



***“LA HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA,
COMO CLAVE OPERATIVA EN LA
EXPERIENCIA DE MODELOS INTEGRALES E
INCLUYENTES EN LA REGION”***

**Congreso Internacional sobre la Reforma de Salud de El Salvador
21 de noviembre 2017**

***MMMNAM en El Salvador, Guatemala, Bolivia y
Perú
Instituto de Salud Incluyente (Guatemala)
Salud Sin Limites (Perú)***



EN LAS AMÉRICAS, DESPUÉS DE 39 AÑOS DE LA CONFERENCIA DE ALMA ATA, SIGUE HABIENDO UNA GRAN PREOCUPACIÓN:

- Reducir las inequidades en salud.
- Superar las dificultades relacionadas con la universalidad.
- Aumentar el acceso y cobertura real a atención integral

12

“Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina”





**ESTUDIO : “AVANCES DE LA
HORIZONTALIZACIÓN PROGRAMÁTICA EN
4 PAISES: BOLIVIA, PERU, GUATEMALA Y
EL SALVADOR”
(Informe Preliminar
Sep 2016-Jun 2017)**



JUSTIFICACION

*“Los sistemas de salud en los últimos 50 años, se han desarrollado en gran medida en torno a la **atención especializada** así como alrededor de **programas prioritarios e intervenciones selectivas**.*

Los organismos donantes han influenciado para el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades en lugar de financiar reformas que conviertan la APS en la base de los sistemas de salud.”

(OMS 2008:14. Informe de la Salud en el Mundo. La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca.)



Enfoque vertical vs horizontal en salud pública

PROGRAMAS VERTICALES	PROGRAMAS HORIZONTALES
<p>Buscan dar una respuesta a un problema específico de salud mediante protocolos que incluyen medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento del problema abordado.</p>	<p>Buscan dar una respuesta más amplia a la problemática de salud-enfermedad de la población, priorizando la prevención y promoción de la salud.</p>



Programas verticales	Programas horizontales
Más dirigidos a la enfermedad que a la salud.	Más dirigidos a la salud que a la enfermedad
Para el caso de enfermedades específicas, pueden abarcar distintos niveles, pero las soluciones generalmente son directrices del nivel central para el primer nivel de atención.	Comúnmente se desarrollan en el primer nivel de atención (a través de las redes de servicios existentes), aunque se pueden desarrollar también en otros niveles.
Incluyen medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento específicos para el problema de salud abordado.	Proponen acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación con base en la situación de salud local y los problemas de mayor prevalencia.
Comúnmente cuentan con financiación específica	Generalmente cuentan con el financiamiento regular asignado a la red de servicios.
Comúnmente cuentan con personal específico del programa, así como equipamiento e insumos.	Cuentan con equipos de salud más estables asignados a territorios y poblaciones
Efectividad en el corto plazo , pero dudosa sostenibilidad, objetivos, centrados en un tema muy específico	Efectividad en corto, mediano y largo plazo en la solución de los problemas de salud de la población, objetivos más amplios de atención por etapas de vida, promoción y prevención.

Fuente: Elaboración propia con base en: Vázquez, L.E.; Chávez, L. *Integración de los enfoques horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud. Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Colombia, 2008.*OMS 2,008 p14; y Buse, Kent; Harmer, Andrew. *Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: practice and potencial. SocSciMed 2007 Jan; 64 (2):259-71.*Lecciones aprendidas MIIGAS. Guatemala 2,012



Desventajas de los Programas Verticales

- Pérdida de oportunidad e ineficiencia: Al abordar un solo problema de salud, excluye otros que pueden ser más graves.
- Estructuras paralelas de supervisión y formación
- Competencia por recursos existentes, por el personal competente y por la atención de los donantes
- Diferencias de sueldos entre programas con apoyo de donantes y empleos normales del sector público
- Su enfoque individual dificulta acciones de prevención y promoción hacia el nivel familiar y comunitario

SITUACION DE PARTIDA

Inmunizaciones

SSR

TBC

Trasmisibles / Metaxenicas

ZOONOSIS

IRAS

EDAS

NUTRICION

ETS VIH/SIDA

NO TRASMISIBLES / CRÓNICAS

SALUD BUCAL

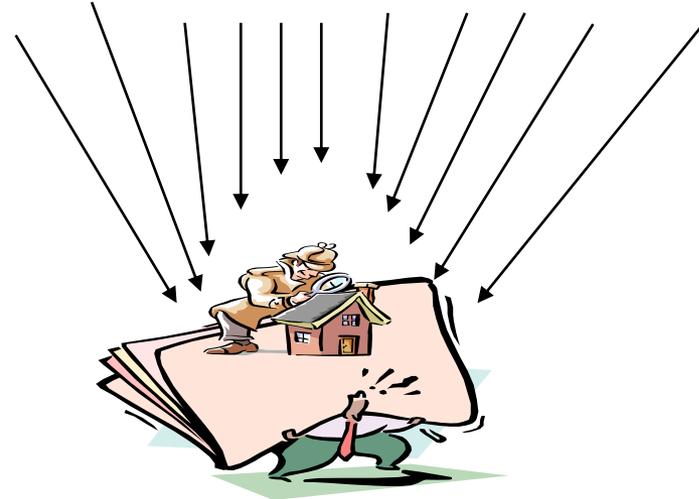
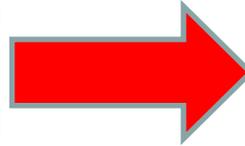
DISCAPACIDAD

MEDICINA

TRADICIONAL

SALUD MENTAL

Aplicación operativa de DECENAS de ESTRATEGIAS Y/O PROGRAMAS VERTICALES sobre los establecimientos del primer nivel de atención



Normas Vigilancia epidemiológica



Importancia de la horizontalización

- Es una condición necesaria para la integralidad
- Permite enfrentar la creciente complejización epidemiológica (crónicas, violencia, medio ambiente, etc)
- Permite ampliar el peso de las acciones de promoción y prevención

Favorece el alcance de diferentes metas sanitarias

- Se logra la re-orientación de los servicios de salud de acuerdo a la APS renovada
- Se verifica el derecho a la salud de la población



VALOR AGREGADO DE HORIZONTALIZACION E INTEGRACION PROGRAMATICA

- Diseño programático con objetivos, actividades y metas más amplias en materia de promoción y prevención
- Integración y cumplimiento de prioridades y normas de los programas/estrategias nacionales y protocolos de vigilancia epidemiológica.



OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Sistematizar avances y lecciones aprendidas del proceso de horizontalización programática (**HP**) desde una perspectiva sistémica y multidimensional en 4 países:
 - la Reforma de Salud/El Salvador
 - el MAIS BFC/Perú,
 - el SAFCI/Bolivia y
 - el MIS/Guatemala
- Analizar cómo la HP contribuye a la **integración** del primer nivel de atención con los otros niveles, y a la intersectorialidad.
- Identificar avances en **pertinencia intercultural** y **equidad de género** en la HP en cada uno de los países estudiados.



METODOLOGIA

- **Estudio cualitativo**
- **Definición de niveles de análisis**
- **Definición de atributos y componentes óptimos**
- **Diseño y validación de instrumento y escala de medición de avances de la HP.**
- **Revisión documental, entrevistas a profundidad, grupos focales**

NIVELES DE ANALISIS

1. Nivel Normativo Programático:

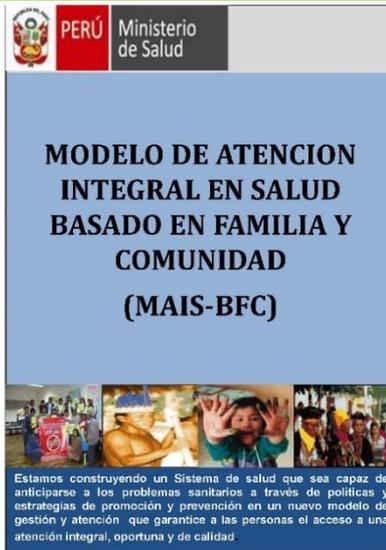
(Políticas, lineamientos, normas de atención y vigilancia)

2. Nivel Operativo instrumental:

(Implementación en el primer nivel de atención, con énfasis en el primer nivel, guías e instrumentos)

Angel Omar Iribari Poicón
Asesor del GAAD

LIMA, FEBRERO 2011





ATRIBUTOS y COMPONENTES

Atributos del modelo de atención

- Concepción de salud-enfermedad
- Integral
- Integrado
- Continuo
- Participación social
- Intersectorialidad
- Pertinencia intercultural
- Equidad de género
- Vigilancia en salud socio cultural
- Sistema de Información

Componentes del Modelo de Gestión

- Dirección
- Planificación
- Organización
- Evaluación
- Gestión de Recursos Humanos
- Financiamiento



RESULTADOS DE LA HORIZONTALIZACION PROGRAMATICA EN LOS 4 PAISES

Nivel operativo-instrumental: Modelo de Atención

ATRIBUTOS	BOLIVIA	EL SALVADOR	GUATEMALA	PERU
Multi-concepción incluyente de salud	En progreso	En progreso	Consolidado	En progreso
Integral	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Integrado	En progreso	En progreso	Iniciado	En progreso
Continuo	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Participación social	En progreso	En progreso	Avanzado	En progreso
Intersectorialidad	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Pertinencia intercultural	En progreso	Inexistente	En progreso	En progreso
Equidad de género	En progreso	Iniciado	En progreso	Inexistente
Vigilancia en salud socio cultural	En progreso	En progreso	En progreso	En progreso
Sistema de Información	En progreso	En progreso	Consolidado	En progreso

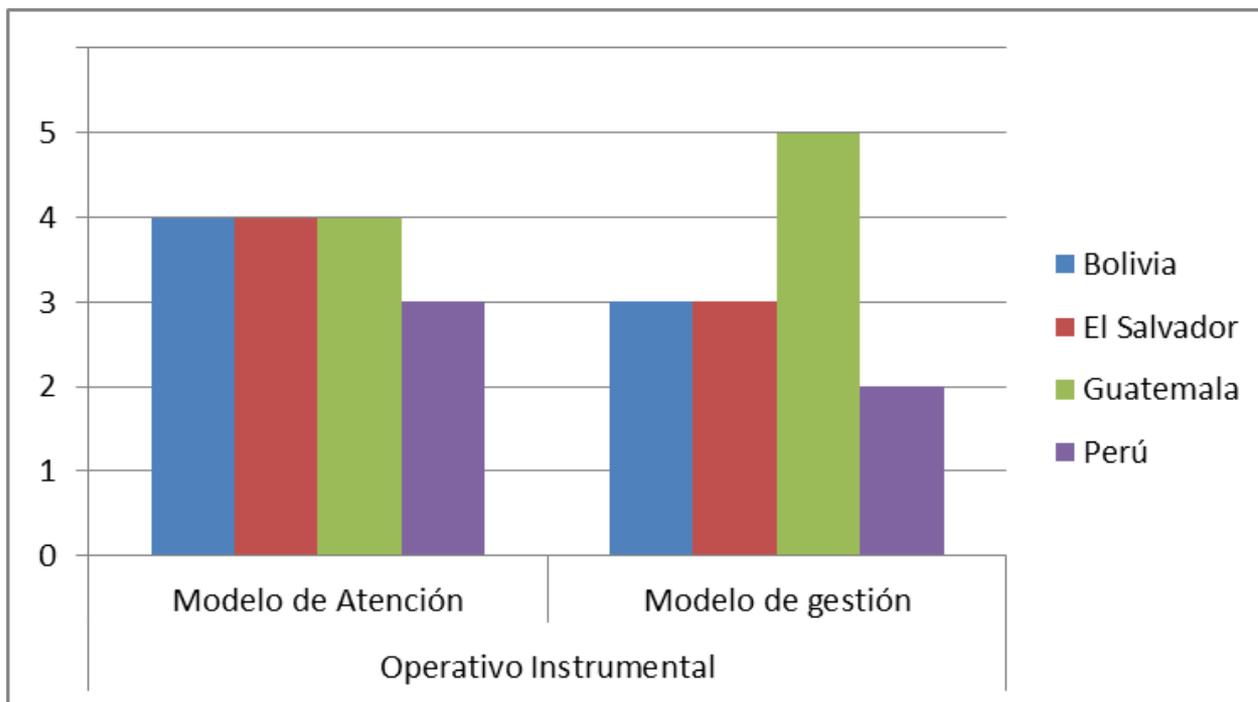
Inexistente 
 Iniciado 
 En progreso 
 Avanzado 
 Consolidado 

Nivel operativo instrumental: Modelo de Gestión

COMPONENTES	BOLIVIA	EL SALVADOR	GUATEMALA	PERU
Dirección	Moderado	Moderado	Muy alto	Moderado
Planificación	Moderado	Moderado	Muy alto	Bajo
Organización	Muy alto	Moderado	Moderado	Bajo
Evaluación	Moderado	Moderado	Muy alto	Bajo
Gestión de Recursos Humanos	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado
Financiamiento	Bajo	Moderado	Moderado	Bajo

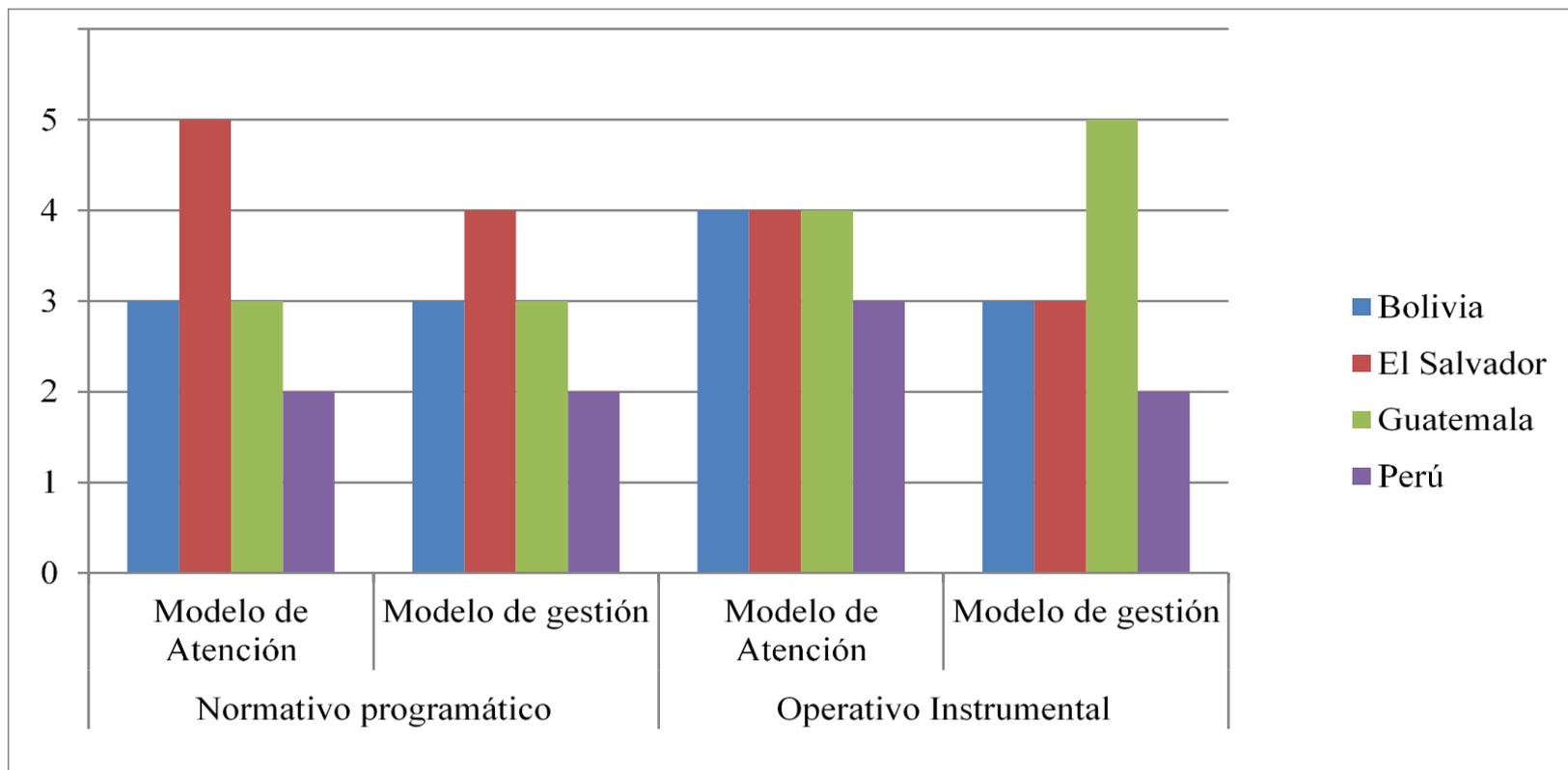
Muy bajo 
 Bajo 
 Moderado 
 Alto 
 Muy alto 

Nivel operativo instrumental en los 4 países



SINTESIS DE RESULTADOS

Gráfica 1: Avances en la horizontalización programática por país y por nivel.



Fuente: Elaboración propia.



CONCLUSIONES GENERALES (I)

- Los 4 países avanzan hacia la horizontalización programática (HP), especialmente en el nivel operativo instrumental
- Mayor avance en LOS ATRIBUTOS DE PARTICIPACION SOCIAL, ATENCIÓN INTEGRAL Y MULTICONCEPCION INCLUYENTE DE LA SALUD.
- Nivel normativo-programático progresa a un ritmo menor, salvo en el caso de El Salvador, donde el proceso de reforma ha dado pasos decididos hacia la consolidación del Modelo de Atención.
- La multiconcepción integral e incluyente se muestra como una plataforma de cambio porque implica el reconocimiento del derecho a la salud y al mismo tiempo otras perspectivas para entender el proceso salud – enfermedad.



CONCLUSIONES GENERALES (II)

- El financiamiento de los sistemas de salud es un aspecto por mejorar en los 4 países con cierta urgencia, porque la HP no puede implementarse sin asegurar una asignación y distribución presupuestal adecuada y pertinente.
- Para consolidar la HP y la intersectorialidad es necesario promover alianzas multiactores de diversos sectores, bajo la rectoría de los Ministerios de Salud.
- La HP requiere de los Ministerios de Salud de cada país, respaldo político; y la consolidación de las experiencias en terreno que se viene desarrollando en torno al SAFCI boliviano, al MIS guatemalteco, al MAIS BFC peruano y a la Reforma de Salud de El Salvador.



PRINCIPALES CONCLUSIONES **CASO EL SALVADOR (I)**

- El diseño e implementación del modelo de atención integral de salud familiar comunitario, ha facilitado el acceso de los servicios de salud a la población más vulnerable en 184 municipios del país. El personal de salud se ha apropiado del modelo.
- La Reforma de Salud se ha desarrollado a base de una batería de políticas públicas y marcos normativos, una reorganización de los servicios de salud, un nuevo enfoque de la salud (y la enfermedad) y un desarrollo estratégico que cuenta como su principal virtud la viabilidad de su implementación.
- El avance de la HP de los programas de salud del MINSAL ha sido catalizado por el desarrollo de la RIIS, al permitir espacios de cogestión y por una participación social activa y empoderada, que permite la participación en la toma de decisiones y la contraloría social



PRINCIPALES CONCLUSIONES **CASO EL SALVADOR (II)**

- La definición y el avance de la implementación de los ejes estratégicos de Reforma de Salud en el periodo 2009-2016, tiene alcances que deben ser consolidados en los próximos años:
 - participación social,
 - intersectorialidad,
 - articulación de los diferentes niveles de atención entorno a RISS,
 - Sistema único de Información,
 - el desarrollo de la rectoría en investigación mediante la oficialización del INS,
 - la rectoría de medicamentos y
 - la formación de los Recursos Humanos del SNS



PRINCIPALES CONCLUSIONES **CASO EL SALVADOR (III)**

Retos para el avance y consolidación de la reforma:

- Estrategias de financiamiento para superar las limitaciones presupuestarias para la implementación de los ejes
- Mitigar las resistencias internas en el sector salud, contemplando la resolución de conflictos laborales y priorizando la comunicación social de la Reforma
- Incrementar capacidades e instrumentos de monitoreo que catalice la rectoría hacia las estrategias de impulso de la Reforma
- Consolidar presupuestos y compromisos en los planes intersectoriales en el ámbito nacional y local
- Anclar en marcos legales los ejes estratégicos e institucionalidad promovida desde la Reforma
- Desarrollar acciones de pertinencia intercultural, deuda pendiente de la Reforma



PARA MAYOR INFORMACIÓN, VÉASE:

- www.saludintegralincluyente.com
- www.medicusmundi.es
- www.medicusmundi.pe
- www.isis.org.gt

¡GRACIAS!