



Desafíos para las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Europa y América Latina: lecciones y cuestionamientos desde los proyectos Equity I y II

www.equity-la.eu

Montevideo, 10 de junio de 2014



Contenidos

1. Antecedentes
2. Algunos resultados Equity LA:
 - Barreras y equidad de acceso
 - Coordinación entre niveles asistenciales
3. El proyecto Equity LA II

1. Antecedentes

- Reformas al sector salud durante las dos últimas décadas, para mejorar la equidad y eficiencia del sistema de salud
- La introducción de **redes integradas de servicios de salud** ampliamente promovida, por organizaciones internacionales, y gobiernos nacionales

para abordar problemas de equidad de acceso, eficiencia, fragmentación de la atención.

- Sin evidencia de su impacto.

¿Qué es una red integrada de servicios de salud?

Conjunto de organizaciones que provee directamente, o mediante contratación, una **atención coordinada** de un continuo de servicios de salud a una **población** determinada y es responsable de **costos** y **resultados** de salud de esa población

Objetivos

- Mejorar la continuidad a través de la coordinación
- Mejorar la eficiencia global en la provisión

Tipos de RISS, según definición población

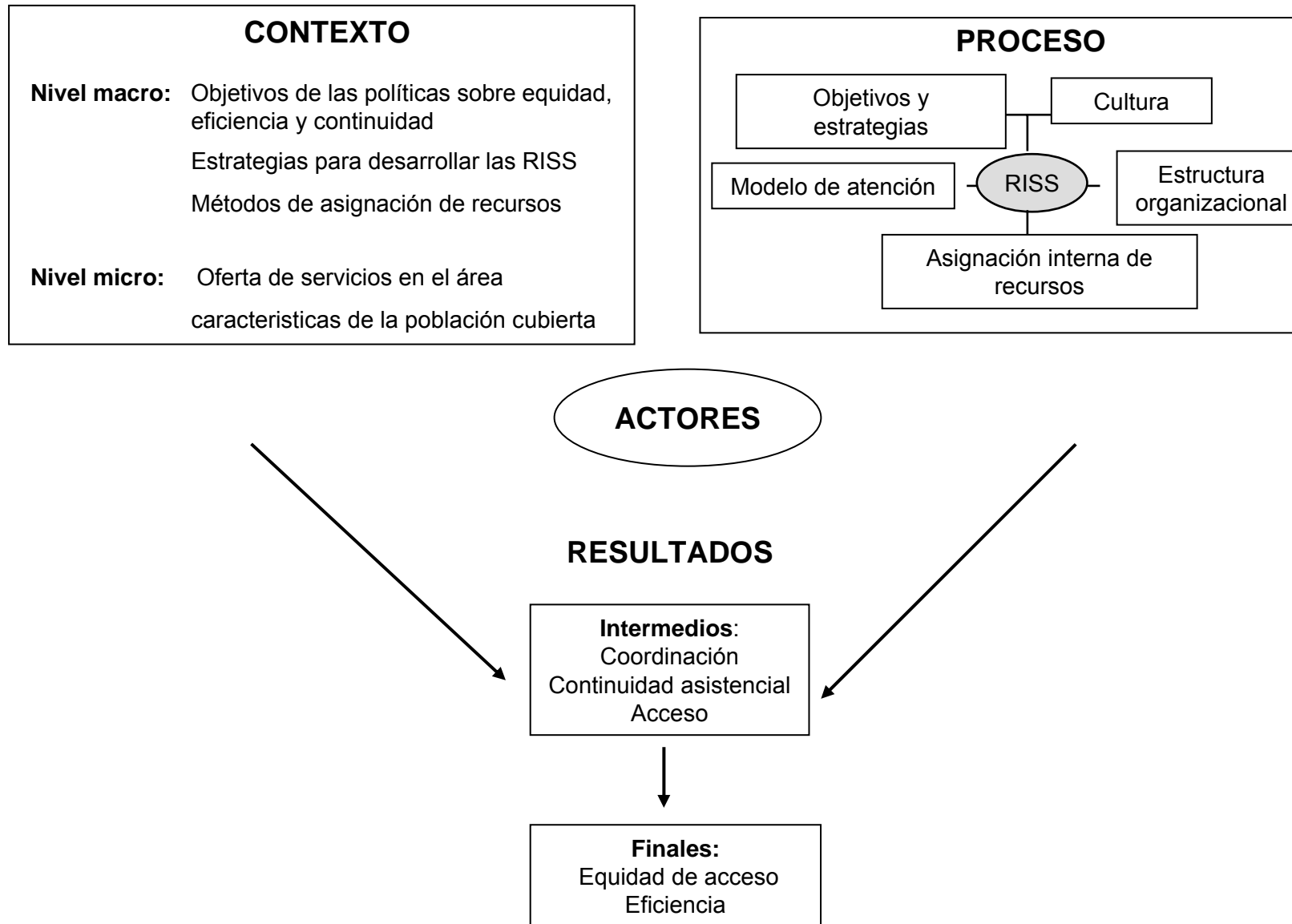
a) Basadas en adscripción geográfica

- Devolución de la gestión a niveles inferiores de gobierno (autoridad sanitaria, municipio, etc.)
- Población definida geográficamente
- Sistema nacional de salud
 - Brasil, Catalunya

b) Basadas en afiliación:

- Mercado en el aseguramiento
- Población se afilia a aseguradoras
- Integración de aseguradoras y proveedores (HMO)
 - Colombia

Marco teórico para el análisis de las RISS



2. Algunos resultados Equity LA: Barreras y equidad de acceso

Sistemas de salud en Colombia y Brasil

Colombia - Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Seguridad social con dos regímenes,

- Contributivo
- Subsidiado
- “Vinculados”

Dos paquetes de beneficios
(POS y POS-S)

Financiado por cotizaciones y por impuestos

Modelo de competencia gestionada, basado en mercado (aseguradoras, proveedores)

Brasil - Sistema Único de Salud (SUS)

Sistema nacional de salud

Financiado por impuestos

Descentralizado

Provisión pública y proveedores privados contratados

Sistema “suplementar”, aseguradoras privadas

Áreas de estudio



2. Métodos y técnicas de recogida de datos

a) Estudio cualitativo

- Análisis de documentos
- Entrevistas individuales
- Estudios de casos de usuarias

b) Estudio cuantitativo

- Revisión de registros
- Encuesta poblacional

Barreras de acceso (según los actores)

Colombia:

- Sistema de salud
 - Principios del modelo de competencia gestionada: (ánimo de lucro/sostenibilidad de proveedores)
 - Diseño del aseguramiento:
Diferencias en los beneficios, fragmentado, co-pagos, gestión de la afiliación
- Aseguradoras:
 - **Autorizaciones**, límites a la práctica clínica, contratos cortos y fragmentados con los proveedores (red de servicios)
- Servicios de salud
 - Insuficiente infraestructura y recursos
 - **Distancias** (AE, CR)
 - Largos tiempos de espera
- Población
 - nivel socioeconómico bajo

Brazil:

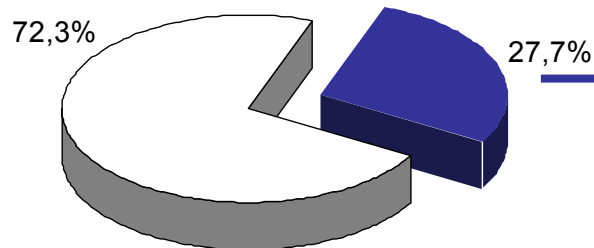
- Sistema de salud
 - **infrafinanciación**
 - Limitada coordinación entre niveles de gobierno
 - Insuficiente supervisión de los proveedores (configuración de la red)
- Servicios de salud
 - Insuficiente infraestructura y recursos
 - **Distancias** (AE)
 - Largos tiempos de espera
- Población
 - bajo nivel socioeconómico

Barreras en la búsqueda de atención

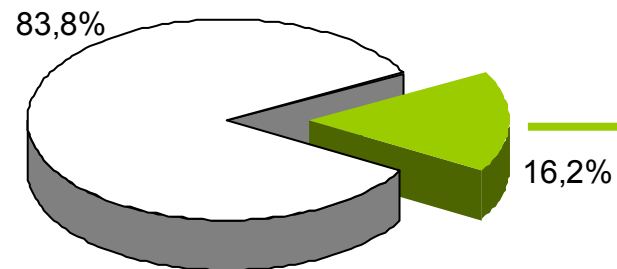
Búsqueda de atención sanitaria

■ Colombia (n = 2,912)

■ Brasil (n = 2,764)



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



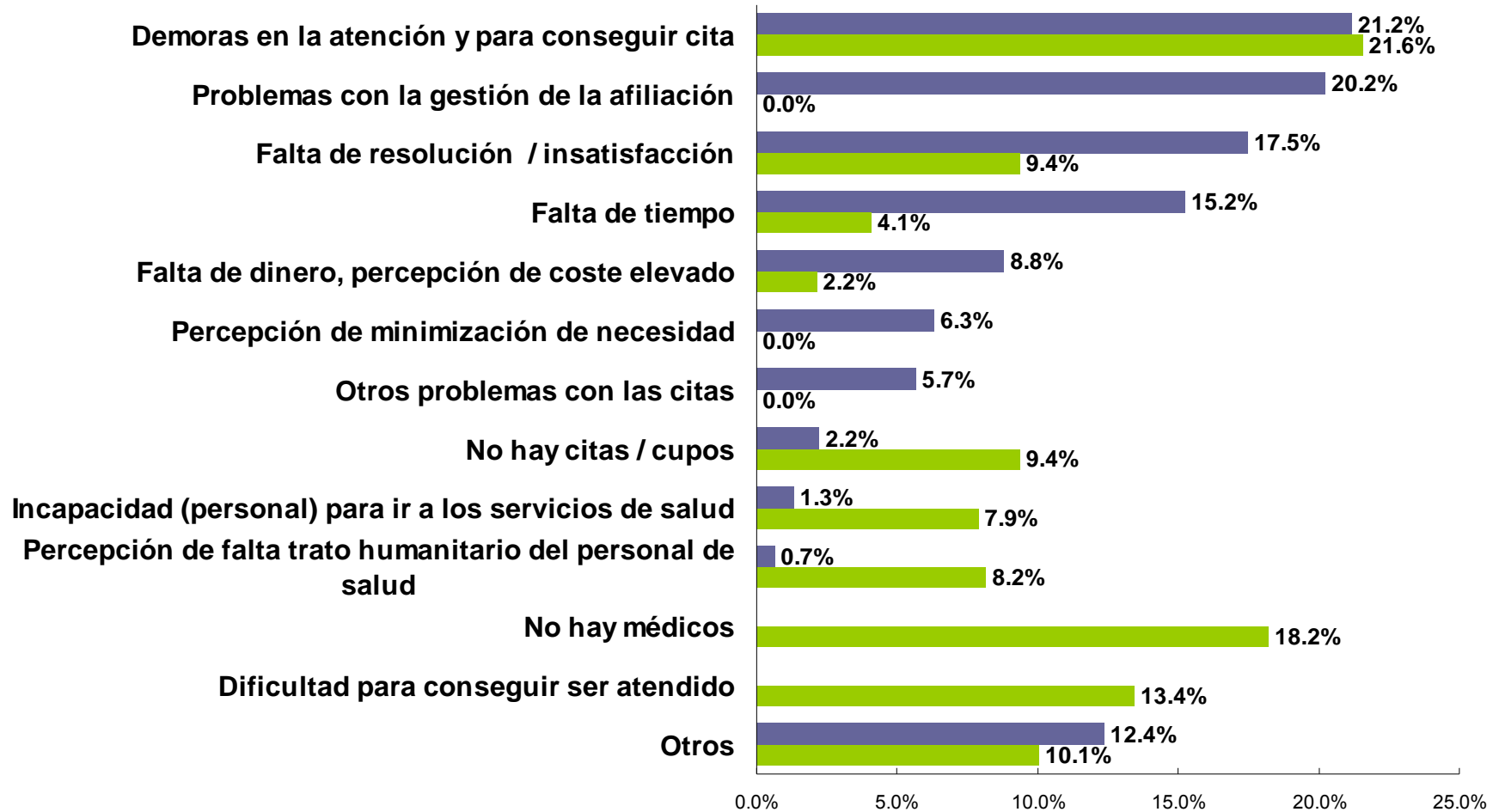
- Recife: 11.5%
- Caruaru: 20.9%

□ Buscaron atención sanitaria

■ No buscaron atención sanitaria

Barreras en la búsqueda de atención

Motivos por los cuáles no buscó atención

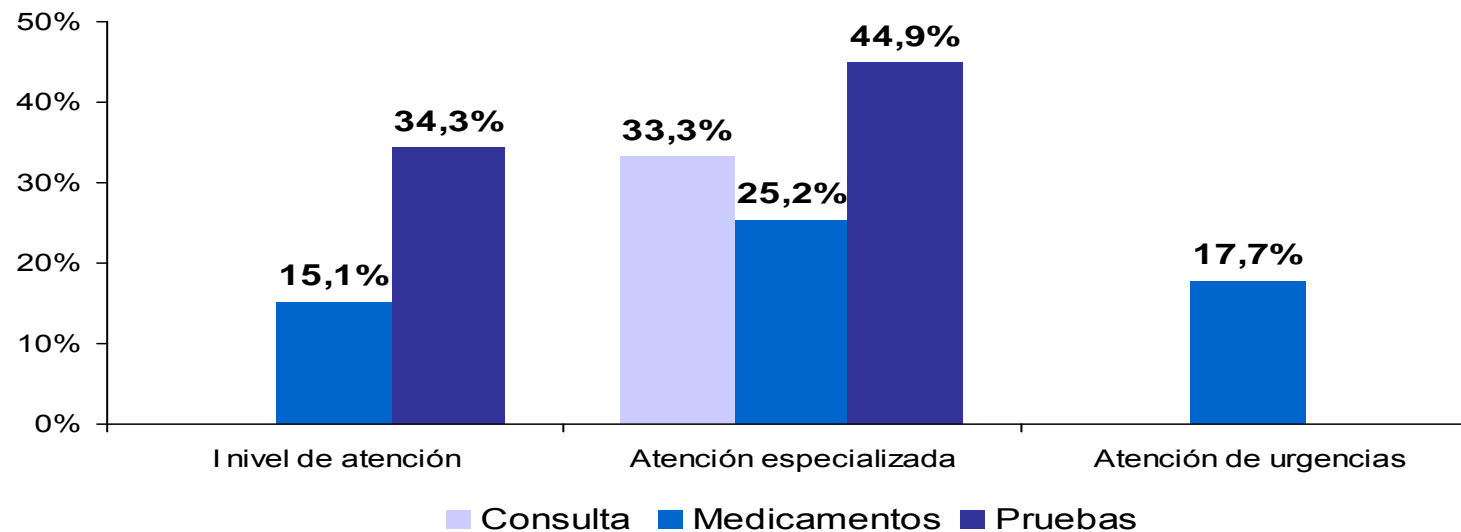


Respuestas ordenadas según la distribución que tienen en Colombia

Barreras en la utilización: autorizaciones

Autorizaciones

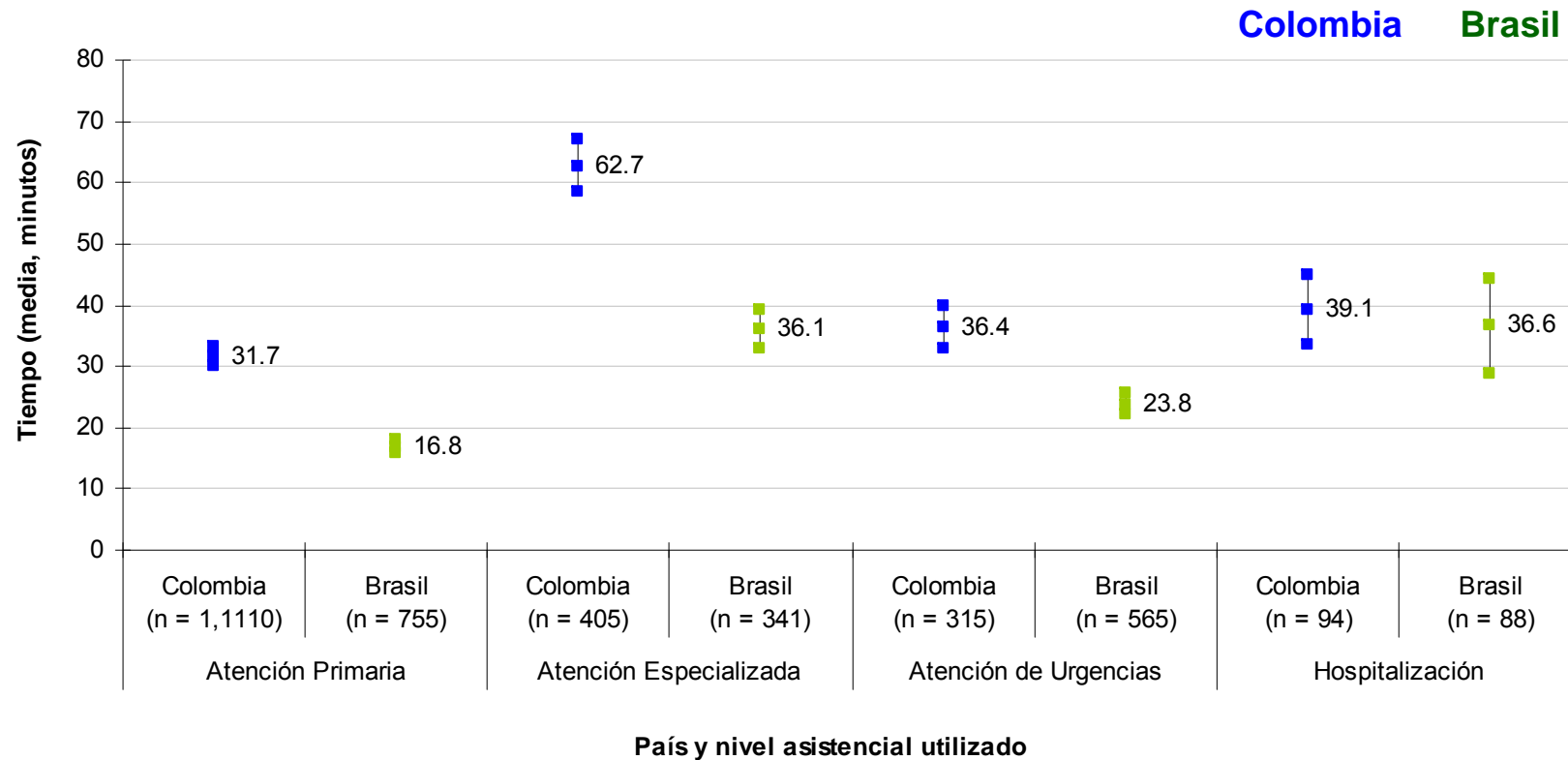
- ▶ En Colombia, a diferencia de Brasil, son necesarias autorizaciones para conseguir consulta, medicamentos o pruebas



- ▶ El 75% de los trámites se realizan en las EPS

Barreras en la utilización: distancia

Accesibilidad geográfica: tiempos de trayecto en cada nivel asistencial



Barreras en la utilización: costos

Costos según tipo de atención y país (Purchasing Power Parity, \$PPP)

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

		Colombia					Brazil				
		N ^a	n ^b	%	Mean cost	CI ^c 95%	N ^a	n ^b	%	Mean cost	CI ^c 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	–	–	–	–

^a N, number of users.

^b n, number of users that actually paid.

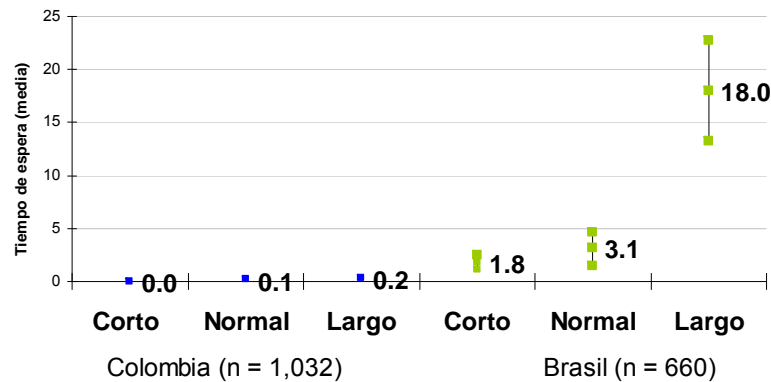
^c CI, Confidence Interval.

- Diferencias significativas en la proporción de los que pagan entre regímenes de aseguramiento en Colombia y áreas en Brasil. Siempre más elevadas en el régimen contributivo, excepto para pruebas
- En Brasil mayor, mayor en Caruaru para fármacos en el primer nivel y urgencias y pruebas en el segundo nivel.

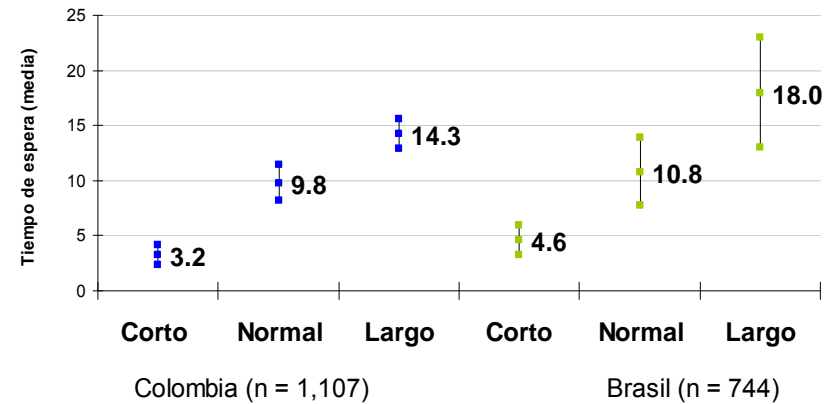
Barreras en la utilización: tiempos de espera

Tiempo de espera y su percepción en el I nivel de atención y atención especializada

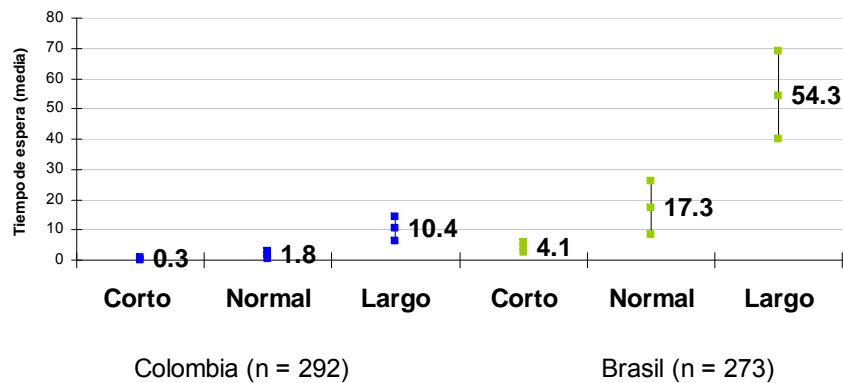
Tiempo de espera para conseguir cita en I NA



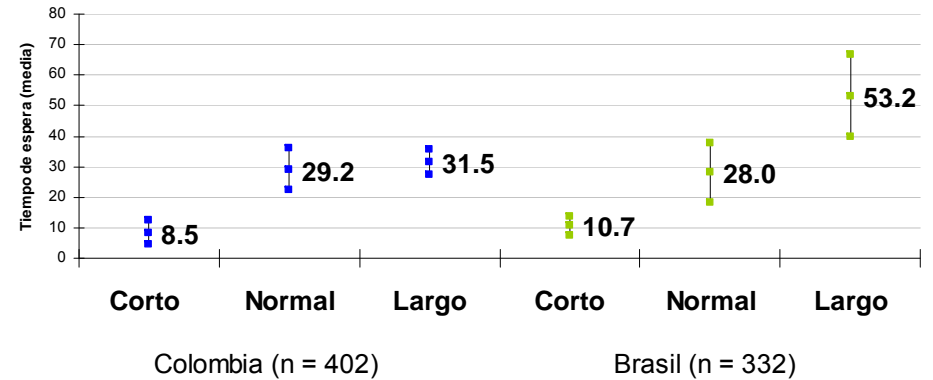
Tiempo de espera para recibir atención en I NA



Tiempo de espera para conseguir cita en AE

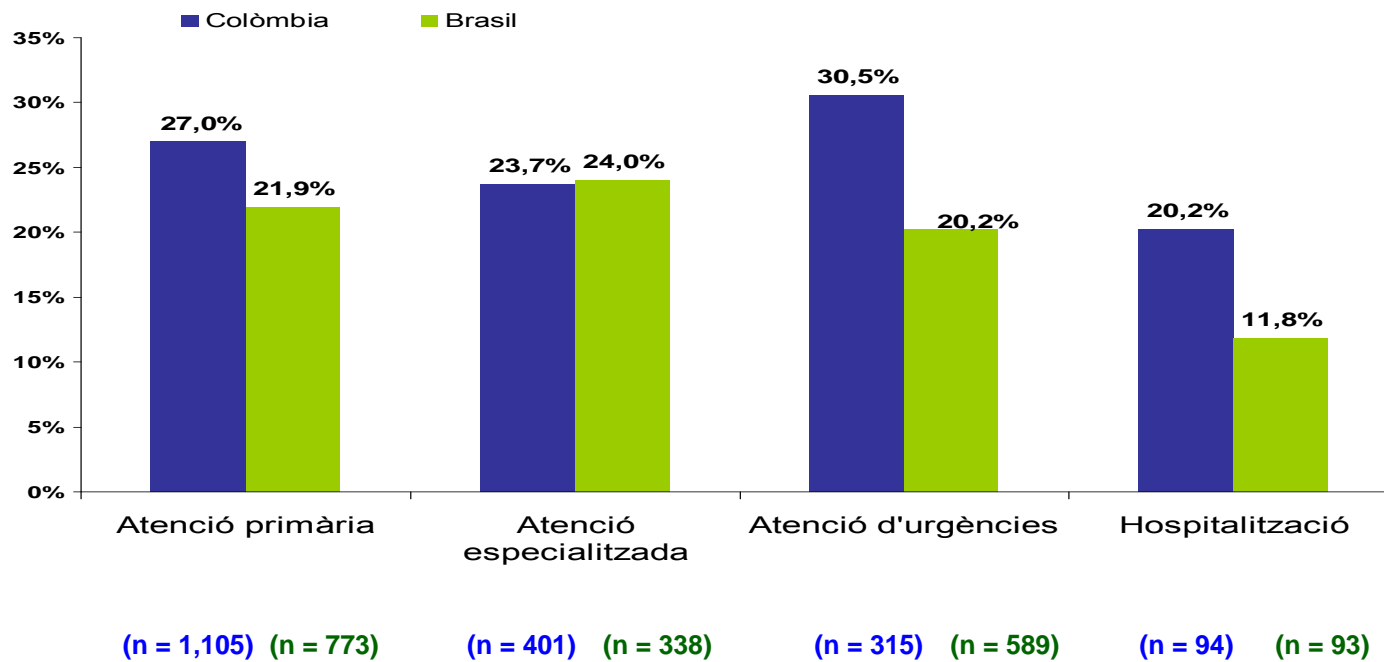


Tiempo de espera para recibir atención en AE



No resolució del problema de salut

Proporció de individus a los que no se resolvió el problema de salud.



Inequidades en el acceso

Prevalencia, diferencia de prevalencias y ratios de prevalencias de uso de los servicios de salud en los últimos 3 meses

	Colombia				Brazil			
	n	Prev.	PD	PR (CI 95%) ^a	n	Prev.	PD	PR (CI 95%) ^a
Primary care								
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	0.89 (0.80 - 0.99)
> 1 MW	246	56.4	6.6	1.01 (0.91 - 1.13)	98	31.2	-17.9	0.71 (0.59 - 0.85)
SGSSS scheme								
Contributory + special	718	58.0		1				
Subsidized	298	52.1	-5.9	0.90 (0.81 - 0.99)				
Uninsured	57	24.7	-33.3	0.46 (0.37 - 0.58)				
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)
Outpatient secondary care								
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	1.26 (1.07 - 1.48)
> 1 MW	118	27.1	10.2	1.26 (1.02 - 1.56)	96	30.6	10.3	1.42 (1.14 - 1.77)
SGSSS scheme								
Contributory + special	300	24.2		1				
Subsidized	93	16.3	-7.9	0.72 (0.57 - 0.90)				
Uninsured	17	7.4	-16.8	0.40 (0.25 - 0.64)				
Private Health Plan								
No	393	19.5		1	391	22.7		1
Yes	16	38.1	18.6	1.74 (1.14 - 2.66)	133	30.7	8.0	1.40 (1.18 - 1.67)
Emergency care								
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	0.63 (0.45 - 0.88)				
Private Health Plan								
No	371	18.4		1	579	33.6		1
Yes	12	28.6	10.2	1.75 (1.06 - 2.86)	125	28.8	-4.8	0.93 (0.78 - 1.11)

Conclusiones

En ambos países, persisten las barreras e inequidades de acceso, pero con distinta intensidad y características.

– En **Colombia**, SGSSS

- Barreras relacionadas con el estado de aseguramiento y régimen (pagos y beneficios) y la introducción de intermediarios: limitado acceso geográfico, mecanismos de control del uso (autorizaciones)
- Inequidad en la utilización entre afiliados y no afiliados y también entre regímenes y según nivel de renta

– En **Brasil**,

- Existen barreras relacionadas con la infrafinanciación del sistema (rechazos, tiempos de espera, debido a insuficientes recursos)
- Existen inequidades según nivel socioeconómico, especialmente en atención especializada.

2. Algunos resultados Equity LA: Coordinación de la atención

1. Opinión sobre la coordinación entre niveles asistenciales

- Limitada coordinación asistencial en las redes
→ excepto centros ambulatorios RC: buena
- Diferentes tipos de problemas de coordinación

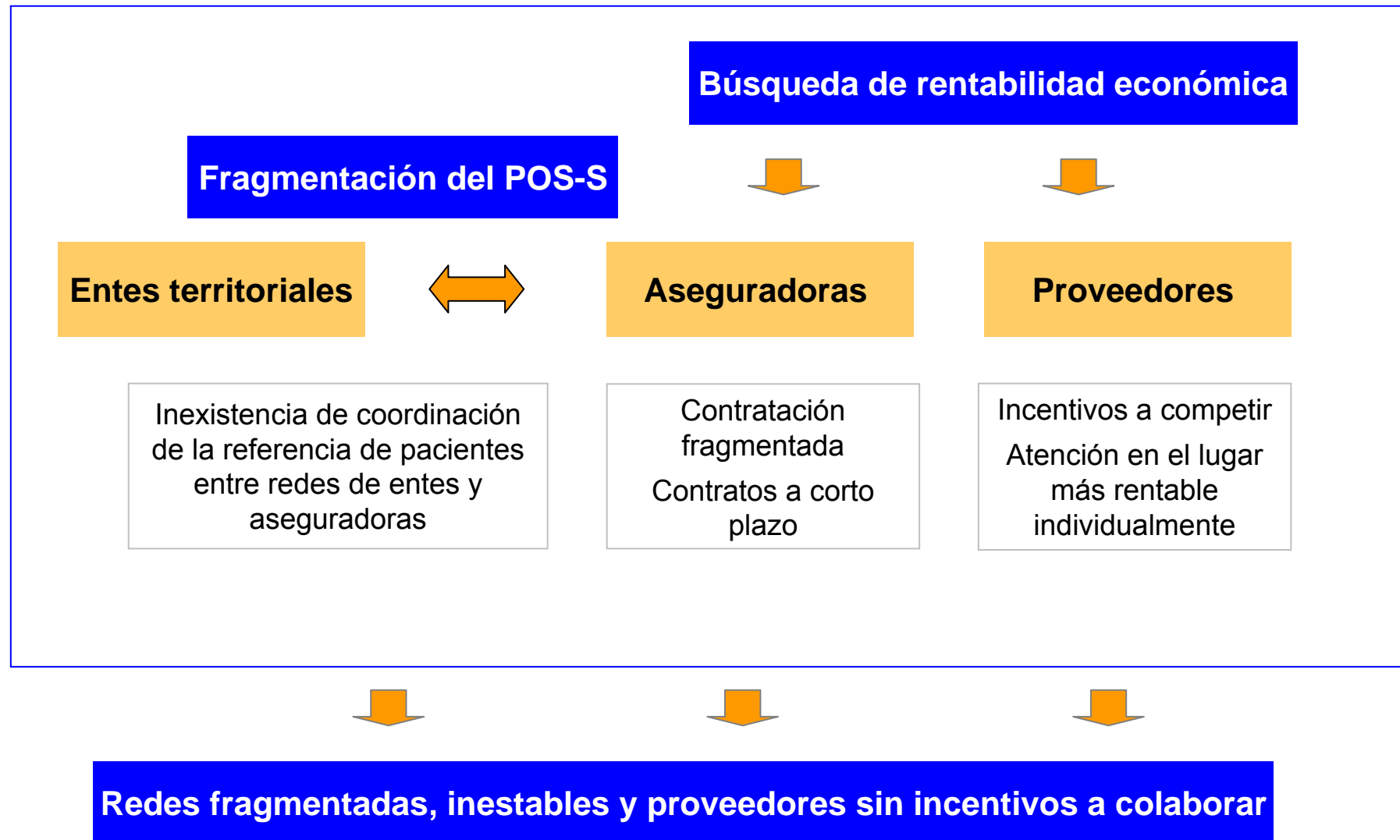
Colombia

- Registro insuficiente de información en referencia y contrarreferencia (*coord. inf*)
→ seguimiento del paciente
→ reinicio del diagnóstico

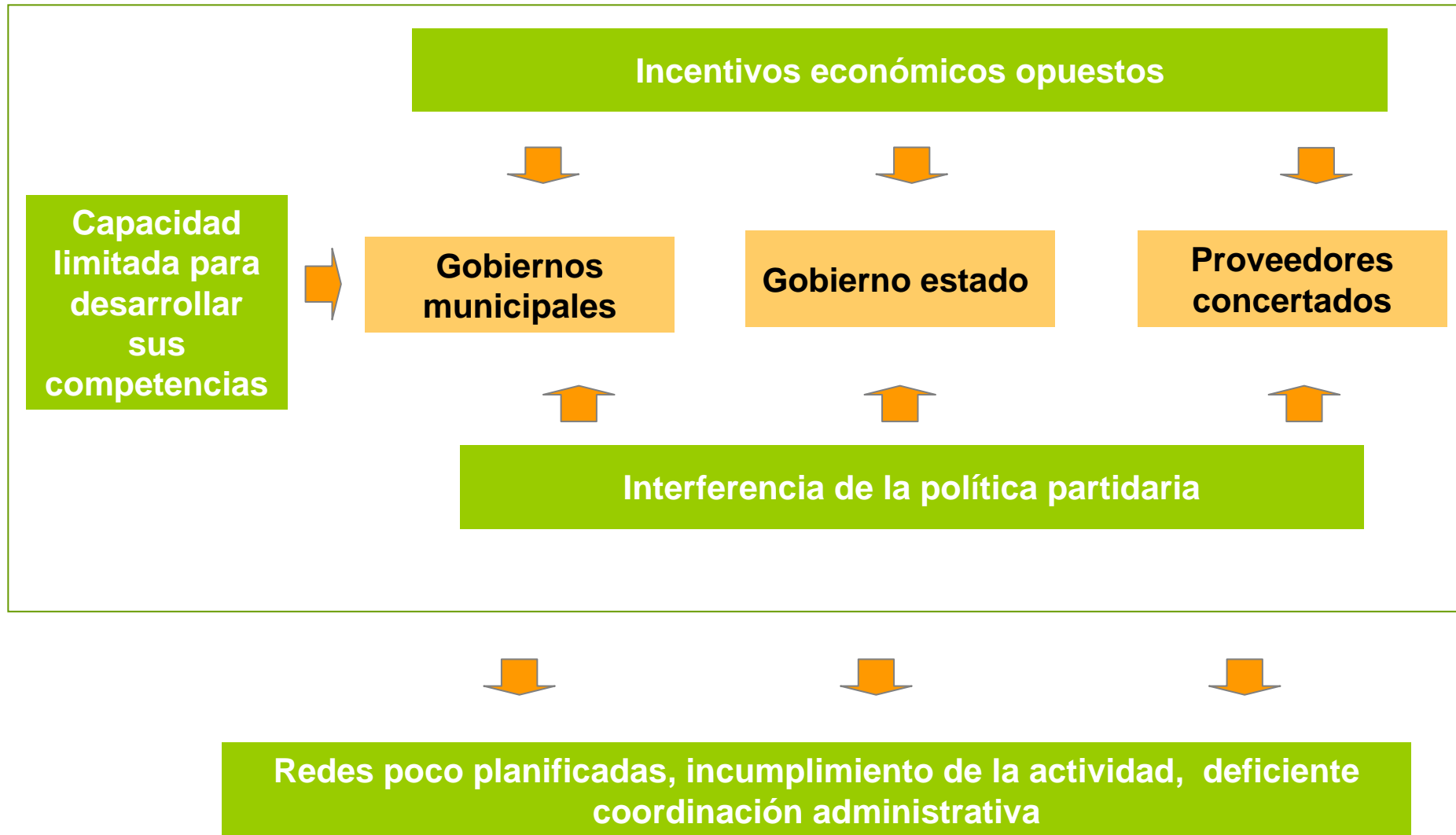
Brasil

- Falta definición de flujos asistenciales, información y garantía de acceso (*coord. adm*)
→ responsabilidad del paciente
→ errores referencia, tiempos de espera elevados
- Derivaciones inadecuadas de I NA y falta de contrarreferencia de AE (*coord. gestión clínica*)

2.1. Factores de sistema de salud: configuración de redes Colombia



2.1. Factores de sistema de salud: configuración de redes Brasil



2.2. Factores organizativos que influyen en la coordinación



Conclusiones (I)

1. Distinta intensidad en los problemas:

Colombia: coordinación de información; Brasil: coordinación del acceso y coordinación de gestión clínica; (Diferentes puertas de entrada, Peor funcionamiento de la referencia-contrarreferencia)

2. Factores relacionados con la organización del sistema de salud no considerados en bibliografía

- Incentivos económicos opuestos → Redes basadas en acuerdos de compra-venta de servicios en lugar de planificadas.
- Responsabilidades complejas a municipios con capacidad limitada

Conclusiones (II)

3. Condiciones de trabajo poco adecuadas (contratación parcial/temporal + sobrecarga laboral)
 - Desinterés en coordinarse, poco tiempo para conocer y usar los mecanismos y elevada rotación
4. Formación inadecuada de los profesionales para implementar modelos de colaboración basado en el primer nivel de atención
5. Integración vertical (aseguradora-proveedor)
 - Modelo de co-provisión ambulatoria, más mecanismos, contrataciones laborales indefinidas, sistemas de pago capitativos
 - ¿Mejor coordinación y/o control de la práctica clínica (barreras acceso AE, calidad)?

Publicaciones

Equity-LA

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.

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. *Gaceta Sanitaria*, 2014.

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 to *Social Science & Medicine*, 2014.

Related to pilot studies

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.

3. Nueva aproximación: Equity LA II

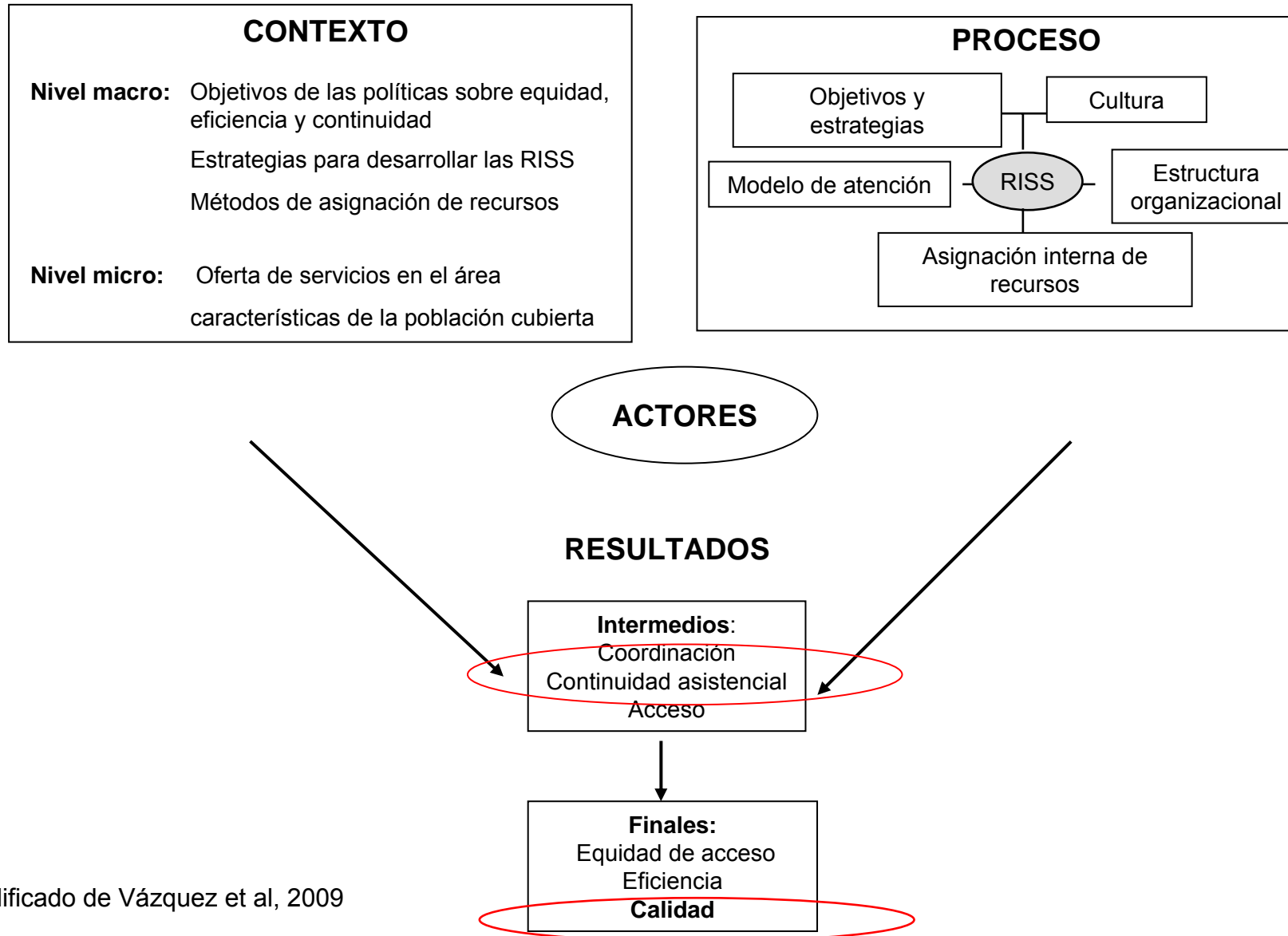
Obtención de la financiación

- **FP7 WORK PROGRAMME: COOPERATION, HEALTH, (2012)**
 - Se presentaron: 1173 proyectos (867 en 2007)
 - Financiados: 121(10%) en todo el mundo (167 en 2007)
- **EQUITY-LA II**
 - Specific International Cooperation Actions (SICA),
 - **Topic:** HEALTH-2012-3.4-1: Investigación en sistemas de salud de países de renta media y baja (Small or medium-scale focused research project)
 - **Duración del proyecto:** 2013-2018

Instituciones participantes



1. Antecedentes: Marco de análisis de RISS



¿Qué es la coordinación de la atención?

Concertación de todos los servicios relacionados con la atención en salud independientemente del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común administrando los conflictos

Tipos

Coordinación de la información

Transferencia de Información

Utilización de la Información

Coordinación de la gestión clínica

Coherencia de la atención

Seguimiento del paciente

Coordinación administrativa

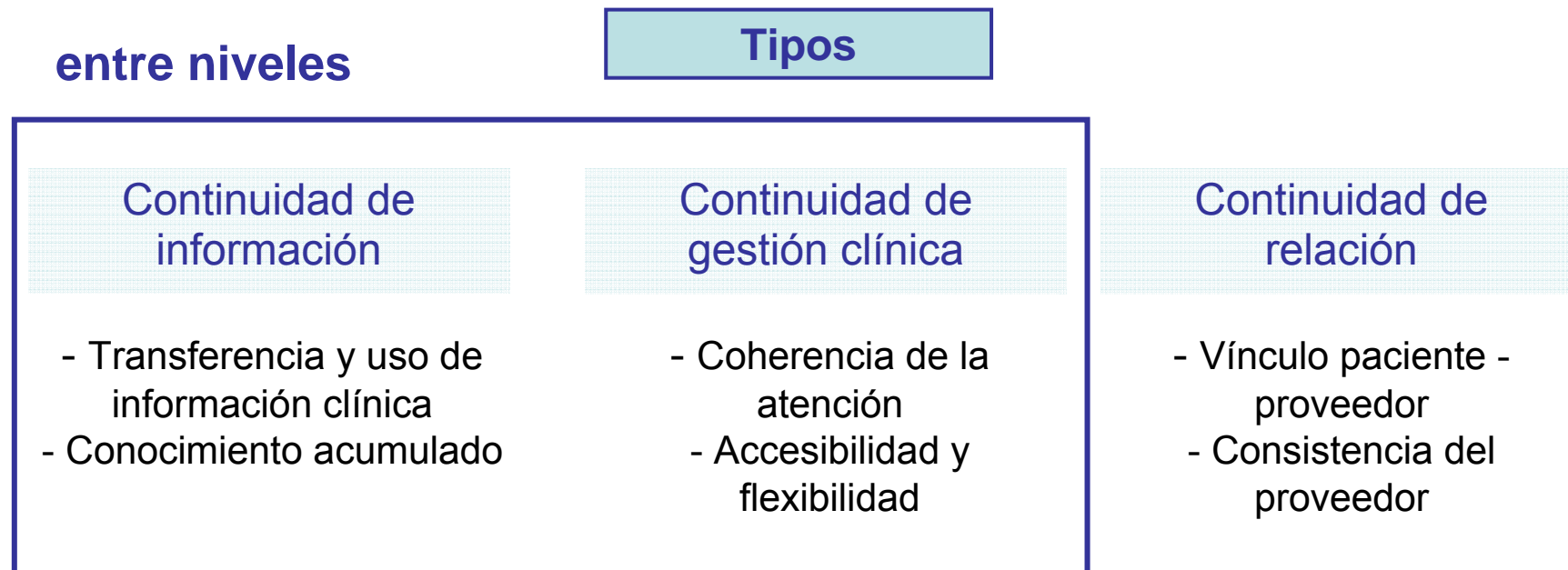
Circuitos administrativos

Ordenación del acceso

¿Qué es la continuidad asistencial?

Continuidad asistencial: Grado de coherencia y unión de la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que ésta sea acorde con sus necesidades médicas y contexto personal

Resultado de la coordinación desde el punto de vista del paciente.



Calidad asistencial

El grado en el cual los servicios de salud que proporcionan atención a los individuos y la población, aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento científico actual.

La calidad de la atención consiste en hacer las cosas correctas, a las personas correctas, en el tiempo correcto y haciéndolas desde el primer intento

Calidad desde el punto de vista de los servicios:

atención centrada en el paciente, efectividad, eficacia, seguridad, eficiencia.

Calidad desde el punto de vista los usuarios:

vivencia, opinión y expectativas

1. Antecedentes: Intervenciones para mejorar

Estrategias a diferentes niveles

Nivel macro

Desarrolladas a nivel **supraorganizativo**

- Políticas sanitarias, mecanismos de financiación

Nivel meso

Desarrolladas e implementadas por **directores**

- Planes funcionales, mecanismos de coordinación para las funciones de gestión (estrategias de gestión integradas, comité de gestión compartido)

Nivel micro

Desarrolladas e implementadas por **directores y profesionales**

- Mecanismos de **retroalimentación** (adaptación mutua; sistema información compartido)
- Mecanismos de **estandarización** (sistema experto, GPC, protocolos)
- Mecanismos de **coordinación administrativa** (circuitos de referencia a los diferentes niveles asistenciales)

Equity- LA- II

1. Antecedentes. Eficacia de las intervenciones

- Evidencia principalmente en EEUU y Europa
- Combinación de estrategias más efectiva
- **Mejoras la coordinación:**
 - Disminución de mortalidad y reingresos hospitalarios
(manejo compartido, de enfermedad, diabetes, psiquiátricos)
 - Estrategias de coordinación que mejoran la calidad asistencial
(trabajo en equipo, seguimiento tras alta, asma, diabetes, ictus, IC)
- **Mejora el uso del mecanismo** estrategias: bottom-up; formación; balance entre estandarización y libertad clínica

2. Objetivos del proyecto: general

Evaluar la **eficacia** de diferentes **estrategias de integración de la atención** en la mejora de la **coordinación** y la **calidad** de la atención en las **redes de servicios de salud** en distintos sistemas de salud de América Latina.

2. Objetivos del proyecto: específicos

- a) **Analizar el desempeño de las redes** de servicios de salud con respecto a la **coordinación** y la **calidad** los **factores asociados** en cada **contexto particular**.

- b) **Diseñar, implementar y comparar intervenciones** organizativas, para mejorar la **coordinación** de la atención entre niveles y la **calidad** con énfasis en los **profesionales de la salud** y la atención de **crónicos**.

- c) **Analizar la eficacia y limitaciones** de las **intervenciones** en la mejora de la coordinación y la calidad asistencial e identificar los **factores** que determinan su **aplicabilidad** en diferentes contextos.

- d) **Desarrollar herramientas** para la aplicación de **la evidencia** sobre las mejores **prácticas en integración de la atención, en políticas innovadoras** y efectivas.

3. Componentes

I. Estudio nacional (por país)

Eficacia de las intervenciones sobre la coordinación y calidad asistencial

Patologías trazadoras

- EPOC
- Diabetes mellitus tipo 2

II. Un estudio comparativo transnacional:

Identificación de factores y actores que influyen en cada contexto particular

4. Áreas de estudio



5. Métodos. Diseño del estudio nacional

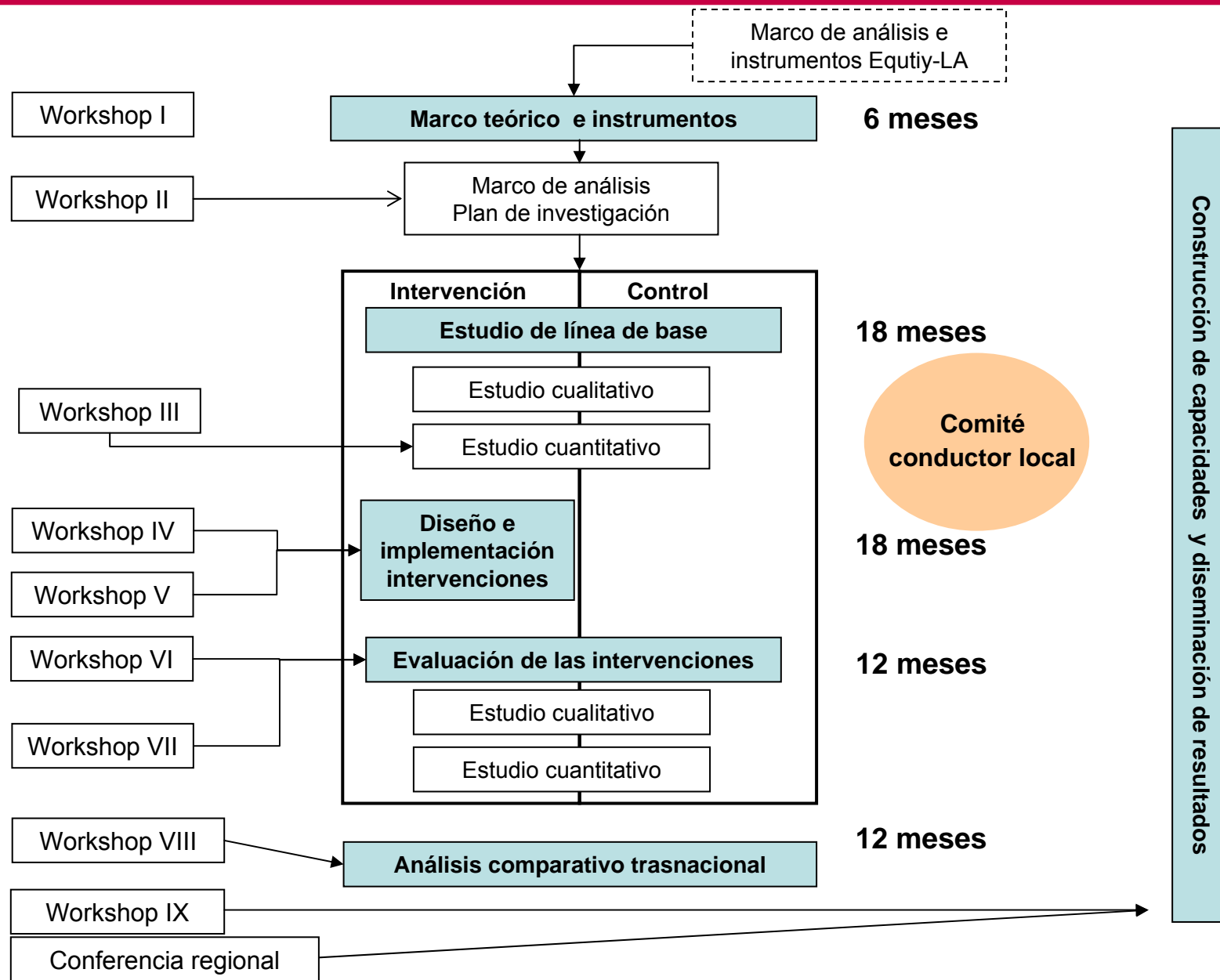
Diseño

- Estudio cuasi-experimental: estudio de intervención con un diseño antes – después
- Con un enfoque de investigación-acción participativa (IAP) y multidisciplinaria

Métodos

- Combinación de métodos de investigación:
 - Cualitativo: entrevistas, grupos focales
 - Cuantitativos: encuesta
- Análisis comparativo:
 - Intra-país (redes)
 - Entre los países involucrados en el estudio
 - Con otras experiencias internacionales (ej. Cataluña)

4. Métodos. Proceso de la investigación



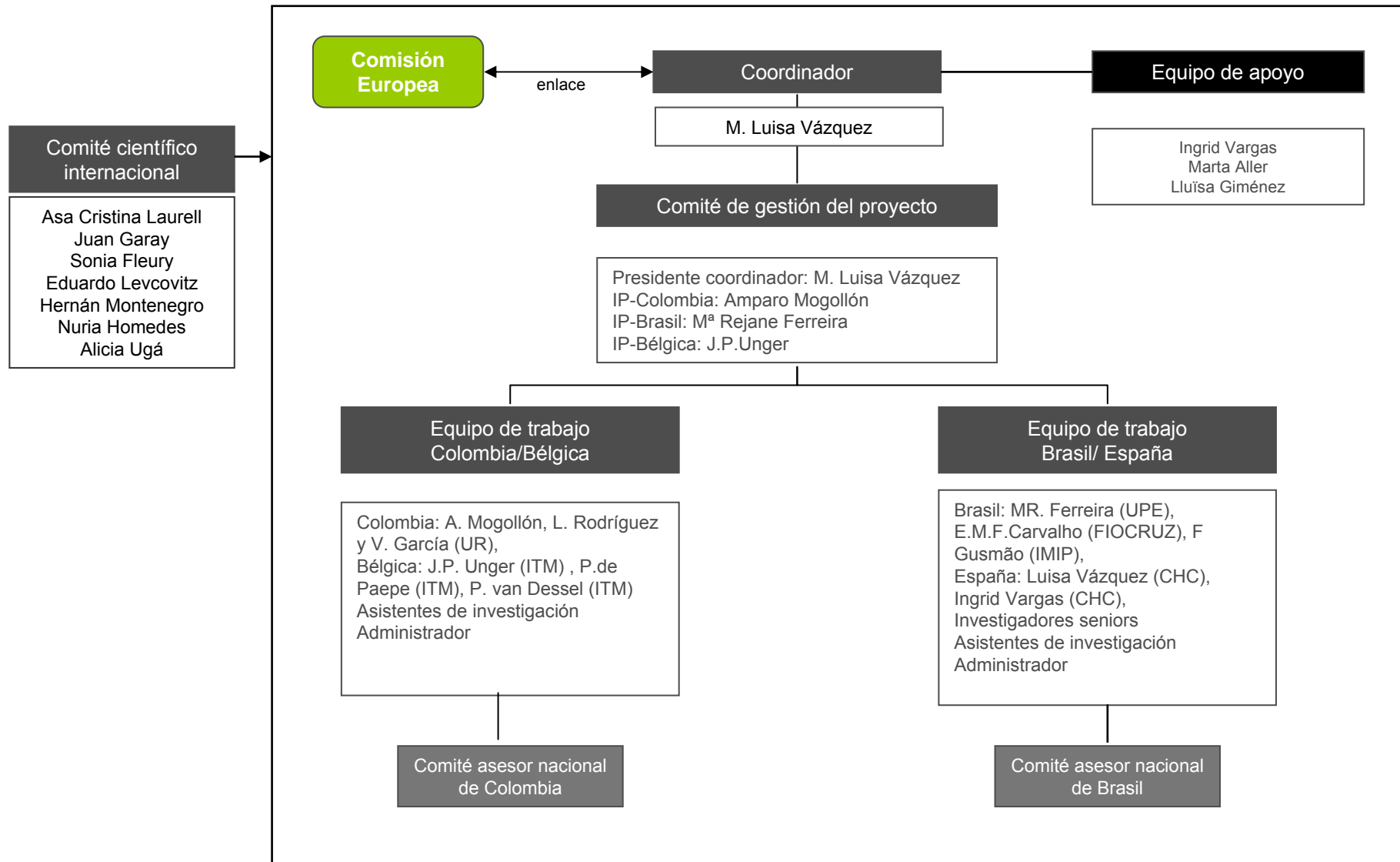
6. Resultados: en general

- **Aportará evidencia** sobre las mejores prácticas para mejorar la coordinación y calidad de la atención en redes de servicios de salud,
- Servirá de **base para el desarrollo de políticas** dirigidas a mejorar la calidad y el desempeño de las redes de servicios de salud, contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas de salud en Latinoamérica.
- Contribuirá al **fortalecimiento de la capacidad técnica y científica** de universidades e instituciones de salud de los países involucrados, para el desarrollo de investigación, especialmente sobre integración de la atención y calidad.
- **Desarrollará y probará métodos adecuados** para evaluar el desempeño de las redes de servicios de salud, en relación a la coordinación.
- Contribuirá a la **formación de tomadores de decisiones para** la promoción de intervenciones que mejoren la coordinación y calidad de las redes de servicios de salud
- **Capacitará profesionales de la salud para** la mejora de la coordinación y calidad de la atención en las redes de intervención

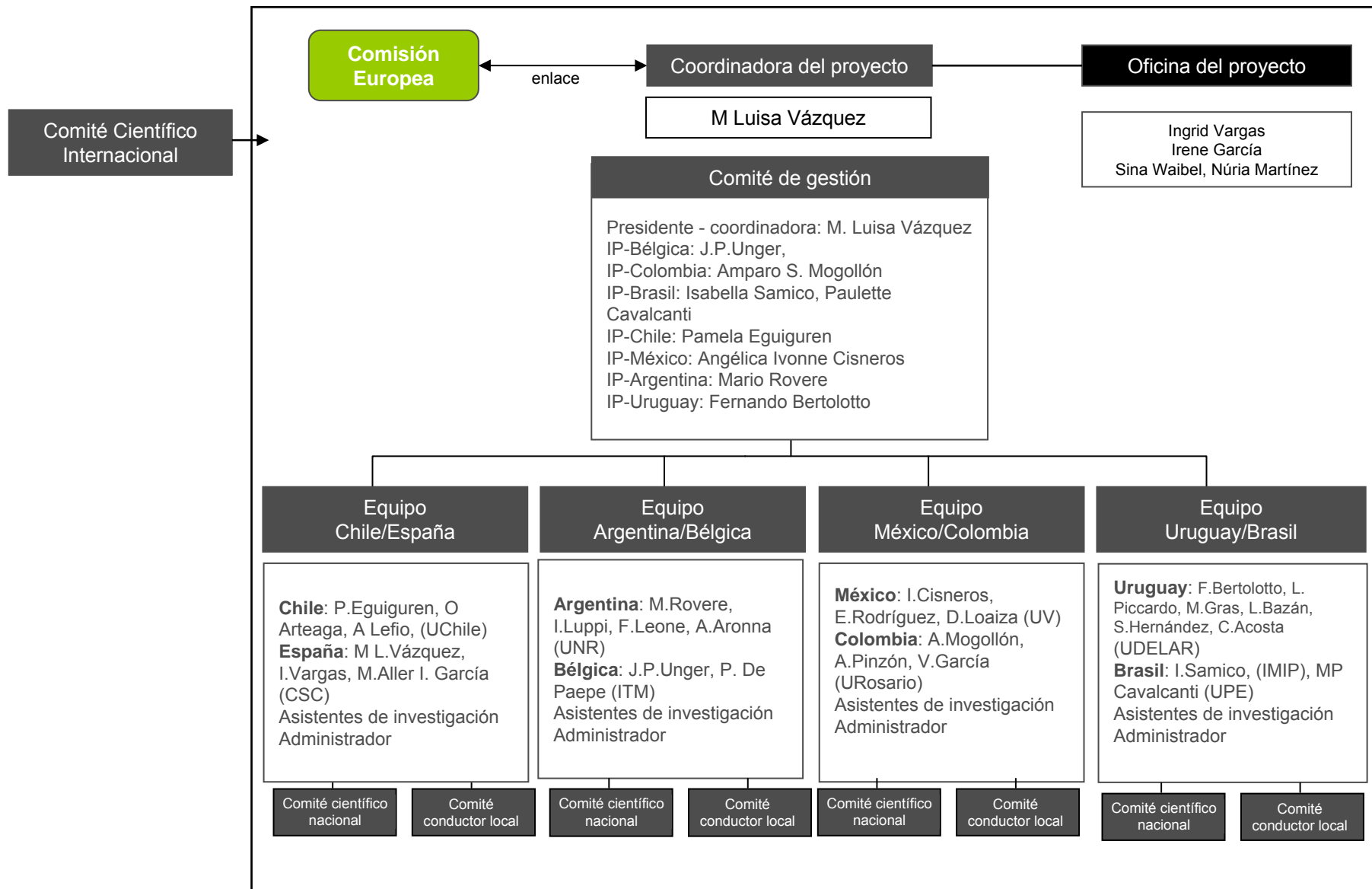
8. Diseminación de resultados

- **Mesas redondas, seminarios, grupos de trabajo** en los países participantes con grupos locales y nacionales
- **A través de redes** de las organizaciones (académicas, gubernamentales, ONG, de usuarios,...) de los países participantes, internacionales y agencias internacionales
- **Elaboración de materiales de difusión** (folletos, informes breves, etc.)
- **Website**
- **Participación en congresos internacionales, regionales, nacionales**
- **Publicación de informes breves y artículos** (comunidades académicas).
- Se crearán **informes de buenas prácticas en integración asistencial y guías para la elaboración de políticas**

7. Participantes en el proyecto Equity LA



5. Participantes en el proyecto Equity LA II



El proyecto en Uruguay

9 Estructura organizativa: UdelaR Uruguay

Comisión seguimiento Facultad de Enfermería	Equipo de Investigación	Equipo de Gestión
<p>Responsables de Cátedras FEnf involucradas en el proyecto:</p> <p>Cristina Barrenechea Alicia Cabrera Ana Correa Miriam Costabel Lia Fernandez Margarita Garay</p>	<p>Asistentes investigadores: Cecilia Acosta / Laura Bazán / Mariela Gras / Sandro Hernández / Luciana Piccardo</p> <p>Asistentes de apoyo a la investigación: Mariana Cantele (documentación, base de datos)</p>	<p>Representantes legales</p> <p>UdelaR: Rodrigo Arocena</p> <p>F Enfermería: Mercedes Pérez Susana Verdias</p> <p>Investigador Principal: F. Bertolotto</p> <p>Asist. Gestión Principal: Nelly Rossellinno</p>

10. Selección de las redes de estudio



Dirección de Desarrollo Institucional

Caracterización departamentos RISS Equity LA II	Soriano		Durazno	
	Nº	%	Nº	%
Población total	82595	100,0	57088	100,0
Hombres	40853	49,5	28216	49,4
Mujeres	41742	50,5	28872	50,6
Población urbana	75983	92,0	52137	91,3
Población rural	6612	8,0	4951	8,7

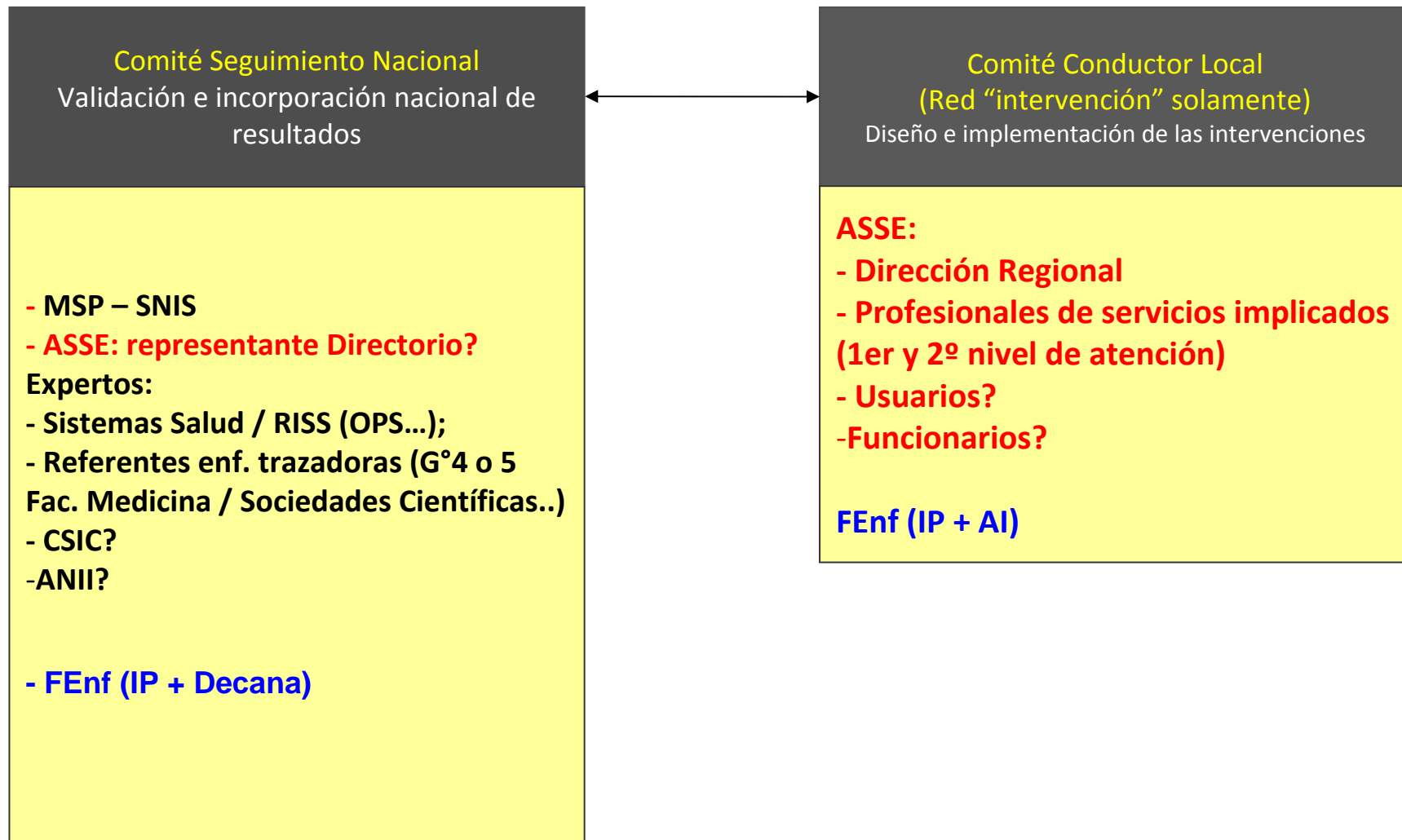
10. Selección de las redes de estudio



Dirección de Desarrollo Institucional

Casos estudiados	RISS-R “Intervención”	RISS-R “Control”
RISS-R	<p>ASSE region Oeste litoral – departamento de Soriano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalario departamental de Soriano - Centro Auxiliar de Dolores 	<p>ASSE region Oeste litoral – departamento de Durazno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalario departamental de Durazno - Centro Auxiliar de Sarandí del Yí
Area de estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Auxiliar de Cardona - Red de Atencion Primaria en Salud (RAP) – Departamental 	<ul style="list-style-type: none"> - Red de Atencion Primaria en Salud (RAP) - Departamental

12 Estructura organizativa: comités Uruguay





¡MUCHAS GRACIAS!

www.equity-la.eu