



**Taller Regional
Presentación de los resultados del estudio**

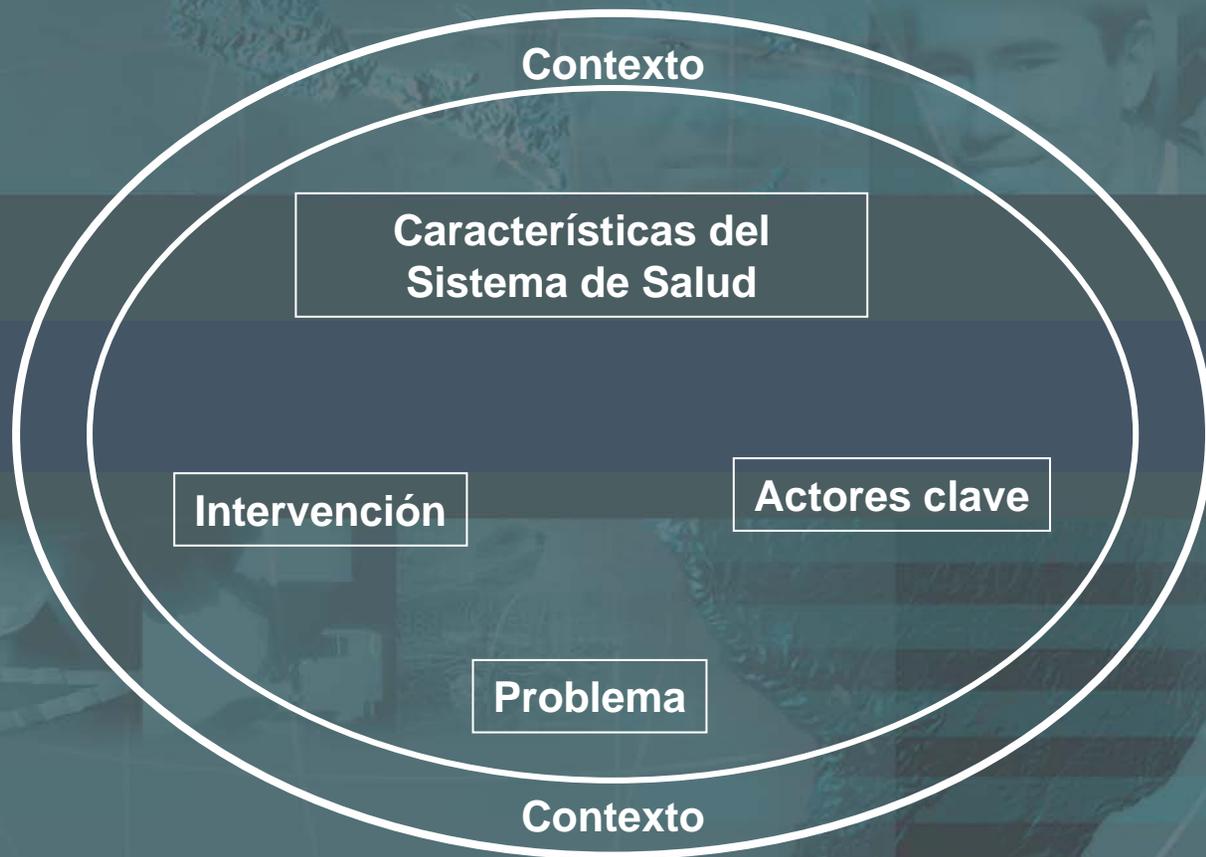
“Impacto de la exclusión de los servicios de salud sobre el acceso a medicamentos en Nicaragua, Honduras y Guatemala”

“Impacto de la exclusión de los servicios de salud sobre el acceso a medicamentos en Nicaragua, Honduras y Guatemala”

PAISES/INDICADORES	NICARAGUA	HONDURAS	GUATEMALA
Exclusión S.S./Medicamentos Urbano/Rural (>30 min)	6,13-6,56	5,35-5.68	3,53-3,78
	<30/>60	<30/>60	<30/>60
>30	23,3%	22,2%	21,9%
>60	20%	20%	12,7%
Autoexclusión	52,4%	36,5%	43,9%
Fragmentación del S.S.	+++	+++	+++
Población sin seguro de salud	87,8%	83,1%	82,2%
Pobl. sin cobertura efectiva	43,4%	39,3	33%
Incidencia de exclusión total	57,7%	56.0%	48.0%

Gasto del hogar en salud durante el mes pasado	% reportaron el gasto N	% de reporte de gastos H	% que reportaron el gasto G
Gasto Total en salud	48,1%	54,9%	45,5%
Medicamentos	43,2%	45,3%	37,6%
Consultas ambulatorias	7,8%	18,2%	12,2%
Pruebas en laboratorio y diagnostico	5,4%	9,1%	6,3%
Dentista	3,7%	5,2%	6,5%
Hospitalización	2,5%	2,1%	7,8%
Curanderos y otros	0,8%	1,2%	1,6%
Material sanitario	1,6%	1,0%	3,5%
Otro producto o servicio terapéutico	0,3%	0,5%	1,3%

MARCO CONCEPTUAL DE INTEGRACION



PROBLEMAS

Inequidades

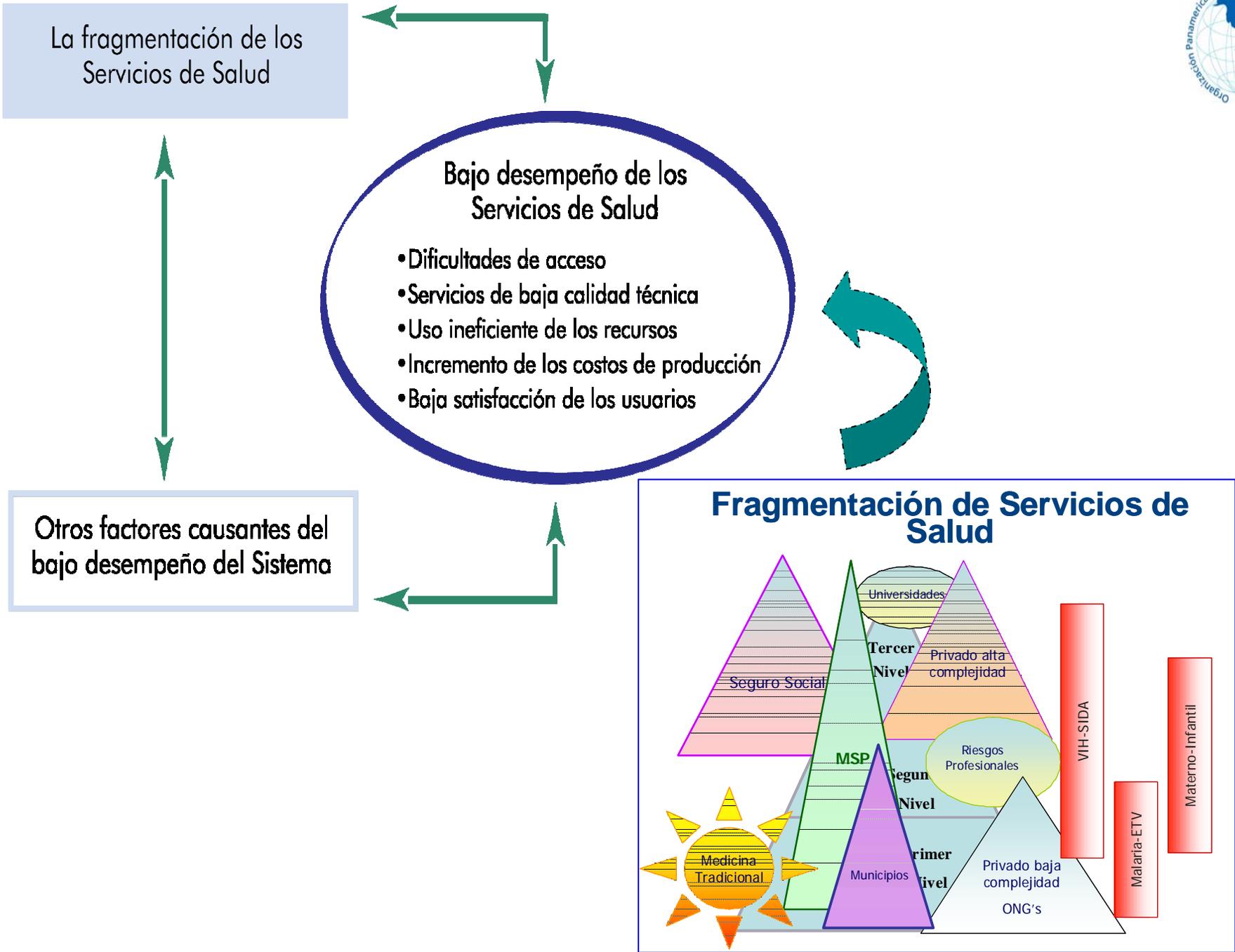
- ✓ Acceso a Servicios de Salud
- ✓ Acceso a Medicamentos

Determinantes

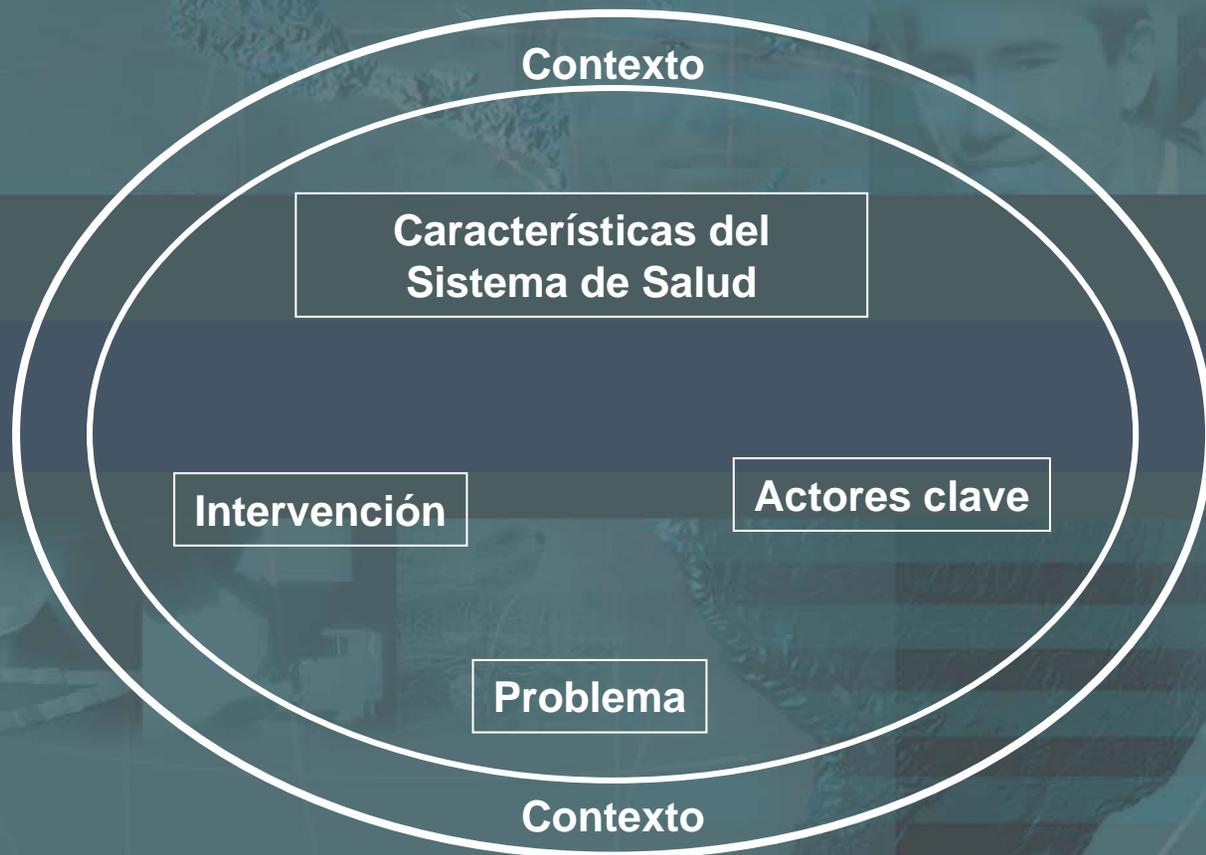
- ✓ Socio-económicos
- ✓ Geográficos

✓ Autoexclusión

Servicios de Salud
ineficaces



MARCO CONCEPTUAL DE INTEGRACION



INTERVENCIONES

- ✓ **Sistemas de Salud basados en Atención Primaria**
- ✓ **Redes Integradas de Servicios**
- ✓ **Gestión Productiva de Servicios de Salud**
- ✓ **Organización de Servicios de Emergencia**



La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)



Organización Panamericana de la Salud / OMS

Informe sobre la salud en el mundo 2008

La atención primaria de salud

Más necesaria que nunca

REFORMAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
REFORMAS EN PAÍSES DE LA ECONOMÍA EMERGENTE
REFORMAS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
REFORMAS DEL LICENCIAMIENTO

Organización Mundial de la Salud

Please go to the Table of Contents for access to the entire publication.
Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud | INFORME FINAL

Subsanar las desigualdades en una generación

Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

44.º CONSEJO DIRECTIVO
55.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003

RESOLUCIÓN

CD44.R6

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS: LAS ENSEÑANZAS
EXTRAÍDAS A LO LARGO DE 25 AÑOS Y LOS RETOS FUTUROS**

EL 44.º CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento CD44-9 sobre la atención primaria en las Américas;

Considerando la Declaración de Alma-Ata (1978), así como las resoluciones CD27.R20 y CD27.R21 sobre las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 y CD39.R11 sobre el plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales de SPT2000, las resoluciones CS91.R12 y CS91.R20 relativas al Plan de Acción Regional de Salud para Todos para el año 2000 (SPT2000); las resoluciones CD31.R27, CD33.R17 y CD35.R19 sobre el monitoreo y la evaluación de las estrategias de SPT2000, y las resoluciones CD39.R4 y CD40.R11 relativas a la renovación al llamado de SPT y las estrategias de salud para todos;

Observando las repercusiones de un entorno cambiante en la atención primaria de salud en las Américas; y

Reconociendo los esfuerzos desplegados por los países de la Región para establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de sus sistemas de salud, en los que han jugado un papel el Estado, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de base comunitaria para alcanzar la meta de Salud para Todos.

RESUELVE:

1. Solicitar a los Estados Miembros que:

62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA62.12

Punto 12.4 del orden del día

22 de mayo de 2009

Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud

La 62ª Asamblea Mundial de la Salud,

Acogiendo con agrado los esfuerzos desplegados por la Directora General y reconociendo la función capital de la OMS en el fomento de la atención primaria de salud a escala mundial;

Habiendo examinado el informe sobre atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud;

Reafirmando la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000);

Recordando la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986) y las subsecuentes resoluciones pertinentes de los comités regionales de la OMS y de la Asamblea de la Salud;¹

Recordando asimismo los debates celebrados en la serie de reuniones y conferencias mundiales, regionales y nacionales, desde la reafirmación del compromiso de los Estados Miembros con la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud;²

Observando el creciente consenso entre la comunidad sanitaria mundial respecto de que los planes nacionales verticales tales como los programas orientados a enfermedades específicas y los planes ministeriales que abarcan al conjunto del sistema de salud se refuerzan mutuamente y contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

¹ Documento A62.9.

² Resoluciones WHA41.14, WHA46.16, WHA47.10, WHA48.17, WHA49.18, WHA50.22, WHA50.24, WHA50.27, WHA51.13 y WHA53.18.

³ En particular las acciones sobre fortalecimiento de los sistemas de salud tales como la Carta del OIR en El Salvador (1998), la Conferencia Internacional sobre Asociación Mundial para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (Ginebra, 2004), la Conferencia Internacional Comemorativa del 30º Aniversario de la Declaración de Alma-Ata de la OMS y el UNICEF sobre Atención Primaria de Salud (Amsterdám, 2008) y la Conferencia del OIR (2006), las reuniones regionales de la OMS sobre atención primaria de salud tales como las celebradas en Buenos Aires (2007), Beijing (2007), Bangkok (2008), Tallin (2008), Santiago (2008), Yakarta (2008) y Bogotá (2008), las conferencias sobre futuros de la salud tales como las de Ottawa (1986), Adelaide (1998), Stockholm (1998) y Yakarta (1999), México D.F. (2000), Bangkok (2005) y el subgrupo de trabajo sobre salud del MERCOSUR (desde 1995).

... y elementos esenciales en un Sistema de

MANDATOS

Cobertura y acceso universales
Primer contacto

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población

Equidad

Orientación a la calidad

Declaration of Alma-Ata

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following

Declaration:

I
The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

II
The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

III
Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace. IV The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

V
Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all people of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

VI
Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals

Marco político,
legal e intuticional
sólido



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

46.º CONSEJO DIRECTIVO
57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2003

**DECLARACIÓN REGIONAL SOBRE LAS NUEVAS ORIENTACIONES
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
(DECLARACIÓN DE MONTEVIDEO)**

CONSIDERANDO QUE:

A pesar de que la Región de las Américas ha hecho adelantos importantes en materia de salud y ejecución de la atención primaria de salud, aún hay desafíos y desigualdades relacionados con la salud que persisten en los países de la Región y entre ellos. Para abordar esta situación los Estados necesitan objetivos cuantificables y estrategias integradas para el desarrollo social.

Desde hace tiempo los países de la Región han reconocido la necesidad de combatir la exclusión en materia de salud mediante la ampliación de la protección social como un elemento fundamental de las reformas sociales llevadas a cabo en los Estados Miembros (resolución CS926.R16). Los países también han reconocido que la atención primaria de salud contribuye y tiene un potencial para mejorar los resultados sanitarios, y la necesidad de definir las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas para la realización plena de dicho potencial (resolución CD44.R6); asimismo se han comprometido a integrar e incorporar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en las metas y los objetivos de las políticas sanitarias de cada país (resolución CD45.R3).

La Declaración de Alma-Ata sigue siendo válida en principio, sin embargo, en lugar de ponerse en práctica como otro programa u objetivo, sus ideas fundamentales deben integrarse en los sistemas sanitarios de la Región. De este modo, los países podrán afrontar nuevos desafíos, como los cambios epidemiológicos y demográficos; las nuevas situaciones socioculturales y económicas; las infecciones emergentes o pandémicas; la repercusión de la globalización en la salud; y los costos sanitarios cada vez mayores en el marco de las características particulares de los sistemas nacionales de salud.

La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se

62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

WHA62.14

Punto 12.5 del orden del día

22 de mayo de 2009

Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud

La 62ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe sobre la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud;¹

Tomando nota de las tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones;

Tomando nota del 60º aniversario de la creación de la OMS en 1948 y de su Constitución, donde se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social;

Tomando nota del 30º aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en 1978, donde se reafirma el valor esencial de la equidad en materia de salud y se lanza la estrategia mundial de atención primaria de salud con el fin de conseguir la salud para todos;

Recordando los principios de la «salud para todos», y en particular la necesidad de adoptar medidas intersectoriales (resolución WHA30.43);

Confirmando la importancia de que se aborden los determinantes de la salud más generales y se comuniquen las medidas y recomendaciones específicas en la serie de conferencias internacionales sobre la promoción de la salud, desde la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud hasta la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado, con el fin de conseguir que la promoción de la salud sea un componente primordial del programa mundial de desarrollo, como responsabilidad básica de todos los gobiernos (resolución WHA50.24);

Tomando nota del consenso mundial recogido en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas con respecto a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, así como de la preocupación por la falta de progresos suficientes para alcanzar muchos de esos objetivos en algunas regiones, cuando sea aconsejable a la luz del consenso;

¹ Documento A62.9.

Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS.

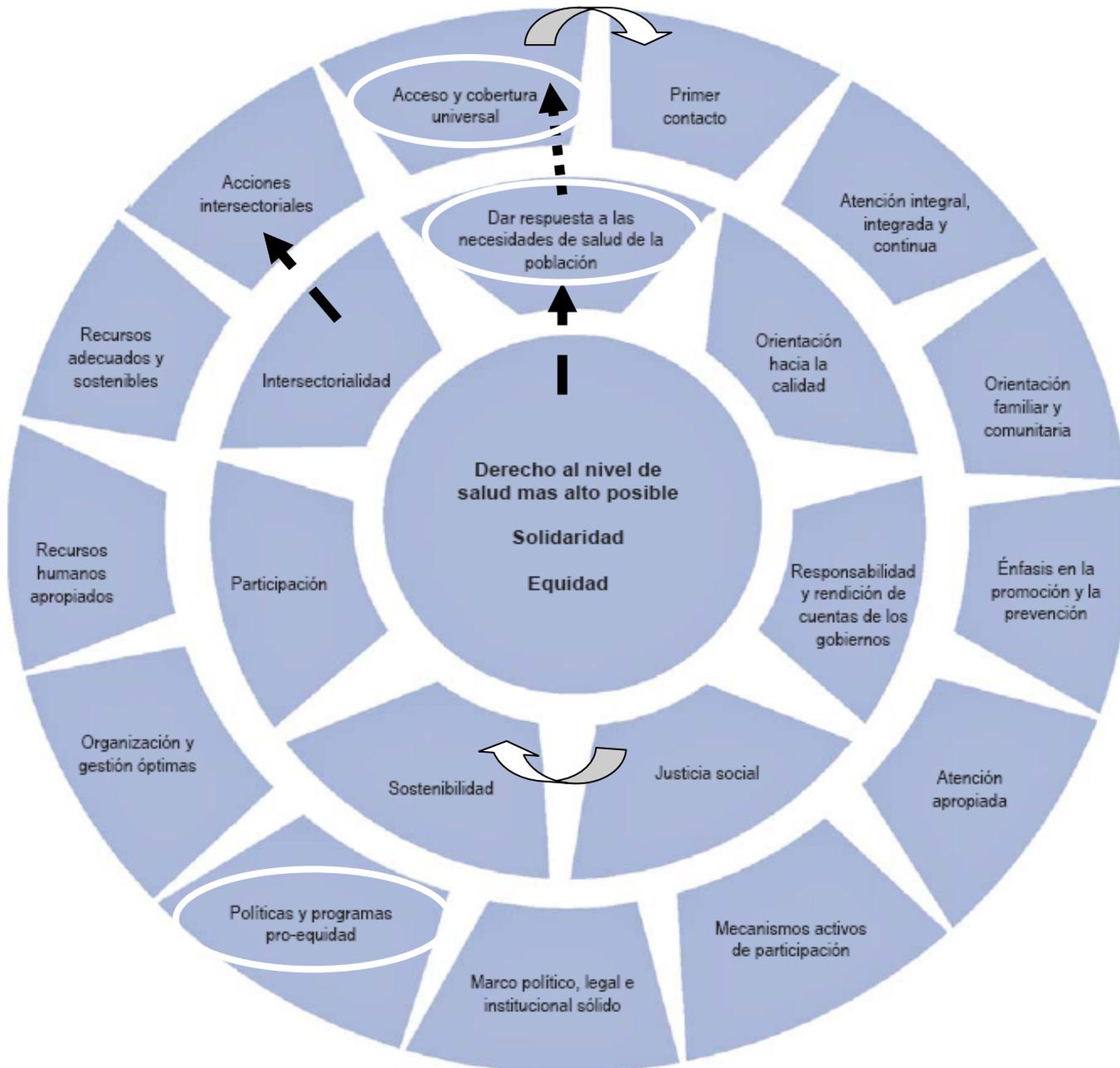
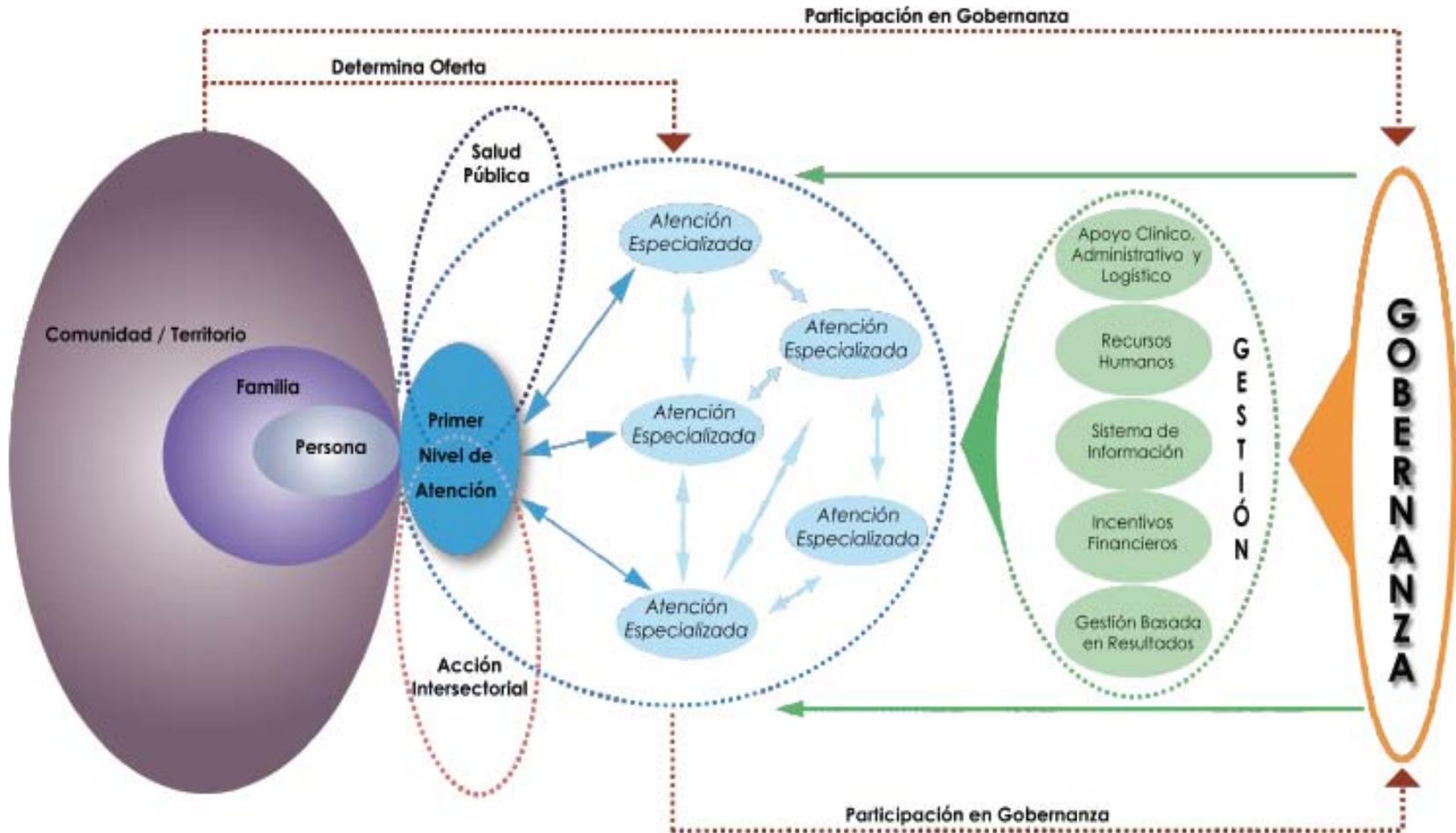


Figura 3. Representación gráfica de los atributos esenciales de las RISS



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

Atributos esenciales de las RISS



Ámbitos de Abordaje

Modelo asistencial

1 Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud

2 Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública

3 Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población

4 Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios

5 Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

6 Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población

Gobernanza y estrategia

7 Un sistema de gobernanza único para toda la red

8 Participación social amplia

9 Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

Organización y gestión

10 Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

11 Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red

12 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

13 Gestión basada en resultados

Asignación e incentivos

14 Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

RISS

La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”

(World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1)

Tabla N. 9. Barreras y facilitadores de la conformación de RISS

Barreras para las RISS	Facilitadores para las RISS
<ol style="list-style-type: none"> 1. La predominancia del modelo centrado en el cuidado agudo e intra-hospitalario 2. Incentivos financieros no alineados 3. Sistemas con prestadores de servicios demasiado distanciados geográficamente, o que se superponen sobre territorios político-administrativos distintos 4. Brechas en la cadena de información, incluidas información clínica, administrativa y financiera. 5. Roles y responsabilidades entre gestores del sistema y las unidades operativas que no son claramente comprendidas o delimitadas. 6. Falta de personal entrenado en las nuevas competencias del sistema. 7. Resistencia a ceder autonomía y control 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso político con la formación y desarrollo de los RISS 2. Claridad de propósito y visión 3. Participación del personal de salud en roles claves de liderazgo 4. Alineamiento de los incentivos financieros y estímulos que reconozcan desempeño del sistema como un todo 5. Foco en la persona/usuario del sistema 6. Sistemas de información y tecnologías que apoyen las metas y operación del sistema. 7. Énfasis permanente en el mejoramiento de la calidad

Retos en la Gestión de los Servicios de Salud

Factores que presionan el cambio

• Desde la demanda:

- Cambios en el perfil de morbi-mortalidad
- Aumento de las condiciones crónicas y co-morbididades
- Avances tecnológicos
- Problemas de acceso y alto costo de los servicios
- Inequidades en la distribución de recursos y servicios de salud

• Desde la Oferta:

- Modelos de organización y atención inadecuados
- Uso intensivo de tecnología
- Mayor complejidad de la atención
- Déficits de recursos y falta de incentivos
- Falencias en la capacidad gerencial
- Inconformidad de los servicios con las necesidades y expectativas de la población.

METODOLOGIA DE GESTION PRODUCTIVA DE SERVICIOS DE SALUD Y SU HERRAMIENTA PERC



[ENTRAR](#)



[MENU](#) [WEB](#) [CRÉDITOS](#) [SALIR](#)

Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud

- Un método de gestión basado en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC), la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios,
- Un instrumento para apoyar la toma de decisiones y el cambio institucional,
- Un proceso para la gestión participativa,
- Una herramienta que produce indicadores para evaluar los problemas que afectan la capacidad productiva y el uso racional de los recursos,
- Un sistema que facilita el monitoreo y negociación de acuerdos gerenciales,
- Posee un software (PERC) y una caja de herramientas de uso público de apoyo la metodología.

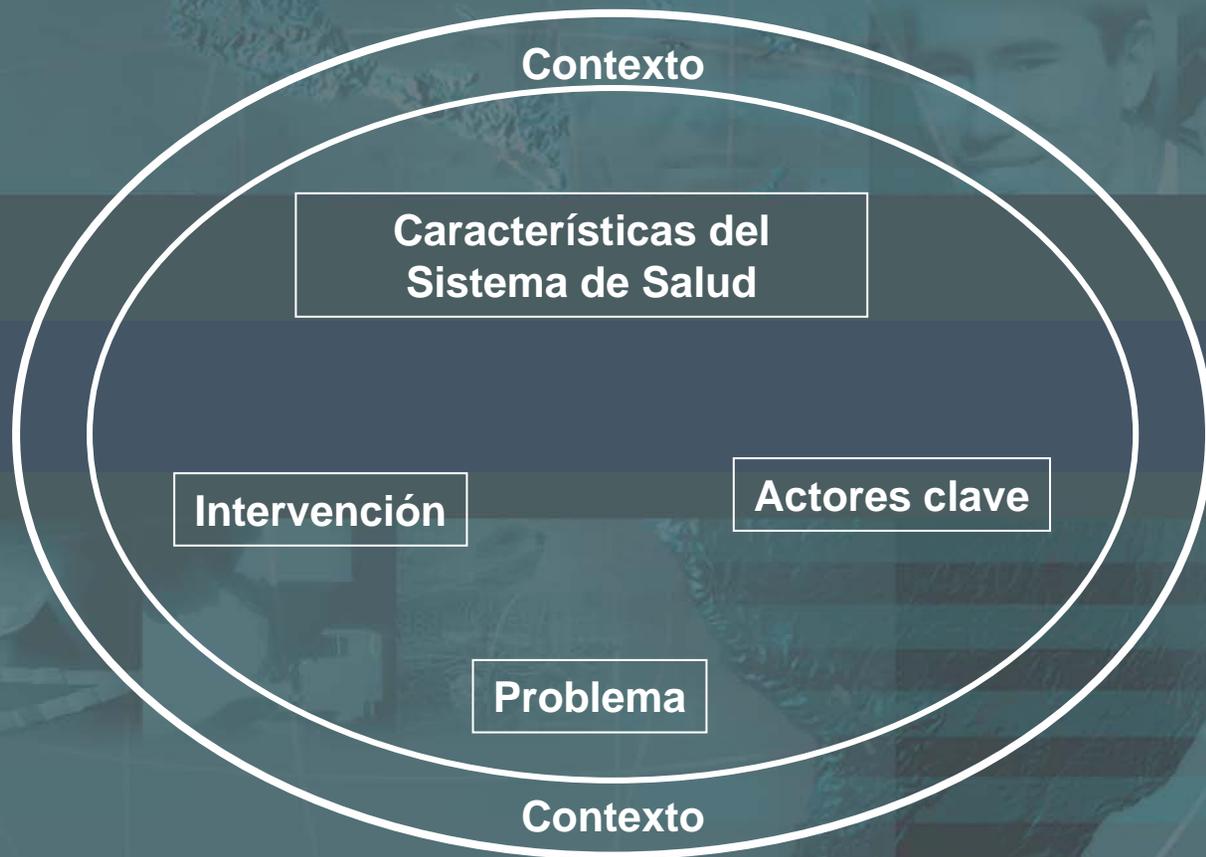
CUADRO DE MANDOS GERENCIAL ASISTENCIA ESPECIALIZADA

CUADRO DE MANDOS DIARIO (8 a.m.- 8 a.m.)		
	n	%
CAMAS INSTALADAS		100
CAMAS FUNCIONANTES		#DIV/0!
CAMAS OCUPADAS		#DIV/0!
CAMAS LIBRES		#DIV/0!
INGRESOS TOTALES		
ALTAS TOTALES		
ALTAS PREVISTAS		
MORTALIDAD		
MORTALIDAD EVITABLE		
ATENCIONES URGENTES		
INGRESOS URGENTES		
OBSERVACIONES URG.		#DIV/0!
INGRESADOS UCI		
CAMAS LIBRES UCI		
I.Q. URGENTES REALIZADAS		
INTERV. QUIR. PREVISTAS		
I.Q. C.M.A. PREVISTAS		
REND. QUIR. PREV.		
PARTOS ATENDIDOS		
CESAREAS		
R.N. BAJO PESO		
REFERENCIA NIVEL SUPERIOR		

CUADRO DE MANDOS GERENCIAL ASISTENCIA ESPECIALIZADA

CUADRO DE MANDOS GERENCIAL		MENSUAL/TRIMESTRAL					
RESULTADOS CALIDAD	< 5 x 100	5 - 7 x 100	7- 10 x 100	> 10 x 100	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Tasa de mortalidad general							
Tasa de mortalidad por procesos quirurgicos							
Tasa de Mortalidad en Urgencias							
	n						
Tasa de mortalidad evitable							
	< 0,3%	0,3%- 0,4%	0,4% - 0,5%	> 0,5%	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Tasa de Mortalidad materna x total de nacidos vivos							
	< 0,1%	0,1-0,15%	0,15-0,20%	> 0,2%	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Tasa de mortalidad infantil por total de nacidos vivos							
	< 5%	5-7%	7-10%	> 10%	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Tasa de Infección nosocomial global							
Tasa de Infección de herida quirúrgica							
	20 min	40min	1 hora	> 1 hora	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Oportunidad de atención en urgencias							
	1 día	3 días	5días	> 5 días	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Oportunidad de atención de consulta externa							
	n				CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Numero de pacientes en lista de espera con tiempo superior al estandard							
	<4%	4-6%	6-8%	>8%	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
% Cirugia programada cancelada.							
	%	%	%	%	CUMPLIMIENTO DE META INSTITUCIONAL	TENDENCIA DE MEJORA	TENDENCIA NEGATIVA
Tasa de reingreso a los 30 días							
Tasa de reintervenciones quirurgicas a las 48 horas							
Readmisión en Urgencias a las 72 horas del alta							
Porcentaje de estancias evitables							

MARCO CONCEPTUAL DE INTEGRACION



ACTORES CLAVE

ACTORES E INSTITUCIONES

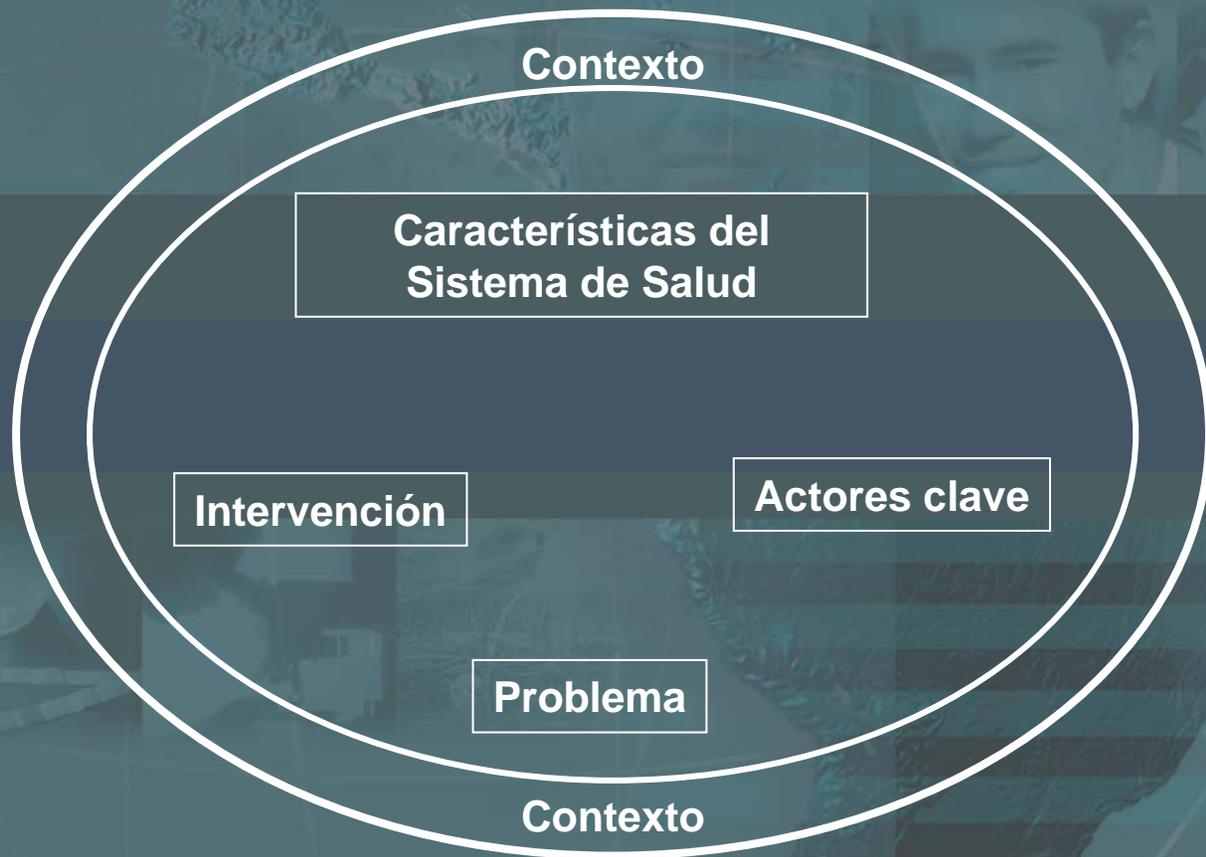
GRUPOS DE INTERES



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

MARCO CONCEPTUAL DE INTEGRACION



Sistema de Salud

Caráctersticas del Sistema de Salud

- ✓ **Governanza**
- ✓ **Financiación**
- ✓ **Planificación**
- ✓ **Provisión**
- ✓ **Gestión**
- ✓ **Evaluación**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Tabla 3. Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas.

Ambito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud		
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada
Modelo asistencial	1. Población y territorio	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud
	2. Oferta de servicios	Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención	Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública
	3. Primer nivel de atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad de resolución e integración de servicios	Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población
	4. Atención especializada	Acceso desregulado a especialistas	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios
	5. Coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
	6. Foco de cuidado	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio

Ambito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud		
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada
Gobernanza y estrategia	7. Gobernanza	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras	Un sistema de gobernanza único para toda la red
	8. Participación	No hay instancias de participación social	Las instancias de participación son limitadas	Participación social amplia
	9. Intersectorialidad	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial mas allá de los sectores sociales
Organización y gestión	10. Gestión de apoyo	Gestión de apoyo desintegrada	Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
	11. Recursos humanos	Insuficientes para las necesidades de la red	Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red	Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
	12. Sistemas de información	No hay sistema de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes
	13. Desempeño y resultados	No hay medición de desempeño y resultados	Medición de desempeño centrado en insumos y procesos	Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios
Sistema de asignación e incentivos	14. Financiamiento	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo

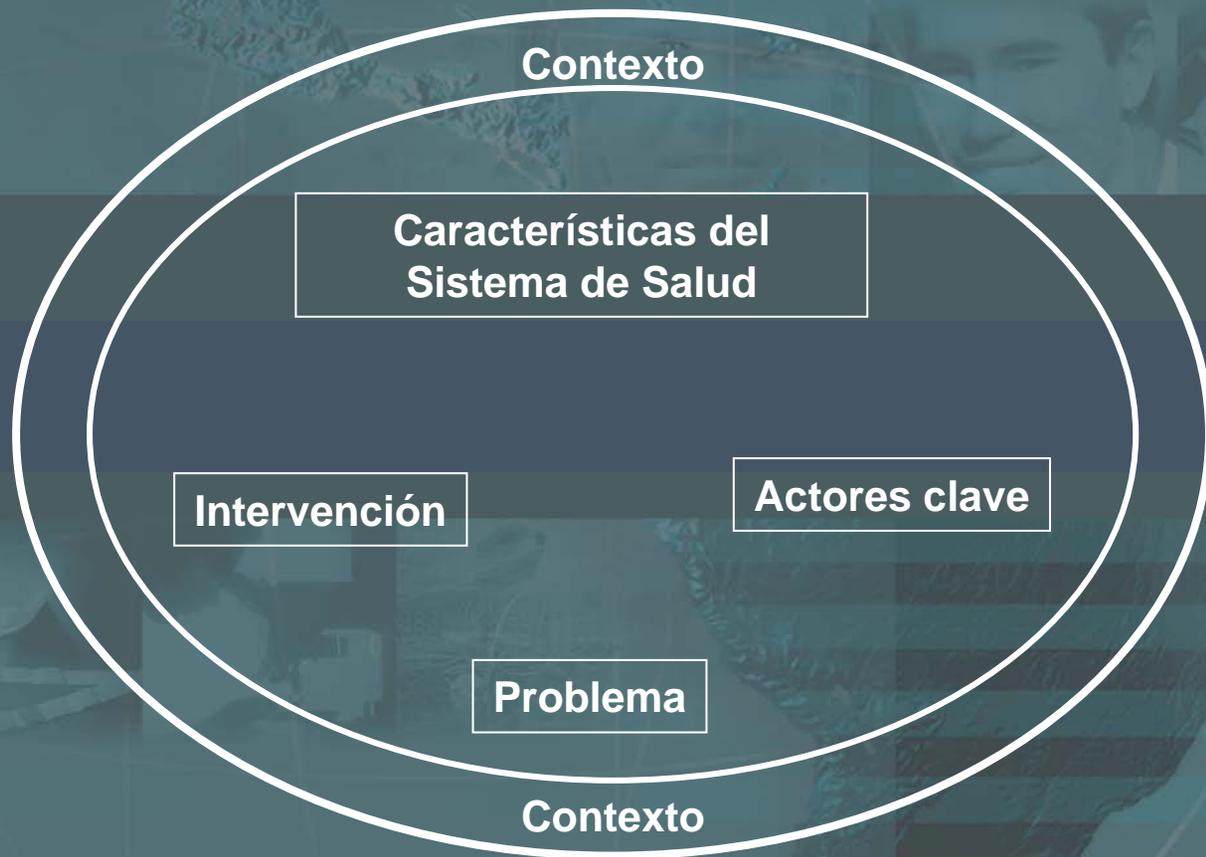
situación de salud en las américas

Indicadores Básicos 2009

ZONAS/INDICADORES	% Pobl. Urbana	RH/ 10 ⁴ Medicos	Enfermeras	% PIB S.Publico	Camas/ 1000	Ingreso percapita ppa \$US	Crecimiento PIB %	PIB 2009 (Millones US \$) FMI
Istmo Centroamericano	55,5	13,6	5,3		0,9	5.419	4,2	
Be	52,2	8,1	15,7	1,9	1,2	6.080	-0,9	
CR	63,8	20	15,3	5,2	1,3	10.510	6,3	
ES	61	20,1	5,1	2,9	0,8	5.640	3,3	
GUA	49	9,9	4	2,1	0,6	4.520	3,2	36471
HON	48,4	9	1,7	4,1	0,7	3.610	4,3	14581
NIC	57	16,4	1,4	5	0,9	2.510	2,6	6298
PAN	74	13,8	11,5	4,3	2,2	10.610	9,8	

Elaboración propia diferentes fuentes

MARCO CONCEPTUAL DE INTEGRACION



EN QUE CONTEXTO?

- ✓ Política
- ✓ Economía
- ✓ Demografía
- ✓ Tecnología
- ✓ Legislación

- ✓ Eventos críticos
- ✓ Oportunidades
- ✓ Socio cultural



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Indicadores Económicos 2009

INDICADORES ZONAS	% PIB Sistema Publico	PIB 2009 FMI (Millones US \$)	Total miles \$ Sistema Público	Población miles 2009
GUT	2,1	36471	765,891	14.027
HON	4,1	14581	597,821	7.466
NIC	5	6298	314,900	5.743

Elaboración propia diferentes fuentes

Atributos esenciales de las RISS



Ámbitos de Abordaje

Modelo asistencial

1 Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud

2 Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública

3 Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población

4 Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios

5 Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

6 Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población

Gobernanza y estrategia

7 Un sistema de gobernanza único para toda la red

8 Participación social amplia

9 Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

Organización y gestión

10 Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

11 Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red

12 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

13 Gestión basada en resultados

Asignación e incentivos

14 Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

RISS

La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”

(World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1)

Matriz de opciones de instrumentos de política pública y mecanismos institucionales disponibles para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud.

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
<p>Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar población a servir con base territorial • Estratificar la población asignada según riesgo y vulnerabilidad • Normalizar desagregación de la información de salud a nivel de sub-poblaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar herramientas de diagnósticos de situación de salud (registros vitales, vigilancia, estudios epidemiológicos, evaluaciones comparativas, evaluaciones corporativas, investigación cualitativa, técnicas de evaluación rápida, etc.) • Realizar análisis de situación de salud conjuntamente con otros sectores de la economía • Disponibilizar herramientas de planeación de los servicios de salud con base a las necesidades de salud de la población 		

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar la puerta de entrada al sistema a través del primer nivel de atención • Normalizar prestación de servicios personales y servicios de salud pública en forma conjunta • Normalizar la calificación del personal de salud del primer nivel de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la formación de personal de primer nivel a través de subsidios para su formación o por oferta educativa directa • Nivelar salarios del personal del primer nivel de atención con el personal de especialidades • Desincentivar programas verticales, con la excepción de indicaciones justificadas • Fusionar esquemas de financiamiento de los servicios personales y los servicios de salud pública, en los casos que corresponda • Educar a la población sobre los beneficios de hacer uso del primer nivel de atención • Acabar con los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo para los servicios del primer nivel de atención, especialmente para servicios de fomento y prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar al equipo de primer nivel por un grupo poblacional/comunidad definido • “Especializar” el cuidado del primer nivel de atención a través del empleo de médicos y enfermeras generalistas, integralistas o de familia/comunidad • Implementar equipos multidisciplinarios • Incorporar especialistas al equipo de primer nivel de acuerdo a necesidades de salud (nutricionistas, fisioterapeutas, asistentes sociales, dentistas, pediatras, gineco-obstetras, internistas, etc.) • Potenciar capacidad diagnóstica y terapéutica del primer nivel a través de servicios básicos de laboratorio, radiología, mamografía, espirometría, ECG y cirugía ambulatoria mínima • Implantar esquemas de extensión horaria para facilitar el acceso a la atención • Implantar esquemas de servicios de urgencia del primer nivel de atención 	

Cambios en los sistemas de salud

- ✓ Decisión política : Agenda política
- ✓ Legislación: Desarrollo y normativa
- ✓ Financiación adecuada
- ✓ Organización de Servicios

Duradero en el tiempo: Estabilidad Institucional



**Taller Regional
Presentación de los resultados del estudio**

“Impacto de la exclusión de los servicios de salud sobre el acceso a medicamentos en Nicaragua, Honduras y Guatemala”



MARCO CONCEPTUAL DE INTEGRACION

