



# Desafios para as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) em América Latina e Europa: Resultados do projeto Equity I e de Catalunya

[www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu)

Recife, 5 de agosto de 2014



# Conteúdos

## 1. Antecedentes

## 2. Alguns resultados do Equity LA:

- Barreiras e equidade no acesso a atenção em saúde
- Coordenação entre níveis assistenciais

## 3. Alguns resultados sobre redes na Catalunya

# 1. Antecedentes

- Reformas no setor saúde durante as últimas duas décadas, para melhorar a equidade e eficiência dos sistemas de saúde na América Latina
- A introdução de **redes integradas de serviços de saúde**, amplamente promovida por governos e organizações internacionais
- Sem evidência do impacto sobre o sistema de saúde.

# Que é uma rede integrada de serviços de saúde?

**Conjunto** de organizações que provê diretamente, o mediante contratação, uma **atenção coordenada** de um contínuo de serviços de saúde a uma **população** determinada e é responsável dos **custos e resultados** de saúde dessa população

## Objetivos

- Melhorar a continuidade através da coordenação
- Melhorar a eficiência global na provisão

## Tipos de RISS, segundo definição de população

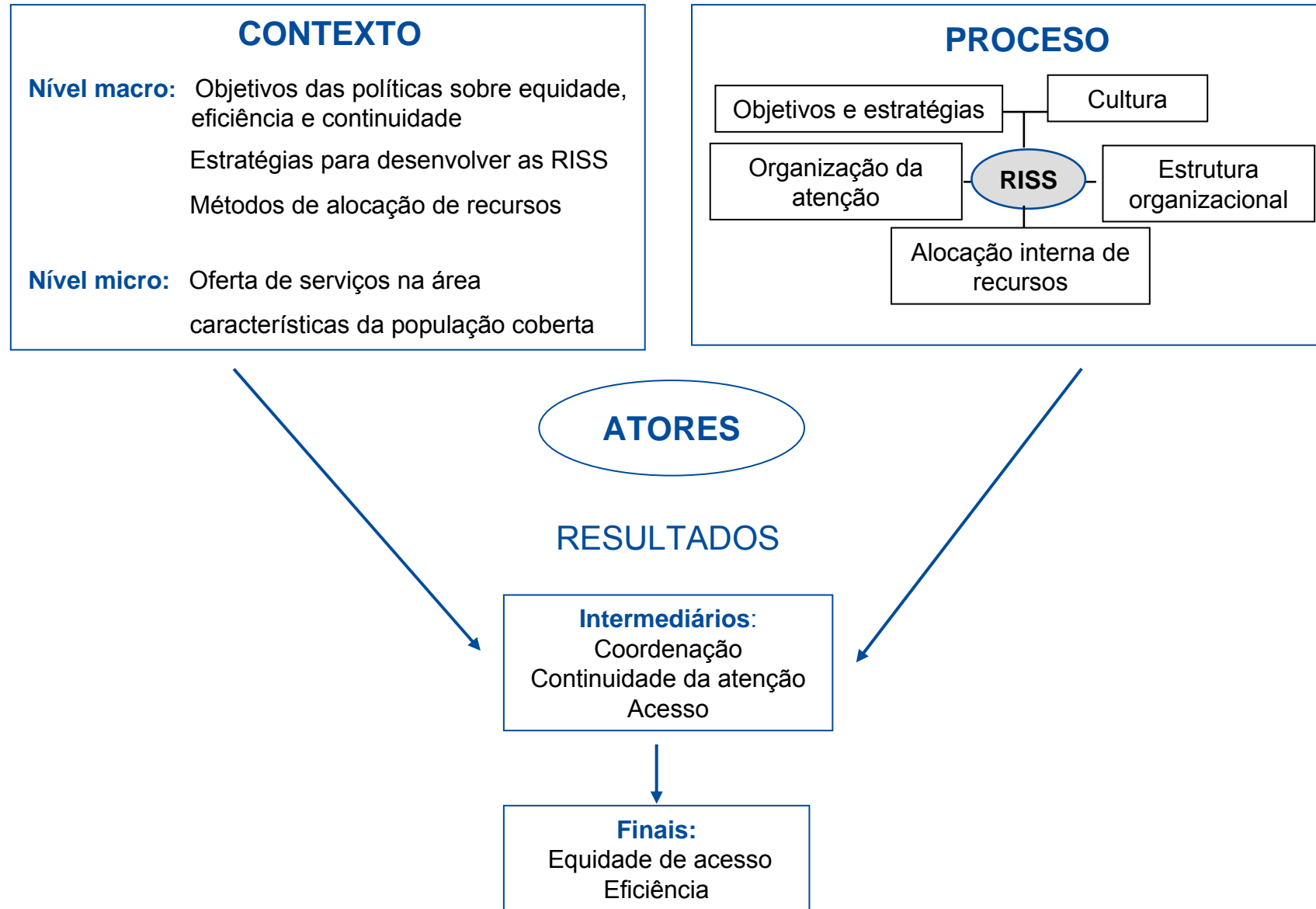
### a) Baseadas na adscrição geográfica

- Devolução da gestão aos níveis inferiores de governo (autoridade sanitária, município, etc.)
- População definida geograficamente
- Sistema nacional de saúde
  - Brasil, Catalunya

### b) Baseadas em afiliação:

- Mercado de planos de saúde
- População se afilia aos planos de saúde
- Integração de seguradoras(planos) e provedores (HMO)
  - Colômbia

# Marco teórico para a análise das RISS



## **2. Alguns resultados Equity LA: Barreiras e equidade no acesso**

# Sistemas de saúde em Colômbia e Brasil

## Colômbia - Sistema General de Seguridad Social em Saúde (SGSSS)

Seguridade social com dois regimes,

- Contributivo
- Subsidiado
- “Vinculados”

Dois pacotes de benefícios  
(POS e POS-S)

Financiado por cotizações e impostos

Modelo de competição gerenciada  
baseado no mercado (seguradoras, (planos)  
provedores)

Redes definidas pelas seguradoras

## Brasil - Sistema Único de Saúde (SUS)

Sistema nacional de saúde

Financiado por impostos

Descentralizado

Provisão pública e provedores  
privados contratados

Sistema “suplementar”,  
seguradoras privadas (planos)

Redes do SUS, baseadas na  
regionalização



# Áreas de estudio



## 2. Métodos e técnicas de coleta de dados

### a) Estudo qualitativo

- Análise de documentos
- Entrevistas individuais
- Estudos de casos de usuárias

### b) Estudo quantitativo

- Revisão de registros e prontuários
- Inquérito populacional

# Barreiras no acesso (segundo os atores)

## Colômbia:

- Sistema de saúde
  - Princípios do modelo de competição gerenciada: (fins lucrativos/ sustentabilidade financeiro dos provedores)
  - Desenho do sistema
  - Diferenças nos pacotes de benefícios, fragmentado**, co-participação, gerenciamento da afiliação
- Seguradoras (Planos)
  - **Autorizações**, limites na prática clínica, contratos curtos e fragmentados com os provedores (rede de serviços)
- Serviços de saúde
  - Insuficiente infraestrutura e recursos
  - **Distancias** (AE, CR)
  - Longos tempos de espera
- População
  - nível socioeconômico baixo

## Brasil:

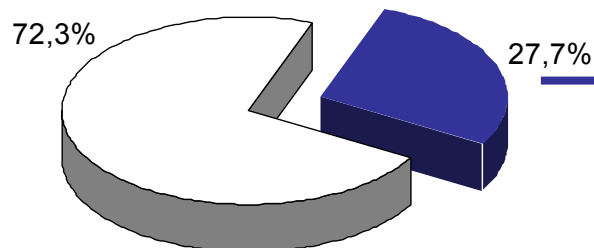
- Sistema de saúde
  - **infra financiamento**
  - Limitada coordenação entre níveis do governo
  - Insuficiente supervisão dos provedores (configuração da rede)
- Serviços de saúde
  - Insuficiente infraestrutura e recursos
  - **Distancias** (AE)
  - Longos tempos de espera
- População
  - baixo nível socioeconômico

# Barreiras na procura da atenção

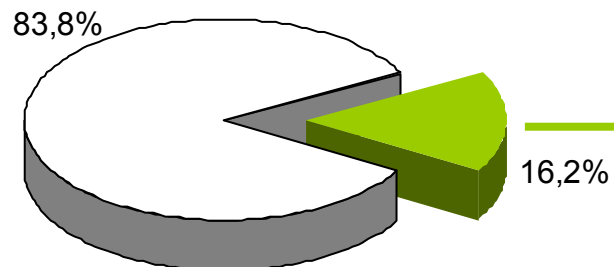
## Procura de serviços de saúde

■ Colômbia (n = 2,912)

■ Brasil (n = 2,764)



- Regime contributivo: 21.1%
- Regime especial: 15.7%
- Regime subsidiado: 30.6%
- Vinculados: 57.7%



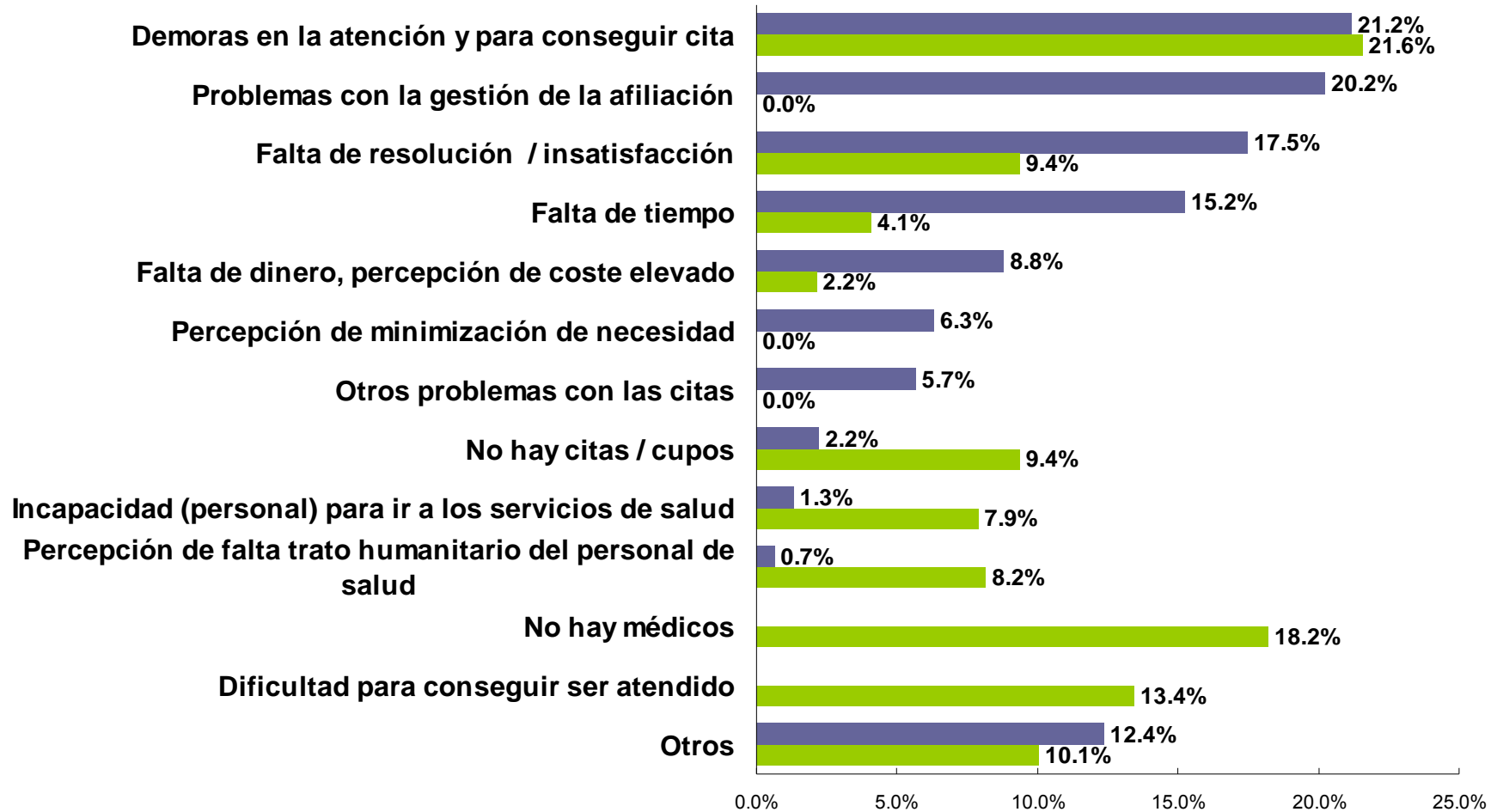
- Recife: 11.5%
- Caruaru: 20.9%

□ Procura da atenção em saúde

■ Não procuraram atenção em saúde

# Barreiras na procura da atenção

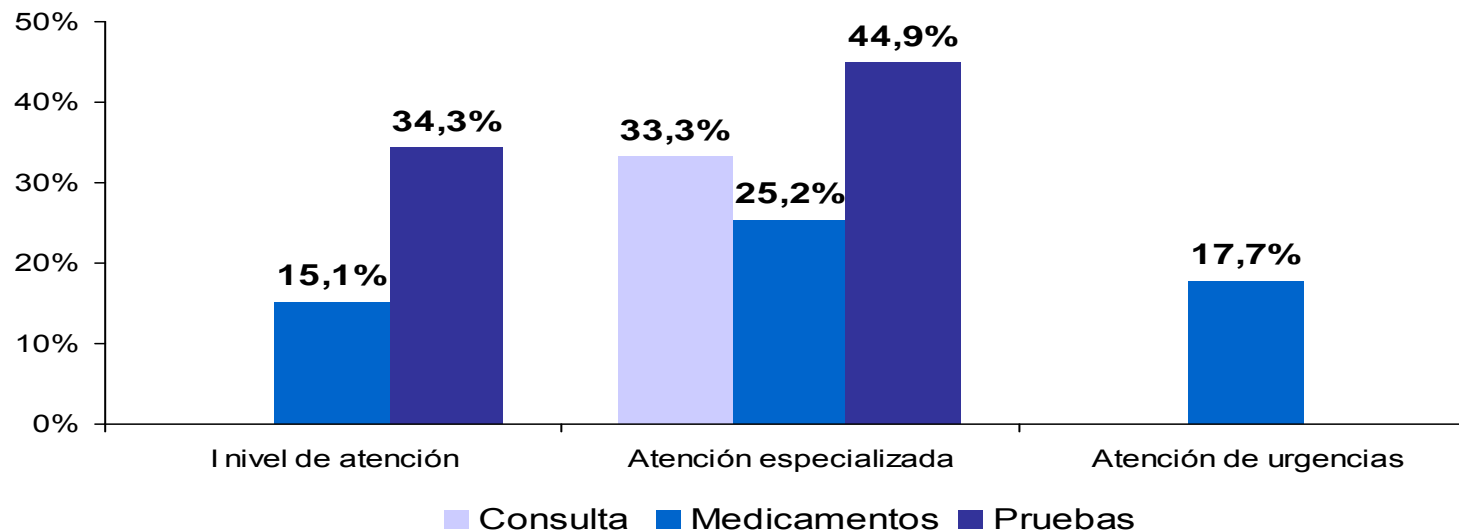
## Motivos pelos quais não procurou atenção



Respostas ordenadas segundo a distribuição das respostas na Colômbia

# Barreiras na utilização: autorizações

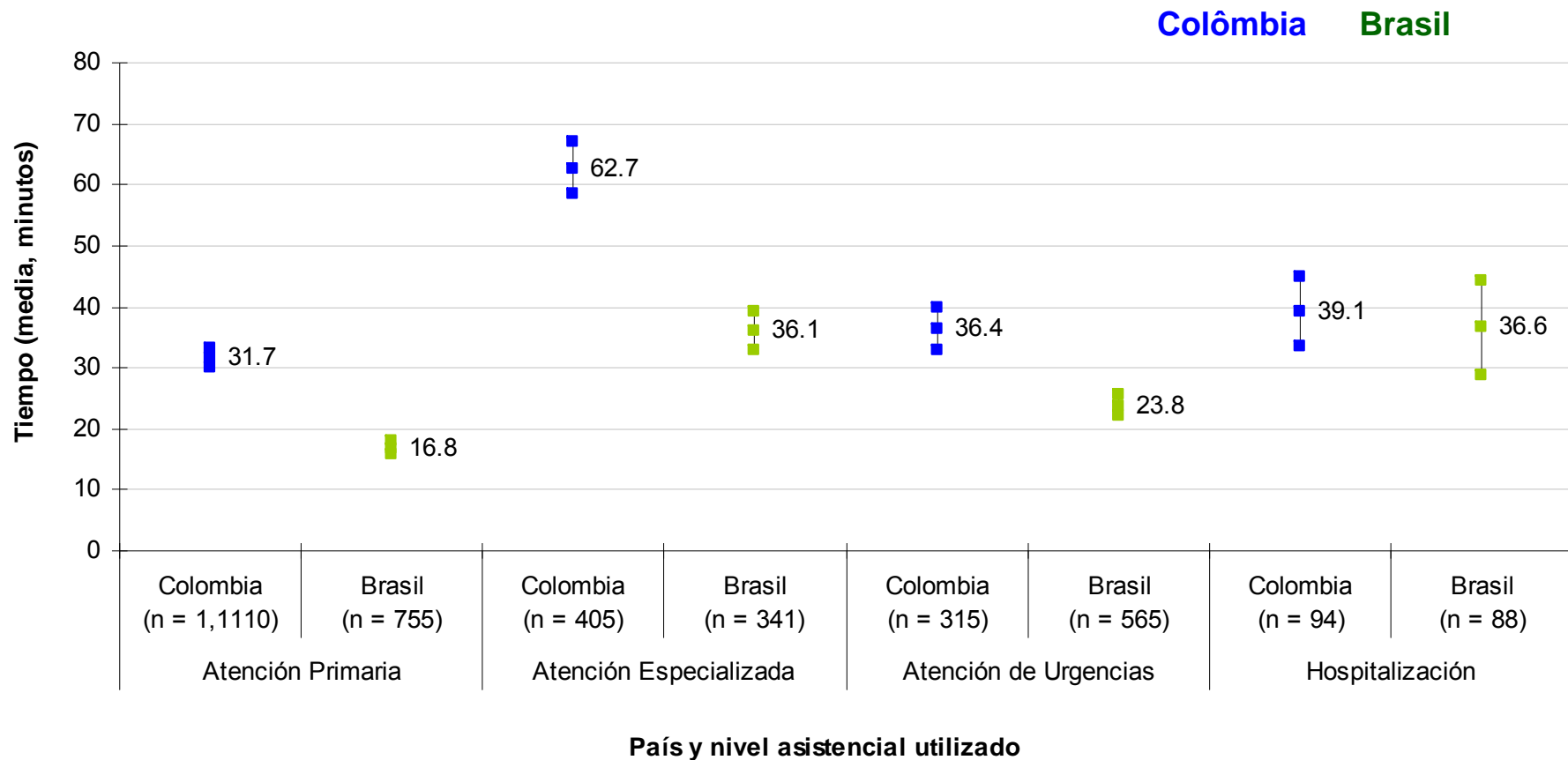
- ▶ **Em Colômbia**, a diferencia do Brasil, são necessárias autorizações para a consulta, provas e medicamentos



- ▶ O 75% dos trâmites realizam se nas seguradoras (planos)

# Barreiras na utilização: distância

Acessibilidade geográfica: tempos de trajeto em cada nível assistencial



# Barreiras na utilização: custos

## Custos segundo tipos de atenção e país (Purchasing Power Parity, \$PPP)

**Table 2**  
Cost according to type of care and country (Purchasing Power Parity, \$PPP).

		Colombia					Brazil				
		N <sup>a</sup>	n <sup>b</sup>	%	Mean cost	CI <sup>c</sup> 95%	N <sup>a</sup>	n <sup>b</sup>	%	Mean cost	CI <sup>c</sup> 95%
Primary care	Consultation	1101	614	55.9	2.63	2.39–2.87	774	–	–	–	–
	Drugs	867	492	56.8	3.82	3.05–4.60	544	151	27.8	17.21	13.17–21.24
	Tests	489	223	45.6	4.73	3.73–5.72	346	46	13.3	50.01	25.97–74.05
	Total	1101	1064		4.07	3.53–4.62	774	756		6.01	4.09–7.93
Outpatient secondary care	Consultation	405	225	55.8	3.39	2.80–3.98	329	–	–	–	–
	Drugs	233	142	60.9	12.73	6.50–18.97	211	74	35.1	28.01	22.30–33.72
	Tests	245	136	55.5	7.22	5.07–9.37	211	19	9.0	57.92	37.89–77.96
	Total	405	388		8.78	6.17–11.40	329	315		9.00	6.30–11.71
Emergency care	Consultation	306	73	24.5	4.36	2.89–5.83	582	–	–	–	–
	Drugs	237	115	48.5	5.89	3.83–7.96	304	181	59.5	16.80	14.22–19.37
	Tests	133	28	21.1	26.17	0.00–53.85	190	12	6.3	106.76	47.37–172.14
	Total	306	284		5.44	2.11–8.77	582	548		7.08	5.17–8.98
Inpatient care	Consultation	94	34	36.2	214.14	29.25–399.03	93	–	–	–	–

<sup>a</sup> N, number of users.

<sup>b</sup> n, number of users that actually paid.

<sup>c</sup> CI, Confidence Interval.

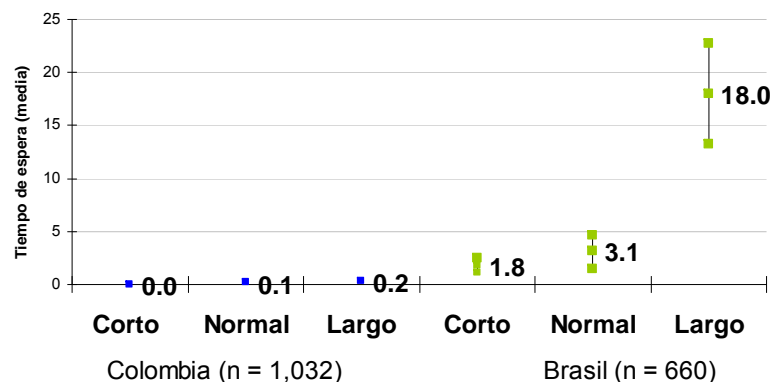
- Diferencias significativas na proporção dos que pagam entre regimes de seguro na Colômbia e áreas do Brasil. Sempre mais elevadas no regime contributivo, exceto nos exames
- Em Brasil, os custos são maiores em Caruaru para farmácia na atenção básica e urgências e exames no segundo nível.



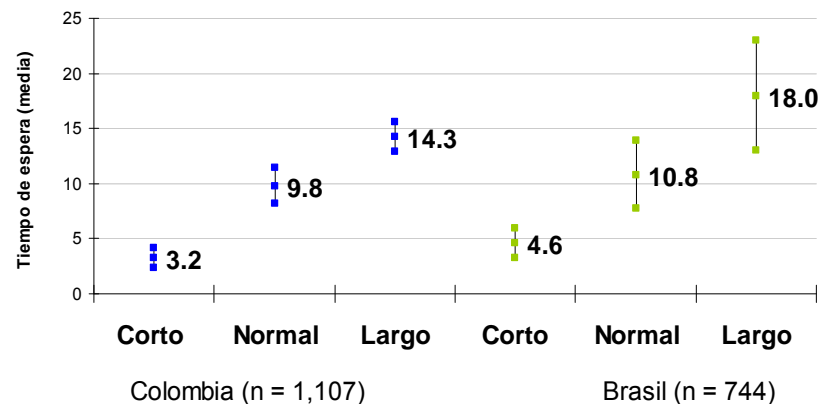
# Barreiras na utilização: tempos de espera

## Tempo de espera e sua percepção no I nível de atenção e atenção especializada

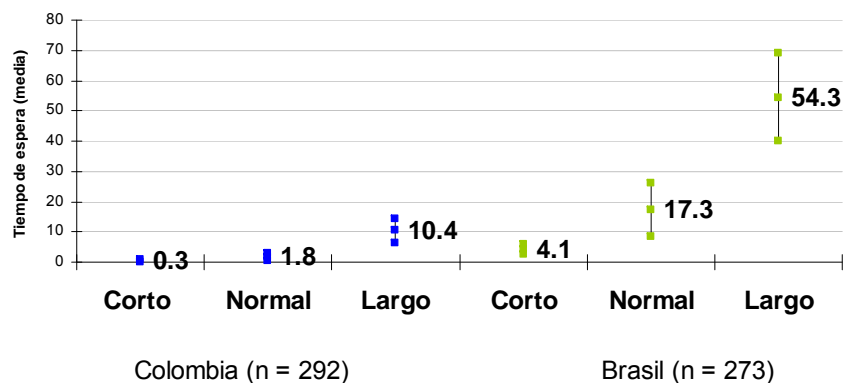
*Tempo de espera para conseguir cita na AB*



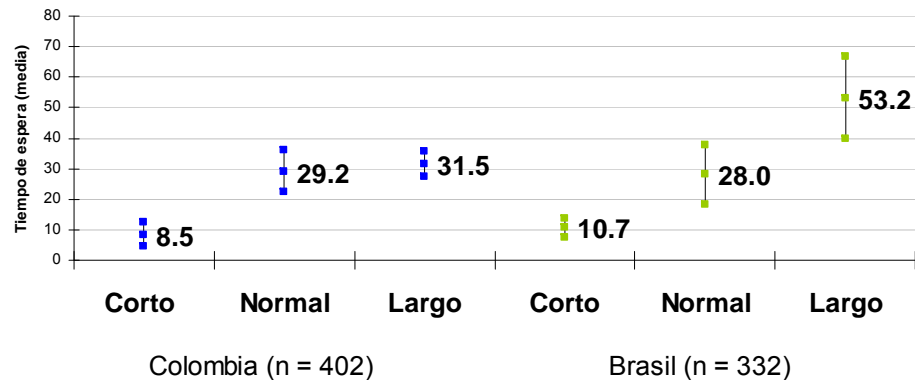
*Tempo de espera para receber atenção na AB*



*Tempo de espera para conseguir cita na AE*

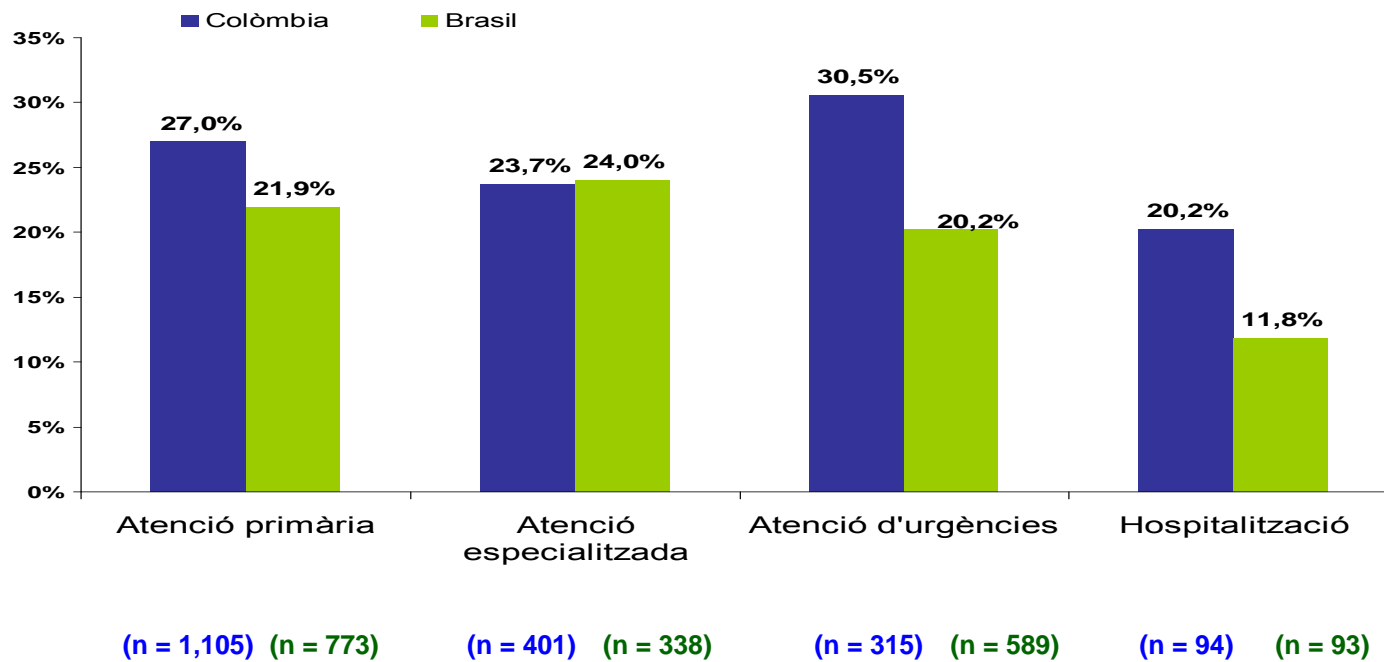


*Tempo de espera para receber atenção na AE*



# Não resolução do problema de saúde

Proporção de indivíduos aos que não foi resolvido o problema de saúde.



# Inequidades no acesso

Prevalência, diferença de prevalências e ratios de prevalências na utilização dos serviços de saúde nos últimos 3 meses

	Colombia				Brazil			
	n	Prev.	PD	PR (CI 95%) <sup>a</sup>	n	Prev.	PD	PR (CI 95%) <sup>a</sup>
<b>Primary care</b>								
Per capita income								
< 1/2MW	473	49.8		1	550	49.1		1
1/2 - 1 MW	409	52.8	3.0	1.04 (0.94 - 1.14)	310	43.1	-6.0	<b>0.89 (0.80 - 0.99)</b>
> 1 MW	246	56.4	6.6	1.01 (0.91 - 1.13)	98	31.2	-17.9	<b>0.71 (0.59 - 0.85)</b>
SGSSS scheme								
Contributory + special	718	58.0		1				
Subsidized	298	52.1	-5.9	<b>0.90 (0.81 - 0.99)</b>				
Uninsured	57	24.7	-33.3	<b>0.46 (0.37 - 0.58)</b>				
Private Health Plan								
No	1,041	51.5		1	800	46.5		1
Yes	27	64.3	12.8	1.13 (0.90 - 1.41)	158	36.4	-10.1	0.91 (0.79 - 1.05)
<b>Outpatient secondary care</b>								
Per capita income								
< 1/2MW	160	16.9		1	228	20.3		1
1/2 - 1 MW	150	19.4	2.5	1.02 (0.83 - 1.26)	200	27.8	7.5	<b>1.26 (1.07 - 1.48)</b>
> 1 MW	118	27.1	10.2	<b>1.26 (1.02 - 1.56)</b>	96	30.6	10.3	<b>1.42 (1.14 - 1.77)</b>
SGSSS scheme								
Contributory + special	300	24.2		1				
Subsidized	93	16.3	-7.9	<b>0.72 (0.57 - 0.90)</b>				
Uninsured	17	7.4	-16.8	<b>0.40 (0.25 - 0.64)</b>				
Private Health Plan								
No	393	19.5		1	391	22.7		1
Yes	16	38.1	18.6	<b>1.74 (1.14 - 2.66)</b>	133	30.7	8.0	<b>1.40 (1.18 - 1.67)</b>
<b>Emergency care</b>								
Per capita income								
< 1/2MW	192	20.2		1	390	34.8		1
1/2 - 1 MW	141	18.2	-2.0	1.14 (0.92 - 1.41)	240	33.3	-1.5	1.09 (0.95 - 1.25)
> 1 MW	70	16.1	-4.1	0.98 (0.74 - 1.29)	74	23.6	-11.2	0.88 (0.70 - 1.11)
SGSSS scheme								
Contributory + special	230	18.6		1				
Subsidized	123	21.5	2.9	0.94 (0.76 - 1.17)				
Uninsured	33	14.3	-4.3	<b>0.63 (0.45 - 0.88)</b>				
Private Health Plan								
No	371	18.4		1	579	33.6		1
Yes	12	28.6	10.2	<b>1.75 (1.06 - 2.86)</b>	125	28.8	-4.8	0.93 (0.78 - 1.11)

# Conclusões

Nos dois países, persistem as barreiras e inequidades no acesso, mas com intensidade e características diferentes.

- Em **Colômbia**, SGSSS
  - Barreiras relacionada com o estado de afiliação e regime (pagamentos e benefícios) e a introdução de intermediários: limitado acesso geográfico, mecanismos de controle do uso (autorizações)
  - Desigualdades sociais na utilização entre os afiliados e não afiliados e também entre regimes e segundo o nível da renda
- Em **Brasil**,
  - Existem barreiras relacionadas com o infra financiamento do sistema (rechaços, tempos de espera, devido a insuficientes recursos)
  - Existem iniquidades segundo nível socioeconômico, especialmente na atenção especializada.

## **2. Alguns resultados Equity LA: Coordenação da atenção**

# 1. Opinião sobre a coordenação entre níveis assistenciais

- Limitada coordenação assistencial nas redes de serviços  
→ exceto centros ambulatoriais RC: bona
- Diferentes tipos de problemas de coordenação

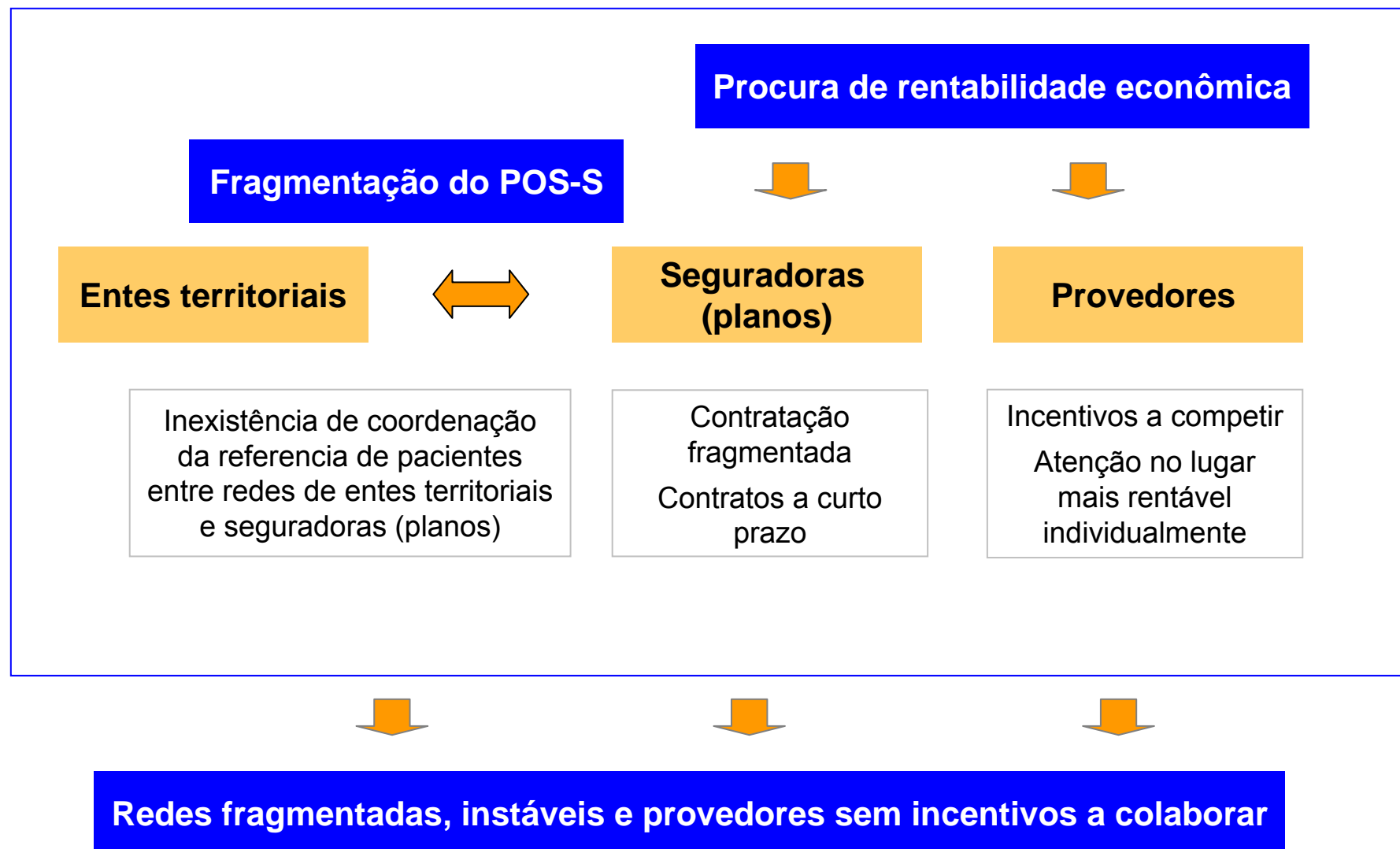
## Colômbia

- Registro insuficiente de informação em referencia e contra referencia (*coord. inf*)  
→ acompanhamento do paciente  
→ reinício do diagnóstico

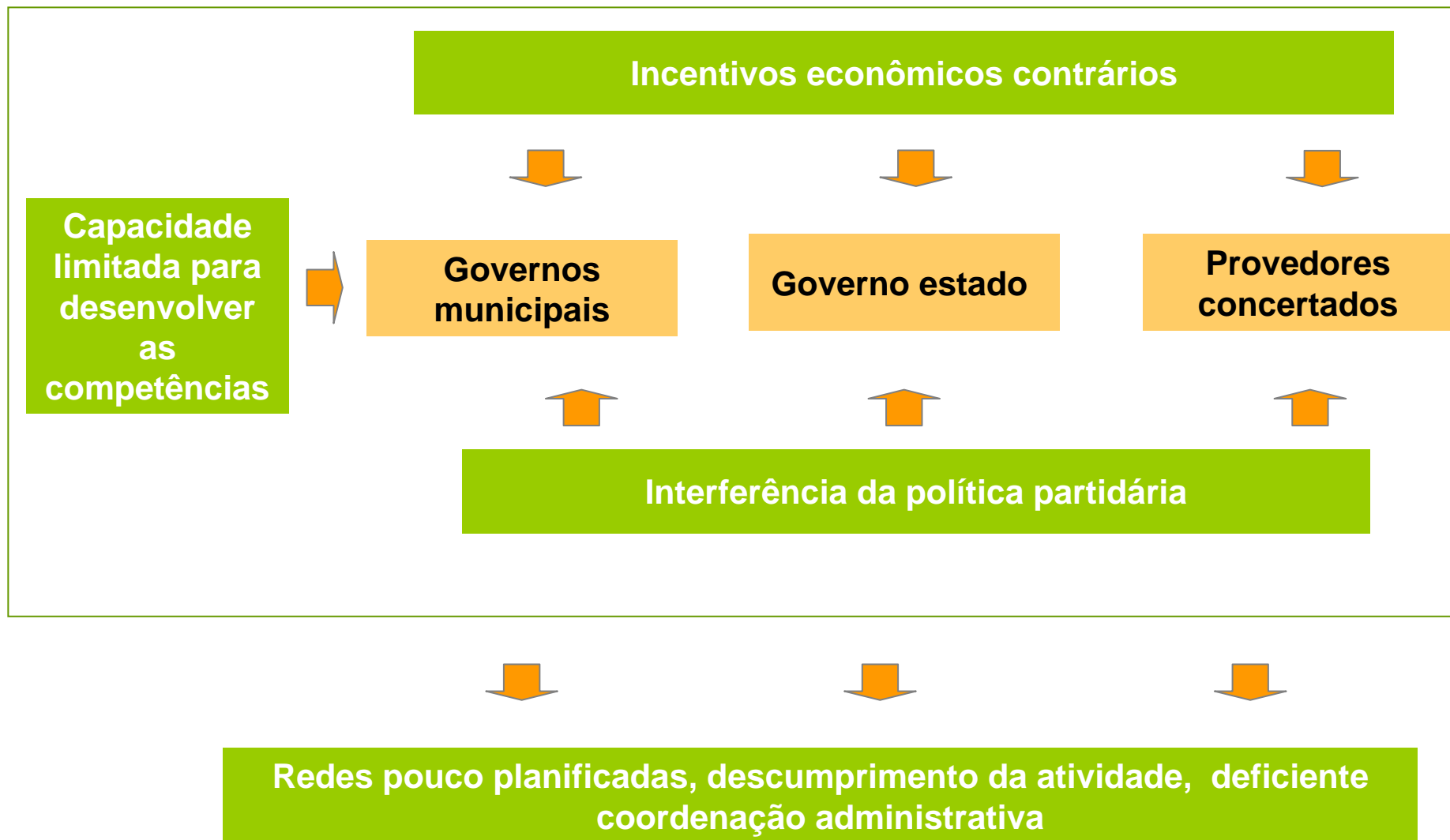
## Brasil

- Falta definição de fluxos assistenciais, informação e garantia de acesso (*coord. adm*)  
→ responsabilidade do paciente  
→ erros referencia, tempos de espera elevados
- Derivações inadequadas de AB e falta de contra-referência de AE (*coord. gestão clínica*)

## 2.1. Fatores do sistema de saúde: configuração de redes Colômbia

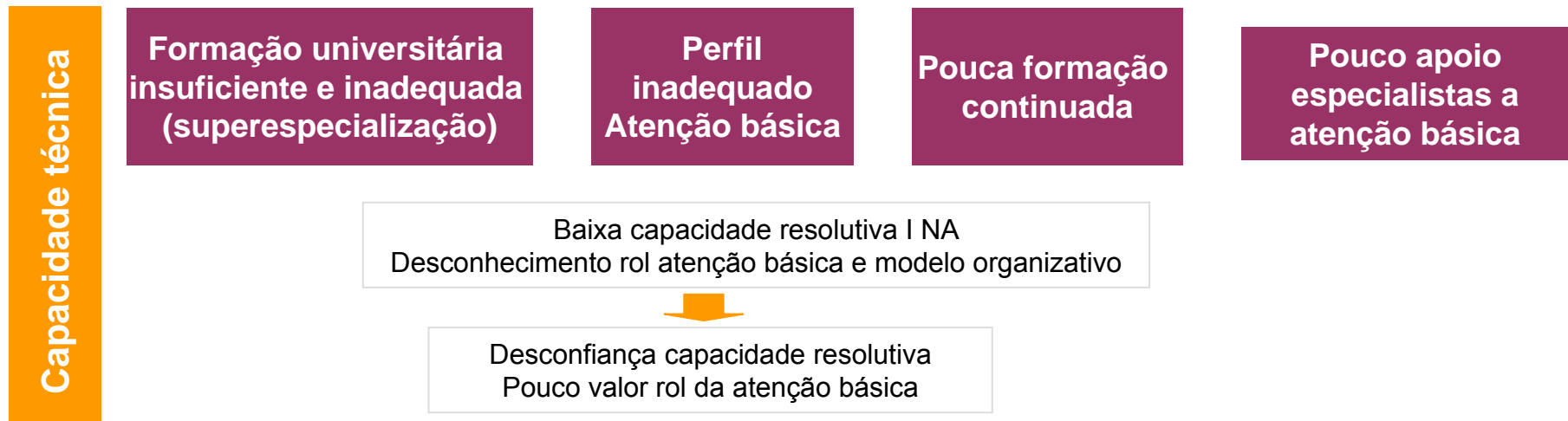
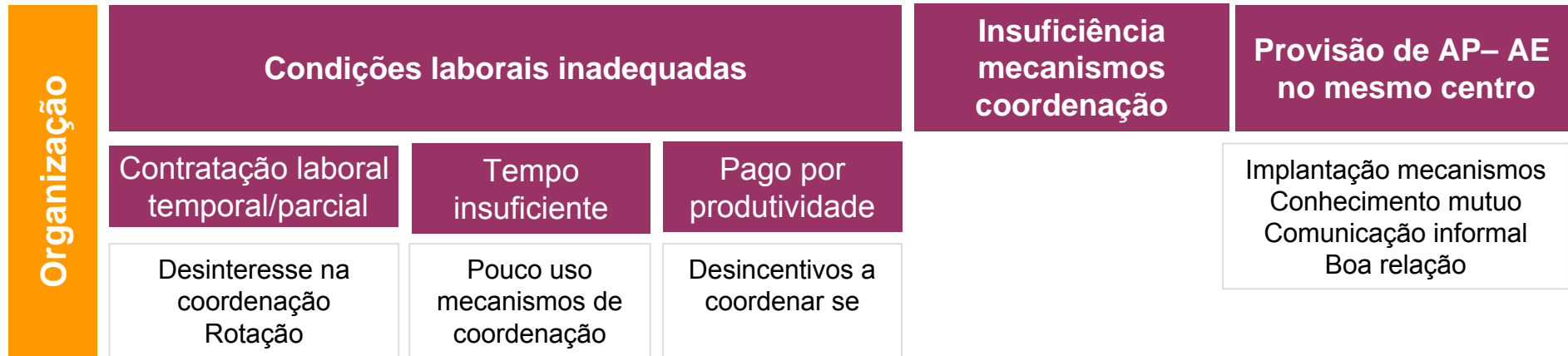


## 2. Fatores sistema de saúde: configuração de redes Brasil





## 2. Fatores organizativos que influenciam a coordenação



# Conclusões (I)

## 1. Distinta intensidade nos problemas:

Colômbia: coordenação de informação; Brasil: coordenação do acesso y coordenação de gestão clínica; (Diferentes portas de entrada, Pior funcionamento da referencia- contra referencia)

## 2. Fatores relacionados com a organização do sistema de saúde não considerados na bibliografia

- Incentivos econômicos contrários → Redes baseadas em acordos de compra-venda de serviços em lugar de planejadas.
- Responsabilidades complexas a municípios com capacidade limitada

## Conclusões (II)

3. Condições de trabalho pouco adequadas (contratação parcial/temporal + sobrecarga laboral)

- Desinteresse em coordenar se, pouco tempo para conhecer e usar os mecanismos e elevada rotação

4. Formação inadequada dos profissionais para implementar modelos de colaboração baseado na atenção básica

5. Integração vertical (seguradora- provedor)

- Modelo de co-provisão ambulatoria, mais mecanismos, contratações laborais indefinidas, sistemas de pago capítativos
- Melhor coordenação controle da prática clínica (barreiras acesso AE, qualidade)?



# Redes integradas de Servicios de Salud en Cataluña

[www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu)



# Catalunya

**Area: 32,106 km<sup>2</sup>**

**População (2011): 7,539,618 hab.**

**Immigrantes (2011): 15.7%**

**Esperança de vida (2009): 81.9 years**

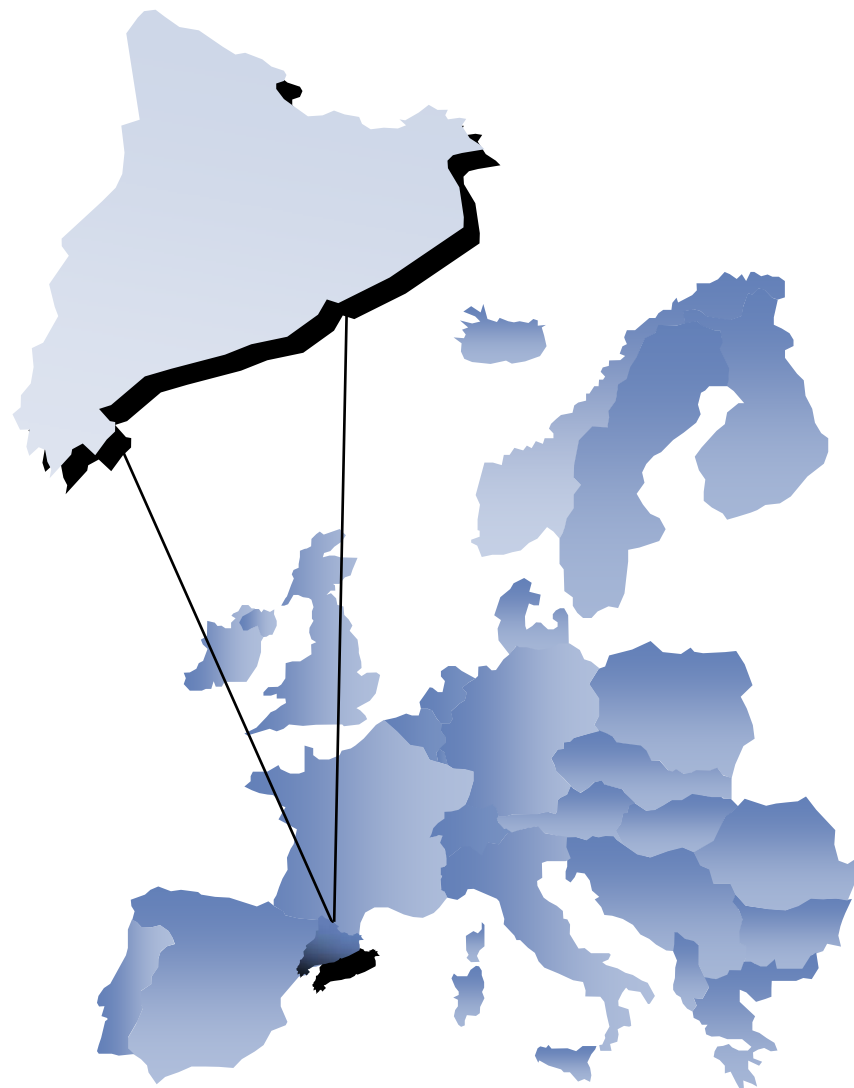
**Taxa de natalidade (2011): 11.4 x 1,000 inhab**

**Taxa de Mortalidade (2011): 8.2 x 1,000 inhab**

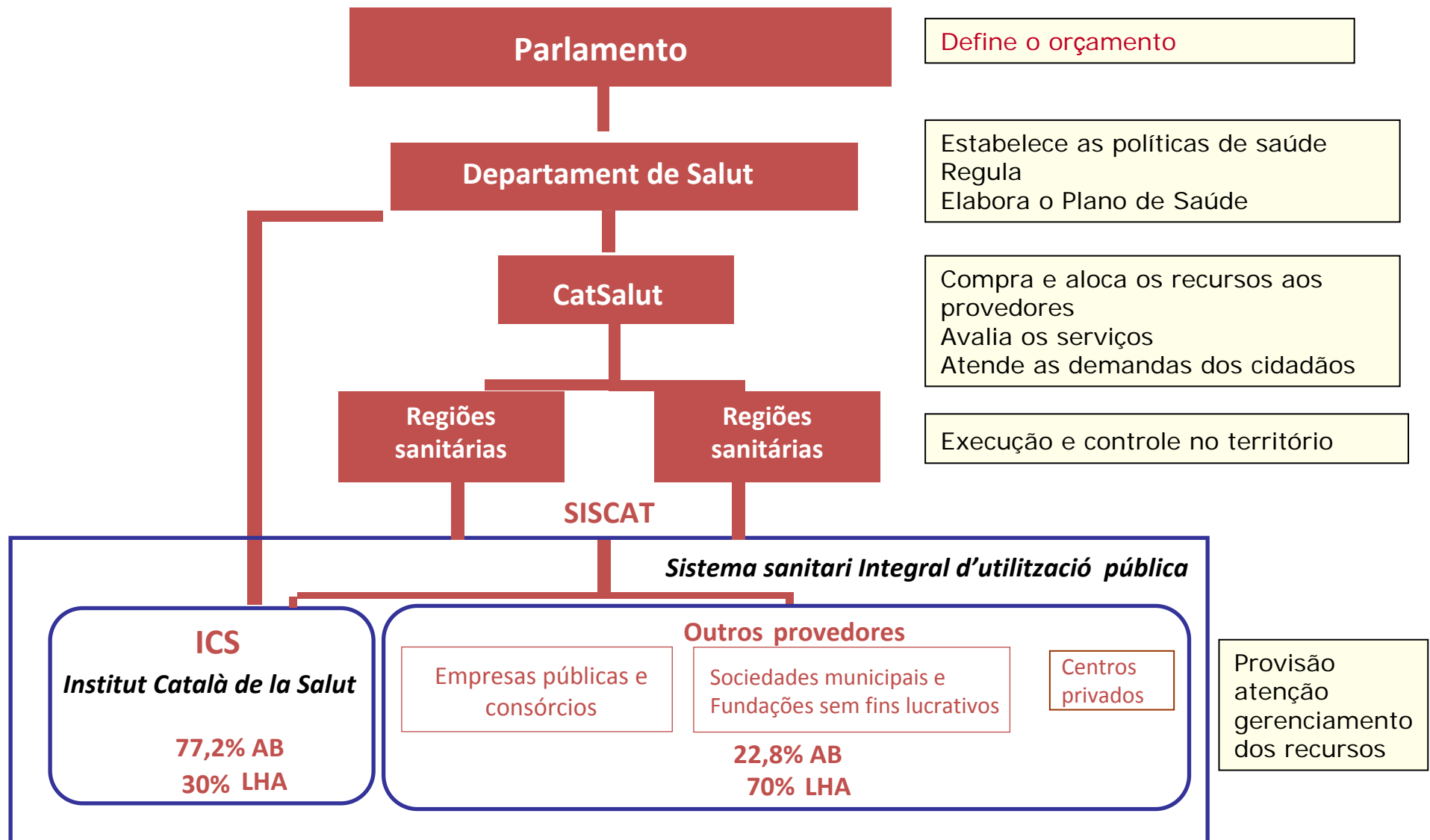
**Mortalidade infantil (2009): 3.0 x 1,000 inhab**

**PIB/Capita (2009): 28.095 €**

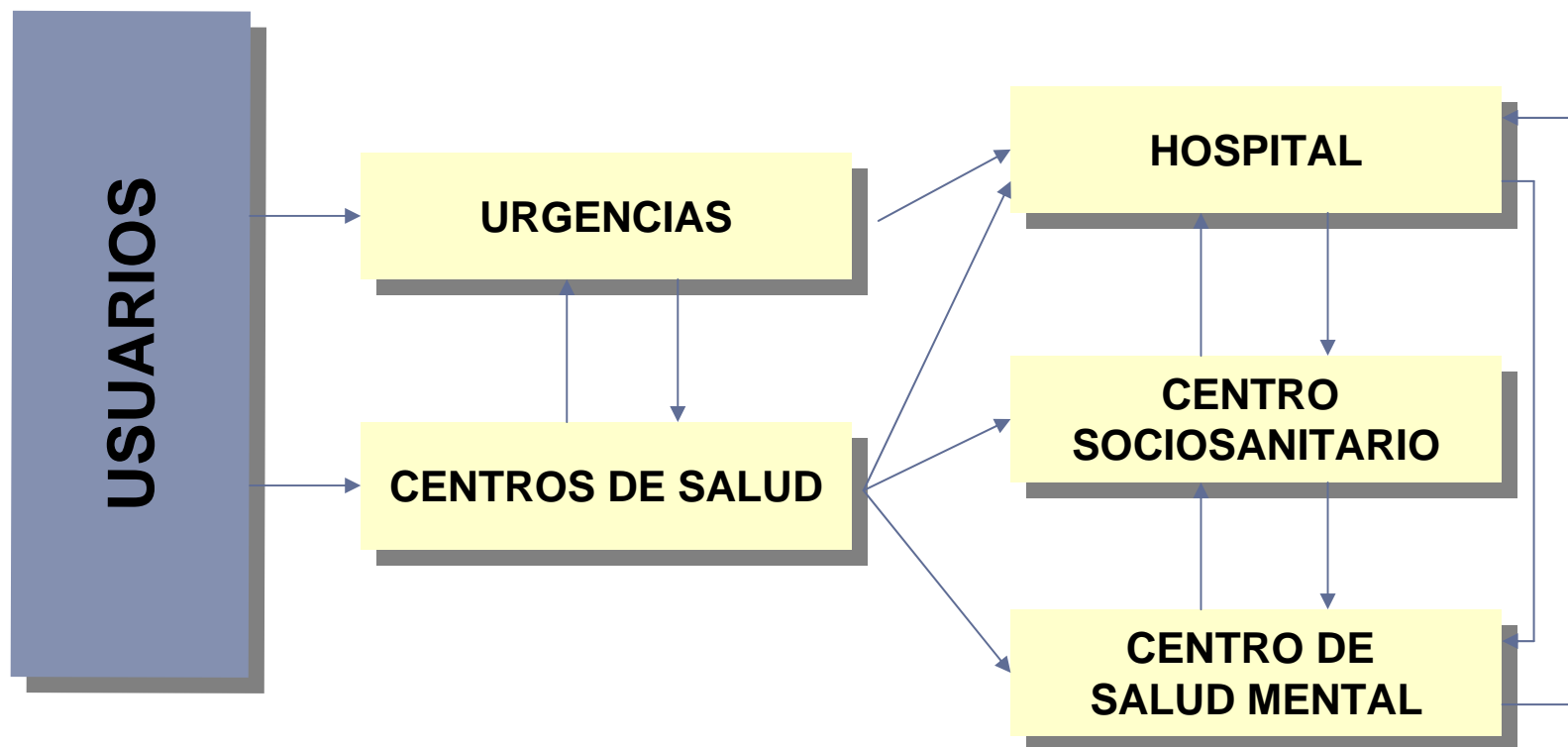
**Despesa pública saúde/capita (2009):  
1,314.36 €**



# Sistema Nacional de Salud catalán



# Sistema de saúde: organização da atenção



# Redes de serviços de saúde em Catalunya

- LOSC: promove a diversificação na titularidade das equipas de atenção básica
- As RISS são de tipo vertical entorno do hospital de agudos
- 21 RISSs (gestão conjunta de serviços de saúde).



# Modelo organizativo e mecanismos

## Modelo organizativo

- Modelo de atenção SNS:
  - Atenção primária porta de entrada do sistema e coordenador da atenção;
  - Atenção especializada consultor
- Diferenças:
  - Descentralização de consultas externas (CCEE)
  - Sem descentralização CCEE
  - Rol de gestor do caso no contínuo

## Mecanismos de coordenação

- Semelhança na tipologia de mecanismos de coordenação assistencial
  - Ênfase em **mecanismos baseados em normatização**
- Diferenças na elaboração, utilização e estratégias de implementação dos mecanismos
- Diferenças na coordenação da informação do paciente (SI) (integração, acesso, volume)
- Estratégias de atenção compartilhada
  - Por âmbitos assistenciais
    - **domiciliaria e urgências**
  - Por doenças
    - **Programa de gestão de caso e de doenças**

# Opiniões profissionais da coordenação

➤ **Boa coordenação percebida** pela existência de mecanismos de coordenação e a comunicação entre profissionais

➤ Elementos internos que **facilitam a coordenação**

- Conhecimento e comunicação
- Mecanismos de coordenação, especialmente de adaptação mútua
- Valores de colaboração

➤ **Barreiras organizativas**

- poucos mecanismos efetivamente implantados.
- Insuficientes estratégias para favorecer o contato entre profissionais
- sobrecarga laboral,
- instabilidade dos profissionais,
- inconsistências nos sistemas de incentivo
- distancia entre centros

➤ **Relativos aos profissionais**

- **Limitada utilização** dos mecanismos
- baixo conhecimento e percepção de “imposição”.
- Não conhecimento entre profissionais,
- percepção de insuficientes habilidades e formação dos profissionais do outro nível

➤ **Elementos externos**

- diversidade na titularidade na prestação
- A crise econômica

# Resultados quantitativos

## Coordinació assistencial (indicadores)

- Dificuldades para medir a coordenação a partir dos registros: não registro eu infra-registro pelos profissionais
- Melhor qualidade da transferência da informação nas altas hospitalarias e de urgências que em referencias. Variabilidade entre áreas
- Elevada adequação das referencias urgentes e não urgentes. Pouca variabilidade
- Melhor acompanhamento post-alta nas áreas onde ha melhor comunicação hospital-APS

## Continuidade assistencial (inquérito)

- Boa continuidade percebida. Elevado percentual de pacientes com interrupções na transferência de informação, níveis baixos de referencia e contra-referências i acessibilidade
- Associação consistente das experiências de continuidade com o entorno
- Fatores socio-demográficos (idade, sexo, nível educativo) i morbidade (crônica o complexa o número de patologias) influem na continuidade

# Retos de futuro para o sistema de saúde

- Complexidade crescente da atenção com a intervenção de diversos níveis e serviços assistenciais
- Definição do modelo de atenção que se quer promover
- Incentivos derivados do sistema de pago orientados à coordenação
- Fortalecer a coordenação entre os provedores de um território
- Velar pela equidade territorial

## Retos de futuro para as RISS

- Evolucionar à integração dos niveles assistenciais com fortalecimento da atenção básica
- Implementar mecanismos de coordenação baseados na retroalimentação e criar condições apropriadas para utilizá-los
- Introduzir estratégias para favorecer os desenvolvimento de valores de colaboração e trabalho em equipe entre níveis.
- Introduzir as estratégias e mecanismos de coordenação assistencial a nível territorial e no exclusivamente dentro das próprias organizações

# Publicações América Latina

## Redes de serviços de saúde, coordenação

- Vargas I, Mogollón AS, Unger JP, Ferreira da Silva MR, De Paepe P, Vázquez ML Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy and Planning*, 2014.
- Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML Barriers to care coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Submitted *Health Policy and Planning*, 2014.
- Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, da Silva MRF, Paepe P. Integrated healthcare networks in Latin America: a framework for analysis. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2009; 26(4):360-7

## Acceso e equidade de acceso

- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Determinantes de utilización de servicios del SGSSS y SUS en municipios de Colombia y Brasil. Submitted to *Gaceta Sanitaria*, 2014.
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Borrell C, Vázquez ML. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc Sci Med* 2014; 106:204-213.
- Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, Borrell C, Vázquez ML. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* 2014; 13(1):10.
- de Moraes-Vanderlei LC, Vázquez ML. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acceso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(2):379-89.
- Vargas I, Vázquez ML, Unger JP, Mogollón-Pérez AS. Effects of managed care mechanisms on access to healthcare in Colombia: results from a qualitative study. *Int J Health Plann Mgmt*. 2013;28(1):e13-33
- Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS, Unger JP. Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 297.
- Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2010; 12(5):701-712.
- Mogollón AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicio de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* 2008; 24 (4): 745-754.
- Mogollón AS, Vázquez ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2006; 11: 96-110.

# Publicacions sobre Catalunya

**Libro:** Las organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Vázquez ML, Vargas I. Barcelona: CHC. 2007

Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Sánchez-Pérez I, Vázquez ML. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care* 2013; 13:e050.

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sánchez-Pérez I, Colomé LI, Llopart JR, Ferran M, Vázquez ML. A comprehensive analysis of patients perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care*. 2013; Jul;25(3):291-9.

Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch-Lassaletta J, Sánchez-Pérez I, Llopart JR, Colomé LI, Ferran M, Garcia-Subirats I, Vázquez ML. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gac Sanit*. 2013;27:207-13.

Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(S): 94-101.

Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care*. 2012; 24(1):39-48.

Aller MB, Vargas I, Sánchez-Pérez I, Henao D, Coderch J, Llopart JR, Ferran M, Colomé L, Vázquez ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por los usuarios del sistema de salud catalán. *Rev Esp Salud Publica*. 2010; 84: 371-387.

Vargas I, Vázquez ML, Henao D, Farré J. De la competència a la col·laboració. Experiència en la integració assistencial a Catalunya. *Fulls Econòmics* 2009; 38:27-37

Henao D, Vázquez ML, Vargas I, Coderch J y Llopart JR. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña. *Rev. Salud Pública (Col.)* 2008; 10(1): 33-48.

Henao D, Vázquez ML, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23(4): 280-6

Vargas, I. y Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit* 2007; 21(2): 114 – 123

Terraza, R. Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20 (6): 485-95

Vázquez ML, Vargas I, Farré J y Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña: una guía para el análisis. *Rev. Esp Salud Pública*. 2005;79: 633-643.



**¡Muchas gracias!**

**Muito obrigada!**

**[www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu)**