



DNOC

DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS





DNC
DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS



REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

• Mayo 2021





DNC
DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS



Elementos que debe satisfacer un Sistema de Salud





Un Sistema Nacional de Salud debe considerar seis elementos que deberá satisfacer en sus estrategias básicas, a saber:

A- la grave y real crisis política, económica y social en la cual transcurre el devenir de las naciones, en especial aquellas en vías de desarrollo

B- la enorme y progresiva deuda sanitaria acumulada que amenaza la salud de la población y las graves consecuencias de los desastres y epidemias recurrentes

C- la insuficiencia de las respuestas institucionales que en el marco del déficit macroeconómico a pesar de los grandes esfuerzos de dotar al sistema de recursos, no se logran los impactos esperados y finalmente



Un Sistema Nacional de Salud debe considerar seis elementos que deberá satisfacer en sus estrategias básicas, a saber:

D- la falta de equidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud que pretendiendo reformas con modelos importados alejan la accesibilidad real a los servicios a la gran población que posee grandes necesidades y demandas pero exiguos recursos económicos.

F- la particularidad del país en el contexto americano, en el marco de la realidad social y económica que se vive a nivel global y la valoración ex-ante de estrategias foráneas.

G- los cambios de actitud necesarios a nivel de una efectiva participación social y en el recurso humano de salud, a través de una real planificación estratégica.



DNC
DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS



Problemas comunes a los Sistemas de Salud de América Latina y Panamá





A continuación los enumeramos:

- Debilidad de la autoridad sanitaria nacional (MINSA) en el ejercicio de su función rectora.
- Segmentación y fragmentación del sistema público de salud.
- Ausencia o Déficit en la Coordinación Sectorial; normativa, estratégica, táctica y operativa entre la CSS y el MINSA.
- Las desigualdades en la cobertura real de la Seguridad Social y el MINSA.
- Inequidad en la Asignación, Distribución y Utilización de los Recursos de todo tipo destinados a la producción de la salud.



Déficit real en el acceso a los servicios de salud en las 14 Regiones de Salud, con énfasis en los bolsones de postergación y la población más vulnerable.

Inadecuada e Insuficiente Red de Servicios organizada por Procesos de Atención y en base a la Capacidad real de respuesta de acuerdo a la Responsabilidad local, regional y nacional, congruente con los perfiles demográficos y epidemiológicos de su espacio-población.

La baja eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios sanitarios ofrecidos deficitarios en calidad y calidez.

La falta de Modelos integrales de Atención orientados a la Promoción y Prevención de la Salud.



La debilidad en el desarrollo óptimo de los Recursos Humanos profesionales, técnicos y administrativos

La falta de Referencia y Complementación de las Redes públicas y privadas en la provisión de los servicios de salud

Deuda Sanitaria acumulada en todas las Intervenciones esperadas a nivel de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas y el Medio Ambiente

Gastos incrementales en salud que no impactan positivamente en la producción y productividad de los servicios de salud ni la satisfacción de los usuarios con énfasis en el enfoque curativo en menoscabo del preventivo



DNC
DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS



Coexistencia de enfermedades degenerativas, neoplásicas y crónicas, y las trasmisibles y entre estas ultimas la emergencia y remergencia de daños a la salud, como la malaria, dengue, VIH SIDA ,TBC y Covid 19.

Ejercicio de la salud publica concentrada en la atención de los riesgos poblacionales con escaso énfasis en los factores riesgos provenientes del ambiente físico social y biológico y los Determinantes Sociales que impactan sobre la calidad de la vida.

Deterioro de la salud poblacional por efectos de contaminantes ambientales, falta de agua potable y la inadecuada disposición final de residuos y desechos sólidos.

Falta de empoderamiento de la población para la participación en las acciones y decisiones de salud





El aumento de la exclusión social y su repercusión en el acceso a los servicios de salud.

La falta de mecanismos alternativos para extender la protección social en la salud.

Ausencia o Déficit en Mecanismos idóneos para valorar con objetividad el Impacto de los Programas Estatales de Redistribución de Recursos y la labor de las Organizaciones Externas al Sector Salud.

Necesidad Impostergable de Instaurar y Desarrollar una Unidad Interinstitucional que planifique, ejecute y evalúe de manera coordinada e integral los Proyectos e Intervenciones que se implementan de manera paralela.



NUEVOS ESCENARIOS DEL TERCER MILENIO

- Epidemiológico
- Inequidad
- Ajustes macroeconómicos
- Democratización
- Desigualdades sociales
- Costos crecientes
- Liberalización de economías
- Redefinición de Estado y Sociedad.



FUERZAS DEVASTADORAS EN EL TERCER MILENIO

1. EPIDEMIAS INFECCIOSAS- DEMENCIA- DIABESIDAD
2. Conflictos Intra e Inter países
3. Degradación ambiental
4. Asesina N° Z 59.5: **Pobreza extrema**
 - La expectativa de vida en un país pobre 43 años
 - país desarrollado 78 años
 - El prospecto de una vida más prolongada en algunos países se ve más como un castigo que como un regalo.



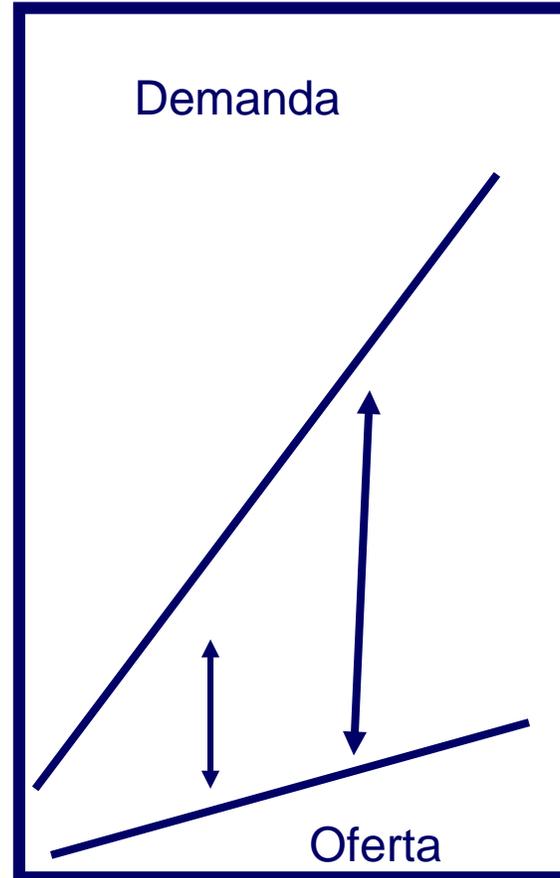
EL RETO DEL SISTEMA SANITARIO



Los determinantes...

- Desarrollo Tecnológico
- Envejecimiento de la población
- Acceso a conocimientos
- Incremento del poder del paciente

...el reto...



... las alternativas

Más dinero

Priorizar

Aumentar la eficiencia

Reestructurar el sistema



DNC
DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS

LOS PARADIGMAS DE BIENESTAR Y EL CAMPO DE FUERZAS DE LA SALUD





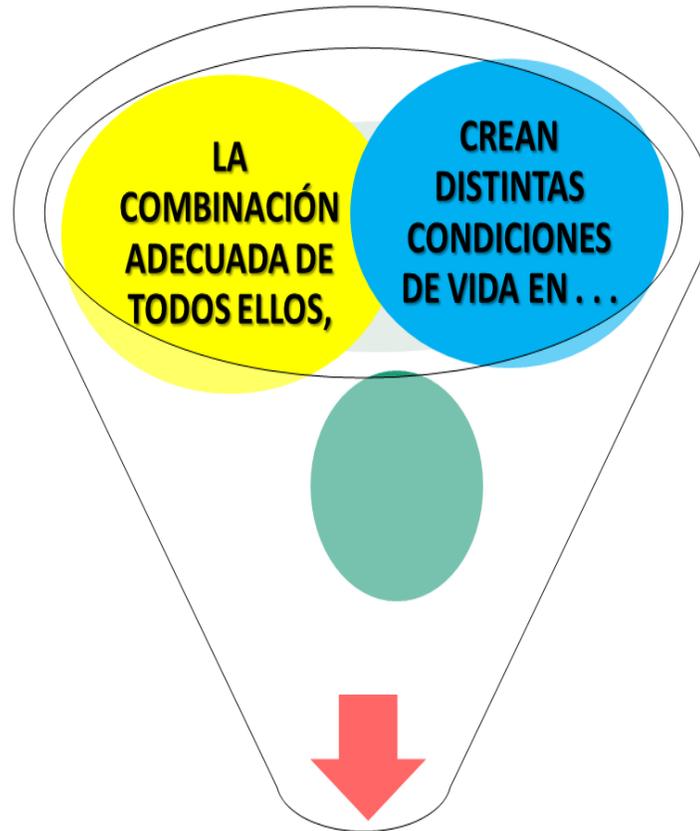
MODELO DE ANÁLISIS DEL NIVEL DE SALUD



MARC. LALONDE

¿Cuáles son estos Determinantes de la Salud?

- Educación
- Empleo y Salud y Seguridad Laboral
- Ingresos (nivel y distribución)
- Vivienda
- Transporte
- Herencia
- Desarrollo Infantil
- Etnicismo y Migración



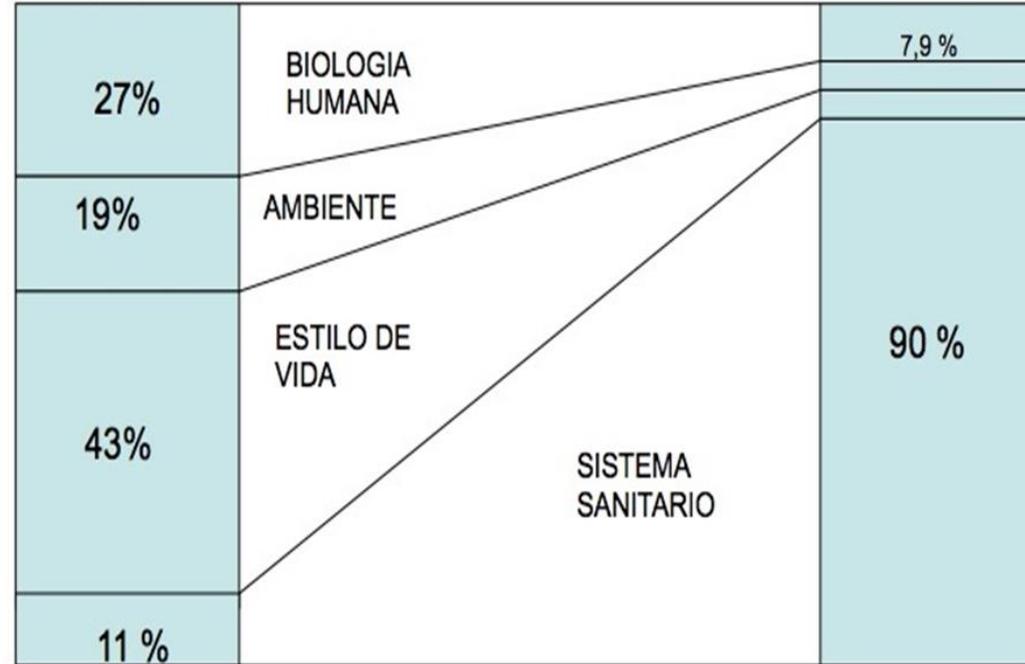
- Comportamientos y estilos de vida
- Seguridad Alimentaria y Nutrición
- Aspectos Culturales
- Nivel de Estrés
- Medio Ambiente
- Acceso a la atención y servicios sanitarios
- Seguridad Pública



LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

CONTRIBUCION
POTENCIAL A LA
REDUCCION DE LA
MORTALIDAD

AFECTACION ACTUAL
DE LOS GASTOS PARA
LA SALUD EN EEUU



Dever, GEA. "An epidemiological Model For Health Policy Analysis". 1976



RELACION ENTRE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD Y LOS USUARIOS/PACIENTES

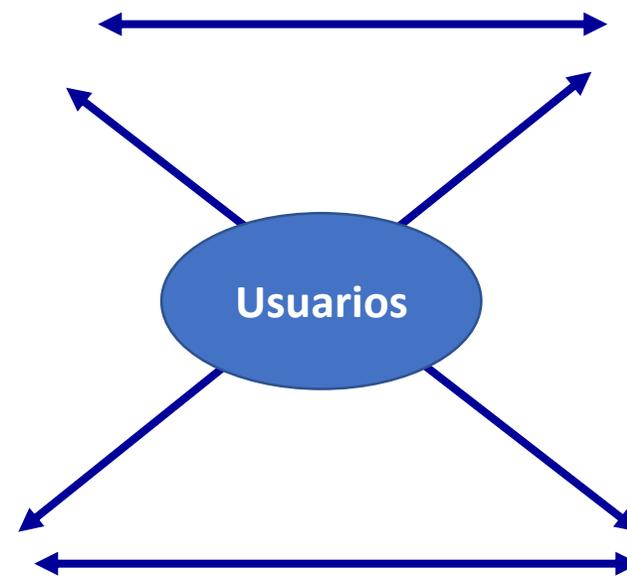


FUENTES DE FINANCIAMIENTO

ENTIDAD ADMINISTRADORA

CONDUCCIÓN Y REGULACIÓN

PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS

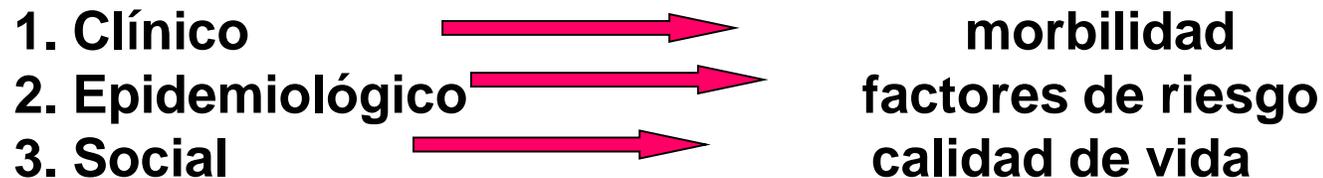




IGUALDAD = ES TRATAR EN FORMA DESIGUAL LO
DESIGUAL

EQUIDAD = ES ASIGNAR RECURSOS DE ACUERDO A LAS
NECESIDADES (Priorización Explícita)

EVOLUCIÓN EN LOS ENFOQUES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL



Los Sistemas de Salud

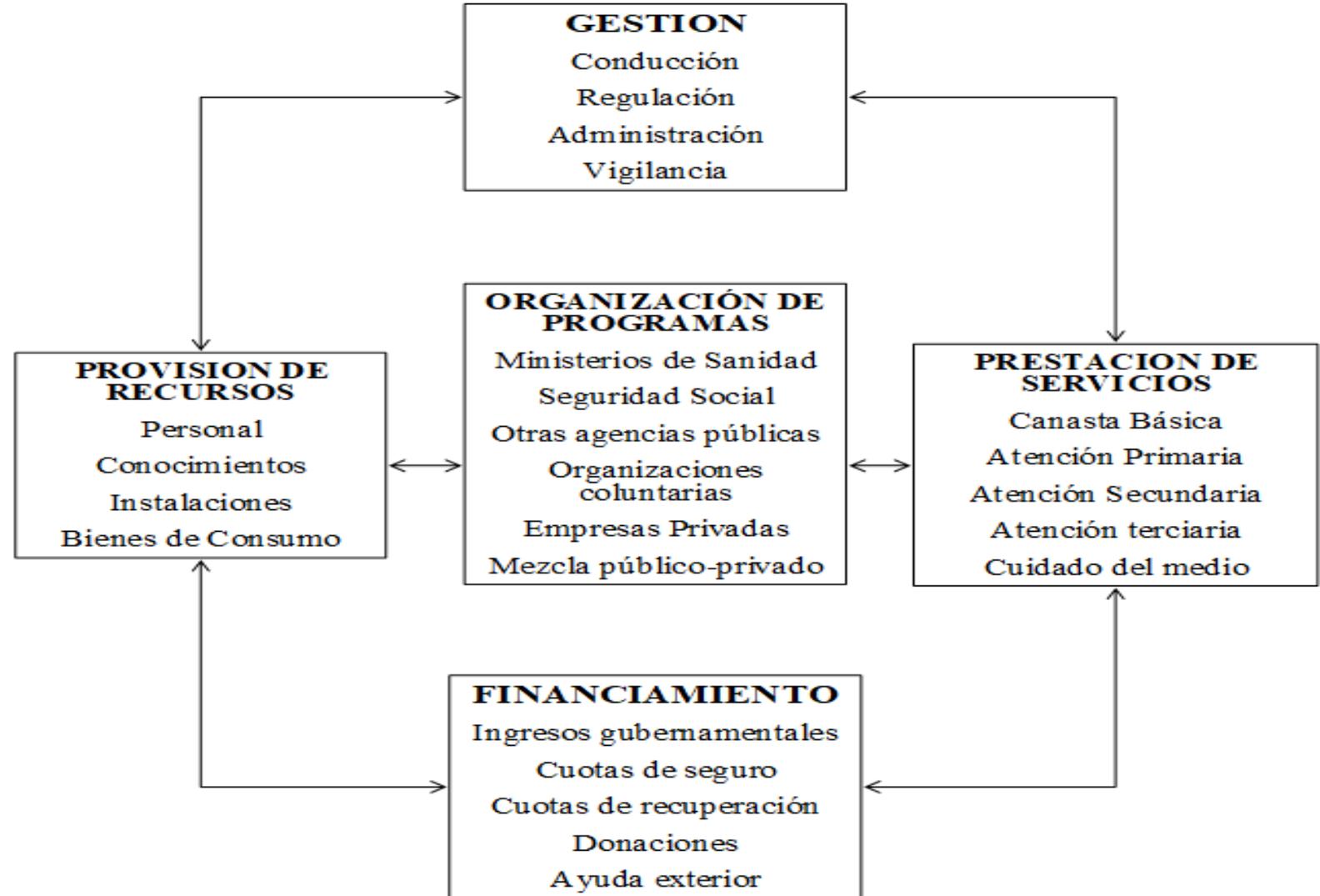
- Existen tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: sus políticas de salud, el estado o situación de salud de la población, y el sistema de salud.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD





MODELO DE UN SISTEMA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD COMPONENTES, FUNCIONES Y RELACIONES DE INTERDEPENDENCIA





Financiación de los Sistemas de Salud



FUENTES DE FINANCIAMIENTO

- Pago mediante desembolso directo
- Seguro público
- Seguro privado
- Impuestos
- Combinación

Impacto de la Fuente

Cobertura y acceso de pacientes

Equidad

Incentivos al Consumidor

Dr. César Quintero Sánchez





Financiación de los Sistemas de Salud





Financiación de los Sistemas de Salud





MODELOS SANITARIOS A NIVEL MUNDIAL

Un modelo sanitario es el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales en los que están cimentados los sistemas sanitarios.

- **1 – Modelo Beveridge;** está inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en la década de 1930. Este modelo se distingue por tener una financiación pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales, retribuidos mediante capitación, presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias, propiedad estatal de los medios de producción.
- **2 – Modelo Bismarck;** inspirado en la legislación social de Alemania en 1883, este se caracteriza por tener una financiación mediante cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores a unos fondos públicos, gestionados por representantes de los asegurados.
- **– Modelo Semashko;** en este modelo se realiza con cargo a los presupuestos del Estado. Se caracteriza por un acceso libre y gratuito para toda la población, un control gubernamental mediante un sistema de planificación central, empleados retribuidos mediante salario y un sector privado prácticamente inexistente.



MODELOS SANITARIOS A NIVEL MUNDIAL

Un modelo sanitario es el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales en los que están cimentados los sistemas sanitarios.

- **4 – Modelo Público Unificado;** en este modelo el Estado financia y suministra servicios de salud directamente a través de un sistema único integrado verticalmente, excluye las opciones de prestaciones bajo el control del consumidor y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización del servicio.
- **5 – Modelo Privado Atomizado;** en este modelo la financiación se lleva a cabo, ya sea por medio de desembolsos del bolsillo de los consumidores o mediante múltiples agencias de seguros privados, los cuales les reembolsan a los distintos proveedores de servicios. En este modelo se presentan dos modalidades:
 - Mercado Libre
 - Modalidad Corporativista



MODELOS SANITARIOS A NIVEL MUNDIAL

Un modelo sanitario es el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales en los que están cimentados los sistemas sanitarios.

- **6 – Modelo de Contrato Público:** en este modelo el financiamiento público se combina con una creciente participación privada en la provisión de los servicios de salud, mediante la contratación de servicios.
- **7 – Modelo Segmentado;** este es el modelo más frecuentemente utilizado en los países de América Latina, incluyendo **Panamá**. En él se establecen relaciones entre las funciones ya descritas y los diferentes grupos sociales. En este modelo, los Ministerios de Salud se encargan de suministrar servicios a los pobres, además de la responsabilidad para toda la población. Cada segmento institucional (MINSA, Seguridad Social y sector privado), desempeña las funciones antes descritas para cada grupo específico, lo que trae como resultado múltiples problemas.
- **8 – Nuevo Modelo o Pluralismo Estructurado.** En este modelo, la regulación se convierte en la principal misión de los Ministerios de Salud como encargados de la conducción estratégica, en lugar de ser un proveedor más de servicios de salud. La financiación se convierte en la responsabilidad principal de la Seguridad Social y se amplía gradualmente a fin de alcanzar una protección universal, guiada por principios de finanzas públicas.



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

1. Metas, Acuerdos,
Compromisos a Nivel
Nacional e Internacional,
Normas y Leyes, Plan
Nacional e Institucional de
Salud.





Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

2. CAMPOS DE LA SALUD:

- ❖ ESTILOS DE VIDA
- ❖ BIOLOGÍA HUMANA
- ❖ MEDIO AMBIENTE
- ❖ SISTEMA ORGANIZATIVO DE ATENCIÓN MÉDICA



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

3. NIVELES DE PREVENCIÓN:

- ❖ **PRIMORDIAL** : Promoción – Calidad de vida.
- ❖ **PRIMARIA**: Educación, Protección específica.
- ❖ **SECUNDARIA**: Diagnóstico y tratamiento temprano, limitación del daño.
- ❖ **TERCIARIA**: Rehabilitación, re-inserción familiar, social y laboral.



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

4. DIVISIONES Y PROGRAMAS DE SALUD:

A. DIVISIÓN DE SALUD FAMILIAR y COMUNITARIA

- SALUD MATERNO INFANTIL
- SALUD ESCOLAR Y DEL ADOLESCENTE
- SALUD DE ADULTOS
- SALUD DE LA TERCERA EDAD
- SALUD MENTAL
- SALUD BUCAL
- ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
- ATENCIÓN A LOS DISCAPACITADOS



DIVISIONES Y PROGRAMAS DE SALUD

- B. SALUD DE LOS TRABAJADORES**
- C. SALUD DEL MEDIO AMBIENTE**
- D. EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS**
- E. ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**
- F. ADMINISTRACIÓN DE LOS DESASTRES**



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

5. CUALIDADES INTRÍNSECAS DE LA CALIDAD

- **ACCESIBILIDAD: geográfica, funcional, económica y cultural**
- **ACEPTABILIDAD**
- **ADECUACIÓN, TECNOLÓGICA Y PRESUPUESTARIA**
- **EQUIDAD**
- **EFICIENCIA**
- **EFICACIA**



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

6. Elementos Esenciales del Sistema

- Recursos Humanos.
- Recursos Físicos.
 - Infraestructura
 - Equipos
 - Insumos críticos.
- Recursos Económicos
- Sistemas de Información.
- Procesos de Gestión



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

7. RED DE SERVICIOS - NIVEL DE COMPLEJIDAD:

- ❖ **RESPONSABILIDAD**

- ❖ - local

- ❖ - regional

- ❖ - nacional

- ❖ **CAPACIDAD DE RESPUESTA**

- ❖ **SECTORIZACIÓN**

- ❖ **DESCENTRALIZACIÓN**

- ❖ **DESCONCENTRACIÓN**

- ❖ **FOCALIZACIÓN**



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

8. PROCESOS DE ATENCIÓN.

➤ DIRECTA A LAS PERSONAS

- preventivas, urgencia, atención ambulatoria, hospitalización, cirugía, rehabilitación

➤ DIRIGIDAS AL MEDIO AMBIENTE

➤ SOPORTE TÉCNICO

- farmacia, imagenología, laboratorio, enfermería, trabajo social, nutrición, fisioterapia, otros

➤ SOPORTE ADMINISTRATIVO



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

9. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE.

➤ CARACTERÍSTICA DE LA PERSONA

- Demográficas: edad, sexo, etnia.
- Socioeconómicas.
- Estilos de Vida

➤ GRUPOS DE ALTO RIESGO COLECTIVO O PARTICULAR.

- Niños, mujeres, ancianos, indígenas, pobres, trabajadores.

➤ FACTORES DE RIESGO DE AMPLIO IMPACTO SOCIAL, DE ALTA VULNERABILIDAD Y BAJO COSTO



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

10. ENTIDAD NOSOLÓGICA ESPECÍFICA.

- **PATOLOGÍAS MÁS IMPORTANTES POR SU VOLUMEN, IMPACTO, COSTOS , TRASCENDENCIA Y CAPACIDAD DE SER PREVENIDAS, ATENDIDAS O REHABILITADAS.**
- **INDICADORES REALES DE**
 - **MORBILIDAD**
 - **MORTALIDAD**
 - **DISCAPACIDAD**



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

11. TIPO DE PROVEEDOR.

- PROFESIONALES
- TECNICOS
- ADMINISTRATIVOS

❖ Cada proveedor tiene una responsabilidad específica de acuerdo a sus conocimientos, formación, entrenamiento y capacidad de respuesta real de su unidad ejecutora



Parámetros Prioritarios para el Nuevo Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud

12. COMPONENTES FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE SALUD.

- **NECESIDAD O DEMANDA --- PERTINENCIA.**
- **OFERTA O ESTRUCTURA --- ADECUACIÓN.**
- **PROCESOS ----- EFICIENCIA.**
- **PRODUCTOS ----- EFICACIA.**
- **IMPACTOS ----- EFECTIVIDAD.**



Etapas Progresivas del Sistema Nacional de Salud en Relación a los Componentes

- **1-NECESIDAD O DEMANDA --- PERTINENCIA.**
 - **2-OFERTA O ESTRUCTURA --- ADECUACIÓN.**
 - **3-PROCESOS ----- EFICIENCIA.**
 - **4-PRODUCTOS ----- EFICACIA.**
 - **5-IMPACTOS ----- EFECTIVIDAD.**
-
- **COORDINADO--- 1, 4, 5**
 - **INTEGRADO----- 1, 4, 5 mas 3**
 - **UNIFICADO----- 1, 4, 5 mas 3 y mas 2**



COMPONENTES ESENCIALES PARA DESARROLLAR LA RED DE SERVICIOS INSTITUCIONALES

► Proceso de Atención Directa:

- **Prevención Primaria**
- **Urgencia**
- **Atención Ambulatoria:**
 - **Consulta Externa**
 - **Atención Domiciliaria**
 - **Extensión Hospitalaria**
 - **Hospital de Día**
- **Hospitalización:**
 - **Observación (menos de 8 horas)**
 - **Corta Estancia (hasta 72 horas)**
 - **Aguda (de 3 a 12 días)**
 - Hospital Local --- 3-6 días
 - Hospital Regional. --- 6-9 días
 - Hospital Nacional. --- 9-12 días
 - **Intermedia --- 12-21 días**
 - **Larga--- 21-180 días**
 - **Crónica --- (por el resto de la vida)**
 - **Terminal --- (fase final de la vida)**
 - **Residencia Geriátrica --- (hospedaje)**

• **Cirugía:**

- **Ambulatoria**
- **Institucional**

• **Rehabilitación**

• **Soporte Técnico:**

- **Laboratorio Clínico**
- **Imagenología**
- **Farmacia**
- **Nutrición**



RED DE SERVICIOS DE SALUD TIPOS Y CLASES DE INSTALACIONES

SIMPLE

COMPLEJA

•**ULAPS**

- BÁSICA O EQUIPO BÁSICO
- INTERMEDIA (C. DE S.)
- COMPLETA

•**POLICLÍNICAS O
POLICENTROS**

- URGENCIAS
- CORTA ESTANCIA
- CIRUGÍA AMBULATORIA
- REHABILITACIÓN

•**HOSPITALES**

- GENERAL (5)
- ESPECIALIZADA DE ESPECIALIDADES (sub-especialidades)

Por su responsabilidad Demo-Geográfica
Local= Corregimiento Distrital
Regional o Provincial
Nacional



DNOC

DIÁLOGO NACIONAL POR LA CSS



Gracias ...