Conferencia: Innovaciones en Atención Primaria de salud para alcanzar la Salud Universal.

Ernesto Bascolo

Departamento de Sistemas y Servicios de Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Universal Health in numbers

Challenges for the Americas

1,7 million

Estimated number of preventable deaths if there were accessibility to high-quality services (1.3 million in ALC).

37,1

Total gap between subregions in the HAQ index, from 54.2 (out of 100) in the Caribbean to 91.3 in North America (70 in South America).

29,3%

Estimated percentage of the population that did not seek care due to different access barriers (279 million people).

7,8%

Total gap between the poorest 20% and the richest 20% of the population that did not seek care (31.5% vs. 23.7%).

40,6%

Estimated percentage of individuals who did not seek appropriate care due to institutional barriers (economic, organizational, availability, and geographic).

57,9%

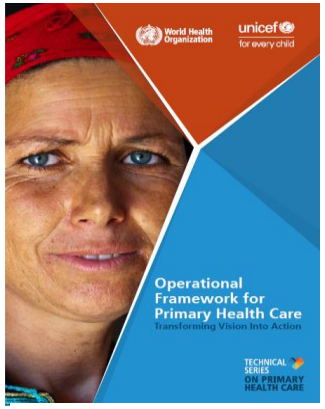
Estimated percentage of people who did not seek appropriate care for personal and cultural reasons (beliefs, language, preferences, self-perception of their health, health knowledge).

11,3%

Estimated percentage of people with catastrophic health expenditure relative to 10% of their income or expenditure (109.8 million people); [1.8% (18 million), 25% threshold] in 2015.

2,2%

Estimated percentage of people impoverished by GBS relative to the poverty line of 60% of per capita consumption (14.6 million people); [0.4% (4.2 million) poverty line $ 3.20] in 2015.



Marco operacional para la atención primaria de la salud: transformar la vision en acción

(OMS & UNICEF, 2020 - Ver publicación)

Rectoría y Gobernanza Hacia la Salud Universal

Conceptos diferentes pero relacionados:

RECTORÍA

- Liderazgo de las autoridades de salud para formar y apoyar una acción colectiva, responsable para la producción, fortalecimiento o cambio de la gobernanza hacia la salud universal.

Ni monolítica ni autosuficiente: líder de una acción colectiva.

GOBERNANZA

- Procesos de cambio de arreglos institucionales (financiamiento, recursos humanos, medicamentos y tecnología, y servicios de salud) que regulan actores y recursos críticos en el campo de la salud con implicaciones sobre el acceso y la cobertura de la salud.

Ni parcial, ni estática: integral y dinámica.

Cuáles son las capacidades necesarias para producir procesos de gobernanza?

Capacidades

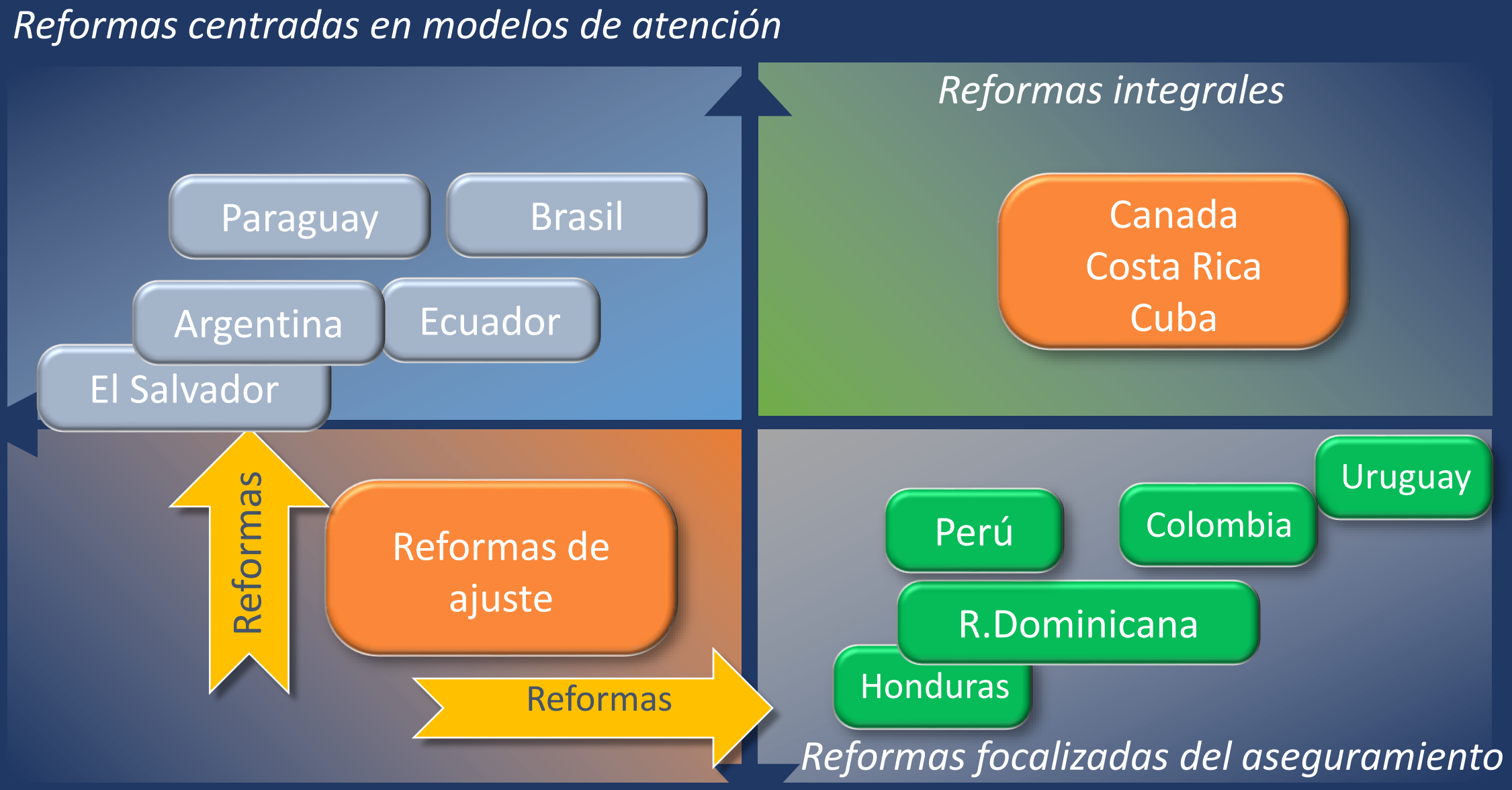
- Técnicas
- Políticas
- Inteligencia

Cambios de arreglos institucionales

- Servicios de Salud (RISS)
- Recursos Humanos
- Medicamentos y tecnologías
- Financiamiento
- Intersectorialidad

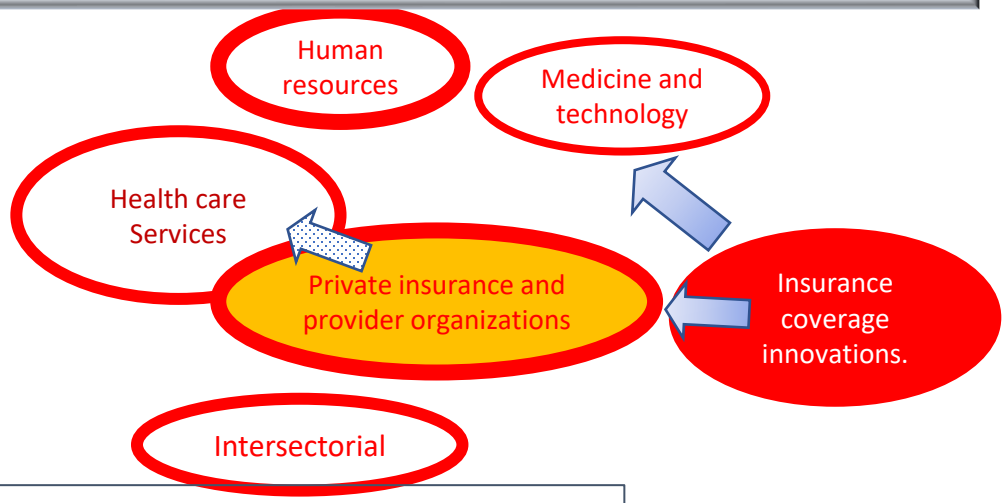
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Logicas de procesos de transformación e innovación de los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia, OPS, 2016

Reformas centradas desde innovaciones de aseguramiento.



Ampliación de la cobertura aseguramiento

Chile, Colombia, Republica Dominicana.

Los actores involucrados

Las relaciones de cambio

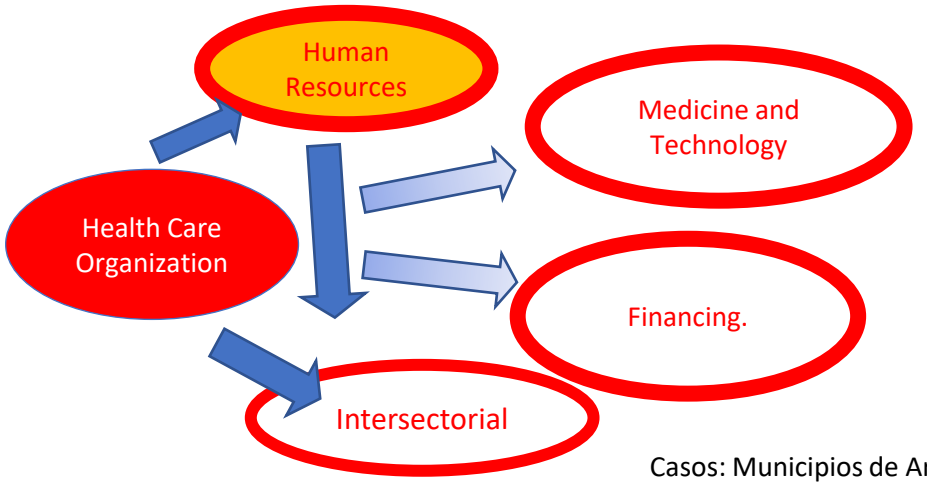
Estructuracion del Estado

Aseguradoras privadas

Competencia entre aseguradores

Privatizacion del Sistema de proteccion social (pensiones)

Reformas desde el modelo de atención



Casos: Municipios de Argentina y Brasil.

Politicos, Profesionales y Movimientos Sociales

Modelo de Atencion

Solidaridad del Sistema de Proteccion.

Los actores involucrados

Las relaciones de cambio

Estructuracion del Estado

Casos emergentes: Salvador y Bolivia (2010-2015)

Las Funciones Esenciales de Salud Pública renovadas (2020)

Participación Social y el ciclo de políticas

Promoción de medicina tradicional o ancestral. Movimientos indígenas, afro descendientes y otros grupos étnicos. (Bolivia) Participación en intervenciones sobre los determinantes sociales (cambio climático, derecho a la salud, pobreza).

Ampliación de cobertura de prestaciones de alto costo. Ej. VIH. Chile (Ley Ricarte Soto). Participación en la regulación de asignación de recursos y rendición de cuenta. Ej. Uruguay JUNASA.

Fuente: OPS. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción (2020)

Rendición de cuentas con capacidad de influencia sobre políticas de salud Ej. Brasil, Perú y El Salvador.

Participación en espacios de gobierno subnacionales (Bolivia) y en mecanismos de defensa de derecho a la salud de grupos vulnerados. (Ej.LGTB).

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas
OPS
Salud universal
Acceso y cobertura para todos

Modos de Gobernanza de la RISS

Jerárquica o normativa	Incentivos	Valores y Concepciones
• Mecanismos normativos de regulación de funciones y productos.	• Incentivos (económicos y no económicos) diseñados para influir sobre la conducta de actores y organizaciones	• Estrategias centradas en producir valores y concepciones de la RISS para ser legitimadas por toda la población

Fuentes: Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. (Bascolo 2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina (Bascolo y Yavich 2010).

Modos de Gobernanza de la RISS

Formas de regulación con estrategias asociadas, actores involucrados y estructuras institucionales que sirven de soporte/facilitadores de tales procesos

Modos de Gobernanza	Estrategias	Actores involucrados y Estructuras	Ejemplos de mecanismos de regulación
Jerárquica o normativa	Mecanismos normativos de regulación de funciones y productos.	Actores integrados a la estructura formal en diferentes niveles de la jerarquía organizacional (Ministerios, secretarias, entes territoriales) y gestión de servicios de salud.	**La organización del sistema de salud** definen dónde se realizan las prácticas de salud (atención ambulatoria en hospitales, en centros de diagnósticos especializados, en el primer nivel de atención), cómo se coordinan los servicios y organizaciones entre primer nivel y especializada (sistemas de referencia y contrarreferencia), y cómo se asignan y gestionan los recursos (financieros, humanos y materiales) en la red de servicios de salud. **Las normas de gestión** comprenden la programación de los servicios (programación centralizada o descentralizada), las normas de trabajo, la coordinación de equipos de trabajo en centros de atención y la relación de los centros de salud con organizaciones sociales. **Las normas de atención** definen estándares de producción, de calidad de los servicios , y modelos de organización del trabajo tanto entre profesionales (interdisciplinario) como en el interior de los servicios de salud o en diferentes organizaciones o niveles de atención. **La relación entre los servicios y la población** abarca tanto las normas de atención que definen el acceso, la utilización y la responsabilidad territorial de los equipos de salud sobre la salud de la población, como los mecanismos que comprenden las expectativas, las demandas y los derechos de las personas, comunidades y la sociedad civil como parte del modelo de gestión.

Fuentes: Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. (Bascolo 2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina (Bascolo y Yavich 2010).

Modos de Gobernanza de la RISS

Formas de regulación con estrategias asociadas, actores involucrados y estructuras institucionales que sirven de soporte/facilitadores de tales procesos

Modos de Gobernanza	Estrategias	Actores involucrados y Estructuras	Ejemplos
Incentivos	Incentivos (económicos y no económicos) diseñados para influir sobre la conducta de actores y organizaciones.	Estructuras de asignación de recursos (presupuestación y o compra de servicios). Gestores técnicos con funciones de diseño de instrumentos	**Incentivos económicos:** Formas de pago (y o mecanismos de asignación de recursos) a las organizaciones de producción de servicios de salud y a los actores involucrados en la producción de servicios de salud. Incentivos profesionales: Carrera sanitaria, reputación profesional.
Valores y Concepciones	Estrategias centradas en producir valores y concepciones para ser legitimadas por toda la población	Estructuras con espacios de participación y actividades de formación. Actores con funciones de liderazgo en los procesos de participación y formación.	**Valores:** Mecanismos de difusión y legitimación de valores de la RISS, alineados con la estrategia de salud universal (procesos de participación, mecanismos de reclutamiento). Concepciones: Mecanismos de difusión y legitimación de esquemas interpretativos de los problemas y formas de intervenir sobre la salud de la población (modelo de atención) Procesos de reclutamiento, formación continua y mecanismos de participación de RRHH para alinear sus valores y concepciones con la visión de RISS.

Fuentes: Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. (Bascolo 2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina (Bascolo y Yavich 2010).

Fortalecimiento de la Gobernanza de la RISS

Dado que los sistemas de salud en la región se encuentran en diferentes etapas de integración de los servicios, los enfoques para su fortalecimiento y evaluación difieren según el contexto.

Estrategias	Racional	Ejemplos	Factores de éxito
Fortalecimiento de marcos normativos	Regular y promover la integración de los servicios (25 países en las Américas en 2019)	• Políticas y estrategias nacionales para fortalecer el primer nivel de atención como coordinador de la atención (10 países de ALC en 2019) (ej. **Programa de Salud Familiar de Brasil**, Cuba, etc.) • Introducción de instrumentos de integración (normas de gestión y atención) y registros electrónicos unificados para promover modelos de atención centrados en las personas (ej. Costa Rica)	Requiere abordar de forma integral problemas estructurales y de organización (segmentación y fragmentación), asegurar la expansión de oferta y recursos (RHS capacitados) y equidad.
Descentralización y devolución	Acercar la toma de decisiones a las comunidades puede hacer que los servicios de salud respondan mejor a sus necesidades	• Muchos países de la región han descentralizado sus sistemas de salud, especialmente desde la década de los 90. • Delegación de autonomía a estructuras subnacionales o entidades (instalación, distrito, red de proveedores, región) para tomar decisiones operativas, tácticas y/o estratégicas. Ej. **Argentina, Brasil, Chile**, Comunidad NUKA, Alaska, EUA).	Su éxito depende de las capacidades institucionales de los gobiernos locales para gestionar la RISS. En algunos contextos, la descentralización parece aumentar las desigualdades y conducir a fragmentaciones en la atención geográfica.
Participación y empoderamiento de la comunidad en la planificación de los servicios	Puede ayudar a articular las preferencias de la comunidad y mejorar el acceso	• A menudo se producen a través de estructuras de gobierno local, o a través de juntas o comités especialmente establecidos para la planificación (ej. El Triunfo, **Guatemala**); Diseño de modelo de atención comunitario y carpeta medica (Tupiza, Guatemala) y actividades de formación y educación en salud (Programa de salud de niños Tunja, Colombia).	Requiere suficiente autonomía a nivel local para responder a las preferencias de la comunidad, y de tiempo para generar confianza y relaciones sostenibles entre las comunidades locales, los trabajadores de la salud, los gerentes y los responsables de la formulación de políticas. Monitoreo de la participación de poblaciones vulnerables.

Fuente: OPS, 2022. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal / WHO, 2015. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence

Fortalecimiento de la Gobernanza de la RISS

… Continuación

Estrategias	Racional	Ejemplos	Factores de éxito
Fortalecimiento del abordaje multidisciplinario e intersectorial	Fortalece la coordinación de la atención, proporcionando gestión de casos y abordaje de los determinantes sociales	• Creación de equipos multidisciplinarios descentralizados (ej. RISS en Perú)	Requiere de la construcción de alianzas entre los servicios de atención y las comunidades locales, y enfatizar concertadamente la elaboración de protocolos de atención, la infraestructura y los sistemas de apoyo
Recopilar y actuar sobre las experiencias de los pacientes y usuarios	El uso proactivo de la información generada por los usuarios se asocia con una mayor satisfacción y una mayor calidad de la atención, así como con la promoción de la responsabilidad pública.	• Incluye varios enfoques: scorecards de los proveedores, encuestas de satisfacción, líneas telefónicas directas o cuadros de mando integrales producidos y compartidos con las comunidades (Ej. Chile).	La efectividad puede depender de factores contextuales como la elección del proveedor y la alfabetización de la población, así como de la capacidad técnica para recopilar datos.
Contratación de servicios con acuerdos explícitos sobre calidad y equidad	Mejora la calidad del servicio y la accesibilidad al hacer que las expectativas sean más claras y al involucrar a actores efectivos del sector privado.	• Ampliamente utilizado, especialmente en entornos frágiles y afectados por conflictos, como Haití.	Puede llevar a un enfoque excesivo en resultados específicos mientras que se descuidan otros.
Registrarse con un proveedor de atención específico	Garantiza la rendición de cuentas al dejar en claro quién es responsable de la coordinación del servicio	• Canada, Cuba, Chile, etc.	Requiere de una amplia red de prestadores para evitar percepción de reducción de la elección del usuario.
Sistemas de pago basados en resultados	Incentiva a los proveedores para ofrecer una mejor calidad de atención.	• Chile, México, Perú y Uruguay son ejemplos conocidos.	Posibles efectos adversos sobre la motivación de los trabajadores de la salud, peligro de informes falsos, selección adversa y descreme.

Fuente: OPS, 2022. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal / WHO, 2015. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence

Gobernanza Única para toda la Red

Contexto

En el marco de procesos de cambio, fragmentación institucional y conflictividad política,

Capacidades

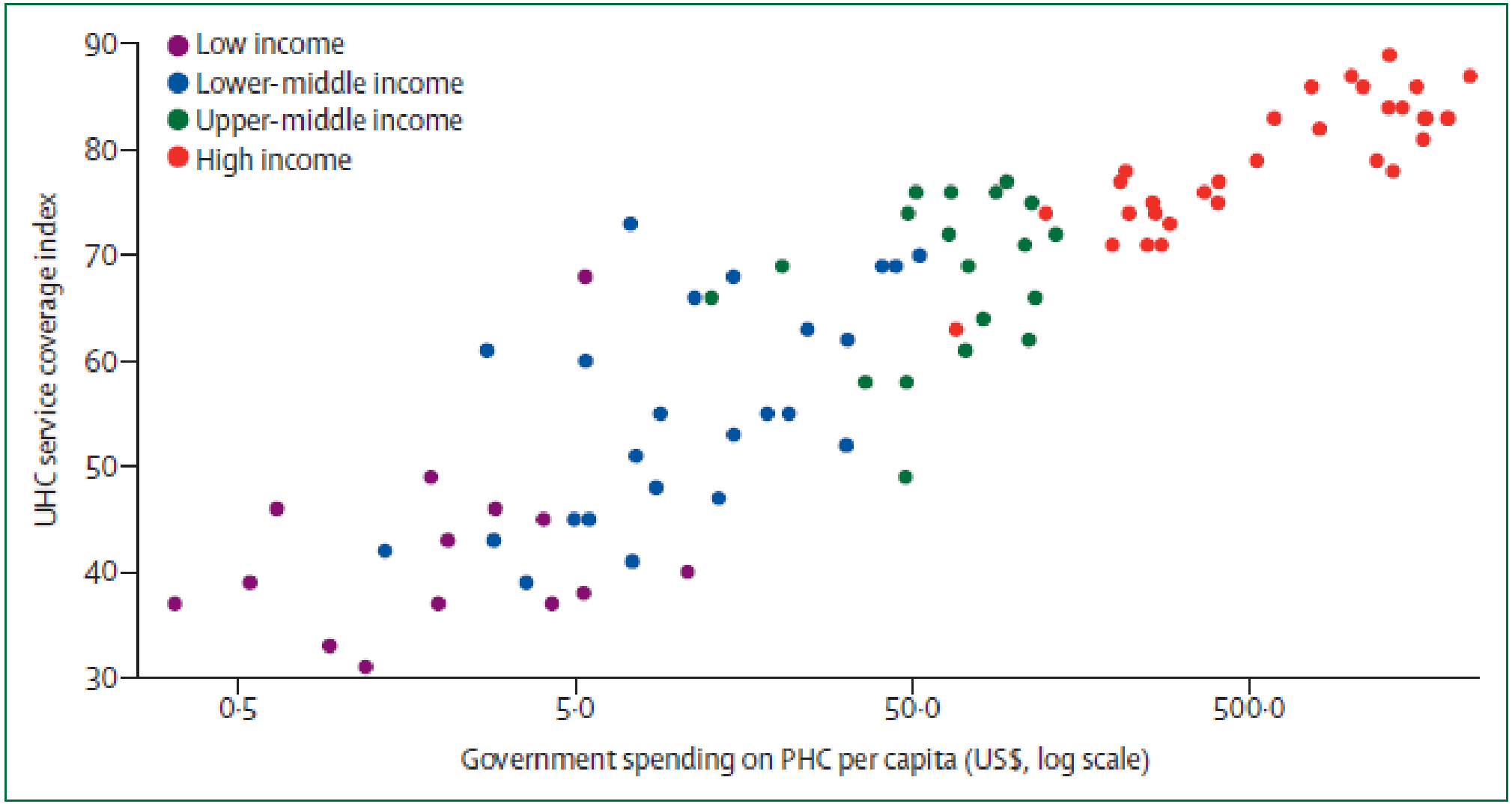
Para implementar reformas de sistemas de salud basadas en APS depende de la *capacidad para estratégicamente las contradicciones de intereses, concepciones y valores que subyacen del proceso de transformación.*

Criterios

con una perspectiva:

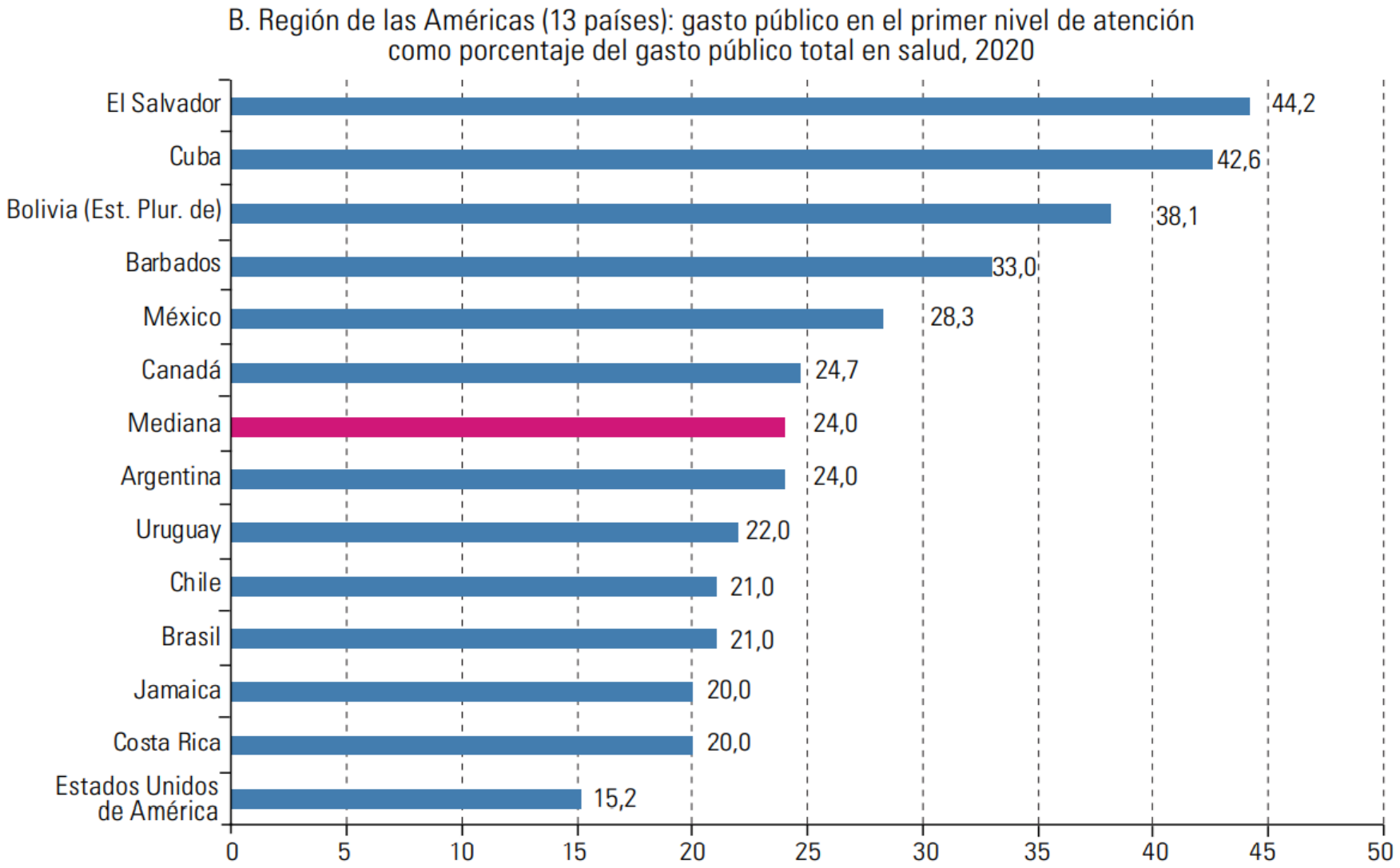
i) integral,
ii) situada (a cada escenario)
iii) dinámica a los desafíos de cada etapa.

Gasto público en salud en APS vs índice de cobertura de servicios de UHC, 2018.



Fuente: Hanson et al., 2022. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the center

Gasto público en el primer nivel de atención 2020



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

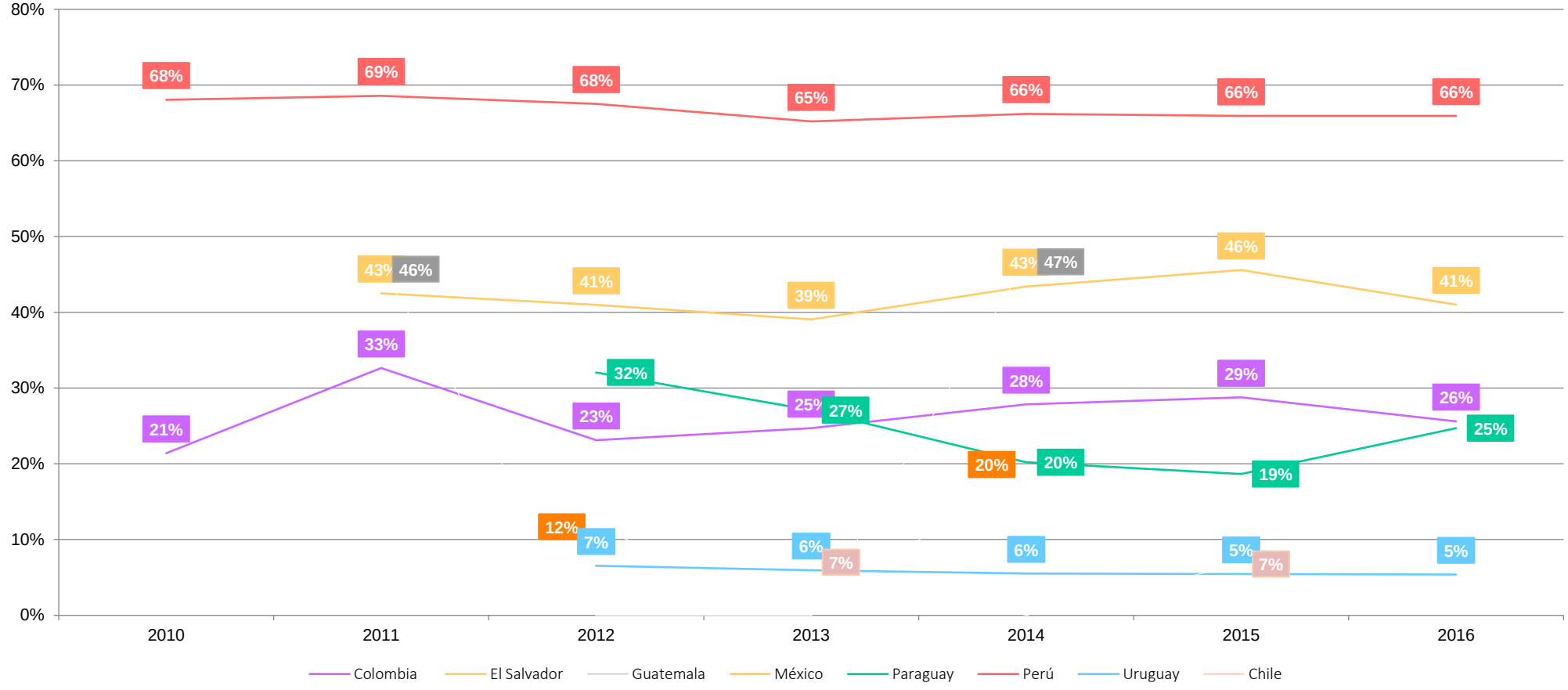
	Año	Media	20% más pobre	20% más rico
Chile	2013	7 %	7 %	6 %
	2015	7 %	7 %	6 %
Colombia	2010	21 %	26 %	14 %
	2016	26 %	32 %	19 %
El Salvador	2011	43 %	46 %	43 %
	2016	41 %	42 %	37 %
Guatemala	2011	46 %	52 %	37 %
	2014	47 %	56 %	39 %
México	2012	12 %	15 %	8 %
	2014	20 %	25 %	14 %
Paraguay	2012	32 %	43 %	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 %

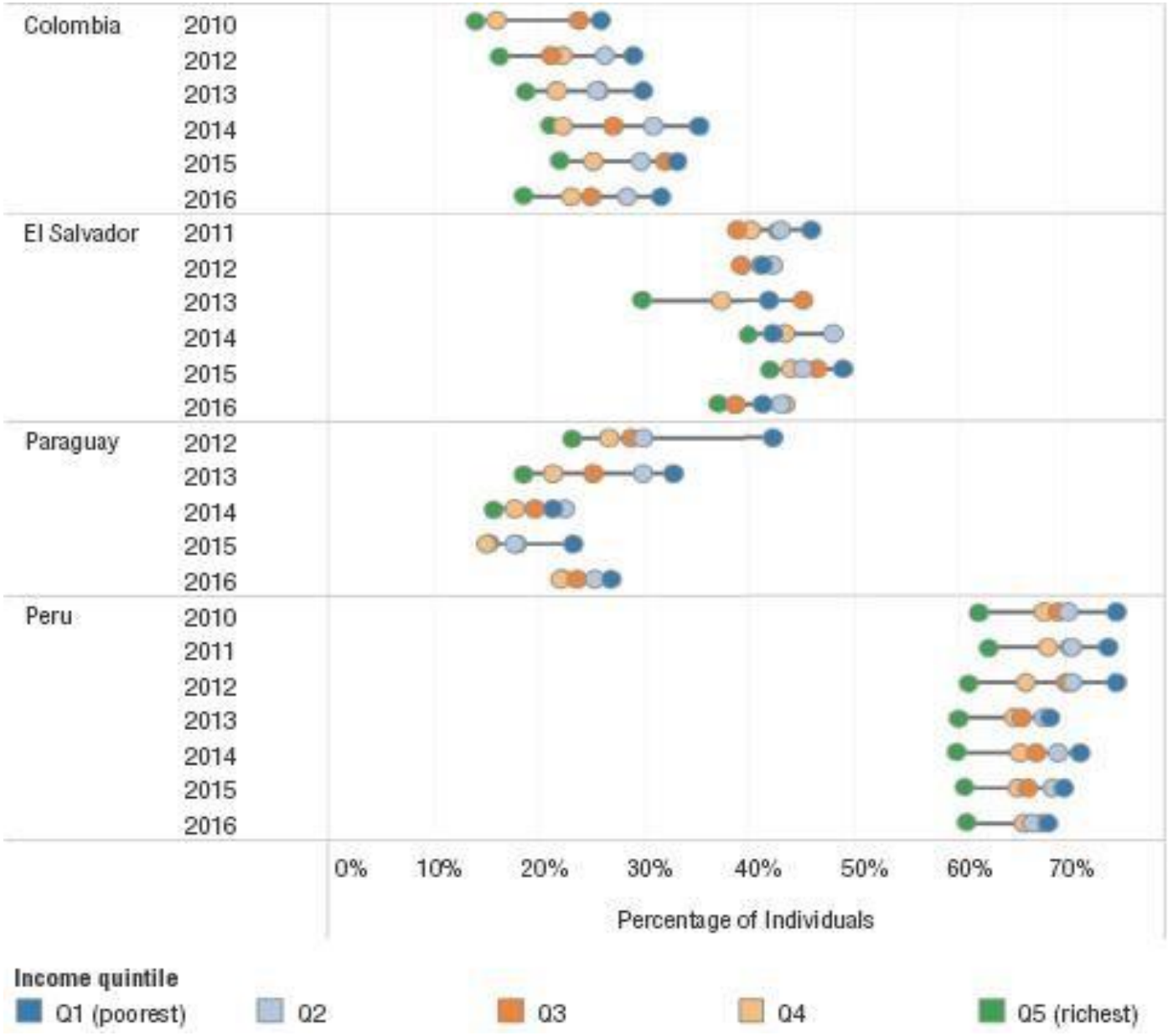
Las barreras de acceso disminuyen lentamente, con resultados heterogéneos entre los países

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.

Las inequidad en el acceso dependen del tipo de reformas implementadas.



“Las desigualdades económicas que representan obstáculos para buscar servicios de salud en cuatro países de América Latina
Desigualdades socioeconômicas no acesso a serviços de saúde em quatro países da América Latina”

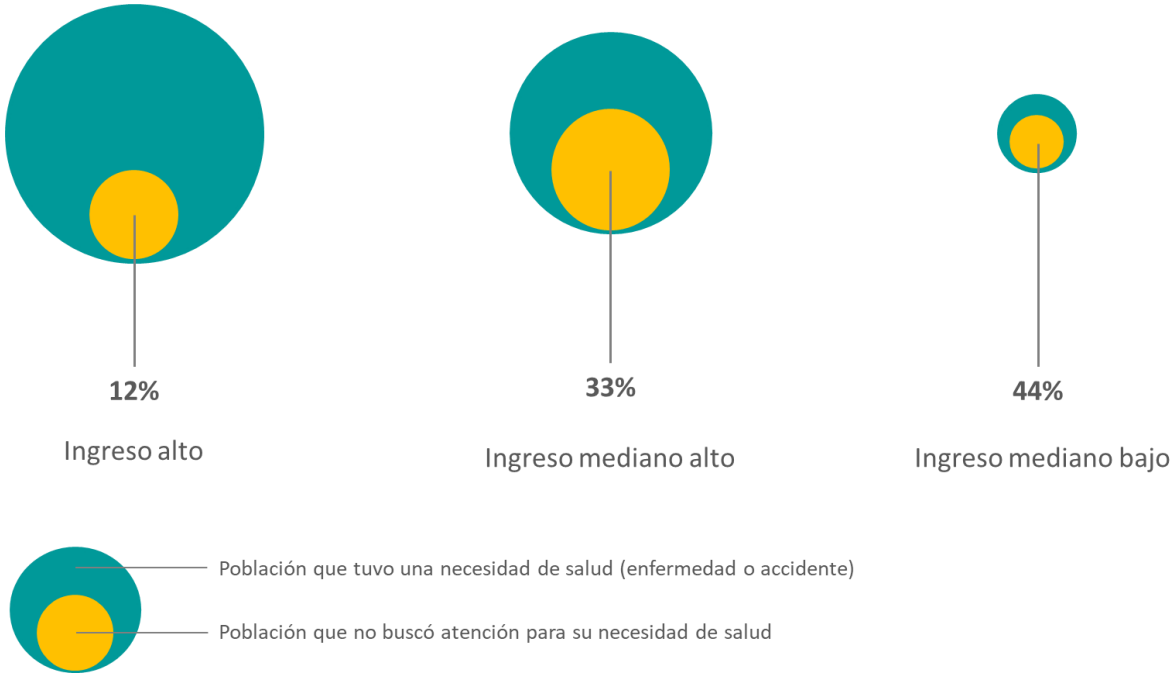
Natalia Houghton Ernesto Bascolo Amalia del Riego

Gracias

3 de cada 10 personas en las Américas (≈279 millones de personas)

reportó no buscar atención de salud cuando lo necesitaba*

El % de la población que no buscó atención fue mayor en los países de ingreso mediano bajo que en los países de ingreso alto y mediano alto:



Las necesidades insatisfechas en la atención de salud pueden incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad asociado a condiciones de salud que son tratables y prevenibles.

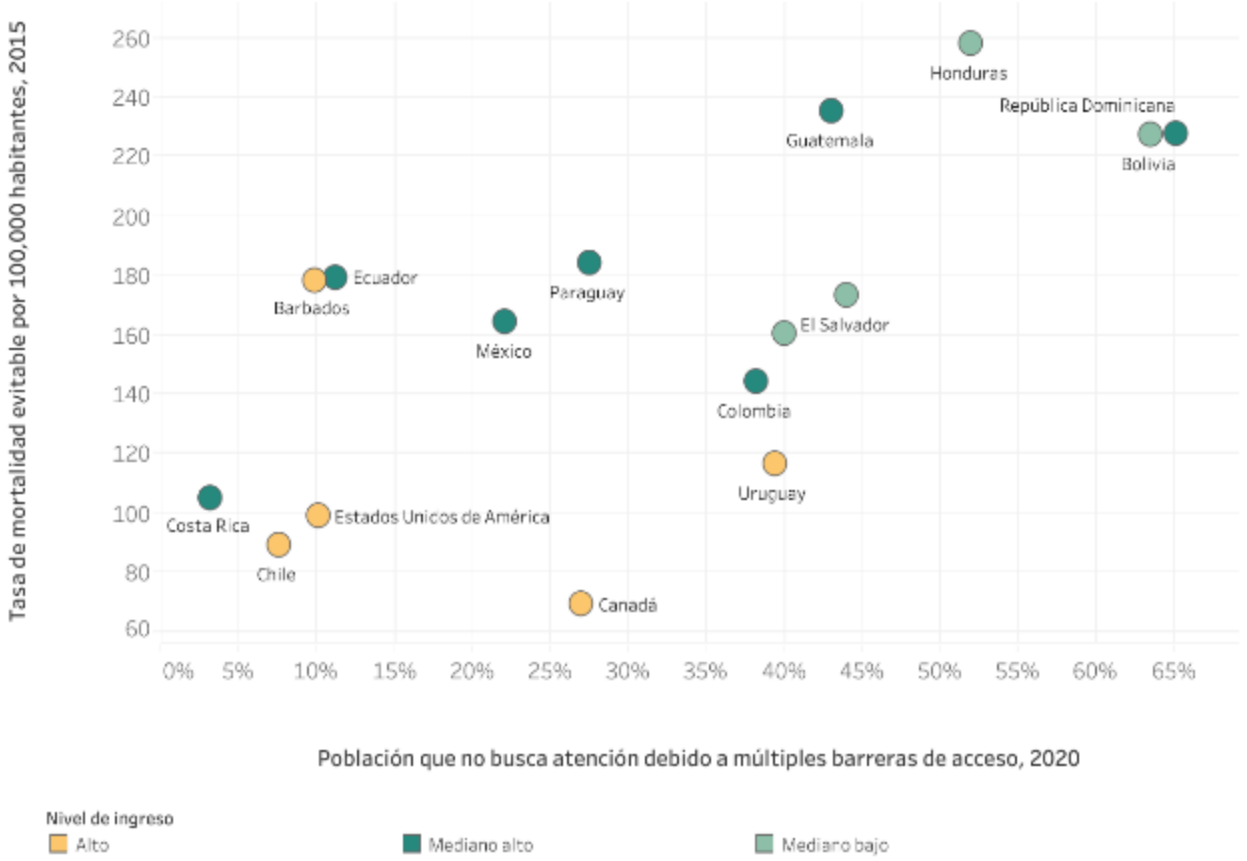
***Fuente:** estimaciones sobre la base de encuestas de hogar sobre condiciones de vida y salud. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100

Nota: incluye 18 países con encuestas de hogar, última encuesta disponible en cada país, 2011-2019. Los estimados son los promedios de cada país ponderados por el tamaño de la población.

Hasta el 41.8% de la mortalidad evitable en América Latina y el Caribe

se atribuye a que las personas no utilizan los servicios de salud que necesitan*

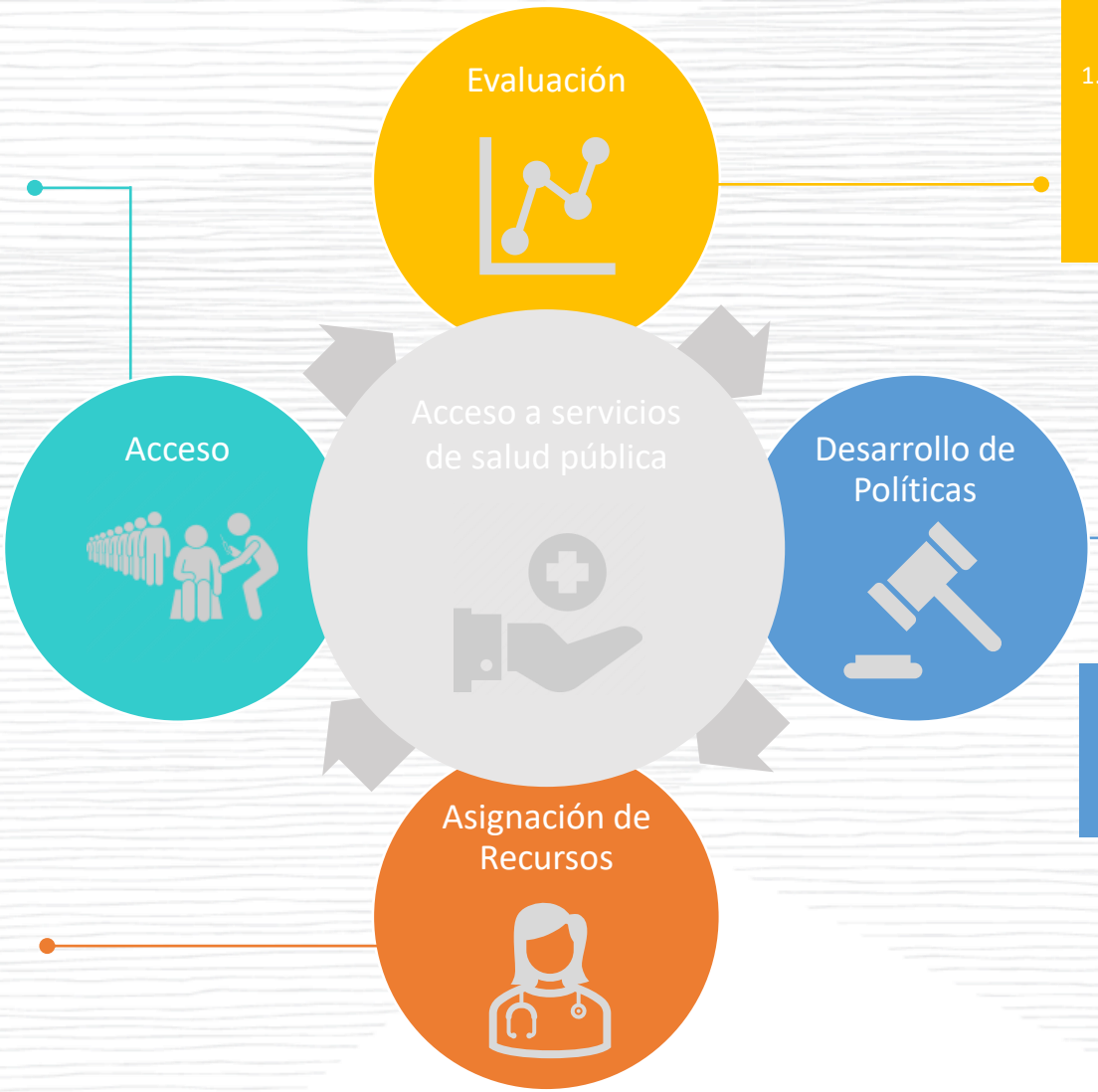
Relación entre las necesidades insatisfechas de atención en salud y la mortalidad evitable**



***Fuente:** Kruk M, Gage A, Joseph N et al,. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. Lancet 2018; 392: 2203–12. http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(18)31668-4
****Fuente:** cálculos propios sobre la base de encuestas de hogar sobre condiciones de vida y salud. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100. Incluye 18 países con encuestas de hogar, última encuesta disponible en cada país, 2011-2019. Los estimados son los promedios de cada país ponderados por el tamaño de la población.

Abordar las brechas en capacidades institucionales para garantizar el acceso a la salud en la Región de las Américas:

1. Actualizar la política de acceso, e incentivos a la calidad de atención y la equidad.
2. Fortalecer el abordaje de APS en los programas prioritarios del país.
3. **Fortalecer el abordaje de STP y sobre los DSS a través de la articulación intersectorial.**



1. Mejorar la producción, análisis y uso de información sobre DSS, acceso, barreras y utilización de servicios, **protección financiera**, incluyendo satisfacción y aceptabilidad.

1. **Mejorar estrategia de trabajo junto al Ministerio Finanzas y otros actores: recaudación, segmentación y criterios de asignación, reducción del GBS.**
2. Fortalecer ETS y medicamentos y capacidades para la compra centralizada de medicamentos e insumos estratégicos.
3. Promoción de medicamentos genéricos

1. Fortalecer el liderazgo de la ANS y transformación de los **mecanismos de regulación del aseguramiento y la provisión de servicios de salud.**

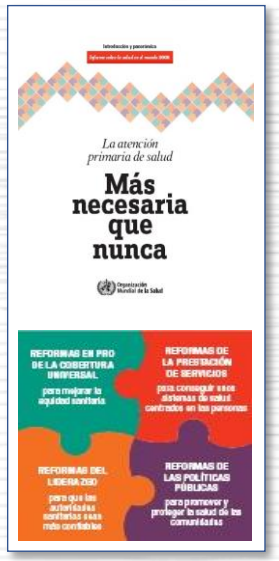
Brechas de capacidad identificadas durante la Fase 2 de FESP en países que han aplicado el abordaje

Apoyando la transformación de los sistemas de salud con un enfoque de Atención Primaria de la Salud

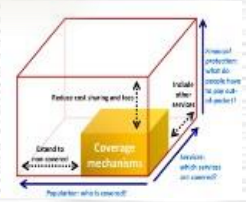
Alma Ata 1978

APS renovada 2005

Reformas basadas en APS, ISM 2008



Hacia la Cobertura Universal en Salud, ISM 2010



OPS 2014

Salud universal

Acceso y cobertura para todos

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

40 años de Alma-Ata 2019

La cooperación técnica de la OPS (HSS) en los 3 componentes de la APS, algunos ejemplos

Servicios integrados de salud con énfasis en la atención primaria y FESP

Actualmente, HSS apoya a los países en la definición de modelos de atención y paquetes de servicios centrados en las personas y políticas de calidad de la atención. A través de la aplicación de diferentes herramientas de evaluación, el Departamento apoya a los países en la evaluación de las mejoras en el acceso, la utilización y la calidad.

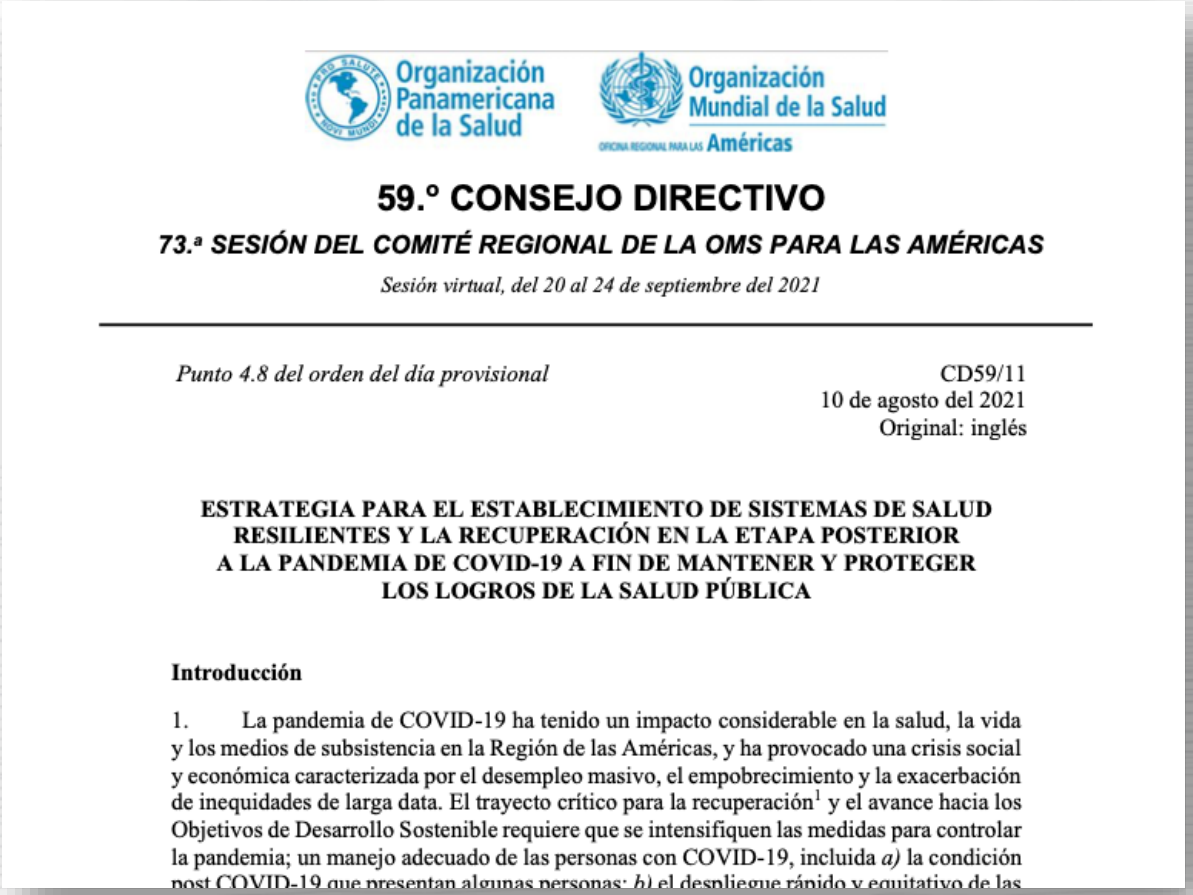
Personas y comunidades empoderadas

A través del abordaje de las FESP, HSS interactúa con las comunidades para identificar problemas de acceso y recomendaciones. Se han realizado mediciones en 10 países sobre cómo los servicios de salud responden a las necesidades de la comunidad y de los individuos, a través del análisis de barreras de acceso y el desarrollo de opciones de políticas.

Políticas y acción multisectoriales

A través del abordaje de las FESP, HSS también trabaja con los países en el análisis y fortalecimiento de las capacidades de las autoridades de salud para coordinar con otros sectores y abordar los determinantes de la salud.

Estrategia de sistemas de salud resilientes en las Américas



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

59.° CONSEJO DIRECTIVO

73.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Sesión virtual, del 20 al 24 de septiembre del 2021

Punto 4.8 del orden del día provisional

CD59/11
10 de agosto del 2021
Original: inglés

ESTRATEGIA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES Y LA RECUPERACIÓN EN LA ETAPA POSTERIOR A LA PANDEMIA DE COVID-19 A FIN DE MANTENER Y PROTEGER LOS LOGROS DE LA SALUD PÚBLICA

Introducción

1. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto considerable en la salud, la vida y los medios de subsistencia en la Región de las Américas, y ha provocado una crisis social y económica caracterizada por el desempleo masivo, el empobrecimiento y la exacerbación de inequidades de larga data. El trayecto crítico para la recuperación[1] y el avance hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible requiere que se intensifiquen las medidas para controlar la pandemia; un manejo adecuado de las personas con COVID-19, incluida *a)* la condición post COVID-19 que presentan algunas personas; *b)* el despliegue rápido y equitativo de las

Apoyo a los países para:

- Transformar los sistemas de salud, con base a un enfoque de Atención Primaria de Salud
- Fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza mediante un énfasis renovado en las funciones esenciales de salud pública
- Fortalecer la capacidad de las redes de servicios de salud para ampliar el acceso y mejorar la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública
- Aumentar y sostener el financiamiento público para la salud y la protección social, incluidas las medidas encaminadas a abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud

La pandemia de COVID-19 ha amplificado las barreras existentes, particularmente entre las comunidades vulnerables. Los países de la región están experimentando interrupciones en la prestación de servicios de salud, para todas las condiciones, y reducciones en la demanda y utilización de los servicios de salud.

A dos años de comenzada la pandemia, casi todos los países de la Región de las Américas (93%) continúan informando interrupciones en los servicios esenciales de salud.

El primer nivel de atención (en el 70% de los países), los cuidados de rehabilitación y paliativos y los servicios de atención basados en la comunidad se encuentran entre los más afectados.

Tanto los factores del lado de la demanda como de la oferta son responsables de las interrupciones, incluida la falta de recursos (34 % de los países), las modificaciones intencionales en la prestación de servicios (34 % de los países) y la disminución de la búsqueda de atención (32 % de los países).

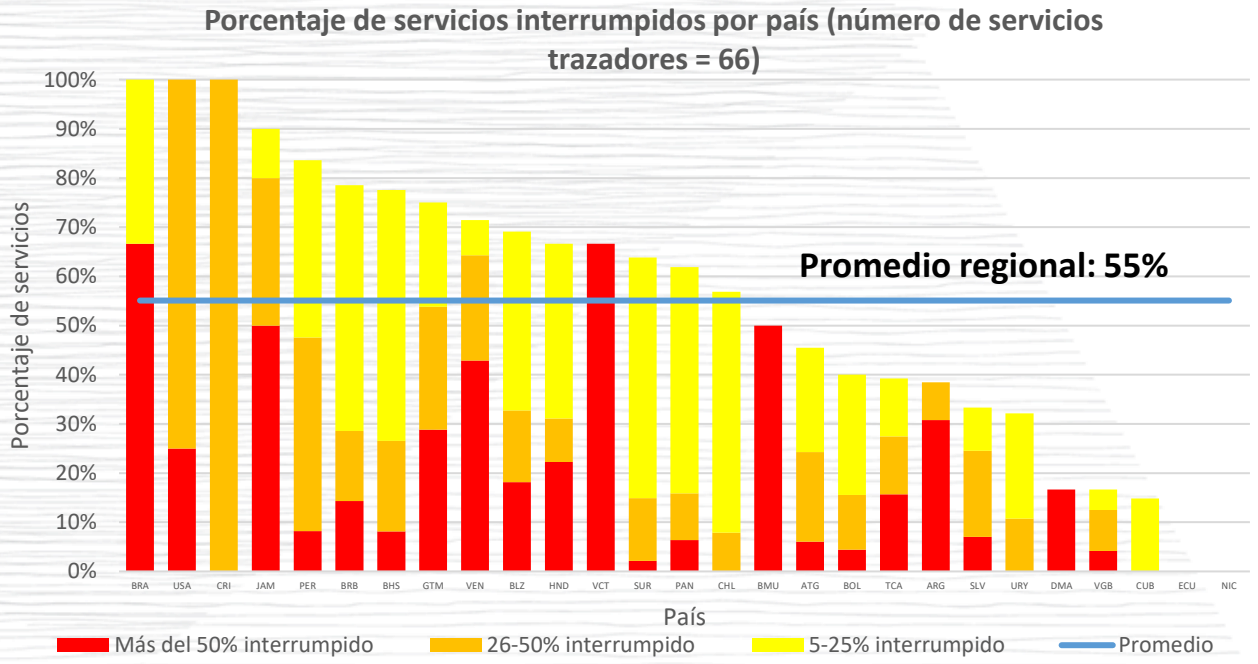
La **prevalencia de las necesidades de atención de salud insatisfechas ha aumentado debido a la exacerbación de las barreras de acceso** tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda, lo que resulta en la atención necesaria demorada o no concretada.

Fuente: Ronda 3 Encuesta global de pulso sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud, noviembre-diciembre de 2021 (refleja la situación durante los 6 meses anteriores)

A dos años de iniciada la pandemia persisten interrupciones en los servicios en la región

93% de los 27 países participantes de las Américas reportaron algún nivel de interrupción en al menos uno de los servicios esenciales de salud (66 servicios trazadores). **De los 8 países participantes de Suramérica*, el nivel fue 88%.**

55% de los 66 servicios trazadores evaluados presentaron algún nivel de interrupción. **Entre los participantes de Suramérica el nivel de interrupción fue de 53%.**



Denominador: representa las respuestas de los países/territorios a al menos una de las secciones de la encuesta y dieron su consentimiento a través del acuerdo de intercambio de datos.
Los servicios incluyen 66 servicios de las siguientes áreas: primer nivel de atención; cuidados de emergencias, críticos y operativos; servicios de rehabilitación y cuidados paliativos; servicios de atención oncológica; atención comunitaria; y servicios trazadores de salud reproductive, maternal, neonatal, de salud del niño, niña y adolescente; de nutrición, inmunización, enfermedades trasmisibles, enfermedades tropicales desatendidas: salud mental, desordenes neurológicos y relacionados con el uso de sustancias; y cuidados para la vejez.
*** Países de Suramérica: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela, y Uruguay.**

Fuente: Ronda 3 Encuesta de pulso sobre la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19, Nov-Dic 2021 (reflejando la situación durante los 6 meses anteriores).

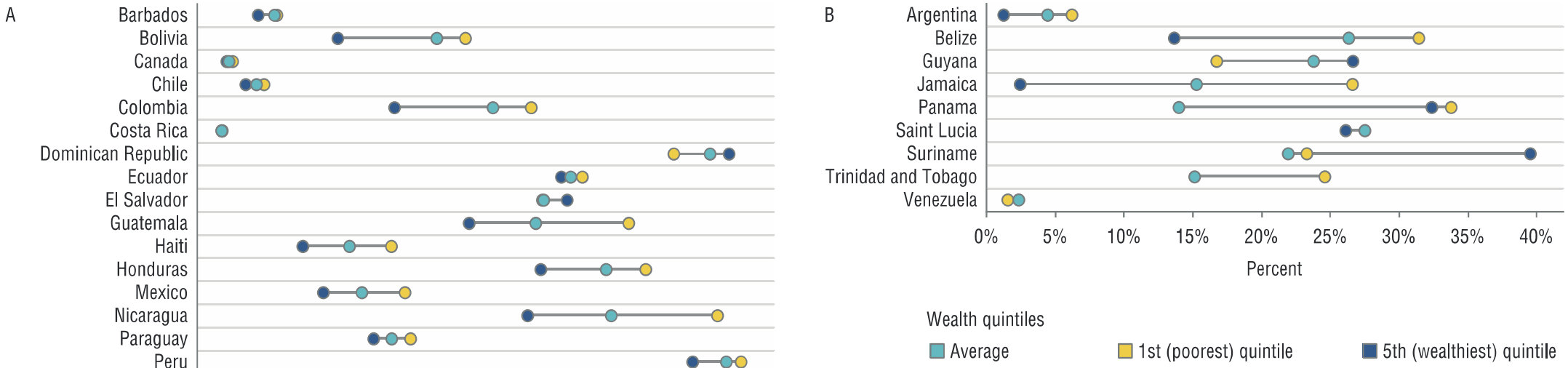
El Acceso depende de multiples factores o características que influyen sobre el proceso de búsqueda y utilización efectiva de los servicios de salud.

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

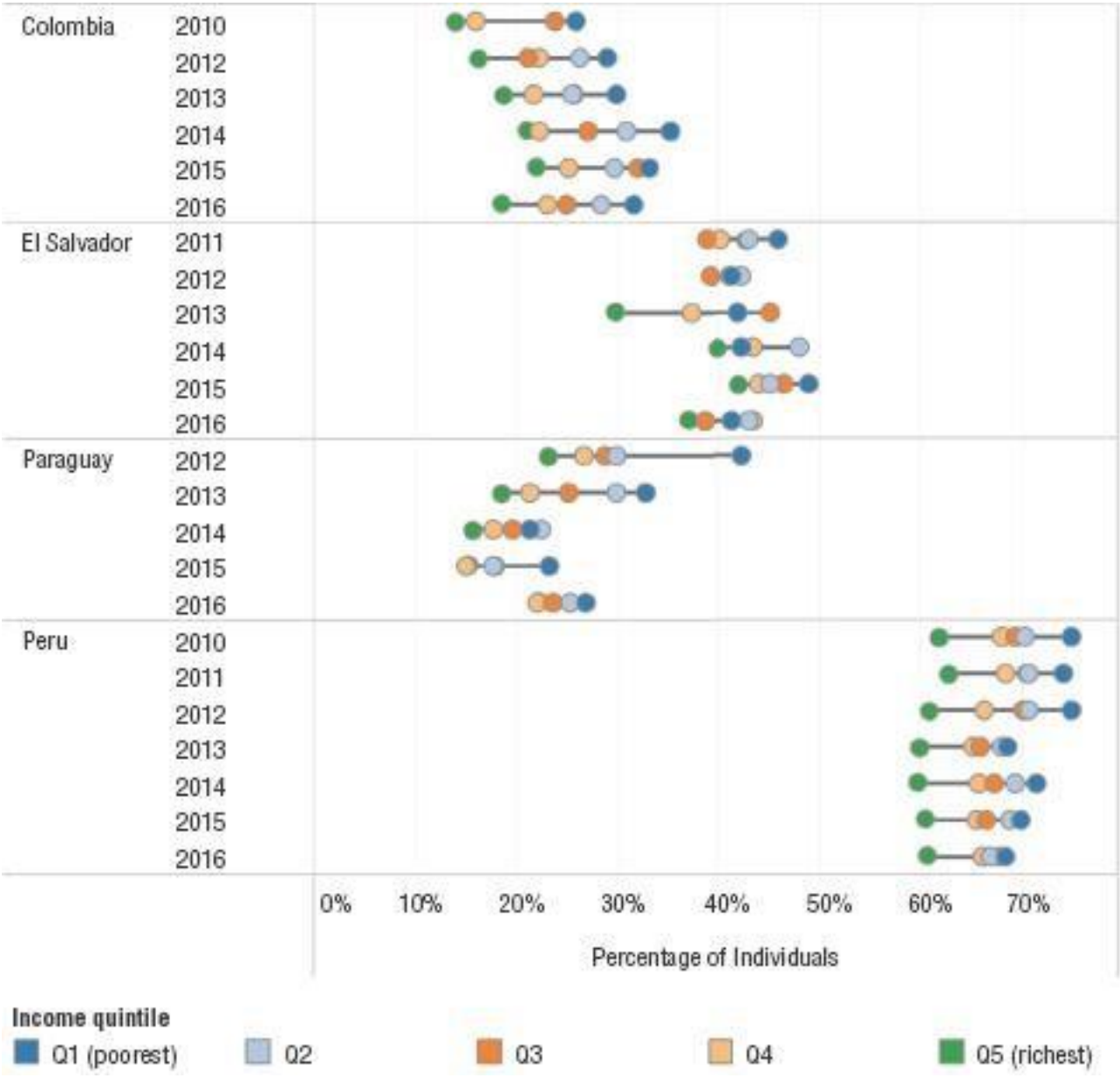
FIGURE 1. (A) Forgone care for perceived health needs in countries of the Americas, 2018 (or nearest year). (B) Forgone care for suspected child pneumonia and child diarrhea in countries of the Americas, 2018 (or nearest year)



✓ In most countries, the percentage of people who report having foregone needed care is higher among individuals in the poorest wealth quintile than the richest 20%.

Source: Bascolo E, Houghton N, Del Riego A. Barriers to accessing health services in the Americas. PAJPH, 44, 2020.

Las inequidad en el acceso dependen del tipo de reformas implementadas.

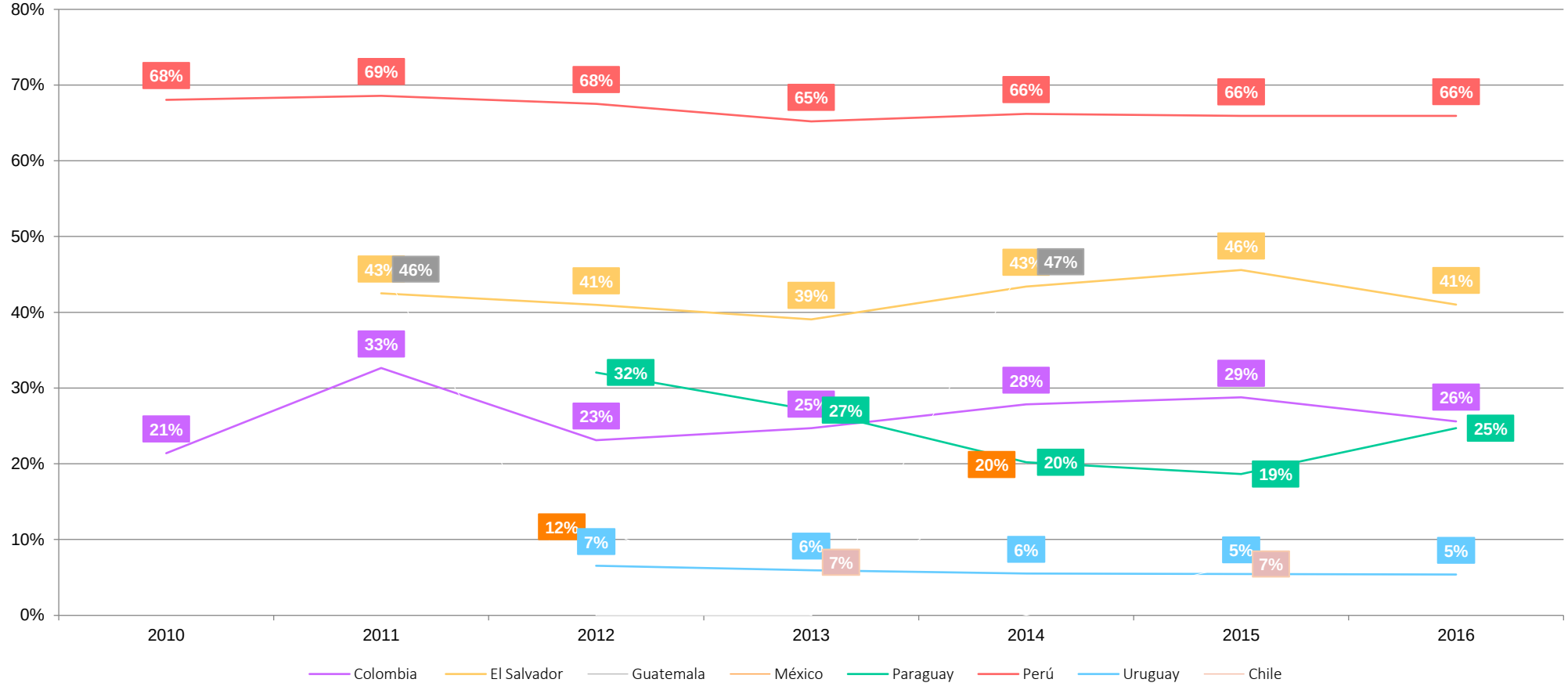


"Las desigualdades económicas que representan obstáculos para buscar servicios de salud en cuatro países de América Latina
Desigualdades socioeconômicas no acesso a serviços de saúde em quatro países da América Latina"

Natalia Houghton Ernesto Bascolo Amalia del Riego

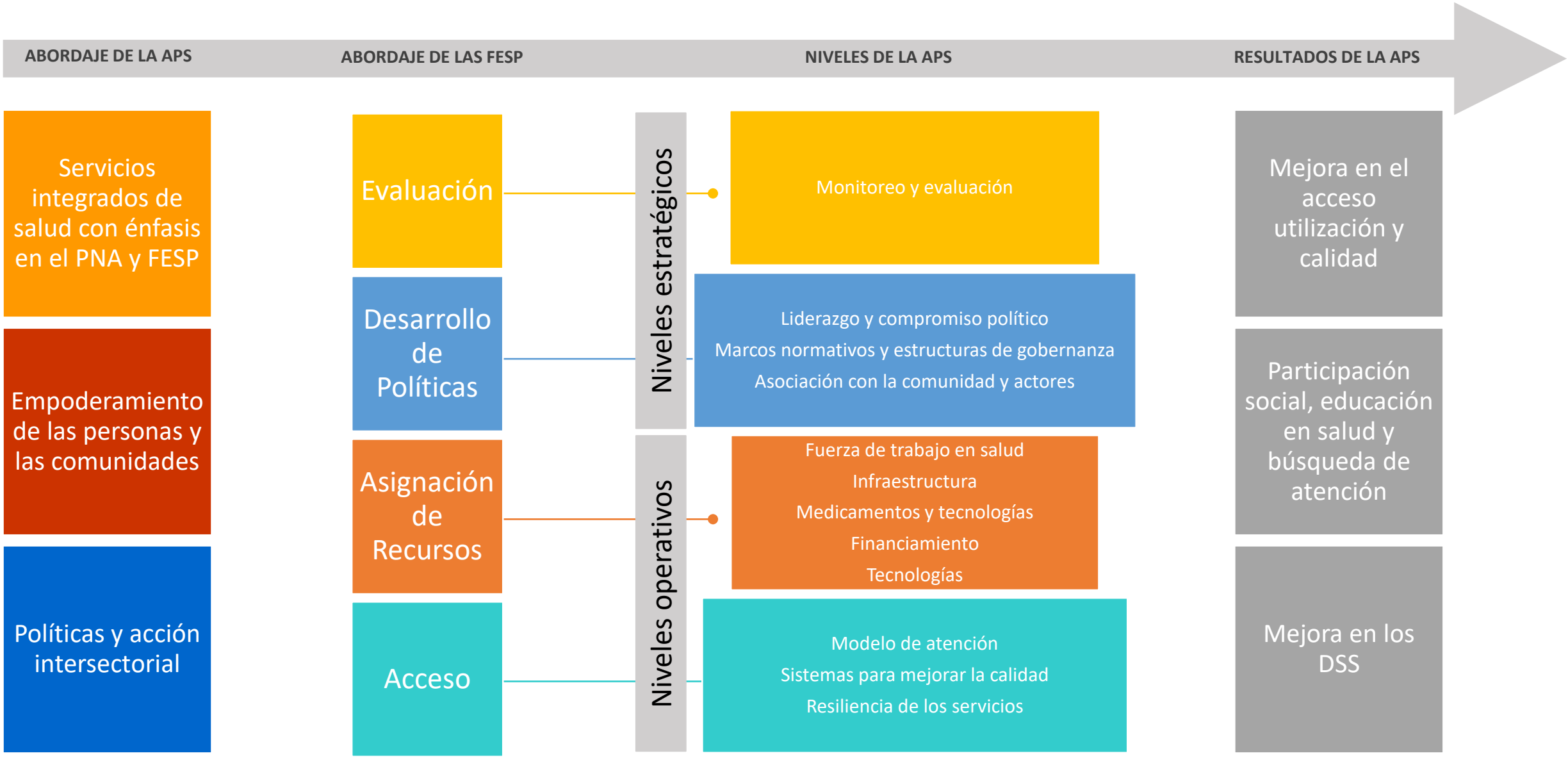
Las barreras de acceso disminuyen lentamente, con resultados heterogéneos entre los países

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.

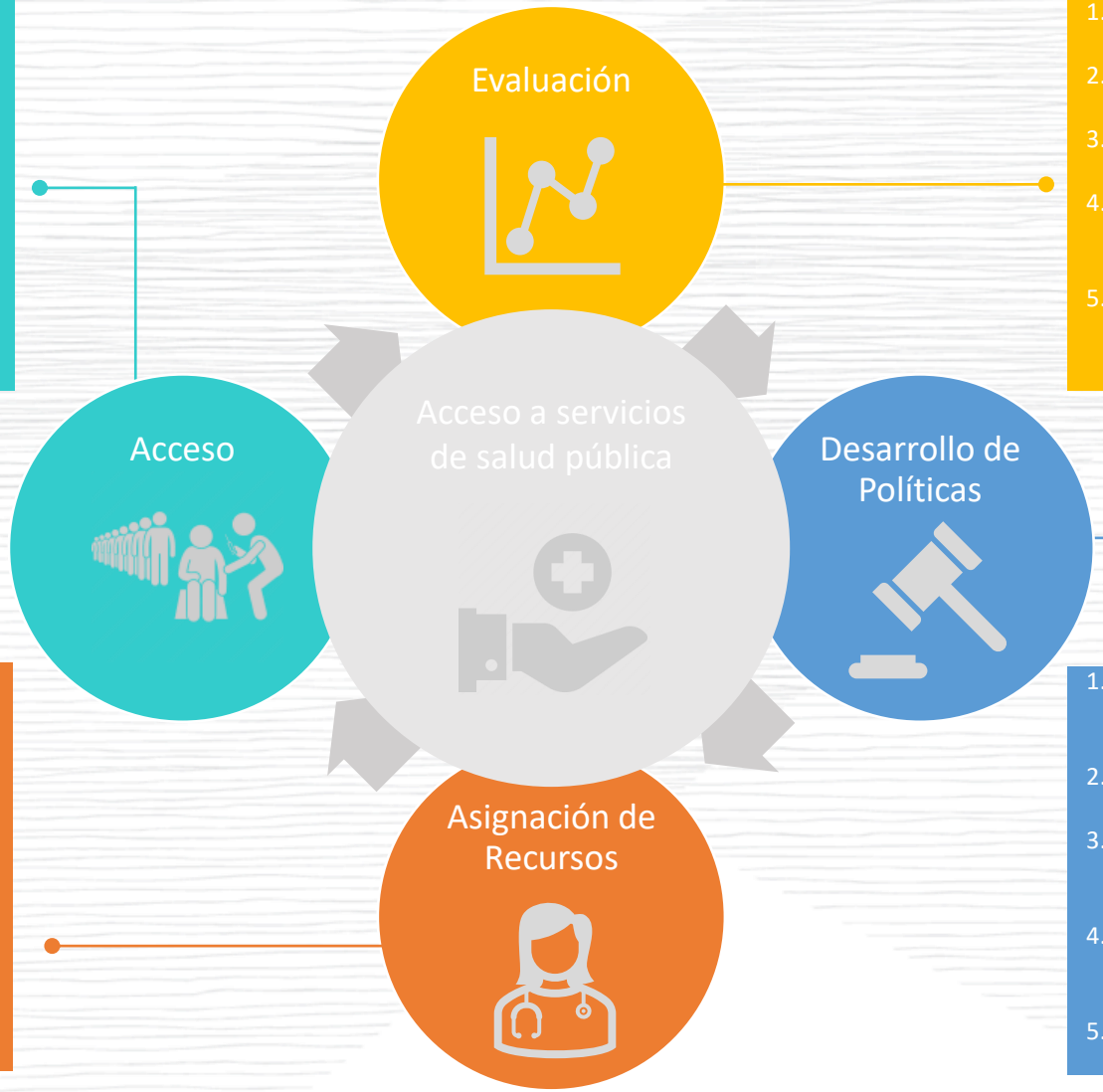
La APS es un enfoque esencial para el fomento de sistemas de salud resilientes, que al hacer hincapié en las FESP, permite mejorar la preparación de los sistemas de salud:



Fuente: adaptado del marco operativo de la APS: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832

Brechas en capacidades de las FESP afectando las condiciones de acceso en la Región de las Américas:

1. Actualizar la política de acceso, e incentivos a la calidad de atención y la equidad.
2. Fortalecer el abordaje de APS en los programas prioritarios del país.
3. Construir una estrategia integrada de promoción de la salud.
4. Fortalecer la promoción de entornos saludables (calidad de agua y saneamiento) y acciones para abordar factores de riesgo: actividad física, SSR, salud mental y prevención de la violencia.
5. Fortalecer el abordaje de STP y sobre los DSS a través de la articulación intersectorial.



1. Identificar y unificar criterios mínimos para los distintos subsistemas de M&E
2. Mejorar la compatibilidad e interconectividad de las distintas fuentes de información.
3. utilización de la información producida para la evaluación de programas y políticas.
4. Fortalecer mecanismos para asegurar participación efectiva y empoderamiento de la comunidad en el M&E
5. Mejorar la producción, análisis y uso de información sobre DSS, acceso, barreras y utilización de servicios, incluyendo satisfacción y aceptabilidad.

1. Diseñar Estrategia Nacional de Desarrollo de los RHS: planificación de necesidades, desarrollo y retención de RHS en pro de mejorar disponibilidad y distribución.
2. Mejorar estrategia de trabajo junto al Ministerio Finanzas y otros actores: recaudación, segmentación y criterios de asignación, reducción del GBS.
3. Fortalecer ETS y medicamentos y capacidades para la compra centralizada de medicamentos e insumos estratégicos.
4. Promoción de medicamentos genéricos

1. Fortalecer el liderazgo de la ANS en la formulación y actualización de leyes en salud, su M&E, incluyendo su relación con el Poder Legislativo.
2. Actualizar los objetivos nacionales de salud y las prioridades al nuevo contexto sanitario.
3. Fortalecer/expandir estructuras, recursos, capacitación y periodicidad/efectividad de la participación social y rendición de cuentas.
4. Atender las observaciones de organismos de DDHH en relación a la salud: migración, interrupción voluntaria del embarazo y población LGTB.
5. Revisar los mecanismos formales de garantía a el ejercicio de los derechos a la salud.

Brechas de capacidad identificadas en Fase 2 de FESP en países que han aplicado el abordaje

Influencia de las brechas de capacidad sobre los resultados de la APS: experiencia de barreras de acceso

FESP en el abordaje integrado de la salud pública

- Evaluación
- Desarrollo de Políticas
- Asignación de Recursos
- Acceso

Barreras de acceso identificadas durante la Fase 1 de FESP

Disponibilidad de recursos críticos

- Distribución inequitativa de recursos críticos (centros) en el PNA
- Falta de personal de salud calificado
- Falta de medicamentos, insumos y equipamiento
- Limitada oferta de proveedores

Administrativas

- Horarios limitados de atención
- Problemas con la calidad de la atención

Contacto/Promoción

- Falta de información y conocimientos en salud de la población

Financieras

- Mejoras en la asequibilidad, pero persisten, principalmente para la población de bajos ingresos
- Limitada cobertura del seguro de salud limita la garantía del acceso a medicamentos y vacunas + gastos de bolsillo

Aceptabilidad

- Experiencias de discriminación, estigma y maltrato para ciertas poblaciones
- Factores culturales y creencias

Geográficas

- Distancia entre la vivienda y el lugar de atención en salud (zonas rurales)