

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

**“POLÍTICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN
CON LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA”**

**Estudio de las Políticas del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- y su relación con el Desarrollo
de Políticas y Promoción del Acceso Equitativo
a los Servicios de Salud Necesarios y la Garantía y Mejoramiento
de la Calidad de los Servicios de Salud**

junio – julio 2012

**Angela Marleny López Sánchez
Manuel Armando Valdés Paniagua
Jorge Humberto Polanco González**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto 2012



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Angela Marleny López Sánchez	200110108
Manuel Armando Valdés Paniagua	200410189
Jorge Humberto Polanco González	200410191

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“POLÍTICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN
CON LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA”**

**Estudio de las Políticas del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- y su relación con el Desarrollo
de Políticas, Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo
a los Servicios de Salud Necesarios y la Garantía y Mejoramiento
de la Calidad de los Servicios de Salud**

junio-julio 2012

Trabajo asesorado por el Dr. José Lisandro Morán Santizo y revisado por el Dr. Julio César Valdés Díaz, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, veinticuatro de agosto del dos mil doce


**DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO**





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Angela Marleny López Sánchez	200110108/
Manuel Armando Valdés Paniagua	200410189/
Jorge Humberto Polanco González	200410191/

han presentado el trabajo de graduación titulado:

**“POLÍTICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN
CON LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA”**

**Estudio de las Políticas del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- y su relación con el Desarrollo
de Políticas, Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo
a los Servicios de Salud Necesarios y la Garantía y Mejoramiento
de la Calidad de los Servicios de Salud**

junio-julio 2012

El cual ha sido revisado y corregido y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, veinticuatro de agosto del dos mil doce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar de León Barillas
Coordinador





Guatemala, 24 de agosto del 2012

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Angela Marleny López Sánchez

Manuel Armando Valdés Paniagua

Jorge Humberto Polanco González

Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

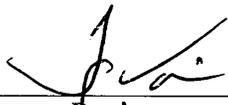
“POLÍTICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN
CON LAS FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA”

Estudio de las Políticas del Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social -MSPAS- y su relación con el Desarrollo
de Políticas, Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo
a los Servicios de Salud Necesarios y la Garantía y Mejoramiento
de la Calidad de los Servicios de Salud

junio-julio 2012

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la
pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


J. LISANDRO MORÁN
Médico y Cirujano Asesor
Colegiado No. 11637
Firma y sello


Revisor
Firma y sello
Reg. de personal -----

Dr. Julio César Valdés
MÉDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6845

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Describir las acciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para lograr el Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y que contribuyan a la rectoría nacional, Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Identificar los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento de la salud pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Identificar los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Identificar los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la seguridad de la calidad en los servicios de salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **METODOLOGÍA:** Tipo descriptivo
Unidad de análisis: Documentos de acceso público y ministerial de las políticas de Salud Pública y Asistencia Social, y entrevistas con funcionarios claves en el tema. **RESULTADOS:** El funcionamiento de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en Guatemala obtuvo el siguiente resultado: FESP 7: Excelente, 0.81 sobre 1 punto obtenido a partir del promedio de: Indicador 1: 0.68/1 Indicador 2: 0.70/1 Indicador 3: 0.86/1 e Indicador 4: 1/1; FESP 5: Regular, 0.38 sobre 1 punto obtenido a partir del promedio de Indicador 1: 0.36/1, Indicador 2: 0.31/1, Indicador 3: 0.38/1 e Indicador 4: 0.56/1, Indicador 5: 0.34/1; y por último FESP 9: Regular 0.33 sobre 1 punto obtenido a partir del promedio de: Indicador 1: 0.59/1, Indicador 2: 0.35/1, Indicador 3: 0.0/1, Indicador 4: 0.26/1. **CONCLUSIONES:** Las políticas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para mejorar la salud de la población y su relación con las Funciones Esenciales de la Salud Pública se basan en la Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud. El desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la Salud Pública se realiza por medio de gestión de la cooperación internacional de la Salud Pública, desarrollo de conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población e integrar un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en Salud Pública. **PALABRAS CLAVE:** Políticas, Función, Ministerio, Salud Pública, Programas, Servicios, Planificación, Rectoría, Indicadores, Promoción, Gestión.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos	5
3. Marco Teórico	
3.1. Antecedentes históricos	7
3.2. Organización, cobertura y desempeño de los sistemas de salud	9
3.3. Exclusión social y barreras de acceso al sistema de salud	10
3.4. Evolución de la agenda de protección social y de fortalecimiento de los sistemas de salud 2001-2005	11
3.5. Legislación en salud	14
3.6. Marco jurídico para el ejercicio de las funciones de rectoría y regulación en salud	14
3.7. Funciones esenciales de la salud pública	17
3.8. Concepto de FESP y su relación con el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias	18
3.8.1. Definición	19
3.8.2. Antecedentes	20
3.8.3. El programa nacional de desempeño y estándares de la salud pública de los Estados Unidos	22
3.9. Avances en la definición de las FESP para la región de las Américas	24
3.10. FESP identificadas a fin de mejorar el desempeño en los países de las Américas. (Guatemala)	25
3.10.1 Fesp No 5	25
3.10.2 Fesp No 7	26
3.10.3 Fesp No 9	26
3.11. Medición del desempeño de las FESP	27
3.11.1. Desarrollo inicial de instrumentos de medición	27
3.12. Políticas Nacionales de Salud	
3.12.1. Marco Jurídico y Político	28
3.12.1.1. Constitución Política de la República	28
3.12.1.2. Ley de Organismo Ejecutivo	29
3.12.1.3. Código de salud	30
3.12.2. Lineamientos estratégicos para la salud 2008-2012	31

3.13. Ley de desarrollo social	
3.13.1. Política de desarrollo social y población en materia de salud	34
3.14. Acuerdos de paz	
3.14.1. Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria	37
4. Hipótesis	
4.1. Hipótesis de investigación	41
4.2. Hipótesis nula	41
4.3. Hipótesis alternativa	41
5. Metodología	
5.1. Tipo y diseño de la investigación	43
5.2. Unidad de análisis	43
5.3. Población y muestra	43
5.4. Definición y operacionalización de variables	43
5.5. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	
5.5.1. Técnica	45
5.5.2. Procedimientos	45
5.5.3. Instrumentos	46
5.6. Procesamiento y análisis de datos	
5.6.1. Procesamiento de datos	46
5.6.2. Plan de Análisis	47
5.7. Alcances y límites de la investigación	
5.7.1. Alcances	48
5.7.2. Límites	48
5.8. Aspectos éticos de la investigación	49
6. Resultados	51
6.1 Promedio de los resultados de los indicadores generales de las funciones en estudio	51
6.2 Cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública en Guatemala	53
6.3 Cumplimiento de los resultados y procesos claves	53
6.4 Desarrollo de capacidades e infraestructura	54
6.5 Desarrollo de las competencias descentralizadas	54

7. Discusión	55
7.1 Comparación y promedio de mediciones de indicadores generales de las funciones en estudio	55
7.2 Cumplimiento de las Funciones Esenciales en Guatemala	56
7.3 Cumplimiento de Los Resultados y Procesos Claves	57
7.4 Desarrollo de Capacidades e Infraestructura	58
7.5 Desarrollo de las Competencias Descentralizadas	59
8. Conclusiones	61
9. Recomendaciones	63
10. Aportes	65
11. Referencias bibliográficas	67
12. Anexos	73
12.1. Instrumento de Recolección de datos	
- Función esencial 5	73
- Función esencial 7	91
- Función esencial 9	101
12.2. Glosario	111
12.3 Cuadros correspondientes a las graficas presentadas	113
12.3.1 Comparaciones de Sub-Mediciones de las Funciones en estudio	113
12.3.2 Promedio del resultado de las Sub-Mediciones de las Funciones en estudio	114
12.3.3 Comparación de mediciones de indicadores generales de las Funciones en estudio	116
12.3.4 Promedio de mediciones de indicadores generales de las Funciones en estudio	117
12.3.5 Cumplimiento de las Funciones Esenciales en Guatemala	118
12.3.6 Cumplimiento de los resultados y procesos claves	119
12.3.7 Desarrollo de capacidades e infraestructura	119
12.3.8 Desarrollo de las competencias descentralizadas	119

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los conceptos básicos en el tema salud se considera a las políticas de salud como la búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas y compromisos multisectoriales que incluyen áreas aparentemente diferentes a la salud.(1)

El establecimiento de una política sanitaria nacional integral y coherente es crucial para orientar a los países a través del proceso de reforma del sector salud, dichas políticas oficiales son definidas por las autoridades sanitarias nacionales (2), en el caso de Guatemala, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en base al gobierno en curso. (3)

En los últimos 25 años, las iniciativas impulsadas en el ámbito de salud han sido diversas, pero destaca principalmente el proceso de reforma sectorial en la década de los años 90 que se desarrolló principalmente sobre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y que actualmente sigue teniendo mucha importancia al momento de definir políticas de salud. A lo largo del período estudiado se observan entonces modificaciones en el marco legal, su estructura y funcionamiento de la institución, así como énfasis puntuales o continuos.(4)

Por otro lado debe conocerse el concepto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) las cuales describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones, para ello La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once funciones esenciales y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. (5)

Los Ministerios o Secretarías de Salud pueden a través de este instrumento identificar, no solo los factores que deben tenerse en cuenta para desarrollar planes o estrategias de fortalecimiento de la salud pública, sino también de mecanismos de gestión y varios recursos materiales para que puedan ejercer de manera óptima las funciones que le competen.(6)

Es necesario entonces investigar sobre las tendencias y resultados de las políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como institución sobre los servicios sanitarios, su cobertura y los recursos humanos del sector; y revisar el cumplimiento de las políticas sectoriales con respecto al derecho de la salud y así contribuir a la mejoría de las condiciones de salud de la población a través de la evaluación de las funciones esenciales de la salud pública, tomando únicamente 3 de ellas, por la trascendencia de las mismas y el acceso a la información, siendo estas 1) Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y que contribuyan a la rectoría nacional, 2) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios y 3) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud durante el último período de gobierno, las cuáles fueron escogidas por el acceso a información sobre cada una de ellas, la utilidad e importancia de las mismas y los resultados obtenidos ante la población en comparación a las restantes.

Durante la realización del trabajo se formularon las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las principales políticas de Salud del Ministerio? ¿Cómo dirigen las funciones esenciales de la Salud Pública las Políticas de Salud en Guatemala? ¿Realiza el Ministerio de Salud Pública sus acciones tomando como base las funciones esenciales de la Salud Pública propuestas por la Organización Panamericana de la Salud? Además se investigaron las siguientes hipótesis: Las políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social son cumplidas en base a las funciones esenciales de la salud pública. Como hipótesis nula se formulo: Las funciones esenciales de la salud pública **NO** rigen las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e hipótesis alternativa: Los servicios de salud dirigen las políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

Obteniendo como resultado el funcionamiento de las FESP en Guatemala de la siguiente manera: FESP 7: Excelente, 0.81 sobre 1 punto obtenido a partir del promedio de: Indicador 1: 0.68/1 Indicador 2: 0.70/1 Indicador 3: 0.86/1 e Indicador 4: 1/1; FESP 5: Regular, 0.38 sobre 1 punto obtenido a partir del promedio de Indicador 1: 0.36/1, Indicador 2: 0.31/1, Indicador 3: 0.38/1 e Indicador 4: 0.56/1, Indicador 5: 0.34/1; y por último FESP 9: Regular 0.33 sobre 1 punto obtenido a partir del promedio de: Indicador 1: 0.59/1, Indicador 2: 0.35/1, Indicador 3: 0.0/1, Indicador 4: 0.26/1.

Se encontró que las políticas de salud que emite el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como rector de la salud en Guatemala durante cada período de gobierno, no garantizan los servicios de salud de forma universal y con estándares de calidad, viéndose reflejados en la poca cobertura obtenida y los servicios deficientes brindados a cada población, siendo muchas veces afectados por los presupuestos otorgados a la institución, insumos de baja calidad, acciones en salud deficientes y acceso desigual a los servicios de salud, entre otros.

Por lo que concluimos que las políticas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para mejorar la salud de la población y su relación con las Funciones Esenciales de la Salud Pública son en base a la Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud necesarios. El desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la Salud Pública se realiza por medio de gestión de la cooperación internación de la Salud Pública, desarrollo de conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población e integrar un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en Salud Pública son los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento de la salud pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

2.1 Describir las políticas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para mejorar la salud de la población y su relación con las Funciones Esenciales de la Salud Pública, las cuales permiten identificar los factores críticos que deben tenerse en cuenta para ejercer de manera óptima las funciones que le competen.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2 Identificar los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento de la salud pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2.3 Identificar los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2.4 Identificar los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la seguridad de la calidad en los servicios de salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala es el encargado de atender los asuntos concernientes al tema de salud y asistencia social en el territorio nacional. Fundado en 1944 bajo jurisdicción Nacional perteneciendo a los Ministerios de Estado y regido a través de consejos de ministros. (3)

Las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, están establecidas en el Art. 39 de la Ley del Organismo Ejecutivo, las cuales son: a) Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y, administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados. b) Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector. c) Proponer la normativa de saneamiento ambiental y vigilar su aplicación. d) Realizar estudios y proponer las directrices para la ejecución de programas de vigilancia y control epidemiológico, e) Administrar en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud, f) Velar por el cumplimiento de tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales. (3)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala se organiza así:

Despacho Ministerial (3)

- Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
- Viceministro Administrativo
- Viceministro Técnico
- Viceministro Hospitalario

Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la Región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en

el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. La institucionalidad y la estructura de los sistemas de protección social varían en forma significativa en cuanto a las relaciones entre el Estado, el mercado, la sociedad y la familia (7).

Las modalidades operativas del Estado benefactor ejercieron gran influencia en el desarrollo de los sistemas de salud; sin embargo, los modelos organizativos corresponden a tipos ideales y no se presentan en estado puro en la realidad, de modo que ninguno de ellos fue aplicado en forma cabal por los países. Por el contrario, la incorporación de versiones parciales dio lugar a universos institucionales distintos, con arreglos organizativos separados de la conducción/regulación, el financiamiento/aseguramiento y la provisión de servicios.

En síntesis, los sistemas de salud de la Región se basaron en los modelos occidentales de protección social, pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud. (8)

Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño.(8). En la Región, la provisión de servicios de salud se ha caracterizado por la superposición y duplicación de las redes asistenciales, así como por la falta de complementariedad de los servicios y de continuidad de los cuidados; todo ello impide que las personas reciban una atención integral, obstaculiza el establecimiento de estándares adecuados de calidad y no asegura un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud.

Esa fragmentación operativa es el resultado de varios factores, entre ellos la segmentación estructural, las dificultades de gobernabilidad, la falta de planificación integrada, las interacciones a menudo inadecuadas entre el sector estatal y no estatal, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contra referencia (8,9).

3.2. ORGANIZACIÓN, COBERTURA Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes en un sistema de salud constituyen factores críticos para determinar su capacidad de respuesta a las demandas de sus beneficiarios. Otros elementos cruciales que también van a determinar limitaciones en el desempeño adecuado de los sistemas son: la ausencia o insuficiencia de esquemas de prepago y sistemas de mancomunidad de riesgos y el predominio del pago directo o de bolsillo, y los mecanismos débiles o poco desarrollados de rectoría/regulación, que dificultan tanto la definición de las reglas del juego entre los agentes (usuario-prestador de servicios-asegurador/financiador) del sistema como la adecuada fiscalización por el Estado del cumplimiento de esas reglas. En general, se puede observar que a mayor grado de integración en un sistema único o entre los distintos subsistemas en un sistema mixto, mayor capacidad de respuesta del sistema en su conjunto con menor costo de operación (10).

Los sistemas únicos están, por definición, integrados verticalmente (una sola entidad ejecuta todas las funciones) y horizontalmente (una sola entidad cubre a toda la población), mientras que los sistemas mixtos pueden tener diversos grados de integración o segmentación/fragmentación, ya sea de las funciones del sistema o de segregación de los distintos grupos de población cubiertos, y cada subsector mantiene su propio sistema de financiamiento. Desde el punto de vista de los usuarios, la demanda de bienes y servicios de salud se orienta según las características organizativas y la estructura de los sistemas de salud. La segmentación del financiamiento y el aseguramiento, la segregación poblacional y la fragmentación de las redes de provisión determinan que los afiliados a distintos planes, ya sea privados o de la seguridad social, o las personas que teniendo capacidad de pago no están afiliados a ningún seguro, como muchos trabajadores por cuenta propia, pequeños empresarios, comerciantes, etc., recurran a los establecimientos públicos cuando estos ofrecen servicios de buena calidad, alta complejidad o son los únicos prestadores del servicio en una zona geográfica determinada.

Una proporción importante de la población de bajos recursos también utiliza servicios de salud privados —especialmente servicios farmacéuticos, de medicina tradicional o atención médica de baja complejidad— como alternativa frente a las barreras al acceso a la atención, la reducida oferta e integralidad de los servicios públicos y las exclusiones de los planes de seguro de salud, y se ve obligada a efectuar desembolsos directos.

Por su parte, debido a las limitaciones de los planes de beneficios o a las barreras administrativas al uso de servicios, los estratos de población medios y altos que cotizan a la seguridad social también utilizan modalidades paralelas de financiamiento mediante la compra de seguros privados de salud individuales o colectivos —el fenómeno de doble cobertura—, o mediante pago directo, lo que crea distorsiones en el financiamiento y la demanda de la seguridad social. En este contexto, el desempeño de los sistemas de salud se puede analizar por medio de la estructura organizativa y la cobertura alcanzada por los diversos subcomponentes del sistema.

3.3. EXCLUSIÓN SOCIAL Y BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

La fragmentación operativa observada al nivel de la provisión de servicios, sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud y a la segregación poblacional, constituye una causa importante de exclusión de grupos poblacionales y de inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras institucionales/legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud (11). Cifras conservadoras indican que en los Estados Unidos, más de 46 millones de habitantes carecen de cobertura adecuada de salud. El reconocimiento de la exclusión social en salud, definida como “la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan” (8), además de ser susceptible de caracterización, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan al acceso a la salud.

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países, pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de

Servicios de Salud a poblaciones rurales en Guatemala, El Salvador y Honduras, y la política de protección a la familia de Nicaragua. La aparición de estas nuevas figuras institucionales o planes de extensión de la protección social en salud es una manifestación del reconocimiento de la importancia de este tema y de la búsqueda de un nuevo enfoque para orientar los cambios en los sistemas de salud.

El lugar central que ocupa la lucha contra la pobreza, la exclusión social y la inequidad en la agenda política de los países y de los organismos internacionales, en el marco del cumplimiento de los ODM, ha permitido avanzar en el primer quinquenio del siglo XXI hacia crecientes grados de acuerdo en torno a una nueva perspectiva de cambios en los sistemas de salud, centrada en el concepto de protección social de la salud como derecho ciudadano universal, ya no dependiente del empleo u otras características individuales o grupales, y orientada por una estrategia renovada de la atención primaria de salud.

En 2002 los países de las Américas, reunidos en la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobaron la Resolución CSP 26.R19, que expresa el compromiso de asegurar a todos sus ciudadanos el acceso a bienes y servicios de salud en iguales condiciones de oportunidad, calidad y dignidad, combatiendo las inequidades en la utilización de dichos bienes y servicios y en los resultados de salud mediante la extensión de la protección social en salud, entendida como “la garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.

En la Cumbre Especial de las Américas de 2003, los gobiernos de la Región aprobaron la Declaración de Nuevo León, que esboza tres objetivos: crecimiento económico con equidad para reducir la pobreza, desarrollo social y gobernabilidad democrática. (13). La protección social en materia de salud se consideró esencial para el progreso nacional, y los países se comprometieron a adoptar estrategias más amplias de prevención, atención y promoción, haciendo particular hincapié en los sectores más vulnerables de la sociedad. Por su parte, en 2005 la 58ª. Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA58.33 (12), que insta a los estados miembros a fortalecer sus sistemas de salud y a orientar sus políticas hacia la cobertura universal y el financiamiento sostenible.

los sistemas de salud. La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud de aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad.

3.4. EVOLUCIÓN DE LA AGENDA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL PERÍODO 2001–2005

La discusión en torno a qué se debe entender por protección social y cuál es el espacio institucional en el que debe tener lugar la formulación e implementación de las políticas de salud ha adquirido importancia creciente en los últimos años en América Latina y el Caribe, en un escenario regional dominado por cuatro elementos: (a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales realizadas entre los años ochenta y noventa; (b) la inexistencia de una red de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto y reemplazar a la que anteriormente proveían el Estado, la seguridad social o ambos; (c) el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015; y (d) la creciente preocupación en torno a los problemas de inequidad, exclusión y pobreza predominantes en los países de la Región.

En este contexto, aparecen nuevas figuras institucionales que intentan reemplazar o complementar los modelos anteriores; algunas de ellas representan profundos cambios en la forma en que el Estado se organiza para formular e implementar las políticas sociales, y dentro de este proyecto global incorporan a instituciones y acciones de salud tales como el Sistema Único de Salud en el Brasil, el Ministerio de la Protección Social en Colombia, el Sistema de Seguridad Social en Salud en la República Dominicana, los seguros nacionales de salud en Aruba, Bahamas y Trinidad y Tobago, y las Garantías Explícitas en Salud en Chile. Otros países optaron por la creación de planes acotados de financiamiento y provisión de bienes y servicios de salud que procuran eliminar las barreras de acceso y mejorar los resultados de salud en grupos específicos de población. Así, se crearon el Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) en Bolivia, el Seguro Integral de Salud (SIS) en el Perú, el Seguro Popular de Salud en México y los Seguros Provinciales de Salud Materno-Infantil en la Argentina; se sancionó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia en el Ecuador, y se pusieron en marcha la iniciativa denominada Misión Barrio Adentro en Venezuela, la Extensión de Cobertura de

Sobre esta base, se puede considerar que el desafío principal que enfrentan los países de América Latina y el Caribe en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades” (13). Algunos países ya han asumido esta tarea reorientando sus sistemas de salud en el marco de la protección social y de conformidad con los principios de la atención primaria de salud, para que contribuyan a la construcción de sociedades más equitativas e incluyentes y más acordes con las nuevas necesidades de los pueblos de la Región.

Ejemplos de ello son: la definición de los objetivos sanitarios nacionales en consonancia con las necesidades de salud de la población y en particular de los grupos más postergados; la implementación de mecanismos de integración funcional de las redes de provisión de la seguridad social y el Ministerio de Salud, reduciendo la fragmentación en la provisión de servicios y mejorando la equidad geográfica; la introducción de un único plan de salud integral garantizado para toda la población, independientemente del tipo de seguro, del tipo de proveedor y de la capacidad contributiva del usuario, a fin de reducir la segmentación en el aseguramiento y mejorar la equidad; la utilización de herramientas para el análisis de la equidad y la exclusión en salud, y la consideración de elementos económicos, sociales, étnicos, culturales y de género en la definición de los planes y políticas de salud; la creación de servicios de atención primaria orientados hacia la familia; el análisis del desempeño de las funciones en salud pública como elemento central en la formulación de políticas sanitarias; el fortalecimiento de la función rectora y de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales mediante la creación de las condiciones institucionales para la conducción y planificación sectorial e intersectorial en el desarrollo de las acciones de salud; la puesta en marcha de mecanismos de regulación y fiscalización de la actuación de los distintos actores que participan en la producción de cuidados en salud; la incorporación de la salud como elemento central en los procesos de diálogo social destinados a definir la plataforma productiva del país; y la inserción de las políticas de salud en el marco institucional más amplio del sistema de protección social, junto con el ingreso, el trabajo, el empleo, la vivienda y la educación.

Estos ejemplos de búsqueda de mecanismos para eliminar la segregación poblacional y la segmentación institucional, reducir la fragmentación operativa y combatir la exclusión en salud iluminan el camino a seguir en la agenda de la salud pública en los años venideros.

3.5. LEGISLACIÓN EN SALUD

La legislación confiere a las políticas de salud el sustento necesario para transitar del ámbito de lo político al marco de lo jurídico. En cuanto a los sistemas y servicios de salud, la legislación instrumenta una plataforma de garantías con su contrapartida de obligaciones, define el papel que cumplen los actores públicos, privados y sociales, nacionales e internacionales, así como sus funciones e interacciones, y establece el modelo mediante el cual se dará vigencia a los objetivos nacionales de salud, todo ello asequible a través de un sistema judicial.

En los últimos cinco años varios países de la Región continuaron revisando sus marcos jurídicos con el fin de instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. Esto incluyó, entre otros aspectos, la redefinición de las competencias de los ministerios/secretarías de salud, la creación de planes para extender la cobertura, incluida la regulación de la participación del sector privado, las garantías de calidad y los mecanismos de control, la participación de la sociedad civil y la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud.

3.6. MARCO JURÍDICO PARA EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE RECTORÍA Y REGULACIÓN EN SALUD

Las legislaciones que reestructuran los sistemas de salud reformulan las funciones de los ministerios y secretarías, haciendo hincapié en su papel rector y regulador. En 2002 se aprobó en Bolivia el Decreto Supremo No. 26.875, que redefine el sistema nacional de salud y establece competencias orgánicas y funcionales basadas en los niveles de gestión. Según este esquema, corresponde al Ministerio de Salud y Previsión Social, en la actualidad Ministerio de Salud y Deportes, la función rectora-normativa en el ámbito nacional.

La gerencia técnica se encuentra a cargo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y de los municipios a través de los Directorios Locales de Salud (DILOS) como máxima autoridad local.

En Chile, por medio de la Ley No. 19.937 de 2004 el Ministerio de Salud asume el papel rector y regulador del Estado en materia de salud, con inclusión de la formulación, evaluación y actualización del sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Sistema AUGE).

En Colombia, por medio de la Ley No. 790 de 2002 se fusionaron el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud, y se constituyó el Ministerio de la Protección Social para la ejecución del Sistema de Protección Social establecido por la Ley No. 789 del mismo año, uno de cuyos objetivos es permitir el acceso en condiciones de calidad y oportunidad a servicios básicos de salud. Además, por Decreto No. 205 de 2003 se definieron las funciones del Ministerio de la Protección Social al que le corresponde la rectoría del sistema.

En el Ecuador se promulgó la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, Decreto No. 3.611 de 2003, con el fin de hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, garantizando el acceso equitativo y universal a servicios integrales de salud. De acuerdo con estas normas, el sistema nacional de salud actúa de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, y cumple funciones de coordinación, provisión, aseguramiento y financiamiento. La función de coordinación del sistema es competencia del Ministerio de Salud en todos sus niveles. Nicaragua promulgó la Ley General de Salud (Ley No. 423 de 2002) y su Reglamento, Decreto No. 001 de 2003, que norman las distintas acciones de salud y definen las competencias y atribuciones del Ministerio, entre las cuales se encuentra la regulación del régimen de configuración de beneficios que ella instituye y el carácter de ente rector del sector.

En el Perú, la Ley del Ministerio de Salud (Ley No. 27.657 de 2002) determina que este organismo es el ente rector que conduce, regula y promueve el sistema nacional de salud con el fin de lograr el desarrollo integral de las personas. Con posterioridad, la Ley No. 27.813 del mismo año establece el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) para lograr el cuidado integral de la salud de la

población y avanzar hacia la seguridad social universal, confiriendo también al Ministerio de Salud la rectoría del sector.

En la República Dominicana, la Ley General de Salud (Ley No. 42 de 2001) regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido por la Constitución. Esta ley organiza el sistema nacional de salud, cuya rectoría coloca en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

En Venezuela se expidió el Decreto No. 3.753 de 2005, por medio del cual se reforma parcialmente la organización y funcionamiento de la administración pública central. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se convierte en el Ministerio de Salud, correspondiéndole, entre otras funciones, la elaboración, formulación, regulación y seguimiento de las políticas relacionadas con la salud integral de la población.

En el Caribe de habla inglesa se dictaron normas orientadas a la creación de sistemas de regulación bajo la supervisión de autoridades, comisiones y comités, con el fin de hacer más efectiva y eficiente la administración de hospitales y de otras instituciones de salud. La Ley sobre la Dirección de Servicios de Salud de las Islas Vírgenes Británicas (BVI Health Service Authority Act) de 2004 establece que esa es la autoridad administrativa del Hospital Peebles y los servicios comunitarios de salud. La norma crea un consejo nombrado por el ministro de salud, entre cuyas funciones se encuentra el diseño de políticas basadas en las necesidades de salud del territorio y el desarrollo e implementación de un programa de garantía de calidad sujeto a las políticas del Ministerio.

En Guyana se promulgaron en 2005 la Ley sobre Autoridades Regionales (Regional Authorities Act) y la Ley del Ministerio de Salud. La primera crea autoridades regionales para la provisión y administración de servicios y programas en zonas específicas y encomienda al Ministerio la tarea de aplicar la ley y establecer parámetros para el cumplimiento de las funciones de las autoridades mencionadas, mientras que la Ley del Ministerio de Salud define las funciones de esta institución, entre las cuales se encuentran el control de los servicios de salud y el desarrollo de los mismos de manera comprensiva, balanceada, consistente y equitativa. La Ley

sobre Administración de Servicios de Salud Institucionales (Institution-Based Health Services [Management] Act) de Saint Kitts y Nevis de 2002 establece la Dirección encargada de la gestión y administración de servicios institucionales de salud (14). En el Canadá se creó, por Orden del Consejo de 2004, la Agencia de Salud Pública del Canadá, con la finalidad de facilitar la comunicación entre las provincias, liderar la vigilancia sanitaria e iniciar programas de acción comunitaria (15).

3.7. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

En las Américas, los procesos de reforma del sector de la salud se han concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas. La salud pública ha sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se necesita apoyo de los gobiernos para modernizar la infraestructura necesaria para su ejercicio (16) La reinserción de la salud pública en la agenda de transformación del sector pasa por la definición clara de su papel (17) y por la operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de funciones esenciales de la salud pública (FESP) (18). Para la recuperación de la salud pública y para su inserción en los procesos de transformación del sistema, también es importante que estas categorías operacionales, como las FESP, puedan ser caracterizadas y medidas, a fin de determinar su grado de cumplimiento, tanto por parte del Estado como de la sociedad civil (19).

Las reformas del sector se enfrentan al desafío de fortalecer la función de rectoría de las autoridades sanitarias y una parte importante de ese papel rector consiste en dar cumplimiento a las FESP que competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local. Para ello es crucial mejorar la práctica de la salud pública y los instrumentos para valorar su estado actual y las áreas en las que debe ser fortalecida (20). En virtud de lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado los pasos iniciales para poner en marcha una iniciativa continental denominada "La salud pública en las Américas", dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado. Esta iniciativa involucra a todas las unidades técnicas de la sede así como a las representaciones de la OPS en los países y que cuenta con la participación del Director Emérito de la OPS, Dr. Carlyle

Guerra de Macedo, como asesor del proyecto y creador de los instrumentos de medición del desempeño de las FESP en distintos lugares. El proyecto ha contemplado diversas instancias de interacción con expertos procedentes del medio académico, sociedades científicas, servicios de salud y organismos internacionales, congregados en una red de retroalimentación continua a su desarrollo, y está representando una valiosa oportunidad para revisar el estado actual de la práctica de la salud pública en la Región de las Américas.

El alcance de la iniciativa “La salud pública en las Américas” puede resumirse de la siguiente manera:

- Promover un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales en las Américas.
- Crear un marco para la medición del desempeño de las FESP aplicable a todos los países americanos.
- Apoyar la evaluación de la práctica de la salud pública en cada país, basándose en la medición del desempeño de las FESP.
- Proponer un plan continental de acción para fortalecer la infraestructura y mejorar la práctica de la salud pública, basado en los hallazgos de la medición del desempeño de las FESP.

A continuación se presentan algunos de los aspectos conceptuales y metodológicos que han sido formulados como parte de la iniciativa “La salud pública en las Américas”, con especial énfasis en la definición y medición de las FESP que deben ser desarrolladas y que constituyen el quehacer y la responsabilidad de las autoridades sanitarias de los países del continente. Asimismo se analizan las implicaciones que tiene la medición del desempeño de las FESP para mejorar la práctica de la salud pública en nuestro continente (21).

3.8. EL CONCEPTO DE FESP Y SU RELACIÓN CON EL FORTALECIMIENTO DE LA FUNCIÓN RECTORA DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. La salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su que hacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud. (22)

3.8.1. DEFINICIÓN

Las FESP se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. Una de las decisiones más importantes de la iniciativa “La salud pública en las Américas” está relacionada con la necesidad de adecuar la definición de los indicadores y estándares de las FESP para permitir que la práctica de la salud pública se fortalezca a través del refuerzo de las capacidades institucionales necesarias. Este enfoque parece mejor que un planteamiento metodológico que incluya tanto funciones como campos de la actividad de la salud pública. Si las funciones son bien definidas para incluir todas las capacidades requeridas para una buena práctica de la salud pública, estará asegurado el buen funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la salud pública. (22)

Es importante referirse aquí a la frecuente confusión entre el papel del Estado en salud, ejercido normalmente por el Ministerio de Salud o su equivalente como autoridad sanitaria, y la responsabilidad del mismo como garante del buen desarrollo de las FESP. Si bien el Estado tiene un papel indelegable este solo representan una fracción de las responsabilidades estatales en el ámbito de la salud. (21) Es una fracción muy relevante, sin duda, cuyo adecuado cumplimiento resulta fundamental no solo para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población, sino que es parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene en materia de salud, caracterizada asimismo por tareas de conducción, regulación, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y armonización de la provisión.

Para enfatizarlo con un ejemplo, una agencia de salud pública que no cuenta con un sistema integral y confiable de vigilancia de eventos en salud

difícilmente puede aspirar a ser creíble cuando opina o actúa en materia de asignación financiera a los distintos componentes o sectores del sistema de salud. (22) También es relevante referirse aquí a la dificultad que entraña el establecimiento de una separación nítida entre las responsabilidades propias de la salud pública en la conducción de servicios dirigidos a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud en grupos poblacionales definidos, y aquellas que tienen que ver con la organización de servicios dirigidos a la atención curativa individual. Los énfasis en esta materia son sin duda diferentes.

Es patrimonio esencial de la salud pública el dedicarse a la primera de estas funciones. En lo que respecta a la segunda, sus responsabilidades esenciales apuntan más a la preocupación por el acceso equitativo a los servicios, la garantía de su calidad y la incorporación de la perspectiva de la salud pública a las políticas nacionales de salud. Esto no impide que los salubristas se capaciten para gestionar servicios de atención a los pacientes. Por el contrario, resulta deseable que lo hagan, precisamente para incorporar los conceptos de la salud pública al quehacer de tales organizaciones. Esta última actividad utiliza, sin embargo, disciplinas que trascienden a lo que damos en llamar "salud pública". (22)

La habitual concepción de la salud pública como sinónimo del quehacer de salud contribuye a una dilución de las responsabilidades en diferentes ámbitos de esta última actividad y puede conducir a un uso ineficiente de los recursos de salud. La medición de las FESP y la evaluación de su desempeño por parte de las autoridades sanitarias deberían contribuir a evitar este riesgo.

3.8.2. ANTECEDENTES

En los últimos años se han llevado a cabo importantes esfuerzos para buscar una mejor definición y medición de las FESP. Entre ellos cabe destacar el estudio Delphi conducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Nacional de Desempeño y Estándares de la Salud Pública (National Public Health Performance Standards Program: NPHPSP) de los EUA.

- El estudio Delphi de la OMS sobre FESP

En enero de 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP como forma de contar con una herramienta para implementar la renovación de la política de “salud para todos en el año 2000”. (23)

Para ello se decidió realizar un estudio internacional con la Técnica Delphi, dirigido a redefinir el concepto de FESP y a obtener un consenso internacional sobre las características centrales de estas funciones (23). En ese estudio se consultaron en tres rondas consecutivas 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades.

El resultado fueron nueve FESP, a saber:

- 1) Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- 2) Monitoreo de la situación de salud.
- 3) Promoción de la salud.
- 4) Salud ocupacional.
- 5) Protección del ambiente.
- 6) Legislación y regulación en salud pública.
- 7) Gestión en salud pública.
- 8) Servicios específicos de salud pública.
- 9) Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo.

Los autores recomendaron encarecidamente la realización de nuevos estudios nacionales e internacionales. También se resaltaron algunos temas controvertidos, como la relación entre los servicios de atención de salud y las FESP, área donde no hubo consenso en torno al grado en que la atención de salud individual de pacientes puede ser considerada una función básica y esencial de la salud pública. (24)

3.8.3. EL PROGRAMA NACIONAL DE DESEMPEÑO Y ESTÁNDARES DE LA SALUD PÚBLICA (NPHPSP) DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

El informe de 1998 sobre salud pública de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health: NIH) de los EUA, producido después de más de 60 años de diferentes intentos de definir y medir las funciones de la salud pública y de evaluar el funcionamiento de las agencias de salud pública, definió tres grupos de funciones, (evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento) para las organizaciones de salud pública, y entregó un marco racional para muchos de los esfuerzos dirigidos a evaluar los servicios de salud pública realizados en la última década en ese país (24).

En 1994, un grupo de trabajo sobre las principales funciones de la salud pública, codirigido por el Director de los CDC y el Secretario Adjunto para el Control de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud y compuesto por representantes de las agencias de servicios de salud pública y las principales organizaciones de salud pública del país, señaló la confusión causada por las múltiples versiones de las “principales funciones” y encargó a un subgrupo encabezado por la Oficina del Programa de Prácticas en Salud Pública (Public Health Practice Program Office) y el Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion) de los CDC, el desarrollo de un consenso sobre los “servicios esenciales de salud pública” (24) .

Este grupo elaboró una declaración de consenso que pretende:

- 1) Explicar qué es la salud pública;
- 2) Clarificar el papel esencial de la salud pública en todo el sistema de salud,
- 3) Dar transparencia a la vinculación del funcionamiento de la salud pública con los resultados de salud.

En 1994, el Comité Directivo de Funciones de la Salud Pública (Public Health Functions Steering Committee) adoptó el documento “Salud pública en los Estados Unidos de América” (19), en el que la visión “personas sanas en comunidades sanas” y la misión de promover la salud física y mental y prevenir

las enfermedades, daños y discapacidades se sostienen en los siguientes objetivos principales de la salud pública:

- Prevención de epidemias y de la propagación de enfermedades.
- Protección contra los daños ambientales.
- Prevención de daños a la salud.
- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas.
- Garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud (25)

En el mismo documento se definieron 10 *servicios esenciales* de salud pública:

- 1) Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud de la comunidad.
- 2) Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
- 3) Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
- 4) Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
- 5) Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
- 6) Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
- 7) Vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
- 8) Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
- 9) Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- 10) Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

Como se puede ver, estos servicios pueden agruparse en cada una de las funciones principales definidas previamente. Los servicios 1 y 2 se incluyen en la función de evaluación; los servicios 3, 4 y 5 en la de desarrollo de políticas, y los servicios 6, 7, 8 y 9 en la de aseguramiento. El servicio 10 (investigación) se

considera relacionado con todas las funciones principales como base para la gestión del sistema de salud pública (24).

Actualmente, el NPHPSP está liderando un esfuerzo conjunto para el desarrollo de estándares para la práctica de la salud pública. Las herramientas de medición para la evaluación de la práctica de la salud pública, tanto en el nivel local como estatal, han sido diseñadas en conjunto con otras organizaciones de salud pública. Estos instrumentos son cuestionarios detallados con secciones para cada uno de los 10 servicios esenciales.

Cada servicio es definido en detalle, con indicadores que representan los estándares locales y estatales, y con mediciones y submediciones para cada uno de los indicadores incluidos. Después de un período de diseño de tres años, los instrumentos están siendo probados en las distintas realidades estatales y locales de los EUA. (24)

3.9. AVANCES EN LA DEFINICIÓN DE LAS FESP PARA LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En una primera etapa, el proyecto se dedicó a la tarea de examinar los avances desarrollados previamente en la definición de las FESP, para buscar coincidencias entre los diversos enfoques (17). El resultado en la intersección de estos tres enfoques, hay un grado importante de coincidencia entre los avances hechos por el NPHPSP, el estudio de la OMS y la propuesta de la OPS. Hay dos funciones en el estudio de la OMS y en la reflexión inicial de la OPS que representan campos de acción importantes de la salud pública.

Usando un enfoque funcional en lugar de uno de campos de acción, estas dos funciones (salud ambiental y salud ocupacional) podrían ser tratadas como áreas de trabajo de la salud pública donde todas las FESP incluidas en la intersección de estos tres enfoques deben ser aplicadas para mejorar el funcionamiento de la salud pública en dichos campos de acción. La función de preparación para el enfrentamiento de desastres requiere acciones muy específicas que no son necesariamente parte del resto de las FESP y puede ser incluida como una función separada.

El estudio de la OMS definió una función específica para la gerencia de la salud pública que será importante incorporar para la medición en la Región de las Américas. Algo similar ocurre con el desarrollo de recursos humanos en el campo de la salud pública, incluida en el NPHPSP.

3.10 FESP IDENTIFICADAS A FIN DE MEDIR SU DESEMPEÑO EN LOS PAÍSES DE LAS AMÉRICAS (GUATEMALA)

A continuación se describen cada una de las FESP que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas y que están contenidas en el instrumento de medición de su desempeño que ha sido desarrollado por la OPS en colaboración con el CDC y el CLAISS. El listado que sigue al título de cada una de ellas corresponde a los componentes que la integran y que forman la base para la definición de estándares, indicadores, mediciones y submediciones actualmente en desarrollo.

3.10.1 FUNCIÓN ESENCIAL NO. 5: DESARROLLO DE POLÍTICAS, PLANES Y CAPACIDAD DE GESTIÓN QUE APOYEN LOS ESFUERZOS EN SALUD PÚBLICA Y CONTRIBUYAN A LA RECTORÍA SANITARIA NACIONAL

Esta función presenta un desempeño intermedio con una mediana de 0.56 para la Región de las Américas. Desarrollo de decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo todos los niveles que resulte coherente con el contexto político y económico en que estas se desarrollan. Planificación estratégica a escala nacional y apoyo a la planificación en los niveles subnacionales. Evaluación del sistema de atención de salud para la definición de una política nacional que garantice la entrega de servicios de salud con enfoque poblacional. Desarrollo de códigos, regulaciones y leyes que guíen la práctica de la salud pública. Definición de los objetivos nacionales de salud pública para apoyar el papel de rectoría del Ministerio de Salud, o su equivalente, en lo que respecta a la definición de los objetivos y prioridades para el conjunto del sistema de salud. Gestión de la salud pública, en cuanto proceso de construcción, implantación y evaluación de iniciativas organizadas diseñadas para enfrentar problemas de salud poblacionales. Desarrollo de competencias para la toma de decisiones basadas en pruebas científicas y que incorporen la gestión de recursos, la capacidad de liderazgo y una comunicación eficaz. Desempeño de calidad del sistema de salud pública,

en cuanto a resultados de la gestión exitosa, demostrable a proveedores y usuarios de los servicios.

3.10.2 FUNCIÓN ESENCIAL NO. 7: EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DEL ACCESO EQUITATIVO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS

Esta función presenta un desempeño intermedio para la Región, con una mediana de 0.56. Promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud, que incluye la evaluación y la promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios. Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud necesarios a través de proveedores públicos o privados, adoptando un enfoque multisectorial que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios. Desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública. Facilitación de la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de esta atención) y a los servicios de educación para la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

3.10.3 FUNCIÓN ESENCIAL NO.9: GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVOS

Esta es la función que presenta el menor desempeño para la Región de las Américas, con una mediana de 0.56. Promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas. Facilitación de la publicación de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisión del cumplimiento de esta obligación por parte de los proveedores de servicios.

Existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud. Utilización de la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diferente grado de complejidad. Uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

3.11 LA MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FESP

La idea de la medición del desempeño es la de identificar globalmente las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública, además de permitir un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su más amplia acepción, esto es, incluyendo las capacidades humanas y las instalaciones y equipamientos que resultan necesarios para su buen desempeño. Para avanzar en el logro de este objetivo resulta importante que la decisión de medir sea seguida por el desarrollo de instrumentos que puedan perfeccionarse continuamente hasta alcanzar el “óptimo razonable” que permita su utilización rutinaria en los distintos niveles en los que se ejerce la salud pública en la Región. (16)

El desarrollo de instrumentos de medición de las FESP implica un largo proceso de definición de la función a medir, de los indicadores y estándares de desempeño o cumplimiento de la misma y de las mediciones y submediciones que actúan como verificadores. Como en otros procesos de medición del desempeño, debe decidirse entre definir estándares aceptables o usar estándares óptimos. La definición de niveles aceptables implica una difícil opción y es necesariamente arbitraria, tanto si se elige un nivel comparable a la hipotética realidad promedio de la Región como si se opta por lo que algún experto o grupo de expertos juzguen como mínimo necesario para el desarrollo de una función. Obviamente, la decisión de optar por estándares óptimos debe relativizarse de acuerdo con la realidad global de la Región. Dada la heterogeneidad de este panorama, los estándares serán óptimos para las mejores condiciones que es posible demandar, en un plazo mediano, a la totalidad de los países de la Región, lo cual implica confiar en un juicio “experto” para tal efecto. Pese a ello, optar por estos óptimos razonables parece más adecuado y coherente con el objetivo de reforzar la infraestructura de la salud pública a la mayor brevedad posible.

3.11.1 DESARROLLO INICIAL DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El equipo a cargo del proyecto ha distribuido a diversos grupos de profesionales y expertos en salud pública un primer borrador del instrumento que incluye la definición de las funciones a medir. Este proceso tuvo su culminación formal en la reunión de la red de instituciones y expertos convocada por la OPS para este fin. (17)

Para minimizar sesgos, la validación y posterior aplicación del instrumento se harán ayudándose de la experiencia de un conjunto de personas encargadas de la toma de decisiones, procedentes de vertientes diversas de la práctica de la salud pública y de distintos niveles del sistema de salud en diversos países. Un listado de FESP como el presentado está obviamente sujeto a errores y no puede pretender satisfacer todas y cada una de las visiones que el mundo de la salud pública tiene acerca del tema. Decisiones tales como la inclusión del empoderamiento de los ciudadanos o del estímulo de la intersectorialidad en las funciones de promoción o participación social implican algún grado de arbitrariedad, por lo que resulta imposible evitar la repetición de áreas propias de más de una función, con énfasis distintos. Obviamente, la realidad de la práctica cotidiana de la salud pública no permite una separación absoluta de funciones, ni siquiera en el trabajo de una misma persona.

La medición de las FESP no es solo un ejercicio metodológico interesante, sino que debería permitir mejorar las prácticas de la salud pública y establecer estándares de buen funcionamiento y puntos de referencia para el mejoramiento continuo. El proceso apunta también hacia una mayor transparencia de las prácticas y servicios de salud pública y a dar mayor claridad a la generación de conocimientos y prácticas de salud pública basados en pruebas científicas. Por último, la medición debería crear la base para una mejor y mayor asignación de recursos para las acciones de salud pública.(24)

3.12 POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD

3.12.1 MARCO JURÍDICO Y POLÍTICO

3.12.1.1. Constitución Política de la República

- Artículo 94. Obligación del Estado sobre salud y asistencia social: El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. (23)

3.12.1.2. Ley del Organismo Ejecutivo

- Artículo 39. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa y a las acciones de protección, promoción recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país y a la preservación higiénica del medio ambiente; a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud y a velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales; y, a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud, para ello tiene a su cargo las siguientes funciones:
 - Formular y dar seguimiento a la política y los planes de salud pública y, administrar, descentralizadamente, los programas de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y de la salud, propiciando a su vez la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados.
 - Proponer las normas técnicas para la prestación de servicios de salud y coordinar con el Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda las propuestas de normas técnicas para la infraestructura del sector.
 - Administrar en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de recursos humanos en el sector salud.
 - Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencia por epidemias y desastres naturales.

3.12.1.3. Código de Salud (Decreto 90-97)

- Artículo 17. Funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Ministerio de Salud tendrá las funciones siguientes:
 - ❖ Ejercer la rectoría del desarrollo de las acciones de salud a nivel nacional;
 - ❖ Formular políticas nacionales de salud;
 - ❖ Coordinar las acciones en salud que ejecute cada una de sus dependencias y otras instituciones sectoriales;
 - ❖ Normar, monitorear, supervisar y evaluar los programas y servicios que sus unidades ejecutaras desarrollen con entes descentralizados,
 - ❖ Velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud.

Funciones definidas en el Código de Salud para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- ❖ Dictar todas las medidas que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones del servicio, competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes;
- ❖ Desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud;
- ❖ Propiciar y fortalecer la participación de las comunidades en la administración parcial o total de las acciones de salud;
- ❖ Coordinar la cooperación técnica y financiera que organismos internacionales y países brinden al país sobre la base de las políticas y planes nacionales de carácter sectorial;
- ❖ Coordinar las acciones y el ámbito de las Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con salud, con el fin de

promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos;

- ❖ Elaborar los reglamentos requeridos para la correcta aplicación de la presente ley, revisarlos y readecuarlos permanentes.

3.12.2. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA SALUD 2008-2012

- 1) Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para fortalecer el Estado de Guatemala.
 - Propiciar la coordinación intra e interinstitucional y multisectorial, para ser más eficiente y eficaz en las acciones de salud.
 - Garantizar la gestión territorial de la salud, el presupuesto por resultados, el desempeño institucional y la mejora de la calidad, fomentando la descentralización y desconcentración financiera y administrativa del nivel central al nivel ejecutor.
 - Fomentar la transparencia institucional, a través de implementación de mecanismos de rendición de cuentas y auditoría social.
 - Generar capacidades locales para el ejercicio de la rectoría.
 - Integrar las políticas transversales del Estado de Guatemala con las del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- 2) Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados
 - Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
 - Implementar un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención, equitativa, descentralizada, con pertinencia cultural y enfoque de género.
 - Implementar y desarrollar la gestión de los servicios de salud, orientados a garantizar su calidad.
 - Implementar un sistema de referencia y contra referencia, efectivo para mejorar la coordinación intra e interinstitucional.
 - Fortalecer la infraestructura, equipamiento, dotación de insumos y sistemas de información para la red de establecimientos públicos y de salud.

- Fortalecer la vigilancia de la salud, promoviendo el desarrollo de las estructuras actuales.
- 3) Promover y Fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos. Reconocimiento al uso y practica de la medicina aalternativa y tradicional
- Promover y aplicar el marco normativo para la utilización de medicina genérica para garantizar el acceso.
 - Fomentar el desarrollo de la medicina alternativa y tradicional, así como su institucionalización.
 - Apoyar la implementación de consultorios y farmacias municipales, ventas de medicamentos y botiquines rurales, abastecidos por el Programa de Accesibilidad de Medicamentos –PROAM-.
 - Garantizar la gratuidad de los medicamentos en los servicios públicos.
- 4) Promover la investigación y desarrollo tecnológico en salud.
- Identificar áreas de investigación.
 - Incorporar la tecnología en el sistema de salud.
 - Establecer alianzas estratégicas con organizaciones que realizan y financian investigación.
 - Promover la creación de inteligencia en salud.
 - Promover que las investigaciones sean multidisciplinarias e intersectoriales.
- 5) Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.
- Formar y capacitar al personal en el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gestión pública y la administración financiera.
 - Fortalecer las alianzas entre el Ministerio de Salud y las instituciones de formación de personal en salud.
 - Crear y fortalecer las unidades de investigación y desarrollo del potencial humano del personal en salud.
 - Desconcentrar y descentralizar la gestión y procesos de administración del personal en salud.

- 6) Desarrollo de la atención primaria ambiental por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene, para mejorar la calidad de vida de la población
 - Realizar las intervenciones preventivas, de asistencia técnica y de control, con el sector privado, las autoridades municipales y comunitarias, en materia de agua potable y saneamiento.
 - Propiciar la coordinación entre los actores del subsector agua potable, saneamiento e higiene.
 - Implementar el Plan Nacional de los Servicios Públicos de Agua Potable y Saneamiento para el desarrollo humano aprobado por el gobierno de la República.
 - Suscribir convenios con la comunidad organizada, ONG y las municipalidades responsables del cumplimiento de normativas de agua potable y saneamiento ambiental.

- 7) Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social.
 - Mejorar la infraestructura sanitaria del país, focalizada en el incremento de la demanda de los programas de solidaridad social.
 - Mejorar la capacidad institucional y sectorial para atender las nuevas demandas de la población.

- 8) Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.
 - Desarrollar e implementar un Plan de Investigaciones con enfoque sectorial y multianual.
 - Garantizar la gestión y abogacía para el sistema de salud.
 - Asegurar e incrementar el financiamiento para el sistema de salud y mejorar la asignación presupuestaria del MSPAS en el presupuesto general de ingresos y gastos de la nación.
 - Garantizar la utilización del Plan Operativo Anual, como herramienta de gestión y de control de la calidad de gasto.

- 9) Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales.

- Establecer una coordinación eficaz entre los cooperantes y el MSPAS, para fortalecer la autoridad sanitaria nacional y optimizar el uso de los recursos.
- Conducir la cooperación en salud, orientando sus actividades y financiamiento al desarrollo de un enfoque sectorial y a las políticas y lineamientos estratégicos del MSPAS.

3.13. LEY DE DESARROLLO SOCIAL

3.13.1. SECCION II: POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL Y POBLACIÓN EN MATERIA DE SALUD

- ARTICULO 24. PROTECCIÓN A LA SALUD. Todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes, estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las practicas de medicina tradicional e indígena. (23)
- ARTICULO 25. SALUD REPRODUCTIVA. Para propósitos de la presente Ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar, físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia de una forma responsable.
- ARTICULO 26. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA. Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea

participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. (25) El programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones:

- 1) **OBJETO:** El Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.

- 2) **SERVICIOS:** Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puesto de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, está obligado a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y el de mama, atención de la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y atención a la población en edad adolescente.

- 3) **PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** Para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevarán a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios. El ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá elaborar, informar verazmente y difundir las normas y

guías sobre la distribución y usos de los métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales, ofrecidos en los servicios de salud.

- 4) **ADOLESCENTE:** En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

- 5) **MATERNIDAD RESPONSABLE:** la vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos los siguientes:
 - a. Crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna y perinatal.
 - b. Considerar como urgencia médica de tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas y fortalecer la prestación de los servicios preventivos, necesarios tendentes a evitarlas y prevenirlas.
 - c. Desarrollar e instrumentar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas y otro personal, para promover y asegurar que las madres reciban cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia.
 - d. Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.

- e. Promover la lactancia materna mediante acciones de divulgación, educación e información sobre los beneficios nutricionales, inmunológica y psicológicos para el recién nacido, en los casos en que clínicamente esté indicado.
- f. Divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.
- g. Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido.

6) **CAPACITACIÓN.** Definir los lineamientos para diseñar y llevar a la práctica programas y cursos para capacitar adecuadamente a los funcionarios y servidores públicos para que estén en condiciones de impartir educación y/o prestar orientación y atención a las personas en forma correcta, oportuna y veraz, sin discriminación, alguna para alcanzar los objetivos previstos en esta ley. (23)

3.14. ACUERDOS DE PAZ

3.14.1. ACUERDO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y SITUACIÓN AGRARIA

- **ASPECTO SALUD**

Las Partes coinciden en la necesidad de impulsar una reforma del sector nacional de salud. Dicha reforma debe ser orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna, y el efectivo desempeño Por el Estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre salud y asistencia social. (25)

Entre los lineamientos de dicha reforma están los siguientes:

- a) Basarse en una concepción integral de la salud (prevención, promoción, recuperación y rehabilitación), una práctica humanista y solidaria que enfatice el espíritu de servicio, aplicado a todos los niveles del sector público de salud del país y un sistema nacional coordinado de salud. (25)

- b) Es atribución del Ministerio de Salud la formulación de políticas que permitan el acceso de toda la población guatemalteca a los servicios integrales de salud. Bajo la coordinación del Ministerio de Salud, concertar con instituciones públicas, incluyendo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, privadas y no gubernamentales que intervienen en este sector, la puesta en práctica de las acciones que permitan universalizar el acceso de toda la población guatemalteca a los servicios integrales de salud. (25)
- c) Población de bajos recursos: Crear las condiciones para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad a la población de bajos recursos. El Gobierno se compromete a aumentar los recursos destinados a la salud. Como mínimo, el Gobierno se propone que el gasto público ejecutado en salud en relación al producto interno bruto, para el año 2000, sea incrementado en 50% respecto del gasto ejecutado en 1995. Esta meta será revisada al alza en función de la evolución de la situación fiscal. (25)
- d) Prioridades de atención: Dar prioridad a la lucha contra la desnutrición, al saneamiento ambiental, la salud preventiva, las soluciones de atención primaria, especialmente el materno infantil.
El Gobierno se compromete a presupuestar por lo menos 50% del gasto público en salud a la atención preventiva, y se compromete a reducir la mortalidad infantil y materna, antes del año 2000, a un 50% del índice observado en 1995. Asimismo, el Gobierno se compromete a mantener la certificación de erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión para el año 2000. (25)
- e) Medicamentos, equipos e insumos: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social revisará las normas y prácticas vigentes en materia de producción y comercialización de medicamentos, e insumos, y promoverá las medidas que aseguren el abastecimiento, abaratamiento y calidad de los mismos.
- f) Para el caso de los medicamentos básicos o genéricos de mayor demanda en el sector público, se estudiarán y aplicarán modalidades

de compra que aseguren transparencia en la negociación comercial, calidad y bajo precio de los medicamentos para garantizar de cualquier forma la prestación eficiente de servicios. (25)

- g) Medicina indígena y tradicional: Valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones, métodos y prácticas. (25)
- h) Participación social: Fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales (de mujeres, indígenas, sindicales, cívicas, humanitarias, entre otras) en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud, entre otros, a través de los sistemas locales de salud y los consejos de desarrollo urbano y rural. (25)
- i) Descentralización y desconcentración administrativa: La organización descentralizada de los distintos niveles de atención debe asegurar la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional, base del sistema nacional coordinado de salud. (25)

4. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- 4.1 Las políticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social son cumplidas en base a las funciones esenciales de la salud pública.

HIPÓTESIS NULA

- 4.2 Las funciones esenciales de la salud pública **NO** rigen las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

- 4.3 Las funciones esenciales de la salud pública **SI** rigen las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Estudio descriptivo bibliográfico

5.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

5.2.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

- Documentos de acceso público y ministerial (Planificaciones, Extensiones de Cobertura, Guías de Gestión de Calidad de Salud), que contienen las Políticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

5.2.2. UNIDAD DE INFORMACIÓN

- Entrevistas con funcionarios claves o expertos en el tema.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para este tipo de estudio no se utilizó población ni muestra, ya que no se manipuló información obtenida a personas. Únicamente se obtuvo la información a partir de revisiones bibliográficas, documentos de acceso público y ministerial como planificaciones, informes de extensión de cobertura, guías de gestión de calidad, acuerdos ministeriales, y se entrevistó a funcionarios expertos en la materia para comprobar la información obtenida.

5.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Políticas de Salud	Búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud	Medidas y compromisos optados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se le otorgó el valor 1 a las	Cualitativa Dependiente	Nominal	Políticas de Salud MSPAS

		respuestas afirmativas y el valor 0 a las negativas. Luego se realizó la media de los datos obtenidos para la evaluación del cumplimiento de políticas.			
Funciones esenciales de salud pública	Competencias necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública	Acciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública para mejorar la salud de las poblaciones. Se le otorga el valor 1 a las respuestas afirmativas y el valor 0 a las negativas. Luego se realizó la media de los datos obtenidos para la evaluación del cumplimiento de políticas.	Cualitativa Independiente	Nominal	Documentos de acceso público y ministerial
Servicios de Salud	Servicios destinados a brindar prestaciones de salud, en forma ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria, clasificados de acuerdo a la	Prioridades sobre las cuales actúa el Ministerio de Salud Pública. Se le otorga el valor 1 a las respuestas afirmativas y el valor 0 a las negativas. Luego se realizó la media	Cualitativa Interviniente	Nominal	Documentos de acceso público y ministerial

	capacidad resolutiva.	de los datos obtenidos para la evaluación del cumplimiento de políticas.			
--	--------------------------	--	--	--	--

5.5. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

5.5.1. TÉCNICA

- Se revisaron documentos oficializados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social obtenidos dentro de la institución en distintos departamentos y documentos de acceso público; además se realizaron entrevistas a funcionarios claves o expertos en el tema (Método Delphi) para complementar la información. Durante la investigación no se practicó, manipuló o se presencié ningún procedimiento clínico.

5.5.2. PROCEDIMIENTOS

Búsqueda de información en cada departamento del Ministerio de Salud al cual fuimos referidos: Los funcionarios escogidos para realizar las entrevistas y obtención de datos según las distintas funciones esenciales a medir fueron:
 Dra. Lilian España: Consultora de la Unidad de Planificación Estratégica -UPE-
 Dr. Juan Luis Orantes: Economista, Consultor de la Unidad de Planificación Estratégica UPE-

- ❖ Dr. Adrian Chávez: Consultor de la Unidad de Planificación Estratégica - UPE-
- ❖ Dr. Mario Morán: Asesor Programa de Extensión de Cobertura Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud -DG-SIAS-MSPAS-
- ❖ Dr. Edgar Lara: Jefe de Desarrollo de Servicios del Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-
- ❖ Dra. Juanita Abdo / Licda. Dora Herrera – Coordinadoras Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación -USME – MSPAS-
- ❖ Lic. José Sánchez – Supervisión Áreas de salud -SIAS-
- ❖ Dr. Rodrigo Bustamante: Director Proyecto Calidad en Salud de la agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, por sus siglas en inglés. -USAID-

- ❖ Dra. Alma Zoemia Chew: Servicios Profesionales de la Unidad Supervisión, Monitoreo y Evaluación Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. - USME-MSPAS-
- ❖ Dra. Carmen Arriaga: Coordinadora del Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información del Instituto de Salud Influyente - ISIS
- ❖ Dra. Angélica Bixcul: Asesora Técnica en Integración de Servicios y Gestión en Calidad Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Unidad de Planificación Estratégica –UPE–, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud –DG-SIAS-MSPAS– Unidad de Supervisión Monitoreo y Evaluación –USME–MSPAS– Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información del Instituto de Salud Influyente – ISIS–, Proyecto Calidad en Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por sus siglas en ingles –USAID–.

Se entrevisto a los funcionarios dada su experiencia dentro de los diferentes departamentos siendo personal que ha laborado durante varias administraciones y que pudieran brindar información acerca del funcionamiento de las Políticas de Salud y junto con ellos se obtuvo las respuestas necesarias que solicitaba el Test, además se revisaron documentos con los que se respaldaron dichas respuestas.

5.5.3. INSTRUMENTOS

- Instrumento validado para la medición de FESP por la Organización Panamericana de la Salud –OPS–

5.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

5.6.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

- Se procesaron los datos obtenidos de las entrevistas realizadas, dando un valor de 0 a las respuestas que corresponden a “NO”, y 1 a las respuestas que corresponden a “SI”.
- Se realizó un promedio de las respuestas de las sub-mediciones sumando todos los valores y dividiéndolos dentro de la cantidad de preguntas que contienen mediciones generales.

- Los resultados de las sub-mediciones fueron sumados y divididos dentro de la cantidad de mediciones generales que forman la evaluación del cumplimiento de las Funciones esenciales de Salud Pública.
- Luego los datos obtenidos de las encuestas, se ingresaron al programa Microsoft Excel 2007 en una hoja de tabulación de datos, realizada por la Organización Panamericana de la Salud. El cual fue proporcionado por el Dr. Lisandro Moran.

5.6.2. PLAN DE ANÁLISIS

El instrumento se divide en secciones, una para cada función esencial de salud pública. Cada función es encabezada por una definición de las capacidades necesarias para ejercer dicha función, a partir de las cuales se construyen los indicadores y sus respectivas mediciones. Utilizando esta definición, se han establecido indicadores para cada función, los que se usan para medir la infraestructura, capacidades, procesos y resultados involucrados en el desempeño de la misma. Cada función tiene un promedio de 4 a 5 indicadores. Todas las funciones comienzan con indicadores de resultados, A continuación se incorporan indicadores de procesos considerados claves para el buen desempeño de cada función esencial, incluyen indicadores que miden la capacidad institucional para el desempeño de las FESP, así como indicadores dirigidos a medir el apoyo técnico a los niveles subnacionales, los que permiten evaluar los esfuerzos por fortalecer la descentralización, los que suelen ser los últimos indicadores de cada función.

Finalmente, para cada uno de los indicadores, se han diseñado mediciones que corresponden a preguntas “madres” de un grupo de Sub-Mediciones que son preguntas que detallan aun más las capacidades específicas descritas en el estándar para cada medición. Estas Sub-Mediciones son las que en definitiva dan cuenta del grado de desarrollo o acercamiento al óptimo esperado. El objetivo es que mediante la respuesta de los funcionarios a varias mediciones y sub-Mediciones, se pueda obtener un perfil más completo del estado de la práctica de la salud pública desde la perspectiva nacional, en términos de estructura, procesos y resultados específicos. Cuando se evaluaron los indicadores y sus mediciones se tornó importante tomar en cuenta la fuente de la información en la que se basa la respuesta. Esta información se obtuvo de

fuentes disponibles y fácilmente accesibles a través de funcionarios claves de salud pública.

Los indicadores claves son capaces de ligar resultados específicos con procesos claves del sistema. El puntaje de cada uno de los indicadores que forman parte de la medición de cada función se construye basándose en el puntaje obtenido para las llamadas "Preguntas Madres". Estas preguntas tuvieron la opción de respuesta parcial dado que se construyeron sobre la base del valor promedio de respuestas "Si" de las mediciones y Sub-Mediciones que se detallaron en su interior. Las preguntas correspondientes a medidas y Sub-Medidas solo tuvieron las alternativas de respuesta "Si" ó "No" sin aceptar en ellas la respuesta parcial. Se realizó mediante un instrumento electrónico el cálculo directo del puntaje final de cada pregunta madre en función de las respuestas a las mediciones y Sub-Mediciones que la componen. Este cálculo del puntaje final de cada pregunta madre se presenta como un promedio de las respuestas "Si" a las mediciones y Sub-Mediciones, donde una respuesta "Si" lleva un valor de uno (1) y una respuesta "No" lleva un valor de cero (0). El puntaje de cada indicador es calculado como porcentaje de respuestas "Si". Este puntaje es asignado a cada indicador y, finalmente, es usado para calcular el promedio del nivel de desempeño de cada función de salud pública. Los resultados fueron analizados utilizando una base de datos que recogieron las respuestas individuales de los participantes en el ejercicio de medición para cada función. Los gráficos, disponibles para cada FESP y para los perfiles generales, reflejan automáticamente los resultados obtenidos de la medición.(25)

5.7. ALCANCES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

5.7.1. ALCANCES

- Mejora en las políticas definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector de la salud en Guatemala y a través de la presentación de resultados dentro de la misma institución.

5.7.2. LÍMITES

- La posible reacción negativa de las autoridades de salud del Ministerio de Salud Pública ante la revisión y cuestionamiento de sus políticas.

- La inexistencia de documentos que evidencien el cumplimiento de lo establecido en las políticas de salud.

5.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- La recolección de datos se realizó de forma personal previa autorización obtenida, respetando la integridad física y moral de las personas que brindan documentos e información así como el derecho de toda institución a participar y colaborar libremente en el estudio si así lo desea. Los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines prácticos de investigación sin exponer información no necesaria que pudiese ocasionar molestia o alguna clase de problema político.

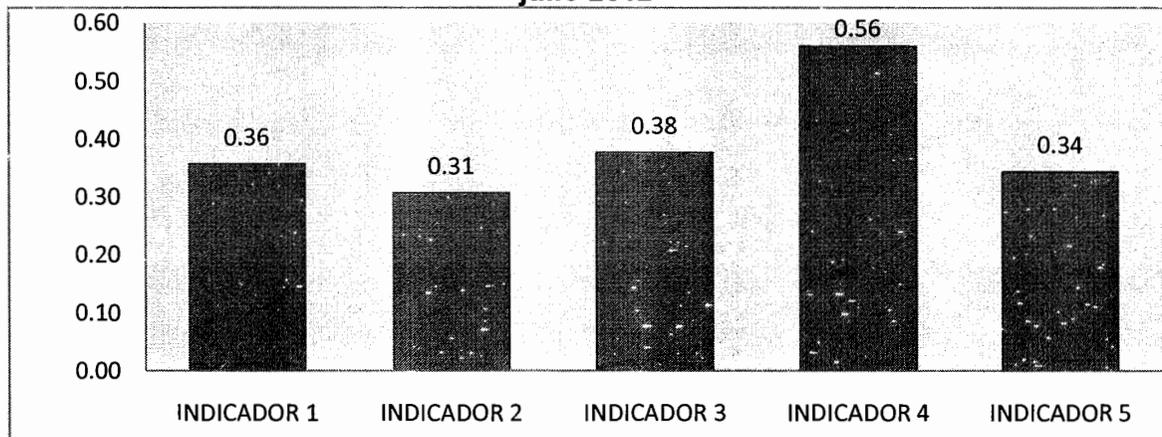
6. RESULTADOS

La recolección de datos se realizó en cada departamento del Ministerio de Salud al cual fuimos referidos: Unidad de Planificación Estratégica –UPE–, Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud –DG-SIAS-MSPAS–, Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación -USME–MSPAS–, Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información del Instituto de Salud Influyente -ISIS–, Proyecto Calidad en Salud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por sus siglas en inglés –USAID–. A continuación se presentan los resultados de la siguiente manera:

- Promedio de Mediciones de indicadores Generales de las Funciones en estudio.
- Cumplimiento de las Funciones Esenciales en Guatemala.
- Cumplimiento de los Resultados y Procesos Claves.
- Desarrollo de Capacidades e Infraestructura
- Desarrollo de las Competencias Descentralizadas

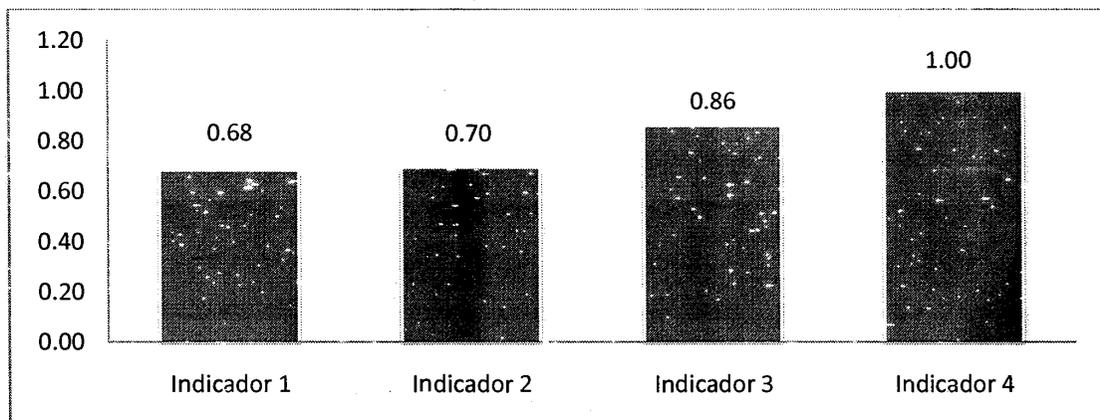
6.1 PROMEDIO DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES GENERALES DE LAS FUNCIONES EN ESTUDIO

GRÁFICO 1
Promedio de los resultados de los indicadores generales de la FESP 5 del test realizado por personal de la unidad de planificación estratégica del ministerio de salud pública y asistencia social julio 2012



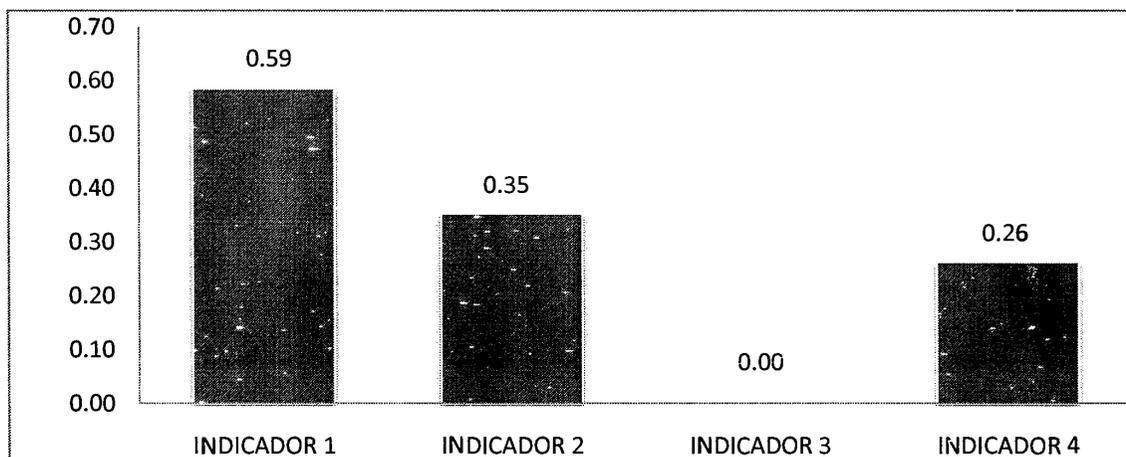
Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

GRÁFICO 2.
Promedio de los resultados de los indicadores generales de la FESP 7 del test
realizado por personal del sistema integral de atención en salud -SIASs- del
ministerio de salud pública y asistencia social
julio 2012



Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012.

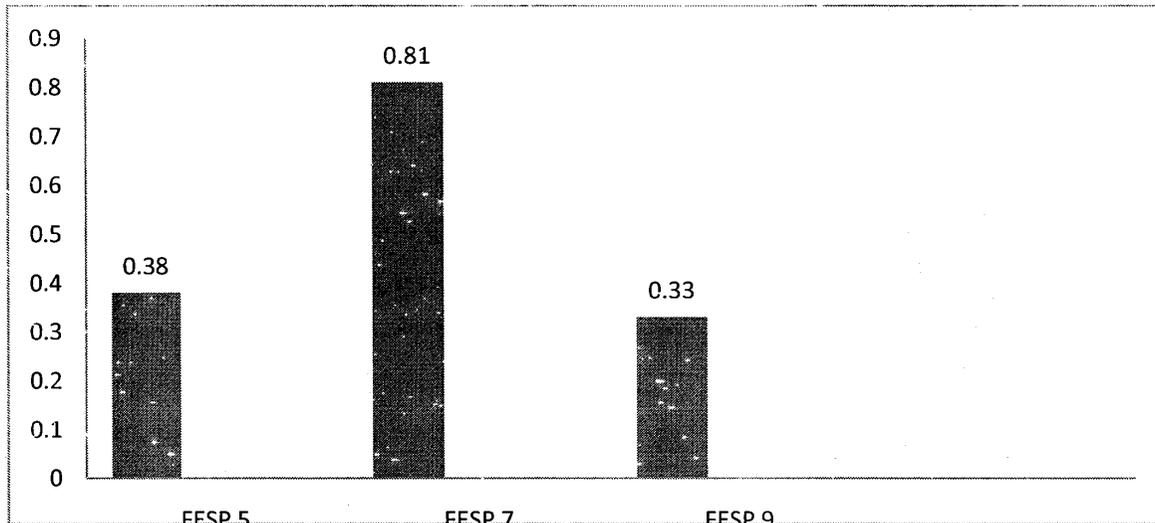
GRÁFICO 3
Promedio de los resultados de los indicadores generales de la FESP 9 del test
realizado por personal de la unidad de supervisión, monitoreo y evaluación,
departamento de vigilancia epidemiológica y sistema de información del instituto de
salud influyente del ministerio de salud pública y asistencia social y del proyecto
calidad en salud de la agencia de los estados unidos para el desarrollo
internacional por sus siglas en inglés -USAID-
julio 2012



Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

6.2 CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA

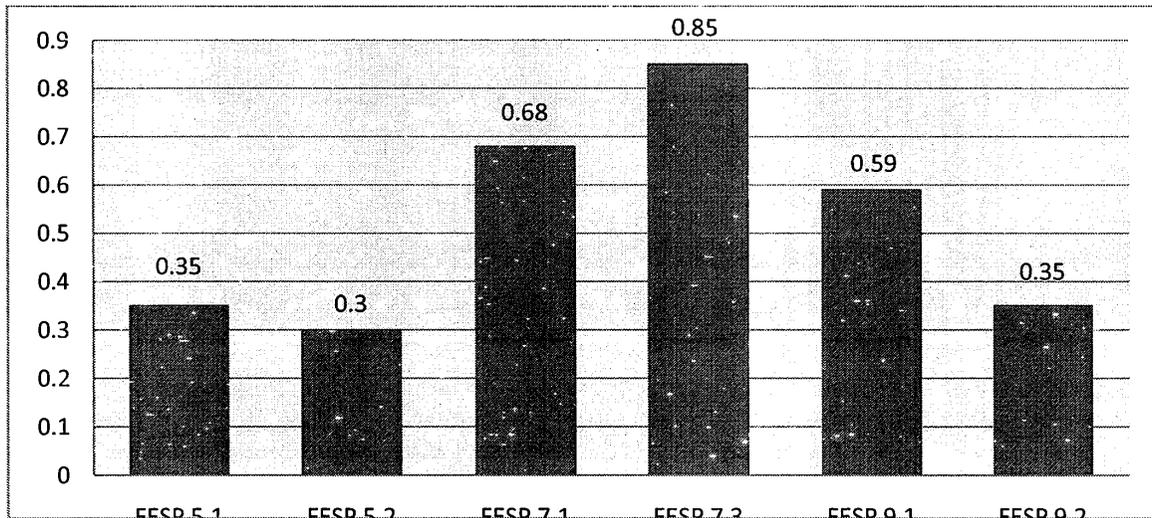
GRÁFICO 3.
Cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública en Guatemala



Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

6.3 CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS Y PROCESOS CLAVES

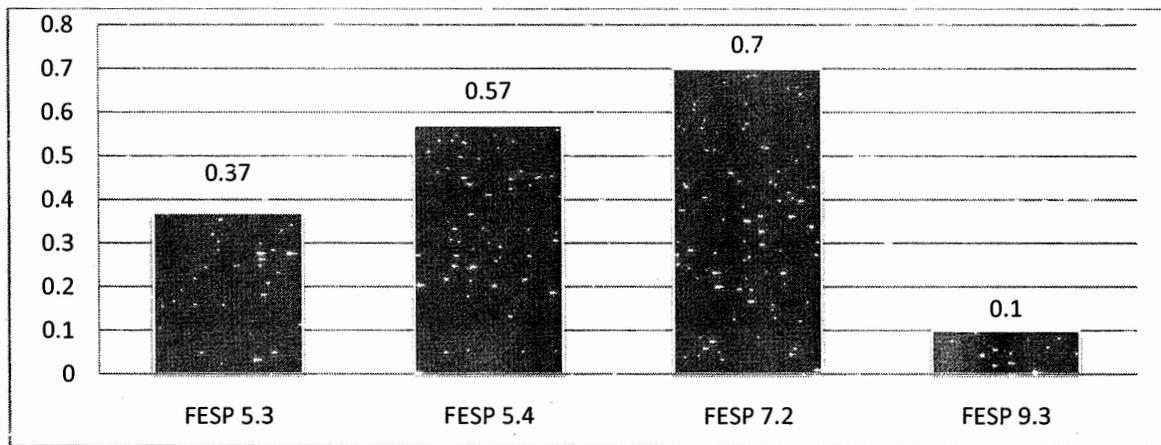
GRÁFICO 4
Valor de los indicadores para el cumplimiento de los resultados y procesos claves



Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

6.4 DESARROLLO DE CAPACIDADES E INFRAESTRUCTURA

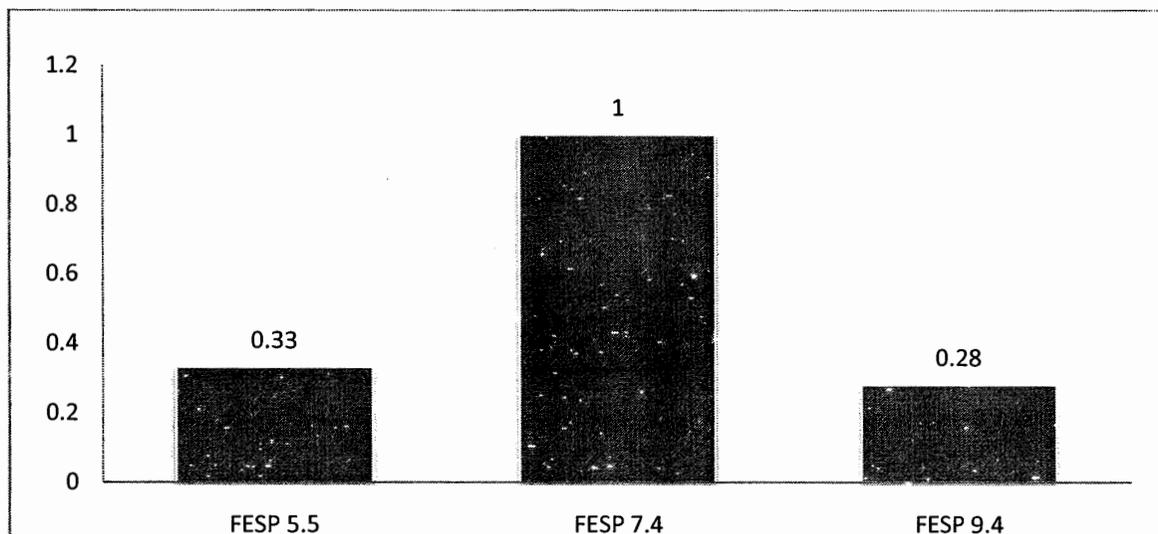
GRÁFICA 5
Valor de los indicadores para el desarrollo de capacidades e infraestructura



Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

6.5 DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DESCENTRALIZADAS

GRÁFICO 6
Valor de los indicadores para el desarrollo de las competencias descentralizadas



Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

7. DISCUSIÓN

7.1 COMPARACIÓN Y PROMEDIO DE MEDICIONES DE INDICADORES GENERALES DE LAS FUNCIONES EN ESTUDIO

En los resultados de la Fesp 5 se puede observar: Indicador 1 que obtuvo una puntuación de 0.36, indicador 2 con 0.31, indicador 3 con 0.38, indicador 4 con 0.56, indicador 5 con 0.34. Que es poco el trabajo que se realiza para tener una definición Nacional de los objetivos de Salud Pública. Y no se evalúa el desarrollo y monitoreo de las mismas, debido a la poca capacidad institucional que se tiene para que se lleve a cabo. Los funcionarios entrevistados, opinan que se posee una buena gestión de la cooperación internacional en la Salud Pública, pero no se lleva a cabo una asesoría debida en los niveles Sub-Nacionales, y la gestión de la cooperación ocurre mayoritariamente a nivel central.

Con los resultados de la Fesp 7 se puede observar: Indicador 1 con resultado de 0.68, indicador 2 con 0.70, indicador 3 con 0.86, indicador 4 con 1.00; se apoya la eficiencia de monitoreo del acceso a los servicios de salud, los mecanismos para acercar los programas a las personas y la abogacía provienen de las jefaturas y direcciones de los principales programas del Ministerio de Salud Pública, siendo apoyados por las unidades de evaluación y por la jefatura del SIAS, por ser departamentos con mayor conocimiento sobre las acciones realizadas y se ven disminuidos en todas la mayoría de categorías por parte de la supervisión de áreas de salud, probablemente por la falta de información, datos distintos o pobre acceso a ellos. En general, los datos coincidos de forma general sobrepasan la mayoría del porcentaje necesario en todas las categorías para definir acciones realizadas o propuestas como buenas independientemente de los resultados que puedan obtenerse, lo que indica que si existen las propuestas aun cuando no se lleven a cabo. Por otro lado se coincide entre todos los funcionarios sobre el eficiente apoyo técnico y asesoría de parte de las autoridades de salud nacional hacia los niveles subnacionales y la promoción en salud que ellos realizan para el acceso de los servicios de salud.

Con los resultados de la Fesp 9 se puede observar: Indicador 1 con 0.59, indicador 2 con 0.35, indicador 3 con 0.00, indicador 4 con 0.26; podemos evaluar que existe una definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, sin embargo los entrevistados difieren en

cuanto a la mejoría de la satisfacción de los usuarios de servicios de salud , se coincide en que NO existe un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar las decisiones en salud pública a pesar de que existe una asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales y nacionales para asegurar la calidad de los servicio, por lo cual no se puede medir el indicador 3. Durante la entrevista el 75% de los entrevistados mencionaron que este sistema se desarrolla de mejor manera en el altiplano del país donde hay más programas para evaluar y mejorar la calidad en salud individual y colectiva.

7.2 CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES EN GUATEMALA

Según los valores propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (25) evaluamos el resultado de la siguiente manera:

VALOR	DEFINICIÓN
0.76 – 1	Excelente
0.51 -0.75	Bueno
0.26 - 0.50	Regular
0 – 0.25	Malo

Con lo que podemos clasificar el funcionamiento de las FESP en Guatemala de la siguiente manera:

- Acceso Equitativo a los Servicios de Salud Necesarios (FESP 7): posee un desarrollo excelente en nuestro país dado por un puntaje de 0.81 sobre 1, siendo el resultado del promedio de sus indicadores:
 - Indicador 1: 0.68 / 1
 - Indicador 2: 0.70 / 1
 - Indicador 3: 0.86 / 1
 - Indicador 4: 1 / 1
- Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional para la Planificación y Gestión en Materia de Salud Publica (FESP 5): Regular efectividad dado por un puntaje de 0.38 sobre 1, siendo resultado del promedio de sus indicadores:
 - Indicador 1: 0.36 / 1
 - Indicador 2: 0.31 / 1
 - Indicador 3: 0.38 / 1
 - Indicador 4: 0.56 / 1
 - Indicador 5: 0.34 / 1

- Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individuales y Colectivos (FESP No9): Regular efectividad dado por un puntaje de 0.33 sobre 1, siendo el resultado del promedio de sus indicadores:
 - Indicador 1: 0.59 / 1
 - Indicador 2: 0.35 / 1
 - Indicador 3: 0.00 / 1
 - Indicador 4: 0.26 / 1

Utilizando un valor de referencia para los países de la región de 0.56 (16) se observa que:

- ❖ FESP 7: Fortaleza
- ❖ FESP 5: Debilidad
- ❖ FESP 9: Debilidad

7.3 CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS Y PROCESOS CLAVES

El cumplimiento de los resultados y procesos claves se logra evaluando los siguientes indicadores:

Indicadores 5.1: con un resultado 0.35. La definición Nacional y Sub-Nacional de objetivos en Salud Pública: No se logran ya que el Ministerio de Salud Pública lidera un proceso nacional de mejoramiento de salud, pero no existe un desarrollo de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales; son pocos los indicadores para medir el logro de los objetivos sanitarios que se proponen. Y se realiza una evaluación a sus actuales y potenciales aliados para determinar el grado de apoyo y compromiso en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso nacional de mejoría de la Salud.

Indicador 5.2: con un resultado de 0.30. Desarrollo, monitoreo y evaluación de las Políticas de Salud Pública: No se logra porque el Ministerio de Salud como ente rector, no se asume el liderazgo en el desarrollo de la agenda Nacional de Políticas de Salud Pública, no hay una coordinación de actividades Nacionales para que haya una participación social y así lograr la definición de la Política Nacional de Salud Pública.

Indicador 7.1: con un resultado de 0.68. Monitoreo y Evaluación del acceso a los servicios de Salud Necesarios: El Ministerio de Salud como ente rector, conduce una evaluación nacional del acceso a los servicios de salud colectivos necesarios, por

medio de la evaluación de las coberturas que se logran en el país, se logra identificar las barreras de acceso a los cuidados de salud, y se trabaja en eliminarlas para obtener un mejor resultado y promover una equidad en el acceso de a los servicios esenciales de salud.

Indicador 7.3: con un resultado de 0.85. Abogacía y Acción para mejorar el acceso a los Servicios de Salud Necesarios: Esto se logra a través del desarrollo de procesos de abogacía con otros actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios y ejecutando acciones directas para mejorar su acceso.

Indicador 9.1: con un resultado de 0.59. Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo: Se logra gracias a la implementación de políticas para la mejoría continua de la calidad de los servicios de Salud; además se establece estándares y evalúa periódicamente la calidad de los servicios de Salud individuales y colectivos en todo el país.

Indicador 9.2: con un resultado de 0.35. Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud: Este rubro no se logra ya que no se estimula activamente a la comunidad para evaluar el grado de satisfacción del público con los servicios de Salud en general. La evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios de Salud individuales y colectivos, es deficiente o simplemente no se lleva a cabo.

7.4 DESARROLLO DE CAPACIDADES E INFRAESTRUCTURA

Se evalúa según el resultado de los siguientes indicadores:

Indicador 5.3: con un resultado de 0.37. Desarrollo de la Capacidad Institucional de Gestión de la Salud Pública: No se logra por el poco desarrollo de la capacidad institucional para tomar decisiones basadas en evidencia, y así lograr una planificación estratégica adecuada, por la poca la capacidad que se tiene para gestionar recursos.

Indicador 5.4: con un resultado de 0.57. Gestión de la Cooperación Internacional en Salud Pública: El Ministerio de Salud cuenta con las capacidades y recursos para conducir, negociar y llevar a cabo procesos de cooperación internacional en el área de Salud Pública, a nivel central y no de forma descentralizada. Aun así, se logra la cooperación internacional.

Indicador 7.2: con un resultado de 0.7. Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población: Se logra por el personal especializado en programas de acercamiento a la comunidad dirigidos a mejorar la utilización de los servicios de salud, que además es capaz de informar a los ciudadanos acerca del acceso a los Servicios de Salud, disminuyendo las barreras lingüísticas y culturales, focalizando acciones en poblaciones de difícil acceso, apoyando a poblaciones vulnerables para que reciban los servicios necesarios. Se utilizan métodos innovativos de atención para promover el acceso a los servicios.

Indicador 9. 3: con un resultado de 0.1: Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública: Hay un poco avance debido al pobre desarrollo y estimulación de sistemas de gestión tecnológica en Salud. No se utiliza las metodologías disponibles para la evaluación de las tecnologías. Además no hay una evaluación regularmente de la capacidad nacional de desarrollar gestión de tecnologías y de conducir evaluaciones de tecnologías.

7.5 DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DESCENTRALIZADAS

Se evaluó según el resultado de los siguientes indicadores:

Indicador 5.5: con un resultado de 0.33. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la Salud Pública: Existe un asesoramiento técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de actividades de salud publica pero no se cuenta con los sistemas necesarios para detectar en forma rápida y precisa las necesidades de mejoramiento de la gestión de los niveles subnacionales.

Indicador 7.4: con un resultado de 1. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de Salud Publica en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud: Obtiene un mayor puntaje debido a que se asiste a los niveles subnacionales de un acceso equitativo a los servicios de salud necesario, definiendo un conjunto básico de servicios de salud individuales y colectivos, coordinando los roles y responsabilidades de los proveedores de servicios en la entrega de tales servicios a poblaciones subatendidas. Hay una identificación de las necesidades insatisfechas de acceso de personas, se eliminan las barreras para acceder a servicios adecuados de salud. Se coordinan programas complementarios

que promueven actividades de acercamiento a la comunidad y de acceso equitativo a los servicios de salud.

Indicador 9.4: con un resultado de 0.28. Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud para asegurar la calidad de los servicios: No hay una metodología estandarizada para la recolección y el análisis de datos relacionados con la calidad de los servicios de Salud Pública, lo que ocasiona que la información no consigue llegar y ser evaluada a nivel central.

8. CONCLUSIONES

- 8.1 Las políticas que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para mejorar la salud de la población y su relación con las Funciones Esenciales de la Salud Pública son en base a la Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud necesarios.
- 8.2 Los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento de la salud pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social son: el desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la Salud Pública, Gestión de la cooperación internación de la Salud Pública, desarrollo de conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población e integrar un sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en Salud Pública.
- 8.3 Los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social son: el monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios, desarrollo de conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población, accionar para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios y asesorar a los niveles subnacionales de Salud Pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud.
- 8.4 Los elementos contenidos en las políticas de salud que tienen relación con la seguridad de la calidad en los servicios de salud por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social son: definir estándares y evaluar la mejora de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, mejorar la satisfacción de los usuarios con los servicios de Salud y brindar asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y asegurar la calidad de los servicios.
- 8.5 Se acepta la hipótesis nula que las funciones esenciales de la Salud Pública no rigen las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

9. RECOMENDACIONES

A la Decanatura de la Facultad de Ciencias Médicas y el Centro de Investigaciones de Ciencias de la Salud:

- 9.1 Realizar la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública restantes.
- 9.2 Informar a los distintos sectores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de forma unificada sobre los resultados obtenidos del monitoreo y evaluación al acceso equitativo de los servicios de salud.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 9.3 Promover el desarrollo de Objetivos de Salud Pública en todos los niveles, medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- 9.4 Fomentar el desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones políticas en materia de Salud Pública, a través de un proceso participativo, coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan esas decisiones.
- 9.5 Fortalecer la capacidad institucional para la gestión de los sistemas de Salud Pública, incluida la planificación estratégica, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- 9.6 Promover la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- 9.7 Desarrollar acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones en materia de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, sin incluir la financiación de esta atención.

- 9.8 El seguimiento y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios, por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multitécnico y multicultural, que permita trabajar con diversos organismos e instituciones con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios.
- 9.9 Promover la implantación de sistemas de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de Salud.
- 9.10 Fomentar a la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de la garantía y mejora de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación.
- 9.11 Crear un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y que contribuya a mejorar su calidad.

10. APORTES

- 10.1 Se retoma el uso de las Funciones Esenciales de la Salud Pública -FESP- como una herramienta de evaluación de desempeño del ente rector en salud, en este caso el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pero que además trasciende a sector Salud ayudando así, a su fortalecimiento.
- 10.2 Se proporciona al ente rector en salud una sistematización de los principales resultados de la evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública 5, 7 y 9.
- 10.3 Como resultado de la sistematización se efectúa una serie de recomendaciones para mejorar el desempeño del ente rector en salud.
- 10.4 Se realiza el estudio, utilizando los indicadores de la Organización Panamericana de la Salud, tras una década de su última evaluación.
- 10.5 El presente estudio fomenta la evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública restantes, ya que proporciona una línea de investigación para la Facultad de Ciencias Medicas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marecos E. Conceptos claves acerca de salud. Rev Posgrado Vía. Cátedra Med Fac. Med Universidad Nacional del Nordeste [en línea] 2001 Sep. [accesado 23 Mayo 2012] 108. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista108/con_claves_salud.html
2. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: políticas nacionales de salud/funciones esenciales de la salud pública. [en línea] Washington: OPS;2012 Ene. [accesado 24 Mayo 2012]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/lachealthsys.htm>
3. Hernández Mack L. Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010. [en línea] Guatemala: PNUD; 2011 (Cuaderno de Desarrollo Humano; 6) [accesado 24 Mayo 2012] Disponible en:
<http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/CuadernoPoliticadesaludGuatemala1985sep2011.pdf>
4. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. [en línea] 2002 Mayo-Jun. [accesado 23 Mayo 2012] 11(5): 302-309. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.phpscript_textpid10
5. Valladares R. Situación y tendencias del financiamiento de la salud en Guatemala. PHR plus [en línea] 2006. [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
http://www.usaid.gov/gt/docs/financiamiento_salud.pdf
6. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Pública [en línea] 2000. [accesado 23 Mayo 2012]. 8(1/2): ¿? Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
7. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. New Jersey: Princeton University Press; 1990.

8. Organización Panamericana de la Salud. ASDI editores. Exclusión en salud en países de América latina y el Caribe (Serie Extensión de la Protección Social en Salud; 1) [en línea] Washington, DC; 2003. [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
http://www.opas.org.br/servico/temas_documento_detalhe.cfm?CodSubTema=179&CodEspecifico=5465

9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. [en línea] Montevideo, CEPAL; 2006. [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
<http://books.google.com.gt/books/ComisionparaAmericaLatinayelCaribe.Laproteccion-social-de-cara-al-futuro-acceso-financiamiento-y-solidaridad.Montevideo>

10. Molina C, Nuñez J editores. ¿Universal, dual o plural? modelos y dilemas de atención de la salud en América latina: Chile, Brasil y Colombia. [en línea] Washington, DC: BID; 2001 [accesado 24 Mayo 2012] Disponible en :
<http://books.google.com.gt/ModelosydilemasdeatenciondelasaludenAmericaLatinaChileBrasilColombia>

11. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre extensión de la protección social en salud. [en línea] Washington, DC: OPS OIT; 2005. [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/iss.pdf>

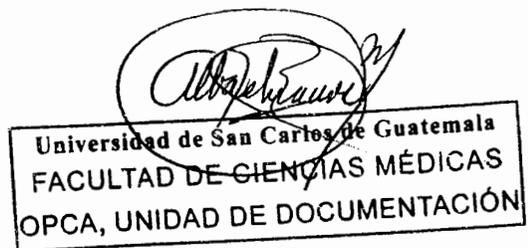
12. Organización Mundial de la Salud. Resumen de la Asamblea Mundial de la Salud 2004. [en línea]. Ginebra: OMS; 2005. [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
<http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf/files/waha2004rec3/sp.pdf>

13. Organización Panamericana de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. [en línea] Washington: OPS; 2002. [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-3-s.pdf>

14. Pan American Health Organization. Major trends in health legislation in the english speaking Caribbean 2001–2005. [en línea] Washington, DC: PAHO; 2006 [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
<http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/health-legislation-trends.htm>.
15. LAC HSRI. Methodology for monitoring and evaluating health sector reform in Latin America and The Caribbean. [en línea] Washington DC: OPS; 1998. [accesado 23 Mayo 2012] Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/01-Methodology_Monitoring_Evaluation_HSR_LAC.pdf
16. Mullan F. Don Quixote, Machiavelli And Robin Hood: public health practice, past and present. Am J Public Health [en línea] 2000 [accesado 23 Mayo 2012] 90 (5):702–706. Disponible en:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446241/pdf/10800417.pdf
17. Desafíos de la educación en salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales en salud pública. [en línea] Washington, D.C.: OPS/OMS; 2000 [accesado 23 Mayo 2012] Disponible en:
http://books.google.com.gt/books?id=_OirLmwdcO0C&printsec=frontcover&dq=Desaf%C3%ADos+de+la+educaci%C3%B3n+en+salud+p%C3%BAblica:+la+reforma+sectorial+y+las+funciones+esenciales+en+salud+p%C3%BAblica&source=bl&ots=utlV-UqIFg&sig=Md611T9M8s1wDQvxZeiR1cnkSX8&hl=es&sa=X&ei=N6c2UJeEKI2s8QTIrYG4AQ&ved=0CC0Q6AEwAA
18. Musgrove P. Public and private roles in health: theory and financing patterns [en línea] Washington, D.C.: World Bank; 1996 (hnp discussion paper) [accesado 23 Mayo 2012] Disponible en:
http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1996/08/01/000009265_3961219094216/Rendered/PDF/multi0page.pdf
19. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. XI Reunión Consejo Directivo: la rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. [en línea] Washington, D.C.: OPS/OMS; 1997 [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

20. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 2da. Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública: reforma sectorial y funciones esenciales de salud pública; desafío para el desarrollo de recursos humanos. [en línea] Washington, DC: 1998 Mex. Nov 11–13 [accesado 23 May 2012]. Disponible en:
http://books.google.com.gt/books?id=_OirLmwdcO0C&printsec=frontcover&dq=Desaf%C3%ADos+para+la+educaci%C3%B3n+en+salud+p%C3%ABlica.+La+reforma+sectorial+y+las+funciones+esenciales+de+salud+p%C3%ABlica&source=bl&ots=utIV-VilGi&sig=auVCYNZursnsleJSfkLomHblxI8&hl=es&sa=X&ei=E682UNnKD4am9gTytoHoDA&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=Desaf%C3%ADos%20para%20la%20educaci%C3%B3n%20en%20salud%20p%C3%ABlica.%20La%20reforma%20sectorial%20y%20las%20funciones%20esenciales%20de%20salud%20p%C3%ABlica&f=false
21. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. World Health Stat Q. [en línea]: 1998; 51(1):44-54 [accesado 23 Mayo 2012]. Disponible en:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9675808
22. Mays GP, Halverson PK, Miller CA. Assessing the performance of local public health systems: a survey of a state health agency efforts. Am J Public Health. [en línea] 2006 Jan; [accesado 23 Mayo 2012] 96(1): 167–172. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470433/>
23. Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de la República: Artículo 94, obligación del estado sobre salud y asistencia social. Guatemala: ANC; 1985.
24. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. 42° Consejo Directivo: funciones esenciales de salud pública. [en línea] Washington, D.C: OPS/OMS; 2000. [accesado 23 Mayo 2012] 26(17) Disponible en:
http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_15-s.pdf

25. Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria. [en línea] México D.F:1996; ONU/PNUD [accesado 23 Mayo 2012] Disponible en:
<http://200.12.63.122/Docs/PAZ/ACUERDO%20SOBRE%20ASPECTOS%20SOCIOECONOMICOS%20Y%20SITUACION%20AGRARIA.pdf>



12. ANEXOS

12.1. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE FESP

FUNCIÓN ESENCIAL N° 5: DESARROLLO DE POLÍTICAS Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

Definición

Esta función requiere de:

1. La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean mensurables y consistentes con un marco valórico que favorezca la equidad.
2. El desarrollo, monitoreo y evaluación de las decisiones políticas en salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el cual esta se desarrollan.
3. La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica, con énfasis en los procesos de construcción, implementación y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
4. El desarrollo de competencias para la toma de decisiones basada en evidencia incorporando su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y comunicación efectiva, el desarrollo organizacional y la gestión de recursos.
5. El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública.

Indicadores:

- 1.1 La definición nacional y subnacional de objetivos en salud pública

Estándar

La Asamblea de Salud Nacional :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Cuenta con un proceso de definición de objetivos para el mejoramiento de la salud de la población, en el nivel nacional y subnacional, considerando el perfil actual de salud y coherente con el contexto económico y político del país. |
|---|

2. Apoya la identificación de prioridades sanitarias considerando la heterogeneidad del país, recomendando objetivos en salud mensurables y proponiendo un trabajo conjunto que acompañe la consecución de estos objetivos.
3. Asegura la coherencia de objetivos de salud nacionales y subnacionales
4. Identifica y coordina actores y organizaciones responsables de la definición nacional y subnacional de objetivos sanitarios.
5. Identifica y desarrolla indicadores de éxito y mediciones de estos resultados como parte de un amplio y continuo plan de mejoramiento del estado de salud.
6. Promueve y facilita el desarrollo de alianzas con asociaciones y grupos claves que participan en el financiamiento, compra y provisión de servicios de salud.

1. ¿La ASN lidera un proceso nacional de mejoramiento de salud dirigido al desarrollo de objetivos sanitarios nacionales y subnacionales?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Solicita aportes a actores claves en la identificación de prioridades en los niveles nacionales y subnacionales?
2. ¿Desarrolla un plan con metas y objetivos nacionales relacionados estrechamente con las prioridades sanitarias de períodos determinados?

Si es así:

1. ¿Estas metas y objetivos de salud están basados en el perfil actual de situación de salud?
2. ¿Los objetivos de salud están basados en la definición previa de prioridades sanitarias?
3. ¿Los objetivos sanitarios son consistentes con otros objetivos de desarrollo nacional relacionados con las políticas sociales?
4. ¿Existen adecuados mecanismos de financiamiento para ejecutar los planes y programas dirigidos a lograr los objetivos sanitarios?

5. ¿La ASN solicita aportes a representantes de la comunidad para la definición de objetivos sanitarios?
6. ¿La ASN identifica actores y organizaciones responsables de alcanzar los objetivos sanitarios definidos?
7. ¿La ASN desarrolla indicadores de desempeño para medir el cumplimiento de los objetivos sanitarios definidos?

Si es así:

1. ¿Este proceso incluye indicadores para cada política, actividad y/o componente del plan?
8. ¿Se incorpora a otras organizaciones que contribuyen o se benefician de las mejoras del perfil de salud en el desarrollo de estos indicadores?
2. La ASN ¿Utiliza los indicadores para medir el logro de los objetivos sanitarios?

En todo caso:

1. ¿Estos indicadores se monitorean y evalúan a través de un proceso participativo?

Si es así, este proceso participativo:

1. ¿Incluye actores claves relacionados con el financiamiento de los cuidados de salud?
2. ¿Incluye actores claves involucrados en la compra de servicios de salud (gestión del financiamiento de los cuidados de salud)?
3. ¿Incluye actores claves de la provisión de servicios de salud?
4. ¿Contribuye a implementar una política nacional de salud?
3. La ASN, ¿Evalúa a sus actuales y potenciales aliados para determinar el grado de apoyo y compromiso en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso nacional de mejoría de la salud?

En todo caso:

1. ¿Se evalúa este proceso con el sector público de salud?
2. ¿Se evalúa este proceso con el sector privado de salud?
3. ¿Los resultados de la última evaluación indican que los aliados están bien identificados y preparados para asumir sus responsabilidades en el proceso nacional de mejoría de la salud?
4. ¿Los resultados de la evaluación ayudan al desarrollo de alianzas con actores claves en el sector público y privado?

1.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública

Estándar

La ASN:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Asume el liderazgo en la definición de políticas de salud pública e incorpora a los poderes ejecutivo y legislativo del gobierno, líderes de opinión y sociedad civil en este proceso.2. Desarrolla una aproximación plural para informar o influir en la generación de políticas de salud pública sustentables y de regulación en el país.3. Periódicamente monitorea y evalúa los procesos de desarrollo de políticas y está preparada para realizar las acciones necesarias orientadas a relevar el impacto potencial de las políticas en la salud de las personas. |
|---|

1. La ASN, ¿Asume el liderazgo en el desarrollo de la agenda nacional de políticas de salud pública?

En todo caso:

1. ¿Esta agenda es consistente con los objetivos nacionales que han sido definidos por la ASN y sus aliados, y que se describe en el indicador 5.1.1?
2. ¿Esta agenda tiene el respaldo y aprobación del más alto nivel del poder Ejecutivo?
3. ¿Esta agenda cuenta con el respaldo y aprobación del Poder Legislativo?

4. ¿La ASN solicita y considera los aportes de otros tomadores de decisión responsables de la generación de políticas de salud y de la preparación de esta agenda?
5. ¿La ASN solicita y considera los aportes de la sociedad civil en la formulación de la política nacional de salud pública?
2. ¿La ASN coordina actividades nacionales de participación social para la definición de la política nacional de salud pública?

En todo caso, estas actividades incluyen:

1. ¿La generación de acuerdos en salud pública respecto de áreas de importancia nacional?
2. ¿La facilitación de foros de opinión pública para recoger testimonios y construir consensos respecto de temas relevantes de la salud pública?
3. ¿La comunicación con comités nacionales y asesores que son responsables de las políticas de desarrollo?
4. ¿La preparación negociada de legislación sanitaria que sustente la definición de la política nacional de salud pública?
5. ¿La ASN comparte esta agenda con otros involucrados del nivel nacional y de los niveles subnacionales?

Si es así, esto incluye:

1. ¿Sindicatos?
 2. ¿Asociaciones profesionales?
 3. ¿Grupos privados?
 4. ¿Municipios?
 5. ¿Grupos de consumidores?
 6. ¿Organizaciones comunitarias?
 7. ¿Organizaciones no gubernamentales?
-
6. La ASN ¿Desarrolla políticas que se traducen en cuerpos legales y regulación en salud pública?

Si es así:

1. ¿Puede dar un ejemplo específico de ley o regulación elaborada en el último año?
3. La ASN, ¿Monitorea y evalúa las actuales políticas de salud pública para medir su impacto?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Alerta a los tomadores de decisión y público en general, acerca del impacto que pueden tener los resultados derivados de la implementación de las políticas de salud pública?
2. ¿Usa la evaluación para definir e implementar políticas de salud?
3. ¿Tiene personal con la experiencia y capacidades necesarias para definir e implementar las políticas de salud pública?

Si es así, esta experiencia y capacidades incluye habilidades en:

1. ¿Elaboración de propuestas en políticas de salud pública?
 2. ¿Elaboración de propuestas de legislación en salud pública?
 3. ¿Conducción de foros públicos para la definición de políticas de salud pública?
 4. ¿Priorización de temas de política de salud pública?
- 1.1 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública

Estándar

La ASN tiene capacidades de gestión en:

5.3.1 Liderazgo y comunicación

1. Asegura que su liderazgo es capaz de conducir al sistema de salud en la dirección de una visión claramente articulada con estándares de excelencia claramente definidos.
2. Provee los recursos y estrategias necesarias para alcanzarlos.

3. Posee el personal calificado necesario para una efectiva comunicación de la visión y estrategias de implementación sobre la base de una aproximación sistémica.

5.3.2 Toma de decisiones basada en la evidencia

1. Cuenta con las competencias y los recursos para recolectar, analizar y evaluar datos de diferentes fuentes dirigidos a desarrollar las capacidades de gestión basada en evidencia, que incluye el apoyo a los procesos de planificación, toma de decisiones y evaluación de las intervenciones.
2. Facilita el acceso a fuentes de datos pertinentes para apoyar los procesos de toma de decisiones y asegura que estas fuentes sean usadas en los niveles intermedios y locales.
3. Garantiza un análisis sistemático de la información sobre resultados de sus intervenciones y cuenta con el personal necesario para conducir este análisis.
4. Utiliza la investigación acerca de la operación de sistemas de salud para proveer de información al proceso de toma de decisiones.

5.3.3 Planificación estratégica

1. Cuenta con la capacidad institucional para implementar procesos de planificación en salud de áreas estratégicas, basada en información relevante y válida.
2. Genera y asegura la viabilidad de los planes estratégicos a través de medidas para la construcción de alianzas con la sociedad civil orientadas a responder a las necesidades de salud.
3. Garantiza que se han implementado las medidas necesarias para coordinar la planificación y esfuerzos colaborativos con otras agencias y la comunidad.
4. Garantiza la coordinación y coherencia entre el nivel nacional y subnacional para los procesos de planificación en salud pública en la implementación por parte de los niveles subnacionales de diversas estrategias de desarrollo.

5.3.4 *Desarrollo organizacional*

1. Establece una cultura, procesos y estructura organizacionales, cuyo aprendizaje y trabajo se basa en una continua retroalimentación respecto de los cambios del medio externo y en garantizar su óptimo desempeño.
2. Facilita la participación y acceso del personal institucional y de la comunidad en la resolución de los problemas de salud pública.
3. Asegura la existencia de competencias internas necesarias para abordar las relaciones interinstitucionales, el manejo de conflictos, el trabajo en equipo y el desarrollo organizacional, con el fin de conducir a la institución hacia la visión acordada previamente y para responder dentro de estándares de excelencia.

5.3.5 *Gestión de recursos*

1. Garantiza la disponibilidad de los recursos necesarios para el desarrollo de herramientas indispensables para su operación, que incluye elementos financieros, técnicos y humanos que permitan su asignación eficiente y en función de las prioridades definidas.
2. Cuenta con la capacidad de gestión de recursos necesaria para garantizar eficiencia, calidad y equidad en el acceso al cuidado de la salud.
3. Empodera su personal para fortalecer la capacidad de los proveedores y gestores en todos los niveles del sistema de salud en materias de diseño, implementación y gestión de sistemas de apoyo efectivos para lograr un sistema de salud integrado.

1. La ASN ¿Desarrolla la capacidad institucional para ejercer el liderazgo en la gestión de salud?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Posee las capacidades de gestión necesarias para ejercer su liderazgo en el sistema de salud?

Si es así, estas capacidades incluyen:

1. ¿Herramientas para la construcción de consensos?
 2. ¿Promoción de la colaboración intrasectorial?
 3. ¿Resolución de conflictos?
 4. ¿Técnicas de comunicación?
 5. ¿Movilización de recursos?
 6. ¿Promoción de la colaboración intersectorial?
-
2. ¿Utiliza su liderazgo para conducir al sistema de salud hacia los objetivos sanitarios definidos?
 3. ¿Cuenta con suficiente personal capacitado para la comunicación efectiva de la visión y de las estrategias que permiten su operación con enfoque sistémico?
-
2. La ASN ¿Desarrolla la capacidad institucional para toma de decisiones basada en evidencia?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Cuenta con capacidades para una gestión basada en evidencia en los procesos de planificación, toma de decisiones y evaluación de actividades?

Si es así, la ASN:

1. ¿Posee las capacidades necesarias para recolectar, analizar, integrar y evaluar información proveniente de diversas fuentes?
2. ¿Cuenta con sistemas de información capaces de procesar la información recolectada y construir una base de datos que pueda ser usada en los procesos de planificación?

Si es así, el procesamiento de datos que alimentan la base de datos dan cuenta de:

1. ¿Los recursos existentes en el sector salud?
 2. ¿Análisis de costos?
 3. ¿Producción de servicios?
 4. ¿Calidad de los servicios?
-
3. ¿Utiliza la información de diversas fuentes para mejorar la toma de decisiones en la gestión de los servicios de salud pública en todos los niveles?
 4. ¿Estimula y facilita el uso de información del estado salud de la comunidad en la toma de decisiones?
 5. ¿Cuenta con personal calificado para el uso de la información para la toma de decisiones basada en evidencia?

Si es así:

1. ¿Este personal produce la información en formatos simples?
2. ¿Utiliza metodologías científicas de investigación de los sistemas de salud para informar la toma de decisiones y los procesos de evaluación?
3. ¿Cuenta con sistemas de supervisión y evaluación que miden el alcance de metas y objetivos definidos?
4. ¿Cuenta con indicadores de desempeño claros y bien definidos como parte integral del sistema de salud?

Si es así, estos indicadores de desempeño:

1. ¿Se recolecta y analiza basándose en la obtención consistente y sistemática de información?
2. ¿Se utilizan para el mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud?

3. ¿Puede dar un ejemplo de estos indicadores de desempeño en uso?

5. ¿Cuenta con personal calificado para la comunicación efectiva de resultados de sus acciones?

5.3.3. La ASN ¿Desarrolla la capacidad institucional de planificación estratégica?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Cuenta con el personal con la experiencia y capacidades necesarias para el diseño e implementación de procesos de planificación estratégica?
2. ¿Utiliza la planificación estratégica como parte de sus actividades y operaciones?

Si es así:

1. La ASN ¿Ha llevado a cabo un proceso de planificación estratégica en el último año?

Si es así, este proceso:

1. ¿Define la visión y misión de la ASN?
2. ¿Analiza las fortalezas y debilidades de la ASN?
3. ¿Identifica oportunidades y amenazas para la ASN?
4. ¿Define objetivos y estrategias para la ASN?
5. ¿Logra la construcción de alianzas para la implementación de ese plan estratégico?
6. ¿Define mediante consenso, las tareas y responsabilidades necesarias para llevar a cabo el proceso?
7. ¿Realiza su evaluación sistemática y en forma iterativa?

2. ¿Coordina esta planificación estratégica y las actividades colaborativas con otras instituciones?

5.3.4 La ASN ¿Mantiene un proceso permanente de desarrollo organizacional?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Cuenta con una visión organizacional clara y compartida?
2. ¿Garantiza que posee una cultura, procesos y estructura organizacional que continuamente aprende de los cambios en el medio externo y adecua sus respuestas a estos cambios?

Si es así, la ASN:

1. ¿Examina su cultura organizacional?
2. ¿Realiza una evaluación del desempeño de toda la organización?

Si es así:

1. ¿Esta evaluación es utilizada para adecuar sus respuestas a los cambios en el medio externo?
3. ¿Define estándares de excelencia?

Si es así, la ASN:

1. ¿Desarrolla las estrategias necesarias para alcanzar estos estándares?
2. ¿Entrega los recursos necesarios para cumplir con estos estándares?
3. ¿Facilita la implementación de estos estándares en la práctica habitual?
4. ¿Cuenta con una cultura organizacional que asegura el empoderamiento del personal en función de su propio desarrollo?

3. La ASN ¿Desarrolla la capacidad institucional de gestión de recursos?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Cuenta con las capacidades para gestionar recursos?

Si es así, la ASN:

1. ¿Cuenta con las habilidades para reasignar los recursos en función de las prioridades y necesidades de cambio institucional?

Si es así:

1. ¿Puede dar un ejemplo de reasignación de recursos durante el último año?
2. ¿Utiliza sus capacidades de gestión de recursos para asegurar eficiencia, calidad y equidad en los servicios de salud?
3. ¿Cuenta con personal entrenado en tecnologías de gestión capaz de proveer asesoría en la selección y gestión de tecnologías apropiadas?

5.4 *Gestión de la cooperación internacional en salud pública*

Estándar

La ASN:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Cuenta con las capacidades y experiencia necesaria para negociar con agencias e instituciones de cooperación internacional que colaboran en salud pública.2. Cuenta con capacidades para el diseño e implementación de programas de mediano y largo plazo, así como proyectos más limitados en su especificidad y duración.3. Cuenta con sistemas de información sobre las necesidades y las alternativas de cooperación internacional disponible y busca activamente proyectos de cooperación que permitan enfrentar mejor las prioridades nacionales de salud. |
|---|

4. Está en condiciones de desarrollar programas de cooperación dentro y fuera de la región que pueden ser evaluados sistemáticamente en conjunto con sus contrapartes.

1. ¿La ASN cuenta con las capacidades y recursos para conducir, negociar y llevar a cabo procesos de cooperación internacional en el área de salud pública?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Cuenta con los recursos y tecnología necesaria para buscar oportunidades de cooperación internacional que le permitan enfrentar mejor las prioridades nacionales de salud, con bases de datos de gran escala?
2. ¿Cuenta con el conocimiento de las políticas, las prioridades, las condiciones y los requisitos que los diferentes organismos de cooperación internacional tienen para la asignación de recursos?
3. ¿Cuenta con las capacidades necesarias para el desarrollo de proyectos de cooperación con países dentro y fuera de la región?

Si es así, estas capacidades incluyen:

1. ¿El desarrollo de amplios programas de cooperación con agencias internacionales?
2. ¿El desarrollo específico de proyectos de cooperación de corto plazo?
3. ¿El desarrollo de proyectos de cooperación entre países?
4. ¿Garantiza que todo proyecto de cooperación es evaluado sistemáticamente junto con su contraparte internacional?

Si es así:

2. La ASN ¿Cuenta con profesionales en todos los niveles del sistema de salud capaces de participar en esta evaluación?

- 1.1 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Estándar

La ASN:

1. Asesora y provee apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de actividades.
2. Promueve y facilita el uso de procesos de planificación a los niveles subnacionales, así como la integración de los procesos de planificación con otras iniciativas comunitarias que impacten en la salud de la población.
3. Asegura que su capacidad de gestión apoye el desarrollo de la salud pública en todos los niveles y les asesora en prácticas de gestión que garanticen la sostenibilidad de los mecanismos de buena comunicación entre las partes.
4. Establece vínculos con instituciones de formación para mejorar las capacidades de gestión del personal que sea sustentable en los niveles subnacionales.

1. ¿La ASN asesora y provee apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de políticas, planificación y gestión de actividades de salud pública?

En todo caso, este apoyo incluye:

1. ¿Entrenamiento en métodos efectivos de planificación en salud pública?
2. ¿Entrenamiento en métodos para la definición de políticas de salud pública?
3. ¿Entrenamiento en métodos para el desarrollo de una gestión sustentable?

Si es así, la ASN:

1. ¿Cuenta con programas de entrenamiento para el desarrollo sustentable de la gestión orientada a mejorar la capacidad institucional de los niveles subnacionales?
 2. ¿Provee entrenamiento en servicio?
 3. ¿Provee educación continua formal?
 4. ¿Ha desarrollado vínculos con escuelas u organizaciones que entregan programas de entrenamiento para el desarrollo sustentable de la gestión que mejoren la capacidad institucional de los niveles subnacionales?
-
4. ¿Asesoría sobre estrategias efectivas de identificación y enfrentamiento de prioridades subnacionales de salud?
 5. ¿Los recursos necesarios para apoyar a los niveles subnacionales en sus actividades de planificación estratégica?
 6. ¿La facilitación para el desarrollo de procesos de planificación local en salud?
 7. ¿La promoción de la integración de los esfuerzos de planificación local con otras iniciativas similares?
 8. ¿El fortalecimiento de los procesos de descentralización de la gestión en salud pública?
 9. ¿Asesoría para apoyar el mejoramiento continuo de la gestión en los niveles subnacionales?
-
2. La ASN ¿Cuenta con los sistemas necesarios para detectar en forma rápida y precisa las necesidades de mejoramiento de la gestión de los niveles subnacionales?

En todo caso, estos mecanismos y políticas del sistema en todos los niveles facilitan:

1. ¿La detección de deficiencias en las capacidades de gestión de los niveles subnacionales?

2. ¿La respuesta rápida frente a deficiencias relevantes de los niveles subnacionales?
3. ¿Puede mencionar un ejemplo específico de estos mecanismos que se haya implementado en los últimos dos años?

FUNCIÓN ESENCIAL N° 7: EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DEL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS

Definición

Esta función incluye:

1. La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
2. El desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de esta atención)
3. El monitoreo y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y puericultura que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
4. La estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Indicadores

1. Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios

Estándar

La ASN:

- | |
|---|
| 1. Conduce el monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de atención individual y de salud pública entregados a los habitantes de la jurisdicción, al menos cada dos años |
| 2. Realiza la evaluación en colaboración con los niveles subnacionales de salud pública, los sistemas de provisión de atención clínica y con otros puntos de entrada al sistema de atención de salud |
| 3. Determina las causas y efectos de las barreras de acceso –recogiendo antecedentes de los afectados por estas barreras- e identifica las mejores prácticas para reducir esas barreras y aumentar la equidad en el acceso a los servicios de atención en salud |
| 4. Utiliza los resultados de la evaluación para la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios para toda la población del país |

5. Colabora con otras agencias para asegurar el monitoreo del acceso a los servicios de salud de grupos poblacionales que tienen menor provisión de servicios que los necesarios para atender a sus problemas de salud

1. La ASN ¿Conduce una evaluación nacional del acceso a los servicios de salud colectivos necesarios?

En todo caso, la evaluación:

1. ¿Existen indicadores para evaluar el acceso?
2. ¿Se basa en la definición previa de un conjunto de servicios de salud colectivos que deben ser accesibles a toda la población?
3. ¿Hay información disponible de los niveles subnacionales para realizar una evaluación?
4. ¿Se realiza en conjunto con los niveles subnacionales de la ASN?

Si es así,

1. ¿Se realiza en colaboración con los niveles intermedios?
2. ¿Se realiza en colaboración con el nivel local?
3. ¿Se realiza en colaboración con otras entidades gubernamentales?
4. ¿Se realiza en colaboración con otras entidades no gubernamentales?
5. ¿Se realiza al menos cada dos años?

2. La ASN ¿Conduce una evaluación nacional del acceso a servicios de salud individuales?

En todo caso:

1. ¿Se basa en una definición de los servicios de salud individuales que deben tener garantizado su acceso a toda la población?
2. ¿Incluye los problemas de costos y sistemas de pago por los servicios?
3. ¿Incluye la cobertura de servicios individuales de parte de agencias públicas, compañías de seguros y otros pagadores?
4. ¿Considera la distancia al establecimiento de salud más cercano?
5. ¿Se realiza al menos cada dos años?
6. ¿Se realiza en colaboración con los niveles intermedios?
7. ¿Se realiza en colaboración con el nivel local?

8. ¿Se realiza en colaboración con el sistema de servicios de salud individuales?
 9. ¿Se realiza en colaboración con otras entidades gubernamentales?
 10. ¿Se realiza en colaboración con otras entidades no gubernamentales?
 11. ¿Se realiza en colaboración con las agencias de seguridad social en salud para asegurar el monitoreo del acceso a servicios de salud en poblaciones de difícil acceso y/o sub-servidas¹?
3. La ASN ¿Identifica las barreras de acceso a los cuidados de salud?

En todo caso, se identifican barreras debidas a:

1. ¿Edad?
2. ¿Género?
3. ¿Etnia?
4. ¿Cultura y creencias?
5. ¿Religión?
6. ¿Idioma?
7. ¿Analfabetismo?
8. ¿Residencia?
9. ¿Transporte?
10. ¿Escolaridad?
11. ¿Ingresos o pobreza?
12. ¿Previsión social?
13. ¿Nacionalidad?
14. ¿Orientación sexual?
15. ¿Discapacidad física?
16. ¿Discapacidad mental?
17. ¿Diagnóstico²?
18. ¿Incluye metodologías capaces de detectar desigualdades (adecuada desagregación de los datos, muestreos dirigidos a incluir los grupos de población de mayor interés, encuestas, etc.)?

¹ Se refiere a situaciones en las cuales a pesar de que las personas tienen cobertura asegurada a los servicios de salud, existen barreras para que ellos puedan obtener la atención de salud que demandan, ya sea por escasez de prestadores, porque se encuentran distantes de donde la población reside, o porque existen listas de espera, todo lo cual lleva a que las personas reciban menos de lo que el plan de salud les garantiza.

² Incluye las "preexistencias" que significan exclusión de las personas de los sistemas de protección de salud por alguna enfermedad.

19. ¿Identifica buenas prácticas para reducir las barreras identificadas aumentando la equidad en el acceso a los servicios de salud?

Si es así:

1. ¿Difunde a todos los niveles y recomienda las buenas prácticas a los sistemas de provisión de atención de salud?
4. La ASN ¿Usa los resultados de la evaluación para promover la equidad en el acceso a servicios de salud esenciales?

En todo caso:

1. ¿Se incorpora el aporte de aquellos afectados por barreras al acceso?
2. ¿Define a partir de la evaluación condiciones de acceso consideradas adecuadas para todo el sistema de salud?
3. ¿Implementa normativas dirigidas a garantizar estas condiciones de acceso para toda la población?

1.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población

Estándar

La ASN:

6. Entrega, en conjunto con los niveles subnacionales, información a la población acerca de los servicios de salud colectivos y servicios clínico-asistenciales individuales para los cuales ellos son elegibles, es decir información respecto de sus derechos en salud
7. Estimula y apoya iniciativas dirigidas a implementar métodos innovadores y comprobados de cuidado de la salud (tales como “móviles de atención”, ferias, campañas y operativos de atención de salud, y/o telemedicina) para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
8. Evalúa periódicamente la experiencia y capacidad para facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas e implementa mejoramientos basados en los resultados de esta evaluación.

1. ¿Tiene la ASN personal especializado en programas de acercamiento a la comunidad dirigidos a mejorar la utilización de los servicios de salud?

En todo caso, se cuenta con personal dedicado a:

1. ¿Detectar y seguir patrones de utilización de servicios?
2. ¿Identificar casos problema en materia de barreras de acceso a servicios de salud individuales?

Si es así, el personal identifica casos:

1. ¿En el ámbito nacional?
2. ¿En los niveles intermedios?
3. ¿En el nivel local?

2. La ASN ¿Tiene personal capaz de informar a los ciudadanos acerca del acceso a los servicios de salud?

En todo caso, el personal tiene experiencia y capacidad en:

1. ¿Disminuir barreras lingüísticas y culturales?
2. ¿Focalizar acciones en poblaciones de difícil acceso?
3. ¿Informar a los proveedores acerca de programas de prevención?
4. ¿Acercar servicios a poblaciones de alto riesgo?
5. ¿Desarrollar programas nacionales de detección precoz?

6. ¿Apoyar a poblaciones vulnerables o sub-servidas para que reciban los servicios necesarios?
 7. ¿Implementar métodos innovadores de atención para promover el acceso a los servicios (pe: Clínicas móviles, ferias, etc.)?
 8. ¿Colaborar con las instituciones de seguridad social para asegurar un monitoreo focalizado en poblaciones sub-servidas?
3. El personal de la ASN ¿Evalúa periódicamente su experiencia y capacidad para proveer mecanismos de acercamiento de la comunidad a los servicios de salud individual y colectivos en forma efectiva?

En todo caso,

1. ¿Introduce cambios de acuerdo a los resultados de estas evaluaciones?
Si es así, se cuenta con el personal capacitado en estos temas en:
 1. ¿El nivel nacional?
 2. ¿Los niveles intermedios?
 3. ¿El nivel local?

1.2 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios

Estándar

La ASN:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">9. Entrega información a los tomadores de decisión, actores claves y a la población en general respecto de las barreras específicas que impiden el acceso a los servicios de atención individual dentro del país10. Colabora y construye alianzas con los sistemas de provisión de servicios de salud y las organizaciones dedicadas a establecer vinculaciones de las personas con los servicios sociales y de salud y desarrollar programas para favorecer el acceso a estos servicios11. Aboga por la adopción de leyes y regulaciones para aumentar el acceso a los servicios de los más necesitados12. Da especial atención a la coordinación con las universidades u otras instituciones que preparan a los profesionales y técnicos de salud para orientar la formación de recursos humanos con conocimientos y habilidades dirigidas a favorecer el acceso a los servicios de salud colectivos e individuales necesarios13. Utiliza el conocimiento científico en salud pública para el desarrollo de políticas que promuevan el acceso a los servicios de salud necesarios |
|---|

14. Identifica las brechas en la distribución de los recursos humanos para alcanzar a las poblaciones sin cobertura y define estrategias para promover la superación de esas carencias de cobertura

1. La ASN ¿Desarrolla procesos de abogacía con otros actores para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Informa a los tomadores de decisión y actores claves, a los representantes y a la población en general acerca de barreras al acceso a los servicios de salud?
2. ¿Aboga por la adopción de políticas, leyes o regulaciones que incrementen el acceso a los servicios de aquellos con mayores necesidades?
3. ¿Establece y mantiene relaciones formales de asociación con individuos y organizaciones capaces de enfrentar problemas de acceso a servicios de salud?
4. ¿Se coordina con las Universidades y otras instituciones formadoras de profesionales de salud para aumentar la disponibilidad de recursos humanos adecuados a las necesidades de salud?
5. ¿Aboga por el reclutamiento de los profesionales de salud de todos niveles en programas de educación continua para asegurar acceso equitativo a servicios adecuados a las necesidades para todos los ciudadanos?

2. La ASN ¿Ejecuta acciones directas para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Coordina programas nacionales dirigidos a resolver problemas de acceso?
2. ¿Identifica áreas de carencia de recursos profesionales y aboga por la ubicación de proveedores en esas áreas como forma de incrementar el acceso a los servicios?
3. ¿Identifica brechas en materia de recursos humanos necesarios para cubrir poblaciones con alta necesidad de salud y baja cobertura?
4. ¿Identifica estrategias para llenar las brechas en la distribución de los recursos humanos?

5. ¿Identifica experiencias exitosas en materia de intervenciones dirigidas a aumentar el acceso a los servicios de salud?

Si es así, la ASN:

1. ¿Usa la información acerca de experiencias exitosas para la toma de decisiones políticas informadas en esta materia?
6. ¿Evalúa la efectividad de las medidas para mejorar el acceso a los servicios necesarios?
7. ¿Establece incentivos dirigidos a estimular a los proveedores de servicios a disminuir la desigualdad en el acceso a los servicios?

Si es así, estos incentivos incluyen a proveedores de:

1. ¿Servicios de salud colectivos?
2. ¿Servicios de salud individuales?
8. ¿Tiene un sistema instalado en el nivel local que ayude a las comunidades a desarrollar asociaciones dirigidas a la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

1.2 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

Estándar

La ASN apoya y asiste a los niveles subnacionales para:

15. Identificar las necesidades de acceso de las personas que encuentran barreras para satisfacer sus necesidades de salud y las características de la oferta de servicios
16. Crear y difundir mensajes públicos destinados a informar a los residentes de los niveles subnacionales sobre la disponibilidad de los servicios de salud necesarios
17. Ayudar en la creación de alianzas innovadoras y coordinación con proveedores dirigidas a promover el acceso a los servicios de salud necesarios
18. Colaborar y coordinar con programas complementarios que permiten atraer a los servicios a grupos con riesgos y necesidades especiales de salud

1. La ASN ¿Asiste a los niveles subnacionales en la promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud necesarios?

En todo caso, la ASN asiste en:

1. ¿La definición de un conjunto básico de servicios de salud individuales y colectivos que deben estar disponibles para toda la población?

Si es así, la ASN:

1. ¿Ayuda a los niveles subnacionales a coordinar los roles y responsabilidades de los proveedores de servicios en la entrega de tales servicios a poblaciones subatendidas?
2. ¿Ayuda a los niveles subnacionales a crear y diseminar mensajes comunicacionales para informar al público –especialmente a los grupos subatendidos- acerca de la disponibilidad de servicios?
2. ¿La identificación de las necesidades insatisfechas de acceso de personas?
3. ¿Identificación de las barreras para acceder a servicios adecuados a sus necesidades de salud?

FUNCIÓN ESENCIAL N° 9: GARANTÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD INDIVIDUALES Y COLECTIVOS

Definición

Esta función incluye:

1. La promoción de la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de calidad
2. La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
3. La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
4. La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías de salud que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y contribuye a mejorar su calidad.
5. La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
6. La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Indicadores

- 1.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Estándar

La ASN:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Favorece la definición de estándares apropiados para evaluar la calidad de las prácticas de salud colectivas e individuales y desarrolla la evaluación de calidad tomando en cuenta los datos de los niveles subnacionales. |
| <ol style="list-style-type: none">2. Utiliza estos estándares e identifica instrumentos científicamente probados que deben ser usados para medir la calidad de las prácticas y los servicios de salud individuales y colectivos3. Sugiere la adaptación de métodos de análisis orientados al resultado que incluyan identificación científica de los parámetros a ser evaluados, datos a recolectar y procedimientos a seguir en la recolección y análisis de esos datos4. Cuenta con una instancia de acreditación y evaluación de calidad, autónoma e independiente de los servicios de salud |

1. La ASN ¿Implementa una política de mejoría continua de la calidad de los servicios de salud?

En todo caso, esta política incluye:

1. ¿La aplicación de estándares y de técnicas de comparación de metas nacionales de desempeño?
2. ¿La implementación de diversas metodologías para la mejoría de calidad?
3. ¿Procesos de mejoría de calidad en todas las divisiones o departamentos de la ASN?
4. ¿La medición del grado en que se han alcanzado las metas y objetivos?
5. ¿Actividades para la evaluación de la actitud del personal hacia la satisfacción del usuario?
6. ¿Actividades dirigidas al desarrollo de políticas y procedimientos?
7. ¿La medición de la satisfacción de los usuarios?

2. La ASN ¿Establece estándares y evalúa periódicamente la calidad de los servicios de salud colectivos (la práctica de la salud pública) en todo el país?

En todo caso, para evaluar la calidad:

1. ¿Promueve la definición de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud colectivos en todo el país?
2. ¿Busca activamente el aporte de los niveles subnacionales para el desarrollo de estos estándares?
3. ¿Busca activamente el aporte de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de estos estándares?
4. ¿Cuenta con instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud colectivos en lo que respecta al cumplimiento de estándares previamente definidos?

Si es así, estos instrumentos:

1. ¿Miden procesos?
2. ¿Miden resultados?

3. ¿Identifican los parámetros de desempeño que se evalúan?
4. ¿Identifican los procedimientos de recolección de datos?
5. ¿Identifican los procedimientos para el análisis de datos?
6. ¿Difunde los resultados de la evaluación de calidad a los proveedores de los servicios de salud colectivos?
7. ¿Difunde los resultados de la evaluación de calidad a los usuarios de los servicios de salud colectivos?
8. ¿Cuenta con una instancia de acreditación y evaluación de calidad, autónoma e independiente de los servicios de salud colectivos?
9. La ASN ¿Establece estándares y evalúa periódicamente la calidad de los servicios de salud individuales en todo el país?

En todo caso, para evaluar la calidad:

5. ¿Cuenta con atribuciones para acreditar y fiscalizar la calidad de los servicios individuales?
6. ¿Promueve la definición de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud individuales en todo el país?
7. ¿Busca activamente el aporte de los niveles subnacionales para el desarrollo de estos estándares?
8. ¿Busca activamente el aporte de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de estos estándares?
9. ¿Cuenta con instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud individuales en lo que respecta al cumplimiento de estándares previamente definidos?

Si es así, estos instrumentos:

1. ¿Miden procesos?
2. ¿Miden resultados?
3. ¿Identifican los parámetros de desempeño que se evalúan?
4. ¿Identifican los procedimientos de recolección de datos?
5. ¿Identifican los procedimientos para el análisis de datos?
6. ¿Difunde los resultados de la evaluación de calidad a los proveedores y usuarios de los servicios de salud individuales?
7. ¿Cuenta con una instancia de acreditación y evaluación de calidad, autónoma e independiente de los servicios de salud individuales?

1.2 Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

Estándar

La ASN:

5. Se compromete con un proceso de medición y mejoramiento de la satisfacción de las personas, que es consecuencia del mejoramiento continuo en la calidad de sus propias acciones
 6. Da énfasis a la orientación hacia el usuario en las actividades de perfeccionamiento del personal y desarrollo de políticas y procedimientos que orienten su quehacer en todos los niveles
 7. Explícita y difunde los derechos y deberes de los usuarios de los servicios
 8. Evalúa periódicamente el mejoramiento de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud del país y orienta acciones tendientes a obtener mejores resultados
 9. Es responsable de la información obtenida por medio de este proceso y retroalimenta a los niveles subnacionales, a los participantes en el proceso, así como también a otros actores
1. La ASN ¿Estimula activamente a la comunidad para evaluar el grado de satisfacción del público con los servicios de salud en general?

En todo caso esta evaluación se realiza:

1. ¿Obteniendo información a partir de organizaciones locales?
2. ¿Por medio de encuestas hechas en la comunidad?
3. ¿Usando técnicas de grupos focales?
4. ¿Usando la red Internet?
5. ¿Por medio de encuestas de población atendida en los servicios de salud?
6. ¿Por medio de encuestas al alta?
7. ¿Por medio de registros de opinión, reclamos y sugerencias?

Los resultados de la evaluación:

1. ¿Se usan como base de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud?
 2. ¿Se utilizan en las actividades de perfeccionamiento del personal de salud?
 3. ¿Se comunican a la comunidad junto a los cambios de política que han surgido de los mismos?
2. La ASN ¿Evalúa regularmente la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud colectivos?

En todo caso,

1. ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de los tomadores de decisión³ involucrados en estos servicios de salud colectivos?
2. ¿Se otorga a los tomadores de decisión la oportunidad de opinar acerca de los factores a ser evaluados?
3. ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de miembros de la sociedad civil afectados por estos servicios de salud colectivos?
4. ¿Se otorga a los miembros de la sociedad civil la oportunidad de opinar acerca de los factores a ser evaluados?
5. ¿Se incluye en la evaluación la existencia de mecanismos formales para que los usuarios aporten su opinión en forma oportuna y confidencial a la ASN?
6. ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren la calidad de los programas y servicios entregados?
7. ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren el acceso a los servicios colectivos?

³ Se considera un espectro amplio que incluye proveedores de insumos, industriales afectados por regulaciones específicas, etc.

8. ¿Se comunican los resultados a todos los participantes en el proceso de evaluación?
9. ¿Se publica un informe resumiendo los principales resultados de la evaluación de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud colectivos?

Si es así,

1. ¿Se distribuye ampliamente este informe?
- 2.

3. La ASN ¿Evalúa la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud individuales disponibles en el país?

En todo caso:

1. ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de los tomadores de decisión involucrados en estos servicios de salud individuales?
2. ¿Se otorga a los tomadores de decisión la oportunidad de opinar acerca de los factores a ser evaluados?
3. ¿Se incluye en la evaluación la colaboración de miembros de la sociedad civil afectados por estos servicios de salud individuales?
4. ¿Se otorga a los miembros de la sociedad civil la oportunidad de opinar acerca de los factores a ser evaluados?
5. ¿Se incluye en la evaluación la existencia de mecanismos formales para que los usuarios aporten su opinión en forma oportuna y confidencial a la ASN?
6. ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren la calidad de los programas y servicios entregados?
7. ¿Se usan los resultados de la evaluación para desarrollar planes que mejoren el acceso a los servicios de salud individuales?
8. ¿Se comunican los resultados a todos los participantes en el proceso de evaluación?
9. ¿Se publica un informe resumiendo los principales resultados de la evaluación de satisfacción de los usuarios?

Si es así,

1. ¿Se distribuye ampliamente este informe?

1.2 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública

Estándar

La ASN:

10. Implementa uno o más sistemas de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud (ETES), que idealmente trabajan integrados en una red
11. Utiliza la evidencia disponible respecto de seguridad, efectividad y análisis de costo-efectividad de las intervenciones en salud para producir recomendaciones relativas a la incorporación y al uso de tecnologías en salud
12. Promueve el uso de la evaluación de tecnologías sanitarias y la práctica basadas en la evidencia en todo el sistema de salud por medio de una red nacional que incluye aseguradores, proveedores públicos y privados y consumidores
13. Evalúa periódicamente el nivel de conocimientos y competencias nacionales y subnacionales respecto a la incorporación, el uso y la evaluación de las tecnologías e implementa las mejoras que sean necesarias

1. La ASN ¿Desarrolla y estimula sistemas de gestión tecnológica en salud?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Ha establecido una o más instancias de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías en salud como parte de redes integradas?

Si es así,

1. ¿Estas instancias alimentan la formulación de políticas de salud o a los procesos de toma de decisión para la formulación de dichas políticas?

2. La ASN ¿Usa la información disponible para entregar mejores recomendaciones acerca de la tecnología disponible a los proveedores y usuarios de los servicios de salud?

2. ¿Asegura el apropiado funcionamiento de su sistema de gestión tecnológica y evaluación de tecnologías de salud?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Define los roles de los responsables clave para el desarrollo de este sistema?

2. ¿Define las responsabilidades y tareas de estos responsables?

3. ¿Define los canales de comunicación utilizables por estos responsables?

Si es así,

1. La ASN ¿Usa estos canales de comunicación para obtener información parte de los niveles subnacionales?

3. La ASN ¿Utiliza las metodologías disponibles para la evaluación sistemática de las tecnologías?

En todo caso, esta evaluación incluye:

1. ¿Seguridad?
2. ¿Efectividad?
3. ¿Costo-efectividad?
4. ¿Utilidad?
5. ¿Costo-utilidad?
6. ¿Aceptación social?

4. La ASN ¿Estimula el desarrollo de la gestión tecnológica y de la evaluación de tecnologías sobre la base de la evidencia procedente de una red nacional tomadores de decisiones?

En todo caso, esta red incluye:

1. ¿Seguros públicos de salud?
2. ¿Seguros privados de salud?
3. ¿Proveedores públicos de salud?
4. ¿Proveedores privados de salud?
5. ¿Usuarios?
6. ¿Instituciones académicas y centros de formación?
7. ¿Asociaciones de profesionales?
8. ¿Asociaciones científicas?

5. La ASN ¿Evalúa regularmente la capacidad nacional de desarrollar gestión de tecnologías y de conducir evaluaciones de tecnologías?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Postula recomendaciones para mejorar esta capacidad?
2. ¿Evalúa periódicamente la capacidad de los niveles subnacionales para conducir evaluaciones de tecnologías y realizar gestión tecnológica?
3. ¿Postula recomendaciones para mejorar esta capacidad de los niveles subnacionales?

1.2 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios

Estándar

La ASN apoya y entrega asesoría técnica a los niveles subnacionales en:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">14. La recolección y análisis de los datos relacionados con la calidad de atención, incluyendo datos sobre estructura, procesos y resultados de los servicios entregados por los proveedores de salud del nivel local15. El uso de herramientas de ETES y prácticas basadas en evidencia en el ámbito de los servicios de salud individuales y colectivos16. La evaluación del desempeño del sistema de salud realizada por los niveles subnacionales, usando para esto los criterios de funcionamiento recomendados por la evidencia científica disponibles17. La evaluación formal de la satisfacción usuaria con los programas y servicios entregados localmente |
|--|

1. La ASN ¿Entrega asesoría técnica a los niveles subnacionales para la recolección y el análisis de datos relacionados con la calidad de los servicios de salud pública de base colectiva?

En todo caso, los datos de interés incluyen:

1. ¿Estructura organizacional y capacidades en los niveles subnacionales?
2. ¿Procedimientos y prácticas en los niveles subnacionales?
3. ¿Resultados de la acción de los servicios entregados en los niveles subnacionales?
4. ¿Grado de satisfacción de los usuarios?

2. La ASN ¿Entrega asesoría a los niveles subnacionales en materia de recolección y análisis de datos relacionados con la calidad de los servicios de salud individuales?

En todo caso, los datos de interés incluyen:

1. ¿Estructura organizacional y capacidades en los niveles subnacionales?
2. ¿Procedimientos y prácticas en los niveles subnacionales?
3. ¿Resultados de la acción de los servicios entregados en los niveles subnacionales?
4. ¿Grado de satisfacción de los usuarios?

3. La ASN ¿Entrega asesoría técnica a los niveles subnacionales en materia de uso de instrumentos para la gestión y evaluación de tecnologías?

En todo caso, la ASN:

1. ¿Entrega asesoría técnica a los niveles subnacionales para medir el desempeño de gestión en esos niveles?

Si es así, esta asesoría es para los:

1. ¿Servicios de salud colectivos?
2. ¿Servicios de salud individuales?

4. La asesoría en ETES a los niveles subnacionales ¿Incluye todos los ámbitos de evaluaciones de tecnologías en salud?

En todo caso, la asesoría incluye evaluaciones de tecnologías en salud en:

1. ¿Seguridad?
2. ¿Efectividad?
3. ¿Costo-efectividad?
4. ¿Utilidad?
5. ¿Costo-utilidad?
6. ¿Aceptación social?

12.2 GLOSARIO

ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD: Ente encargado de velar por la Salud de la población, en Guatemala este trabajo lo desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

CAPACIDAD DE GESTIÓN: La capacidad de gestión es la habilidad que tiene la persona para gestionar las tareas y procesos a su cargo en forma rápida y confiable; haciendo uso de la recursividad y dinamismo que requiere el hacer que las cosas resulten.

La gestión consiste en proporcionar las herramientas y técnicas que permiten al equipo de proyecto (no solamente al gerente del proyecto) organizar su trabajo para cumplir con todas esas restricciones. La persona tendrá capacidad de gestión, si cuenta con estrategias, entendidas como procedimientos, alternativas, pautas en la toma de decisiones.

EQUIDAD: la equidad en el campo de la salud encierra por lo menos tres imperativos, ya que implica: 1) igual acceso a la atención para igual necesidad; 2) igual utilización de recursos para igual necesidad; 3) atención de igual calidad para todos.

INEQUIDAD: Las inequidades en salud son las diferencias en los niveles de salud de distintos grupos socio-económicos y que son consideradas injustas también definen inequidades en salud como las desigualdades en salud que son consideradas injustas o emanadas de alguna forma de injusticia. Al igual que existen diferentes definiciones publicadas de inequidades en salud, lo mismo ocurre con el concepto de 'justicia'. Por lo tanto, evaluar inequidades en salud, incluye la necesidad de realizar la medición de lo que es o no es justo en una dada sociedad.

PROMOCIÓN EN SALUD: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

RECTORÍA SANITARIA NACIONAL: Consiste en varias funciones agrupadas:

- Orientar acciones hacia la salud de las poblaciones
- Diseñar modelos de atención basados en promoción y prevención
- Asegurar el desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública
- Promover el desarrollo integral de los Recursos Humanos
- Asegurar modalidades de financiamiento solidario
- Extender la protección social en salud

12.3 CUADROS CORRESPONDIENTES A LAS GRÁFICAS PRESENTADAS

12.3.1 COMPARACIÓN DE SUB-MEDICIONES DE LAS FUNCIONES EN ESTUDIO

TABLA 1

Comparación de resultados de las sub-mediciones de la FESP 5 realizada por personal de la unidad de planificación estratégica del ministerio de salud pública y asistencia social durante el mes de julio 2012

PREGUNTAS	Dr. Chávez	Dra. España	Dr. Orantes
P 5.1.1	0.45	0.8	0.75
P 5.1.2	1	0	0.2
P 5.1.3	0	0	0
P 5.2.1	0	0	0.4
P 5.2.2	0.67	0.03	0.67
P 5.2.3	0.33	0.67	0
P 5.3.1	0.33	0.91	0
P 5.3.2	0.34	0.56	0
P 5.3.3	1	0.9	0.31
P 5.3.4	0	0.33	0
P 5.3.5	0.2	0.79	0
P 5.4.1	0.75	0.93	0
P 5.5.1	0.22	0.84	0
P 5.5.2	0	1	0

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 2.

Comparación de resultados de las sub-mediciones de la FESP 7 realizada por personal del sistema integral de atención en salud -sias- del ministerio de salud pública y asistencia social durante el mes de julio 2012

PREGUNTA	Dr. Moran	Dr. Lara	Dra. Abdo / Licda. Herrera	Licda. Sánchez
P 7.1.1	0.96	0.92	0.44	0.64
P 7.1.2	0.55	0.45	0	0
P 7.1.3	1	1	0.96	1
P 7.1.4	1	1	0	1
P 7.2.1	0.73	0.73	0.87	0.73
P 7.2.2	1	1	0.75	0.88
P 7.2.3	0.73	0.47	0	0.47
P 7.3.1	1	1	0.6	0.8
P 7.3.2	0.95	0.85	0.88	0.78
P 7.4.1	1	1	1	1

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 3

Comparación de resultados de las sub-mediciones de la FESP 9 realizada por personal de la unidad de supervisión, monitoreo y evaluación, departamento de vigilancia epidemiológica y sistema de información del instituto de salud influyente del ministerio de salud pública y asistencia social y del proyecto calidad e n salud de la agencia de los estados unidos para el desarrollo internacional por sus siglas en ingles -usaid- durante el mes de julio 2012

PREGUNTA	Dra. Chew	Dra. Bixcul	Dr. Bustamante	Dra. Arriaga
P 9.1.1	0.86	1	0.86	0
P 9.1.2	0.86	0.69	0.57	0.17
P 9.1.3	0.86	0.29	0.71	0.17
P 9.2.1	0.4	0.5	0.4	0
P 9.2.2	0.91	0.67	0.33	0
P 9.2.3	0.67	0	0.33	0
P 9.3.1	0.6	0	0	0
P 9.3.2	0.33	0	0	0
P 9.3.3	1	0	0	0
P 9.3.4	0.13	0	0	0
P 9.3.5	0	0	0	0
P 9.4.1	0.75	0	0.5	0
P 9.4.2	0.75	0	0.5	0
P 9.4.3	1	0	0	0
P 9.4.4	1	0	0	0

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.2 PROMEDIO DE LOS RESULTADO DE LAS SUBMEDICIONES DE LAS FUNCIONES ESENCIALES EN ESTUDIO

TABLA 4

Promedio de los resultados de las sub-mediciones de las FESP no 5

PREGUNTA	PROMEDIO
P 5.1.1	0.67
P 5.1.2	0.4
P 5.1.3	0
P 5.2.1	0.13
P 5.2.2	0.46
P 5.2.3	0.33
P 5.3.1	0.41
P 5.3.2	0.3
P 5.3.3	0.74
P 5.3.4	0.11
P 5.3.5	0.33
P 5.4.1	0.56
P 5.5.1	0.35
P 5.5.2	0.33

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 5

Promedio de de resultados de las sub-mediciones de la FESP 7 realizada por personal del sistema integral de atención en salud (sias) del ministerio de salud publica y asistencia social durante el mes de julio 2012

PREGUNTA	PROMEDIO
P 7.1.1	0.74
P 7.1.2	0.25
P 7.1.3	0.99
P 7.1.4	0.75
P 7.2.1	0.77
P 7.2.2	0.91
P 7.2.3	0.42
P 7.3.1	0.85
P 7.3.2	0.87
P 7.4.1	1

Fuente: Instrumento de Medición FESP OPS contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA No 6

Promedio resultados de las sub-mediciones de la FESP 9 realizada por personal de la unidad de supervisión, monitoreo y evaluación, departamento de vigilancia epidemiológica y sistema de información del instituto de salud influyente del ministerio de salud pública y asistencia social y del proyecto calidad en salud de la agencia de los estados unidos para el desarrollo internacional por sus siglas en inglés -usaid- durante el mes de julio 2012

PREGUNTA	PROMEDIO
P 9.1.1	0.68
P 9.1.2	0.57
P 9.1.3	0.51
P 9.2.1	0.33
P 9.2.2	0.48
P 9.2.3	0.25
P 9.3.1	0.15
P 9.3.2	0.08
P 9.3.3	0.25
P 9.3.4	0.03
P 9.3.5	0
P 9.4.1	0.31
P 9.4.2	0.31
P 9.4.3	0.25
P 9.4.4	0.25

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.3 COMPARACIÓN DE MEDICIÓN DE INDICADORES GENERALES DE LAS FUNCIONES EN ESTUDIO

TABLA. 7

Comparación de resultados de indicadores generales de la FESP 5 realizada por personal de la unidad de planificación estratégica -upe- del ministerio salud pública y asistencia social durante el mes de julio 2012

	Dr. España	Dr. Orantes	Dr. Chávez
INDICADOR 1	0.27	0.32	0.48
INDICADOR 2	0.23	0.36	0.33
INDICADOR 3	0.70	0.06	0.37
INDICADOR 4	0.93	0	0.75
INDICADOR 5	0.92	0	0.11

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 8

Comparación resultados de indicadores generales de la FESP 7 realizada por personal del sistema integral de atención en salud -sias- del ministerio de salud pública y asistencia social durante el mes de julio 2012

	Dr. Morán	Dr. Lara	Dra. Abdo / Licda. Herrera	Lic. Sánchez
Indicador 1	0.88	0.84	0.35	0.66
Indicador 2	0.82	0.73	0.54	0.69
Indicador 3	0.98	0.93	0.74	0.79
Indicador 4	1	1	1	1

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 9

Comparación de resultados de indicadores generales FESP 9 del test realizado por personal de la unidad de supervisión, monitoreo y evaluación, departamento de vigilancia epidemiológica y sistema de información del instituto de salud influyente del ministerio de salud pública y asistencia social y del proyecto calidad en salud de la agencia de los estados unidos para el desarrollo internacional por sus siglas en inglés -usaid- durante el mes de julio 2012

INDICADOR	DR.BUSTAMANTE	DRA. CHEW	DRA. ARRIAGA	DRA. BIXCUL
INDICADOR 1	0.71	0.86	0.11	0.66
INDICADOR 2	0.36	0.66	0	0.39
INDICADOR 3	0	0	0	0
INDICADOR 4	0.66	0.39	0	0

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.4 PROMEDIO DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES GENERALES DE LAS FUNCIONES EN ESTUDIO

TABLA 10

Promedio de los resultados de los indicadores generales de la FESP 5 del test realizado por personal de la unidad de planificación estratégica del ministerio de salud pública y asistencia social durante el mes de julio 2012

INDICADOR	PROMEDIO
INDICADOR 1	0.36
INDICADOR 2	0.31
INDICADOR 3	0.38
INDICADOR 4	0.56
INDICADOR 5	0.34

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 11

Promedio de los resultados de los indicadores generales de la FESP 7 del test realizado por personal del sistema integral de atención en salud -sias- del ministerio de salud pública y asistencia social durante el mes de julio 2012

INDICADOR	PROMEDIO
INDICADOR 1	0.68
INDICADOR 2	0.70
INDICADOR 3	0.86
INDICADOR 4	1.00

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

TABLA 12

Promedio de los resultados de los indicadores generales de la FESP 9 del test realizado por personal de la unidad de supervisión, monitoreo y evaluación, departamento de vigilancia epidemiológica y sistema de información del instituto de salud influyente del ministerio de salud pública y asistencia social y del proyecto calidad en salud de la agencia de los estados unidos para el desarrollo internacional por sus siglas en inglés -usaid- durante el mes de julio 2012

	PROMEDIO
INDICADOR 1	0.59
INDICADOR 2	0.35
INDICADOR 3	0.00
INDICADOR 4	0.26

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.5 CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA

TABLA 13

Cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública en guatemala

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y

FUNCIÓN ESENCIAL	RESULTADO GENERAL
FESP No. 5	0.38
FESP No. 7	0.81
FESP No. 9	0.33

Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.6 CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS Y PROCESOS CLAVES

TABLA 14

Valor de los indicadores para el cumplimiento de los resultados y procesos claves

INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	EVALUACIÓN NACIONAL
5.1	0,35	D
5.2	0,30	D
7.1	0,68	F
7.3	0,85	F
9.1	0,59	F
9.2	0,35	D

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.7 DESARROLLO DE CAPACIDADES E INFRAESTRUCTURA

TABLA 15

Valor de los indicadores para el desarrollo de capacidades e infraestructura

INDICADORES	RESULTADO	EVALUACIÓN NACIONAL
FESP 5.3	0.37	D
FESP 5.4	0.57	F
FESP 7.2	0.7	F
FESP 9.3	0.1	D

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

12.3.8 DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DESCENTRALIZADAS

TABLA 16

Valor de los indicadores para el desarrollo de las competencias descentralizadas

INDICADOR	RESULTADO	EVALUACIÓN NACIONAL
FESP 5.5	0.33	D
FESP 7.4	1	F
FESP 9.4	0.28	D

Fuente: Instrumento de Medición FESP contestado por personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante el Mes de Julio 2012

