



Nombre del trabajo:

Resumen Sistemas integrados de salud en América Latina y el Caribe

Materia:

Interculturalidad y salud 1

Primer semestre

Nombre del docente:

Magali Escarpulli

Nombre del alumno:

Abril Amairany Ramírez Medina

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

22 de Octubre de 2021

Bolivia: En Bolivia, la iniciativa se enfoca en dos de los nueve departamentos, La Paz y Oruro, y alcanza a diez municipios. Las acciones incluyen, pero no están limitadas al desarrollo de salud comunitaria, la promoción e incorporación de las prácticas tradicionales de salud en el sistema nacional de salud.

Colombia: Son cuatro municipios en el departamento de Vichada: Cumaribo, La Primavera, Puerto Carreño y Santa Rosalía. La programación incluye el fortalecimiento de servicios primarios de salud con la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, desarrollo de capacidades en salud materna e infantil, enfermedades transmisibles prioritarias y nutrición, y el desarrollo de planes de inocuidad alimentaria.

Ecuador: La iniciativa se enfoca en la provincia de Morona Santiago en el municipio de Macas. Incluye actividades para el intercambio de información y la implementación de modelos integrados de atención, incluyendo la nutrición, y la salud reproductiva en las comunidades indígenas que habitan la frontera entre Ecuador y Perú. Las acciones también incluyen desarrollar planes para la gestión de desechos biomédicos y sangre segura.

Guatemala: Las acciones apoyan a la implementación del plan nacional para reducir la mortalidad materna e infantil, aumentando el acceso y la disponibilidad de sangre segura, fortaleciendo sistemas de información materna y neonatal e incorporando componentes de salud mental en los sistemas locales de salud.

Guyana: Incluyen cinco de las diez. La Iniciativa apoyará a la implementación de una Estrategia de Salud.

Haití: La iniciativa está siendo implementada en tres regiones en el sur del país: Soud, Grand Anse y Nippes. Apoyará a la implementación de un plan de acción para reducir la muerte materna e infantil en Cayes, el desarrollo, la implementación, y la diseminación de protocolos obstétricos y de emergencia.

Honduras: Incluyen 11 municipios en seis departamentos. Apoyará a la implementación de un sistema nacional de salud en las áreas seleccionadas de intervención, así como el desarrollo de capacidades en la prevención y control de

enfermedades que afectan a mujeres y niños menores de 5 años de edad, con un enfoque en las comunidades indígenas.

Nicaragua: Se enfoca en 6 de los 17 departamentos nacionales. Apoyará a las acciones para fortalecer los esfuerzos para mejorar la calidad de atención para madres, niños y adolescentes, así como el desarrollo de capacidades para prevenir la transmisión de VIH/ SIDA de madre a hijo.

Paraguay: Son cuatro distritos en el departamento de Alto Paraguay. Apoyará a la revisión y el fortalecimiento de estrategias locales de salud relacionadas a la salud materna y neonatal, así como el desarrollo de pautas y protocolos para abordar a las infecciones de transmisión sexual incorporando un enfoque intercultural y de género. La iniciativa también apoyará a un mayor acceso a agua potable y mejores actividades de saneamiento.

Perú: La iniciativa apoya a actividades para intercambiar información e implementar modelos integrados de atención, incluyendo la nutrición, salud materna y reproductiva en comunidades indígenas ubicadas en la frontera entre Ecuador y Perú. Estas acciones también incluyen desarrollar planes para el manejo de desechos biomédicos y para sangre segura así como mejorar registros de nacimiento, fortalecer el desarrollo de capacidades en atención materna y al niño, asegurar planes de agua segura, y desarrollar pautas nutricionales para madres y niños.

Surinam: La iniciativa tiene un enfoque nacional con actividades programadas en cada uno de los 10 distritos. Apoyará el Programa Expandido de Inmunización y el Plan de Acción de Salud Materna y Neonatal, así como programación integrada en inmunización y enfermedades transmisibles desatendidas. Además, las actividades incluyen desarrollar una estrategia nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.

La situación de la salud en las Américas se caracteriza por:

- Aproximadamente 800 millones de habitantes alcanzan el 13,5 % de la población mundial.
- El Caribe Latino crece en 2 millones de personas cada 5 años y el Anglófono pudiera no tener crecimiento en los próximos 5 años.
- Las ciudades de la América Latina han duplicado su población en 15 años.
- La población urbana de América Latina y el Caribe aumentó de 68,7 % a 74,7 % entre 1980 y 1996.
- La población indígena es estimada en 42 millones.
- La esperanza de vida al nacer era de alrededor de 69 años en 1995 en América Latina.
- El Caribe Latino, Cuba y Puerto Rico tienen una esperanza de vida 20 años mayor que Haití, y en el área andina Venezuela y Colombia 10 años más que Bolivia.
- La cobertura promedio de acceso a agua potable aumentó de 59,8 % a 74,7 % entre 1980 y 1995.
- El cólera reemergió en 1991, después de un siglo de ausencia. Hasta 21 países notificaron 1,2 millones de casos en años recientes.
- La poliomielitis fue erradicada de la Región en el período de 1980-1994, las muertes por tos ferina y difteria desaparecieron en algunos países y el tétanos y el sarampión están bajo control.
- La mortalidad infantil ha descendido en América Latina y el Caribe de 125 a 35 por 1 000 nacidos vivos entre principios de los años 50 y mediados del 90.
- La mortalidad por diabetes ha aumentado rápidamente, sobre todo en la población mayor de 25 años.
- La deficiencia de hierro es el problema nutricional de mayor prevalencia, en especial en pre-escolares y mujeres.

- La incorporación de nuevas tecnologías es uno de los factores más influyentes en las modalidades de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, así como la calidad y costo de los servicios que brindan.

Las Américas, en la actualidad, parece ser la más activa de las regiones de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta a las Reformas Sanitarias (RSs). A mediados de 1995 prácticamente todos los países o territorios de la región consideraban la posibilidad de implementar alguna iniciativa para reformar sus sistemas de salud, sus políticas, o ambas cosas.

Las RS en ALC se han circunscrito, en gran parte, a la reforma de las instituciones del sector público involucradas en la provisión de servicios de salud (los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social), y los problemas de eficiencia y equidad del gasto en salud que pretenden resolver se refieren, en la mayoría de los casos, a la utilización de los recursos públicos hechos por estas instituciones, énfasis que se debe en gran medida a una percepción generalizada de un papel marginal del sector privado en el gasto y la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, la situación es diferente: la mayor parte del gasto nacional en salud en ALC corresponde al sector privado, y hay países donde esta proporción es superior al 70 %.

Venezuela, en el contexto de los países de las Américas, es el de peor impacto del ingreso en la salud de su pueblo, hecho que concommita con una mala situación de salud global. El deterioro de la calidad de los servicios de salud, con un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo, es concurrente con el marco económico y social que determina la aparición y desarrollo de los grandes problemas de salud: la miseria, la caída de los ingresos familiares y la ruptura de los lazos de solidaridad dentro de la sociedad venezolana y entre sus diferentes sectores sociales.

La RS en México es la última que ha sido hasta el presente propuesta y es de potencial influencia en la región. Fue elaborada como parte del programa para resolver la crisis originada en 1994.

México, es de los de peor situación, puede clasificarse como una situación regular de salud globalmente en el contexto de las Américas con un muy bajo impacto del recurso económico en el estado de salud de la población.

Dentro de los objetivos del programa reforma del sector salud 1995-2000 (no cumplidos y aún vigentes) de México se encuentra el mejoramiento de la calidad, la ampliación de la cobertura de la seguridad social, la descentralización, impulso a la participación de la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos locales, brindar cobertura de la población rural y dispersa y el desarrollo de un nuevo modelo de seguros de salud.

Prevalece una situación evidentemente contradictoria. Por una parte, las políticas aplicadas de privatización, descentralización y focalización han sido una prolongación de las políticas globales de ajuste predominantes en el campo económico y social y que han sido causa de la exacerbación de las iniquidades sociales en ALC, consideradas a su vez como las más acentuadas en el mundo.

En el marco del desarrollo social sostenible del modelo social cubano, se define una transformación profunda de la gestión del sistema por medio de cambios en los métodos y estilos de trabajo, con el fortalecimiento de los niveles de base del sistema, mayor intercambio y presencia del aspecto normativo del Ministerio de Salud y de ejecución y control de las provincias y la creación de grupos de expertos para analizar problemas prioritarios del sector y proponer soluciones.