

1. Política Nacional de Salud  
2015 – 2019
2. Observatorio de la Reforma de  
Salud

José Eliseo Orellana

# Inequidad sanitaria

- La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido. En el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años.
- Dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son espectaculares y reflejan la situación mundial.
- En el informe del Desarrollo Humano de El Salvador del 2001 (impactante) se establecían diferentes expectativas de vida por departamento

# Gradiente social

- En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un *gradiente social*: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud.
- Eso no tiene por qué ser así y no es justo que sea así.
- Eso es lo que denominamos inequidad sanitaria.

# Los determinantes sociales de la salud y la equidad sanitaria

- La equidad sanitaria es una cuestión que afecta a todos nuestros países y en la que influyen de forma considerable el sistema económico y político mundial. La Comisión de la OMS, sobre el tema, tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud.
- **La equidad es la palabra clave.**

# Gradiente social – condiciones de vida

- La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por
- una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por
- las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

# Políticas y programas deficientes

- Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política.
- Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.

# Políticas y equidad

- Posiblemente, la salud y la equidad sanitaria no sean siempre el objetivo de las políticas sociales, pero son un resultado esencial.
- Gran importancia se atribuye al desarrollo económico en las distintas políticas: es incuestionable que el desarrollo económico es importante, en particular para los países pobres, pues brinda la oportunidad de obtener recursos para invertirlos en mejorar la vida de la población.
- Pero, el crecimiento por sí solo, sin políticas sociales adecuadas que aseguren que sus beneficios se reparten de forma relativamente equitativa, contribuye poco a la equidad sanitaria.

# Tres principios de acción (Comisión de Determinantes sociales de la OMS)

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

# 1. Mejorar las condiciones de vida

- Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños;
- favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y
- crear las condiciones que permitan envejecer bien.
- Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

## 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

- Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad.
- Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza:
- hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva.
- En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

### 3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

- Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción.
- Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OPS/OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria.
- Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud.
- También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.

# Los Objetivos del Sistema Político como Facilitador Social de Salud y Desarrollo

- **Mantener y mejorar el estado de salud de las personas, asegurando acceso a la utilización de un conjunto definido socialmente de servicios necesarios y efectivos.**
- **Hacerlo en un contexto de protección financiera de los hogares, esto es, que la capacidad de contribución no signifique una barrera para la utilización de ese conjunto de servicios socialmente definidos ni que el financiamiento del sistema determine una contribución excesiva que empuje a las familias a la pobreza o no les permita superarla.**
- **Todo bajo estricto respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas.**

# Definiciones Operacionales

- Política: “hoja de ruta” a seguir en determinado tema o cuestión.

# Definiciones Operacionales

- Política de Estado: “hoja de ruta” que se creó para mantenerse en el tiempo, no importando quien ejerza el poder, pero planificada de manera tal que sirva a largo plazo. Estas deberían ser desarrolladas en un conjunto: sociedad civil, sector privado, academia, gobierno.

# Definiciones Operacionales

- Políticas Públicas: Son políticas de Estado, entendidas por aquellas que son desarrolladas desde el Sector Público (Gobierno nacional, regional, local), implica también la participación de otros sectores.

# Definiciones Operacionales

- Políticas de Gobierno: desarrollo hecho por el gobierno de las políticas de estado o de las políticas públicas, en el día a día.

# Definiciones Operacionales

- Políticas Partidarias: son los lineamientos doctrinales que posee el partido político en el poder, no necesariamente concordante con las anteriores.

# Definiciones Operacionales

- Políticas Público - Privadas: lineamientos elaborados entre los estamentos gubernamentales y el sector privado para un determinado accionar, no necesariamente con aplicación en normativa.

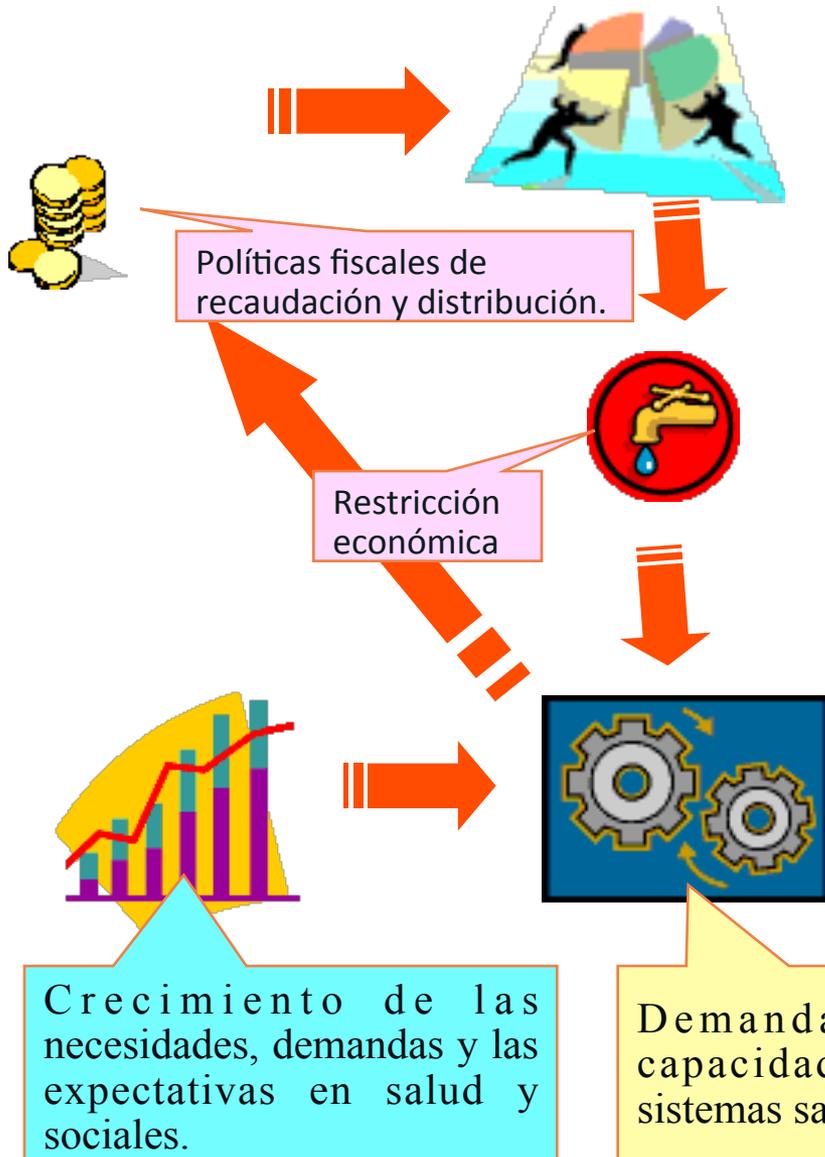
# Diseño de políticas - fases

- Fases
  - Generación de Necesidad
    - Real
    - Creada
  - Diseño
    - Participativo/No participativo (desde la base / desde la autoridad)
  - Ejecución de la Política
    - Implementación
    - Ejecución en si misma
  - Evaluación
    - De la Política en si misma (indicadores)
    - Del Impacto

# Ciclo de diseño de políticas

- Se debe considerar que el diseño de políticas se ve afectado externamente e internamente, de esta manera las políticas pueden evolucionar, fusionarse, recombinarse, eliminarse, concluir. Este modelo por etapas, podría no reflejar el sistema de relaciones intergubernamentales que existe en cada una de ellas y entre ellas.

# Macroentorno



Conflicto entre restricciones económicas y la creciente necesidad y demanda de servicios de salud.

Obligan a adoptar políticas sanitarias compatibles con la racionalización y el desarrollo del sector.

Se tienen que adoptar decisiones sobre la cantidad y la calidad de los servicios de salud que pueden permitirse.

Muchos sistemas de salud experimentan rápidos cambios dentro de la reforma económica.

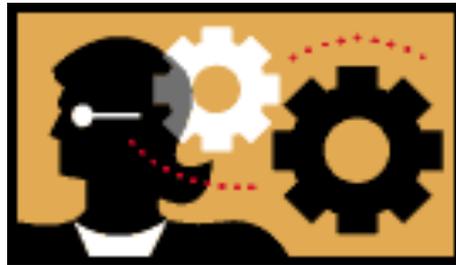
# Microentorno

## Realidad

Pueden contribuir a la adopción de decisiones y a la aplicación de cualquier reforma de los servicios de salud.



Los RRHH y los actores sociales no han desempeñado una función activa en la ejecución de la política.



Los actores sociales tienen la capacidad para influir en la política de salud.

Los RRHH en salud tienen los conocimientos especializados y su experiencia para mejorar la atención de salud.

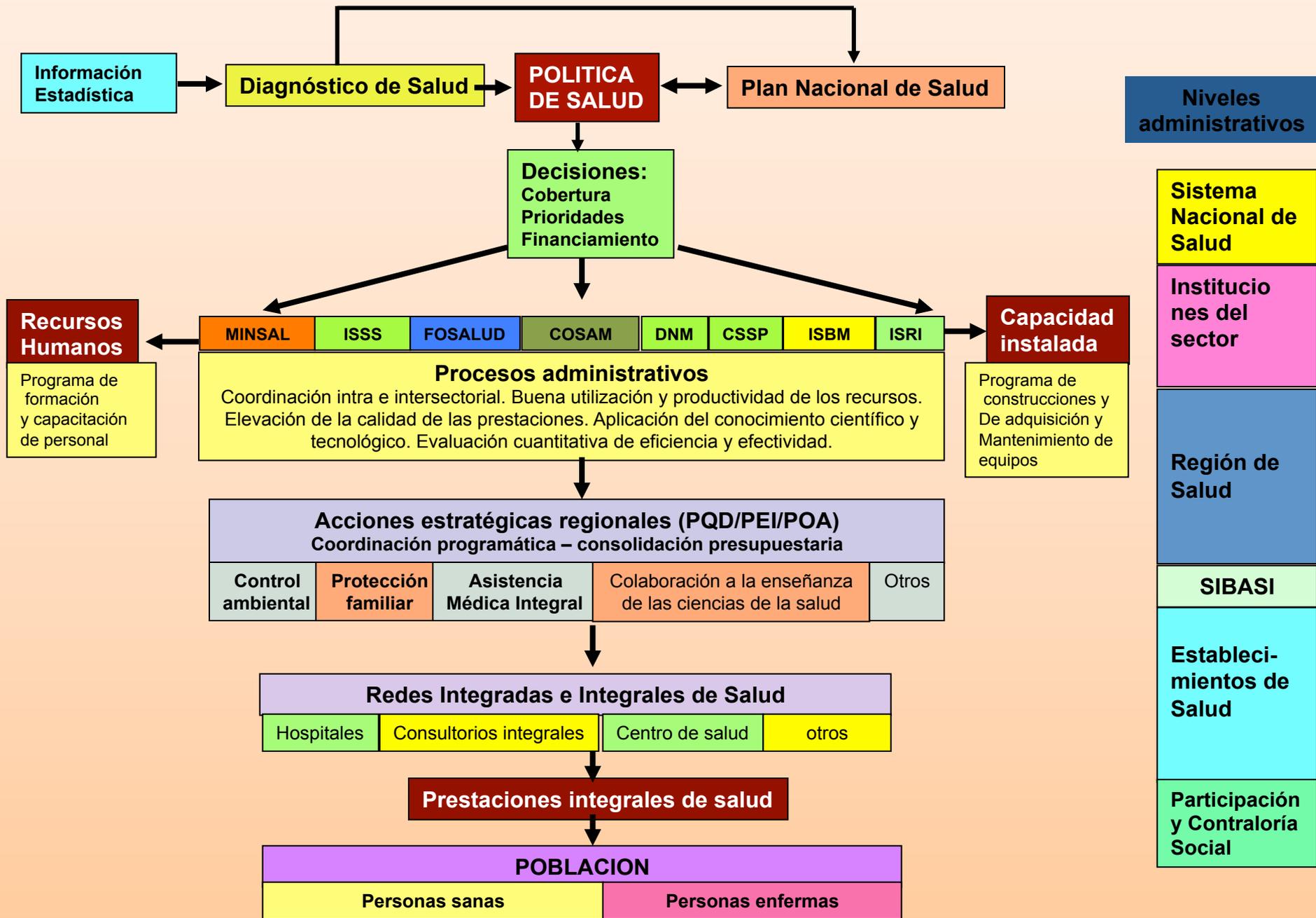
### RAZONES:

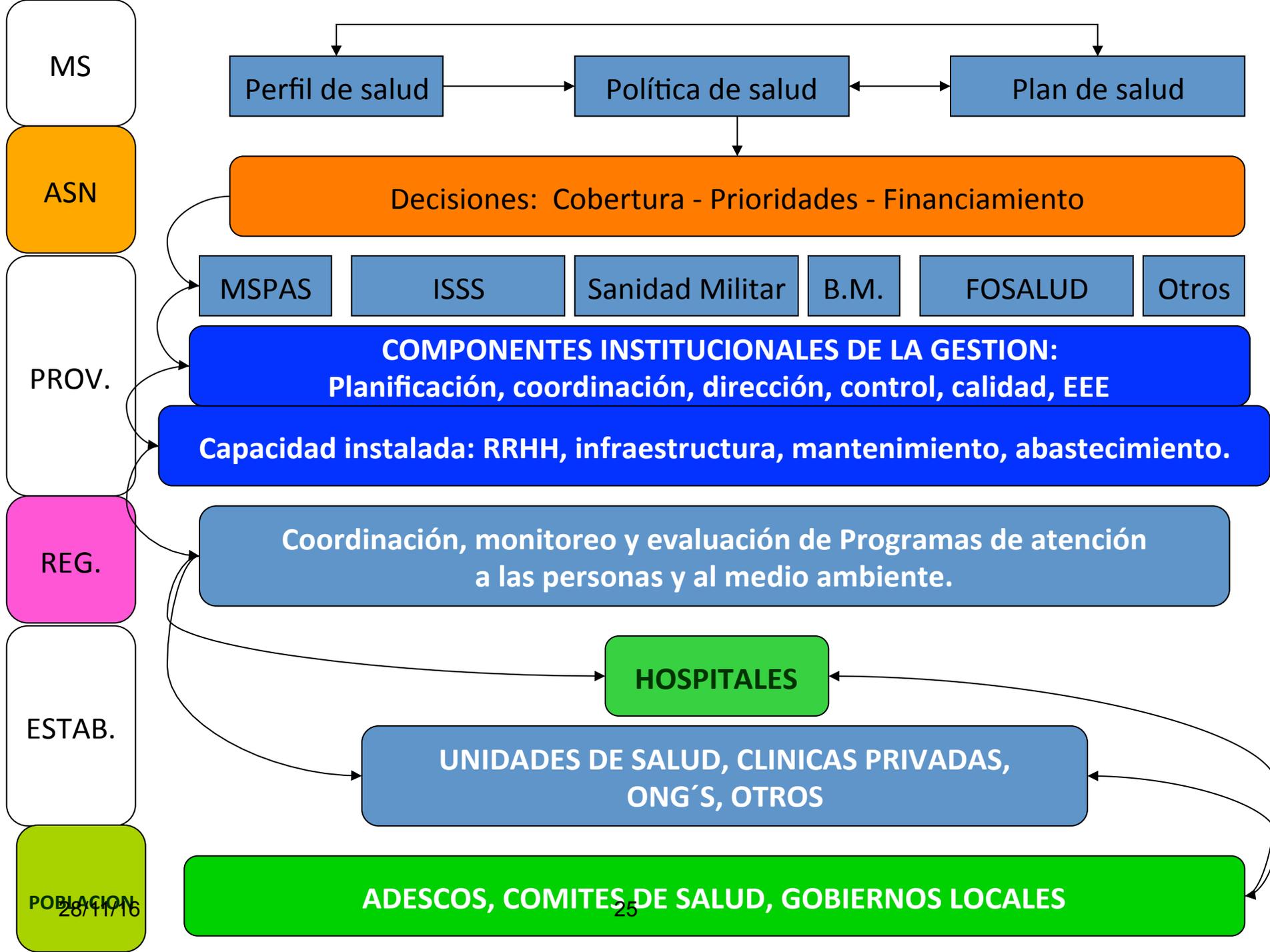
- La política no se ha difundido adecuadamente.
- No se ha creado la concientización y empoderamiento por el personal de salud
- No se comparte con el personal la información adecuada sobre la situación que permita hacer acuerdos para la implementación de la misma.

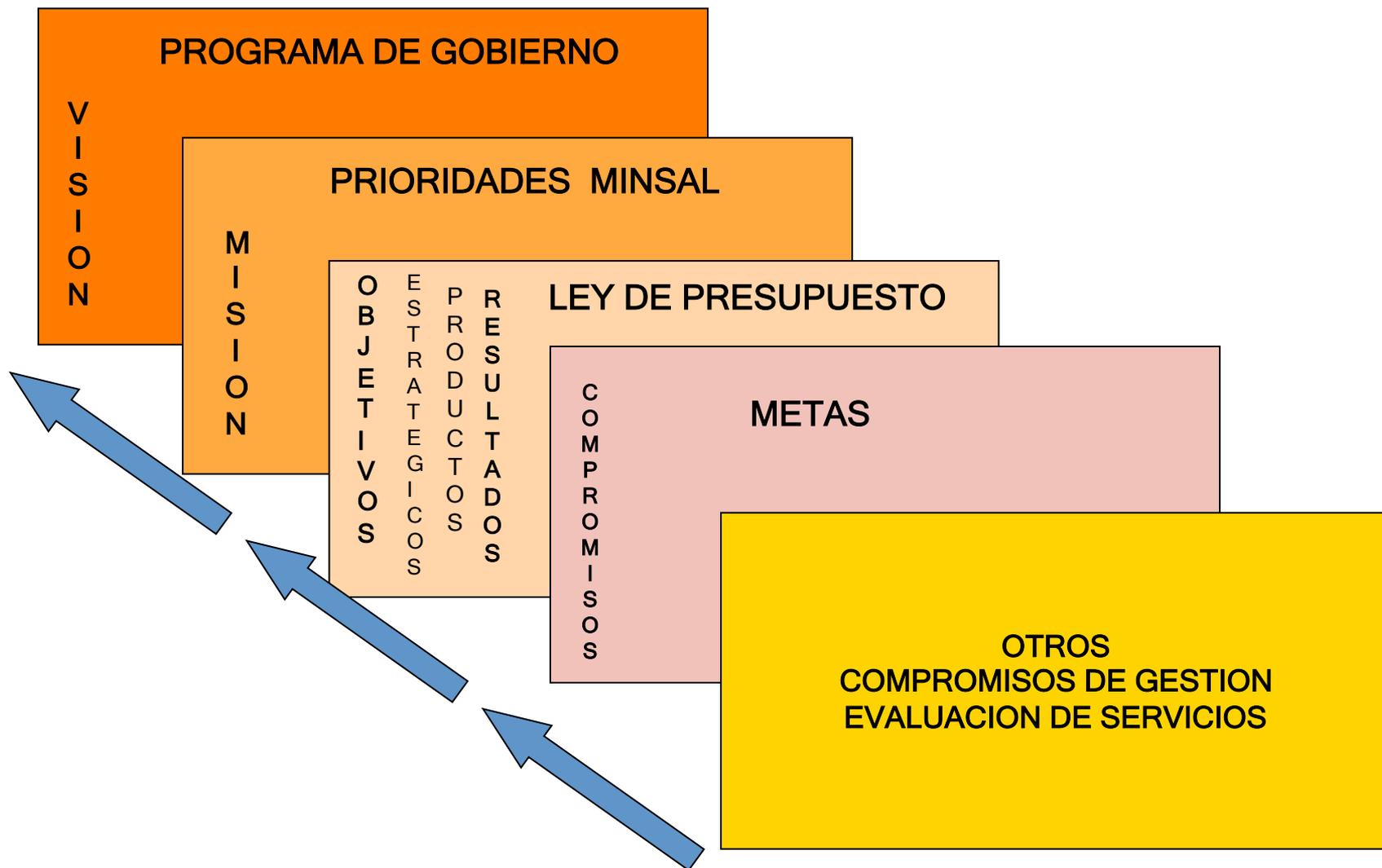
## Fases de la formulación y ejecución de la política



- Elaboración de instrumentos como instrumentos de trabajo
- Convocatoria de actores políticos, sociales y económicos de la
- El documento final es presentado y oficialmente aprobado
- Define y ejecuta la política y plan nacional de salud
- Seguimiento y evaluación sistemática.
- Elaboración de informes políticos técnicos de avances por año.
- Consulta con expertos sanitarios y líderes de opinión.
- Organización del documento final.





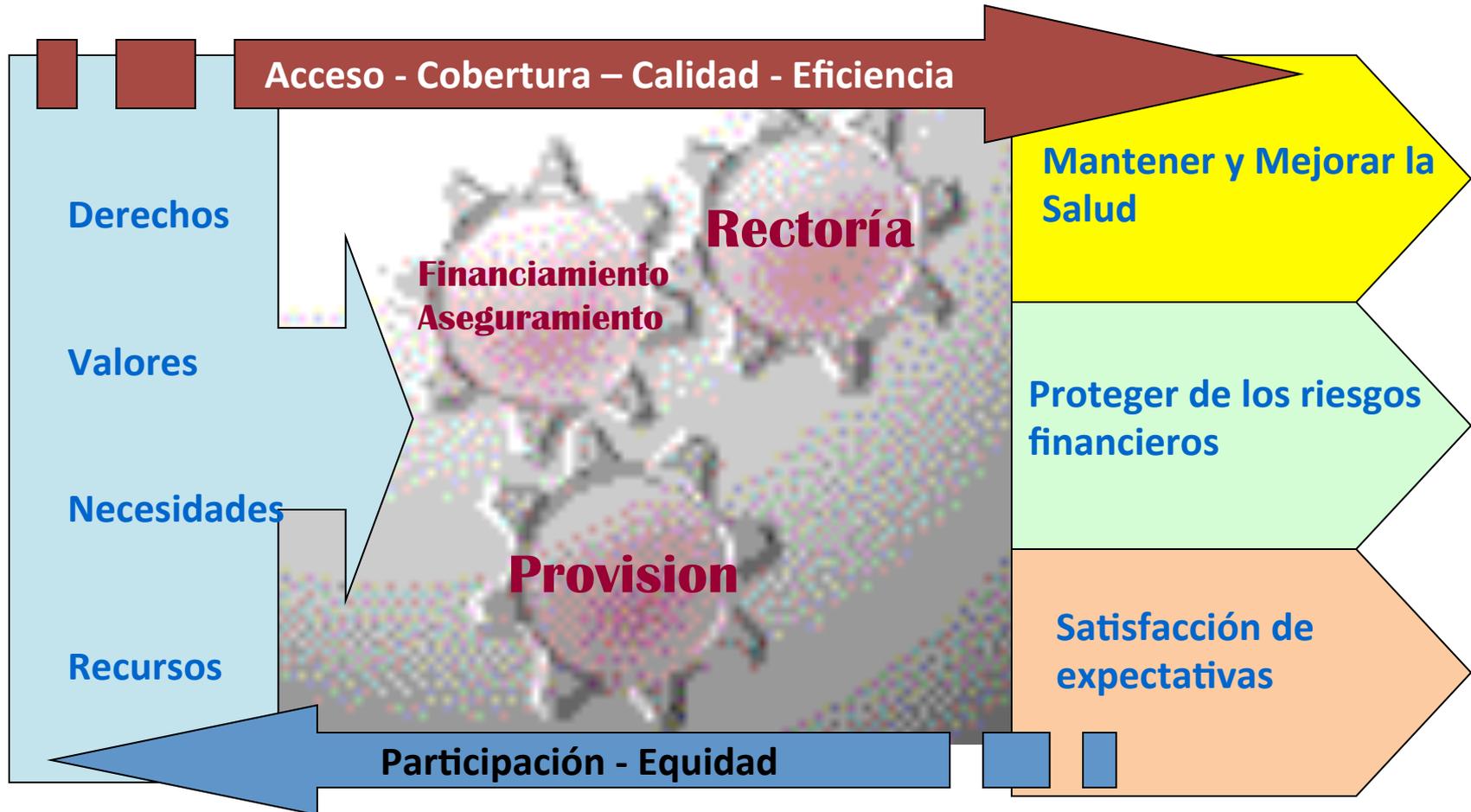


# DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

<b>Estado de Salud</b>			
DINAMICA SOCIAL	MODOS DE VIDA	CONDICIONES DE VIDA	ESTILOS DE VIDA
<b>Determinantes sociales de la salud</b>			
Comportamientos en salud	Condiciones de vida y de trabajo	Factores ambientales	Recursos personales
<b>Sistema de servicios de salud</b>			
<p style="text-align: center;"><b>Rectoría</b></p> <p>(Formulación de políticas, regulación, FESP)</p> 	<p style="text-align: center;"><b>Financiamiento</b></p> <p>Distribución  equidad; exclusión o inclusión)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Aseguramiento</b></p> <p>(Grado de cobertura por un conjunto de prestaciones  garantizadas para la población)</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Prestación de servicios de salud</b></p> <p style="text-align: center;">Atención clínica, atención preventiva, atención de largo plazo)</p> <p style="text-align: center;">Accesibilidad, efectividad y calidad (Seguridad, aceptabilidad, continuidad, competencia, eficacia) Eficiencia y sostenibilidad</p>			
<b>Características de la comunidad y el sistema de salud (Recursos)</b>			
<p>Características demográficas, recursos humanos, financieros y materiales. Productos del sistema de prestación de servicios</p>			

# Funciones y Objetivos del Sistema de Salud

## Sistema de Salud



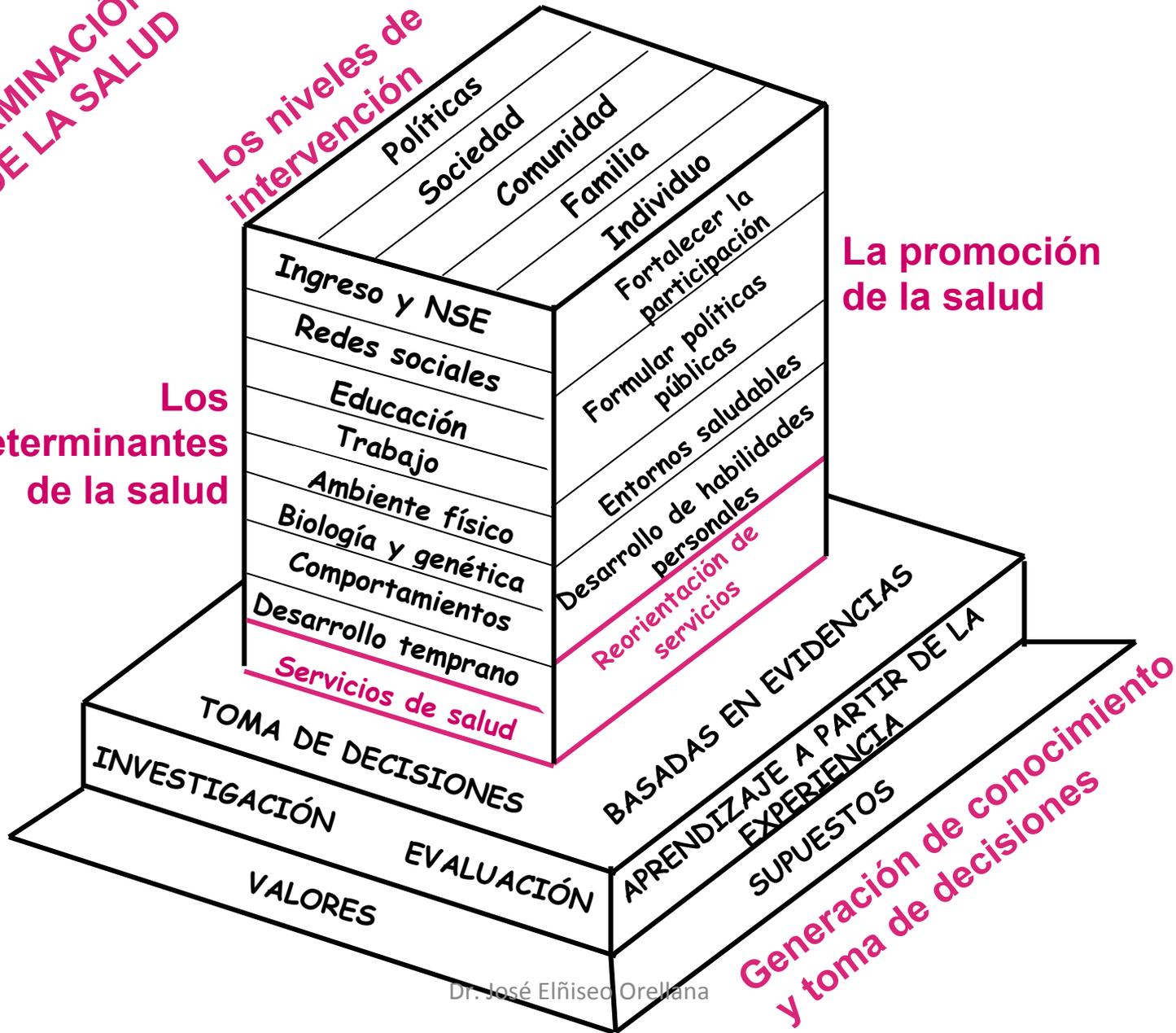
Que, como a quienes , donde???????????

LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Los niveles de intervención

Los determinantes de la salud

La promoción de la salud



# Ejes de la Reforma

- Eje 1 Fortalecimiento de las Redes integrales e integradas de salud
- Eje 2 Sistema de emergencias médicas
- Eje 3 Medicamentos y otras tecnologías sanitarias
- Eje 4 Intersectorialidad e Intrasectorialidad
- Eje 5 Foro Nacional de Salud
- Eje 6 Instituto Nacional de Salud
- Eje 7 Información estratégica en salud
- Eje 8 Desarrollo de talento humano en salud
- Eje 9 Violencia y salud
- Eje 10 Salud Ambiental

# **OBSERVATORIO DE LA REFORMA DE SALUD.**

# **Mecanismos de monitoreo y evaluación de la implementación de la Política Nacional de la Salud y del proceso de Reforma de Salud.**

- **Estrategia 5**
- Observatorio de la Reforma de Salud
- El observatorio se constituye en la instancia oficial para dar seguimiento a los avances y retos del proceso de reforma del sector. Es una herramienta integrada de gestión para aportar información y conocimiento que apoye el trabajo de los responsables de políticas y los tomadores de decisiones.
- Tendrá como marco de referencia el proceso de reforma (10 ejes actualmente establecidos) y como marco teórico la APS-I, la determinación social de la salud y el modelo de atención en salud basado en el individuo, familia y comunidad.

# *Líneas de acción*

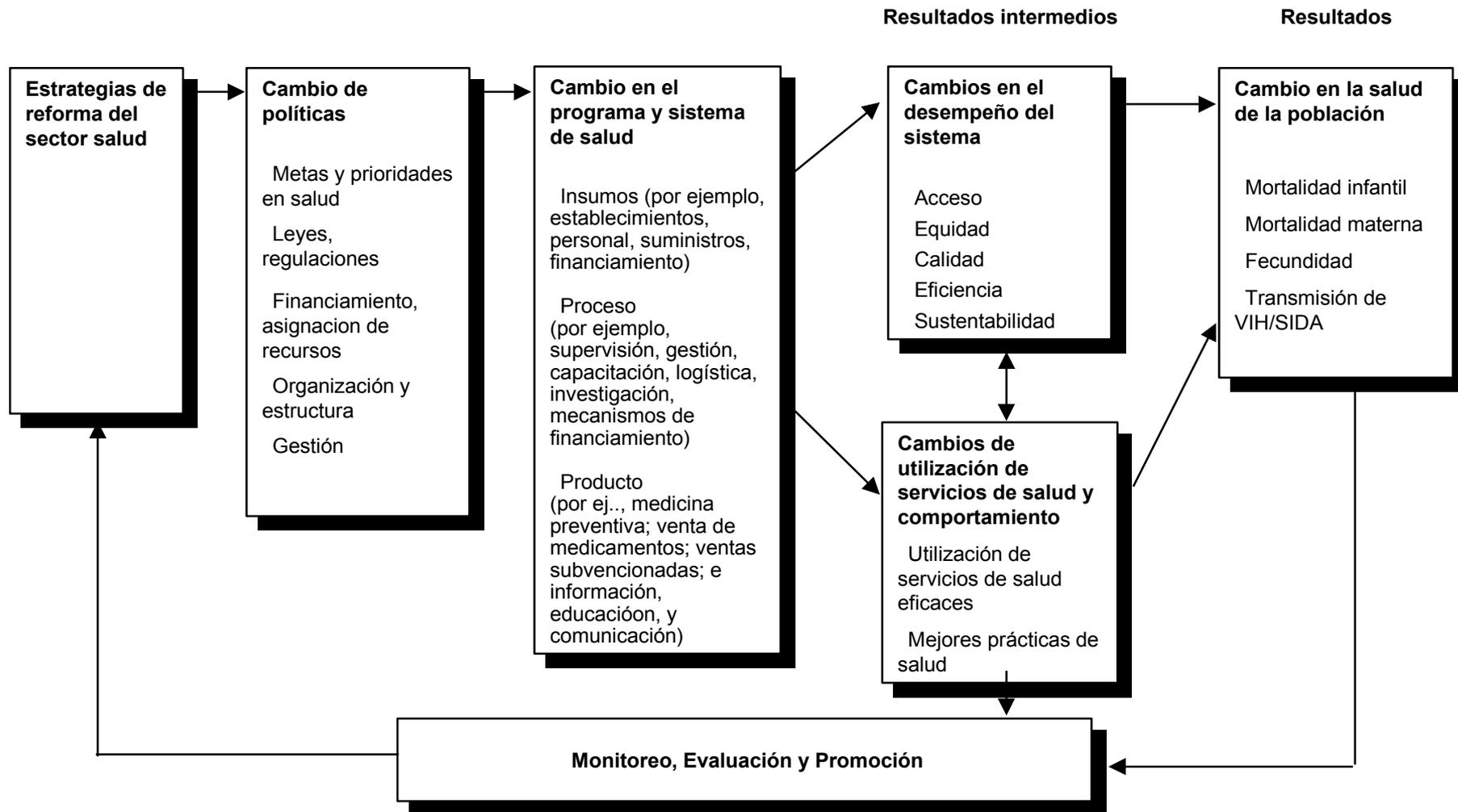
- 5.1 Actualizar periódica y participativamente la Política Nacional de Salud, así como la supervisión y el cumplimiento de su plan de implementación.
- 5.2 Elaborar indicadores sanitarios homogéneos y universales útiles para la toma de decisiones, que garanticen el monitoreo y control del cumplimiento de la política y Plan Nacional de Salud por los entes prestadores de servicios, sean públicos o privados.
- 5.3 Establecer un plan de monitoreo y evaluación de la Reforma, con indicadores y lineamientos claros, además se debe implementar el tablero de mando y sala situacional de la reforma de salud.

- 5.4 Conducir la vigilancia, investigación y análisis de situación de salud, a fin de generar la información necesaria para la toma de decisiones, la definición de prioridades y retos nacionales en salud que servirán de base para la elaboración de políticas, estrategias, planes y programas.
- 5.5 Incrementar los actuales niveles de eficacia y eficiencia diseñando los indicadores necesarios para monitorear el nuevo sistema.
- 5.6 Evaluación de la eficacia y del impacto en la salud de las políticas públicas.

**Cuadro 1. Ejemplos de reformas del sector salud: Objetivo, metas, estrategias**  
**Objetivo global de la reforma del sector salud: Mejorar la situación de salud**

<b>Estrategia (Técnica)</b>	<b>Meta(s) primaria(s) esperadas (s)</b>	<b>Meta(s) o impacto(s) secundario(s)</b>
<p><b>Cambio de leyes y reglamentos</b>            En función de mejorar el Acceso Universal a la salud y la Cobertura Universal de salud. Definir modelos de atención, provisión y gestión. Definir formas de financiamiento. Gestión de la calidad. Definir rectoría</p>	<p><b>Acceso y Cobertura</b></p>	<p><b>Sustentabilidad financiera</b> <b>Calidad</b></p>
<p><b>Recaudación de ingresos</b>            tarifas a los usuarios; planes de seguro y esquemas de prepago para mancomunar los riesgos y facilitar la movilización de recursos para la salud</p>	<p><b>Calidad</b> <b>Sustentabilidad financiera</b></p>	<p><b>Equidad</b> <b>Acceso</b> <b>Eficiencia</b></p>
<p><b>Reasignación de recursos</b>            aumentar la participación presupuestaria del Ministerio de Salud (MINSAL) en la atención de salud primaria y conjunto de prestaciones garantizadas y servicios eficientes en función de los costos; desplazar el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) de los hospitales</p>	<p><b>Eficiencia</b> <b>Costo-eficiencia</b></p>	<p><b>Equidad</b> <b>Calidad</b> <b>Sustentabilidad financiera</b></p>
<p><b>Desarrollo de una organización alternativa de recursos para la prestación de los servicios</b>            incorporar proveedores de salud basados en los empleadores; descentralizar las responsabilidades del MINSAL en los servicios de salud a nivel regional y de MUNICIPIO</p>	<p><b>Eficiencia</b> <b>Costo-eficiencia</b></p>	<p><b>Acceso</b> <b>Sustentabilidad financiera</b></p>

Figura 1. Marco para evaluar los resultados de la reforma del sector salud  
(Tomado de Knowles, James C.; Leigton, Charlotte; Stinson, Wayne.  
Indicadores de medición de desempeño del Sistema de Salud. LARCSS. 1997.)



## Razones para monitorear y evaluar: Diferentes necesidades para diferentes actores

Administradores y personal del programa	Agencias financieras y elaboradores de políticas	Comunidad
<b>Lo que mide el M y E</b>	<b>Lo que mide el M y E</b>	<b>Lo que mide el M y E</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Calidad de las actividades y o servicios.</li> <li>•Por qué algunos lugares son menos exitosos</li> <li>•Capacidad y técnicas de M y E</li> <li>•Cobertura del programa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia del logro de los objetivos</li> <li>•Resultados del impacto del programa</li> <li>•Costo eficiencia del programa</li> <li>•Datos sobre salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Comportamientos</li> <li>•Necesidades</li> <li>•Como se gastan los fondos del programa</li> <li>•El proceso e impacto de la participación de la comunidad.</li> </ul>
<b>Lo que identifican resultados del M y E</b>	<b>Lo que identifican resultados del M y E</b>	<b>Lo que identifican resultados del M y E</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Prioridades para la Planificación estratégica</li> <li>•Necesidades de capacitación y supervisión</li> <li>•Como mejorar los informes a las agencias financieras.</li> <li>•Retroalimentación de los usuarios</li> <li>•Porqué el programa no está logrando lo que se planeó.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Prioridades par el financiamiento estratégico</li> <li>•Qué aspectos califican para el financiamiento</li> <li>•Qué mejorar prácticas deberían requerir los donantes</li> <li>•Los impactos de la asistencia de donantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Los beneficios reales y potenciales</li> <li>•La necesidad de nuevos y mejores servicios</li> <li>•Recursos de la comunidad que se pueden usar para apoyar los programas.</li> <li>•La necesidad de apoyo local para las actividades.</li> </ul>
<b>Qué decisiones guían los resultados:</b>	<b>Qué decisiones guían los resultados:</b>	<b>Qué decisiones guían los resultados:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Distribución de recursos</li> <li>•Reproducción y aumento de las intervenciones</li> <li>•Recaudación de fondos</li> <li>•Motivar al personal</li> <li>•Abogacía de políticas</li> <li>•Movilización de la comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuanto financiamiento se debería asignar</li> <li>•Tipos de programa a ser financiados</li> <li>•Qué enfoques de programas deberían ser presentados como modelos</li> <li>•Nuevos objetivos estratégicos, actividades o paquetes de resultados</li> <li>•Reproducción y aumento de los programas exitosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•En qué grado deberían participar los miembros de la comunidad</li> <li>•Cómo coordinar de mejor forma las acciones de la comunidad</li> <li>•Cuanto y qué tipos de recursos locales deberían de ser asignados al programa</li> </ul>

¿ADONDE TENEMOS  
QUE VER?



OBSERVATORIO DE  
LA REFORMA DE  
SALUD

José eliseo orellana

# Profundización de la reforma

- **IMPLICACIONES DURANTE EL PERÍODO:**
  - 1. Ampliación del acceso y la cobertura: Ruta hacia el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud.**
  - 2. INTEGRACIÓN DEL SNS**
  - 3. Énfasis en enfermedades crónicas.**
    - 1. Promoción de la salud**
    - 2. Línea de cuidados (prevención)**
    - 3. Gobernanza de la clínica (gestión clínica) (continuidad de la atención)**
    - 4. Dispensarización**
    - 5. Recurso Nemotécnico (5C: Cáncer, Cardiovasculares, Carreteras (accidentes de Tr); Comida (Nutrición); Contaminación).**
  - 4. Integración de dos ejes más (Actual 10 ejes) (Énfasis)**
  - 5. Modelo de Salud Urbana.**

# DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y DETERMINANTES DE LA SALUD

# RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

PRUFUNDIZACIÓN DE LA REFORMA

1. RIISS

2. MED Y VAC

3. SEM

4. FNS

5. CISALUD

6. SUIS

7. TALENTO HUMANO

8. INS

9. VIOLENCIA

10. AMBIENTE Y SALUD

SALUD URBANA

ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD y COBERTURA UNIVERSAL A LA SALUD

PLANIFICACIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN

SOSTENIBILIDAD (POLÍTICA, LEGAL Y FF)

**FILOSOFÍA**



Lo que NO es

**OBSERVATORIO**

¿Para qué?

¿Cuál es la utilidad práctica?



Más preguntas que respuestas

Lo que es



**ENFOQUES:**  
DERECHOS  
(Derecho a la salud)  
JUSTICIA  
(Inequidades)  
DETERMINACIÓN  
SOCIAL DE LA SALUD

**HECHOS**  
2009 - 2015

**CAMBIOS**  
Ejes: Énfasis  
8 - 10

**DESAFÍOS Y RETOS**

¿Cuál es la diferencia?  
¿Qué tenemos que superar?

**CAMBIOS EN LA CULTURA INSTITUCIONAL**  
**INTELIGENCIA INSTITUCIONAL**

En este curso

## PRINCIPIOS, HERRAMIENTAS PARA...

**DESARROLLAR CAPACIDADES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS PARA EL ABORDAJE DE *PROBLEMAS DE SALUD*, DE LAS *INEQUIDADES*, DE SUS *DETERMINANTES* Y LA NECESIDAD DE ENFRENTARLAS (*RESPONDER*)... CON EL FORTALECIMIENTO DE LOS *LIDERAZGOS LOCALES***

# CAMBIOS EN LA CULTURA LOCAL

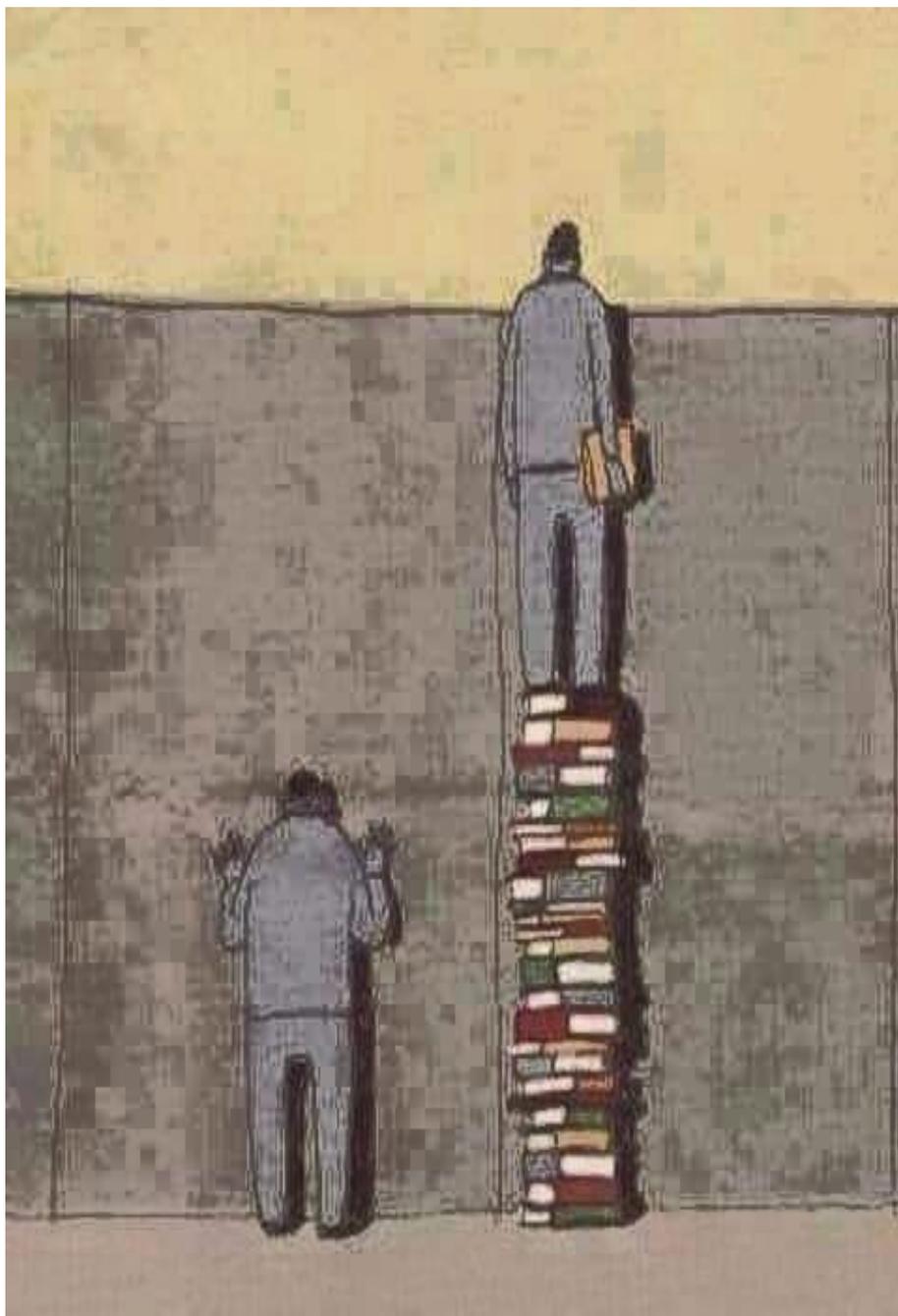
**PALABRA CLAVE: EMPODERAMIENTO**

**¿DE DONDE LLEGA?**

**¿QUIÉNES SON LAS LIDEREZAS Y LOS  
LÍDERES DEL CAMBIO?**

***IMPLICACIONES:* TRABAJO DE BASE, PROMOCIÓN DE LA  
SALUD, INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA.**

**UNA NUEVA FORMA DE VER Y VIVIR LA SALUD POR  
PARTE DE LA POBLACIÓN**



## ¿observatorio para qué?

1. Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de la política de Reforma (¿?)
2. Realimentación del proceso.
3. Comunicar/compartir/motivar.  
AVANCES/BENEFICIOS/ENFOQUES

**Hay información rutinaria... Y otra que trasciende**

¿para qué servirá?

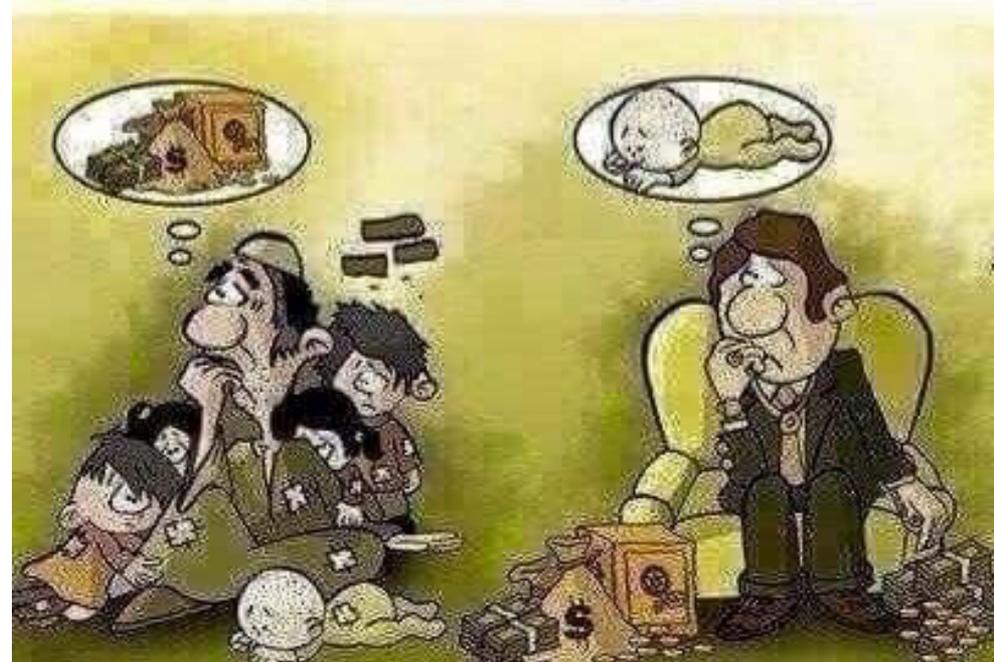
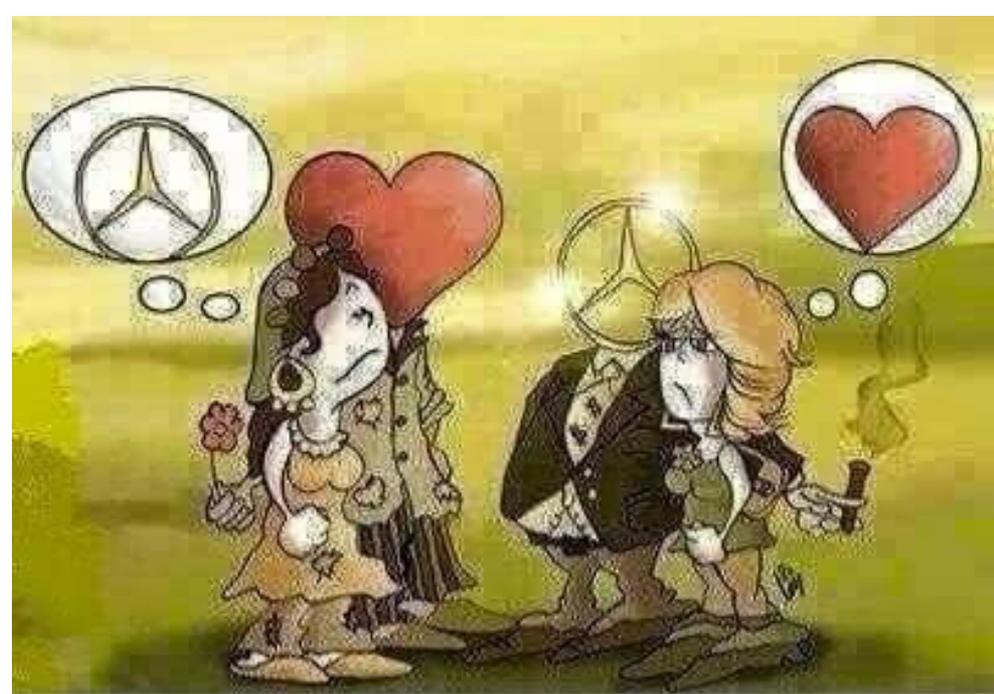
¿para qué ha servido ya?

**¿Estamos produciendo los datos y la información?**

# OBSERVATORIO de la Reforma de Salud.

## UNA PROPUESTA:

1. Antecedentes
2. Proceso de su desarrollo.
3. Utilidad inmediata.
4. Situación actual.

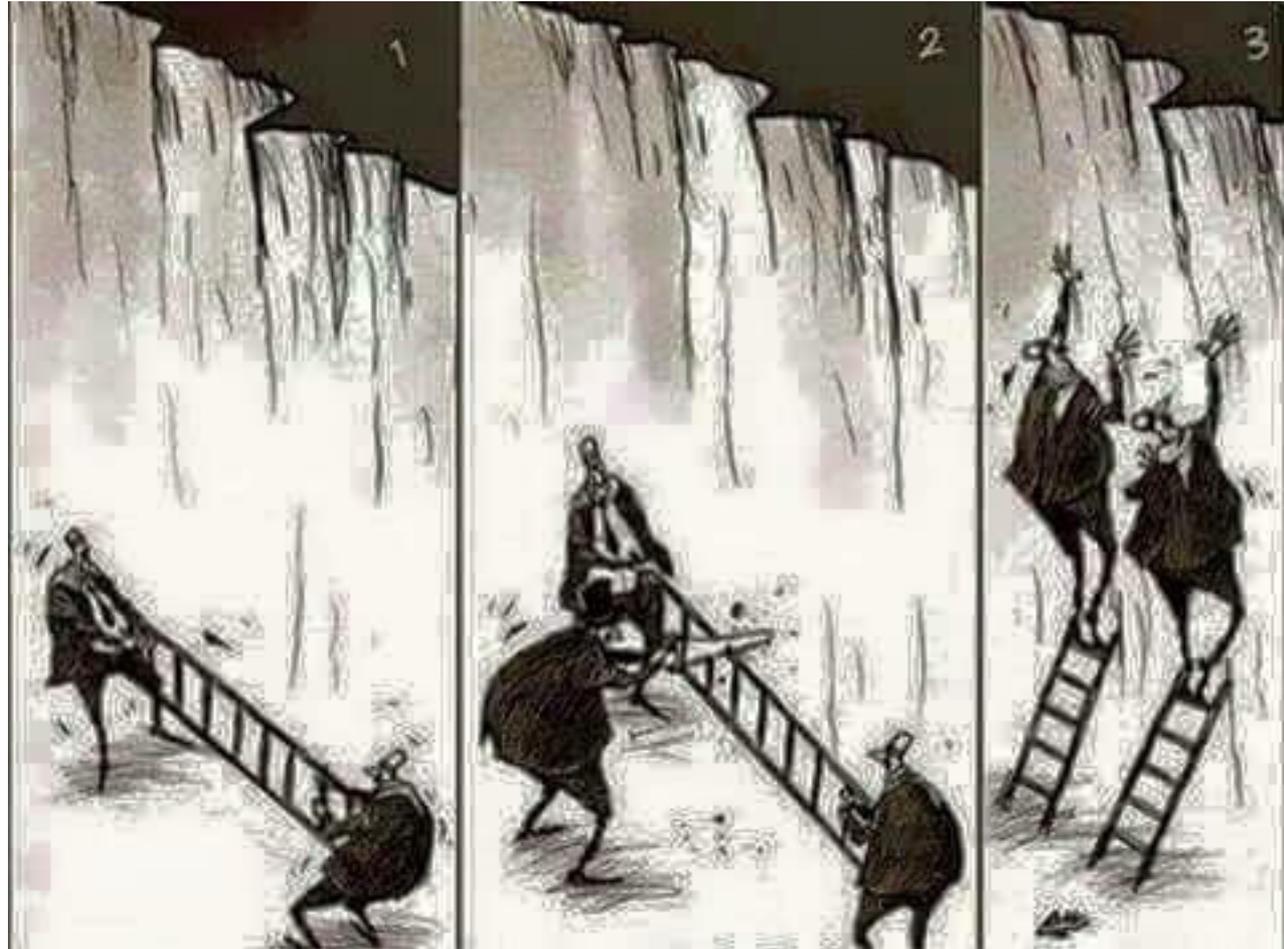


# QUE CONTRIBUYA A TOMAR MEJORES DECISIONES

¿Qué hemos visto?

¿Qué no se hace?

¿Qué buscamos?



**ARMONIZACIÓN COHERENCIA**

# OBSERVATORIO de la Reforma de Salud. UNA PROPUESTA

**UTILIDAD INMEDIATA**

**ANÁLISIS DE  
LA SITUACIÓN**



**ARMONIZACIÓN,  
COHERENCIA**

**◆ PQD**  
**◆ PEI**  
**◆ POA**



# ARMONIZACIÓN, COHERENCIA CON EL PQD

**4. ASEGURAR GRADUALMENTE A LA POBLACIÓN SALVADOREÑA EL ACCESO (UNIVERSAL A LA SALUD) Y COBERTURA UNIVERSAL (DE SALUD) SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD**

**Responsabilidad  
del estado**

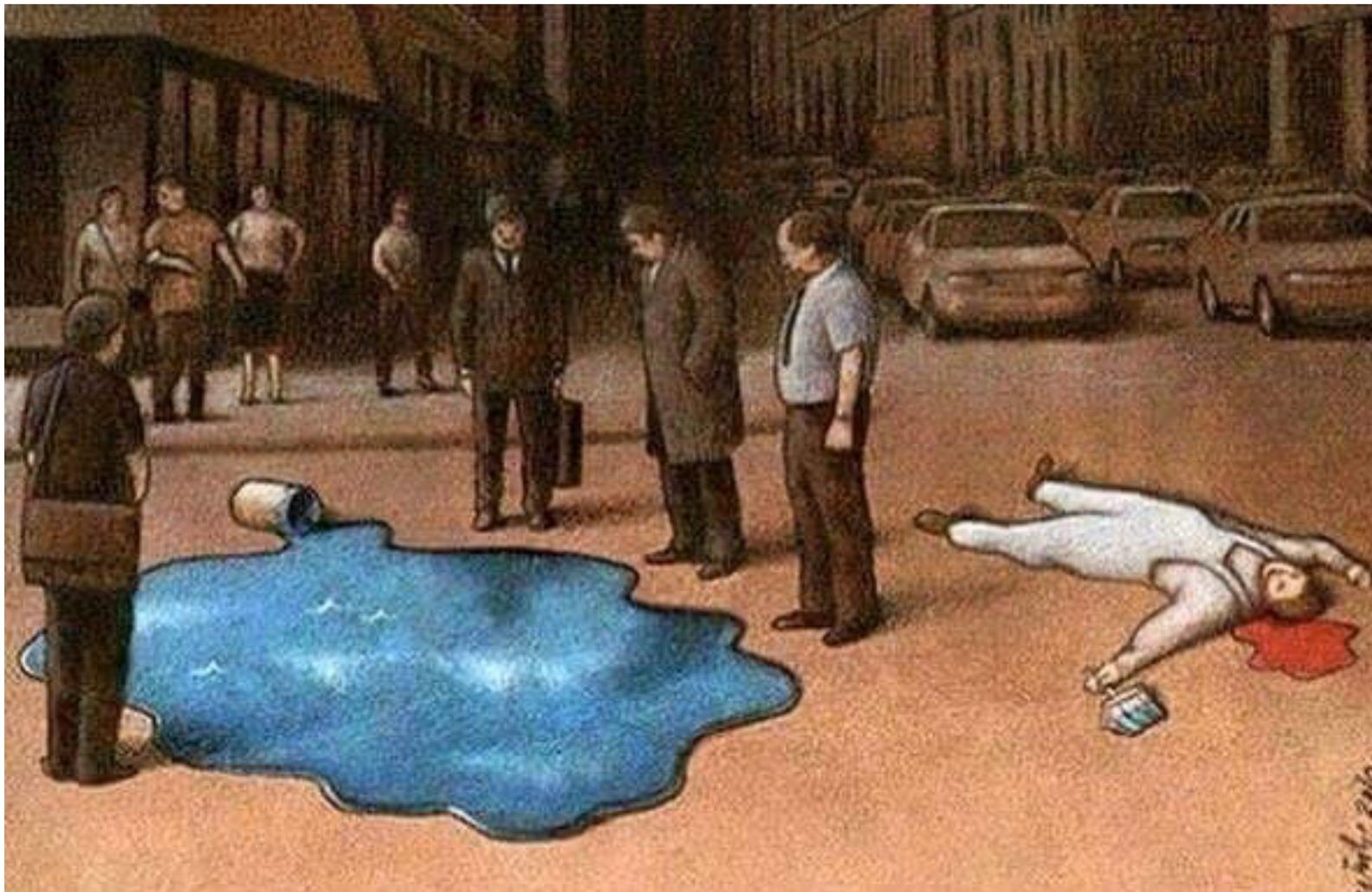
**1. ENFOQUE DE  
DERECHOS:  
DERECHO A LA  
SALUD.**

**Responsabilidad  
CIUDADANA**  
-Personal  
-Colectiva

**2. ARTICULACIÓN DE LA  
PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA  
INTERSECTORIALIDAD EN LA  
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**3. "TERRITORIALIZACIÓN DE  
LA POLÍTICA"**

**A VECES VEMOS SÓLO LO QUE QUEREMOS VER**



# ¿CÓMO SABEMOS A QUÉ PRESTAR ATENCIÓN?

MUCHO DE HABLA DE RESULTADOS

“Planificar por resultados”

En monitoreo y evaluación sabemos:

En monitoreo y evaluación sabemos:

INSUMOS  
DATOS (¿?)  
INFORMACIÓN

PROCESO:

DECISIONES:



INSUMOS

ACTIVIDADES

PRODUCTOS

RESULTADOS

IMPACTO

EVALUACIÓN:

METAS

LOGROS

CAMBIOS POB

# Plan como instrumento de :

- Alineamiento y transformación institucional
- Transformación de perfil productivo:  
INTERVENCION SOBRE DETERMINANTES Y  
FACTORES DE RIESGO
- Avance en los objetivos sanitarios:
- Posicionamiento y desarrollo de Salud pública al interior del sector y en la intersectorialidad  
PROCESO EN DESARROLLO

# EL PROCESO HA BRINDADO INSUMOS PARA:

DE LA IDEA  
"La intención"

CONCRECIÓN

# SNS

UNA SERIE DE REUNIONES  
PARA CONCRETAR IDEA Y  
FUNCIONAMIENTO

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA  
Una necesidad de la RS  
1. LEY DEL SIS

## PQD

## PEI

PEI por C/  
unidad de  
conducción

Reuniones de  
ordenamiento y  
análisis de la  
información de  
cada EJE (10)  
INFORMACIÓN  
PARA EL SEGTO

2. HOJA DE RUTA HACIA  
LA AUS Y LA CUS.

EJECUCIÓN DE LA  
POLÍTICA DE SALUD

## POA

RESULTADOS EN EL PROCESO

# EL OBSERVATORIO ES ALGO MÁS

- En el proceso hay necesidad de evidenciar sucesos que no tienen fuente de información (programada)
- Existe información sobre producción de los servicios, no de la continuidad de la atención de las personas.
- Por otro lado, por ejemplo, hay cosas en las que superamos el marco legal y otras que no las estamos haciendo.



# SITUACIÓN ACTUAL

- En términos de planteamiento, se cuenta con un **documento del Observatorio que incluye:**
  - metodología y funcionamiento
  - Definición de indicadores



# SITUACIÓN ACTUAL

- Se ha realizado una prueba piloto para funcionamiento con datos reales:
  - Hay información que está programada en el sistema que no se recopila
  - Hay correlaciones y/o campos que hay que crear.



# PROYECCIONES

- Reuniones de difusión y funcionamiento en 2016.
- Acceso virtual para que sea de utilidad a usuarios de la información y tomadores de decisiones.
- Coordinación con DTIC



LA SALUD SE PIERDE CUANDO SE  
PIERDE EL SENTIDO DE LA JUSTICIA

**GRACIAS**