

"Hacia una nueva normalidad: Rectoría y gobernanza en Salud"

¿Qué cambia con la pandemia?

- Antecedentes:
 - Conceptos de gobernanza, gobernabilidad y gobierno.
 - El Sector salud como campo de acción estratégico.
 - La estrategia de Salud Universal.
 - Elementos críticos de la gobernanza y rectoría en el marco de la Salud Universal.
- Algunos problemas estructurales.
- Las reformas de los Sistemas de Salud en la Región durante el siglo XXI.
- COVID y la reproducción/expansión de inequidades previas.
- Una agenda necesaria para las condiciones post pandemia COVID19.

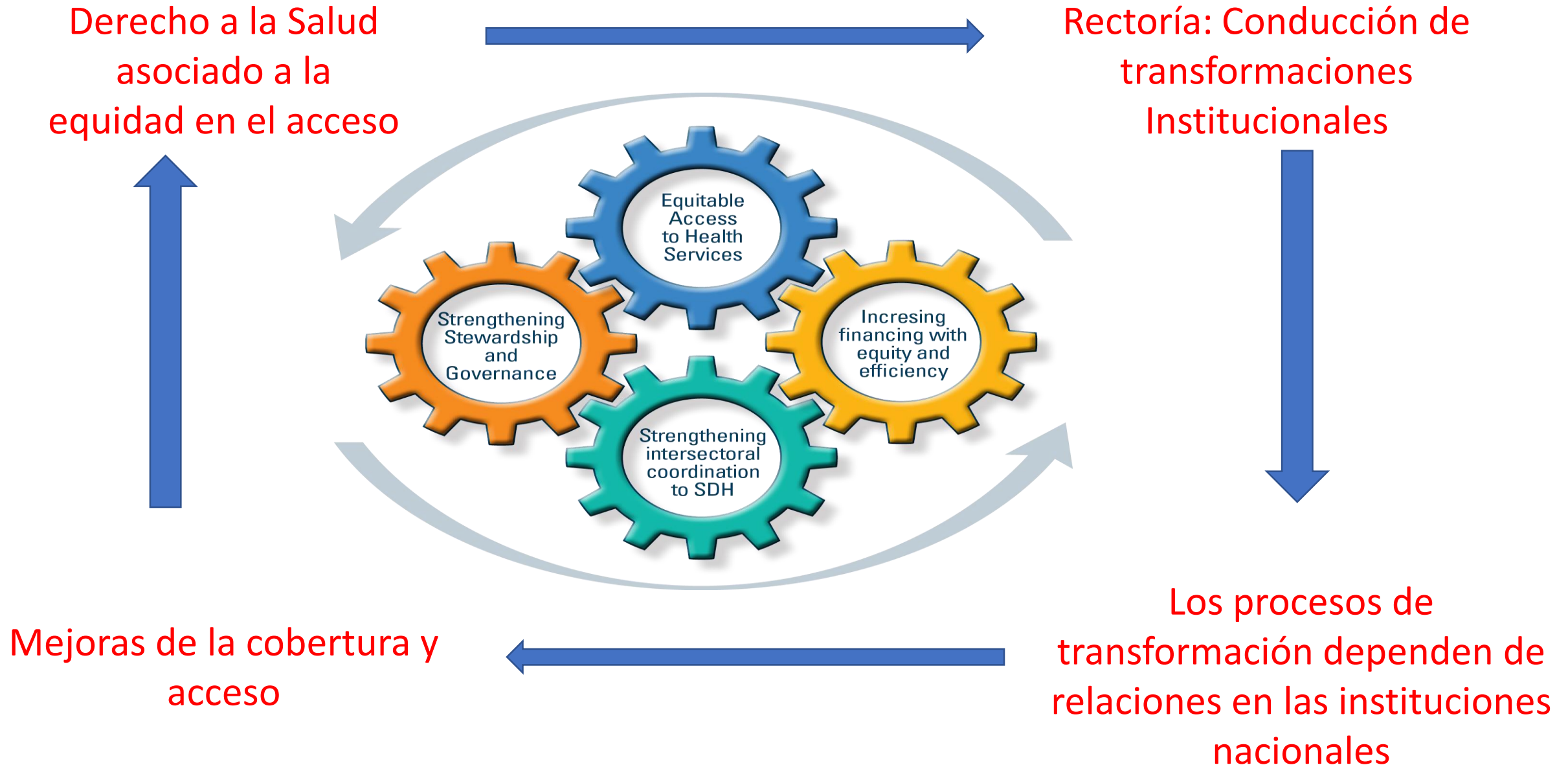
Hacia una noción común de Gobernanza

- La dimensión de gobernanza de los sistemas de salud se interpreta como las "reglas del juego" o "arreglos institucionales" que regulan los intereses de los actores involucrados en el sistema de salud y que influyen en la prestación de servicios de salud.
- Se puede también considerar a la gobernanza como aquel proceso centrado en crear una visión y misión del sistema, qué es lo que será y qué es lo que hará, además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir para lograrlas.
- La gobernanza se refiere a los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales) con las que se toman e implementan las decisiones y se determinan conductas dentro de un "sistema". No depende solamente de ciertos componentes técnicos sino también de la calidad de la interacción de los actores que lo componen.
- Cuando hay buena gobernanza, hay gobernabilidad. Cuando hay gobernabilidad, se pueden cumplir las funciones de gobierno.

El Sector Salud entendido como campo de acción estratégico.

- El campo de acción estratégico es la unidad fundamental de acción colectiva.
- Hay actores (individuales y colectivos): incumbentes, desafiantes y unidades de gobernanza.
- Hay discursos y relatos que dan coherencia y habilidades sociales que se ponen en juego.
- Hay un contexto con el cual se interactúa.
- Hay momentos de shock exógeno, de movilización y acciones de contención.
- Hay tendencia a la estabilidad, a generar un equilibrio.

Estrategia de Acceso y Cobertura Universal a la Salud

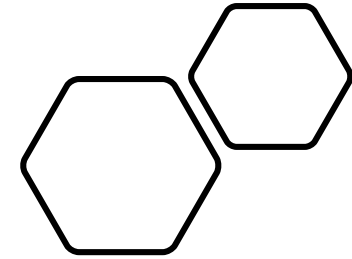




Línea Estratégica 2

Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

- Fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades nacionales garantizando las funciones esenciales de salud pública, y mejorando la gobernanza para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- “En los Estados modernos se espera de los gobiernos que protejan la salud, garanticen el acceso a la atención sanitaria y salvaguarden a las personas del empobrecimiento que pueden acarrear las enfermedades. Estas responsabilidades fueron ampliándose y a ellas se sumó la corrección de los fallos del mercado que caracterizan al sector sanitario”



Elementos críticos (1)

- Garantizar las funciones esenciales de salud pública.
- Fortalecer el liderazgo de las autoridades.
- Que se establezcan y/o fortalezcan mecanismos formales de participación social y de rendición de cuentas.
- Formular políticas y planes nacionales de salud para avanzar hacia el AU y la CU de salud.
- Establezcan metas y objetivos nacionales, y definan sus planes de acción; establezcan prioridades para 2014-2019.

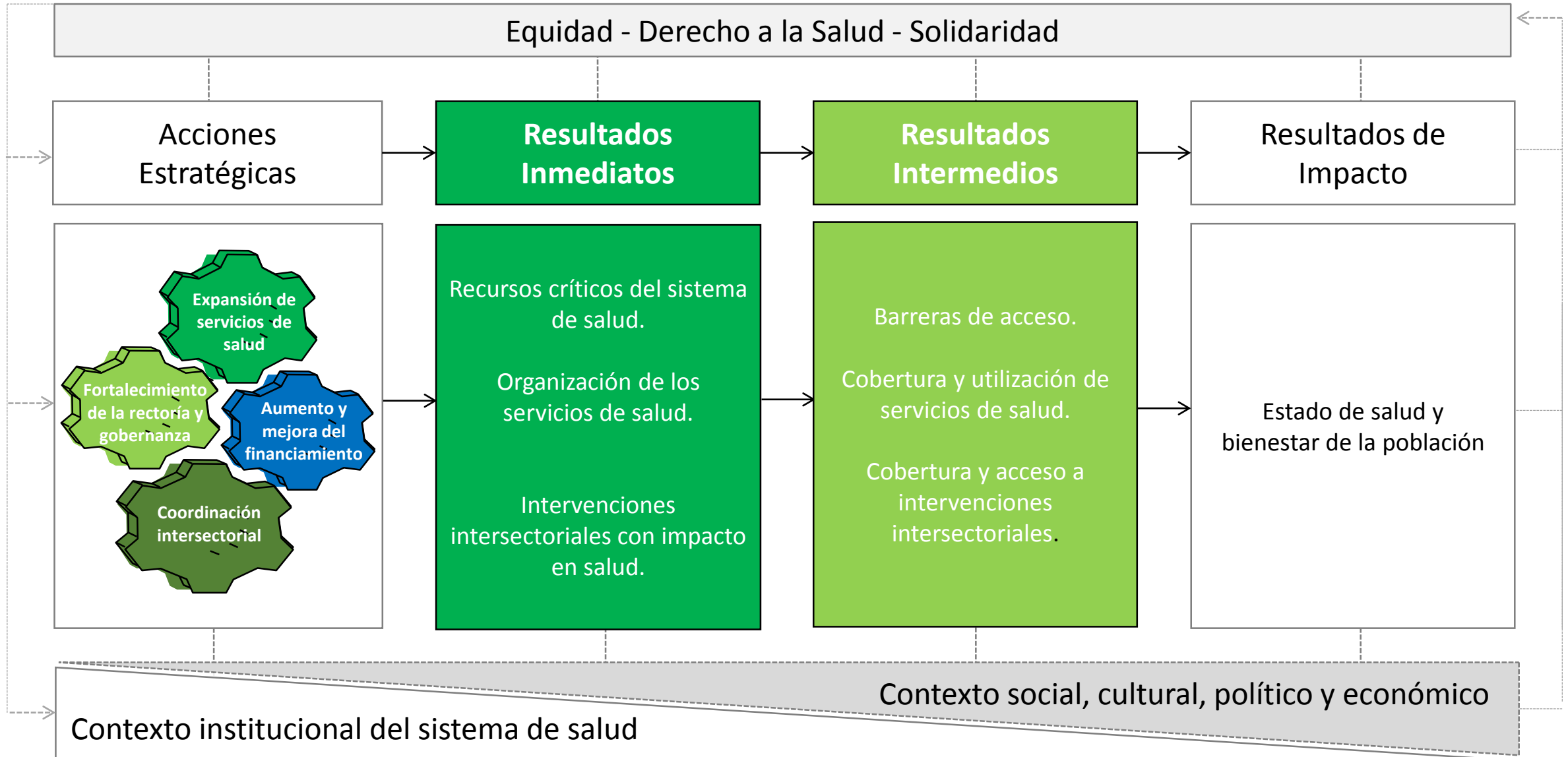


Elementos críticos (2)

- Marco regulatorio y legal concordante.
- Toma de decisiones basada en evidencia (universal y avance progresivo).
- Sistemas de información.
- Apoyo a la investigación.
- Atención a los actores (stakeholders).



Marco de Monitoreo para la Salud Universal



Key concepts: access

El Acceso depende de múltiples factores o características que influyen sobre el proceso de búsqueda y utilización efectiva de los servicios de salud.

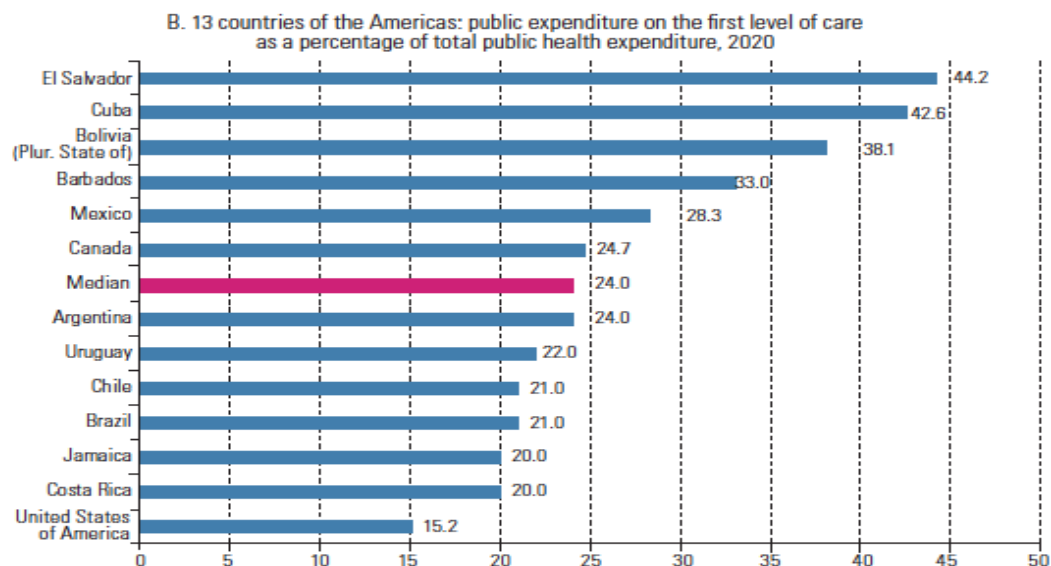
Estos factores pertenecen a condiciones de la oferta de los servicios de salud, pero también de la población, considerando sus necesidades de salud y sus condiciones sociales y económicas.

La Accesibilidad es la relación funcional entre la población y aquellos factores del sistema de salud (oferta y demanda), condicionando la capacidad para facilitar o limitar (barreras) para acceder a los servicios de salud cuando la población los necesita.



Own graphic

Debilidades en el sistema de salud



Source: Pan American Health Organization (PAHO), based on World Health Organization (WHO), Global Health Expenditure Database (GHED) [online] <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/es> and C. Cid et al., "How much do countries spend on primary care in the Americas?", *Tracking Resources for Primary Health Care*, World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy, vol. 8, 2020.

Fuente: CEPAL, OPS, 2020.

Figure 8 | LAC compared to OECD countries: availability of physicians and hospital beds, 2019

A. Physicians per 10,000 population and per capita GDP in dollars (in purchasing power parity)

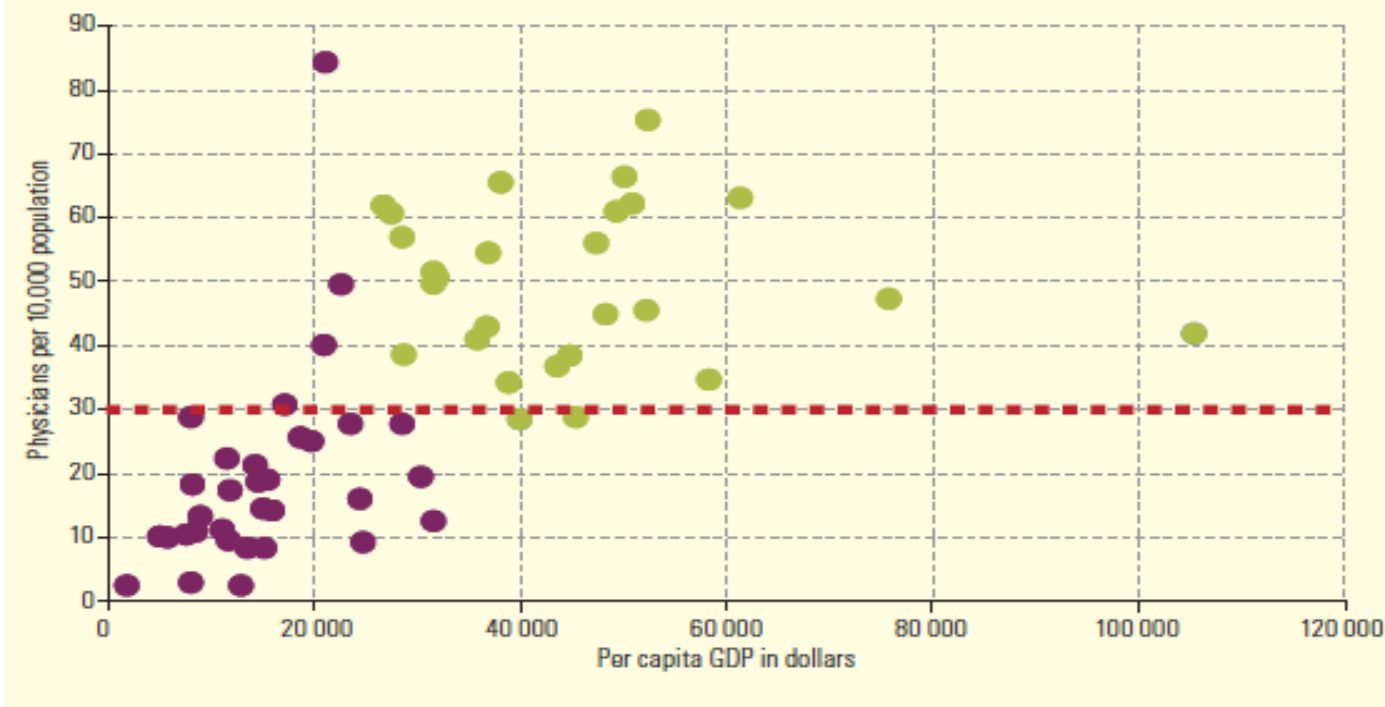
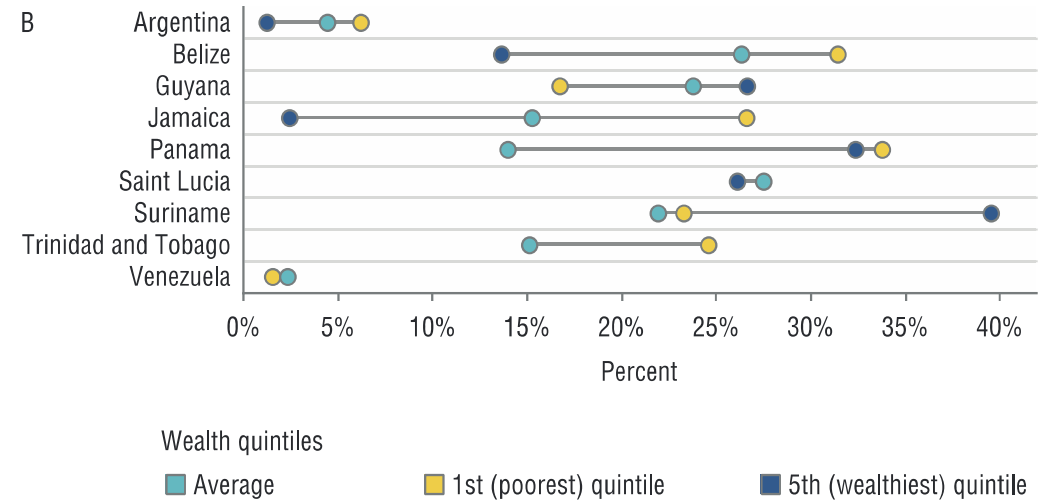
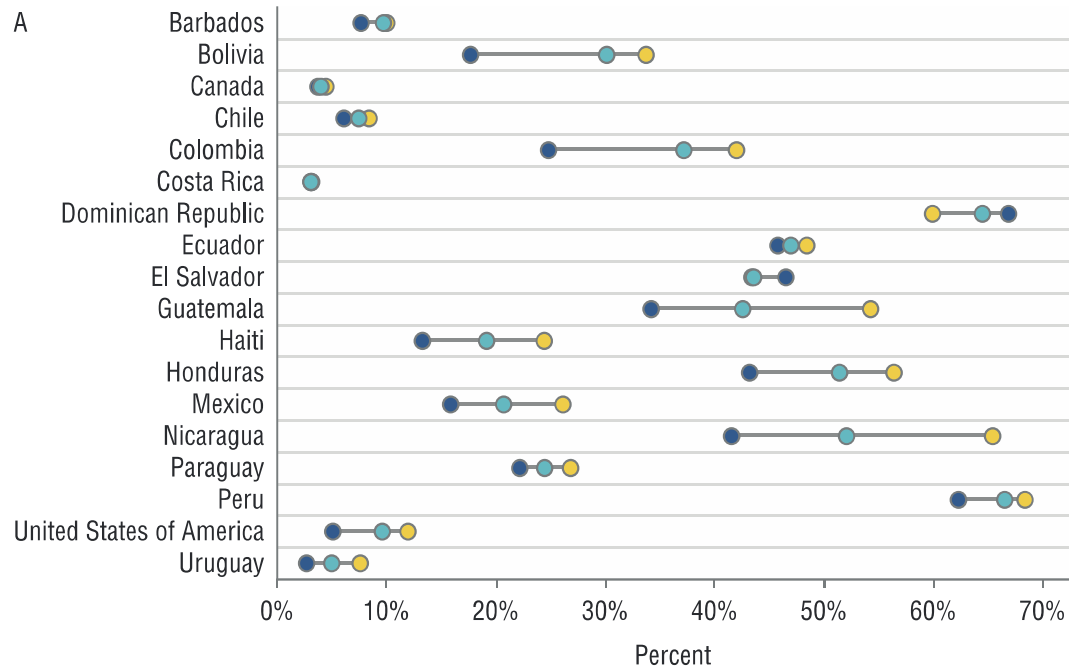





FIGURE 1. (A) Forgone care for perceived health needs in countries of the Americas, 2018 (or nearest year). (B) Forgone care for suspected child pneumonia and child diarrhea in countries of the Americas, 2018 (or nearest year)










✓ En la mayoría de los países, el porcentaje de personas que informan haber prescindido de la atención necesaria es mayor entre las personas del quintil más pobre que entre el 20% más rico.

Porcentaje de la población reportando barreras de acceso a los servicios de salud

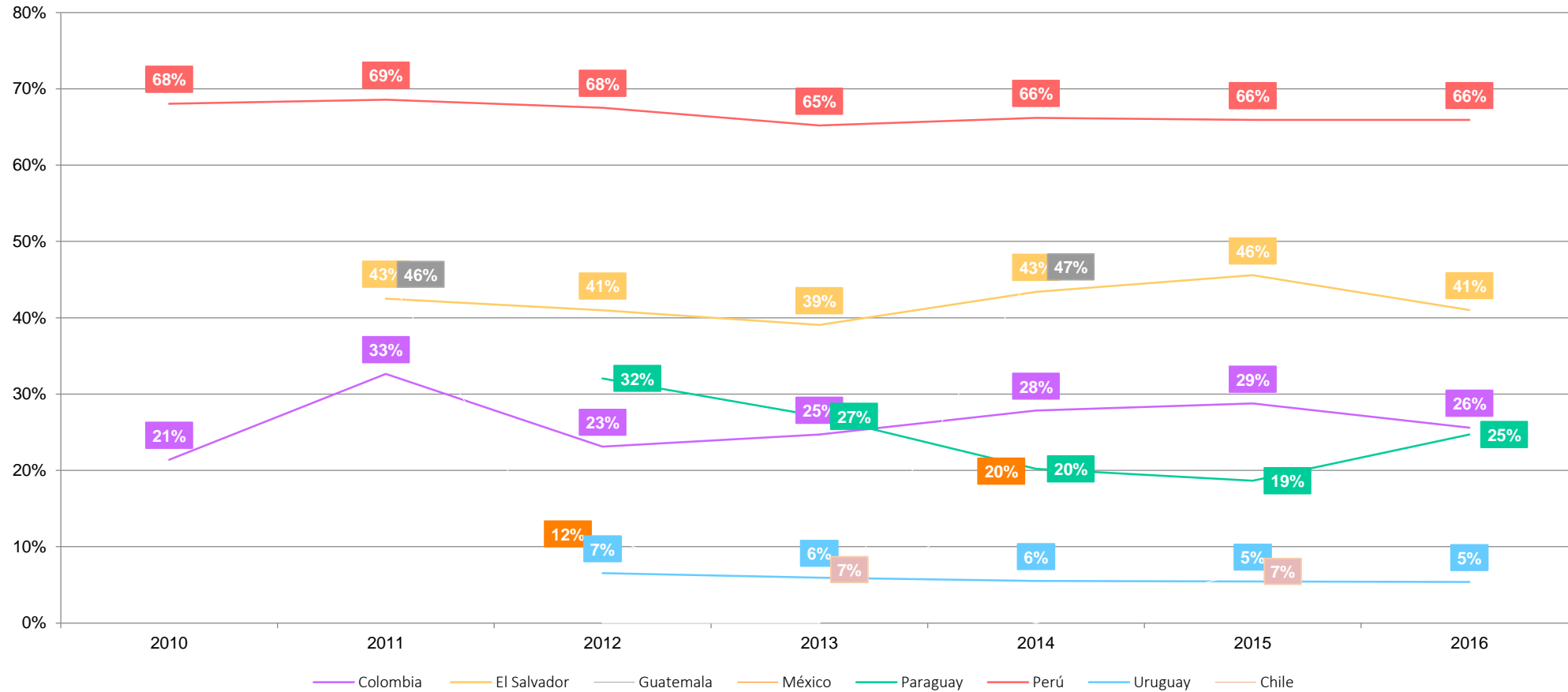
	Año	Media	20% más pobre 	20% más rico 
Chile 	2013	7 %	7 %	6 %
	2015	7 %	7 %	6 %
Colombia 	2010	21 %	26 %	14 %
	2016	26 %	32 %	19 %
El Salvador	2011	43 %	46 %	43 %
	2016	41 %	42 %	37 %
Guatemala	2011	46 %	52 %	37 %
	2014	47 %	56 %	39 %
México	2012	12 %	15 %	8 %
	2014	20 %	25 %	14 %
Paraguay 	2012	32 %	43 %	24 %
	2016	25 %	27 %	22 %
Perú 	2010	68 %	76 %	62 %
	2016	66 %	69 %	61 %
Uruguay 	2012	7 %	9 %	6 %
	2016	5 %	8 %	5 %

Porcentaje de la población cubierta por esquemas de financiamiento en salud

	Año	Media	20% más pobre 	20% más rico 
Chile 	2013	95 %	96 %	95 %
	2015	98 %	98 %	98 %
Colombia 	2010	89 %	85 %	95 %
	2016	96 %	94 %	97 %
El Salvador	2011	17 %	5 %	36 %
	2016	24 %	7 %	43 %
Guatemala	2011	11 %	4 %	20 %
	2014	11 %	2 %	27 %
México	2012	76 %	76 %	77 %
	2014	80 %	78 %	81 %
Paraguay 	2012	24 %	3 %	58 %
	2016	24 %	3 %	58 %
Perú 	2010	63 %	72 %	61 %
	2016	76 %	82 %	74 %
Uruguay 	2012	97 %	96 %	98 %
	2016	98 %	97 %	99 %

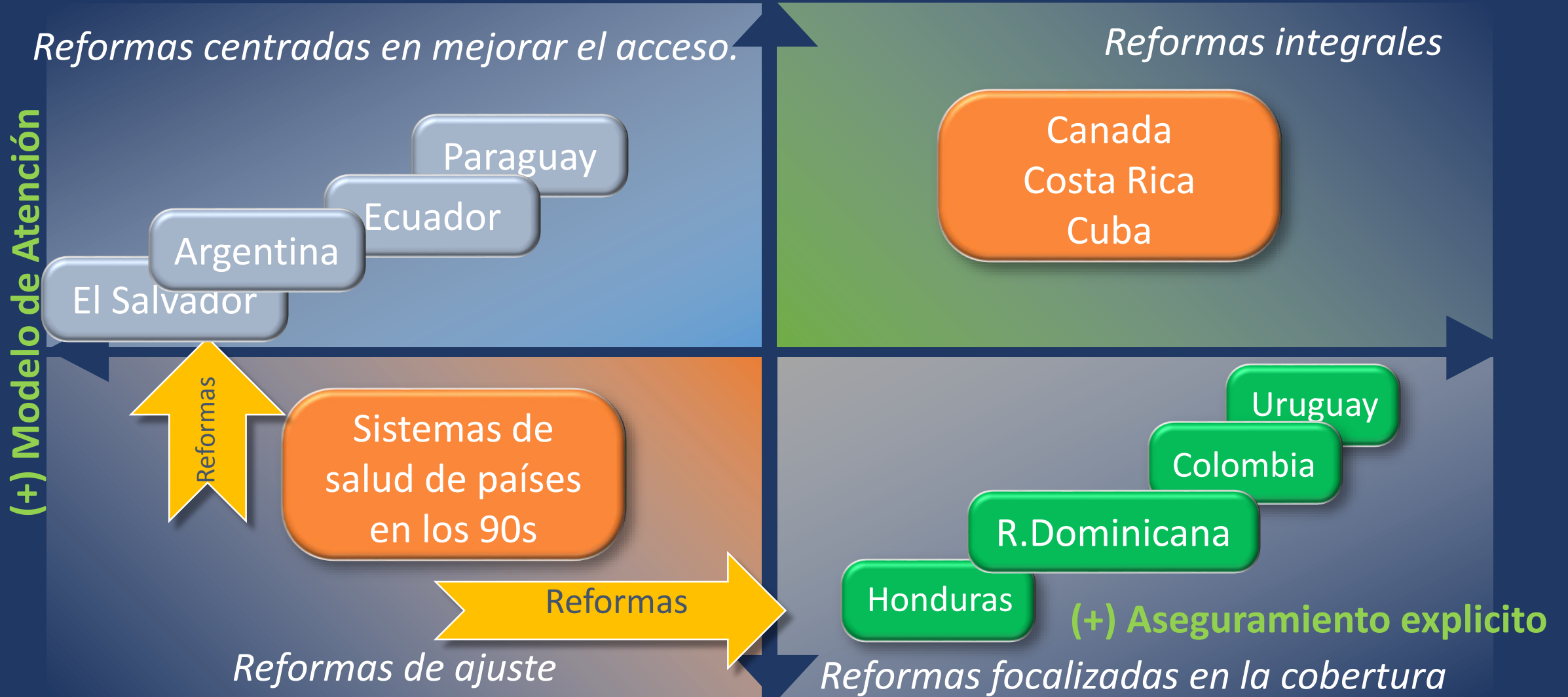
Las barreras de acceso disminuyen lentamente, con resultados heterogéneos entre los países

Porcentaje de la población reportando barreras de acceso a los servicios de salud, tendencias 2010-2016.

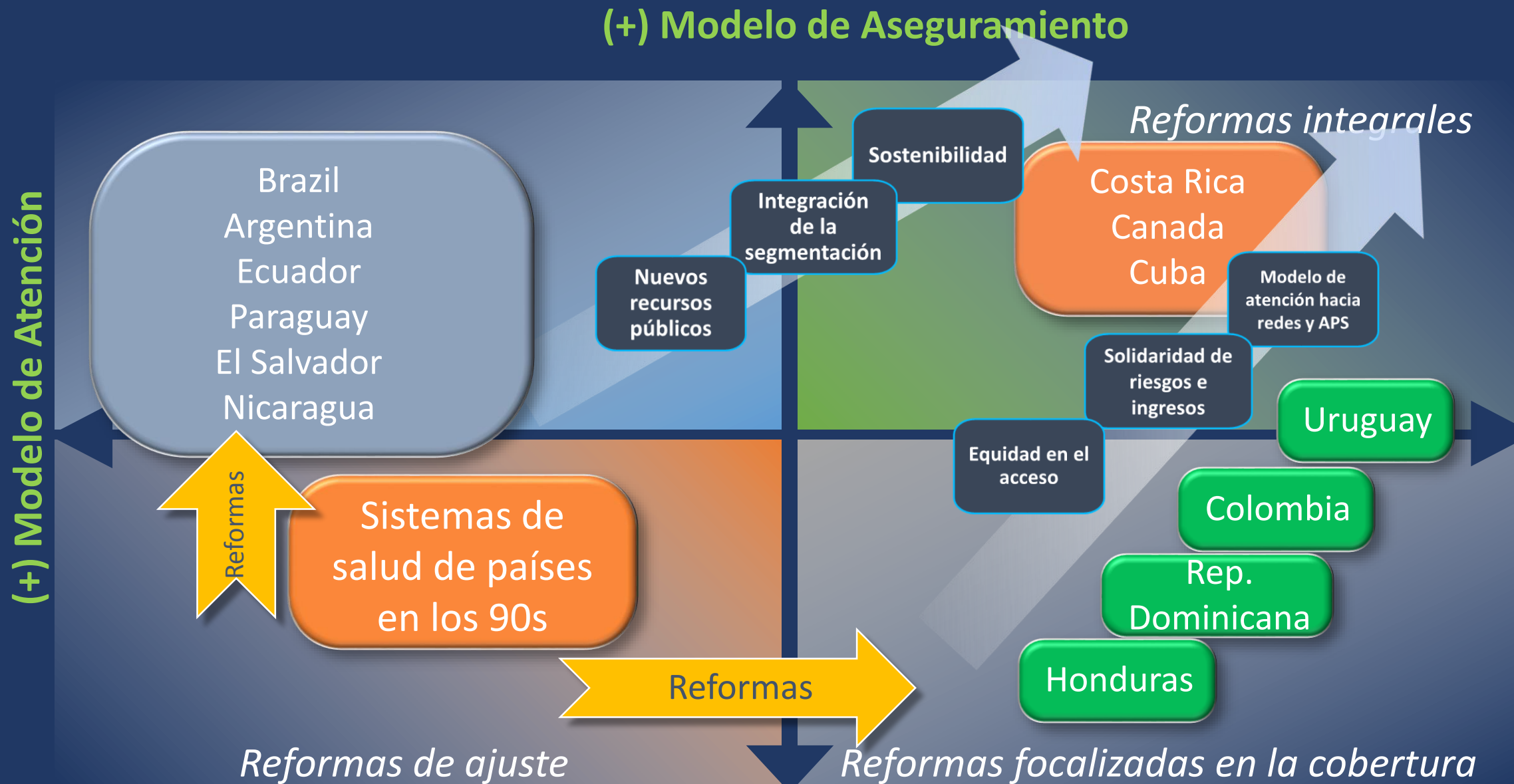


Fuente: Preparación del autor según datos de encuestas de hogar, 2010-16.

Logicas de procesos de transformacion



TRANSFORMACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

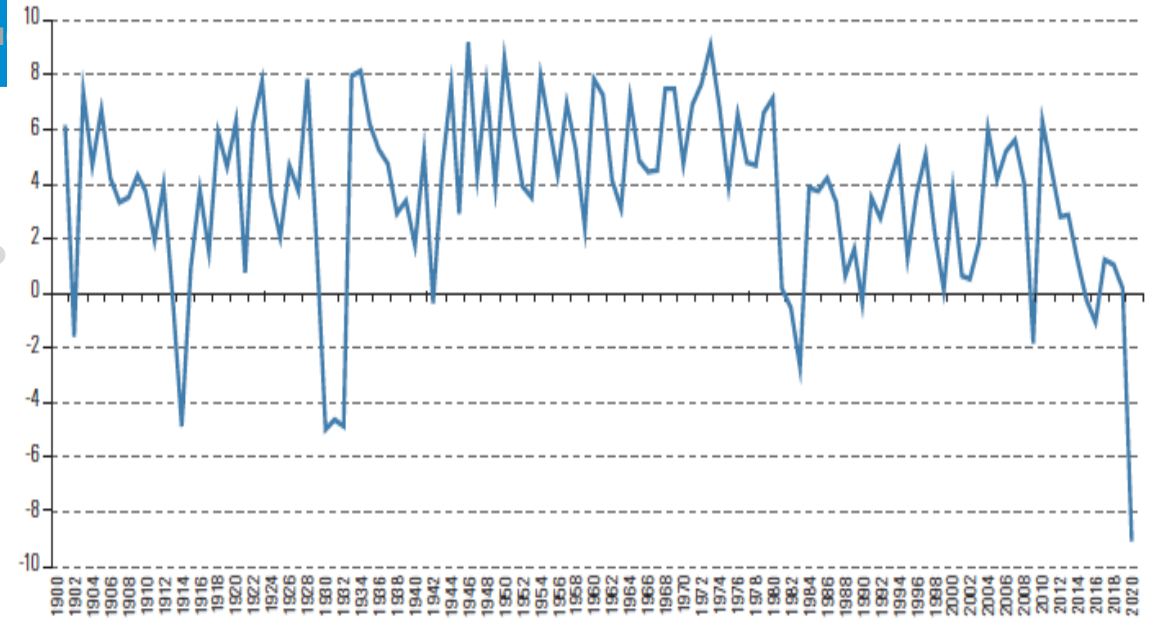


Covid Crisis sanitaria, económica y social

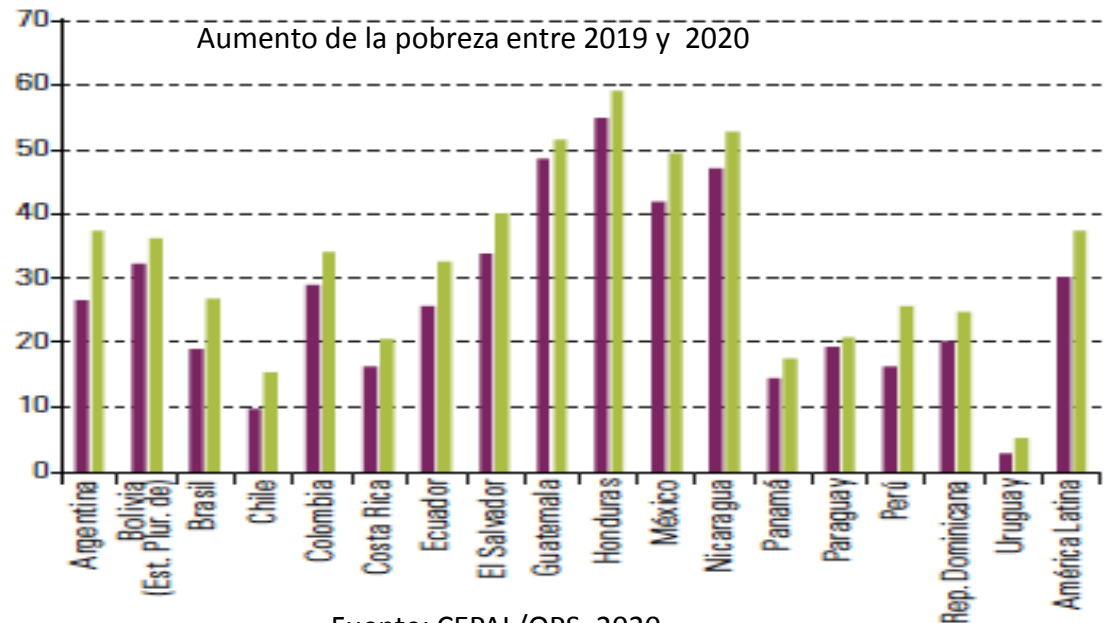
PAH

- La crisis mas profunda y mas global desde la gran depresión del 29
- Región mas desigual y mas urbanizada del mundo
- PIB caerá en promedio -9,4% en 2020
- El desarrollo de la región se verá fuertemente interrumpido.
- Aumenta el desempleo, la pobreza en 7,1% y la desigualdad.
- Los grupos en situación de vulnerabilidad estarán expuestos
- Las fuentes de recursos para salud se ven disminuidas en corto plazo. Caerá la base de recaudación fiscal
- Todavía se preve una recuperación en 2021, pero es dudosa.
- Si no hay repriorización para salud se puede estancar el gasto público en salud (incluso reducir) en países.

Figure 2 Latin America and the Caribbean: GDP growth rate, 1901-2020 (Percentages)



Source: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), "Addressing the growing impact of COVID-19 with a view to reactivation with equality: new projections," COVID-19 Special Report, No. 5, Santiago, 15 July 2020.

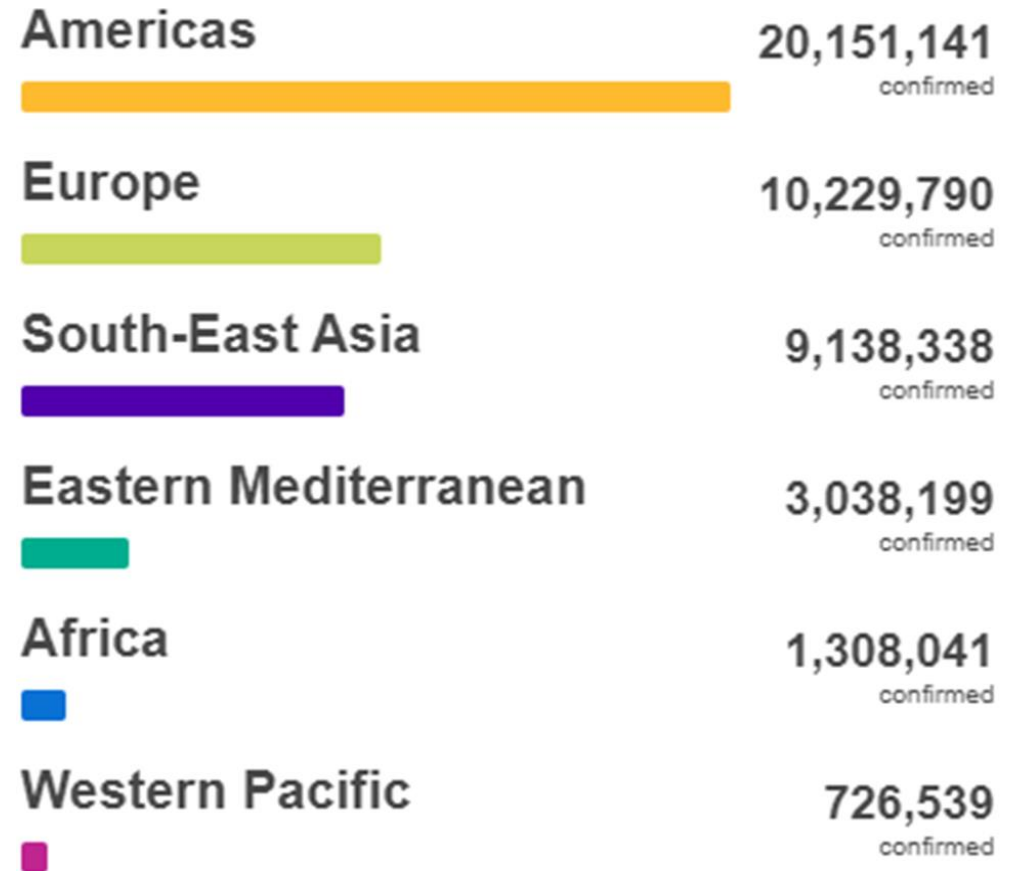


Fuente: CEPAL/OPS, 2020



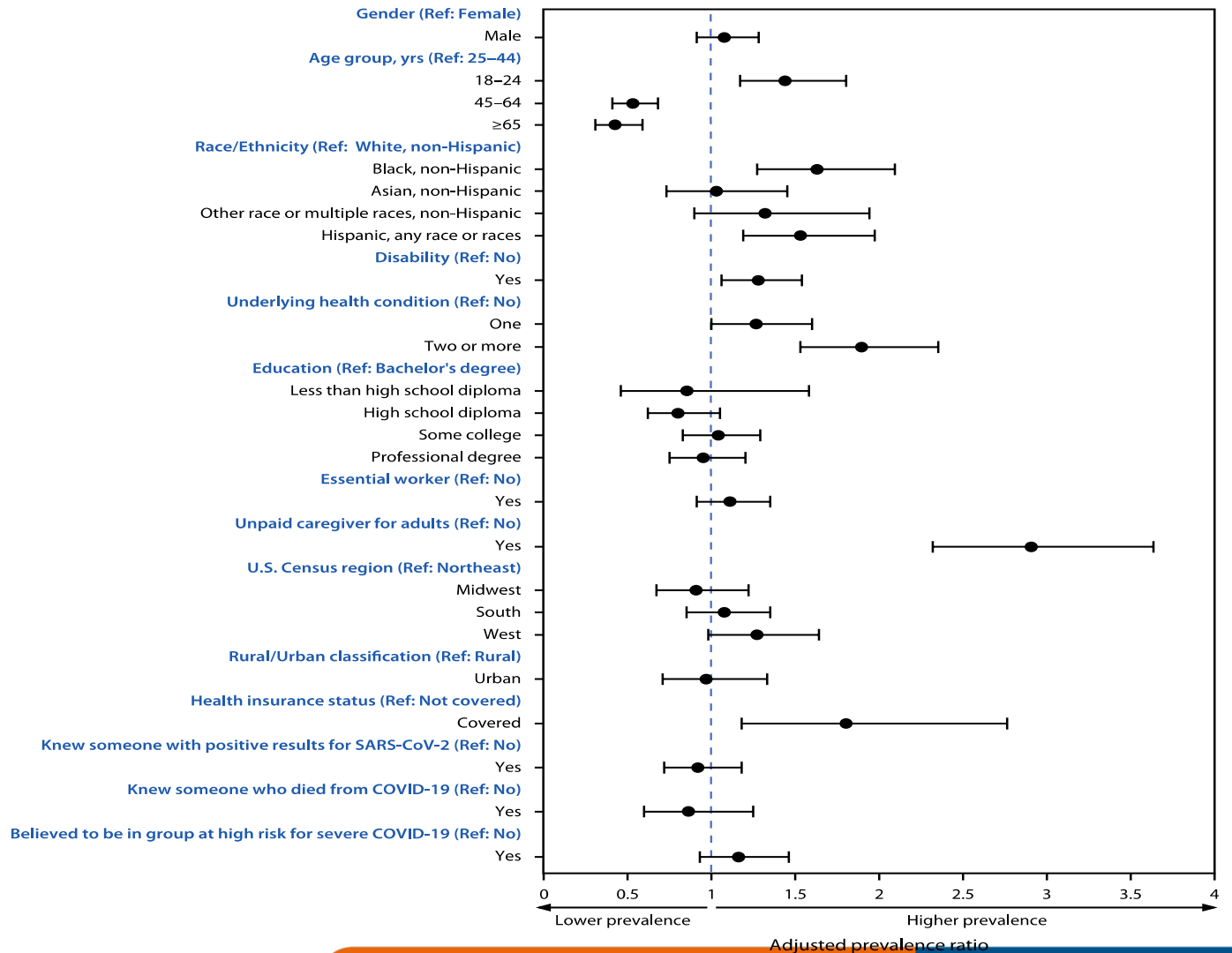
Lo que nos enseña la pandemia sobre las inequidades en el acceso

- La pandemia de COVID-19 revela y exacerba las inequidades preexistentes
- Las desigualdades preexistentes a su vez amplifican los impactos de la pandemia
- La respuesta para suprimir el virus requerirá esfuerzos más profundos para abordar dichas inequidades



Lo qué añaden los informes sobre COVID-19 La pandemia exacerba las barreras de acceso, principalmente en la población en situación de vulnerabilidad. Debido a preocupaciones sobre COVID-19, un 41% de los adultos estadounidenses han retrasado o evitado la atención médica, incluida la atención urgente o de emergencia (12%) y cuidados de rutina (32%). Esto es más frecuente entre los cuidadores no remunerados, personas con condiciones médicas subyacentes, adultos negros, adultos hispanos, adultos jóvenes, personas con discapacidades y con seguro de salud.

FIGURE. Adjusted prevalence ratios*† for characteristics§,¶,**,†† associated with delay or avoidance of urgent or emergency medical care because of concerns related to COVID-19 — United States, June 30, 2020



Los sistemas en el contexto covid19

- Llegó la pandemia y ¿Qué pasó?

Ha sido un “momento de verdad”.

- Predominio de Modelo Curativo
- Monosoluciones seriadas.
- Dicotomías
- Efectismo
- Ansiedad por la normalidad
- Pensamiento mágico
- Complacencia
- Actitud reactiva
- Fatalismo

No hay nada mas inseguro para las personas que un sistema mal preparado y que además reacciona mal ante una emergencia.

Gobernanza post pandemia

- OPS junto a otros organismos ha hecho un llamado a la convergencia y articulación entre las políticas de salud, económicas, sociales y productivas. Esto busca reposicionar a los sistemas de salud como actores clave de las políticas públicas en cada país.
- Al interior de los sistemas de salud se ha notado la debilidad en múltiples áreas y la falta de capacidad de reacción adecuada. El llamado es a retomar la senda de la Estrategia de Salud Universal y los ODS... pero en serio.

Gracias...