Métricas de Salud Global (Lancet 2020) y de 19.4 por cada 1,000 nacidos vivos (ENHOGAR-MICS 2019), reportando que el 88% de esas muertes en menores de 1 año ocurre en los primeros 28 días de haber nacido, un incremento con respecto a mediciones anteriores. De igual modo, la Encuesta nos revela respecto a la región de residencia que la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años y la neonatal resultan ser más elevadas en la región Ozama con 38 y 28 por cada 1,000 nacidos vivos, en con menor valor están las regiones Valdesia e Higuamo con 22 y 16 ambas, respectivamente.

El primer año de vida del niño se constituye en la etapa con mayor carga de enfermedad, concentrando el 80% de todos los AVAD de la niñez, especialmente en la etapa neonatal temprana (45%)³ y post neonatal (25%)⁴ (ASIS, 2014). Algunos de los factores que inciden en la salud en esta etapa, son la disponibilidad y efectividad de la organización oportuna y con calidad de la atención perinatal y neonatal, así como aquellos relacionados con el tratamiento médico que en pocos casos requiere de alta tecnología. (OPS, 2009)

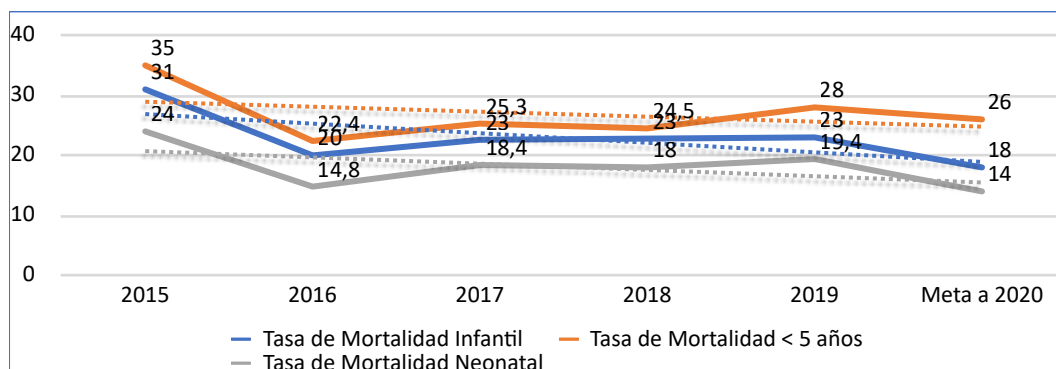
De igual modo, cabe resaltar que las principales causas de muerte neonatal siguen siendo el síndrome de dificultad respiratoria neonatal y la sepsis bacteriana del recién nacido, ambas evitables.

² <https://knoema.es/atlas/Rep%3Bablica-Dominicana/Tasa-de-mortalidad-ni%3B10s>

³ Comprende 0 a 6 días de nacimiento

⁴ Comprende 28 a 364 días de nacimiento

Gráfico 5. Comportamiento de la mortalidad infantil, neonatal y en la niñez, República Dominicana, 2015-2019



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Análisis de Situación de Salud y Monitoreo de Resultados (DASIS), ENHOGAR-2014 y ENHOGAR-MICS 2019, Métricas de Salud Global, Banco Mundial, 2019

Cuadro 2. Comportamiento de la mortalidad infantil, neonatal y en la niñez, República Dominicana, 2015-2020

Tasas*	2015*	2016**	2017^	2018^	2019***	2020^^
Tasa de Mortalidad Infantil	31	20	22.6	22.8	23.5	18
Tasa de Mortalidad < 5 años	35	22.4	25.3	24.5	28	26
Tasa de Mortalidad Neonatal	24	14.8	18.4	18	19.4	14

*por 1,000 nacidos vivos. **ENHOGAR-2014. ^Dirección de Análisis de Situación de Salud y Monitoreo de Resultados (DASIS), con datos de la mortalidad por certificados de defunción completada con datos del INACIF y del SINAVE. ***Construcción propia con datos de ENHOGAR-MICS 2019, Métricas de Salud Global, Banco Mundial. ^^ Metas Plan Nacional Plurianual Sector Público 2017 – 2020, actualizado a 2020.

De acuerdo con lo reportado en el Boletín Epidemiológico de la semana 31 del año 2021, la razón de mortalidad materna se calcula en 172 muertes maternas por 100,000 nacimientos vivos (DIGEPI, 2021). Las regiones de salud con mayor razón de muertes maternas entre la población de mujeres residentes son Región VII Cibao Occidental, Región VI Del Valle, Región V Este y Región I Valdesia. El 85% de las mujeres que recibieron atención prenatal tuvieron acceso a ese servicio antes de los 4 meses de gestación de su último hijo nacido vivo.

El 98% de los partos, fueron institucionalizados, atendidos en instalaciones de salud por personal calificado de acuerdo con los datos de ENHOGAR-2019. Igual revela que el 63% de las mujeres tuvo un parto de su último hijo nacido vivo por cesárea. El 90% de los partos en Centros privados fueron cesáreas. La tendencia de las mujeres a dar a luz a través de parto vaginal fue mayor si pertenecía al quintil bajo de riqueza, eran menor de 20 años o no tenían nivel educativo. Alrededor de 8 de cada 10 mujeres entre 15 y 49 años del quintil más alto de riqueza tuvieron un parto por cesárea. Solo 2 de cada 5 mujeres amamantaron a sus bebés dentro de la primera hora después del parto. En la Región Enriquillo es donde se observan los menores niveles de cuidado pre y postnatal de madres y niños. (MSP, 2019b)

El proceso de transición demográfica vivido por la República Dominicana se ha caracterizado por el descenso de la fecundidad y de la mortalidad general, concomitante a esto se observa un aumento de

la esperanza de vida y del envejecimiento de la población, así como un incremento de la inmigración internacional. De ahí que, la población de mayor edad tiene una proporción cada vez mayor, mientras que el peso relativo de la población infantil y joven resulta ser cada vez menor. Dinámica que ha generado importantes cambios en la estructura de edades de la población con el aumento de la población en edad productiva, el menor número de integrantes de los núcleos familiares y el acelerado envejecimiento poblacional (MSP, 2019). Así, en la medida que la disminución de la relación de dependencia contribuye a una holgura demográfica en el mediano plazo (bono demográfico), el aumento de la relación que le sigue (envejecimiento de la población) genera desafíos para las sociedades (CEPAL, 2019).

Cuadro 3. Tasa Global de Fecundidad, 1990 a 2100

Regiones	1990	2017	2100
República Dominicana	3.6	2.4	1,5
América Latina y el Caribe	3	2.2	1.6
Mundo	3.1	2.4	1.7

Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud, IHME 2019.

Publicación relacionada: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2)

La tasa global de fecundidad (TGF) para la República Dominicana es de 2.4 hijos por mujer. Este resultado es congruente con la disminución sostenida que ha venido experimentado la misma⁵. La TGF por nivel educativo y quintil de riqueza muestra notables brechas, especialmente en este último aspecto. Así, en el quintil más pobre la TGF es más elevada con 3.3 hijos por mujer a diferencia del quintil más rico que es de 1.9 hijos por mujer (ENHOGAR-MICS 2019).

La tasa de fecundidad en adolescentes es 77 nacimientos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, el promedio de la región es de 64. Siendo mayor el área rural, con 110 nacidos vivos frente a 66 del área urbana. La mayor tasa se encuentra en el Cibao Noroeste 136 por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años; mientras, la región Ozama presenta la más baja con 66 nacidos vivos (ENHOGAR-MICS 2019).

Los datos de ENHOGAR-2019 nos siguen mostrando que, a mayor nivel educativo menor tasa de fecundidad adolescente, con 33 de aquellas adolescentes que han alcanzado el nivel terciario y 162 aquellas que solo han alcanzado el nivel primario. Aquellas que pertenecen al quintil más rico muestran una tasa de 28, a diferencia de las más pobres, que alcanzan una tasa de 146 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años. El 63% de mujeres entre los 15 a 49 años, casadas o unidas, usa cualquier método anticonceptivo moderno o métodos tradicionales, a diferencia del 37% restante que no usa ningún método.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-2014), el 22% de las adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada. La República Dominicana ocupa el quinto lugar entre los países de América Latina y el Caribe en embarazos de adolescentes.

Durante 2021, la República Dominicana mantiene un reporte elevado de cifras sobre la mortalidad materna. Así, en el periodo enero-marzo, se registró un incremento de 48% respecto a igual periodo

⁵ Hacia 1950 era de 7.5 hijos por mujer, a finales de los 90's descendió alrededor de 3 hijos por mujer, llegando a 2.5 hijos en el 2010, según las estimaciones y proyecciones de población 1950-2010 de la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

en 2020. Del primero de enero al 15 de marzo, se reportaron 43 muertes maternas, mientras que en los tres primeros meses de 2020 se reportaron 29 defunciones. Igual número se registró en 2019, según las informaciones suministradas por el director del Departamento de Salud Materno Infantil y Adolescentes del Servicio Nacional de Salud (SNS). (Alvarez, 2021).

Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

La muerte materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, siendo sus causas, en su mayoría, evitables, sobre todo son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio. (WHO, 2014).

Alrededor del 70% de las muertes maternas tienen como causas directas los trastornos hipertensivos durante el embarazo, el parto y el puerperio, representan el 32%, seguidos de complicaciones del puerperio con un 16%, un 8% por hemorragia obstétrica, un 8% tras terminación del embarazo por aborto y las infecciones relacionadas con el puerperio un 5%. (MSP, 2019). Causas relacionadas principalmente con la calidad de la atención médica. El 79% de las muertes maternas ocurren en mujeres dominicanas y el 21% restante en mujeres inmigrantes (DASIS, 2017).

Enfermedades o problemas fácilmente prevenibles o controlables

La República Dominicana está experimentando cambios en los perfiles demográficos y socioeconómicos, una transición demográfica que como hemos referido se expresa en un descenso de la fecundidad y un incremento en la esperanza de vida, lo que ha producido un cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por una doble carga de enfermedad: la permanencia o el resurgimiento de enfermedades transmisibles y problemas de salud materno infantil propios de los países en desarrollo y una carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades no transmisibles (ENT), tales como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias obstructiva crónica, los trastornos mentales, las discapacidades, los accidentes de tránsito y las diversas formas de violencia interpersonal, traducen inminentes desafíos de políticas públicas y en lo atinente al rediseño o al fortalecimiento de los servicios de salud (ASIS, 2014).

Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis

Durante la semana epidemiológica 31 se notificaron 72 casos probables de dengue, de estos el 60% residen en las provincias Santo Domingo (n=23), Distrito Nacional (n=11) y Monseñor Nouel (n=9). La mayor frecuencia de casos se encuentra en el grupo de edad de 1 a 19 años, con 83% y en hombres con 61%. En las últimas cuatro semanas (SE 28 a la SE 31), se reportaron 209 casos. Los casos en 2021 suman 960, incluidas 11 defunciones no auditadas, con letalidad en 1.14%. La incidencia acumulada (IA) es de 15.16, lo que representa una disminución en la variación de la tasa de un 74%, en comparación con el mismo periodo del año 2020 (DIGEPI, 2021).

El dengue mantiene su comportamiento endémico, presentando variaciones cíclicas, estacionales y brotes periódicos, siendo su letalidad considerablemente más alta en comparación con los demás países de la región.

De igual modo, se notificaron seis casos confirmados de malaria, todos autóctonos, todos en hombres, cuyas edades estaban entre los 2 y 73 años, con una mediana de 32 años, Santo Domingo, Santiago, Cañero Este y San Juan. El total de casos en 2021 es de 151. El 56% de éstos se concentró en Los Tres Brazos. La incidencia acumulada es de 2.38 casos por 100,000 habitantes. En el primer semestre de 2021, la incidencia de malaria en la República Dominicana disminuyó un 82% con relación a igual periodo del año 2020. De igual modo, no se ha detectado circulación de otros arbovirus como el virus del Zika y Chikungunya.

Así mismo, se reportaron seis casos sospechosos de leptospirosis incluyendo dos defunciones. El 83% se presentaron en hombres con edades entre los 13 y 24 años, con una mediana de 14 Años. Se produjeron dos defunciones en hombres con edades de 13 y 24 años, respectivamente, residentes en los municipios de Samaná y Santiago. Durante las últimas cuatro semanas (SE 28 a la SE 31), se reportaron 24 casos sospechosos para un acumulado de 132 casos. El 67% con residencia en Santo Domingo Norte (n=3), Santiago (n=3), Santo Domingo Oeste (n=2), Santo Domingo Este (n=2), Samaná (n=2), Nagua (n=2) y Bayaguana (n=2). La incidencia acumulada (IA) es de 2.08 casos por cada 100,000 habitantes. Una reducción significativa a lo observado durante 2018-2020.

En la República Dominicana se observa una notable reducción de las notificaciones del cólera y la rabia humana, durante 2019, 2020 y 2021 no se tienen reportes de estas enfermedades de notificación obligatoria. Con relación a la rabia humana, en 2018 se registraron 4 casos, tres en Pedernales un caso en Santiago. Las coberturas de vacunación en animales (perros y gatos) han descendido de 78% en el 2015 a 41% en 2018. Durante el 2019, la cobertura alcanzó un 59%, en una población animal a vacunar estimada en 2.1 millones. (MSP, 2019c)

Si bien la incidencia de todas las formas de tuberculosis ha venido en un progresivo descenso, pasando de 44.8 casos por 100,000 habitantes en 2015 a 39.5 casos por 100,000 habitantes en 2018 y 36.5 casos por 100,000 habitantes en 2019 (SNS,2020), se requiere mayor esfuerzo en la captación. De acuerdo con la información suministrada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, la tasa de mortalidad estimada para el país es de 2.4 por cada 100,000 habitantes, sin incluir la Coinfección TB/VIH. Cuando se analizan incluyendo la Coinfección TB/VIH la tasa estimada es de 4.9 por cada 100,000 habitantes. En 2019 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 3.2 por 100,000 habitantes sin los coinfectados. Cuando se incluyen los VIH esta tasa se incrementa a 4.8 por 100,000 habitantes. La letalidad es de 8.3% (DIES, 2019).

Para el VIH/SIDA se registra una prevalencia de 0.9% en población de 15 a 49 años (MSP, 2018). La cobertura antirretroviral para las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) aumentó del 51% en 2010 al 56% en 2018. Unas 1,200 muertes se debieron al VIH/SIDA (ONUSIDA, 2018). Por su parte, los registros de mortalidad por esta causa se incrementaron en 2018, sin embargo, por el estigma esta causa es mal consignada en el certificado de defunción, calculándose un subregistro del 43%.

Con respecto a las enfermedades prevenibles por vacuna no se han notificado casos probables de Polio, Sarampión o Rubéola. Con respecto al tétanos, hasta la SE 31 se habían notificado 26 casos,

incluyendo nueve fallecimientos, para una letalidad de 35%. El 62% (n=16) de los casos reportados corresponden a Santo Domingo (n=7), Santiago (n=5), Puerto Plata (n=2) y San Cristóbal (n=2). Los más afectados son hombres en el 85% (n=22) de los casos. Tampoco se reportaron casos de tosferina. Unos seis casos acumulados que incluyen una defunción, para una letalidad de 16.6%. La incidencia acumulada es de 0.11 casos por 100,000 habitantes, representando un incremento de la variación de la tasa de un 69%, en comparación con el mismo periodo del año 2020. El 83.3% (n=5) de los casos son mujeres y pertenecen a San Cristóbal, Santiago, La Vega, Hermanas Mirabal y Distrito Nacional. En esta semana no se registraron casos probables de difteria. Hasta la semana 31 se han notificado un total de 13 casos confirmados, incluidas diez defunciones, para una letalidad de 77%.

El Programa de Inmunización de la República Dominicana incluye la cobertura contra 15 enfermedades prevenibles por vacunación. La BCG se constituye en la única vacuna con cobertura superior al 95%. Durante el periodo 2016-2018, la cobertura de DPT3 pasó del 86% al 93.5% en la población < 1 año. La cobertura alcanzada por la vacuna contra el sarampión y la rubeola en 2018 representó el 95.3% de la población < 2 años. La cobertura de inmunización contra la polio es de 88.5% en 2018. Durante 2019 las coberturas se mantuvieron por encima del 90%.

Hacia agosto de 2021, unos 344,495 casos por coronavirus fueron confirmados, de estos 344 son nuevos, los casos recuperados suman 326,857. El total de defunciones fue de 3,974, para una letalidad de 1.15%. Con respecto a los grupos de riesgo, los casos corresponden a trabajadores de la salud (n=1,409), embarazadas (n=1,195) y menores de 20 años (n=38,050). La incidencia acumulada es 3,297.08 casos por 100,000 habitantes. Las provincias que presentan mayor incidencia acumulada son el Distrito Nacional con 9,003.28, La Romana con 4,635.41, Hermanas Mirabal con 3,538.87 y Santiago con 3,290.47.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte en la Región de Las Américas y engloban un grupo de enfermedades responsables de alrededor de cuatro de cada cinco muertes al año y, además, de fallecimientos en edades tempranas. Se prevé que estas cifras aumenten en las próximas décadas como consecuencia del crecimiento de la población, el envejecimiento, la urbanización, y la exposición al medio ambiente y a los factores de riesgo.

En la República Dominicana se encuentran dentro de las diez principales causas de muerte, representan el 75% de las defunciones en el mundo (OMS, 2020). De todas las muertes por ENT, tanto en hombres y mujeres con edades de 15 a 59 años, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias son las cuatro principales causas de muerte. Las enfermedades cardiovasculares representan el 16% del total de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), las neoplasias el 8%, la diabetes y las enfermedades renales alrededor de un 6%, los trastornos mentales un 5% y los trastornos musculoesqueléticos un 5% del total de AVISA. (IHME, 2021)

Según datos de la Health Metric (IHME, 2019), analizados por la DASIS en el informe sobre los avances de indicadores trazadores para el cuarto trimestre de 2020, la tasa de mortalidad por ENT ajustada por edad es de 440.5 por 100,000 habitantes (IC95% 264.1 a 694.9). la mayor proporción de

muerres es relacionada a enfermedades cardiacas isquémicas 21.7(IC95% 19.4 a 23.7), seguido de la enfermedad vascular cerebral con 11.5% (IC95% 9.5 a 13.7).

Accidentes y violencia

Las causas externas representan el 13% de todas las muertes registradas por año en la República Dominicana. En términos de carga de enfermedad constituyen el 14.3% de los AVISA en la población nacional (IHME, 2021). En 2018 la tasa de muertes por homicidios fue de 10.3 por 100,000 habitantes, mientras que la tasa de muertes in situ por accidentes de tránsito fue de 29 por 100,000 habitantes. La mortalidad debida a suicidios fue de 6.25 por cada 100,000 habitantes. (IHME, 2021).

De acuerdo con los datos de la Health Metrics de 2010 y 2019, el porcentaje del total de muertes que representan las lesiones provocadas por accidentes de tránsito pasó de 2.59% a 2.26%, una variación de -12.75%. Los accidentes de tránsito y las enfermedades cardiovasculares superan los valores reportados en América Latina y América Septentrional (Estados Unidos y Canadá), constituyéndose en un importante reto a enfrentar en el mediano plazo, dadas las repercusiones en tiempo de vida en años perdidos, por cada 1000 habitantes que representan ambos.

De igual manera, se evidencian importantes desafíos en materia de desigualdad entre géneros y de empoderamiento de la mujer, situándose el Índice de Desigualdad de Género de la República Dominicana en 2019 fue de en 0.455, ocupando el puesto 112° de 162 países analizados (PNUD, 2020). La violencia de género observa indicadores a niveles muy preocupantes, habiendo aumentado los casos de violencia de género más de un 122% entre 2015 y 2019, posicionándose como uno de los países de la región con más incidencia de feminicidios. Sin embargo, su posición regional con relación al Índice mejoró, escalando cuatro posiciones en el ranking, superando a países como Brasil, El Salvador, Paraguay y Guatemala desde la primera edición (MEPyD, 2020).

V. DIAGNÓSTICO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

5.1 Abordaje metodológico

El Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana hacia 2012 dentro de los servicios a ser prestados por la empresa consultora Consorci de Salut i Social de Catalunya, Consultoria i Gestió, S.A., para la asistencia técnica en el proyecto de Adecuación del Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud, implementó una metodología basada en la identificación del cumplimiento de los atributos esenciales para el adecuado funcionamiento del PNA en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en el Modelo de Atención.

A tales efectos, se revisaron los documentos oficiales del Modelo de Atención y sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) publicados por el Ministerio de Salud Pública entre 2012 y 2019 y se consultaron expertos nacionales, usando los criterios de valoración de las Redes Integradas de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

La revisión teórica y documental respecto de las RISS y del Primer Nivel de Atención fundamentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) facilitó una clara delimitación de los componentes y atributos básicos que la OPS ha propuesto, conceptual y funcionalmente, para caracterizar los Sistemas de Salud.

Una red de servicios integrales de salud se define como un conjunto de organizaciones que ordenan o proveen un continuo de servicios coordinados a una población definida y asumen como corresponsables los resultados asistenciales y económicos de la prestación, así como de las mejores respuestas en atención a las necesidades de salud a lo largo del curso de vida de la población beneficiada (Schortell et al, 1993).

De ahí que, la construcción del concepto nos trae la idea de un entorno de organización con procesos asistenciales orientados a generar valor y mejores resultados en salud, respondiendo de forma efectiva y eficiente a las demandas y coberturas de la población asegurada en el ámbito más idóneo. Y ello significa revisar de forma sistemática todas las actividades transversales que aportan un valor relevante en términos de conocimientos y recursos, información al paciente y modalidades de acceso, entre otros. Así como el itinerario del paciente desde la prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y seguimiento, con lo cual se procura una mejora de la eficiencia global en la prestación de los servicios y de la continuidad de la atención, mejorando la coordinación de los servicios y la integración asistencial (Antares, 2019).

La Organización Mundial de la Salud en su enfoque de cobertura universal plantea, además, la necesidad de coordinación intersectorial en procura de mejorar las condiciones de salud de la población y maximizar la equidad. Bajo este enfoque, las intervenciones realizadas a favor de la población se enmarcan bajo el derecho a la salud, como principio rector del Sistema de Salud, configurando estructuras y funciones que se orientan a garantizar el pleno goce de ese derecho, al logro de mejores resultados en salud, mayor equidad sanitaria y protección contra los riesgos económicos.

La OPS ha identificado como atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de las redes de servicios de salud considerando los distintos contextos en que operan los Sistemas de Salud, agrupados en 4 ámbitos de aplicación y 14 atributos de abordaje en:

Modelo asistencial

Este primer componente refiere lo relacionado con la estructura que da cobertura a las necesidades y demandas de salud de la población. Esto es, infraestructura, cartera u oferta de servicios, coordinación intersectorial. Recoge seis atributos:

Población y territorio a cargo y definidos, con amplio conocimiento de su base territorial y de las necesidades de salud de la población dentro del área geográfica de cobertura.

Extensa red de establecimientos de salud, para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a la población bajo el ámbito de influencia. Esto implica la integración efectiva de los servicios individuales y de salud colectiva.

Primer Nivel de Atención multidisciplinario, definido como la puerta de entrada al Sistema y a los beneficios que ofrece el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud del Seguro Familiar de Salud, en la cual deben resolverse la mayor parte de las necesidades sanitarias a la población de referencia y de coordinación de la atención a lo largo del curso de vida.

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, basada en la mejor evidencia científica, en respuesta a las necesidades de la población y organizada en función de prioridades según criterios de oportunidad, equidad y eficiencia y en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.

Mecanismos de coordinación asistencial, a lo largo de todo el continuo asistencial, a través de mecanismos que faciliten un estándar de atención a toda la población en cualquier punto de contacto de la red. Se releva la importancia de las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención la interdisciplinariedad y la aplicación de mecanismos de referencia y contra referencia.

Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, con un enfoque de cuidado holístico que incorpora como abordaje el cuidado del individuo en su contexto familiar, social y cultural, así como lo atinente al reconocimiento de los derechos y deberes ciudadanos.

Gobernanza y estrategia

Este componente hace referencia a la estructura, organización, composición, funcionamiento y control de la red; definiendo el alcance, las metas y los objetivos que deben cumplirse para el logro de los resultados.

Sistema de gobernanza único para toda la red, instituir un formato centralizado de organización administrativa y de gestión pública, emprendedor y orientado al logro de resultados, que se considera

es necesario y apropiado para asegurar la costo-efectividad y la calidad de los programas públicos, propendiendo a una mayor aceptación social y una mayor confianza de la población.

Participación social amplia, este atributo tiene una alta correspondencia con el nivel de desarrollo alcanzado por las comunidades y con sus niveles de empoderamiento y compromiso.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud, que desarrolla la coordinación interinstitucional para el abordaje de los factores condicionantes de la salud de la población en general, promoviendo colaboración, armonización y sinergia de las competencias técnicas y habilidades gerenciales en procura de una mayor integración de los logros en el ámbito particular de actuación de los servicios de salud con lo esperado por las políticas públicas.

Organización y gestión

Refiere sobre los procedimientos que a lo interno de la red favorecen el manejo de los sistemas de apoyo al cuidado de las poblaciones. Tiene que ver con los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, los recursos humanos y los sistemas de información utilizados en la red. La puesta en práctica de éstos en todos los niveles del sistema se orienta a lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrollar mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad (OPS, 2007). En el mismo se contemplan cuatro atributos:

Gestión integrada de sistema de apoyo clínico, administrativo y logístico, donde prima como modelo de gestión la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional, con sistemas enfocados hacia la mejora continua de la calidad.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red, que establece criterios para la valoración no solo de la cantidad sino también de la calidad adecuada de los profesionales y técnicos de la salud para satisfacer las necesidades y expectativas de la población bajo su ámbito de actuación.

Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes. Refiere a un sistema único, estandarizado e integrado que provee datos para la toma de decisiones y para el seguimiento y monitoreo a todos los miembros de la red.

Gestión basada en resultados, en procura de asegurar que los procesos organizacionales y de servicios estén alineados hacia el logro de los objetivos. Este atributo, además, promueve el seguimiento, el monitoreo y la evaluación procesos, productos y servicios a fin de que contribuyen con el logro de resultados claramente definidos. Provee un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de prestadores, gestores, aseguradoras y decisores de política.

Asignación e incentivo

Este componente está asociado con la integración de los recursos financieros al logro de los objetivos globales, con los aspectos relacionados a la rendición de cuentas, la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas como medidas efectivas en procura de mayor eficiencia de la red. Su atributo:

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red, ha sido definido como un sistema de incentivos y de rendición de cuentas que promueven la integración de la red como un todo; se responsabiliza a cada unidad operativa de los costos de la atención; define un presupuesto por objetivos globales que procura mayor flexibilidad y movilidad de los recursos dentro de la red.

Metodología de análisis

Este diagnóstico revisa la información disponible en fuentes secundarias relacionadas con las iniciativas observables dentro del Sistema de Salud para cada uno de los componentes y aquellas de origen primario o bases de datos. El análisis permite, por un lado, identificar y analizar críticamente aquellas realidades, intervenciones o estrategias que caracterizan los servicios de salud, en especial el Primer Nivel de Atención de la República Dominicana y, por otro, señalar las brechas y ausencias que deben ser consideradas para su implementación.

La revisión documental hace acopio de las leyes fundamentales Ley No.42-01 y Ley No.87-01, sus normas complementarias, Ley No.001-2012, sobre la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030, Ley No.123-15, que crea el Servicio Nacional de Salud, Decreto No.1138-03, Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud, Decreto No.379-2014, sobre Separación de Funciones y Desconcentración del Servicio Nacional de Salud, Decreto No.732-2004, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Decreto No.249-06, que aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud, , Decreto No.434-07, Reglamento de Provisión de las Redes de Servicios Públicos de Salud, Resolución No.00026-2015, que pone en funcionamiento el Modelo de Atención, Resolución No.000022-2015, que ratifica el Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud, Resolución 000002-2016, que ordena habilitar en forma provisional los centros de salud públicos a nivel nacional (Prestadoras de Servicios de Salud o PSS), Disposición No.000004-2016, que aprueba la estructura organizativa y funciones de las expresiones territoriales desconcentradas del Ministerio de Salud Pública, Modelo de Gestión de Intervenciones de Salud Colectiva, del Ministerio de Salud Pública de 2017, Plan Decenal de Salud 2006-2015, Línea de Base Atención Integral en Salud, de 2015.

Una limitación de la metodología de este diagnóstico es que las fuentes de información utilizadas no han sido evaluadas ni validadas, sino que se ha asumido que reflejan la realidad de los servicios de una forma adecuada.

5.2 El primer nivel de atención en RD

El curso que llevan los Servicios de Salud de la República Dominicana a partir de la aprobación y puesta en funcionamiento del Servicio Nacional de Salud ha favorecido una dinámica institucional con capacidad para conducir y alinear la organización y la gestión para asegurar una adecuada prestación de servicios de salud y el logro de los objetivos trazados por la autoridad sanitaria nacional y los gestores de servicios en los distintos ámbitos de influencia.

El Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria tiene el papel fundamental en la instrumentación de esta política y la reorientación de los servicios de salud teniendo como base los valores y principios de la Atención Primaria de Salud (OMS, 2008).

Modelo asistencial

La valoración de los atributos vinculados con este ámbito muestra que, si bien se ha definido la población y territorio a cargo, aún existen deficiencias para integrar de manera efectiva los servicios de salud, toda vez que los logros alcanzados en este sentido son más de los procesos macro.

No obstante, en el nivel subnacional hay retrasos importantes en la identificación de las poblaciones de referencia en cada Región de Salud y en las unidades básicas asistenciales. Realidad ésta que queda de manifiesto cuando se observa que el 54% de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) disponen de datos de familia, viviendas y de la población dentro del territorio. Las Regiones El Valle, Cibao Occidental y Norcentral concentraron los mayores porcentajes de éxito, con 97%, 82% y 79%, respectivamente (Jiménez, Guerrero y Alcántara, 2015). Un 16% de las UNAP no dispone de estos datos, así los Servicios Regionales de Salud Metropolitano, Nordeste y Valdesia son los que mayor deficiencia presentan con un 33%, 28% y 17%.

Alrededor del 34% de las UNAP tiene elaborado un plan para identificar la población con barreras de acceso y solo un 23% ha identificado las barreras geográficas.

Para garantizar acceso a los servicios de salud las UNAP deben estar ubicadas próximas a la población a la que darán servicios; para ello es necesario identificar y asignar un número de familias que el equipo de salud pueda intervenir para dar respuesta a sus necesidades y demandas entregando una cartera u oferta de servicios con criterios de oportunidad y calidad.

En este tenor, la cartera de servicios debe responder a las necesidades de salud de la población. Sin embargo, apenas una cuarta parte de las Unidades de Atención Primaria dispone de un análisis de situación de salud. De ahí que, el atributo población y territorio definido y Primer Nivel de Atención demandan de un territorio definido y sectorizado, para la toma de decisiones clínicas y de gestión, con la consiguiente cobertura de atención una vez se reconoce la potencial demanda de servicios de salud en la población.

El Primer Nivel de Atención aún no dispone de manera global de un mapa digital georreferenciado donde pueden ser identificados los sectores y su asociación a un área de servicios complementarios a la red y la población priorizada. Alrededor del 96% de las UNAP tiene definido sus límites y un 88%

cuenta con un mapa o croquis no digitales del área de influencia (ADESA, 2019). Sin embargo, su confiabilidad al momento del análisis de riesgos y de la morbilidad es baja y poco sirven como instrumento de gestión y control.

Es una red de Servicios de Salud que adolece de un sistema de información. Los datos y la información que se genera a partir de los mismos carecen de la fortaleza suficiente como para responder eficazmente en los procesos de toma de decisiones de gestión y planeación de los servicios; a partir de lo generado del procesamiento manual de estos datos no se puede elaborar proyecciones sobre necesidades, demanda y futura recomposición de la cartera u oferta de servicios.

Dentro de este contexto, la ficha familiar sigue siendo el instrumento a partir del cual se podría acceder a información valiosa de cada familia dentro del sector de influencia de la Unidad de Atención Primaria (UNAP) en el Primer Nivel Atención. Sin embargo, su actualización es tardía, reactiva o inexistente, con lo cual limita su potencial en el análisis de la demanda y de coordinación clínica asistencial.

Un aspecto de especial relevancia en la organización y gestión de los Sistemas de Salud es contar con un sistema de gestión robusto que le permita mejorar sistemáticamente la prestación de servicios dentro de criterios de oportunidad, seguridad, calidad y satisfacción, respondiendo a las necesidades y demandas de la población. A nivel local, se han hecho esfuerzos por establecer un programa de gestión clínica para el registro informatizado en el Primer Nivel de Atención, demandando aún la mejora de su funcionalidad y el fortalecimiento de los profesionales sanitarios involucrados en el mismo.

Si bien el Primer Nivel de Atención dentro del Modelo de Atención debe focalizarse en el conjunto de la población, lo cierto es que, en general, el dimensionamiento de la oferta de APS se ha focalizado en la población prioritaria y no en toda la población. En este sentido, los Servicios Regionales de Salud aún muestran brechas de cobertura en el Primer Nivel de Atención, presentando deficiencias en la conformación de los equipos multidisciplinarios para la atención inicial y para los servicios complementarios de atención especializada y hospitalaria.

El desarrollo de la oferta de APS no es homogéneo en todas las Regiones de Salud y en muchas de ellas no se han alcanzado las metas de cobertura planteadas, pese en algunas se han logrado acuerdos con el sector privado, en especial con Asociaciones Sin Fines de Lucro (ASFL).

En la República Dominicana, el acceso a servicios de salud con capacidad de respuesta a las necesidades de individuos y familias ha sido tradicionalmente deficiente. Observándose que la falta de cumplimiento de este objetivo ha estado asociada a aspectos organizativos, de disponibilidad de recursos, de competencias, motivación, incentivos, remuneraciones y satisfacción laboral del personal involucrado, entre otros, aún no resueltos (CENISMI, 2008). Nuestra revisión documental no muestra una distribución equitativa de los servicios de salud en función del territorio y del tamaño de población que establece la norma, ni se han desarrollado mecanismos efectivos que aseguren una prestación de servicios de salud con la calidad que supone basarse en la mejor evidencia científica y el uso de las tecnologías más costo-efectivas.

Esto es, el acceso al Primer Nivel de Atención como primer contacto dentro del Sistema, tal y como queda establecido en el Modelo de Atención, se enfrenta con la realidad de una red de servicios integrales deficitaria que solo está en capacidad de absorber alrededor de una tercera parte de los contactos y de la actividad global ambulatoria de la Red Pública (CSC, 2012).

La red pública de salud está conformada por 1,835 establecimientos, de los cuales 1,650 son establecimientos de Primer Nivel de Atención (PNA) y 185 de nivel especializado. Los establecimientos de Primer Nivel de Atención comprenden un total de 1,341 Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA), 214 Consultorios, 64 Centros Diagnósticos y 31 Centros de Zona. Esto significa que más del 80% de la infraestructura de salud pública está disponible para la Atención Primaria en el PNA que, sin embargo, normativamente traduce una brecha importante en términos de la inversión en infraestructura y en recursos de salud, toda vez que no se completa la sectorización o que la existente requiere de ajustes conforme a los cambios demográficos y geopolíticos vividos por la República Dominicana en las últimas décadas.

Una serie de factores intervienen en la funcionalidad u operatividad del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada y de coordinación y articulación de la asistencia. Tal es el caso de la baja competencia y capacidad resolutoria del personal y de los equipos de salud en el Primer Nivel de Atención, cuestionando su rol como gestor del paciente, facilitando el acceso directo al especialista y reforzando la idea del acceso inicial al especialista.

Además, de estos aspectos relacionados con el dimensionamiento de la red, su habilitación y su cobertura, se suman la falta de programación de citas, la baja disponibilidad de tiempo útil para la atención a la demanda, para la labor comunitaria y para la atención programada, que limitan a una 1.5 visitas promedio por persona por año. Elementos éstos que mueven al interés de disponer de recursos humanos y físicos necesarios para responder a la realidad que viene planteando el incremento de la cobertura de afiliación en ambos regímenes de financiamiento y en especial la población afiliada al Régimen Contributivo que demanda servicios en este nivel de atención bajo el régimen de financiamiento por aseguramiento en salud.

Concomitantemente al crecimiento de la población, su estructura y composición, la carga de enfermedad, su distribución, su inserción social y laboral no ha habido una mejora de la calidad en la gestión, en la especialización y multidisciplinariedad del recurso humano, en la conformación de la cartera u oferta de servicios, en los dispositivos (guías prácticas clínicas y protocolos) para la atención a la enfermedad y en lo atinente al acceso a tecnologías en salud costo-efectiva en niveles especializados y de apoyo, todo lo cual ha incidido negativamente en los resultados y por ende en los aspectos reputacionales de este Nivel de Atención y, por tanto, en la aceptación por la población bajo su área de influencia o adscrita a la misma.

Gobernanza y estrategia

La implementación e institucionalización de un modelo de gobernanza de la red de servicios y de gestión del Primer Nivel de Atención, apoyará la mejora continua de la organización de los recursos y del desempeño de los Servicios Regionales. Su instauración contribuirá a continuar fortaleciendo la

política de acceso universal y apoyar la gestión efectiva de servicios de calidad con el fin de responder a las necesidades de salud de la población.

La red de servicios cuenta con un órgano de gobernanza que garantiza la gestión integral para la planeación, financiamiento, operación, control, evaluación de resultados y rendición de cuentas. Su funcionamiento es sistemático y permanente dentro de la Red. El gobierno de la red está bien definido, pero faltaría detallar un modelo adicional de gobierno suprarregional. Asimismo, es imprescindible desarrollar más en detalle algunos elementos de vital importancia para la gobernabilidad del territorio, como la financiación (OPS, 2017).

El gobierno único de la red recae en las Direcciones Regionales de Salud, sin embargo, la posibilidad de cumplir efectivamente con este atributo se ve afectado por la falta de integración de los recursos, porque los hospitales no responden aún a este tipo de gobierno y el gobierno sobre el Primer Nivel de Atención sigue siendo parcial, porque el Ministerio de Salud Pública asigna directamente recursos al interior de la red y porque el Seguro Nacional de Salud (SENASA) tiene contratos o acuerdos de compra y venta de servicios y paga directamente a establecimientos de la red.

En otro orden, el enfoque predominante en el sistema, centrado en la enfermedad, y la inadecuada resolución de problemas en el Primer Nivel de Atención, han impactado en la calidad de los servicios de atención especializada en general y en los procesos de cogestión entre los niveles de atención, apartándose de la atención integral esperada en la red de servicios. A su vez, las intervenciones sobre los determinantes de salud, desde la salud colectiva, en el ámbito de actuación de las Unidades de Atención Primaria, se han visto afectadas negativamente en todo el sistema de salud, repercutiendo en el acceso y en la calidad de los servicios destinados a mantener o mejorar el estado de salud de la población, encareciendo el gasto en salud por el Estado y las familias (Jiménez et al, 2015).

Organización y gestión

Se ha previsto dentro del Modelo de Atención los niveles de atención se articulen entre sí y con los actores de asociados con la red, de tal manera que diseñen y ejecuten procesos asistenciales eficientes y efectivos, en los cuales se capitalicen sus distintas capacidades y tecnologías para la resolución de los problemas de salud, de manera integral, integrada, equitativa y de calidad para su población territorial de referencia.

La coordinación y la correcta ejecución de los procesos del continuo asistencial requiere de acuerdos de gestión internos, donde queden delimitados los roles y tareas de los diferentes profesionales en los niveles de atención, así como la debida organización para la asistencia. De ahí que, se ha dado especial relevancia a la normalización de las prácticas de los profesionales a lo interno de la red, potencializando la estandarización de los procesos y resultados asistenciales.

Entre los mecanismos de normalización tenemos las guías de práctica clínica, los mapas de atención y las guías farmacológicas. En todos los casos se trata de instrumentos que facilitan la toma de decisiones y disminuyen la incertidumbre y la variabilidad de la práctica clínica para mejorar así la calidad de la asistencia prestada.

En general, la organización asistencial se complementa con los dispositivos de referencia de las UNAP con los hospitales de segundo nivel y estos, a la vez, con los de tercer nivel. Así como con las normas de circulación en la red, donde se establecen criterios homogéneos de funcionamiento, mediante el desarrollo de normas de uso y acceso a los recursos en la atención clínica, para las solicitudes de medios y pruebas diagnósticas, servicios administrativos, información y servicios específicos (CHC, 2012).

En este ámbito la información para la organización y gestión de la red en cualquiera de sus niveles de actuación y para la evaluación de resultados debe asumirse a través de un Sistema de Información estandarizado, homogéneo y compatible con el Sistema de Información del Servicio Nacional de Salud, a los fines de garantizar una información oportuna, pertinente y de calidad.

La organización y gestión de red extiende sus bases sobre la planificación y el control de los elementos asistenciales con el objetivo de garantizar una adecuada calidad de servicio sobre un determinado costo; busca mejorar la disponibilidad, rendimiento y efectividad de en la prestación de los servicios (Barba Martí, 1999).

El Modelo de Atención ha establecido como unidad básica asistencial de la red a las Unidades de Atención Primaria en el Primer Nivel de Atención (UNAP), con incidencia en la población de un Sector que interviene a una población constituida por 500 a 700 familias, dentro de la extensión que delimita cada Zona de Salud en las que se agrupan los Sectores, abarcando una población de 50,000 habitantes, con las UNAP que corresponderían y al menos un Centro de Atención Primaria (CAP). Este conforma el ámbito físico de encuentro y coordinación de los profesionales de las diferentes UNAP de la Zona e integra servicios comunes de apoyo, como especialidades básicas, servicios de apoyo diagnóstico, atención al usuario y urgencias de media complejidad. La organización asistencial se complementa con los dispositivos de referencia de las UNAP, hospitales de segundo nivel y de tercer nivel, entre otros.

La articulación de la organización asistencial y directiva se enmarca en ámbitos de gestión denominados Áreas de Salud que subdividen las Regiones en concentraciones poblacionales de unos 500,000 habitantes y en los que quedan agrupadas las Zonas de Salud con sus consiguientes efectores, destacándose que los hospitales cuentan con su propia lógica de funcionamiento interno y una jerarquía mínima de autoridad y de dirección.

Las Regiones de Salud, por su parte, cuenta con una estructura regional central y estructuras gestoras y articuladoras territoriales que, como hemos referido, se denominan Áreas de Salud. El Área de Salud cumple de esta manera una cierta función gerencial y administrativa desconcentrada por delegación del ámbito central regional y, asistencialmente tiene la función específica de organizar el nivel especializado y articular las relaciones entre el Primer Nivel de Atención y los servicios complementarios, así como la gestión en su territorio de los procesos administrativos, gestión de recursos humanos, servicios generales, sistemas de información, prestación farmacéutica y la gestión de usuarios, entre otros. Está facultada a la vez para establecer acuerdos con organismos desconcentrados del Ministerio de Salud Pública para la articulación de las políticas y programas.

En tal contexto, las relaciones funcionales entre los diferentes agentes se establecen mediante acuerdos y convenios. La Dirección Regional establece convenios con el Ministerio y contratos con las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y con el sector privado vinculado a la prestación de servicios. A lo interno de la red, las Direcciones establecen acuerdos de gestión con las Áreas y con los Hospitales Regionales. A su vez las Áreas establecen acuerdos de gestión clínica con las Zonas de Salud y los hospitales de segundo nivel y los hospitales de Área.

Transcurridos unos seis años de la promulgación de la Ley No.123-15 sobre separación de funciones, aún no se logra la integralidad esperada de la red de servicios de salud y la descentralización de la función de prestación y de autonomía de gestión. Sin embargo, las Direcciones Regionales de Salud asumen una alta capacidad de decisión sobre los recursos provenientes de los acuerdos con el SENASA, como pago por los servicios prestados a la población del Régimen Subsidiado dentro del ámbito del territorio de influencia de estos.

Las Direcciones Regionales de Salud sólo reciben del SENASA un pago capitado por los servicios prestados en el Primer Nivel de Atención, no así los pagos por la atención especializadas en el ámbito hospitalario donde los desembolsos se hacen directamente a los hospitales.

Aún persisten aspectos por cumplir en torno al desarrollo de las estructuras organizativas internas de articulación de la red, tales como los acuerdos de gestión entre los diferentes efectores vinculados con la prestación de los servicios de salud y los niveles gerenciales, de tal suerte que los recursos asignados que permiten la toma de decisiones se vinculen a resultados.

Las Áreas de Salud no cuentan aún con las unidades de apoyo necesarias de acuerdo con lo establecido por el Modelo de Atención, en especial aquellas vinculadas a la articulación de la atención. Se han resaltado deficiencias en la homogeneidad de los criterios para la asignación de población a cada Área además de su dispersión geográfica y patrón epidemiológico, ya que las Áreas definidas en las Regiones no se adaptan en algunos casos a la normativa establecida.

No se dispone de cuadros de mando regionales, de manera homogénea y sincrónica, que permitan garantizar la integración de la información necesaria para ejercer un gobierno único.

El Primer Nivel de Atención es la oferta asistencial pública de mayor crecimiento en todos los ámbitos del territorio nacional y, en la medida que se consolidan los vínculos con el Seguro Nacional de Salud, la condición de puerta de entrada al Sistema y a los beneficios que otorga el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud se establece como una categoría normativa y funcional. Sin embargo, aún continúa la resistencia al desarrollo de este nivel de atención por parte de los niveles especializados.

Los equipos directivos y de atención en el Primer Nivel de Atención han asumido la orientación hacia la persona, la familia y la comunidad desde la visión de la Atención Primaria de Salud y de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, la actividad asistencial en este nivel de atención es más reactiva, más orientada a lo curativo, pero con tendencia a hacia la detección temprana de pacientes con enfermedades crónicas que requieren especial seguimiento, cobrando mayor interés el llenado de las fichas familiares y la elaboración de croquis para su localización y seguimiento.

Se ha señalado como un elemento importante a considerar en la organización y la gestión de la calidad en el Primer Nivel de Atención la disponibilidad de recursos para la atención, revelándose que algo más del 50% de las Unidades de Atención Primaria de Salud cuentan con plantas físicas y conexos adecuados. Algunas diferencias pueden ser observadas en algunas Direcciones Regionales, en las que el Servicio Nacional de Salud ha intervenido con la adecuación y construcción de las plantas físicas, en las Direcciones Cibao Occidental y Enriquillo con un 36.4% y un 46.7% de las UNAP, respectivamente, de acuerdo con el estudio de línea base. (Jiménez et al, 2015)

Por su parte, ADESA, recoge las denuncias que dan cuenta sobre las deficiencias notables y falta de planificación en los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA), algunos de los cuales aún no funcionan después de uno y dos años de inaugurados. Refiriendo que existen otros Centros con equipos sin operar por falta de personal entrenado y debidamente capacitado. El 69% de los locales que alojan los CPNA son propiedad estatal, un 17% son locales alquilados y el 14% restante han sido construidos por la comunidad. Alrededor del 45% de los Centros analizados por el equipo de ADESA, muestran limitaciones de espacio físico, observando la falta de estándares mínimos relacionados con la infraestructura y la baja inversión en infraestructura y equipamiento para la habilitación de estos establecimientos por parte del Estado.

El estudio de línea base muestra que el 60% de las Unidades de Atención Primaria cuenta con mobiliario y el 70% con equipamiento, brechas que requieren ser llenadas dadas las dificultades que ello implica para el adecuado funcionamiento de los servicios y para el alcance de los resultados esperados. Las Direcciones Regionales con mayores dificultades en este sentido son el Este, Cibao Occidental y Enriquillo.

En otro orden, se destaca la pobre identificación del recurso humano con la organización, menos de la mitad del personal de las UNAP conoce el manual de organización y funciones. Hay diferencias entre Regiones de Salud, la Región Este alcanzó el mayor porcentaje, un 62% y el más bajo fue la Región Valdesia con 33%. El recurso humano resulta ser escaso para garantizar la accesibilidad esperada, resultando ser cualitativamente mejorable, en la medida de que los médicos pasantes como médicos frente a las UNAP van siendo reemplazados por médicos generales que, además, tienen una formación poco homogénea y no especializada en la Atención Primaria de Salud (CHC, 2012).

Así, el 97% de las Unidades de Atención Primaria en Salud se conforman con un equipo reducido de médico, enfermera y promotores de salud. Apenas un 5% estos equipos son coordinados por médicos familiares. Alrededor del 59% de las UNAPS son dirigidas por médicos pasantes, quienes aún no tienen la autorización legal correspondiente para ejercer la medicina, y además permanecen en esas funciones solamente por diez meses, tiempo insuficiente para hacer y estrechar vínculos con la comunidad y las familias que las habitan.

Cabe señalar que existe una relación desigual entre médicos y el personal de enfermería. La relación enfermera/médico es de 0.64 o lo que es lo mismo, hay alrededor de dos médicos por enfermera. En promedio cuentan con dos promotores por UNAP y 0.56 supervisor de promotores por UNAP, el personal de farmacia es muy bajo.

El Primer Nivel de Atención dispone de una pobre regulación del acceso a otros niveles asistenciales y de aplicación de mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El grado de desarrollo de la oferta de APS en el Primer Nivel de Atención no ha sido homogéneo y en muchas Regiones de Salud no ha alcanzado las metas de cobertura planteadas. Pero, vale resaltar que otras han ampliado la cobertura mediante acuerdos a prestadores del sector privado.

En este ámbito se señala que los organismos de participación en el Primer Nivel de Atención están poco desarrollados. El desarrollo de comisiones clínicas, comités de representantes de usuarios y los consejos de administración de los establecimientos que deben definirse en la red no alcanzan aún los niveles esperados. No obstante, en el segundo nivel de atención se han identificado mayores desarrollos de las comisiones clínicas.

El Sistema de Información está poco desarrollado, pese al nivel de esfuerzo y de compromiso observado del personal operativo y administrativo de las Direcciones Regionales de Salud que, si bien tiene elementos disponibles para el análisis, diseño, desarrollo e implementación de los Sistemas de Información, automatizados y estandarizados de acuerdo con lo exigible por el marco normativo. Alrededor del 43% promedio de las UNAP cumple con los criterios exigibles del Sistema de Información. (Jiménez et al, 2015).

El personal del Primer Nivel de Atención en las UNAP realiza registro y tabulación de la información sobre pacientes atendidos, en medios manuales no estandarizados. Otro elemento vinculado con el pobre desarrollo de la Información y la comunicación es la falta de desarrollo del sistema para la circulación de pacientes e información clínica entre los nodos de la red, en modo especial lo concerniente con las citas médicas, la referencia y contrarreferencia, entre otros; así como aquellos elementos relacionados con la comunicación y la interconexión a lo interno y fuera de la red asistencial.

En fin, la red no cuenta con único sistema de información. Lo poco desarrollado hasta el momento apunta hacia una historia clínica electrónica que aún no llega a consolidarse. Lo alcanzado no valida la interoperable entre todos los ámbitos asistenciales y ni permite la identificación inequívoca de los usuarios. El sistema no ha integrado el acceso de los usuarios a su prontuario individual y familiar. La gestión de los pacientes no es realizada en la red.

Corresponde a los equipos de salud en el territorio el cotejo y relevamiento de las necesidades en salud de la población que reciben de sus servicios y por la cual son responsables. Sin embargo, los mecanismos para el monitoreo, evaluación y rendición social de cuentas, evaluación de resultados y desempeño siguen siendo limitados a algunos contextos. Apenas un tercio de las Unidades de Atención Primaria tiene el involucramiento de las comunidades en las actividades de planificación, programación y evaluación de los servicios, y alrededor de un 20% puede mostrar un plan anual con priorización de intervenciones, de acuerdo con los problemas identificados en la comunidad; el 63% de las UNAP tiene constituido sus comités de salud. (Jiménez et al, 2015).

Las diversas modalidades de participación de pacientes y de la población para la mejora de la calidad de los servicios de salud es una debilidad manifiesta en toda la red de servicios y con ello queda

detrás la posibilidad de obtener información básica sobre la satisfacción con respecto de algunos aspectos vinculados con la asistencia, de la organización y gestión de los servicios. (Jiménez et al, 2015).

El verdadero reto de la red de servicios en general y del Primer Nivel de Atención en lo particular, considerada la función pública y social que deben cumplir, radica en proveer una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población, expresadas en las solicitudes de la red asistencial, basada en criterios clínicos y gerenciales, a la vez que lograr una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia; ello implica equilibrar esta multiplicidad de objetivos con creatividad y flexibilidad en cada experiencia local. (OPS, 2017)

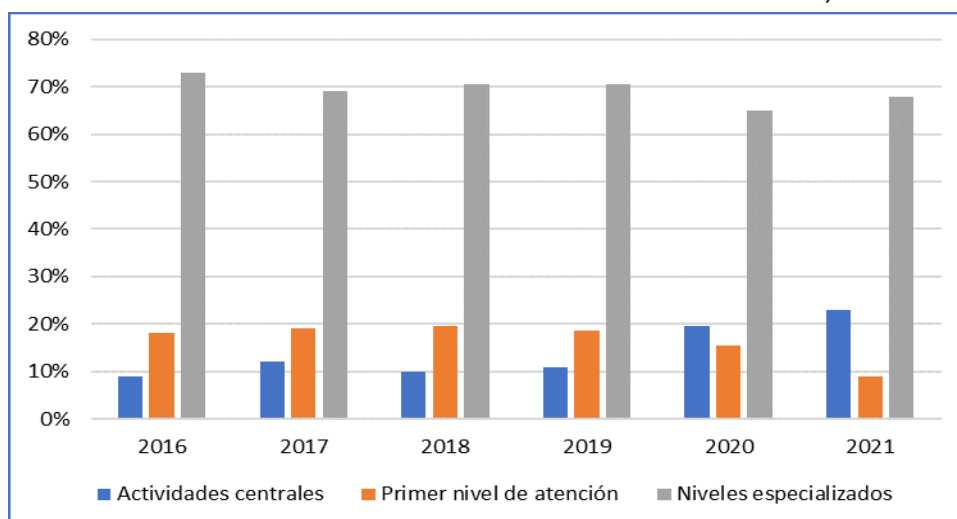
Solo un 7.5% de las Unidades de Atención Primaria que formaron parte del estudio línea de base refirieron realizar actividades para contribuir a la satisfacción de los usuarios, destacándose los SRS Norcentral (31%), El Valle (16%) y Cibao Occidental (12%).

Asignación de fondos e incentivos

El SNS se financia fundamentalmente vía la oferta, es decir, a través de los recursos que asigna el gobierno central para su presupuesto histórico. La reforma del sistema de salud proponía que el grueso de los recursos proviniese de la demanda, a través de la compra de servicios por parte del SENASA y de las ARS. Esto prácticamente no se ha cumplido. En el año 2019, el 84% de los recursos provenían del presupuesto histórico y sólo un 11% eran ventas de bienes y servicios, es decir, fondos del SENASA principalmente. Un 3% adicional correspondía a pagos por resultados. (SNS, 2019). Esto muestra que la participación de los incentivos para el desempeño y la calidad tienen una pobre representación en el esquema presupuestario del sector salud.

Pero además de esto, tampoco se ha logrado priorizar el primer nivel de atención, según ordena el marco legal. En efecto, según datos de la ejecución presupuestaria del Servicio Nacional de Salud (SNS), las prioridades en términos de inversión en la red pública se concentran en los servicios especializados, que consumen alrededor del 70% de los recursos. Según las ejecuciones presupuestarias de esta institución, las actividades centrales pasaron desde un 9% en el 2016, hasta un 20% en 2020 y un 23% en 2021. El primer nivel de atención recibía un 18% del gasto en el 2016, llegando a su máximo de 19% en el 2019, descendiendo bruscamente a un 15% en el 2020 y al 9% en 2021. Esto puede verse en el Gráfico 6, a continuación.

Gráfico 6. Destino de los recursos del Servicio Nacional de Salud, 2016-2021



Fuente: Elaborado por Fundación Plenitud.

Tal como vimos antes, el país incrementó sustancialmente el gasto público en salud durante el 2020, motivado por la pandemia. A partir de la información que publica DIGEPRES, el grueso de los fondos erogados por el MSP se destinó a productos farmacéuticos y de laboratorios. En el caso del SNS, el aumento correspondió a remuneraciones del su personal.

El cuadro 4 muestra el destino de los fondos que aumentaron en el 2020 con relación al 2019, en las dos principales instituciones que conforman los esquemas gubernamentales, a saber, el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud. Como se observa, el 58% del incremento corresponde a remuneraciones del personal del Servicio Nacional de Salud (SNS), un 22% a productos farmacéuticos, probablemente pruebas de diagnóstico y un 15% productos y útiles varios, donde posiblemente se computan los equipos de protección y otros asuntos.

Cuadro 4. Principales partidas que aumentaron en 2020 con relación a 2019

Institución / Concepto	2019	2020	Aumento	
			Mill \$	%
Ejecución presupuestaria total (MSP y SNS)	54,099	70,872	16,773	
Principales partidas que aumentaron			16,105	96%
Remuneraciones y contribuciones (SNS)	35,035	44,826	9,791	58%
Productos farmacéuticos	9,241	12,958	3,718	22%
Productos y útiles varios	3,292	5,888	2,595	15%

FUENTE: Elaborado por Fundación Plenitud en base a DIGEPRES

Sin embargo, si vemos el Gráfico 6, es evidente que esos recursos no se destinaron al fortalecimiento del primer nivel de atención, a pesar de que a este nivel es que le corresponde realizar las tareas de primer contacto con los pacientes, así como su seguimiento, funciones claves en momentos de epidemias.

Identificación de brechas

Con la Ley No.123-15, se crea en fecha 16 de julio de 2015 el Servicio Nacional de Salud (SNS) como entidad pública, provista de personalidad jurídica, con autonomía administrativa, financiera y técnica y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, constituyéndose en el principal prestador de servicios de salud.

El Servicio cuenta con una red de establecimientos de salud que se organiza por niveles de complejidad, primario y complementario, en redes regionales de servicios de salud. Los establecimientos quedan articulados entre sí de tal manera que aseguran la prestación de los servicios y la continuidad de la atención. A tales efectos, los establecimientos quedan bajo la coordinación de los Servicios Regionales de Salud (SRS), los que operan como expresiones territoriales desconcentradas del Servicio Nacional de Salud (SNS).

El Modelo de Atención estableció la organización de los servicios y las acciones sanitarias necesarias para poder dar respuesta a los requerimientos y demandas de salud de toda la población en el territorio nacional. Fundamentándose en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (OPS, 2007) y en el Modelo de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), promovidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (OPS, 2010).

La APS considera al Primer Nivel de Atención (PNA) como la puerta de entrada principal del Modelo de Atención y como su primer nivel resolutivo. Este nivel debería integrar la atención individual y la colectiva, conectar las necesidades de salud de ciudadanos y comunidades con los servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

Este nivel de atención se conforma con una base mínima territorial y poblacional a través de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) que tienen en su territorio una población de referencia de unos 2,500 habitantes como máximo. A su vez las UNAPS se agrupan en una zona de salud de la red pública que articula la Unidades dentro de un territorio determinado, preferiblemente no mayor de 25,000 habitantes y no menor de 5,000; ajustables por demarcación municipal.

Las zonas de salud se dotan con personal especializado en las áreas clínicas, de trabajo social y administrativas, entre otras, cuyo número corresponde a la cobertura poblacional, a la composición, estructura, nivel socioeconómico y dispersión de los núcleos familiares, al estado de salud de la población y las necesidades de servicios.

Las Unidades de Atención Primaria (UNAP) tienen como sede a los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA), que se son establecimientos con influencia territorial y que pueden contener una o más Unidades de Atención Primaria.

Por su parte, los Centros Clínicos y Diagnósticos de Atención Primaria, al igual que los Centros de Zona, sirven de apoyo a los Centros de Primer Nivel de Atención y ofertan especialidades básicas y servicios diagnósticos de laboratorio e imágenes, fortaleciendo la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención.

De igual modo, el Primer Nivel de Atención cuenta con establecimientos que operan sin base poblacional y territorial, tales como los Centros Ambulatorios Generales y los Consultorios, que realizan actividades en escuelas, empresas y cárceles, entre otras organizaciones.

El nivel complementario se organiza para proveer servicios de atención especializada básica y de alta complejidad, y ha quedado conformado por hospitales generales, especializados, centros ambulatorios especializados y centros diagnósticos especializados. Ahora bien, disponer de recursos humanos y físicos suficientes, con la calidad y oportunidad esperadas constituyen el fundamento para la prestación de los servicios y mejorar la salud de la población.

En 2017, como parte del proceso de sectorización llevado a cabo por el Servicio Nacional de Salud, se alcanzó una cobertura del 46% de Unidades de Atención Primaria (UNAP), para un total de 4,185 sectores de salud. Siendo la Región Enriquillo la de mayor cobertura (87%), el Servicio Metropolitano de Salud apenas alcanzó un 34%, dejando una brecha importante por resolver.

Cuadro 5. Sectorización y Unidades de Atención Primaria (UNAP) según Servicios Regionales de Salud (SRS), República Dominicana, 2017

Servicios Regionales de Salud	Sectores de Salud	Unidades de Atención Primaria (UNAP)	Cobertura (%)
Metropolitano	1,421	479	33.7%
Valdesia	382	168	44.0%
Norcentral	665	274	41.2%
Nordeste	313	198	63.3%
Enriquillo	168	146	86.9%
Este	466	190	40.8%
El Valle	213	142	66.7%
Cibao Occidental	203	136	67.0%
Cibao Central	354	179	50.6%
Total	4,185	1,912	45.7%

Fuente: Sectorización y Zonificación, SNS-APS enero-diciembre, 2017.

El sector urbano logró un 37% de la cobertura esperada de UNAP por sector de salud, el urbano-rural un 56% y el rural un 66%. La mayor concentración (51%) de Unidades de Atención Primaria se contabiliza en la zona urbana, un 36% en la zona rural y el restante 13% con ubicación urbano-rural.

Cuadro 6. Distribución según ubicación de los Sectores de Salud y Unidades de Atención Primaria (UNAP), República Dominicana, 2017

	Urbano	Urbano-Rural	Rural	Total
Sectores	2,608	438	1,139	4,185
UNAP	976	245	693	1,914

Fuente: Sectorización y Zonificación, SNS-APS enero-diciembre, 2017.

Un aspecto clave de esta revisión es que el 67% de los Centros de Primer Nivel de Atención en las regiones de salud son propiedad de Servicio Nacional de Salud (SNS), el restante 33% son locales prestados, cedidos o alquilados. La Región El Valle, representa el mayor número de establecimientos propios frente al resto de los servicios, con la propiedad del 86% de los Centros de Primer Nivel de esa Región. Las demás Regiones, en promedio tienen el 65% de la propiedad de los Centros.

Cuadro 7. Distribución de los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) por condición de propiedad por Servicios Regionales de Salud, República Dominicana, 2017

Servicio Regional de Salud	Centros de Primer Nivel Propios	Centros de Primer Cedidos o Prestados	Total
Metropolitano	146	96	242
Valdesia	79	69	148
Norcentral	126	44	170
Nordeste	100	38	138
Enriquillo	76	36	112
Este	104	52	156
El Valle	111	18	129
Cibao Occidental	70	64	134
Cibao Central	102	41	143
TOTAL	914	458	1,372

Fuente: Sectorización y Zonificación, SNS-APS. Registro Nacional de Establecimientos, enero-diciembre, 2017.

En este contexto, el estado de situación actual de la red de establecimientos de Primer Nivel de Atención nos muestra que los recursos físicos que dispone el sector público siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población, en lo particular de aquellos segmentos que habitan en las zonas rurales y marginadas de nuestras Regiones de Salud. La infraestructura en el Primer Nivel de Atención evidencia un importante déficit al considerar los criterios de base poblacional antes referidos, cuantificable en la medida que nos aproximamos a los resultados del levantamiento del estado de situación actual de los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, realizado en el periodo septiembre-diciembre de 2020, que nos reporta un total de 1,627 establecimientos, discriminando entre Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA), Centros de Zona, Centros Diagnósticos y Consultorios. De éstos, el 82% son CPNA, con una distribución proporcional en las Regiones de Salud, porcentualmente mayor en la Región Metropolitana (16%).

Cuadro 8. Relación de Establecimientos de Salud en el Primer Nivel de Atención según Servicios Regionales de Salud, República Dominicana, 2020

Servicio Regional de Salud	Centros de PNA	Centros de Zona	Centro Diagnóstico	Consultorios	TOTAL
METROPOLITANO	210		37	110	357
VALDESIA	151		6	4	161
NORCENTRAL	163		11	19	193
NORDESTE	138	2	6	26	172
ENRIQUILLO	109		4	2	115
ESTE	159	11	4	14	188
EL VALLE	129		3	4	136
CIBAO OCCIDENTAL	130		5	4	139
CIBAO CENTRAL	143	13	6	4	166
TOTAL	1,332	26	82	187	1,627

Fuente: Levantamiento del estado de situación actual de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, septiembre-diciembre, 2020.

Estos establecimientos, sin embargo, presentan problemas que pueden tener pronta solución en su infraestructura y con riesgos de inundación. Alrededor del 64% de los mismos necesitan ser pintados, un 56% presentan filtraciones y un 39% grietas que deben ser corregidas. Las Regiones de Salud Enriquillo y Nordeste, reportan el mayor número de establecimientos en riesgo de inundación, con un 36% y un 30%, respectivamente.

De igual modo, los Centros de Primer Nivel de Atención presentan necesidades de equipos básicos en todas las Regiones de Salud, con diferencias poco significativas entre unas y otras. Así como brechas aún pendientes de reducir en hardware y software para las operaciones habituales en los Centros de las Regiones de Salud.

Los datos del personal trabajando en el Primer Nivel de Atención refieren que la relación de Centros con personal Médico en mayor proporción (39%) son establecimientos con médicos familiares y/o asistentes y con médicos asistentes un 34%. Apenas un 13% cuentan con médicos familiares como personal médico y el restante 14% con médicos pasantes.

Cuadro 9. Relación de los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) con personal médico según Servicios Regionales de Salud, República Dominicana, 2020

Servicio Regional de Salud	Población	Con médicos de familia	Con médicos asistentes	Con médicos familiares y/o	Solo médicos pasantes	Total
Metropolitano	4,140,222	118	205	223	0	546
Valdesia	889,268	45	96	116	40	297
Norcentral	1,618,235	38	133	148	25	344
Nordeste	644,318	33	92	104	53	282
Enriquillo	383,603	14	55	61	46	176
Este	1,110,239	67	110	127	11	315
El Valle	507,394	10	41	48	68	167
Cibao Occidental	417,674	5	70	72	54	201
Cibao Central	737,546	19	87	96	56	258
Total	10,448,499	349	889	995	353	2,586

Fuente: Levantamiento del estado de situación actual de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, septiembre-diciembre, 2020.

El personal de salud se constituye en el recurso por excelencia para la atención en el PNA. La necesidad de suplir personal capacitado (médicos, enfermeras y promotores) es uno de los principales retos que los Servicios de Salud deben enfrentar en el mediano plazo.

En 2020, el Servicio Nacional de Salud registró una densidad de recursos humanos en los Centros de Primer Nivel de Atención de 4.55 por 10,000 habitantes, con un número absoluto de 4,756 médicos asistentes, médicos familiares, enfermeras y promotores, distribuidos en las nueve Regiones de Salud, con una relación de 1.39 enfermera y de 1.22 promotor por cada médico registrado en los CPNA. La relación de médicos asistentes y médicos familiares en los Centros de Primer Nivel de Atención es de 1.3 médicos por 10,000 habitantes.

El 72.4% del personal en los CPNA se concentra en las Regiones Metropolitana, Valdesia, Nordeste, Enriquillo y Cibao Central. De estos el 29% se registra en la Región Metropolitana de Salud.

Cuadro 10. Relación del personal de salud en los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) según Servicios Regionales de Salud, República Dominicana, 2020

Servicio Regional de Salud	Médicos Asistentes	Médicos Familiares	Promotores	Enfermeras
Metropolitano	414	123	336	491
Valdesia	75	37	238	178
Norcentral	89	19	149	113
Nordeste	66	20	173	229
Enriquillo	142	64	163	193
Este	36	5	98	186
El Valle	39	11	111	101
Cibao Occidental	70	3	139	144
Cibao Central	88	18	199	196
Total	1,019	300	1,606	1,831

Fuente: Levantamiento del estado de situación actual de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, septiembre-diciembre, 2020.

No obstante, la brecha de personal de salud en los CPNA que se reporta del levantamiento del estado de los establecimientos del Primer Nivel de Atención realizado en 2020 arroja un requerimiento de 355 médicos familiares, 141 enfermeras y 2,845 promotores.

Cuadro 11. Relación de los Recursos Humanos existentes, necesarios y brecha identificada según CPNA, República Dominicana, 2020

Recursos Humanos	Existente	Necesarios	Brecha identificada
Médicos en los CPNA	1,319	1,674	355
Personal de enfermería (auxiliares y profesionales)	1,601	1,742	141
Promotores de salud	1,436	4,281	2,845

Fuente: Levantamiento del estado de situación actual de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, septiembre-diciembre, 2020

La relación de personal de salud en los Centros de Primer Nivel de Atención a 2020 pone en evidencia las brechas existentes de médicos (21%), enfermeras (8%) y promotores (66%), considerando como necesarios 1,674 médicos, 1,742 enfermeras y 4,281 promotores de salud. Entender estos factores que intervienen en la conformación del Primer Nivel de Atención y la puesta en marcha de la Estrategia de Atención Primaria de Salud son necesarios al momento de aproximarnos a los costos asociados al logro de estos objetivos, lo concerniente con la priorización presupuestaria y su ejecución, así como el impacto que tiene en éstos la cartera u oferta de servicios de salud priorizados en la propuesta elevada al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Esta revisión de la información disponible sobre los servicios de Primer Nivel de Atención nos define los recursos existentes en función de la población a servir y sus brechas. Así, si bien la disponibilidad de los servicios es buena, aun con las necesidades presentes, en la observación sobre la accesibilidad se pone de relieve que las barreras que dificultan el uso adecuado de los servicios, tales como aquellas relacionadas con la localización física, los horarios de atención, ausentismo laboral, entre otros, que al igual que las relacionadas con obstáculos económicos o con la desfavorable actitud de la población, son aspectos de la organización de estos servicios que requieren de la debida intervención de las autoridades.

De igual modo, en lo relacionado con los estándares mínimos requeridos para garantizar la calidad de la atención, se detecta una pobre disponibilidad de información sobre la calidad y la utilidad real de las guías diagnóstica y terapéutica de aplicación en las Unidades de Atención Primaria (UNAP).

La revisión hace referencia, también, al sistema de suministro y de acceso para insumos y medicamentos, revelando problemas en su entrega, cuya magnitud tendría solución en un mediano plazo. Más de un 30% de las farmacias de las UNAP disponen de tarjeta de control de inventario de medicamentos actualizada. En un alto porcentaje utilizan el Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI), garantizando la disponibilidad y el uso racional de productos de calidad. Sin embargo, un poco más de la mitad cuenta con un stock crítico de vacunas.

La regulación del acceso a otros niveles de atención y la disponibilidad de mecanismos de referencia y contrarreferencia tiene un buen nivel de cumplimiento, asegurando una atención integrada que abarca todo el ciclo de vida a través de una cartera de servicios suficiente como respuesta a las necesidades de salud de la población, pero con un recurso humano para la atención directa de los problemas de salud prioritarios que muestra falencias para el trabajo interdisciplinar con otros profesionales de la red.

No obstante, contar con una amplia y diversa gama de actividades en atención a las necesidades de salud de la población bajo su área de influencia, que incluyen, además, la promoción, prevención y el apoyo para el autocuidado, las UNAP no enfatizan con la magnitud esperada en estas acciones costo-efectivas y de impacto sobre determinantes sociales de la salud.

Finalmente, se identifican una pobre utilización de los espacios y acciones de participación y una operatividad limitada del marco normativo sobre el particular. Una baja proporción de UNAP conoce las guías para la participación social, tiene constituido sus comités de salud y realiza actividades en conjunto con sectores comunitarios.

VI. FINANCIAMIENTO NECESARIO PARA FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SNS

En esta sección se presentará la estimación del financiamiento necesario para implementar la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) de la SISALRIL, mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) del Servicio Nacional de Salud (SNS).

6.1 La propuesta de APS de SISALRIL

La Propuesta para la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y el Primer Nivel de Atención en el Seguro Familiar de Salud fue elaborada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a solicitud del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Algunas de sus características principales son:

- Considera el Primer Nivel de Atención (PNA) como puerta de entrada a los servicios de salud del Seguro Familiar de Salud.
- Integra en el catálogo de prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) coberturas explícitas del Primer Nivel de Atención (PNA) y de servicios de prevención secundaria y terciaria de enfermedades crónicas priorizadas como la hipertensión arterial y diabetes.
- Contiene un enfoque de prevención y de promoción de la vida saludable, y provee herramientas para el autocuidado. Fortalece la demanda de servicios correspondientes a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)
- Garantiza el acceso sin ninguna barrera e independientemente de su capacidad de pago a todos los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS) de la seguridad social.
- Se corresponde con el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud definido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).
- Busca reducir el gasto de bolsillo de los hogares por causas de salud.
- Aspira a diversificar las modalidades de contratación y pago.
- Promueve la gestión compartida del riesgo en salud, como forma de articulación entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).

La propuesta tiene un enfoque individual y familiar, considera la salud como un proceso transdisciplinar y continuo, y busca que se atienda la salud antes de que aparezca la enfermedad. Su finalidad es agregar valor en términos de resultados en salud, minimizando riesgos y reduciendo la variabilidad en el manejo de la enfermedad.

Prestaciones contenidas en la propuesta

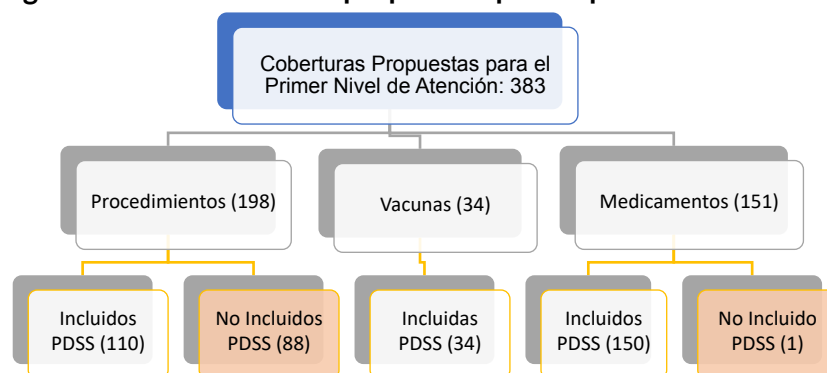
Plantea la modificación de la denominación, estructura y contenido del Grupo 1 del Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS), para que en lo adelante se denomine Atención Primaria de Salud, Promoción y Prevención, integrado por tres (3) componentes:

- Prestaciones de Primer Nivel de Atención.
- Prestaciones de Prevención Secundaria y Terciaria mediante la Atención Continuada.
- Otras Prestaciones de Promoción y Prevención (transitorio)

Los tres subgrupos anteriores incluyen actividades relacionadas con: (a) Información, educación y comunicación en salud para la promoción de la vida saludable; (b) Reducción de factores de riesgo de enfermedades crónicas y de los problemas de salud más prevalentes en cada etapa de vida; (c) Atención médica y de enfermería programada y no programada; (d) Visita y atención médica domiciliaria en casos seleccionados; (e) Inmunizaciones y productos biológicos; (f) Búsqueda activa, detección y diagnóstico oportuno de los problemas priorizados; (g) Medicamentos; (h) Pruebas y procedimientos diagnósticos; (i) Atención odontológica y psicológica básicas; (j) Traslado a otros servicios ambulatorios; (k) Internamiento en situaciones de emergencia; (l) Otras.

Las actividades anteriores incluyen 383 prestaciones: 198 procedimientos, 34 vacunas y 151 medicamentos. De los 198 procedimientos 88 son nuevos, no se aumentan las vacunas y se añade 1 medicamento (nitazoxanida), para un total de 89 prestaciones nuevas.

Gráfico 7. Desagregación de las coberturas propuestas para el primer nivel de atención



Fuente: SISALRIL

Esas prestaciones serán desarrolladas por establecimientos de PNA debidamente habilitados y contratados como parte de la red de PSS de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), que pagarán mediante un *per cápita* correspondiente a cada afiliado del núcleo familiar. La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) dispersará a la ARS el *per cápita* correspondiente a cada núcleo familiar adscrito a un establecimiento de PNA, a partir de la fecha en que la SISALRIL certifique y comunique la adscripción.

Las prestaciones anteriores tienen las siguientes características:

- No tienen copagos ni cuotas moderadoras.
- Los medicamentos de uso continuo son garantizados para todo el ciclo de su utilización de acuerdo con lo establecido en las guías terapéuticas que apliquen.
- Las vacunas incluidas en el Programa Nacional de Inmunizaciones (PAI) y los medicamentos para el control de la Tuberculosis se dispensarán de acuerdo con las normas del MISPAS.
- Los medicamentos que no están en Cuadro Básico Nacional de Medicamentos Esenciales, pero se encuentran en el Catálogo de Prestaciones, mantienen la cobertura actual (70%-30%), con límite de RD\$8,000.00 en el Régimen Contributivo y sin copago para el Régimen Subsidiado.

La Propuesta establece que las ARS recibirán el monto del *per cápita* correspondiente a cada núcleo familiar cuando lo hayan adscrito a un establecimiento del PNA. Mientras no lo hagan, las ARS tendrán que seguir cubriendo con el *per cápita* actual las prestaciones de promoción y prevención que se encuentra en el Subgrupo 1.3 del Catálogo De Prestaciones del Plan de Servicios de Salud: (a)

Asistencia Prenatal; (b) Prevención Fiebre Reumática; (c) Tratamiento Integral Niños y Niñas; (d) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); (e) Planificación Familiar; (f) Malaria; (g) Programa Ampliado de Inmunización (PAI); (h) Salud Escolar; (j) Tratamiento Hipertensión Arterial; (k) Prevención Cáncer Cervicouterino; (l) Prevención y Tratamiento Tuberculosis; (m) Prevención y Tratamiento Diabetes Tipo I - Insulino Dependiente; (n) Prevención y Tratamiento Diabetes Tipo II - No Dependiente.

Financiamiento

Régimen Contributivo

El per cápita adicional estimado por la SISALRIL para implementar las coberturas del PNA en el Régimen Contributivo, incluido los gastos administrativos estimados en 10% del per cápita e incentivos para los PSS de hasta 10% vinculados al buen desempeño y cumplimiento de metas y resultados, asciende a RD\$71.46. (Cuando se incluyen las coberturas de prevención secundaria y terciaria que están contenidas en la propuesta pero que no son detalladas en esta síntesis se añaden RD\$56.86, generando un monto total de RD\$ 128.32).

Régimen Subsidiado

El per cápita adicional estimado por la SISALRIL para implementar las coberturas del PNA en el Régimen Subsidiado son RD\$29.26, incluyendo el 10% de gasto administrativo. La SISALRIL calculó un per cápita para la puesta en marcha de la propuesta de APS en el Régimen Subsidiado dividiéndolo en tres componentes: a) Uno proveniente del pago de SeNaSa por prestaciones del Primer Nivel de Atención, RD\$24.72, b) Uno resultante de la estimación de los gastos del SNS para el Primer Nivel de Atención con recursos del llamado “presupuesto histórico”, RD\$65.55, y c) Uno adicional para que SeNaSa cubra las nuevas coberturas del Plan de Servicio de Salud (PDSS) contenidas en la propuesta, RD\$26.33; lo que hace un total de RD\$116.60, que cuando se adiciona el 10% del Gasto General y Administrativo se eleva a RD\$126.56.

Cuadro 12. Per cápita mensual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL

Per cápita mensual requerido para el PNA	Per cápita correspondientes a gastos mensuales		Per cápita adicional por propuesta SILSARIL
		<i>Per cápita mensual cubierto por SeNaSa RD\$24.72</i>	<i>Per cápita mensual cubierto por SNS RD\$65.55</i>

Fuente: SISALRIL

El per cápita de RD\$126.56 sería suficiente para financiar las prestaciones contenidas en la propuesta de APS de la SISALRIL bajo las condiciones actuales. Sin embargo, en este trabajo se incluye adicionalmente el financiamiento de un proceso de inversión y mejora continua del PNA de la red pública para que en el 2030 se hayan cerrado las brechas de necesidades de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA) y de RRHH identificadas por el SNS en 2017 y 2020. Además, se añaden reparaciones a CPNA actuales y el gasto de capacitación de personal clínico y administrativo

relacionado con el Primer Nivel de Atención, lo que en conjunto conllevaría la mejora del acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud que recibiría la población afiliada al Régimen Subsidiado. Esto se explica en la siguiente sección.

6.2 Estimación de brechas

Los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) son establecimientos de salud donde operan las Unidades de Atención Primaria (UNAP). En un CPNA puede haber desde 1 hasta 6 UNAP, disponiendo cada una de un consultorio y un equipo integrado por un médico, una persona de enfermería y un promedio de cinco promotores.

A continuación, se muestra cómo se calcularon las brechas identificadas por el SNS en 2017 y 2020, en infraestructura, reparaciones, equipamiento, recursos humanos, capacitación. En la sección que sigue se explican las variables en base a las cuales se realizó la estimación del financiamiento necesario para cerrar esas brechas con inversiones sostenidas desde 2022 hasta 2030, para la población afiliada al régimen subsidiado del SFS. En el Anexo I se muestra esta información en detalle.

Brecha de CPNA para la población nacional

El primer paso para la estimación financiera consistió en proyectar las brechas de construcción y equipamiento de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA) de cara al 2030, a partir de la determinada por el SNS en 2017, para lo que se utilizó los datos de población nacional de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Según datos de la ONE, la población nacional aumentará para el 2030 un 9.6% con relación a la del 2017 y, en ese último año, el SNS determinó la brecha de CPNA, con sus respectivas UNAP, para todo el territorio y población nacional. A partir de esos datos e informaciones, este trabajo consideró que la brecha de CPNA identificada en el 2017 por el SNS, se expandiría hacia el 2030 en la misma proporción en lo que lo haría la población nacional y luego se estimó la correspondiente al régimen subsidiado.

La estimación de la población subsidiada en el 2030 se efectuó combinando su dato más reciente en 2021, con una proyección hasta el 2030 que se realizó a partir del crecimiento histórico que venía teniendo previo a la crisis del COVID-19 en el 2020, la cual produjo una caída en la actividad económica y un aumento en los niveles de pobreza del país, así como la incorporación de cerca de 2 millones de personas adicionales a este régimen; una especie de anomalía en el proceso que había seguido hasta el momento.

Como se acaba de señalar, ese fenómeno alteró el desarrollo de la afiliación al Régimen Subsidiado, pero se espera que esa situación sea corregida en los próximos años en función de la recuperación de la dinámica de crecimiento económico que se ha experimentado a partir del 2021, por lo que se entiende que, salvo algún factor imprevisto en el camino, el sector social y el laboral se irán normalizando progresivamente, pudiendo alcanzar para 2030 los niveles esperados previo a la crisis.

Cuadro 13. Brechas de CPNA y UNAP del Régimen Subsidiado en el 2030

Población	Total		Subsidiada	
	CPNA	UNAP	CPNA	UNAP
Infraestructuras				
CPNA 1 UNAP	569	569	253	253
CPNA 2 UNAP	417	835	185	370
CPNA 3 UNAP	330	990	146	439
CPNA 4 UNAP	173	693	77	307
CPNA 5 UNAP	64	319	28	141
CPNA 6 UNAP	52	312	23	139
Total CPNA	1,605	3,717	712	1,650

Brecha de RRHH para 2030

La brecha de RRHH del primer nivel de atención para el 2030, se estableció a partir de la identificada por el SNS en el 2020 más las generadas por los nuevos CPNA para población subsidiada que este trabajo propone que se construyan en el período 2022-2030, resultando el cuadro siguiente.

Cuadro 14. Brechas de RRHH en el 2030

Personal de Salud	Por CPNA	Brecha	Total
	2030	2020	2030
Médicos	1,627	355	1,982
Enfermería	1,627	141	1,768
Promotores	8,136	2,845	10,981

6.3 Estimación de la inversión proyectada al 2030

Este trabajo supone que las brechas de CPNA y RRHH para el 2030 serán llenadas mediante un esfuerzo continuo de inversión que se desarrollará desde el 2022 al 2030. Para establecer lo que correspondería a cada año, se prorratearon de forma proporcional la brecha total de CPNA (construcciones más equipamiento) para final de la década entre cada uno de los años entre 2022 y 2030, bajo el entendido de que, dada la magnitud de la inversión necesaria, se requeriría de un esfuerzo presupuestario relativamente grande que requeriría de 9 años para completarlo.

Financiamiento para construcción y equipamiento de CPNA

Basado en lo presentado previamente, se estableció la necesidad de construir 78 CPNA por año durante el período 2022-2030. Para la estimación financiera se utilizaron los costos unitarios por tipo de CPNA calculados por el SNS en 2017, afectándolo por el IPC⁶ Infraestructura para obtener el

⁶ Los datos sobre IPC que se presentan en el trabajo fueron obtenidos del Banco Central de la República Dominicana.

monto correspondiente a cada año del período 2022-2030. De un modo similar se estimó el costo del equipamiento de esas nuevas unidades.

Según informó el director del SNS, Dr. Mario Lama, una gran cantidad de CPNA requieren reparaciones, pero se desconoce de forma precisa el número y presupuesto, por lo que para esta estimación se adicionó el 30% del costo de inversión en infraestructura, como monto conveniente para destinarlo a reparación de CPNA construidos previo a 2022.

Financiamiento para RRHH adicionales

Los costos mensuales por tipo de personal médico, de enfermería y promotores de salud necesarios para el fortalecimiento del primer nivel de atención, se estimaron partiendo de los vigentes en 2021, pero indexándolos en función del IPC General 2010-2019 durante el período 2022-2030, por lo que los salarios de cada año se obtuvieron aumentan en 3.58% los del año anterior.

La cantidad necesaria de recursos humanos anuales para el cierre de brechas está en función de los identificados por el SNS en el 2020 (personal médico: 355, personal de enfermería: 144 y promotores de salud: 2,845), a lo cual deben agregarse los necesarios para la cantidad de CPNA que se vayan construyendo anualmente en el período 2022-2030 (personal médico: 183, personal de enfermería: 183 y promotores de salud: 916). En esta estimación, tanto la necesidad de RRHH identificada en el 2020 como la correspondiente a los CPNA que se construirían en 2022, serían contratados ese año.

Capacitación

La capacitación para el personal del PNA que se recomienda y estima para el período 2022-2030 incluye al médico, al personal de enfermería y a los promotores de salud. Los contenidos, la estructura curricular y la carga académica y horaria se adaptarán a las características y necesidades de ese personal. Para estimar su costo se contempla que la capacitación se realice de forma virtual, con facilitadores nacionales y en plataforma Moodle, incluyendo presentaciones grabadas, bibliografía de apoyo, biblioteca y recursos complementarios como videos y sitios web. Además, los cursos dispondrían de fórum para discusiones y ejercicios individuales, promoviendo las interacciones entre tutores y participantes. Se entregará una laptop⁷ por persona, con complementos y conexión a internet.

El período de formación del personal médico no será menor a un (1) año, otorgando un título de especialidad por una de las universidades reconocidas del país o por la OPS, si es impartido en su campo virtual. La formación del personal de enfermería no será menor de 160 horas y entregará un título de diplomado. La de los promotores será un curso con no menos de 120 hora y concederá un título de especialización.

⁷ Disponiendo de un procesador Intel® Core™ i5-11500HE, caché de 12M, hasta 4,50 GHz (Según estándares del 2022) y bulto de protección

Indexación del per cápita para implementar propuesta APS SISALRIL

Adicionalmente se realizó una indexación utilizando el IPC General de los per cápita calculado en 2019 para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL, pero iniciando la misma en 2023, ya que para el 2022 se utilizaron los montos calculados en el 2019, bajo el supuesto de que la propuesta para el Régimen Subsidiado se aprobaría tal como se preparó en ese año. Con los datos anteriores se determinó el monto económico anual necesario para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL en el período 2022-2030, utilizando la estimación de la población subsidiada para cada uno de los años contemplados.

6.4 Financiamiento adicional necesario en el período 2022- 2030

Cuando se añaden a los datos anteriores los correspondientes al cierre de las brechas de CPNA y RRHH para el Primer Nivel de Atención, se obtiene entonces el financiamiento anual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL mediante el fortalecimiento del primer nivel atención en el período 2022-2030, incluyendo cierre de brechas de CPNA (construcción y equipamiento), reparación de CPNA actuales, contratación de nuevos RRHH y la capacitación del personal de las UNAP.

Es importante tener en cuenta que una parte importante de esos renglones ya se vienen cubriendo actualmente: el proveniente de los pagos que realiza SeNaSa a la red del SNS por servicios del primer nivel de atención de la población subsidiada y el resultante de los gastos del SNS en el Primer Nivel de Atención con recursos del llamado “presupuesto histórico”. Cuando extraemos ambos gastos nos quedan los recursos adicionales necesarios para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL, fortaleciendo el PNA de la red pública del SNS.

Cuadro 15. Financiamiento adicional para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL y fortalecer el Primer Nivel de Atención de la red pública nacional (Millones DOP)

Per cápita	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Adicional PDSS para APS	1,278	1,350	1,420	1,488	1,557	1,625	1,694	1,763	1,833
Brechas construcciones CPNA	712	725	738	751	764	778	792	806	820
Brechas equipamiento CPNA	75	78	80	83	86	89	92	95	99
Brechas RRHH	397	601	1,099	1,632	2,202	2,810	3,459	4,151	4,888
Capacitación	214	217	221	225	229	233	238	242	246
Centros Diagnósticos	224	241	283	326	374	426	482	544	611
Total	2,899	3,212	3,841	4,506	5,212	5,961	6,757	7,601	8,497

VII. ALTERNATIVAS DE IMPLEMENTACIÓN

7.1 Propuesta de ruta crítica

En el Anexo II se presenta una propuesta de *Ruta Crítica* para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) de la red pública y para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) en el Servicio Nacional de Salud (SNS), tal como ha sido descrita en este trabajo. La misma está concebida para tres (3) niveles de actuación:

- **Nivel macro.** Corresponde a la esfera ejecutiva del Gobierno y principales cabezas del sector salud. De forma específica: la vicepresidenta de la República y la más alta dirección del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Servicio Nacional de Salud (SNS), de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)
- **Nivel meso.** Se refiere al equipo directivo de los Servicios Regionales de Salud (SRS), Gerencias de Áreas y Zonas.
- **Nivel micro.** Concierno a los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) y a las Unidades de Atención Primaria (UNAP).

7.2 Alianzas público-privado

La estimación realizada en este trabajo se hizo considerando la utilización y fortalecimiento de la red pública del SNS. Sin embargo, existen otras opciones, como son las alianzas público-privadas.

Un primer nivel de atención fortalecido dentro de una estrategia de atención primaria es necesario para toda la población dominicana, independientemente de su nivel de ingreso y de su afiliación en el régimen subsidiado o contributivo del Seguro Familiar de Salud (SFS). Si bien este trabajo se centró en el primero, es necesario también considerar la necesidad de implementarlo en el segundo.

Existen muchas formas de hacerlo, con la participación de diferentes actores, públicos y privados con y sin fines de lucro. El objetivo es tener una misma canasta de prestaciones de buena calidad, orientada a dar servicios a la población a lo largo de su vida. Una parte importante de la población siempre buscará sus servicios en la red pública y, sobre todo fuera de los grandes centros urbanos, será su única opción. Por tal motivo es fundamental fortalecer dicha red y crear las condiciones para que la misma pueda ser financiada, no sólo con recursos presupuestarios, sino también a través de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) de la seguridad social.

También existe la posibilidad de contratar PSS privados, con y sin fines de lucro, en ambos regímenes. En las zonas donde existan sólo públicos, estos deberían estar en capacidad de atender a la población del régimen contributivo. Consecuentemente, se reduciría el financiamiento presupuestario contemplado en la estimación para los renglones de cierre de brechas.

CONCLUSIONES

La República Dominicana aprobó una profunda reforma del sistema de salud hace más de 20 años, estableciendo el Seguro Familiar de Salud (SFS) con aspiraciones de cobertura universal, siendo uno de sus mayores logros el haber alcanzado un 95% de afiliación a diciembre del 2020. Sin embargo, los indicadores básicos de salud, particularmente de la materno-infantil, no han mejorado, en gran medida porque no se ha logrado implementar el primer nivel de atención, como puerta de entrada al sistema de salud, ni la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), a pesar de ser la misma parte integral del marco legal dominicano y una recomendación importante de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Particularmente, en el país, sería un gran paso de avance su implementación en el Régimen Subsidiado de la Seguridad Social, que actualmente afilia al 58% de la población, incluyendo los grupos de menores ingresos.

Al igual que la OMS, su filial regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene proponiendo desde hace décadas un sistema de salud que enfatice el Primer Nivel de Atención (PNA) a la vez que recomienda la organización de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La entidad ha abogado por la estrategia de atención primaria desde la conferencia mundial de Alma Ata, Kazastán, en el año 1978, cuando se propuso alcanzar la “salud para todos en el año 2000”. Dados los avances desiguales para cumplir esa meta en diferentes países, a los 40 años de dicha conferencia se decidió relanzar esa estrategia en Astaná, Kazastán, adaptándola a las nuevas realidades del siglo XXI (WHO-UNICEF, 2018). Igualmente, la OPS recomienda la organización de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Con la finalidad de poner en práctica la Declaración de Astaná, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició una reunión en el año 2019, en la Ciudad de México, para lanzar un informe de una comisión de alto nivel que proponía la ruta para alcanzar la salud universal en el siglo XXI. En dicha reunión se retomó la estrategia de APS como la base para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Asimismo, se acordó el Pacto 30-30-30, firmado por todas las naciones, que plantea el compromiso con la salud universal para el año 2030, acorde con la Agenda 2030 que postula los ODS. Para ese año, se propone la eliminación de al menos un 30% de las barreras de acceso, un aumento del gasto público en salud al menos al 6% del PIB y que un mínimo del 30% de estos recursos se dirijan al primer nivel de atención.

La República Dominicana se encuentra muy lejos de esa meta. Su gasto público en salud está muy por debajo del 6% del PIB, alcanzando apenas el 2.8%, cuando se incluye la seguridad social. Si bien es cierto que en el 2020 aumentó sustancialmente con motivo de la pandemia de la COVID-19, con el proceso de normalización en marcha ya ha regresado a los niveles anteriores, postergándose el necesario fortalecimiento del sistema de salud y, particularmente, el del Primer Nivel de Atención.

Como se ha establecido a nivel internacional, un sistema de salud basado en la estrategia de APS promueve los servicios promocionales y preventivos, produciendo un impacto positivo en indicadores que miden la utilización de los servicios y el estado de salud de la población. Esto ha demostrado que la APS es una estrategia efectiva para el logro de mejores resultados de salud y la protección financiera de los hogares.

Es de amplio conocimiento que el primer nivel de atención del país adolece de numerosas deficiencias en ámbitos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y gestión clínica y administrativa. Es muy baja su capacidad resolutoria y la aplicación de una cartera de servicios, que, aunque definida, se aplica de forma irregular y desigual. Asimismo, también es reconocida la baja adherencia a las guías clínicas, la carencia de un adecuado sistema de gestión clínica y las deficiencias del sistema de referencia y contrarreferencia, que funciona con muchas dificultades e improvisaciones. Se trata de un primer nivel que no tiene a las personas como centro del sistema, otorgando de forma precaria las atenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados de largo plazo. Tampoco ha logrado transversalizar los enfoques de género, interculturalidad y derechos, dejando incompleto el proceso asistencial en el curso de la vida.

Ante esta situación, UNICEF firmó un convenio de colaboración con la Fundación Plenitud para contribuir con las autoridades nacionales en el fortalecimiento del primer nivel de atención de la red pública del SNS, a fin de aportar en el proceso de implementación adecuada de la APS del Régimen Subsidiado.

La propuesta que presenta este estudio busca fortalecer el PNA de la red Prestadores de Salud (PS) del Servicio Nacional de Salud para mejorar las condiciones de implementación de la propuesta de APS de la SISALRIL en el Régimen Subsidiado. Para la elaboración de la propuesta se realizó también una revisión de las experiencias de otros países de la región de Latinoamérica con buen desempeño de sus sistemas de salud. Este documento contiene una estimación de los recursos necesarios que el Gobierno Dominicano debería asignar para cerrar brechas en términos de infraestructura, equipamiento y personal, desde el 2022 hasta el 2030. Asimismo, incluye una propuesta de ruta crítica para que las autoridades nacionales puedan iniciar el fortalecimiento necesario del primer nivel de atención a fin de que sea capaz de responder a las necesidades de salud de la población dominicana.

El monto de los recursos adicionales necesarios para cerrar las brechas en el año 2022 es inferior a 3,000 millones de pesos y ronda alrededor de ese monto en varios años subsiguientes. Con esa inversión adicional –equivalente a unos 50 millones de dólares- se podrían mejorar los servicios de salud para más de 5 millones de personas.

La asignación de mayores recursos al primer nivel de atención implicaría un cambio en las prioridades de gasto del gobierno. En la actualidad, el SNS destina el 70% de su presupuesto (unos 30,000 millones de pesos en 2021), a cubrir los niveles especializados de atención y sólo el 15% al primer nivel de atención. Algo similar ocurre en el régimen subsidiado de SENASA, donde además de priorizar las especializaciones, el 33% de su presupuesto se va en intervenciones de alto costo y menos del 1% a promoción y prevención. Modificar las prioridades de inversión, para enfatizar más el PNA y la APS, implicaría una mejor calidad del gasto, pero, sobre todo, una mejor salud y menores sufrimiento para la población del país

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M., Sáenz, M., Gutiérrez, M. & Bermúdez, J.L. (2011). Sistema de Salud de El Salvador, Salud Pública de México, vol. 53 (2), pp. 188-96.
- ADESA. (2019). Atención Primaria en Salud. Situación y Retos en la República Dominicana, 2019.
- Alcaldía de Bogotá. (2018). Política de Atención Integral en Salud. Modelo Integral de Atención en Salud.
- Álvarez, Y. (2021). *La mortalidad materna aumenta un 48 % en los primeros meses de 2021*. Diario Libre. <https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/la-mortalidad-materna-aumenta-un-48-en-los-primeros-meses-de-2021-FE25563666>
- Aran, D. & Laca, H. (2011). Sistema de Salud de Uruguay, Salud Pública de México, vol. 53 (2), pp. 265-74.
- ASSE. (2014). Libro de Relevamiento de Prestaciones, Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Balanova, D., Mc KeeMcKee, M. & Mills, A. (2011). *Ann, Good health at low cost, 25 years on, what makes a successful health system?* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Barba Martí, A. (1999). Gestión de Red. (Edición UPC).
- Barrubés J, Honrubia L, de Vicente M, Nake A, Sopeña L, Vilardell C, Carrillo E, Triquell LI, Portella E. (2019). Value Based Healthcare. De la teoría a la acción. Barcelona: Antares.
- Bonilla, M. E. & Rathe, M. (2018). UNICO: Demand Side Strategies for Universal Health Coverage (UHC). World Hospitals and Health Services - Universal Health Coverage (UHC): Making progress towards the 2030 targets. Vol. 54 No. 1.
- CCSS. (2019). Caja Costarricense del Seguro Social. <https://www.ccss.sa.cr/>
- CENISMI. (2008). Calidad de la atención a la embarazada y al niño sano en centros de primer nivel de atención de las Regiones de Salud III, IV, V y VI de la República Dominicana.
- Clark, M. (2002). Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System. Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms.
- Consortio de Salud y Social de Cataluña (CSC). (2012). Revisión del Modelo de Red y su Grado de Implantación.
- DASIS. (2021). Informe monitoreo de indicadores de resultados de salud 2020, República Dominicana
- Decreto Presidencial No.379-14, que ordena la desconcentración administrativa, funcional y territorial, del Viceministerio de Atención a las Personas y de los Servicios Regionales de Salud. 10 de octubre de 2014. Ministerio de Salud. Citado en el documento Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud, 2017.
- DIGEPRES. (2021). Ejecución presupuestaria 2014-2019, 2020-2021.
- Dirección General de Epidemiología Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2021). Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica (SE) No. 31.
- Evans, D. et al. (2012). *Universal Health Coverage is a Development Issue*. www.thelancet.com. Vol 380. September 8, 2012.
- Global Health Expenditure Database (GHED). (2018). Consultado en agosto 2021. <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- Hernández, A. (2018). La Atención Primaria de Salud como Fundamento de la Reforma de Salud Salvadoreña. Revista Panamericana de Salud Pública. vol. 42.

- Institute for Health and Metrics and Evaluation. (2019). Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Institute for Health and Metrics and Evaluation. (2021). Global Burden of Disease Results Tool. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- ISAGS. (2014). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- ISAGS. (2015). Atención Primaria de Salud en Suramérica. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- Jiménez, R., Guerrero, F., y Alcántara, Y. (2015). Línea de Base Atención Integral en Salud.
- Kutzin, J. (2012). *Health financing for Universal Coverage: what's working, and what issues between health and finance*. Pan-American Health Organization (PAHO).
- Lancet. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 396, 1223–49. Correspondence to: Prof Christopher J L Murray, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA 98195, USA. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6)
- Larmouth, J. (1999). ASN.1 Complete. Adaptado.
- Métricas de Salud Global. (2020). “Fecundidad, mortalidad, esperanza de vida saludable y estimaciones de población específicas por edad y sexo a nivel mundial en 204 países y territorios, 1950-2019: un análisis demográfico completo para el Estudio de la carga mundial de morbilidad 2019”. *Volumen 396, número 10258*, 1160-1203.
- Ministerio de Economía, Planificación & Desarrollo (MEPyD); Unidad Asesora de Análisis Económico y Social (UAAES). (Marzo, 2021). Boletín de estadísticas oficiales de pobreza monetaria en la República Dominicana año 6, No. 8.
- Ministerio de Interior y Policía. (2019). Observatorio de Seguridad Ciudadana de Republica Dominicana. Estadísticas 2014-2018. Citado por DASIS Perfil de Salud, 2019. <http://www.oscrd.gob.do/>
- Ministerio de Salud Pública & ONUSIDA. (2018). Informe de estimaciones y proyecciones de prevalencia de VIH y carga de enfermedad, año 2018. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/dominicanrepublic>
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2017). *Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). Manual Informativo e Instructivo para el llenado de la ficha familiar en las Unidades de Atención Primaria, 2010.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Compendio estadístico de cuentas nacionales de salud 2004-2017*. Santo Domingo, RD: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2019a). Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>
- Ministerio de Salud Pública. (2019c). División de Prevención y Control de Zoonosis. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis. Citado en el Perfil de Salud realizado por la Dirección de Análisis de Situación de Salud y Monitoreo de Resultados (DASIS), 2019.
- Ministerio de Salud Pública. (2019d). Alianza Nacional para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil. Documento Marco, Pag, 29, mayo 2019.

- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). (2019b). Citado por la Dirección de Análisis de Situación de Salud y Monitoreo de Resultados (DASIS).
- MSPS (2019), 'Cifras del Aseguramiento en Salud con corte abril de 2019'. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- MSPS. (2016). 'Política de Atención Integral en Salud', Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá (Colombia).
- Muñoz, E. et al. (2012). 'Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el Enfoque de Determinantes Orientados a la Reducción de las Inequidades, articulado al Sistema de Salud Colombiano', Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública & Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá (Colombia).
- OCDE. (2017). "Costa Rica: Evaluación y Recomendaciones". Estudios de la OCDE sobre Sistemas de Salud, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, París (Francia).
- Oficina Nacional de Estadística (ONE) y UNICEF. (2019). Resumen Ejecutivo Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2019), Número ISBN 2518-0444, septiembre de 2021.
- OMS. 2019. *Observatorio de Salud Global*, Accesible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr>
- OPS. (2018a). 'Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el Contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Uruguay: Aportes para la Construcción de una Estrategia Regional de Promoción de la Salud', Organización Panamericana de Salud, Montevideo (Uruguay)
- OPS/OMS. (2017). *Agenda de salud sostenible para las Américas, 2018-2030*. Washington, DC: OPS/OMS.
- OPS/OMS. (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, 2019*.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York. UN: Septuagésimo período de sesiones. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2007.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. (Informe sobre la salud del mundo). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report: executive summary*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: OPS; 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). "AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia" Washington, D.C., 2009.

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*. [Resolución del Consejo Directivo, en la 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS de las Américas]. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Pacto 30-30-30: APS para la salud universal*. Washington, DC: OPS-OMS.
- Paredes, N. (2000). 'El Deterioro de los Derechos Económicos y Sociales a Finales de los Noventa en Colombia'. *Controversia*, n 176, pp. 105-29
- PNUD. (2020). *Informe sobre Desarrollo Humano. Nota informativa República Dominicana, 2020*.
- Rathe, M. & Gibert, M. (2020). *Atención primaria en salud en América Latina y el Caribe: Experiencias exitosas y lecciones aprendidas*. Santo Domingo: Observatorio de Seguridad Social (INTEC).
- Rathe, M. & Suero, P. (2017). *Salud, visión de futuro: 20 años después*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). Santo Domingo: 2017.
- Rathe, M., Hernández-Peña, P., Pescetto, C., Van Mosseveld, C., Borges dos Santos, M. A., Rivas, L. (2021). *Gasto en atención primaria en ALC: Medir lo que importa*. (Presentado a la Revista Panamericana de Salud Pública, OPS y en el Congreso Mundial de Políticas y Sistemas de Salud (HSG)).
- Rodríguez, M. et al. (2017). 'Voces de la Academia y los Tomadores de Decisiones del Oriente Colombiano ante la Implementación del Modelo Integral de Atención en Salud', *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017; 49(2): 320-329
- Sáenz, M. et al. (2019). 'Atención Primaria en Salud: Perspectivas para el 2040 en el Escenario Costarricense. Reflexiones sobre el Camino Recorrido y los Retos Futuros', *News*.
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. & Bermúdez, J.L. (2011). 'Sistema de Salud de Costa Rica', *Salud Pública de México*, vol. 53 (2), pp. 156-67
- Saturno, P.J., Gutiérrez, J.P., Armendáriz, D.M., Armenta, N., Candia, E., Contreras, D., Fernández, M., Galván, A., Hernández, J.L., Hernández Ávila J.E., Palacio, L.S., Poblano, O., Vértiz, J., Vieyra, W., Wirtz, V. (2014). *Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual*. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
- Savigny, D. de. & Adams, T. (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*. Ginebra: Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Servicio Nacional de Salud, (2019). *Boletín anual de atención a Tuberculosis enero – diciembre 2019*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud, (2019). *Compendio estadístico anual enero-diciembre 2019*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. (2018). *Informe del gasto en servicios de la red pública*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. (2019). *Metodología para ranking de indicadores vinculados a la prestación de servicios en la red de establecimientos del Servicio Nacional de Salud*. Santo Domingo: SNS.

- Servicio Nacional de Salud. (2019). *Boletín anual de métricas de recursos humanos en salud 2018*. Santo Domingo: SNS.
- Servicio Nacional de Salud. (2019). *Cierre de brechas de centros de primer nivel de atención y recursos humanos a nivel nacional*. Santo Domingo: SNS. Dirección de Primer Nivel de Atención.
- Servicio Nacional de Salud. (2019). *Informe del gasto en servicios de la red pública*. Santo Domingo: SNS.
- Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gillies R. R., Mitchell J. B., Morgan K. L. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare forum journal* 1993;36(2):20-6.
- Sistema de las Naciones Unidas en República Dominicana. Informe de Resultados 2020.
- Stallings, W. (1999). *SNMP, SNMPv2, SNMPv3, and RMON 1 and 2*. (3ª Edición). AddisonWesley.
- White, E. S., Pereira Gray, D., Langley, P., & Evans, P. H. (2016). Fifty years of longitudinal continuity in general practice: a retrospective observational study. *Family practice*, 33(2), 148–153. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw001>
- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank & The United Nations Population Division. (2014). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Ginebra, Suiza: WHO, mayo 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?sequence=2
- WHO/UNICEF. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF).
- WHO-UNICEF. (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2018). *Declaración de Astaná*. Global Conference on Primary Health Care. Kazastan: WHO-UNICEF.
- World Health Organization and United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. Geneva: WHO and UNICEF.
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J., Evans, D.B. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health Report 2010*, Background paper 19. Ginebra: OMS.

ANEXOS

ANEXO A

ESTIMACIÓN DE LA INVERSIÓN NECESARIA PARA IMPLEMENTAR LA PROPUESTA DE APS DE LA SISALRIL MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DEL PNA DEL SNS

1. Aspectos metodológicos

En esta sección se presentará la estimación del financiamiento necesario para implementar la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) de la SISALRIL, mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) del Servicio Nacional de Salud (SNS).

La SISALRIL calculó un per cápita para la puesta en marcha de la propuesta de APS en el Régimen Subsidiado dividiéndolo en tres componentes: a) Uno proveniente del pago de SeNaSa por prestaciones del Primer Nivel de Atención, RD\$24.72, b) Uno resultante de la estimación de los gastos del SNS para el Primer Nivel de Atención con recursos del llamado “presupuesto histórico”, RD\$65.55, y c) Uno adicional para que SeNaSa cubra las nuevas coberturas del Plan de Servicio de Salud (PDSS) contenidas en la propuesta de APS de la SISALRIL, RD\$26.33; lo que hace un total de RD\$116.60, que cuando se adiciona el 10% del Gasto General y Administrativo se eleva a RD\$126.56.

Cuadro A1. Per cápita mensual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL

Per cápita mensual requerido para el PNA	Per cápita correspondientes a gastos mensuales		Per cápita adicional por propuesta SILSARIL
	<i>Per cápita mensual cubierto por SeNaSa</i> RD\$24.72	<i>Per cápita mensual cubierto por SNS</i> RD\$65.55	<i>Per cápita mensual para nuevas prestaciones del PDSS</i> RD\$26.33

Fuente: SISALRIL

El per cápita de RD\$126.56 sería suficiente para financiar las prestaciones contenidas en la propuesta de APS de la SISALRIL bajo las condiciones actuales. Sin embargo, en este trabajo se incluye adicionalmente el financiamiento de un proceso de inversión y mejora continua del PNA de la red pública para que en el 2030 se hayan cerrado las brechas de necesidades de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA) y de RRHH identificadas por el SNS en 2017 y 2020.

Además, se añaden reparaciones a CPNA actuales y el gasto de capacitación de personal clínico y administrativo relacionado con el Primer Nivel de Atención, lo que en conjunto conllevaría la mejora del acceso, la calidad y la oportunidad de los servicios de salud que recibiría la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) son establecimientos de salud donde operan las Unidades de Atención Primaria (UNAP). En un CPNA puede haber desde 1 a 6 UNAP, disponiendo cada una de un consultorio y de un equipo integrado por un doctor(a), una persona de enfermería y un promedio de cinco promotores

2. Estimación de brechas

Brecha de CPNA para la población nacional

El primer paso para la estimación financiera consistió en proyectar las brechas de construcción y equipamiento de Centro de Primer Nivel de Atención (CPNA) de cara al 2030, a partir de la determinada por el SNS en 2017, para lo que se utilizó los datos de población nacional de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE).

Cuadro A2. Población República Dominicana, 2017-2030

2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10,169,172	10,266,149	10,358,320	10,448,499	10,535,535	10,621,938	10,711,155
0.0%	0.9%	1.8%	2.7%	3.5%	4.3%	5.1%
2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
10,795,677	10,878,267	10,954,360	11,029,816	11,108,039	11,181,613	11,253,284
5.8%	6.5%	7.2%	7.8%	8.5%	9.1%	9.6%

Según datos de la ONE, la población nacional aumentará para el 2030 un 9.6% con relación a la del 2017 y, en ese último año, el SNS determinó la brecha de CPNA, con su respectivas UNAP, para todo el territorio y población nacional. A partir de esos datos e informaciones, este trabajo consideró que la brecha de CPNA identificada en el 2017 por el SNS, se expandiría hacia el 2030 en la misma proporción en lo que lo haría la población nacional, obteniendo las cantidades que se muestran a continuación.

Cuadro A3. Brechas de CPNA en 2017 y 2030

CPNA	2017	2030
CPNA 1 UNAP	519	569
CPNA 2 UNAP	350	417
CPNA 3 UNAP	256	330
CPNA 4 UNAP	125	173
CPNA 5 UNAP	43	64
CPNA 6 UNAP	33	52
Total	0	1,326

CPNA para la población subsidiada

El cuadro anterior presenta lo que sería la brecha de CPNA en el 2030 para toda la población nacional, pero la estimación de este trabajo es para la subsidiada, por lo que se asumió que la brecha de CPNA para ese régimen correspondería al porcentaje de esa población con relación al total nacional en ese año (44.4%).

Cuadro A4. Brechas de CPNA y UNAP del Régimen Subsidiado en el 2030

Población	Total		Subsidiada	
	CPNA	UNAP	CPNA	UNAP
Infraestructuras				
CPNA 1 UNAP	569	569	253	253
CPNA 2 UNAP	417	835	185	370
CPNA 3 UNAP	330	990	146	439
CPNA 4 UNAP	173	693	77	307
CPNA 5 UNAP	64	319	28	141
CPNA 6 UNAP	52	312	23	139
Total CPNA	1,605	3,717	712	1,650

La estimación de la población subsidiada en el 2030 se efectuó combinando su dato más reciente en 2021, con una proyección hasta el 2030 que se realizó a partir del crecimiento histórico que venía teniendo previo a la crisis del COVID-19 en el 2020, la cual produjo una caída en la actividad económica y un aumento en los niveles de pobreza del país, así como la incorporación de cerca de 2 millones de personas adicionales a este régimen; una especie de anomalía en el proceso que había seguido hasta el momento.

Como se acaba de señalar, ese fenómeno alteró el desarrollo de la afiliación al Régimen Subsidiado, pero se espera que esa situación sea corregida en los próximos años en función de la recuperación de la dinámica de crecimiento económico que se ha experimentado a partir del 2021, por lo que se entiende que, salvo algún factor imprevisto en el camino, el sector social y el laboral se irán normalizando progresivamente, pudiendo alcanzar para 2030 los niveles esperados previo a la crisis.

En tal sentido, la estimación se realizó partiendo del nivel de la población subsidiada en 2021 (5,749,011) para desembocar en el 2030 con la tendencia histórica que se venía teniendo previo a la crisis del 2020, 4,994,061 personas.

Cuadro A5. Población subsidiada 2022-2030

Población	2021	2022	2023	2024	2025
Población nacional	10,535,535	10,621,938	10,711,155	10,795,677	10,878,267
Población Subsidiada	5,749,011	5,659,784	5,571,943	5,485,464	5,400,328
	54.6%	53.3%	52.0%	50.8%	49.6%
Población	2026	2027	2028	2029	2030
Población nacional	10,954,360	11,029,816	11,108,039	11,181,613	11,253,284
Población Subsidiada	5,316,513	5,233,999	5,152,765	5,072,792	4,994,061
	48.5%	47.5%	46.4%	45.4%	44.4%

Brecha de RRHH para 2030

La brecha de RRHH del primer nivel de atención para el 2030, se estableció a partir de la identificada por el SNS en el 2020 más las generadas por los nuevos CPNA para población subsidiada que este trabajo propone que se construyan en el período 2022-2030, resultando el cuadro siguiente.

Cuadro A6. Brechas de RRHH en el 2030

Personal de Salud	Por CPNA	Brecha	Total
	2030	2020	2030
Médicos	1,627	355	1,982
Enfermería	1,627	141	1,768
Promotores	8,136	2,845	10,981

3. Estimación de la inversión proyectada al 2030

Este trabajo supone que las brechas de CPNA y RRHH para el 2030 serán llenadas mediante un esfuerzo continuo de inversión que se desarrollará de forma continua desde el 2022 al 2030. Para establecer lo que correspondería a cada año, se prorratearon de forma proporcional la brecha total de CPNA (construcciones más equipamiento) para final de la década entre cada uno de los años entre 2022 y 2030, bajo el entendido de que, dada la magnitud de la inversión necesaria, se requeriría de un esfuerzo presupuestario relativamente grande que requería de 9 años para completarlo.

Financiamiento para construcción y equipamiento de CPNA

Basado en lo presentado previamente, se estableció la cantidad de CPNA que se propone construir anualmente durante el período 2022-2030.

Cuadro A7. CPNA y UNAP a ser construidas anualmente en el período 2022-2030

Establecimiento	CPNA	UNAP
CPNA 1 UNAP	28	28
CPNA 2 UNAP	20	0
CPNA 3 UNAP	16	0
CPNA 4 UNAP	8	0
CPNA 5 UNAP	3	0
CPNA 6 UNAP	3	0
Total	78	28

Para la estimación financiera se utilizaron los costos unitarios por tipo de CPNA calculados por el SNS en 2017, afectándolo por el IPC⁸ Infraestructura para obtener el monto correspondiente a cada año del período 2022-2030. Para el IPC se tomó su promedio durante el período 2015-2019 (1.79%),

⁸ Los datos sobre IPC que se presentan en el trabajo fueron obtenidos del Banco Central de la República Dominicana.

aplicándolo al 2017, para luego obtener el correspondiente de cada año al multiplicarlo por el previo, a partir de esta fórmula: $(\nu_0) * (1 + ipc)$.

ν_0 = valor del año inmediatamente anterior.

(ipc) = factor de ajuste IPC del año estimado.

Ejemplo: $(\nu_{2023}) = (\nu_{2022}) \times (1 + ipc_{2023})$

Cuadro A8. Costos unitarios de construcción CPNA en 2017 y en el período 2022-2030 (Miles de DOP)

Establecimientos	2017	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CPNA 1 UNAP	7,262	7,820	7,960	8,102	8,247	8,395	8,545	8,698	8,853	9,012
CPNA 2 UNAP	8,109	8,732	8,888	9,047	9,209	9,374	9,542	9,712	9,886	10,063
CPNA 3 UNAP	9,045	9,741	9,915	10,092	10,273	10,457	10,644	10,834	11,028	11,225
CPNA 4 UNAP	10,019	10,789	10,982	11,178	11,378	11,582	11,789	12,000	12,215	12,433
CPNA 5 UNAP	11,445	12,325	12,545	12,770	12,998	13,231	13,468	13,709	13,954	14,204
CPNA 6 UNAP	12,045	12,971	13,204	13,440	13,680	13,925	14,174	14,428	14,686	14,949

A partir de esos costos unitarios y de la cantidad de CPNA que se sugiere construir anualmente se obtuvo el financiamiento requerido para construcciones de esos establecimientos en cada uno los años del período 2022-2030.

Cuadro A9. Costos anuales de construcción CPNA en el período 2022-2030 (Miles DOP)

Establecimiento	Anual	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CPNA 1 UNAP	28	216,422	220,295	224,236	228,248	232,332	236,489	240,720	245,027	249,411
CPNA 2 UNAP	20	177,291	180,463	183,692	186,978	190,324	193,729	197,195	200,723	204,314
CPNA 3 UNAP	16	156,332	159,129	161,976	164,874	167,824	170,827	173,883	176,995	180,161
CPNA 4 UNAP	8	90,867	92,492	94,147	95,832	97,546	99,292	101,068	102,876	104,717
CPNA 5 UNAP	3	38,191	38,874	39,570	40,278	40,999	41,732	42,479	43,239	44,012
CPNA 6 UNAP	3	32,852	33,440	34,038	34,647	35,267	35,898	36,540	37,194	37,860
Total	78	711,955	724,693	737,659	750,857	764,292	777,966	791,885	806,054	820,476

Para la estimación del equipamiento se procedió de forma similar, utilizando los costos unitarios por este concepto para cada tipo de CPNA que fueron calculados por el SNS en 2017, pero aplicándoles el IPC Salud en el período 2022-2030. Para la inversión estimada para cada año del periodo 2022-2030 parte del valor del equipamiento por tipo de CPNA, considerando el promedio del IPC salud del periodo 2015-2019, aplicándolo al valor de referencia (2017), y multiplicando posteriormente el porcentaje obtenido (3.49%) por el valor del año anterior para obtener el siguiente, a partir de esta fórmula: $(\nu_{0equip}) * (1 + ipcS)$.

ν_{0equip} = valor del año inmediatamente anterior

$(ipcS)$ = factor de ajuste IPC salud del año estimado

Ejemplo: $(\nu_{equip_{2023}}) = (\nu_{2022}) \times (1 + ipcS_{2023})$

Cuadro A10. Costos unitarios de equipamiento CPNA período 2022-2030**(Miles DOP)**

Establecimientos	2017	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CPNA 1 UNAP	674	821	850	879	910	942	975	1,009	1,044	1,081
CPNA 2 UNAP	760	927	959	993	1,027	1,063	1,100	1,139	1,178	1,220
CPNA 3 UNAP	847	1,032	1,068	1,106	1,144	1,184	1,226	1,269	1,313	1,359
CPNA 4 UNAP	934	1,138	1,178	1,219	1,262	1,306	1,351	1,398	1,447	1,498
CPNA 5 UNAP	1,020	1,244	1,287	1,332	1,379	1,427	1,477	1,528	1,582	1,637
CPNA 6 UNAP	1,107	1,349	1,397	1,445	1,496	1,548	1,602	1,658	1,716	1,776

Con las informaciones anteriores se obtuvo el financiamiento anual necesario para el equipamiento de los CPNA que se construirían en el período correspondiente.

Cuadro A11. Costos anuales de equipamiento de CPNA en el período 2022-2030**(Miles DOP)**

Establecimiento	Anual	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
CPNA 1 UNAP	28	22,723	23,517	24,338	25,188	26,067	26,978	27,920	28,895	29,904
CPNA 2 UNAP	20	18,815	19,473	20,153	20,856	21,585	22,339	23,119	23,926	24,762
CPNA 3 UNAP	16	16,570	17,148	17,747	18,367	19,008	19,672	20,359	21,070	21,806
CPNA 4 UNAP	8	9,585	9,920	10,266	10,625	10,996	11,380	11,777	12,189	12,614
CPNA 5 UNAP	3	3,854	3,989	4,128	4,272	4,421	4,576	4,735	4,901	5,072
CPNA 6 UNAP	3	3,418	3,537	3,661	3,788	3,921	4,058	4,199	4,346	4,498
Total	78	74,965	77,583	80,292	83,097	85,999	89,002	92,110	95,327	98,656

Reparaciones

Según informó el director del SNS, Dr. Mario Lama, una gran cantidad de CPNA requieren reparaciones, pero se desconoce de forma precisa el número y presupuesto, por lo que para esta estimación se adicionó el 30% del costo de inversión en infraestructura, como monto conveniente para destinarlo a reparación de CPNA construidos previo a 2022.

Cuadro A12. Costos anuales de reparaciones de CPNA en el período 2022-2030**(Miles DOP)**

Establecimiento	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Reparaciones	213,587	217,408	221,298	225,257	229,288	233,390	237,566	241,816	246,143

Financiamiento para RRHH adicionales

De forma similar se utilizaron los costos mensuales por tipo de personal médico, de enfermería y promotores de salud, partiendo de los vigentes en 2021, pero indexándolos en función del IPC General 2010-2019 durante el período 2022-2030, por lo que los salarios de cada año se obtuvieron aumentan en 3.58% los del año anterior.

Cuadro A13. Costos mensuales por tipo RRHH en el período 2022-2030 (DOP)

Personal	2020	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Médicos	75,022	77,708	80,490	83,371	86,356	89,447	92,649	95,966	99,402	102,960
Enfermería	54,888	56,853	58,889	60,997	63,181	65,443	67,785	70,212	72,726	75,329
Promotores	10,000	10,358	10,729	11,113	11,511	11,923	12,350	12,792	13,250	13,724

* Costos unitarios en 2020, indexados entre 2022-2030

La cantidad necesaria de recursos humanos anuales para el cierre de brechas está en función de los identificados por el SNS en el 2020 (personal médico: 355, personal de enfermería: 144 y promotores de salud: 2,845) y los necesarios para la cantidad de CPNA que se vayan construyendo anualmente en el período 2022-2030 (personal médico: 183, personal de enfermería: 183 y promotores de salud: 916). En esta estimación, tanto la necesidad de RRHH identificada en el 2020 como la correspondiente a los CPNA que se construirían en 2022, serían contratados ese año.

Cuadro A14. Costos de contratación de RRHH en el período 2022-2030 (Miles DOP)

Personal	2020	Anual	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Médico	355	183	167,318	250,805	458,442	680,625	918,128	1,171,764	1,442,384	1,730,878	2,038,180
Enfermería	141	183	73,749	183,497	335,412	497,968	671,733	857,302	1,055,297	1,266,369	1,491,201
Promotores	2,845	916	155,845	167,155	305,539	453,618	611,907	780,949	961,310	1,153,584	1,358,392
Totales			396,912	601,457	1,099,393	1,632,211	2,201,769	2,810,015	3,458,990	4,150,831	4,887,773

Capacitación

La capacitación para el personal del PNA que se recomienda y estima para el período 2022-2030 incluye el médico, el de enfermería y los promotores de salud. Los contenidos, la estructura curricular y la carga académica y horaria se adaptarán a las características y necesidades de ese personal.

Se contempla que la capacitación se realice de forma virtual, con facilitadores nacionales y en plataforma Moodle, incluyendo presentaciones grabadas, bibliografía de apoyo, biblioteca y recursos complementarios como videos y sitios web. Además, los cursos dispondrían de fórum para discusiones y ejercicios individuales, promoviendo las interacciones entre tutores y participantes. Se entregará una laptop⁹ por persona, con complementos y conexión a internet.

El período de formación del personal médico no será menor a un (1) año, otorgando un título de especialidad por una de las universidades reconocidas del país o por la OPS, si es impartido en su campo virtual. La formación del personal de enfermería no será menor de 160 horas y entregará un título de diplomado y con una. La de los promotores será un curso con no menos de 120 hora y concederá un título de especialización. (Ver detalles en Anexo)

⁹ Disponiendo de un procesador Intel® Core™ i5-11500HE, caché de 12M, hasta 4,50 GHz (Según estándares del 2022) y bulto de protección

Cuadro A15. Costos unitarios de capacitación de RRHH en el período 2022-2030

Capacitación	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Médico	229	234	262	288	314	340	366	393	420
Enfermería	229	234	262	288	314	340	366	393	420
Promotores	1,143	1,170	1,310	1,439	1,569	1,701	1,832	1,965	2,098

El estimado de los cursos de capacitación para cada tipo de personal en los años 2022-2030, incluyendo la laptop que se le entregaría con un precio aproximado de RD\$27,856.

**Cuadro A16. Costos de contratación de RRHH en el período 2022-2030
(Miles de DOP)**

Capacitación	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Especialidad	47,635	51,584	61,067	70,953	81,871	93,845	106,970	121,343	137,066
Diplomado	25,288	27,385	32,418	37,667	43,463	49,820	56,787	64,417	72,765
Curso	119,184	129,066	152,791	177,528	204,845	234,804	267,643	303,604	342,945
Laptop	31,844	32,600	36,484	40,074	43,714	47,369	51,044	54,739	58,453
Total	223,951	240,635	282,760	326,222	373,893	425,838	482,445	544,102	611,229

Indexación del per cápita para implementar propuesta APS SISALRIL

Adicionalmente se realizó una indexación utilizando el IPC General de los per cápita calculado en 2019 para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL, pero iniciando la misma en 2023, ya que para el 2022 se utilizaron los montos calculados en el 2019, bajo el supuesto de que la propuesta para el Régimen Subsidiado se aprobaría tal como se preparó en ese año.

Cuadro A17. Per cápitas mensuales indexados para implementar la propuesta de APS en el Régimen Subsidiado*

Per cápita	2017	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Parte PDSS para PNA	24.72	24.72	24.72	24.72	24.72	24.72	24.72	24.72	24.72	24.72
SNS Presupuesto PNA	65.55	65.55	65.55	65.55	65.55	65.55	65.55	65.55	65.55	65.55
Adicional PDSS para APS	26.33	26.33	26.33	26.33	26.33	26.33	26.33	26.33	26.33	26.33
Total	116.60	116.60	116.60	116.60	116.60	116.60	116.60	116.60	116.60	116.60

*Calculado por SISALRIL

Con los datos anteriores se determinó el monto económico anual necesario para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL en el período 2022-2030, utilizando la estimación de la población subsidiada para cada uno de los años contemplados.

Cuadro A18. Totales mensuales y anuales por per cápita de propuesta de APS de la SISALRIL (DOP)

Año	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Población subsidiada	4,044,689	4,192,808	4,327,543	4,453,189	4,571,652	4,682,431	4,791,694	4,895,017	4,994,061
Total mensual PDSS para PNA	100	106	111	116	122	127	133	138	143
Total mensual SNS para PNA	265	280	294	309	323	337	351	366	380
Total mensual adicional PDSS para APS	106	112	118	124	130	135	141	147	153
Total mensual propuesta SISALRIL	472	498	524	549	575	600	625	651	676
Total anual PDSS para PNA	1,200	1,267	1,333	1,397	1,462	1,525	1,590	1,655	1,721
Total anual SNS para PNA	3,182	3,360	3,534	3,705	3,876	4,045	4,217	4,390	4,563
Total anual adicional PDSS para APS	1,278	1,350	1,420	1,488	1,557	1,625	1,694	1,763	1,833
Total anual propuesta SISALRIL	4,381	4,628	4,867	5,103	5,337	5,570	5,808	6,045	6,284

4. Financiamiento necesario en el período 2022- 2030

Cuando se añaden a los datos anteriores los correspondientes al cierre de las brechas de CPNA y RRHH para el Primer Nivel de Atención, se obtiene entonces el financiamiento anual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL mediante el fortalecimiento del primer nivel atención en el período 2022-2030, incluyendo cierre de brechas de CPNA (construcción y equipamiento), reparación de CPNA actuales, contratación de nuevos RRHH y la capacitación del personal de las UNAP.

Cuadro A19. Financiamiento anual requerido para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL y fortalecer el Primer Nivel de Atención del SNS (Millones DOP)

Per cápita	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Per cápita PDSS para PNA	1,200	1,267	1,333	1,397	1,462	1,525	1,590	1,655	1,721
Per cápita SNS para PNA	3,182	3,360	3,534	3,705	3,876	4,045	4,217	4,390	4,563
Adicional PDSS para APS	1,278	1,350	1,420	1,488	1,557	1,625	1,694	1,763	1,833
Brechas construcción CPNA	712	725	738	751	764	778	792	806	820
Brechas equipamiento CPNA	75	78	80	83	86	89	92	95	99
Brechas RRHH	397	601	1,099	1,632	2,202	2,810	3,459	4,151	4,888
Repaciones	214	217	221	225	229	233	238	242	246
Capacitación	224	241	283	326	374	426	482	544	611
Total	7,281	7,839	8,708	9,609	10,549	11,531	12,565	13,646	14,781

Financiamiento adicional requerido

La tabla anterior presenta el financiamiento requerido, pero dentro del mismo hay dos renglones que se vienen cubriendo actualmente: el proveniente de los pagos que realiza SeNaSa a la red del SNS por servicios del primer nivel de atención de la población subsidiada y el resultante de los gastos del SNS en el Primer Nivel de Atención con recursos del llamado “presupuesto histórico”. Cuando extraemos ambos gastos nos quedan los recursos adicionales necesarios para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL, fortaleciendo el PNA de la red pública del SNS.

**Cuadro A20. Financiamiento adicional para implementar la propuesta de APS de la SISALRIL y fortalecer el Primer Nivel de Atención de la red pública nacional
(Millones DOP)**

Per cápita	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Adicional PDSS para APS	1,278	1,350	1,420	1,488	1,557	1,625	1,694	1,763	1,833
Brechas construcciones CPNA	712	725	738	751	764	778	792	806	820
Brechas equipamiento CPNA	75	78	80	83	86	89	92	95	99
Brechas RRHH	397	601	1,099	1,632	2,202	2,810	3,459	4,151	4,888
Capacitación	214	217	221	225	229	233	238	242	246
Centros Diagnósticos	224	241	283	326	374	426	482	544	611
Total	2,899	3,212	3,841	4,506	5,212	5,961	6,757	7,601	8,497

ANEXO B

RUTA CRÍTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN

En esta sección se presenta una propuesta de *Ruta Crítica* para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) de la red pública y para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) de la población del Régimen Subsidiado, que consiste en una descripción general de actividades e iniciativa para el logro de esos propósitos. Está concebida para tres (3) niveles de actuación:

- **Nivel macro.** Corresponde a la esfera ejecutiva del Gobierno y principales cabezas del sector salud. De forma específica: la vicepresidente de la República y la más alta dirección del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Servicio Nacional de Salud (SNS), de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)
- **Nivel meso.** Se refiere al equipo directivo de los Servicios Regionales de Salud (SRS), Gerencias de Áreas y Zonas.
- **Nivel micro.** Concierno a los Centros de Primer Nivel de Atención (CPNA) y a las Unidades de Atención Primaria (UNAP).

I. Nivel macro

Actividades principales

1. **Presentación al Gabinete de Salud del Gobierno Dominicano de la propuesta y ruta crítica para el fortalecimiento del PNA y desarrollo de la APS de la población subsidiada.** Realización de una presentación a los principales miembros del gabinete de salud por parte de personal de UNICEF y de la Fundación Plenitud con el objetivo de sensibilizar en el tema y de dinamizar los esfuerzos dirigidos a fortalecer el PNA y la APS del Régimen Subsidiado. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF).
2. **Conformación de mesa sectorial para el apoyo del PNA y de la APS en la red pública nacional.** Constitución de una mesa sectorial integrada por el nivel ejecutivo de las instituciones públicas del sector salud. (Responsable: SNS)
3. **Recepción de opiniones, sugerencias y recomendaciones para su incorporación a la propuesta y ruta para lograr una versión mejorada.** Obtención de retroalimentación proveniente de las cabezas e instancias que conforman el Gabinete Sectorial con la finalidad de mejorar la propuesta y ruta crítica para hacerla más viable y sostenible. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
4. **Presentación de propuesta y ruta crítica a las agencias internacionales de cooperación que apoyan el Sector Salud.** Encuentro de presentación de propuesta para recibir observaciones e identificar iniciativas de apoyo y cooperación. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
5. **Presentación de propuesta y ruta crítica a representantes claves de la Sociedad Civil.** Encuentro de presentación de propuesta para recibir observaciones y recomendaciones. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
6. **Encuentro con mesa sectorial para presentación sugerencias y recomendaciones de agencias de cooperación internacional y actores claves de la Sociedad Civil sobre propuesta y ruta crítica.** Presentación al Gabinete de Salud de las observaciones, recomendaciones e iniciativas

de apoyo y cooperación provenientes de representantes claves de la sociedad civil y agencias internacionales de cooperación. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)

7. **Aprobación por Gabinete de Salud de propuesta y ruta crítica de fortalecimiento del PNA y la APS en el SNS.** Como parte de la actividad anterior se obtendrá una aprobación definitiva de la propuesta y ruta crítica para iniciar su implementación. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
8. **Asamblea nacional con SRS.** Realización de encuentro con las cabezas de los SRS para presentar y recibir observaciones sobre la propuesta para el fortalecimiento del PNA y desarrollo de la APS de la población subsidiada. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
9. **Lanzamiento público de propuesta y ruta crítica.** Actividad de lanzamiento de la propuesta y ruta crítica para el fortalecimiento del PNA y para el desarrollo de la APS para la población del Régimen Subsidiado con actores claves de las instituciones públicas del Sector Salud, de sus gremios, de la Sociedad Civil y de los organismos de cooperación internacional. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
10. **Conformación de mesa interinstitucional con sociedad civil y agencia de cooperación internacional.** Constitución de una mesa con representantes de instituciones de la sociedad civil del área de la salud y de agencias de cooperación internacional para reuniones periódicas sobre el avance de la ruta crítica. (Responsable: SNS con apoyo de UNICEF)
11. **Relevamiento de herramientas del PNA.** Realización de inventario y diagnóstico de las principales herramientas del PNA para revisión, evaluación y selección previo a su implementación de cara al fortalecimiento del PNA y al desarrollo de la APS del Régimen Subsidiado. (Responsable: SNS)
12. **Implementación de un expediente único de salud.** El Ministerio de Salud Pública debe definir lo antes posible una opción para que el Sistema Nacional de Salud disponga de una historia clínica electrónica generalizada o de varias opciones con un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) oficiales. (Responsable: Ministerio de Salud Pública)
13. **Revisión y definición de indicadores del PNA.** Establecimiento de una batería de indicadores de proceso, producto, resultado e impacto para el seguimiento continuo del fortalecimiento del PNA de la red pública. (Responsable: SNS)
14. **Definición e implementación de un sistema de referencia y contrarreferencia.** Aceleración de la implementación de un sistema efectivo de referencia y contrarreferencia que garantice la integralidad, horizontalidad y longitudinalidad de la atención y que permita la movilidad ascendente y descendente de pacientes entre el primer, segundo y tercer nivel de atención de la red pública. (Responsable: SNS)
15. **Diagnóstico de necesidades de capacitación en el PNA.** Identificación y levantamiento de necesidades de formación y capacitación basado en competencias de los RRHH del PNA. (Responsable: SNS en coordinación con SRS)
16. **Elaboración de plan de capacitación del PNA.** Preparación de un plan de capacitación para un período de 2 años con insumos provenientes del diagnóstico de necesidades. (Responsable: SNS en coordinación con SRS)
17. **Puesta en marcha de un programa de capacitación y desarrollo de capacidades.** Definición e implementación de un programa de formación para personal clínico y administrativo del PNA, basado en el diagnóstico de necesidades de capacitación. (Responsable: SNS en coordinación con SRS)

18. **Auditorías clínicas periódicas.** Realización de auditorías clínicas periódicas para determinar niveles de apego a las normas, guías y procedimientos clínicos, y para apreciar calidad de los servicios del PNA. (Responsable: SNS)
19. **Política de incentivos para el PNA.** Establecimiento de una política de remuneración variable y de aplicación de incentivos (económicos y no económicos) basada en resultados, dirigida al personal de salud del PNA, con el propósito de aumentar el compromiso e elevar la calidad de las acciones y servicios. (Responsable: SNS).
20. **Incorporación en el Plan Plurianual del Gobierno de inversiones contempladas en la propuesta.** Realización de gestiones de nivel ejecutivo para que las inversiones de capital contenida en la propuesta de fortalecimiento del PNA (Cierre de brechas en su mayor parte) se incorporen en el Plan Plurianual de Gobierno. (Responsable: Ministerio de Salud Pública en coordinación con SNS)
21. **Equipo de M&E para la ruta crítica.** Constitución o contratación de un equipo de M&E para dar seguimiento y realizar evaluaciones sobre el desarrollo de la propuesta y ruta crítica para el fortalecimiento del primer nivel de atención de la red pública. (Responsable: Vicepresidencia SNS)
22. **Monitoreo de la Ruta Crítica.** Ejecución de actividades de monitoreos cuatrimestrales para el seguimiento de la implementación de la propuesta y ruta crítica. Orientado a procesos y productos, y a ofrecer recomendaciones para mejorar y corregir los cursos de acción. (Responsable: SNS en coordinación con SRS)
23. **Presentación de resultado de monitoreos a mesa sectorial.** Realización de un encuentro posterior a cada monitoreo para que las autoridades nacionales reciban información sobre el avance de la ruta crítica y adopten decisiones al respecto. (Responsable: SNS)
24. **Presentación de resultado de monitoreos a agencias de cooperación internacional y a la sociedad civil.** Realización de 2 encuentro distintos posteriores a cada monitoreo para rendir cuentas y presentar información sobre el avance de la ruta crítica y recibir observaciones y recomendaciones. (Responsable: SNS)
25. **Evaluación la propuesta y la ruta crítica.** Ejecución de una actividad de evaluación anual para el seguimiento de la implementación de la propuesta y la ruta crítica, orientados a resultados e impactos y a ofrecer valoraciones y recomendaciones para comprender la pertinencia y calidad de lo avanzado, y para mejorar la orientación de las acciones. (Responsable: SNS)
26. **Presentación de evaluación anual a mesa sectorial.** Realización de un encuentro posterior a la evaluación anual para que las autoridades nacionales reciban información sobre el avance y los resultados alcanzados durante la ejecución de la propuesta y ruta crítica, y para que se adopten decisiones al respecto. (Responsable: SNS)
27. **Presentación de resultado de la evaluación anual a agencias de cooperación internacional y sociedad civil.** Realización de un encuentro posterior a la evaluación anual para presentar información sobre el avance y los resultados alcanzados durante la ejecución de la propuesta y ruta crítica, para escuchar observaciones y recomendaciones al respecto. (Responsable: SNS)

II. Nivel meso

Actividades principales

1. **Mesa Interregional para el fortalecimiento del PNA y para el desarrollo de la APS.** Conformación de mesa integrada por los directores regionales de salud y personal responsable del PNA en el SNS para coordinación y seguimiento del fortalecimiento del PNA y desarrollo de la APS. (Responsable: SNS)
2. **Presentación de propuesta y ruta crítica por SRS.** Un encuentro por SRS para presentación y conocimiento de la propuesta de fortalecimiento del PNA y ruta crítica, para recibir comentarios, sugerencias y recomendaciones. Además, encuentros provinciales con equipos de las UNAP para fines similares. (Responsable: SNS)
3. **Elaboración de instrumento para el diagnóstico clínico y administrativo del PNA.** Preparación por parte del SNS de dos guías para la elaboración de diagnósticos rápidos: 1) Guía para diagnóstico clínico: revisión de cartera de servicios y adecuación a propuesta de APS, características de servicios clínicos, RRHH clínicos, medicamentos, sistema de información clínico, equipamiento clínico, referencia y contrarreferencia, etc. 2) Guía para diagnóstico administrativo: Operación y gestión de centros, sistema de información gerencial, financiamiento, RRHH administrativos, usuarios, infraestructura, equipamiento administrativo, transporte, etc. (Responsable: SNS)
4. **Aplicación de instrumentos para diagnóstico clínicos y administrativo del PNA.** Aplicación de instrumentos de diagnósticos clínicos en cada SRS en base a las guías suministradas por el SNS. (Responsables: SRS)
5. **Elaboración diagnósticos clínico y administrativo del PNA del SNS y de cada SRS.** Procesamiento de instrumento y elaboración por parte del SNS de un diagnóstico general clínico y administrativo, y de cada SRS. El diagnóstico de cada SRS servirá como línea de base. (Responsable: SNS)
6. **Elaboración de instrumentos para formulación de planes y presupuestos.** Preparación por parte del SNS de las herramientas para que los SRS de salud preparen los planes y presupuestos de las áreas clínicas y administrativas para el fortalecimiento del PNA de la red pública y el desarrollo de la APS del Régimen Subsidiado. (Responsable: SNS)
7. **Preparación de planes y presupuestos regionales.** A partir de los diagnósticos elaborados en cada región y de los instrumentos de planificación y presupuestación diseñados por el SNS, cada SRS elaborará su plan y presupuesto clínico y administrativo para el fortalecimiento del PNA y de la APS. (Responsable: SRS)
8. **Plan de fortalecimiento del PNA y desarrollo de APS del SNS.** Elaboración de un plan general de fortalecimiento del PNA y desarrollo de APS del Régimen Subsidiado que incorpore los grandes cursos de acción de los planes regionales y la suma de sus presupuestos. Integración en un plan único general para disponer de un presupuesto global. Armonizado con los POA y PEA. (Responsable: SNS)
9. **Conformación de equipo de monitoreo.** Constitución de un equipo interregional o contratación de equipo externo para el seguimiento de los planes clínicos y administrativos regionales y de las ejecuciones presupuestarias correspondientes. (Responsable: SNS)
10. **Fortalecimiento de la Unidad de M&E de los SRS.** Capacitación del personal de monitoreo y evaluación del SRS para robustecer estas funciones y para que apoyen el proceso de fortalecimiento del PNA y la APS del Régimen Subsidiado. (Responsables: SNS y SRS)
11. **Firma de convenios de gestión con UNAP.** Revisión del modelo de convenio existente y suscripción de acuerdos de gestión con incentivos por cumplimiento de tiempo, distancia,

adherencia a guías clínicas y resultados en salud. En tres niveles: UNAP con Zona de Salud, Zona de Salud con Área de Salud y Área con el SRS. (Responsables: SNS y SRS)

12. **Fortalecimiento de la supervisión de las UNAP.** Redefinir y mejorar competencias de personal responsables de las UNAP en las gerencias de áreas para supervisar y monitorear los CPNA y las UNAPS. (Responsables: Mesa interregional)

III. Nivel micro

Durante la ejecución de las medidas que se proponen en la ruta crítica en el nivel micro, se debe mantener la continuación de los servicios de las UNAP sin alteración y con una vocación de mejora progresiva. Muchas de las actividades que se presentan en esta parte de la Ruta Crítica, se toman de documentos internos del SNS y de la consultoría Desarrollo operativo e implantación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

Las siguientes son actividades de las UNAP que serían realizadas bajo dirección, coordinación y supervisión de los SRS.

1. **Consolidación del equipo de la UNAP.** Presentación de equipo conformado por un personal médico, un personal de enfermería y promotores (un promotor por cada 100 familias urbanas y 80 rurales), aclarando roles y responsabilidades. Se pasará balance a los recursos disponibles y se ratificará que se hace un trabajo colectivo. Además, se establecerá agenda y pasos a seguir. (Responsable: Coordinador(a) de Zona)
2. **Zonificación y sectorización.** Hacer una delimitación clara del área de trabajo de cada UNAP (Sector de Salud) y de la población correspondiente, teniendo claro la zona y área de salud a que pertenece la UNAP. Además, se hará un levantamiento de los establecimientos y oficinas de salud cercanos: centros diagnósticos, hospitales, Dirección de Área de Salud, Dirección Regional de Salud y de la Dirección Provincial de Salud, etc. La zonificación y sectorización se realizarán en base a las pautas de los Manuales de Zonificación y Sectorización de las Unidades de Atención Primaria (UNAP). Se deben llenar los formularios SZ-1 y SZ-2 lleno por cada sector y cada zona, anexándole la foto del sector o la zona con sus límites resaltados.
3. **Elaboración de croquis del área de trabajo.** El equipo de la UNAP preparará un croquis del sector de salud asignado utilizando la simbología que indica la Guía para la elaboración de croquis de la UNAP y las metodologías que se han incorporado. El croquis incluirá la estructura geopolítica (nombre de barrios, sub-barrios, municipios, secciones, o parajes) y otras informaciones que indica la guía: cantidad de viviendas, cantidad de familias, accidentes geográficos del territorio, riesgos potenciales, etc. Igualmente, indicará los lugares complementarios para la entrega de servicios (centros escolares, lugares de trabajo, centros de salud, hogares, instituciones, etc.)
4. **Llenado de fichas familiares.** Se completará una ficha familiar para cada hogar del área o sector de salud que corresponde a la UNAP, registrando información referente a aspectos sociodemográficos, condiciones de la vivienda, características individuales, condiciones de salud de la familia y sus individuos, estableciendo el nivel de riesgo de cada hogar. Las fichas son llenadas por los promotores y revisadas posteriormente por el médico y la enfermera de la UNAP.

- 5. Digitación de fichas familiares.** Incorporación de los datos de la ficha familiar a una herramienta electrónica, *Sistema de Información Poblacional Basado en la Ficha Familiar (SIRPAFF)*, para facilitar su manejo y conversión en información útil para las actividades de la UNAP. La digitación se producirá donde se encuentren equipos informáticos disponibles.

Con los datos digitados se obtiene el censo de población o la cartera de usuarios estructurado por grupos etarios y prioritarios. Además, el fichero EDA-SEXO ordena los usuarios del hogar por fecha de nacimiento y apellidos en orden alfabético. Con los grupos de edad y personas con condiciones prioritarias se establecen las coberturas de las diferentes actividades y programas de salud que se llevan en la UNAP. Además, a partir de la prevalencia del país, región provincia, municipio o zona de salud se estima el número de casos a esperar en el territorio, para casos de: hipertensos, diabéticos, falcémicos, epilepticos, asmáticos, discapacitados, VIH positivo, tuberculosos, renales crónicos, pulmonares obstructivos crónicos, entre otros de acuerdo al perfil epidemiológico local.

Cuando no se disponga de información se construirá una línea de base a partir de visitas de búsqueda activa de casos, de factores de riesgo y tamizaje de la población abordando para cada proceso mórbido los grupos poblacionales que se han definido como prioritarios. Con esa base poblacional el equipo de la UNAP realizará las estimaciones de actividades de atención a realizar, las pruebas de laboratorios, las imágenes y otros servicios de salud que servirán para alimentar la programación anual.

- 6. Identificación de la población asegurada.** Ente los datos recogidos está la afiliación a ARS. Si hay personas no afiliadas a la seguridad social con condiciones para ser subsidiada, se lo comunicará al SRS para que haga las gestiones de afiliación con SeNaSa. Los servicios de la UNAP a personas afiliadas a otras ARS deberán ser comunicados al SRS para fines de facturación y cobro. Toda la población del sector de salud será adscrita a su UNAP correspondiente. Cualquier persona adscrita perteneciente a una ARS distinta a SeNaSa podrá adscribirse a otra UNAP o Centro de Atención Primaria.
- 7. Identificación de necesidades de recursos.** Con los datos anteriores se estimarán los recursos humanos, físicos, de infraestructura, financieros y de cualquier tipo que se requieran para poder hacer la planificación anual correspondiente. La identificación de recursos se basará el diagnóstico levantado con la herramienta preparada por el SNS para los fines.
- 8. Identificación de obstáculos para los servicios.** Como complemento del punto anterior se identificarán las principales limitaciones y restricciones para que la población del sector de salud tenga acceso efectivo a los servicios de salud.
- 9. Selección de medidas para eliminar o reducir obstáculos.** para el acceso efectivo a los servicios de la población adscrita y de responsabilidad de la UNAP.
- 10. fortalecimiento y mejora de los servicios de salud.** Para la entrega de servicios a la población el equipo de la UNAP debe disponer y utilizar, entre otros documentos: a) Guías clínicas para el PNA, b) Guías para el monitoreo nutricional, promoción, vigilancia del crecimiento y desarrollo, atención a la morbilidad prevalente de la niña y del niño menor de cinco años, c) Guías de actuación por servicios, según recurso humano y nivel de responsabilidad en las acciones que

componen la cartera de servicio y d) Guía de Diagnóstico y Tratamiento y el formulario Nacional de Medicamentos del Primer Nivel de Atención. Así como realizar en forma continua actividades dirigidas a:

- Educación sobre el uso de los servicios de atención primaria
- Educación sobre estilo de vida saludable
- Educación alimentario nutricional
- Autocuidado personal, familiar y comunitario
- Campaña antitabaquismo y antialcoholismo
- Educación sobre factores protectores de la salud
- Educación para la salud mental
- Prevención de la violencia domestica
- Educación grupal a adolescentes
- Promoción de la lactancia materna
- Educación prevención sobre los riesgos cardiovasculares
- Educación y prevención sobre ITS/SIDA
- Educación ambiental
- Control de Vectores
- Vacunación antirrábica
- Educación para la prevención de accidentes de transito
- Educación para la prevención de desastres

11. Implementación de un sistema de gestión de citas programadas.

La UNAP debe implementar las citas programadas de la población de su territorio de acuerdo con el grupo etario y/o prioritario en función patologías específicas o condición especial. Para las consultas programadas el equipo de la UNAP asignará a cada promotor(a) un número de familias con las indicaciones correspondientes, iniciando una búsqueda proactiva que tratará de captar inicialmente a las personas más vulnerables.

Los promotores realizarán la búsqueda y captación activa de personas en función de condiciones específicas que se le indiquen. La cartera de usuarios construida con las fichas familiares servirá para identificar pacientes que serán captado y motivados de forma proactiva para que asistan a consulta externa; sin descuidar la atención a la demanda y las emergencias.

La consulta programada pretende que toda la población, sana o con una patología, identificada, ingrese a un programa de atención según su nivel de riesgo, ya sea para fines de promoción y prevención, como de tratamiento en los casos necesarios. Al margen de otras que se establecerán en función del perfil epidemiológico de cada población, las consultas estándares programadas para toda población son las siguientes:

- Visita de recién nacido dentro de las primeras 48 horas en que llegue al hogar luego del parto.
- Visita al centro de salud al día 7 del Recién Nacido y la Puerpera.
- Una consulta mensual hasta los 6 meses.
- Una consulta trimestral de 6 meses a 1 año.
- Una consulta cada 4 meses de 1 a 2 años.
- Una consulta cada 6 meses de 2 a 4 años.
- Una consulta dos veces al año de 5-9 años.

- Una consulta una vez al año de 10-19 años y organizarlo en grupos de apoyo.
- Una consulta por primera vez y luego según necesidades de MEF de 10-49 años.
- Una consulta una vez al año y según necesidades de 20-64 años.
- Una consulta dos veces al año y según necesidades de 65 y más años.

Las personas con una condición o una patología específica tendrán consultas programadas en función de su condición inicial y evolución, dejando siempre espacio para las atenciones a la demanda. Se espera que con la consulta programada reduzcan las emergencias y las atenciones a la demanda, al haberse actuado proactivamente muchos procesos mórbidos sin sintomatología, pudiendo controlarlos y reduciendo también las descompensaciones de personas con patologías, a partir de un estricto seguimiento. Las atenciones domiciliarias se realizarán cuando cualquier persona las requiera y las emergencias se atenderán en cualquier horario.

La consulta programada es la actividad esencial de la planificación de la UNAP. Con su regularización la UNAP puede disponer de más tiempo para promoción de salud y prevención de enfermedades.

Para la atención programada se dispone de guías y documentos elaborados por el Ministerio de Salud Pública. Los trabajos iniciarán por grupos de edad y priorizando quienes son más vulnerable. A cada promotor(a) se le asignará un número determinado de familias para levantar y registrar sus informaciones y para que las conozca al detalle. Con una buena implementación de la atención programada y del seguimiento de pacientes con morbilidad identificada, se espera que se reduzcan las emergencias y la atención a la demanda.

Identificación y evaluación de riesgos

Se realizará un análisis desde la óptica de la gestión poblacional e individual. El riesgo poblacional se determina a partir de documentos con datos con el mayor nivel de detalle y la mayor validez estadística posible para los territorios correspondientes; lo que no siempre está disponible.

En lo concerniente a lo poblacional, se deben enfatizar los aspectos de mayor impacto en la salud, definiendo claramente las áreas de responsabilidad donde se implementarán los planes de actuación. A partir del censo de las UNAP y de la incorporación de sus datos en el SIRPAFF se determina la estructura poblacional de forma automática. Con las prevalencias que se puedan obtener según la escala: país, región provincia, municipio o zona de salud se podrá estimar el número de casos a esperar en el territorio de cada UNAP (hipertensos, diabéticos, falcémicos, VIH positivo, tuberculosos, renales crónicos, pulmonares obstructivos crónicos, entre otros), teniendo una especie de perfil epidemiológico teórico a nivel local, para posteriormente ir levantando el real.

Con la base poblacional y el perfil epidemiológico local (teórico o real), el equipo de la UNAP calculará las actividades de salud a planificar y realizar, tanto para personas sanas como para aquellas con algún tipo de morbilidad presente o esperada.

La identificación y evaluación del riesgo individual se realiza partiendo de las fuentes siguientes:

- La ficha familiar y las informaciones individuales obtenidas al momento de la adscripción, lo que permite elaborar la historia clínica individual incluyendo los factores de riesgo familiares y los individuales.
- Encuestas de salud individual que recoge información más específica. La levanta el equipo médico en la entrega de servicios, pudiendo tener una mejor base para el cribado del riesgo individual. Estas encuestas deben ser un insumo del sistema nacional de información clínica.

Con los datos individuales se hace una estratificación del riesgo del individuo por nivel de complejidad y se asigna al programa que le corresponda.

El modelo Kaiser puede ser utilizado para estratificar la población en 3 grupos de riesgo, para la asignación diferencial de servicios, actividades sanitarias (preventiva, correctora o compensatoria) y recursos. Permite reducir emergencias y atenciones a la demanda no programadas.

La asignación a un grupo de riesgo permite mejores tratamientos individuales mediante la selección de una o más opciones terapéuticas, para poder modificar los riesgos de salud, y para implementar y evaluar la opción seleccionada. El objetivo perseguido en el diseño de los planes de tratamiento es mantener el mayor porcentaje de población adscrita en el grupo de población sana, y en caso de aparición de factores de riesgo, evitar la aparición de la enfermedad.

El tratamiento del riesgo de salud se realizará en base a la estratificación poblacional de la pirámide de Káiser en la que se identifican 4 niveles de actuación, asociados a 4 tipos de planes de tratamiento.



12. Análisis de la situación de salud.

El análisis de la situación de salud lo realiza la UNAP con el apoyo de la coordinación de zona. Incorpora el modelo de gestión de riesgo de la población del territorio y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de esa población, incluyendo los riesgos, daños y

problemas, así como sus determinantes sociales. Se basa fundamentalmente en verificar la interacción de las condiciones de vida con el proceso salud-enfermedad. Tiene como propósito, apoyar:

- La evaluación y definición de las necesidades y prioridades de la población atendida con relación a las políticas de salud nacionales y regionales.
- La priorización de estrategias de promoción, prevención y control de riesgos a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento.
- La construcción de escenarios prospectivos de salud.

El análisis de situación responde al ciclo: Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA). Se apoya sobre las dos unidades de observación o ámbitos a considerar: el poblacional y el individual, que se encuentran estrechamente interrelacionados. En el ámbito poblacional se desarrollan las valoraciones agregadas de riesgo, de acuerdo con las características poblacionales, situación de salud y coste asociado, para priorizar los riesgos a intervenir. Algunos modelos de gestión de riesgo en salud se muestran a continuación:

a) *Valoración del riesgo*. Consiste en el reconocimiento y determinación de las causas y consecuencias potenciales de los riesgos de salud presentes en la población. Su desarrollo se realiza a través de los subcomponentes de identificación y evaluación.

La identificación permite detectar los riesgos en salud presentes en la población adscrita desde el nivel regional, ajustándolos si es preciso al área e incluso a la zona en la que interviene la UNAP.

La evaluación prioriza los riesgos identificados teniendo en consideración el nivel de impacto agregado, lo que permite orientar la gestión y asegurar que los recursos disponibles sean utilizados para tratar los críticos.

b) *Tratamiento*. Permite la selección e implementación de una o más opciones para modificar los riesgos. Las opciones para el tratamiento de riesgos incluyen:

- Eliminar las causas del riesgo. Siendo esta una opción limitada en el caso de salud, pero aplicable por ejemplo a patologías inmunoprevenibles.
- Cambiar la probabilidad.
- Cambiar las consecuencias.
- Compartir el riesgo, lo que en el caso de salud se realiza a través de mecanismos como acuerdos de gestión entre prestadores de servicios de salud.

Para seleccionar las opciones más adecuadas hay que medir los esfuerzos y costos frente a los beneficios derivados y la probabilidad de ocurrencia.

13. Utilización de un Sistema de Gestión Clínica o de un expediente clínico integrado.

Se debe disponer de un sistema de gestión clínica que registre las atenciones recibidas por cada paciente y que contenga datos de la historia clínica individual y familiar, así como de la ficha familiar. Garantizando que se incluya un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de cada persona. El CMBD es un insumo fundamental para la planificación de servicios, asignación de recursos y evaluación de intervenciones.

14. Aplicación de las guías práctica clínica y farmacológica.

Con la finalidad de que la inmensa mayoría de las atenciones estén lo más normalizadas y protocolizadas posible, reduciendo lo más que se pueda la improvisación, es necesario que se fundamenten en la Guía de Diagnóstico y Tratamiento, que incluye: atención a la mujer durante el embarazo parto y puerperio, monitoreo nutricional, promoción, vigilancia del crecimiento y desarrollo de infantes, atención a la morbilidad prevalente de la niña y del niño menor de cinco años. Además, se dispone del formulario Nacional de Medicamentos del Primer Nivel de Atención, como complemento de las atenciones.

La capacitación en la Guía es fundamental para la normalización y calidad de las atenciones. Las actividades de formación en la misma son parte integral de la propuesta de fortalecimiento del PNA.

15. Creación del Comité de Salud en cada UNAP.

Cada UNAP conformará un comité como mecanismo de integración y participación de la comunidad en las problemáticas y acciones de salud del territorio. Lo integrarán personas interesadas, entre quienes pueden encontrarse: líderes comunitarios, personalidades con prestigio local e integrantes de organizaciones (iglesias, clubes, juntas de vecinos, asociaciones, etc.), entre otras.

16. Sistema de monitoreo.

La persona responsable de la coordinación de zona dará seguimiento a los trabajos de la UNAP para ayudar a corregir cualquier desviación que la pueda distanciar de las metas y horizonte pautado.

El sistema de monitoreo debe considerar los acuerdos establecidos entre la Zona de Salud y el equipo de la UNAP y fundamentarse en el cumplimiento de indicadores sanitarios y de otros que se consideren fundamentales para garantizar el logro de los objetivos.

17. Acuerdo de gestión

El acuerdo de gestión recoge los compromisos de la UNAP con el Servicio Regional de Salud (SRS) para el logro de los resultados acordados, los cuales contribuyen a realizar la estrategia local y regional del SRS.

El acuerdo de gestión busca propiciar un cambio de cultura que involucra a todo el equipo, incentivándolo a realizar esfuerzos en dirección a los objetivos acordados. El establecimiento de un acuerdo de gestión requiere:

- Integralidad. Debe incluir todos los aspectos pactados: financieros, de cobertura, de producción, de calidad, de entrega de información o de cualquier otro tipo.
- Consenso. Las partes deben estar conforme con lo acordado.

- Información. Las partes deben disponer anticipadamente de la información que se va a utilizar en la negociación. La cantidad y calidad de la información determinarán el límite hasta donde ambos pueden definir sus objetivos.
- Transparencia. Esta condición debe estar presente a lo largo del acuerdo, pero fundamentalmente en las condiciones de la negociación y en el establecimiento de los objetivos.
- Monitoreo y evaluación. Debe haber un seguimiento continuo de las actividades para identificar desviaciones y se deben realizar evaluación periódica para valorizar los resultados.

Los convenios conllevan, además, el compromiso formal entre las partes y deben especificar actores responsables y tiempos de duración.