

RISS, Salud Universal y una nueva normalidad?

Amalia Del Riego Abreu

Jefa Unidad Servicios de Salud y Acceso (HSS-HS)

OPS/OMS

3 de Noviembre, 2020



OPS

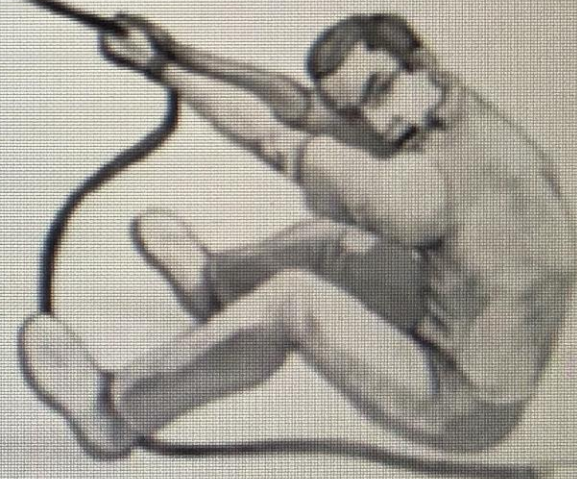
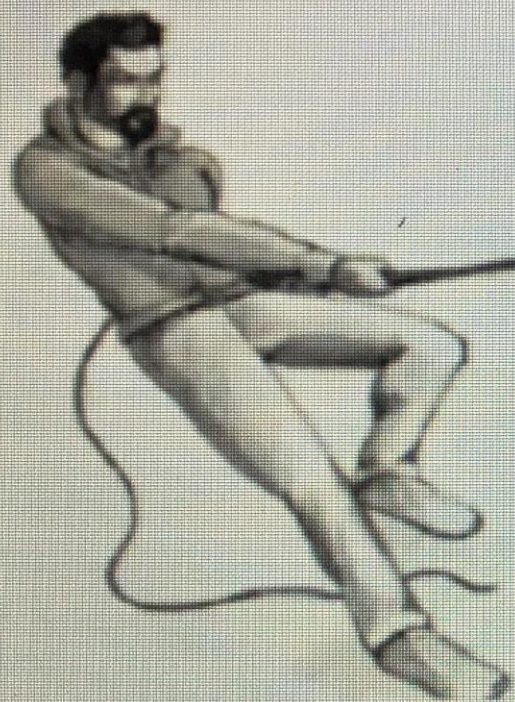
El cuidado de la salud...carga, necesidad o derecho?



Grafica facilitada por Osvaldo Artaza

- Desde la perspectiva de la Salud Universal es mas adecuado hablar de necesidades y demandas
- Si entendemos que la salud es un derecho, entonces la realización de este derecho no puede concebirse como una carga para la sociedad

Consenso social /
Bienestar emocional /
Opinión pública



Protección de la salud / tasa de
transmisión / Capacidad asistencial
Personas curadas / Mortalidad

Funcionamiento economía
(PIB, ocupación y paro)

Antecedentes: de la atención primaria de salud hacia la salud universal



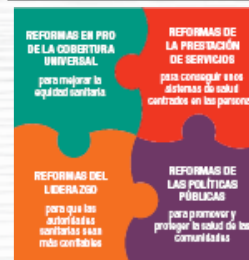
Alma Ata
1978



Atención Primaria de Salud
Renovada
2005



Reformas basadas en atención
primaria de salud
IMS 2008



Redes Integradas de
Servicios de Salud
RISS 2010



Estrategia de Salud
Universal
2014



El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud:

Implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a **servicios integrales de salud**, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras.

Requieren la definición e implementación de **políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud** y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.



Valores:

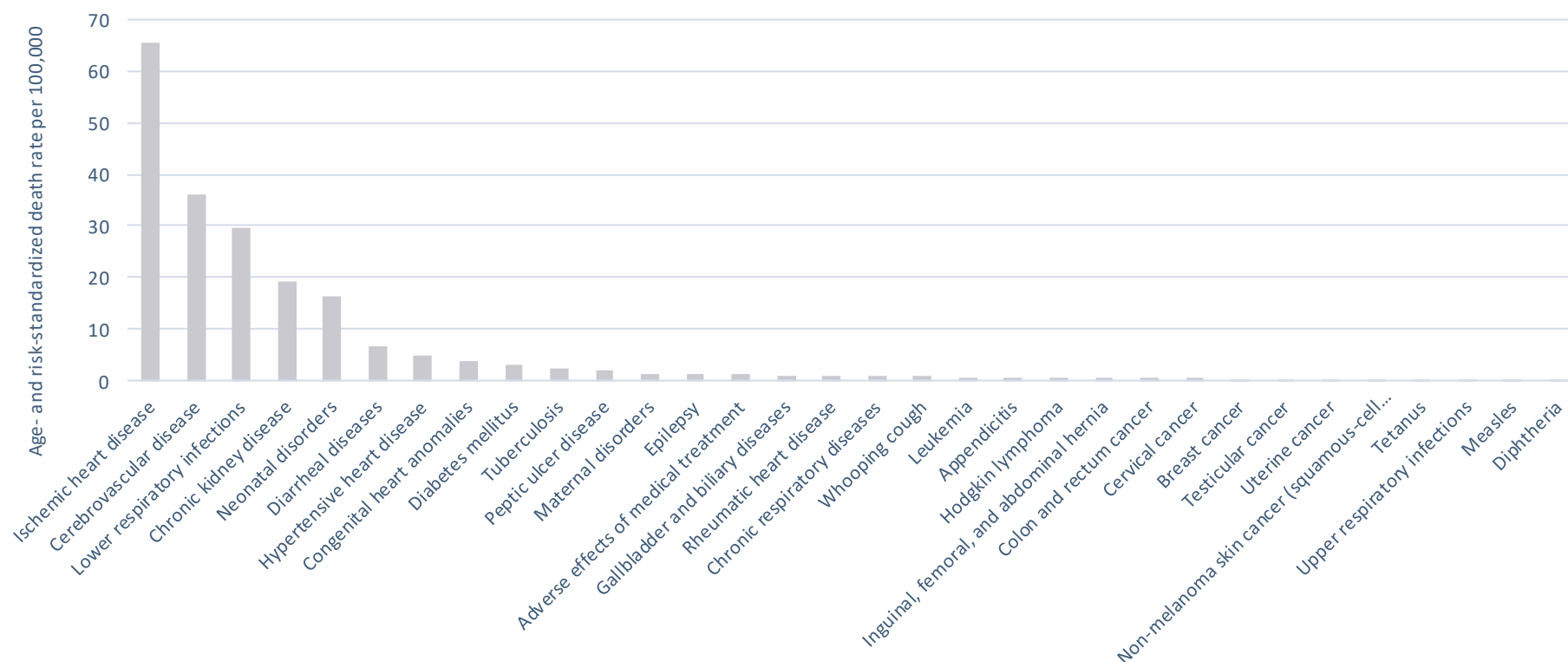
- ✓ **Derecho a la salud**
- ✓ **Equidad**
- ✓ **Solidaridad**

Cuatro líneas estratégicas, simultáneas e interdependientes



En el 2016, 1.7 millones de muertes no deberían haber ocurrido en las Américas si hubieran servicios accesibles y de calidad. La enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades de las vías respiratorias bajas (bronquitis y enfisema) fueron las tres causas principales de muertes evitables en la región.

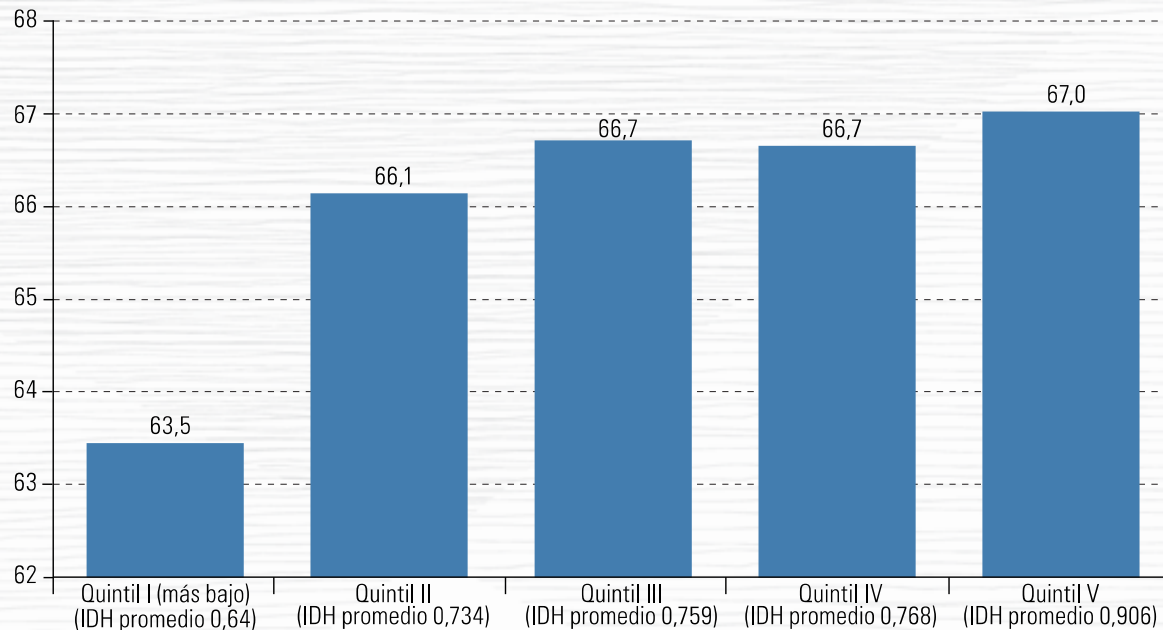
Mortalidad evitable según causas, América Latina y el Caribe, 2016



Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Healthcare Access and Quality Index Based on Amenable Mortality 1990–2016. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018

Una medida agregada del impacto en salud, como es la esperanza de vida saludable al nacer, muestra claramente los resultados de estas inequidades cuando los países se ordenan por quintiles según su nivel de desarrollo humano

Gráfico 6 | Región de las Américas (35 países)^a: desigualdades en cuanto a la esperanza de vida saludable al nacer, por quintiles según el índice de desarrollo humano (IDH)^b, 2017
(En años)



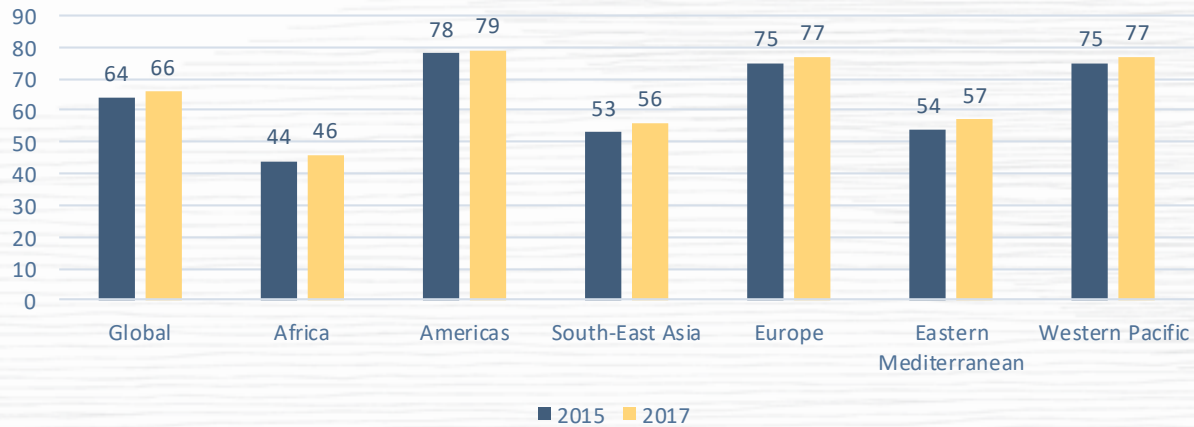
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

^a Los países incluidos son, en el Quintil I: Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Suriname; en el Quintil II: Dominica, Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Venezuela (República Bolivariana de); en el Quintil III: Brasil, Colombia, Ecuador, Granada; Perú, República Dominicana y Santa Lucía; en el Quintil IV: Antigua y Barbuda, Costa Rica, Cuba, México, Panamá y Trinidad y Tabago, y en el Quintil V: Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos de América y Uruguay.

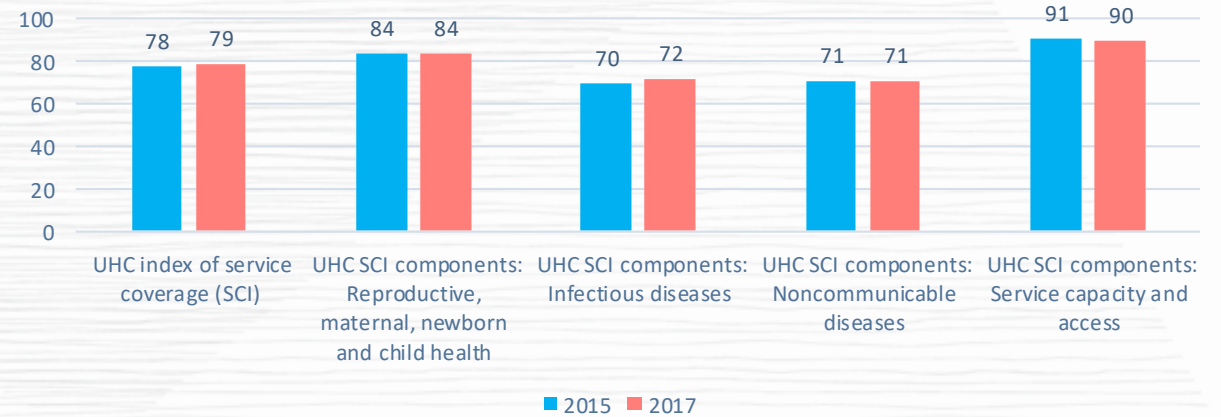
^b Elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El índice de cobertura de servicios de UHC, que mide el progreso en el indicador de los ODS 3.8.1, aumentó de un promedio regional de 77 en 2015 a 79 en 2017, el más alto del mundo.

Índice de cobertura de servicios por regiones de la OMS, 2015 y 2017



Situación en la Américas, según componentes del índice de cobertura de servicios, 2015 and 2017



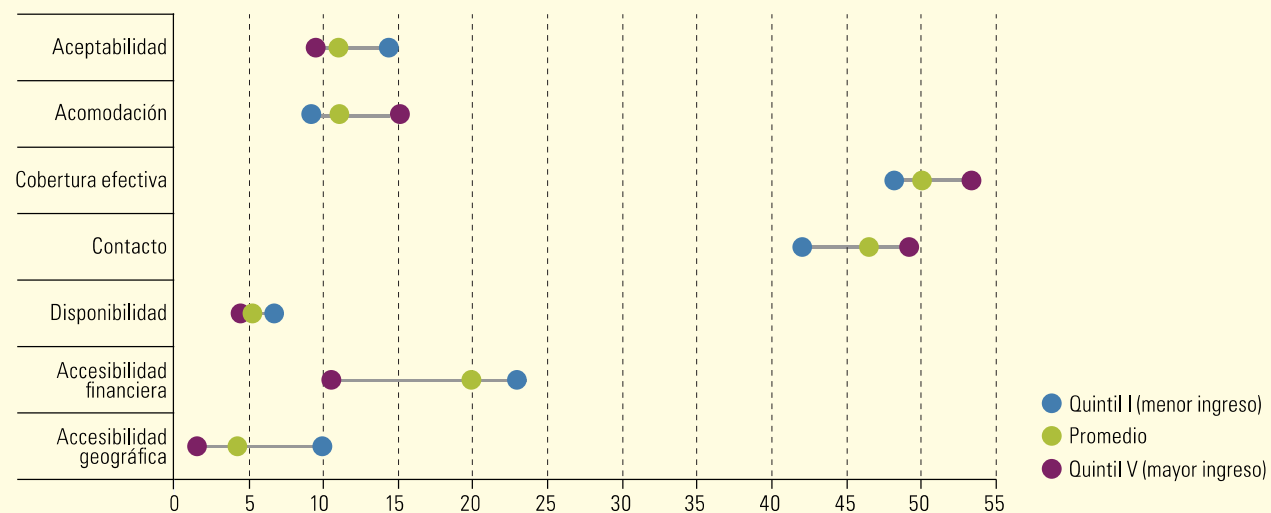
Fuente: Preparado a partir de datos obtenidos del WHO Global Health Observatory data repository. <https://apps.who.int/gho/data/view.main>

En 2019, casi el 30% de la población en las Américas (≈ 279 millones de personas) no buscaron servicios de salud cuando lo necesitaron.

Dentro de las razones, la población más pobre fue afectada por cuestiones financieras, geográficas y de disponibilidad y aceptabilidad de la atención, mientras que en la población con mayores ingresos sobresalen aquellas barreras de acceso asociadas con la insatisfacción con el sistema de salud.

Gráfico 5 | Región de las Américas (17 países)^a: desigualdades y barreras de acceso a los servicios de salud, según quintiles de ingreso, 2020

(En porcentajes)

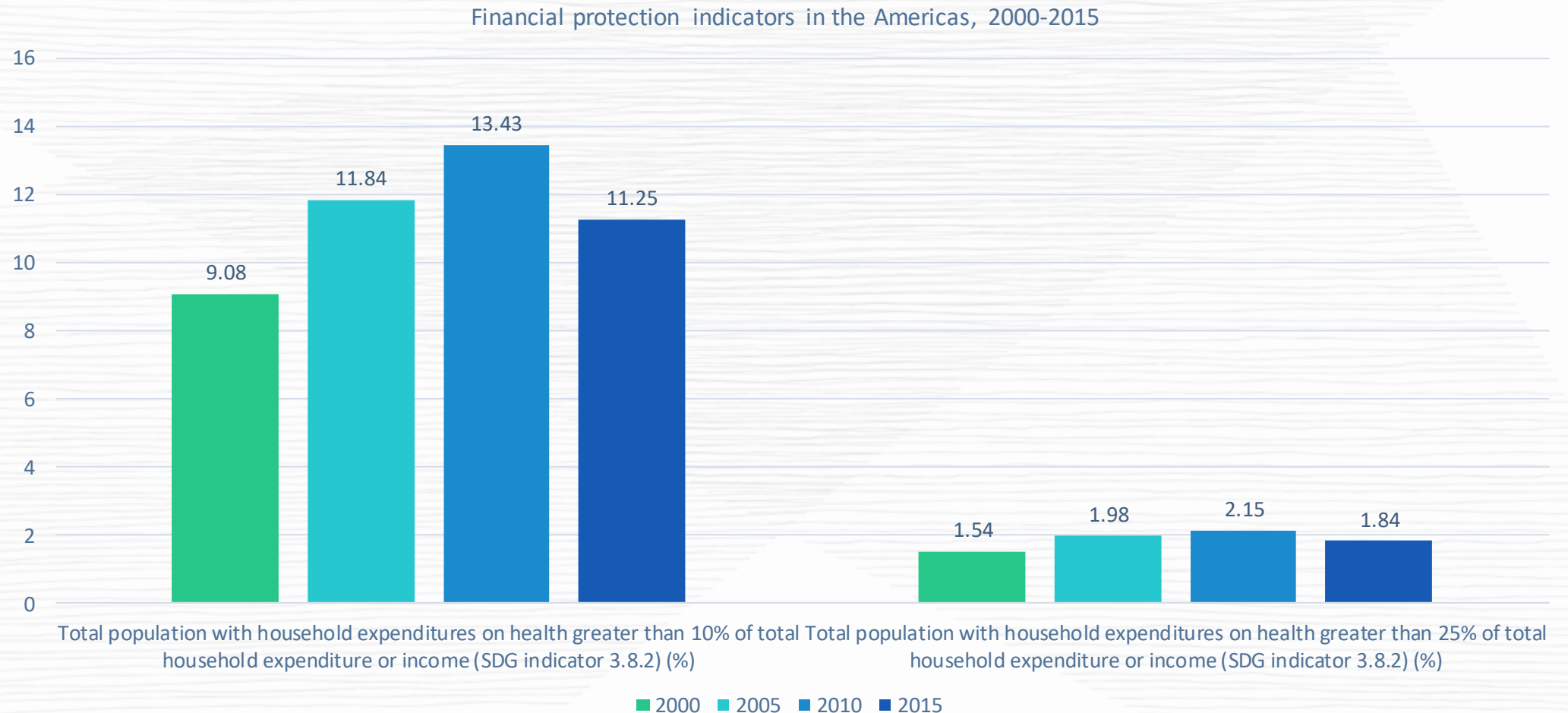


Fuente: N. Houghton, E. Bascolo y A. Del Riego, "Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 44, 2020 [en línea] <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>.

Nota: Las barreras para no buscar atención médica se clasifican según las dimensiones del acceso que se definen a continuación. Aceptabilidad: la persona no confía en los médicos, recibe maltrato del personal de salud, prefiere curarse con remedios caseros, o las normas de género, idioma y cultura inhiben la búsqueda de atención; acomodación: largo tiempo de espera, falta de tiempo o requisitos administrativos engorrosos; cobertura efectiva: la persona opta por automedicarse o repite la receta previa; disponibilidad: no hay médicos, medicamentos o servicios en el centro de salud; accesibilidad financiera: la persona no tiene dinero o no tiene seguro que cubra el costo del servicio; accesibilidad geográfica: la persona vive lejos o no tiene transporte, y contacto: la persona piensa que no es grave o piensa que no es necesario buscar atención.

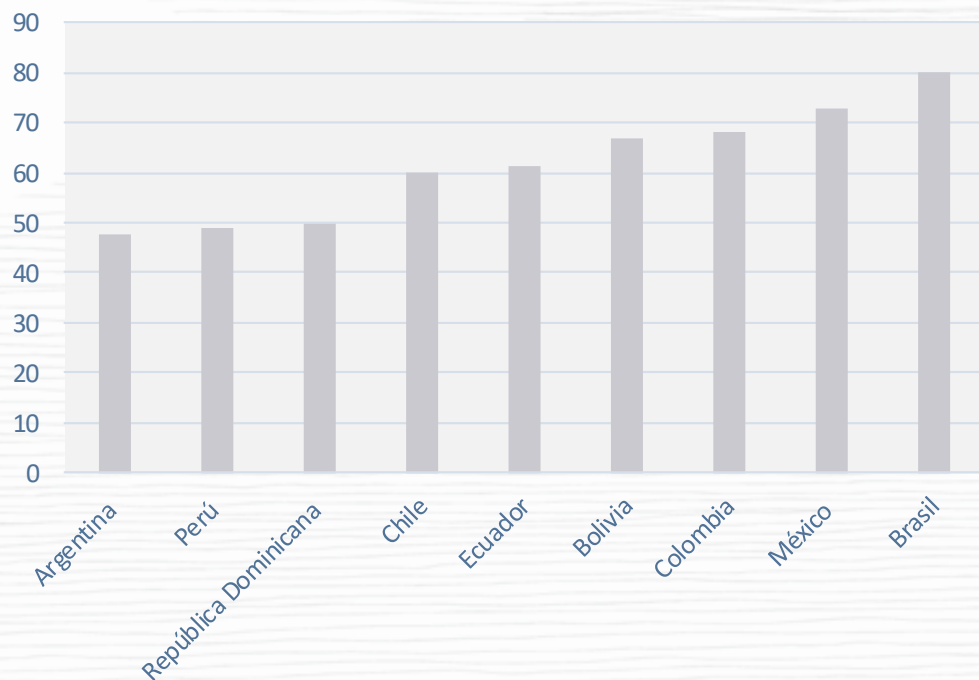
^a Los países incluidos son: Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

El alto gasto de bolsillo redundaba en una desprotección financiera que empobrece a los hogares que deben recurrir a altos pagos directos cuando acceden al sistema de atención. En 2015, alrededor de 109,8 millones de personas en las Américas gastaron más del 10% de sus ingresos familiares en atención médica, y alrededor de 18 millones de personas gastaron más del 25%.



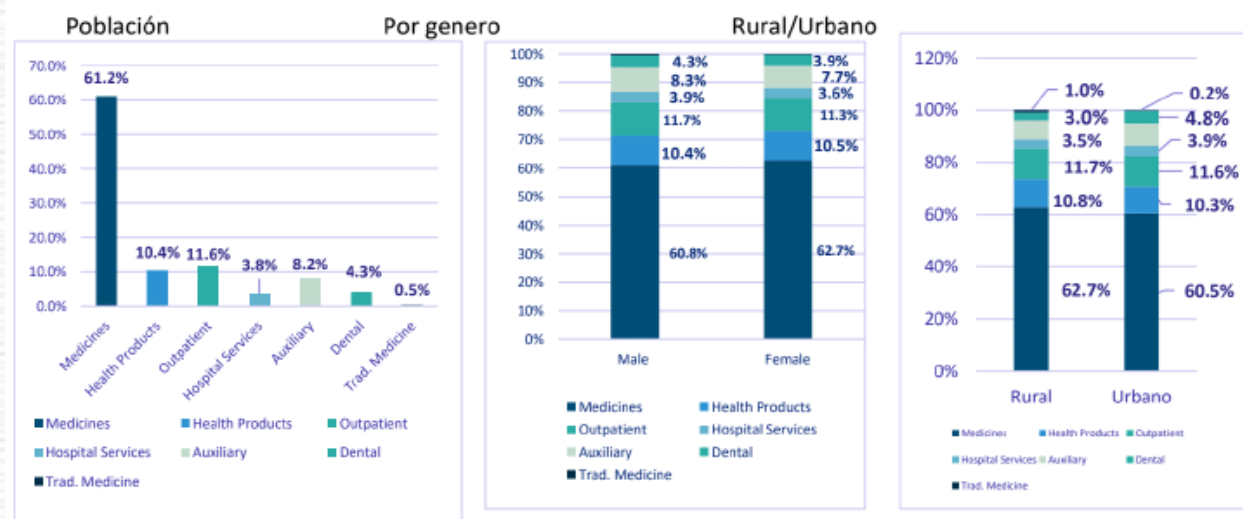
Dentro del gasto de bolsillo ha ido adquiriendo cada vez más importancia el gasto en medicamentos, de modo que, si antes este representaba poco más de un tercio del total, ahora parece haber superado el 50% en la mayoría de países de la región

Proporción del gasto en medicamentos como porcentaje del gasto de bolsillo en salud



¿Y en qué tipo de servicios y productos sanitarios?

Estructura del GBS en salud en la población expuesta a estos gastos



Fuente: Representante país Ecuador, resultados preliminares basados sobre la encuesta de Ingresos y Gastos ENIGHUR 2012

Fuente: cálculos preliminares realizados por los técnicos representantes de los países en el Taller de Protección Financiera realizado en WDC en Abril de 2019

Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (HSCA). El caso de Chile 2017



Indicadores de Salud Chile 2016
Población hipertensa en control 81,08%
Población con diabetes en control 36,69%
Población con dislipidemia en el control 47,35%
Visita de primer nivel de atención por habitante 0,88
Visita de atención especializada por habitante 0,44
Atención de atención urgente por habitante 1,01

13.4%
de las
hospitalizaciones en
2017 fueron HSCA

1 de cada **7** hospitalización fue
HSCA



Total de hospitalizaciones
2017: **1.637.150**
Descargas ACSC: **220.011**

Las HSCA consumieron el **12,2%**
del suministro de días de cama de
hospital disponibles
en la red hospitalaria en 2017



La mayoría de HSCA afecciones
fueron infecciones renales y del
tracto urinario

**15,33% (33.626
hospitalizaciones)**

Las **HSCA** con más estancias hospitalarias fue de
afecciones vasculares cerebrales al **18,65% (318.347
días)** y diabetes mellitus al **13,00% (215.033 días)**

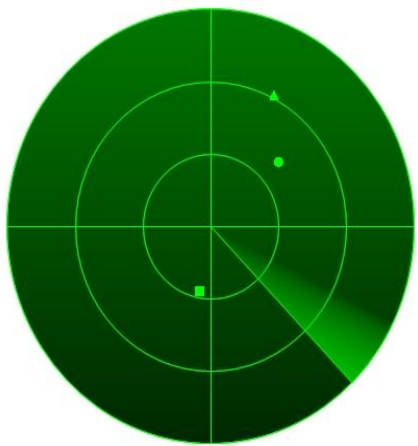
US\$557,335,341

Costo estimado de los gastos
asociados con HSCA en 2017

US\$2.610

Costo promedio del alta
hospitalaria por HSCA

modelo de prestación episódica de cuidados agudos...



El paciente aparece



El paciente es "tratado"

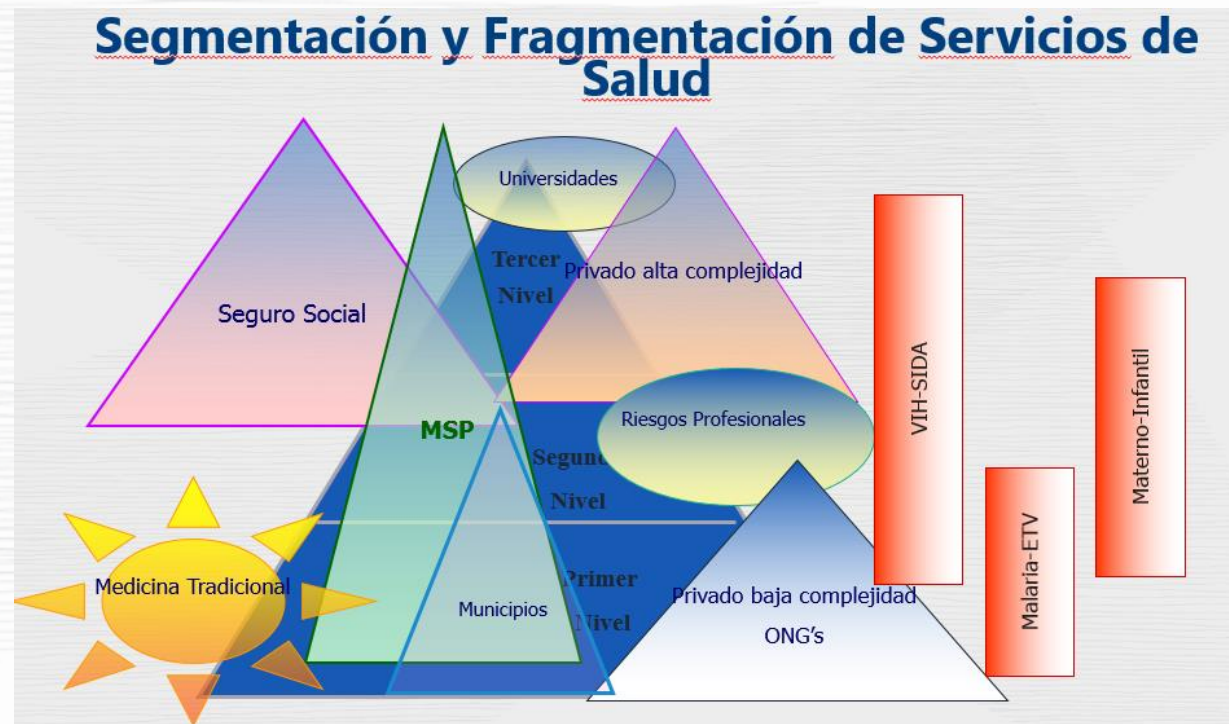


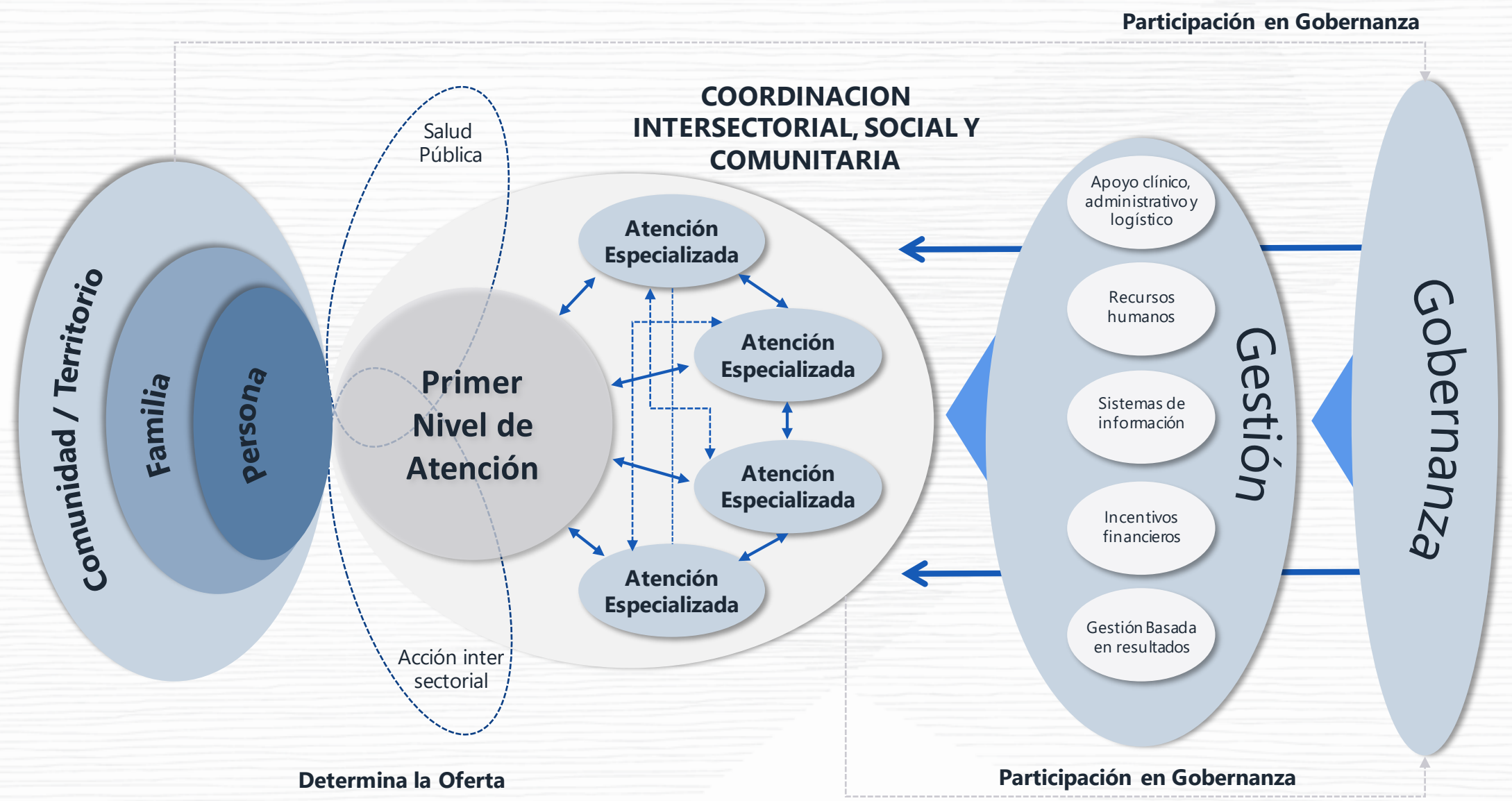
El paciente es dado de "alta"



El paciente "desaparece del radar"

Jesús María Fernández
Dep. de Sanidad y Consumo
País Vasco





Determina la Oferta

Participación en Gobernanza

Participación en Gobernanza

COORDINACION INTERSECTORIAL, SOCIAL Y COMUNITARIA

Primer Nivel de Atención

Atención Especializada

Atención Especializada

Atención Especializada

Atención Especializada

Gestión

Gobernanza

Comunidad / Territorio

Familia

persona

Salud Pública

Acción inter sectorial

Apoyo clínico, administrativo y logístico

Recursos humanos

Sistemas de información

Incentivos financieros

Gestión Basada en resultados

AMBITOS Y ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS

Determinación de la oferta de servicios de salud con base al conocimiento de las necesidades y preferencias en cuestiones de salud, de una población y territorio definido.

Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

Un primer nivel de atención multidisciplinario que logra satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta la diversidad de la población

Un sistema de gobernanza único para toda la red

Amplia participación social

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red

Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con datos oportunos, homogéneos, confiables y pertinentes

Gestión basada en resultados

Financiamiento adecuado e incentivos alineados con las metas de la red

MODELO ASISTENCIAL

GOBERNANZA Y ESTRATEGIA

ORGANIZACION Y GESTION

ASIGNACION E INCENTIVOS

Recomendaciones para Redes de Servicios de Salud en la respuesta a brotes y epidemias COVID-19



Salvar vidas

Atención de la demanda

Depende de la capacidad de conducción y respuesta de los servicios de salud y la organización de los servicios

Primer nivel de atención

- Identificación de casos
- Control de casos en atención ambulatoria

Hospitales

- Clasificación de riesgo y severidad
- Atención a condiciones críticas

Disminuir la transmisión

Acciones en Salud Pública

- Prevención/Información
- Investigación de casos
- Control



Objetivos de la respuesta en la epidemia

Recomendaciones
para Redes de
Servicios de Salud en
la respuesta a brotes
y epidemias

COVID-19



OPS

- Evitar el rebasamiento de los servicios de urgencias y hospitalarios...y su subsiguiente colapso;
- Mitigar el impacto negativo sobre la prestación de otros servicios;
- Incrementar la eficiencia de los recursos...sobre todo el Recurso Humano.



Enfoque de la respuesta

Abordaje Integral y participativo:

- Los servicios de salud, las organizaciones comunitarias y los actores intersectoriales
- Salud Pública, promoción de la salud, prevención, cuidados apropiados.

Abordaje integrado:

- Todos los niveles de los servicios de salud a la vez
- Públicos y privados (ejercicio de la Rectoría)
- Uso racional, eficiente e integrado de todos los recursos del sistema nacional de salud



Recomendaciones
para Redes de
Servicios de Salud en
la respuesta a brotes
y epidemias

COVID-19



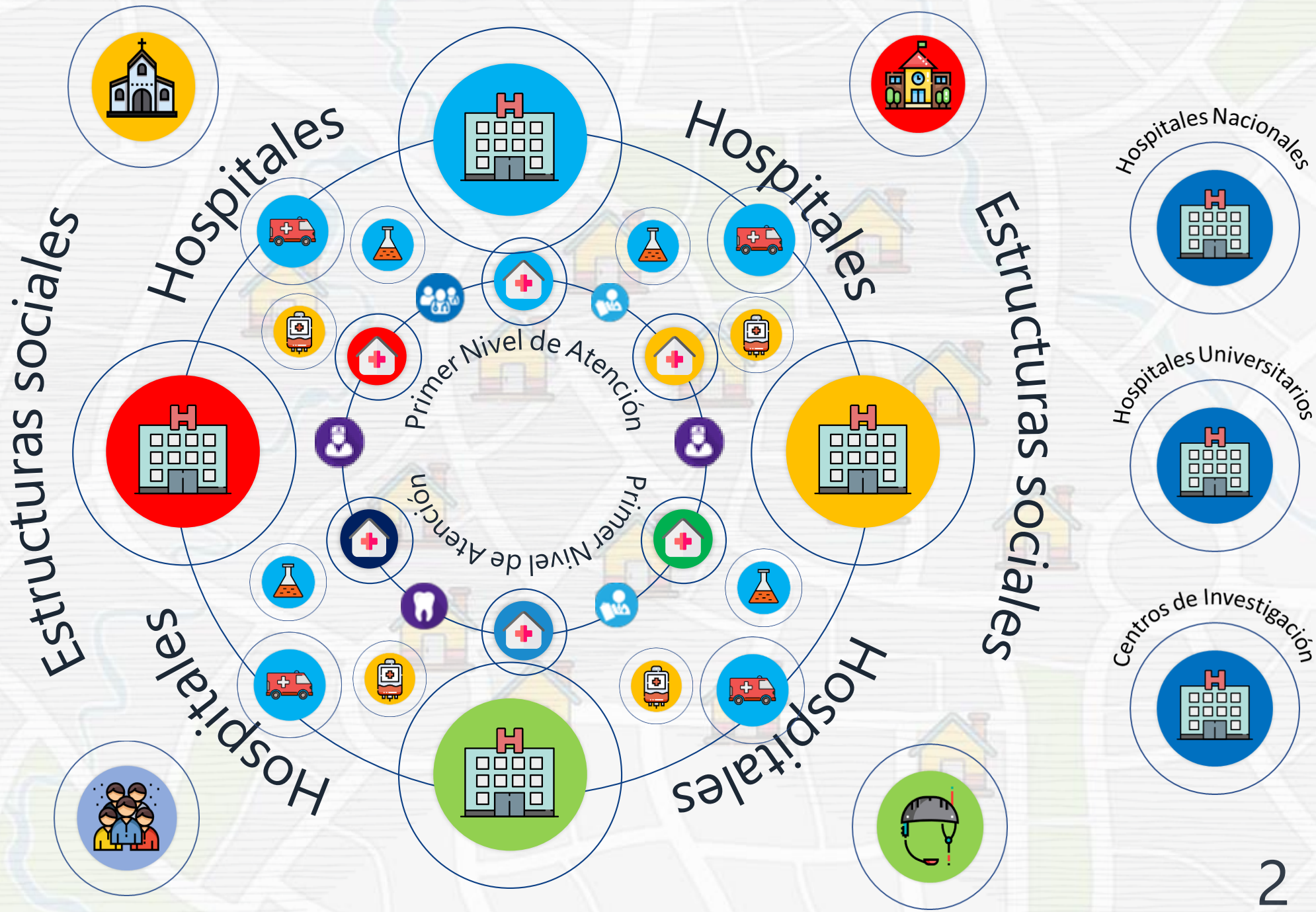
OPS

Red de Servicios de Salud

Recomendaciones para Redes de Servicios de Salud en la respuesta a brotes y epidemias COVID-19



OPS



Analysis 8 countries

Impact on Health Services – ICU beds



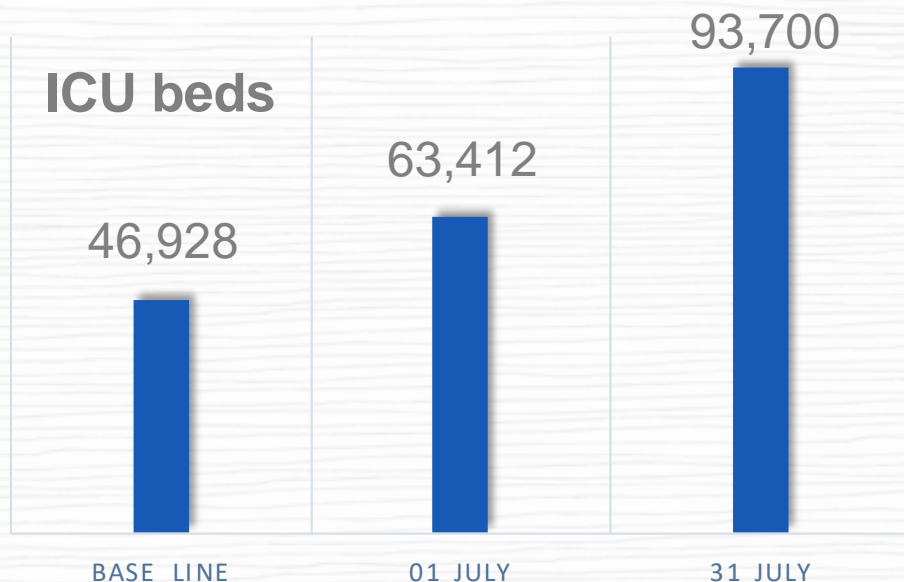
99.7%

Increase in the capacity of critical care (intensive care)

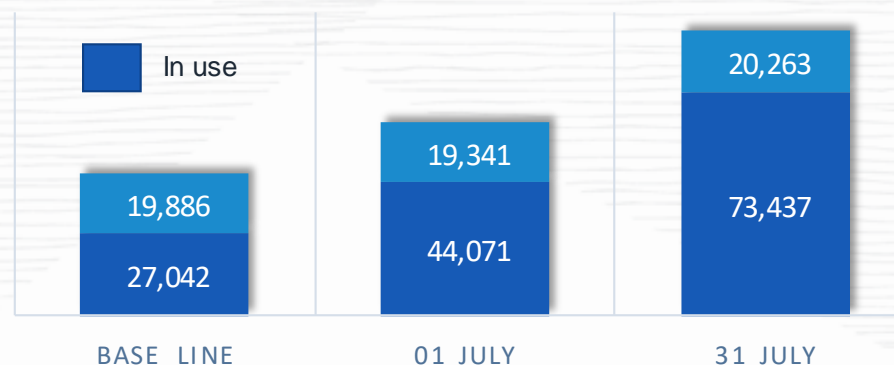
Increase	Peru	Chile	Ecuador	Colombia	Mexico	Brasil	DOR	Panama	Total
Base line/March	820	1,500	1,183	5,845	2,446	34,464	320	350	46,928
01 July	1,335	2,780	1,755	6,898	6,853	42,923	360	508	63,412
31 July	1,618	3,052	2,273	8,968	11,634	65,200	435	520	93,700

Increase	Peru	Chile	Ecuador	Colombia	Mexico	Brasil	DOR	Panama	Total
01 July	62.8%	85.3%	48.4%	18.0%	180.2%	24.5%	12.5%	45.1%	35.1%
31 July	97.3%	103.5%	92.1%	53.4%	375.6%	89.2%	35.9%	48.6%	99.7%

Occupancy rate



	Peru	Chile	Ecuador	Colombia	Mexico	Brasil	DOR	Panama	Average
Base line	80%	80%	80%	45%	45%	45%	43%	43%	58%
01 July	80%	90%	88%	62%	50%	65%	60%	61%	70%
31 July	88%	81%	90%	75%	55%	86%	80%	72%	78%

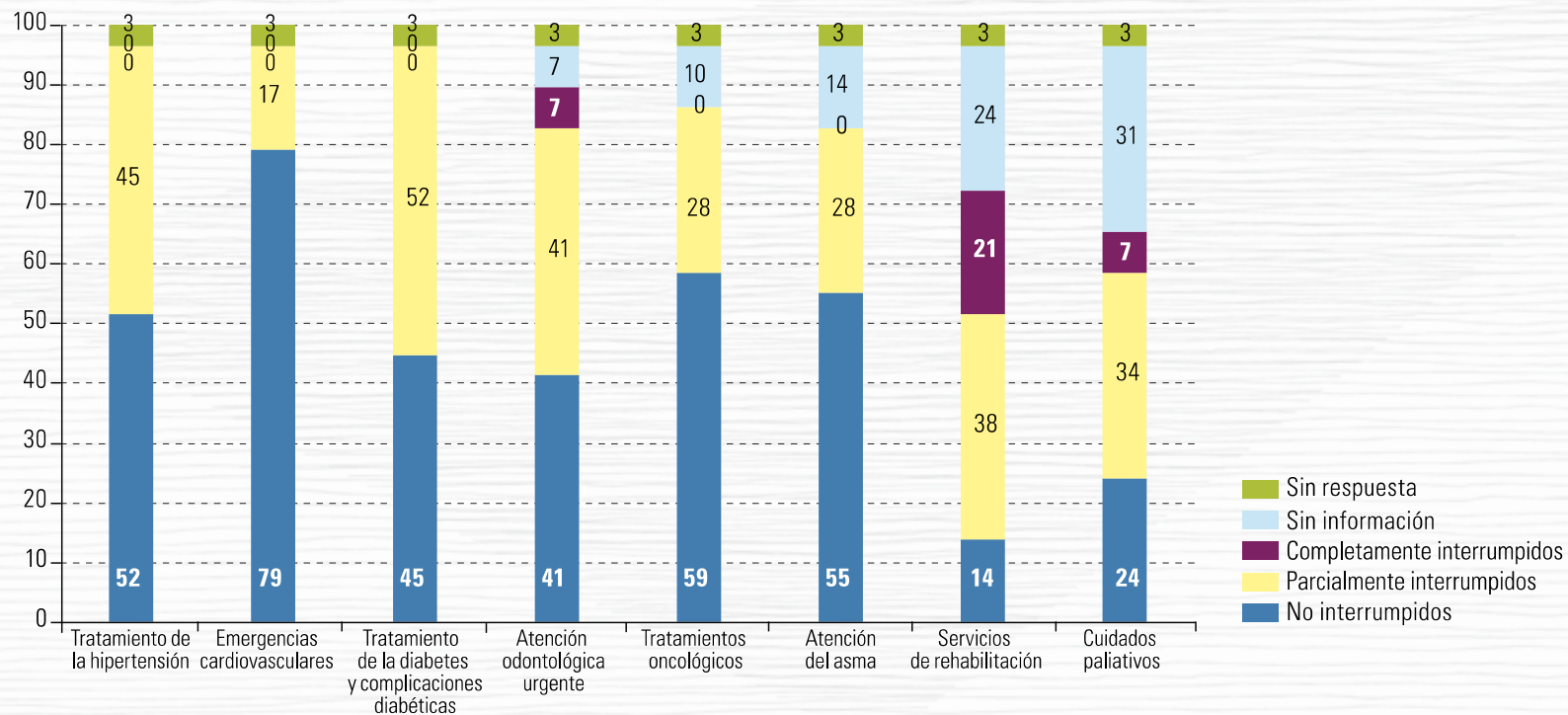


78%

Average occupancy rate

Gráfico 9 | Región de las Américas (28 países)^a: interrupción de servicios asociados a enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19

(En porcentajes del número de países)

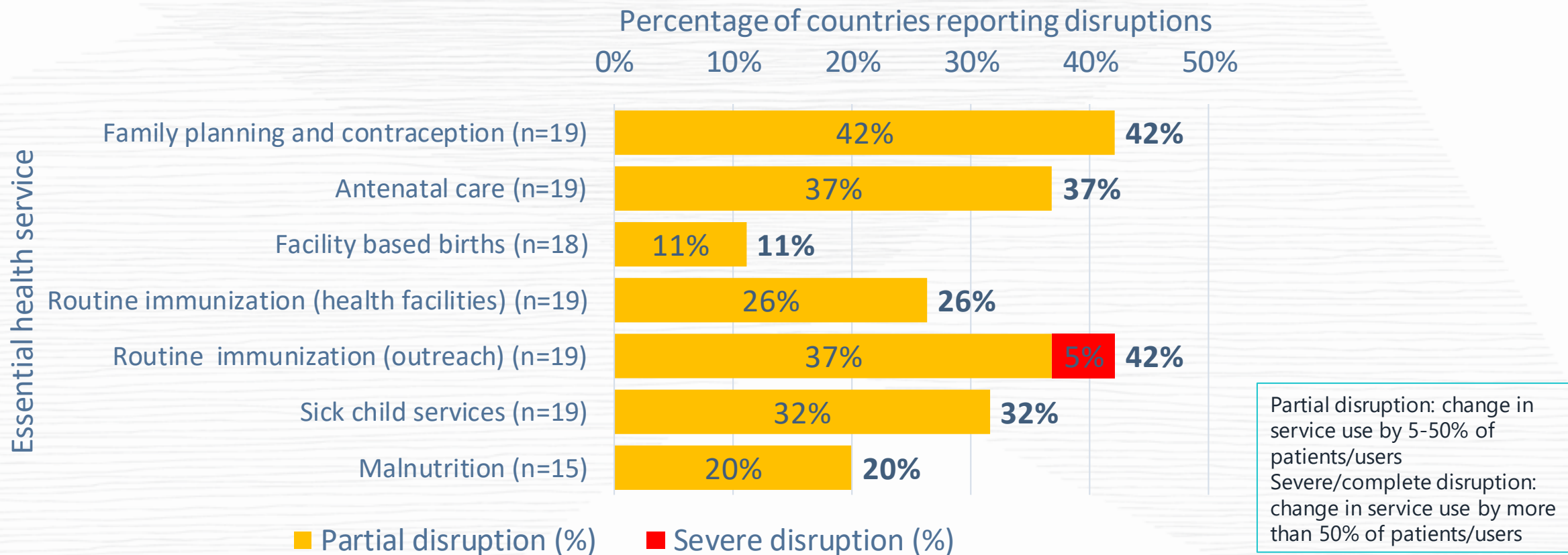


Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Rapid Assessment of COVID-19: Impact on NCD Programs in the Region of the Americas*, Washington, D.C., 4 de junio de 2020.

^a Los países incluidos son: Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Family planning and immunization services are disrupted in nearly half of countries

Percentage of countries reporting disruptions in RMNCAH and nutrition services in PAHO



Mensajes clave

- Disminución de ingresos para salud durante la crisis producto de la disminución de las fuentes de financiamiento público (ingresos tributarios, contribuciones sociales y pagos directos).
- Habrá cambios en las necesidades de salud, con un aumento neto de demanda debido a la pandemia misma.
- Mayor demanda por acumulación de problemas de salud no atendidos cuando el efecto de la pandemia se normalice y permita abarcar todos los problemas de salud de la población
- Aumento de las brechas y riesgo de retroceder en logros ya alcanzados en metas de salud y coberturas de programas prioritarios de salud pública.
- La fragmentación y segmentación de los sistemas hace más difícil la respuesta de los sistemas de salud. Es necesario fortalecer la rectoría y gobernanza para incidir en estos retos, reposicionando la salud pública, y las FESP.
- El modelo de atención imperante (hospitalocéntrico) tiende a reproducirse con mayor fuerza por el tema de tratamiento de lo agudo de la COVID-19, es necesario abogacía para aumentar la inversión en el Primer Nivel de Atención, será la única manera de mantener servicios esenciales.
- El déficit en recursos humanos, financiamiento y tecnologías determinan problemas de productividad y eficiencia.

A manera de conclusión

Los países han desarrollado respuestas diferentes e innovadoras, el reto es como utilizar las lecciones aprendidas para construir la “nueva normalidad”, que implica posicionar con aun mas fuerza la agenda de la salud universal y la protección social universal.

OPS/OMS



Muchas gracias



OPS