FORO NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Informe

REPUBLICA DOMINICANA

SESPAS – OPS/OMS – CERSS

Santo Domingo, agosto 6-7 de 2008

CONTENIDO

1. Inauguración, discursos

1.1. Dra. Cristina Nogueira Representante de OPS/OMS..... 3
1.2. Dr. Dr. Bautista Rojas Gómez, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social..... 5
1.3. Dr. Rafael Alburquerque, Vicepresidente de la República..... 8

2. Presentación de experiencias nacionales y locales..... 11

3. Taller de Atención Primaria en Salud..... 13

4. Desafíos..... 20

5. Pasos a seguir 22

6. Evaluación del Taller de Atención Primaria en Salud..... 23

Anexos.....26

REPUBLICA DOMINICANA
FORO NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD -APS-
AGOSTO 6 Y 7 DE 2008

El Foro de Atención Primaria en Salud, se organizó de manera coordinada entre la Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y la Comisión Ejecutiva de la Reforma del Sector Salud, con el fin de analizar y discutir con las autoridades nacionales, provinciales y municipales las características e integración de la APS en el Sistema Nacional de Salud y en las políticas públicas nacionales e identificar las líneas estratégicas requeridas para la implementación de la APS en el Sistema de Salud Dominicano.

El Foro tuvo una duración de dos días, ver anexo 1 programa y participantes.

1. Inauguración, discursos

El primer día, la inauguración estuvo presidida por:

Dr. Rafael Alburquerque, Vicepresidente de la República
Dr. Bautista Rojas Gómez, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Dra. Cristina Nogueira, Representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS
Dr. Gustavo Rojas Lara, Director Ejecutivo de la Comisión Ejecutiva de la Reforma del Sector Salud
Ing. Ana Ilse Mena, Gerente General del Consejo Nacional de Seguridad Social
Dra. Altagracia Guzmán Marcelino, Directora del Seguro Nacional de la Salud
Licenciado Fernando Camaño, Superintendente de Salud y Riesgos Profesionales

4.1. La Dra. Cristina Nogueira. Representante de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Inició con la presentación de la Dra. Cristina Nogueira, quien felicitó el esfuerzo del equipo técnico, conformado por diferentes instituciones del sector y de la seguridad social, encargado de la preparación de este foro, mencionó el foro como una excelente plataforma de escenarios y múltiples instituciones para discutir y acordar la integración de la APS en las políticas públicas nacionales. Igualmente mencionó la fuerza que tiene vincular la política con la práctica de la salud pública, por eso lo importante la presencia del vicepresidente de la república como un militante, convencido de trabajar por la salud de la población dominicana.

Hizo un recorrido desde Alma Ata, hace 30 años, en donde se definió la direccionalidad y el rol de la APS, definida como *"…..la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación."* ver presentación anexo 2

Presentó el panorama político de la salud de la población en las Américas, desde 1975 hasta 2000, desde Salud para Todos, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, periodo caracterizado por la ampliación de las disparidades y el aumento en la exclusión social y con circunstancias poblacionales de transición demográfica (crecimiento, urbanización y envejecimiento), de polarización epidemiológica (coexistencia de perfiles de riesgo y enfermedades opuestas) y con un impacto ambiental y ecológico abrumador.

Igualmente presento algunas situaciones como desafíos por las inequidades que generan, tales como el coeficiente de GINI indicador que evalúa desigualdad, los resultados de la CEPAL 2006, en el periodo de 1985-2004, encontraron que América Latina y el Caribe fue la región que presentó la mayor desigualdad a nivel mundial; las 22.000 muertes maternas que son evitables a nivel regional, pues sus causas son: malnutrición infantil/pobreza/analfabetismo, embarazos muy tempranos, prácticas innecesarias y dañinas, causas indirectas (HIV/AIDS, malaria, violencia), acceso bajo a servicios materno-neonatales y poca planificación familiar, deficiente calidad de la atención; el elevado gasto de bolsillo en salud, en Dominicana se gasta casi el 60% en salud y la exclusión social por falta de acceso al agua potable y sin saneamiento básico y sin acceso a los servicios de salud por circunstancias económicas y geográficas, entre otras.

Mencionó las razones de porqué Renovar la APS en el mundo, entre otras sito las siguientes:

- Cambios demográficos y epidemiológicos
- Profundos cambios políticos, económicos, sociales y culturales
- Agenda inconclusa: inequidades, exclusión social.....
- Acumulación de lecciones aprendidas y buenas prácticas
- Avances en las ciencias, tecnologías de la información y las comunicaciones
- Visiones divergentes sobre APS. Con relación a esta última y según el estudio de revisión de políticas de APS en América Latina y el Caribe, realizado por OPS en 2003, se identificaron esas diferentes visiones:
  - Una estrategia para el desarrollo social / económico
  - El nivel básico de atención de salud
  - La puerta de entrada al sistema de salud
  - Una mezcla de las categorías anteriores
  - APS vista de manera distinta en los países de la región, por los prestadores de servicios de salud y por los diferentes niveles del Sistema de Salud.
  - APS vista predominantemente como un servicio de “baja tecnología” y “baja calidad”
  - APS es vista predominantemente como servicios para la población pobre.

Hizo un llamado a abordar el problema de la segmentación de los sistemas de salud, con diferentes fuentes de financiamiento, que refleja diferencias según capacidad de pago e inserción social y como ésta situación mantiene la segmentación y la exclusión social, así como la revisión de la estructura fragmentada del sistema de salud, que dificultad la integralidad en la prestación de los servicios.

Pensar en sistemas de salud basados en APS, implica un llamamiento a la equidad y salud para todos, al acceso de todos a los servicios de salud y a reconocer la salud como derecho, por lo tanto el enfoque de APS que el país asuma debe considerar los valores, los principios y los elementos que la renovación de la APS incluye.

Un sistema de salud basado en APS debe por lo menos debe contemplar:

- Atención integral, integrada y continua
  - La cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnostico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado
  - Atención integrada (ciclo de vida) con referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles de salud y otros servicios

- Primer nivel y atención primaria de salud

- Atención primaria se refiere al primer contacto con los servicios de salud y a la continuidad de la atención
- Este primer nivel es solo un aspecto de la Atención Primaria de Salud pero tiene la posibilidad de resolver 80% de los problemas
- Los servicios del primer nivel no son suficientes para responder de manera adecuada a las necesidades de atención de salud mas complejas de la población
- Los servicios del primer nivel deben ser apoyados y complementados por los otros niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social

- El desarrollo de Recursos Humanos con enfoque de APS, educación en salud en las Américas, con enfoque en los atributos de una nueva generación de profesionales, orientado a la salud pública, a la atención primaria y a la salud familiar y comunitaria.

La APS Renovada plantea que un sistema de salud más eficiente y efectivo, mejora la salud y la equidad, aumenta el nivel de desarrollo humano y su contribuye al crecimiento económico sostenible. *Por lo tanto, son imprescindibles para la viabilidad y sostenibilidad de la sociedad humana en este siglo, cuando 7,000 millones de personas con una prolongada esperanza de vida se ven obligados a compartir un mismo planeta*

En el discurso de la Dra. Margaret Chan al aceptar el cargo de Directora General de la OMS, afirmó que *"la APS es la piedra angular para la construcción de la capacidad de los sistemas de salud. Es también central para el desarrollo de la salud y para la seguridad en salud de la comunidad. Estoy planeando la promoción de la APS como una estrategia para el fortalecimiento de los sistemas de salud".*

La Dra. Nogueira sugirió los siguientes pasos a seguir:

- ✓ Lograr el **cambio de percepción** del problema y de las soluciones
- ✓ Captar **nuevos defensores y socios** (ODM y APS son complementarios). Proveedores, aseguradores, las instituciones de seguridad social en salud, fondo global, otros cooperantes, sector económico, sector privado, universidades, sociedad civil, entre otros.
- ✓ **Convencer** proveedores de servicios de salud-aseguradoras de salud, instituciones de la seguridad social, y otros de que un sistema de salud basado en APS es costo-efectivo
- ✓ **Cambios estructurales necesarios en los Sistema de Salud basados en APS**
- ✓ Abordar el problema de la **segmentación y** de la **fragmentación** generalizada en la organización de un sistema de salud integrado en redes
- ✓ **Déficit de financiamiento** público
- ✓ Fortalecimiento de la capacidad rectora e institucional de la **Autoridad Sanitaria**

Finalmente, *"en el espíritu de este foro y para abordar con éxito el problema de los determinantes de la salud y afirmar el derecho a la salud, les invito a que se unan en el intento de construir una coalición de las múltiples partes interesadas con el fin de procurar que un sistema de salud basado en la atención primaria de salud represente una opción factible, políticamente atractiva y transformadora."*

4.2. Dr. Bautista Rojas Gómez, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Dió un caluroso saludo a los integrantes de la mesa principal y al auditorio en general, inició con la palabra Renovar, como esencial en este encuentro, que con el lema de Atención Primaria en Salud nos convoca con la vocación de retomar un viejo compromiso que nos invita hacer frente a nuevos retos en el sistema de salud del país.

Viejo compromiso porque su nacimiento en el ambiente internacional se le coloca para el año 1978 cuando en Alma Ata se debate y aprueba por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud durante su 31ª Asamblea el compromiso de la Atención Primaria de Salud (APS) concebida como una estrategia para que todos los pueblos de la tierra alcancen el nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

No fue tan sólo un compromiso político de los países para mejorar la salud individual y colectiva de sus habitantes, sino también una apuesta para abatir la falta de equidad en materia de salud y con ello corregir importantes brechas entre países y al interior de cada país.

Retomo la definición compartida por los Estados en aquel conclave internacional y colocada por la Dra. Nogueira, en donde a la APS se le asigna la responsabilidad de ser el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando más cerca la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituirse en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta estrategia se sustentó en principios básicos como la equidad, cobertura universal con servicios básicos, carácter multi-sectorial (saneamiento básico, nutrición, educación, etc.), participación de la comunidad, y fomento de la salud, como pilares sustantivos de la misma.

Más de tres décadas han pasado y con ello importantes acciones emprendidas que han dejado un saldo de resultados y lecciones aprendidas, algunos de los cuales nos enorgullecen como por ejemplo, en la región de las América la mortalidad infantil se ha reducido casi una tercera parte, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en 25%, la esperanza de vida ha aumentado 6 años en promedio y la mortalidad perinatal se ha reducido en 35%, pero otros problemas persisten y constituyen importantes desafíos a ser abordados en esta nueva etapa como el aumento en la incidencia de tuberculosis, la pandemia de VIH/sida y el incremento relativo de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, el aumento de la obesidad, la violencia y los problemas relacionados con el abuso de substancias nocivas, entre otros.

Las acciones de reforma que en el sector salud hemos venido desarrollando han procurado por lo menos tres grandes objetivos:

- Asegurar un conjunto de prestaciones de salud a toda la población
- Mejorar la equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud
- Mejorar el impacto del gasto sanitario en la salud de la población

Las acciones de reforma han concentrado su esfuerzo en mejorar la organización y gestión de los servicios, identificar nuevos mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos y, promover la separación de las funciones sectoriales de rectoría, financiamiento y provisión de servicios, mismas que fueron sintetizadas en el marco legal aprobado en el año 2001 en las leyes General de Salud 42-01 y de Seguridad Social 87-01.

La práctica de estos años de reformas del sector salud, demuestra que estos procesos se han enfocado principalmente a producir cambios estructurales, financieros y de organización, para mejorar la prestación de servicios individuales y de atención a la enfermedad de las personas, pero en contraste, la Salud Pública y la Atención Primaria de Salud, no han recibido la misma atención, por lo que algunos procesos indispensables para lograr la salud colectiva, tales como el desarrollo de tecnologías apropiadas, la participación comunitaria, la aplicación del enfoque de riesgo, la vigilancia de la salud, el desarrollo de recursos humanos y la investigación en salud pública, se han manejado

como prioridades de segunda categoría y no han logrado su incorporación plena en los procesos de reforma del sector salud.

Reconocemos que la puesta en marcha de la estrategia de APS es una oportunidad para aplicar mecanismos innovadores que logren consolidar el derecho a la salud, un grado de salud aceptable para toda la población y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los cuales establecen unas metas ambiciosas para reducir la pobreza en un 50% dentro de estos, la salud ocupa un lugar preponderante en este propósito ya que tres de los ocho Objetivos de Desarrollo, ocho de las dieciocho metas y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores están relacionados con la salud.

Renovar significa continuar los esfuerzos de la movilización social que implicó la implantación de la estrategia Tolerancia Cero, profundizar los programas preventivos promocionales marcados en el Año de la Promoción de la Salud y ahora construir un puente entre lo individual y lo colectivo, entre el nivel básico y el especializado a través del fortalecimiento de la atención primaria de la salud.

Las implicaciones de compromiso inmediato lo constituye la valoración que hoy hacemos de las distintas opciones de procesos que hemos estado realizando como país y que caracterizamos en este foro para corregir los errores y falta de atención que encierran y generalizar las mejores prácticas que cada una de estas acciones nos enseñan.

Vale la pena resaltar la pasión contagiosa de cada uno de los precursores de estos procesos sin la cual es probable que no pudiéramos reconocer como experiencia novedosa en este momento, la participación y el involucramiento de todos los actores de la comunidad parece ser otro factor determinante, no tenemos que sistematizar con el rigor científico la correlación existente entre el nivel de participación alcanzado por los distintos niveles de gobierno de cada una de las comunidades aquí analizadas y las experiencias exitosos en salud que hoy analizamos.

Algunas de estas experiencias han contado con acompañamiento externo que hoy agradecemos pero valoraremos como más exitosa aquella que en primer lugar fue capaz de generar la transferencia hacia el nivel local y con ello su sostenibilidad más allá de su presencia y en segundo el nivel de coherencia que el modelo de atención aprobado e impulsado en el país.

Otro saldo de lección aprendida lo constituye el incipiente esfuerzo de atención primaria en áreas de especialidad y de hospitalización como la psiquiatría, lo que nos demuestra que la APS no sólo es para el nivel primario de atención.

Cerrar la brecha de médicos con enfoque familiar y comunitario, y no de profesionales en formación, a cargo del primer nivel de atención sigue siendo un desafío de esta gestión que nos comprometemos seguir saldando progresivamente hoy en día más del 60% del primer nivel cuenta con un medico asistente.

Así mismo fortalecer la capacidad de resolución de este nivel, con énfasis en los aspectos diagnósticos, para que realmente pueda resolver el 75% de los problemas de salud como le responsabiliza el modelo.

El tema de calidad sigue siendo otro desafío importante que estaremos abordando con mayor fuerza, mayoritariamente las instituciones de salud comienzan a copar los premios a la calidad de los servicios públicos que realiza la hoy Secretaría de Estado de la Función Pública lo cual constituye un reto importante para consolidar las practicas premiadas y generalizarlas en el resto de los establecimientos y programas de salud.

Se hace necesario rescatar el legado de Alma Ata aprovechar las enseñanzas aprendidas durante más de un cuarto de siglo y reinterpretar la estrategia propuesta de APS, de forma que podamos afrontar los desafíos de este nuevo siglo, en reconocimiento de que este sigue siendo una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.
Esta propuesta está llamada a ser visionaria. La materialización de sus recomendaciones y de sus potencialidades solamente estará limitada por nuestro grado de compromiso, imaginación y pasión que le consignemos, los invito a asumir este nueva bandera que nos una a todos en nuestro accionar.

4.3. Dr. Rafael Alburquerque. Vicepresidente de la República.

Saludó a cada uno de los integrantes de la mesa, agradeció a la OPS el acompañamiento en este compromiso por la salud de la población y su discurso de cierre de inauguración fue el siguiente:

Pláceme participar con ustedes en un espacio de discusión para renovar un compromiso con una estrategia para que todos los pobladores del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, que nos acerque al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, asumidos por este gobierno encabezado por el compañero presidente Dr. Leonel Fernández Reyna.

Por su mandato, hemos estado conduciendo las políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de vida y salud de la población dominicana a través del Gabinete Social en un enfoque integral que combina acciones de asistencia social con las de un verdadero sistema de protección social, en una concepción de derecho, en los aspectos de salud, seguridad social, educación, alimentación, discapacidad, entre otros.

Estas intervenciones tienden a superar la fragmentación, segmentación e inequidad del acceso y calidad a los planes y programas y corregir la deuda social acumulada en estos sectores que han sido priorizados por criterios de vulnerabilidad social, en situación de pobreza, y biológica para madres y niños.

Partimos del entendido de que los problemas derivados de la desigualdad y la exclusión social ponen en peligro la sostenibilidad del crecimiento económico y la calidad de la democracia en nuestro país y en los países hermanos, por lo que las políticas sociales deberán tratar de promover y consolidar la cohesión social, constituyéndose esta en un eje central de las relaciones entre actores y del diálogo político institucional.

La incorporación de la cohesión social como eje estratégico del vínculo político entre los actores de nuestra sociedad y las políticas públicas formuladas e implementadas deberá contribuir a la construcción de una sociedad más incluyente que ofrezca a todos la oportunidad de tener acceso a los derechos fundamentales y al empleo, de disfrutar de los beneficios del crecimiento económico con equidad y justicia social, y poder con ello alcanzar niveles más óptimos de bienestar y prosperidad en nuestra sociedad. Todo ello, en un marco, por supuesto, de fortalecimiento y consolidación de las instituciones democráticas y sus diferentes mecanismos de participación y representación política ciudadana

El desarrollo del sistema público de salud tiene una importancia estratégica para lograr la protección universal por el Sistema Dominicano de Seguridad Social y para lograr impactar favorablemente los indicadores de salud del país, ya que el mismo continuará teniendo bajo su responsabilidad la atención de la demanda de por lo menos el 60% al 70% de la población nacional en lo que se refiere a intervenciones de promoción, prevención y control de problemas prioritarios, es decir lo que llamamos la salud colectiva.

Cabe resaltar que cuando este gobierno se instaló, los afiliados al sistema de seguridad en el régimen subsidiado eran apenas unas 40.000 personas en su mayoría titulares y concentrados en una región del país, hoy superamos el millón de afiliados, trabajando para alcanzar en este cuatrienio 3.5 millones de dominicanos, con un concepto familiar, con el valor agregado de cubrir más dependientes que titulares, dispersos en la geografía nacional, incrementando el financiamiento en los establecimientos de salud e impactando positivamente en el aumento y la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Por lo tanto valoramos toda estrategia, que como esta, promueve el desarrollo humano y la lucha contra la pobreza y propicie las políticas redistributivas e integradoras que contribuyan al ejercicio de una ciudadanía activa y participativa. Ver en este encuentro los representantes municipales me llena de optimismo, con ello acercamos los distintos poderes del Estado y creamos vehículos idóneos a las políticas públicas a través de la representación local.

En un proceso de democratización política y social, donde se han introducido importantes reformas sociales e instituciones guiadas por los principios de equidad, solidaridad, universalidad y derechos humanos, la Atención Primaria de la Salud juega un papel trascendental para profundizar los cambios en el sector salud.

Hemos sido actor de primera fila en estos días a partir del inicio del régimen contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social de la propuesta de cambio del modelo de provisión de servicios de salud imperante en el ejercicio privado de la medicina en nuestra sociedad, el cual se ha caracterizado por la especialización y la complejidad en el abordaje de los problemas de salud y en la formación de los recursos humanos del sector, su significado en el sistema privado lucrativo de atención médica, sus costos y su impacto en la viabilidad financiera del régimen contributivo de seguro familiar de salud, los mecanismos de transferencia de recursos y sus implicaciones (per cápita o pago por actos), la cartera de servicios que deberá prestar y el tipo y cantidad de recurso humano que deberá dotársele, entre otros aspectos que espero puedan debatir aquí.

Esta situación nos ha tomado importantes horas de análisis de la realidad y de la experiencia internacional en donde la riqueza de información confirman algunos postulados que sustentan la reforma que el país ha apostado y de la cual lo público ha mostrado importantes avances:

- Cerca del 65% al 75% de los problemas de salud se pueden solucionar con un equipo básico de salud;
- El enfoque familiar y comunitario contribuye a un abordaje más efectivo de los problemas de salud;
- Prevenir resulta menos costoso que tener que curar más tarde;
- Involucrar la comunidad en la solución de los problemas de la salud los hace más sostenibles;
- Priorizar intervenciones más costo efectiva permite atender con los recursos existentes más patologías, más población y más calidad;
- La multicausalidad de los problemas de salud demandan intervenciones intersectoriales e integrales;
- La mezcla regulada de la participación pública privada favorece la calidad de las prestaciones y el cumplimiento de metas sanitarias de país;
- El uso de tecnología apropiada y de la evidencia empírica disminuye los costos de los servicios de salud.

Se reconoce como aspecto relevante la separación de las funciones de las distintas instituciones de salud para manejar de manera especializada y sin conflictos de intereses los diferentes aspectos

relacionados con la salud, en la que se destaca las funciones de rectoría y regulación de la Secretaría de Estado de Salud Pública, garante de los bienes públicos en salud, responsabilidad ineludible del Estado y de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales llamada a garantizar reglas claras, seguridad a los ciudadanos de los servicios prestados, eficientización de los recursos públicos con más prestaciones y más calidad en las mismas y sobre todo una mayor equidad en el financiamiento en salud que permita cerrar las brechas entre segmentos de la población.

Así mismo la función de aseguramiento que recae en la aseguradora pública SENASA la cual tiene la vocación no sólo de garantizar servicios de calidad para un tramo importante de la población dominicana sino también de facilitar el ejercicio de la regulación de la calidad, cantidad y costo de las prestaciones cubiertas.

Estas lecciones específicas del sector salud que ustedes analizan en estos dos días se encuentran enmarcadas en un conjunto de reformas del Estado con las que el equipo de trabajo encabezado por el compañero presidente Dr. Leonel Fernández pretende enfrentar los desafíos de esta nueva etapa de gestión gubernamental, entre las que se destacan:

- Mantener consolidada la estabilidad macroeconómica y trasladarla al ámbito micro-económico
- Continuar promoviendo la competitividad del país y creando las condiciones que permitan aumentar el ahorro y la inversión productiva
- Crear empleos productivos y reducir de manera apreciable la pobreza a través de la generación de riqueza y con intervenciones específicas en las áreas sociales.
- Crear un marco jurídico e institucional adecuado, que genere transparencia y menos discrecionalidad
- Desarrollar un ambiente político de libertades y participación
- Lograr un pacto fiscal y profundizar las reformas económicas que fortalezcan el ambiente de credibilidad y confianza generado hasta ahora a fin de lograr crecimiento sostenido de la economía.
- Profundizar la reforma en las políticas sociales a fin de proporcionar mayores niveles de cobertura y calidad en los servicios sociales, creando así las oportunidades para la construcción de una verdadera ciudadanía (educación, salud y seguridad social).

En suma es necesario que exista un diálogo político para la creación de una agenda de políticas públicas en torno a las cuestiones básicas del bienestar y la protección social: empleo, salud, educación, justicia, seguridad social, que reviertan las causas estructurales que generan pobreza y obstaculizan el desarrollo humano.

Finalmente la discusión sobre APS es fundamental porque se han propuesto para este nuevo gobierno, establecer una red única de salud que se aborde desde los servicios de atención primaria, recuerdo siendo niño de 8 años, que tuvo un accidente, lo llevaron a un centro de APS y allí recibió la sutura y la antitetánica y al otro día estando en casa lo visitaron para observar como evolucionaba.

Sirvan estas palabras introductorias como motivación para el trabajo que por la calidad de los temas y de los participantes auguro el éxito de los objetivos propuestos y con ello nos faciliten consolidar esa red única de APS en el marco del sistema de protección social en salud y que se revierta en más calidad de vida para todos los dominicanos.

2. Presentación de experiencias nacionales y locales

La segunda parte de la mañana y durante toda la tarde del primer día se realizó un total de diez presentaciones con las que se pretendió dar a conocer a los participantes los esfuerzos que desde lo local se están realizando en materia de Atención Primaria en Salud en el marco del Sistema Nacional de Salud y aportar insumos para los análisis que se realizaron el siguiente día en el taller.

Las presentaciones en su orden fueron las siguientes:

1. Consejo Nacional de Seguridad Social. Anexo 3
2. Fondo Nacional de Atención Primaria FONAP. Una experiencia expresada en resultados. Coordinación técnica del Fondo de Atención Primaria. Comisión Ejecutiva Para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Anexo 4
3. Proyecto Clínica Pacientes de Larga Evolución (CLIPLE). Dirección General de Salud Mental. PROMESE. Anexo 5
4. Convenios de Gestión de los Servicios Regionales de Salud –SRS- y el desarrollo de la APS. Subsecretaría de Atención a las Personas. SESPAS. Anexo 6
   4.1. Comentarios a los convenios de gestión de los SRS, CERSS. Anexo 6.1
   4.2. Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social, DIDA. Anexo 6.2
5. Región IV, Servicio Regional de Salud de Enriquillo. Anexo 7
6. Dirección Regional VI de Salud, El Valle. Anexo 8
7. Centro de Atención Primaria Juan XXIII. CODESA, SESPAS, PUCMM. Anexo 9
8. Proyecto de fortalecimiento de Atención Primaria de Salud en Samaná (FAPRISAS) 2004-2009. Anexo 10
9. La experiencia de Palenque en el Modelo de Integración de Micro Redes, Participación Comunitaria, Universidades y Alianzas Sector Privado. Anexo 11
10. Hospital Municipal Dr. Alejo Martínez García. Ramón Santana. Anexo 12

A continuación se incluyen las conclusiones generales que surgieron producto del análisis de las presentaciones, se organizan a través de **puntos comunes, positivos y negativos**.

Componente	**Puntos en común**	
	Positivo	**Negativo**
1. Participación comunitaria	▪ Empoderamiento de la comunidad ▪ Discusión con la misma comunidad de los problemas que les afectan, a través de los comités de salud ▪ Definición, elaboración y ejecución de proyectos comunitarios ▪ Mayor satisfacción de los usuarios	▪ No todo el mundo tiene la visión comunitaria ▪
2. Acceso	▪ Centros de atención cercanos a la población ▪ Población sectorizada ▪ Adscripción de familias a UNAPS ▪ Visita a la familia-vivienda, con población carnetizada ▪ Actualización de fichas ▪ Ubicación geográfica – croquis ▪ Acceso a medicamentos	▪ No disponibilidad de medicamentos

Componente	Puntos en común	
	Positivo	**Negativo**
3. Redes y servicios	▪ El esfuerzo de articulación entre centros de atención primaria-UNAPS-, hospital general y regional ▪ Equipo de salud-UNAPS (médico, enfermera, promotores) con capacidad resolutiva a nivel comunitario ▪ Cartera de servicios ▪ Énfasis de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ▪ Servicios con calidez y humanización ▪ Buen sistema de referencia	▪ Predominio de la visión clínica ▪ Verticalidad de los programas ▪ Especialistas no manejan ni prescriben de acuerdo a protocolos de atención ▪ Segmentación por niveles de atención
4. Recursos Humanos	▪ Programa de educación permanente para administrativos y de salud. ▪ Personal informado y comprometido. ▪ Incentivos contra resultados ▪ Incentivo para el mejoramiento de la calidad de los servicios	▪ Marcada deficiencia en planificación ▪ Falta de estímulos a los promotores ▪ Actores del SNS y de universidades que están participando pero que no creen en él.
5. Gestión	▪ Planes operativos que se cumplen en los centros de atención, medido a través del monitoreo que se realiza mensualmente ▪ Supervisiones mensuales	▪ Deficiencia en administración hospitalaria ▪ Recursos limitados ▪ No hay cultura de monitoreo y evaluación de las actividades. ▪ Dificultad para la obtención de informes, remisiones y de la información generada en la población. ▪ Dificultad en un sistema único de información
6. Intersectorialidad	▪ Trabajo con los centros escolares y de trabajo de la zona. Tres de las presentaciones coincidieron en todo un esfuerzo de trabajo coordinado con ayuntamiento, defensa civil y otros sectores	**Generales:** ▪ Choque con la visión de la APS selectiva ▪ Rectoría fragmentada y débil. Las dificultades son parte del proceso de la separación de funciones ▪ Choque con la visión orientada por el mercado. Formas de financiamiento de los servicios ▪ Confusión entre APS y primer nivel de atención
7. Balances de resultados	▪ Coberturas de prevención ▪ Número de actividades ▪ Número de personas atendidas	

3. Taller de Atención Primaria en Salud

En el taller del segundo día participaron aproximadamente 45 profesionales de la SESPAS, nivel central, provincial y servicios regionales de salud, Universidades, IDSS, CNSS, el objetivo de las discusiones fue el de identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas FODA, que se tienen para la implementación de la Atención Primaria en Salud y definir las líneas estratégicas requeridas para su implementación en el Sistema Nacional de Salud.

Previo a los trabajos en grupo y por consenso se definieron las características – **elementos propios de la APS para República Dominicana,** estos son:

- Desarrollo de rectoría (central y provincial) plena y con todas sus funciones y actúe de forma desconcentrada. Convenios y contratos de gestión
- Seguridad social, garantía del acceso a los servicios de salud en el marco del aseguramiento
- Atención integral, integrada y continua: atención a las personas y acciones colectivas que van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, curación, rehabilitación y autocuidado; trabajo en redes regionales (fusión o articulación con el IDSS), fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia
- Construcción de ciudadanía e impulso de la participación social
- Trabajo intersectorial

Con estos elementos en común, se realizaron las discusiones de FODA, cada grupo escogió un tema problemático, los cuales surgieron de las presentaciones y discusiones del día anterior, estos son:

- **Sistema de información** (monitoreo, evaluación, análisis de los resultados e impacto en la población y de la gestión), investigación. Referencia y contrareferencia. **Grupo1**. El anexo 13 lista los integrantes de cada grupo
- **Calidad en la prestación de los servicios**. **Grupo 2**
- **Coordinación nivel provincial – servicios regionales** (atención a las personas – salud colectiva). **Grupo 3**
- **Recursos Humanos**: formación, capacitación, bienestar, contratación, sostenibilidad, resistencia al cambio. **Grupo 4**
- **Fuentes y formas** de financiamiento, optimización de fondos de la seguridad social. **Grupo 5**

Se hizo plenaria de cada análisis FODA por tema, se complementaron las presentaciones y luego nuevamente en grupos se trabajó en la definición de las líneas estratégicas de trabajo, para lo cual se formularon tres preguntas: 1) ¿qué queremos?, 2) ¿qué podemos? y 3) ¿Cómo hacerlo?

A continuación por temas de trabajo se incluyen las relatorías de ambas sesiones: análisis FODA y líneas estratégicas:

Grupo 1 Sistema de información. Análisis FODA

FORTALEZAS ▪ Marco legal, leyes 87-01 y 42-01. ▪ Modelo de red SRS ▪ Contamos con instrumentos o herramientas en procesos, elaborados para el sistema de información, con indicadores establecidos tanto para el proceso como para el resultado ▪ Avances tecnológicos. Es el área que más consultorías ha recibido y tiene muchos insumos ya trabajados ▪ Decisión política para definir el sistema de información ▪ Gran parte del personal esta capacitado ▪ Pasos iniciales para la red iberoamericana de investigación ▪ Sistema de referencia y contrareferencia forma parte del mecanismo de financiamiento de la seguridad social. ▪ Definido el sistema de información al usuario ▪ Existe acceso a la información	**OPORTUNIDADES** ▪ Continuidad de la gestión política ▪ Voluntad política para mejorar el proceso ▪ Interés de organismos internacionales para apoyar y mejorar el sistema de información ▪ El mandato del sistema de seguridad social, obliga a fortalecer el sistema de información. ▪ Integración intersectorial con los municipios favorece el desarrollo del sistema de información
DEBILIDADES ▪ Rectoría débil. Baja inversión en salud ▪ Recurso humano insuficiente ▪ La información definida esta orientada a la producción de los servicios y no a acceso, calidad y productividad. ▪ Fragmentación de la información y no se evalúa. ▪ Flujo no oportuno de la información, no retroalimentación. Secuestro de la información. Falta mayor intercambio y capacidad de manejo de la información. ▪ Registro no oportuno y baja calidad del dato ▪ No análisis de la información para la toma de decisión ▪ No uso de la tecnología de forma adecuada ▪ No existe un modelo de información universal ▪ Cooperantes con agendas diferentes a las necesidades nacionales y locales ▪ No existen instrumentos de referencia y contrarefencia ▪ Falta de recursos, cultura, confiabilidad para la investigación ▪ No motivación para la investigación	**AMENAZAS** ▪ Crisis económica mundial y nacional ▪ Resistencia al cambio ▪ Retraso en el implementación de la seguridad social ▪ Inseguridad laboral ▪ Carrera sanitaria y administrativa

¿Qué se quiere?

Un sistema de información parta la Atención Primaria en Salud único, integral, articulado en red, con referencia y contrareferencia que integre el CMBD de acuerdo a los indicadores de salud, que permita monitorear, analizar y evaluar la información para la toma de decisiones e información al usuario.

¿Qué se puede?

Crear una plataforma tecnológica, amigable, sostenible, de fácil manejo y costo efectivo.

¿Cómo hacerlo?

- Fortaleciendo el rol rector para liderar la integración de los diferentes actores del sector a fin de crear un sistema único de información (socializar criterios). Convenios de gestión para monitoreo, análisis y evaluación de la información, con los indicadores básicos para el CMBD
- Poner a funcionar el sistema de referencia y contrareferencia (hilos conductores), debe incluir el diseño e implementación del instrumento único.
- Capacitar a los recursos humanos

Grupo 2 Calidad en la prestación de los servicios. Análisis FODA

FORTALEZAS ▪ Infraestructura apropiada ▪ Vías de comunicación apropiadas ▪ Accesibilidad a los servicios ▪ Existencia de manual, guía y protocolos de APS ▪ Existe un informe de la carrera administrativa y sanitaria que se debe tener en cuenta.	**OPORTUNIDADES** ▪ Marco legal ▪ Voluntad política
DEBILIDADES ▪ Incumplimiento de horarios ▪ RRHH no calificado y mal ubicado ▪ Deshumanización de los servicios ▪ Escaso monitoreo y supervisión de los niveles superiores ▪ Inequidad en la distribución de los incentivos ▪ Falta de sistematización de los procesos iniciados ▪ Escasa promoción y educación en salud ▪ Escasa participación de la comunidad en la toma de decisiones ▪ Ausencia de auditoría en salud ▪ Necesidad de una transformación en la currícula de formación en las universidades ▪ En algunos casos desabastecimiento de insumos y medicamentos ▪ Falta de comunicación y armonización con el ente rector.	**AMENAZAS** ▪ Cambio de autoridades ▪ Movilidad de RRHH después de capacitado ▪ Resistencia al cambio ▪ Interferencia de gremios y asociaciones ▪ Fuga de cerebros por falta de estímulos sociales y económicos.

¿Qué se quiere?

- Una APS que responda al modelo de salud propuesto, a las necesidades de la población, que trate a las personas con dignidad y respeto, que asegure una mayor participación de la comunidad en la toma de decisiones en los aspectos de salud de la población.
- Crear una cultura con institucionalidad y credibilidad en el SNS

¿Qué se puede?

- Crear mecanismos institucionales que fomenten el empoderamiento y el liderazgo local
- Unificar criterios de gestión a nivel nacional
- Crear espacios de participación comunitaria e intersectorial

¿Cómo hacerlo?

- Selección adecuada y / o contratación del personal con los perfiles requeridos
- Cambio de actitud, comportamiento y práctica del personal de salud
- Planificación participativa de las acciones y funciones a desarrollar en base a sanciones o incentivos teniendo en cuenta la productividad en el desempeño.
- Conocimiento e implementación operativa de normas y reglamentos
- Definir estándares de calidad en la previsión de los servicios.

Grupo 3 **Coordinación nivel provincial – servicios regionales. Análisis FODA**

FORTALEZAS ▪ Marco legal es adecuado ▪ Existen los resultados de la evaluación rectora, los cuales se deben tener en cuenta.	**OPORTUNIDADES** ▪ El nivel de conocimiento de los gerentes es adecuado
DEBILIDADES ▪ Regionales y provinciales no se encuentran identificados con sus funciones, hay una falta de claridad de competencias en cada nivel. ▪ Desconocimiento de los funcionarios que deben dirigir las redes y éstas no se aplican ▪ No hay distribución oportuna de los recursos ▪ La separación de las funciones en el primer nivel dificulta las intervenciones integrales a las comunidades. ▪ Las UNAP no tienen la capacidad para mejorar su accionar, además no son suficientes en muchos municipios del país.	**AMENAZAS** ▪ La no definición clara hacia donde deben ir los recursos

¿Qué se quiere?

- Que cada uno de los gerentes tenga pleno conocimiento de sus funciones de acuerdo al marco legal establecido
- Tener pleno conocimiento de los recursos que son asignados por éste proceso y una vez que se conozca hacer un uso adecuado y racional del mismo.
- Que sea una realidad el proceso de red única

¿Qué se puede?

- Crear un espacio de coordinación que permita trabajar en equipo, cada uno cumpliendo con sus funciones
- Una vez que se conozcan los recursos hacer uso adecuado y racional del mismo, según los objetivos trazados.
- Establecer mecanismos que nos permitan una articulación adecuada entre todos actores que intervienen en el proceso

¿Cómo hacerlo?

- Involucrando cada uno de los actores del proceso de ejecución de los proyectos planificados, con la finalidad de lograr un objetivo único, a través de planes de capacitación, que permitan la viabilidad del proceso.
- Ejecutando de acuerdo a los proyectos establecidos.
- Logrando que cada gerente de salud, cumpla con su rol establecido en el proceso de formación de red.

Grupo 4 Recursos Humanos. Análisis FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
▪ Existencia de un marco legal sanitario (Ley 42-01 y 87-01). Ordena la adopción de la estrategia de APS, elemento favorable a la formación y gestión de RRHH con el perfil acorde a la aplicación de la estrategia ▪ Los Convenios de gestión como instrumento base para la contratación de RRHH con competencias relativas a APS ▪ Existencia de RRHH en cantidad mínima suficiente para la aplicación de la estrategia de APS. ▪ Que se cumpla la norma que la contratación se haga por concurso y méritos	▪ Implementación del Sistema de Seguridad Social que define un modelo de atención basado en APS, la obligatoriedad de su cumplimiento y los recursos financieros para su implementación. ▪ El nuevo marco legal que crea el SDSS, ordena que el sector privado asuma la implementación de la APS, dejando éste de verse como exclusiva del sector público. ▪ La promulgación de la Ley de Administración Pública (41-08). ▪ El rol regulador de la Secretaría de Educación Superior Ciencia y Tecnología a través del plan quinquenal de evaluación de facultades y escuelas de medicina.
DEBILIDADES	**AMENAZAS**
▪ Social e institucionalmente el profesional de la salud mejor visto y remunerado es el médico, por lo tanto los jóvenes escogen estudiar medicina, dejando de lado las otras carreras. ▪ Falta de coordinación entre instituciones formadoras y empleadoras. • Predominio de visión biologista y curativa en la formación de RRHH, formado con una visión fragmentada de la APS y replica este paradigma en la práctica • No se esta produciendo el talento humano que el sistema requiere, pero tampoco esta definido qué se quiere • La formación no se basa en desarrollo de competencias. • Falta de espacios laborales para los egresados de programas vinculados a la APS • Concentración de los esfuerzos de capacitación en los niveles centrales y subnacionales de las instituciones, quedando fuera, muchas veces, los niveles operativos. • Disociación entre la capacitación y los procesos de planificación y desarrollo de las instituciones. ▪ Ausencia de una política de gestión de RRHH en salud ▪ Distribución inequitativa de los RRHH ▪ RRHH no tienen condiciones para desarrollar su trabajo (por falta de insumos, condiciones físicas, normas y procedimientos claras) y en algunos casos lo ubican de manera inadecuada. ▪ La centralización en la contratación de los RRHH que en muchas ocasiones no corresponde con las necesidades locales. ▪ Falta de un sistema de información y de monitoreo de RRHH ▪ Inequidad salarial. Retribución diferenciada para un mismo puesto	▪ Vocación clientelar del Estado dominicano ▪ Debilidad institucional ▪ Resistencia al cambio presente en los procesos de reforma ▪ Los acuerdos para implementar el régimen contributivo distorsionan el mandato de la Ley 87-01 de que la puerta de entrada al sistema sea el primer nivel de atención (UNAP), esto trae como consecuencia que se continúa privilegiando la asistencia curativa y por ende la formación de especialistas.

▪ Ausencia de sistema de evaluación de desempeño ▪ Inestabilidad laboral ▪ Aún el país no cuenta con una ley de carrera especial sanitaria que al ser aplicada ordene los aspectos de contratación, permanencia, desarrollo de carrera y evaluación de desempeño. ▪ El RRHH no tiene las competencias para incorporar la participación social en su práctica ▪ La capacitación en APS se ha concentrado en los aspectos teóricos de la APS y no en las herramientas y habilidades para llevarlas a la práctica.	

¿Qué se quiere?

- Que los recursos humanos cuenten con una formación integral de acuerdo a los lineamientos de una política que defina reclutamiento, selección, contratación, incentivos, que se correspondan al perfil del cargo a desempeñar para la implementación de los sistemas de salud basados en APS.
- Que la oferta en recursos humanos de los servicios de salud sea en cantidad y calidad capaz de dar respuesta a las demandas de la población

¿Qué se puede?

- Tratar de reubicar los recursos humanos donde hay alta concentración o donde hay menos respuesta a la demanda
- Capacitar o sensibilizar a los recursos humanos atendiendo a las exigencias de la estrategia

¿Cómo hacerlo?

- Hacer un inventario de los recursos humanos para identificar las brechas en las redes de servicios, con el fin de ubicar y reubicar los recursos en función de las competencias y las necesidades de la estrategia de APS.
- Lograr el compromiso de los actores que tienen poder de decisión según nivel SESPAS, IDSS, Universidades, ONG´s

Grupo 5 Fuentes y formas de financiamiento. Análisis FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
▪ Propuesta de modelo de financiamiento y pago de atención a las personas ▪ Costeo de las acciones de salud colectiva ▪ Modelos de convenio SRS con experiencia de gestión por objetivos ▪ Hay criterios definidos para asignar fondos a DPS ▪ Instrumentos listos, administrativos financieros, que necesitan ser implementados ▪ Sistema de información, atención a las personas y salud colectiva en desarrollo	▪ Ley de presupuesto ▪ Ley 87-01, financiamiento de salud colectiva ▪ Incremento en número de afiliados al subsidiado ▪ Decisión política para la garantía de los fondos ▪ Disminución del gasto de bolsillo ▪ Se dispone de fondos para gastos estructurales directos del gobierno central para cubrir población no cubierta por el SDSS ▪ Fondos por vía SDSS ▪ Financiamiento rectoría, vía presupuesto ▪ Legislación confiere a SESPAS rectoría ▪ Acceso a fondos de cooperación externa
DEBILIDADES	**AMENAZAS**
▪ Debilidad del rector para regular y controlar el ejercicio de la modulación y del financiamiento, armonización de la provisión, sobre todo dentro del SDSS y para orientar las contrataciones. ▪ Autoridad limitada de conducción en materia de financiamiento y gasto del nivel superior hacia el SRS y DPS y de los SRS hacia los establecimientos ▪ Escaso desarrollo del sistema de control interno ▪ Rigidez en la ejecución presupuestaria que impide manejo de fondos oportunamente ▪ Asignación insuficiente a salud colectiva ▪ Entrega de fondos no atados a resultados ▪ No racionalidad del gasto ▪ Limitación de la SESPAS para desarrollar sistemas de financiamiento per cápita para pobres no afiliados. ▪ No se están cuantificando ni ordenando los recursos de la cooperación técnica ▪ No se encuentra claramente definido el *"periodo de transición"* para la asignación de presupuesto por niveles de complejidad y responsabilidad en la atención según plan de atención.	▪ Entrega no regular de fondos asignados ▪ Inexistencia de una adecuada valoración de los que se puede perder por la corrupción ▪ Gasto significativo que es asignado a las instituciones sin relación con políticas de salud, ni a plan ni metas nacionales. ▪ Volumen de fondos del primer nivel, no se relaciona con las necesidades de su desarrollo, ni con la finalidad que se ha expresado ▪ Fondos de contratación con SENASA no favorece el desarrollo integral de las redes y no orienta a la prevención y al desarrollo de las redes. ▪ Ausencia de investigaciones económicas-financieras ▪ Inexistencia de fuentes de financiamiento a población pobre no afiliada ▪ Crisis económica nacional y mundial ▪ Proyectos de cooperación no orientados a los planes y modelos definidos.

¿Qué se quiere?

- Que la población tenga acceso con equidad a planes de atención definidos sobre la base de las necesidades de salud de la población y los objetivos y metas del país.
- Lograr el 100% de funcionamiento de los planes de desarrollo de la función de provisión y los planes de desarrollo del rector y de la función de rectoría

¿Qué se puede?

- Reorganizar el gasto público en salud sobre la base de la APS (SESPAS, IDSS, CERSS, RS)
- Reorientar el funcionamiento por la vía de los SRS

¿Cómo hacerlo?

- Aumentar la afiliación al SDSS
- Amarrar el financiamiento y formas de pago a modelos de relacionamiento entre los actores del SNBS por la vía de contratos y convenios sobre la base del desarrollo de la estrategia de APS.
- Recuperar a SESPAS las funciones de rectoría y su funcionamiento estatal
- Desarrollar espacios de discusión y escenarios de integración.

4. Desafíos

Finalmente y a modo de resumen del Foro, a continuación se enuncian los **desafíos** que tiene República Dominicana para poder implementar de manera efectiva la Atención Primaria en Salud en todo el territorio nacional, como una estrategia que fortalezca la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud, como una condición esencial para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas nacionales, así como para abordar los determinantes sociales de la salud de la población dominicana.

4.1. Fortalecimiento de la capacidad rectora e institucional de la Autoridad Sanitaria a nivel nacional y local

4.2. Explotar y definir la experiencia nacional, construida sobre la base de las realidades nacionales. Y asumir la APS con los siguientes características:

- Desarrollo de rectoría (central y provincial) plena y con todas sus funciones y actúe de forma desconcentrada. Convenios y contratos de gestión
- Seguridad social, garantía del acceso a los servicios de salud en el marco del aseguramiento
- Atención integral, integrada y continua: atención a las personas y acciones colectivas que van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, curación, rehabilitación y autocuidado; trabajo en redes regionales (fusión o articulación con el IDSS), fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia
- Construcción de ciudadanía e impulso de la participación social
- Trabajo intersectorial

4.3. Promover la APS como idea fuerza, puente que une la línea divisoria entre lo individual y colectivo.

4.4. Las bases teóricas están definidas, hay que fortalecer la unificación de criterios y la operatividad del proceso

4.5. La APS debe generar un compromiso con la población, independientemente del régimen de aseguramiento, es para todos y todas e incluye las instituciones públicas y privadas, por lo tanto el conocimiento de la comunidad y usuarios es fundamental.

4.6. En Recursos Humanos

- Trabajar en la formación, hacer mayores esfuerzos para integrar la docencia con el servicio. Pasar de la teoría a la práctica.
- Es necesario definir claramente las competencias tanto académicas como de servicios que se requieren para la APS.
- Inculcar la cultura del monitoreo y la evaluación y dejar de depender del clientelismo político, promover el cumplimiento y la rendición de cuentas. Los funcionarios se van, quienes no se van son las instituciones y las políticas públicas.
- Que los recursos humanos se identifiquen con los servicios regionales y las políticas del Sistema Nacional de Salud.
- Existencia de una política de designación y motivación del RRHH, el sistema esta sustentado sobre médicos pasantes, lo que no le da sostenibilidad al modelo.

- Contar con una fuerza laboral competente, motivada y distribuida de manera equitativa. Crear el sistema de estímulos e incentivos contra resultados, dirigidos a los promotores y al equipo en general.
- Seguir luchando con la resistencia al cambio
- Importancia de los actores, comprometidos, con pasión e imaginación, con sentido de pertenencia, trabajo en equipo, se tiene el terreno fértil para cosechar, hay que ir abonando. *"Se puede cuando se quiere".*

4.7. Gestión

- Las acciones se pueden hacer, se requiere buena orientación, conducción y gerencia, para que el personal haga las cosas bien y a tiempo.
- La ejecución de los planes de adecuación de la infraestructura y el equipamiento deben empezar a ser implementados.
- Estar en capacidad de cumplir con los contratos con el SENASA sobre la base de metas y coberturas.
- Necesidad de equipamiento con alta resolutividad y un equipo humano con alta capacidad, tiene que ser una reforma integral.

4.8. Redes y servicios

- Buscar mecanismos operativos y prácticos que garanticen la contrareferencia.
- Humanizar los servicios, darle mayor calidez a la prestación de los mismos.
- Creación de un sistema de información que abarque la red. Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de la red
- Mejorar la coordinación entre el Servicio Regional y la Dirección Provincial de Salud. Complementariedad de las acciones son insolubles, están muy unidas. Trabajo unido y mancomunado de ambas áreas.
- Mejorar el trabajo articulado entre los diferentes niveles (hospitales, centros de atención y UNAP)
- Lograr que las UNAP sean verdaderos modelos de prestación de servicios de base comunitaria.
- Poner en práctica los trabajos que permitan implementar los modelos tomando como eje el desarrollo de la estructura de la red
- Abordar el problema de la segmentación y de la fragmentación generalizada en la organización de un sistema de salud integrado en redes
- Respecto a los servicios a ofrecer a la población, será necesario su reorientación por los cambios originados por la transición demográfica, la polarización epidemiológica y el impacto ambiental y ecológico.

4.9. Financiamiento

- Se necesita más investigación sobre cuentas, costos y gastos. Los estudios muestran que la APS es costo-efectiva, en este país se necesita una inversión masiva en el primer nivel de atención.
- Vincular la financiación con la rendición de cuentas
- Reorganizar el gasto público en salud sobre la base de la APS
- Amarrar el financiamiento y formas de pago a modelos de relacionamiento entre los actores del SNBS por la vía de contratos y convenios sobre la base del desarrollo de la estrategia de APS.

4.10. El tema de calidad sigue siendo otro desafío importante que se debe abordar con mayor fuerza, de tal manera que se implementen los estándares de calidad en el prestador y asegurador y se vigile y controle desde la instancia rectora el cumplimiento de la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos y en la calidad del aseguramiento.

5. Pasos a seguir

- Fortalecimiento del equipo técnico organizador del foro que integre todos los actores del Sistema Nacional de Salud, que evalúe el desarrollo del foro y elabore, implemente, de seguimiento y evalúe un plan de acción de corto y mediano plazo 2008 – 2010. Se pretende que sea una mesa de discusión permanente.

- Como parte de ese plan de acción trabajar de manera coordinada la implementación de la APS con la conformación de mesas de trabajo por región, en donde se incluya la SESPAS nacional, las Direcciones Provinciales y los Servicios Regionales de Salud y sus respectivas redes, no debe haber exclusiones de ningún tipo.

- Entregar los resultados de este foro a todos sus participantes y demás actores del sistema que sumen a esta tarea de renovar la Atención Primaria en Salud.

- Convocar desde la OPS – SESPAS a los actores del sistema con poder de decisión para entregar los resultados del foro y propiciar los mecanismos para lograr el compromiso de estos actores.

6. Taller: "Foro sobre la Atención Primaria en Salud"

7 de agosto de 2008

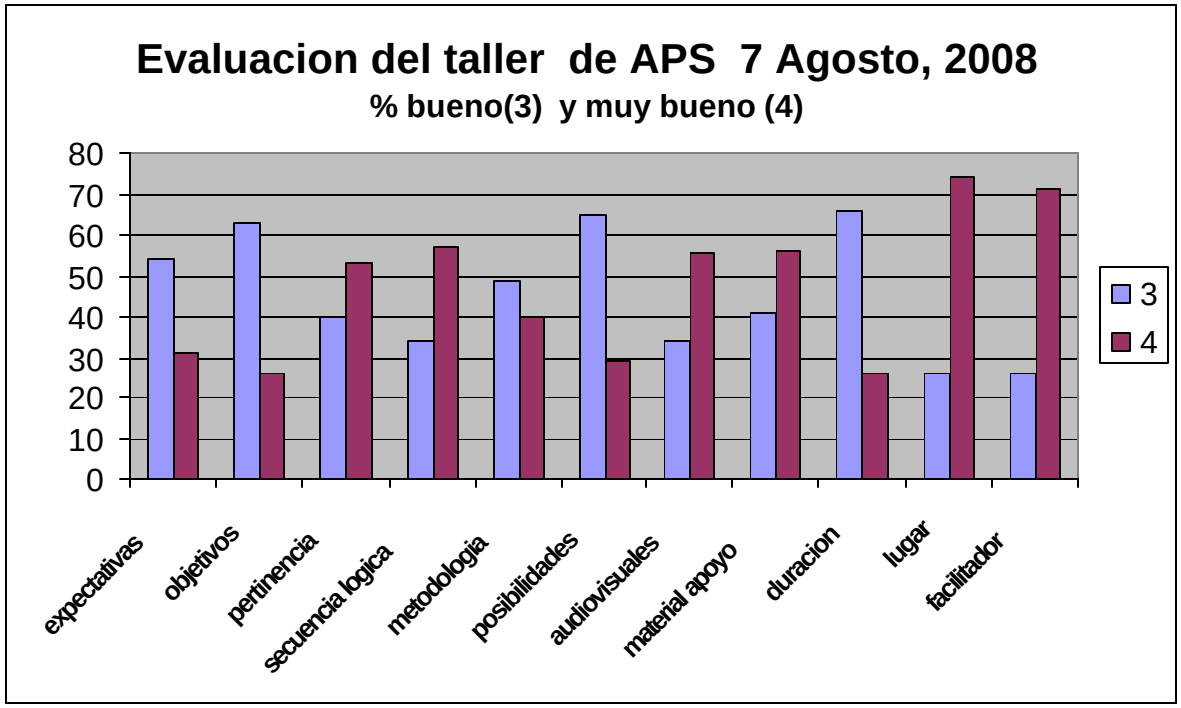
EVALUACION (35 evaluaciones)

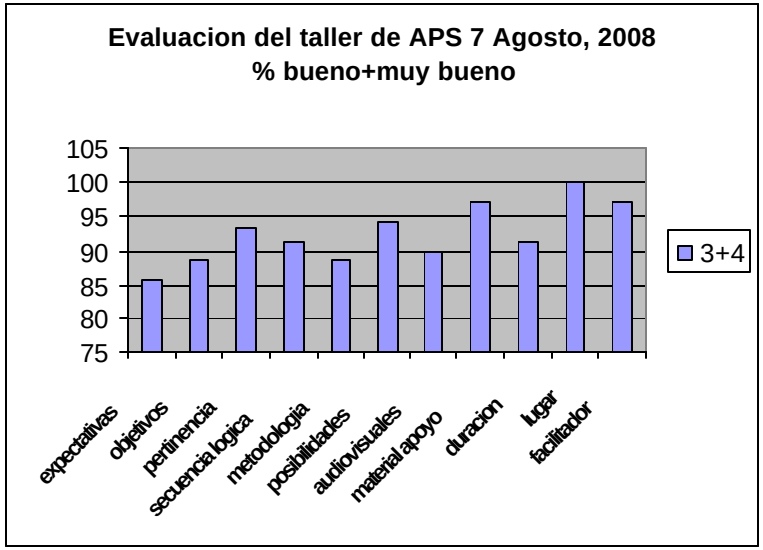
Escala:

Puntaje	Escala
4	Muy Bueno
3	Bueno
2	Poco
1	Deficiente

Aspecto a evaluar:	**1**		**2**		**3**		**4**		**total**
	#	**%**	**#**	**%**	**#**	**%**	**#**	**%**	
1. Califique el grado en que se cumplieron sus expectativas?			5	14.3	19	54.3	11	31.4	35
2. Objetivos del taller, se lograron?	1	2.9	3	8.6	22	62.9	9	25.7	35
3. Contenidos del programa:			2	6.7	12	40	16	53.3	30
• Pertinencia			3	8.6	12	34.3	20	57.1	35
• Secuencia lógica									
4. Metodología utilizada en el desarrollo de la actividad			4	11.4	17	48.6	14	40	35
5. Posibilidades de aplicar las habilidades y destrezas adquiridas			2	5.9	22	64.7	10	29.4	34
6. Recursos audiovisuales					12	34.3	23	55.7	35

7. Presentación y contenido del material de apoyo			1	2.9	14	41.2	19	55.9	34
8. Duración de las sesiones de trabajo			3	8.6	23	65.7	9	25.7	35
9. Lugar donde se desarrollo el taller					9	25.7	26	74.3	35
10. Comunicación del facilitador con los participantes			1	2.9	9	25.7	25	71.4	35





Otros comentarios y sugerencias:

1. ausencia de los tomadores de decisión +++
2. Importancia del seguimiento al foro +++
3. Es importante que se apliquen la recomendaciones +++
4. participantes deben recibir todo el material del foro++
5. taller para la definición de roles entre provinciales y regionales
6. Importancia de invertir en el primer nivel sin perder la articulación con los otros niveles
7. Ruta critica para el desarrollo del tema
8. Compartir los resultados con las autoridades para que puedan poner en ejecución

ANEXOS