

MODELO DE SALUD Y ACCESO

Medellín, Abril 25, 2016

Jaime Arias ACEMI

Necesidad, demanda, acceso

- Necesidad sentida y real
- Demanda potencial y efectiva
- Oferta suficiente de recursos

Necesidad de servicios

El caso de la diabetes

Prev. esperada adulto(Necesidad)	10.0%
Demanda servicios	5.0%
Hb1Ac	1.0%
Recibe servicios 808.000 P	3.0%
Tratamiento adecuado 197.131	0.6%
Adhiere al tratamiento	2.0%

- Responsabilidad: ¿del sistema de salud, del aseguramiento, de los servicios, de las personas?

Acceso

- Definición de acceso: limitado o total
- Barreras al acceso
 - Geográficas, económicas, culturales, administrativas..
- Responsabilidad de quien? Sistema de salud, aseguramiento y modelo de prestación

Medición de acceso en Colombia

- Serie de encuestas de calidad de vida
- Otros estudios:
 - Zambrano (2008) Encuestas de Calidad
 - Vargas (2010) Acceso a la atención en salud
 - Ayala, J B. República (2012)
 - Reina (2014) Acceso a Servicios de Salud
- Cifras e indicadores ACEMI

Problemas de acceso

- Disponibilidad, facilidad y conveniencia
- Oportunidad
- Continuidad
- Integralidad vs. fragmentación de la atención

Demanda efectiva

Población: 1993: 36.000.000

Consultas: 80.000.000

Promedio: 2,3 consultas/año

Población 2014: 47.500.000

Consultas: 340.000.000

Promedio: 7.2 consultas año

Oportunidad en Colombia

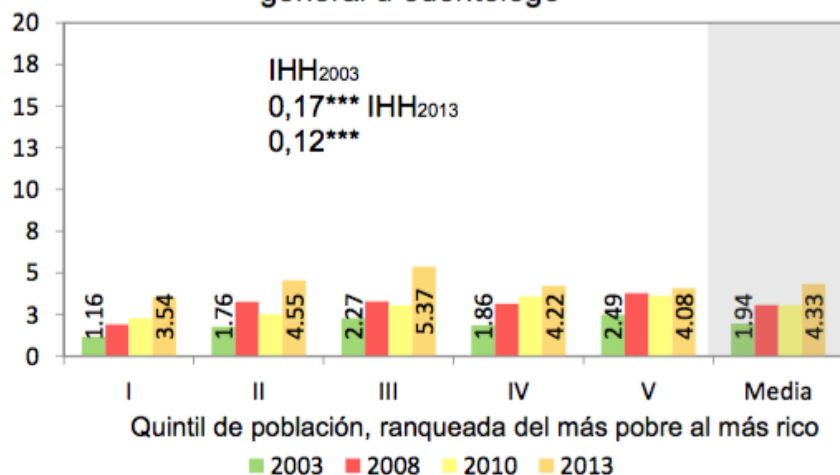
Consulta general 3 días

Consulta especializada básica 10 días

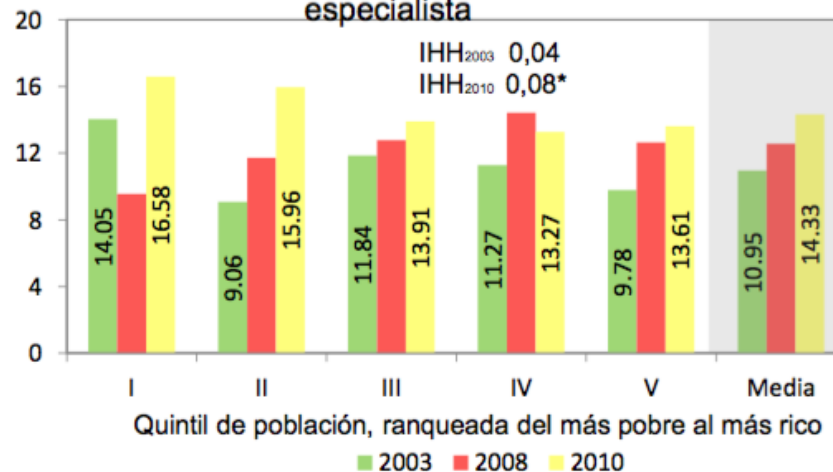
Sub especializada ???

Equidad en la prestación de los servicios

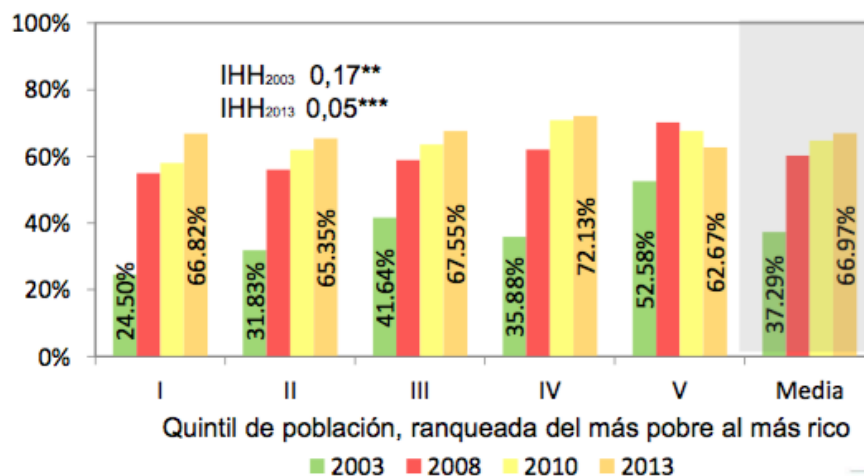
Días de espera para ser atendido por un médico general u odontólogo



Días de espera para ser atendido por un especialista

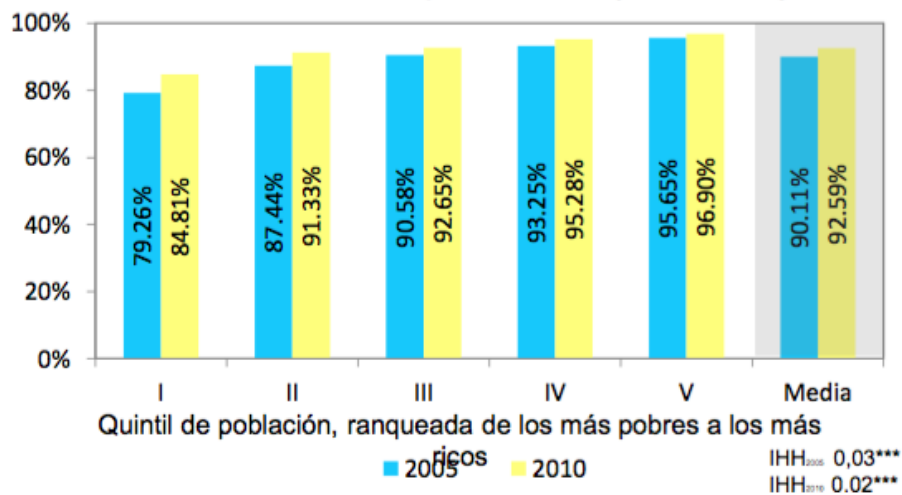


Suministro total de medicamentos

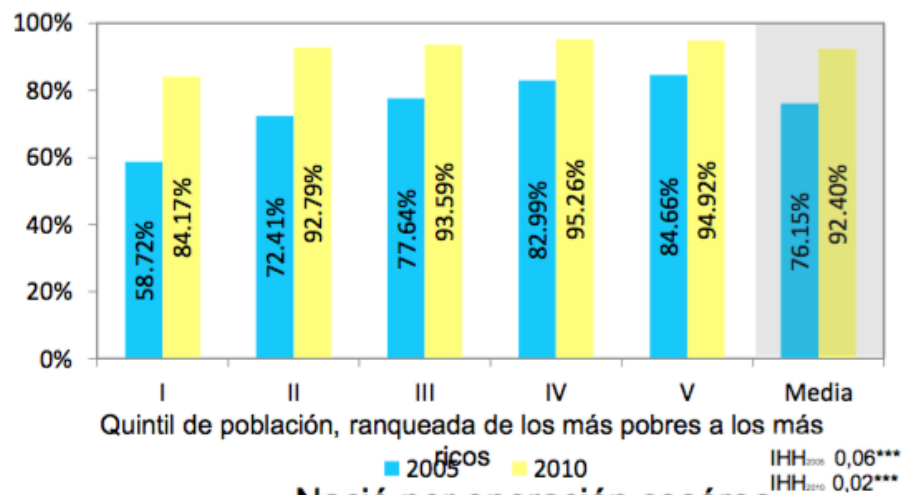


Equidad en la atención materna

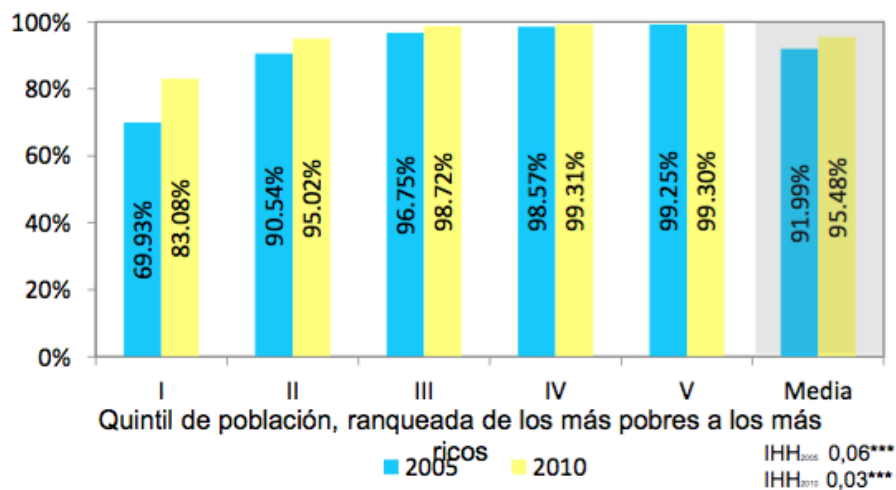
Controles prenatales (+4 visitas)



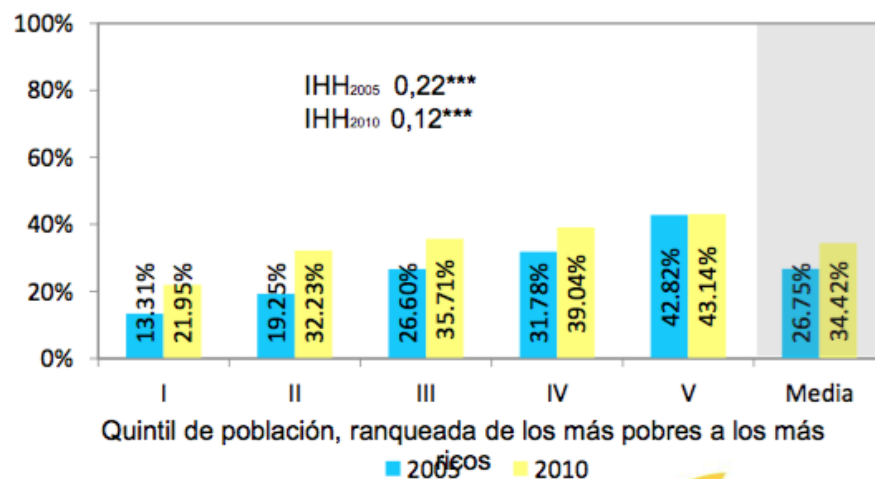
Suplementación de hierro



Parto institucional



Nació por operación cesárea



¿En caso de gravedad accedería a tiempo a los servicios?

Infomérika



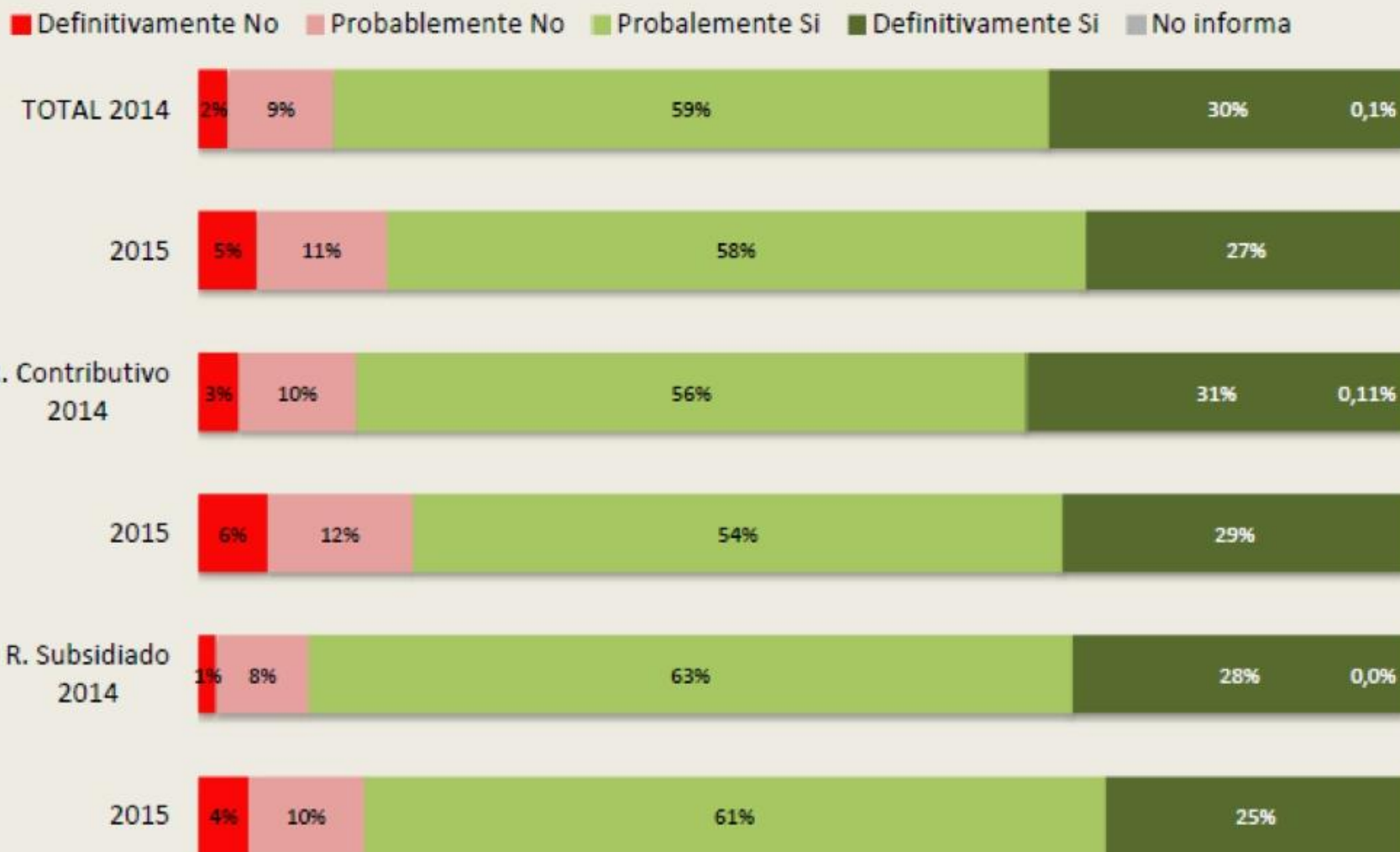
Informe de Resultados

Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado



Ver Informe

Presentado a:



Canadá

El sistema de salud de Canadá como modelo

Global Lessons Agosto 1 2011 for Controlling Healthcare Costs

El anterior Primer Ministro Brian Mulroney anotó que el sistema de salud universal pagado por su gobierno (Canadá) es financieramente insostenible. “Tendremos un crisis si no se hacen los esfuerzos para enfrentar el desastre.

Los costos de salud incrementan explosivamente, creciendo de un 5 a un 7% anualmente.

...la salud se consumirá el 80% del presupuesto total en Ontario en el 2030...”



Tiempos de Espera en Canadá 2015 (En Semanas)

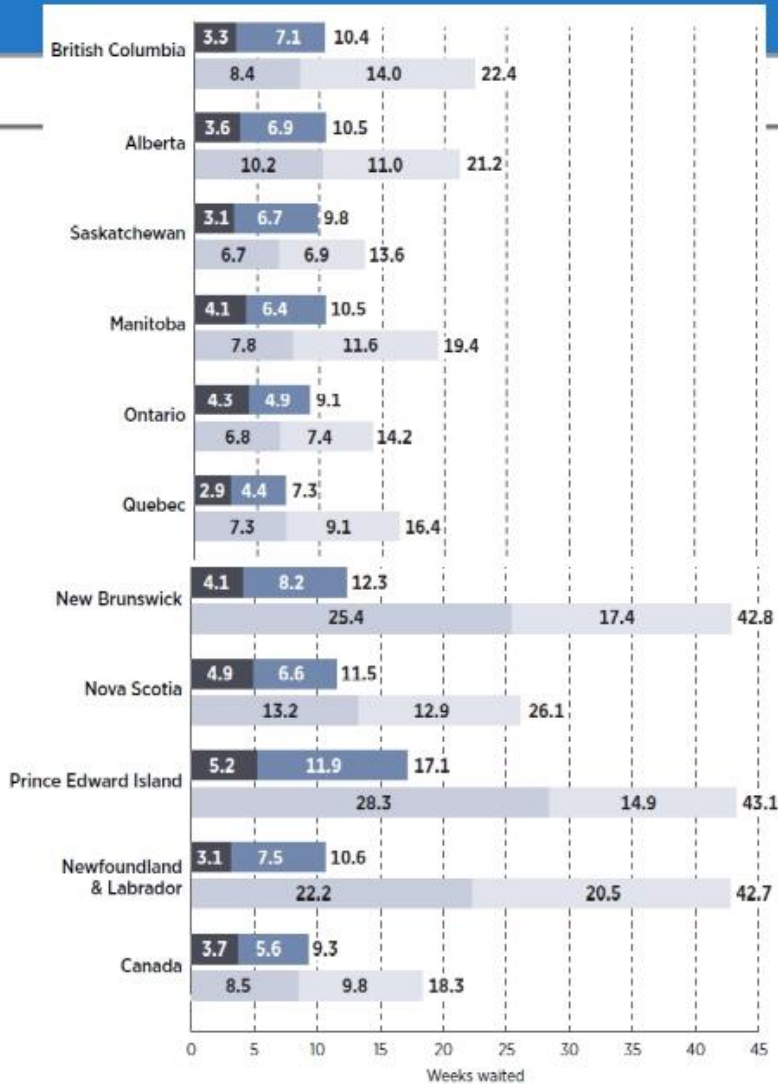
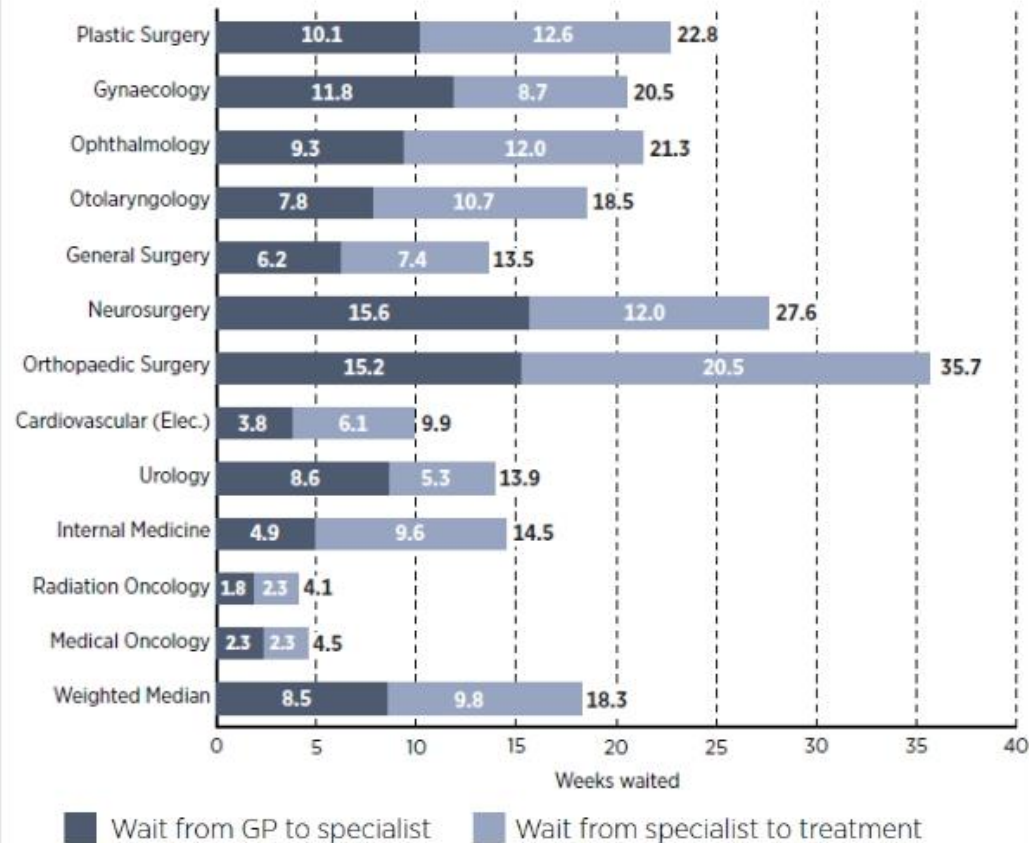


Chart 4: Median wait by specialty in 2015—weeks waited from referral by GP to treatment



1993: GP to specialist (dark blue) specialist to treatment (medium blue)
 2015: GP to specialist (light blue) specialist to treatment (very light blue)

1. La espera por el tratamiento se ha convertido en una característica que define el sistema de salud canadiense.
2. Tiempo medio de espera de 18,3 semanas entre la remisión de un MD general y la recepción de tratamiento.
3. El tiempo de espera de este año es 97% más que en 1993, cuando era tan sólo 9,3 semanas
4. Los resultados de la encuesta de este año indican que a pesar de las estrategias implementadas por las provincias para reducir los tiempos de espera y el alto nivel de gasto en salud, es evidente que los pacientes en Canadá siguen esperando demasiado tiempo para recibir tratamiento médico necesario

- El tiempo total de espera que se enfrentan los pacientes puede ser examinado en dos segmentos consecutivos:
 1. MD general → Especialista.
El tiempo de espera en este segmento es de 8,5 semanas de este año. Este tiempo de espera es 130% más que en 1993, cuando fue de 3,7 semanas.
 2. Especialista → Tratamiento. El tiempo de espera en este segmento es 9,8 semanas. Este tiempo de espera es 76% más que en 1993, cuando que fue de 5,6 semanas, y **casi tres semanas más que lo que los médicos consideran ser clínicamente "razonable"**.
- Los pacientes también experimentan tiempos de espera importantes para diversas tecnologías de diagnóstico. Este año, los canadienses podían esperar 4 semanas para un TAC o una ecografía y 10.4 semanas para una resonancia magnética.

Obligaciones del aseguramiento I

- Protección económica de los hogares
- Pago de la cobertura de beneficios
- Tención médica directa e indirecta
- Agenciamiento o acompañamiento al afiliado
- Garantía de calidad

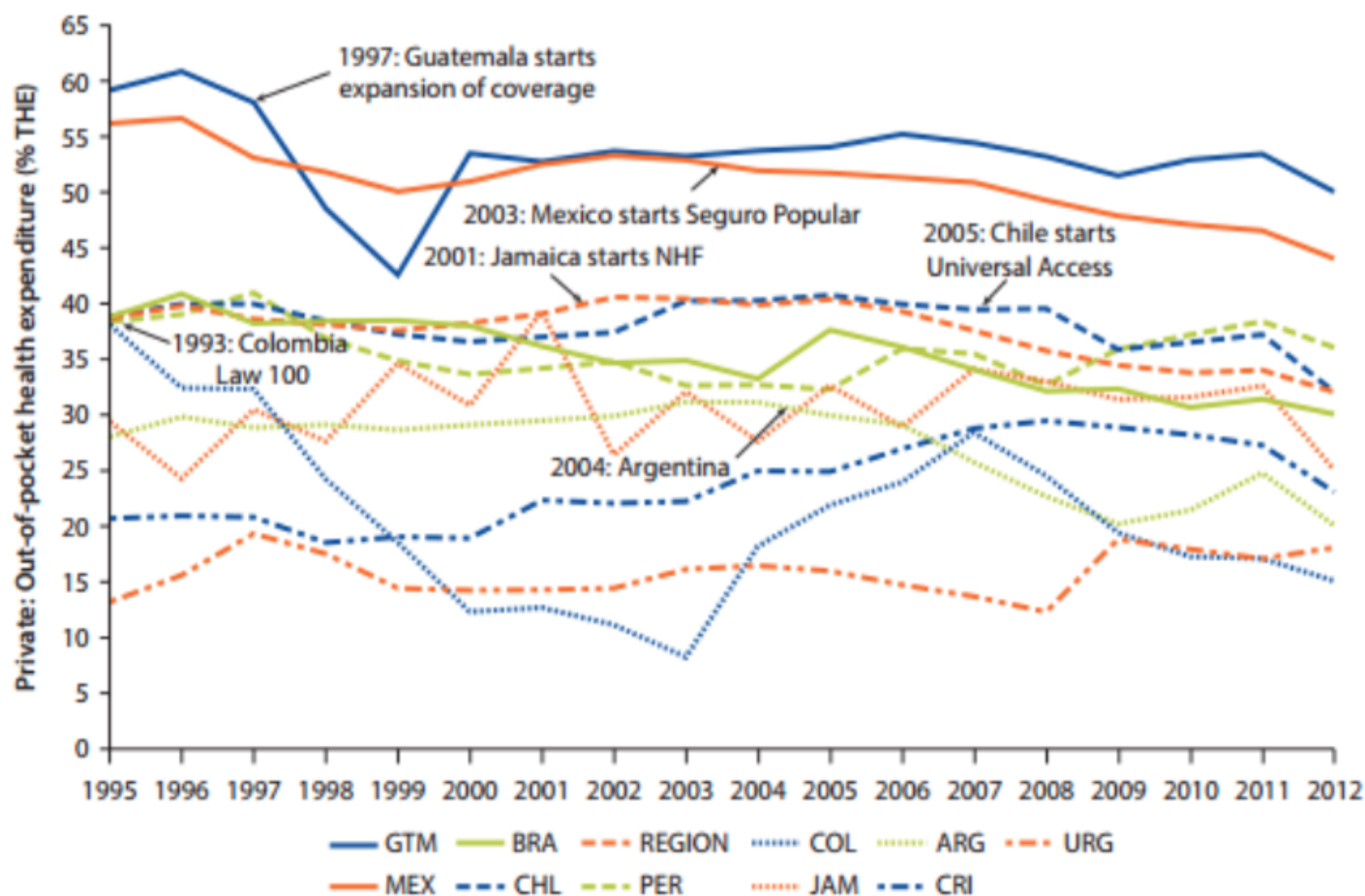
Obligaciones del aseguramiento II

- Atención ambulatoria y hospitalaria
- Cobertura de beneficios POS No POS
- P y P
- Incapacidades y pensiones
- Servicios sociales
- GIRS a sanos

Protección al bolsillo A.Latina

Comparación gasto de bolsillo/gasto total en salud

Figure 2.10 Out-of-Pocket Health Expenditures as a Share of Total Health Expenditure, 1995–2012

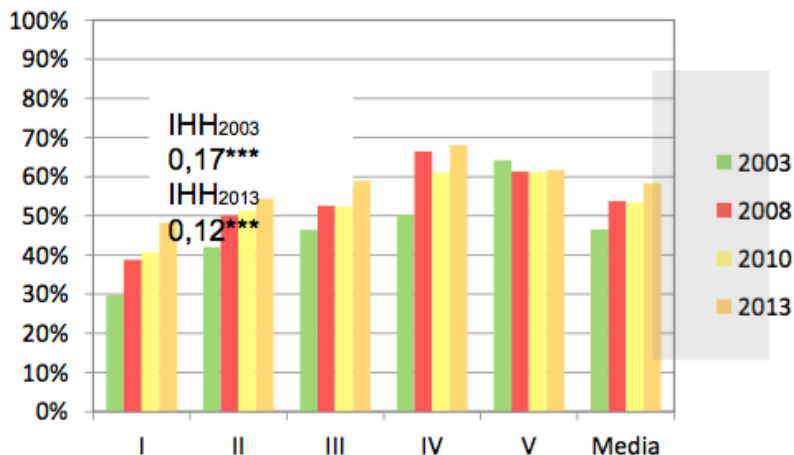
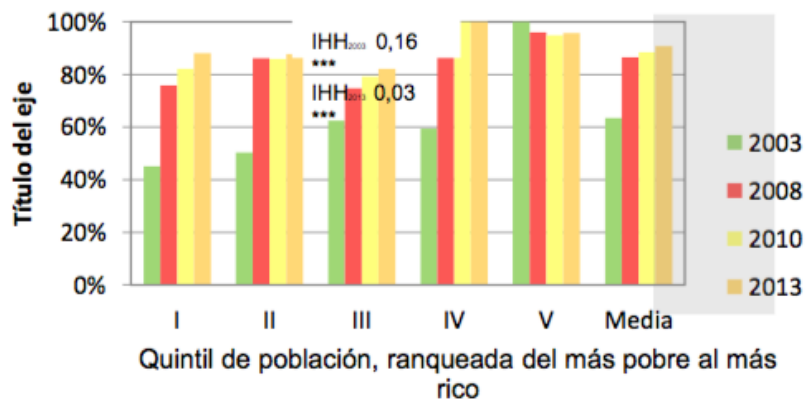


Fuente: Dmytraczenko, T., Almeida, G., & eds. (2015). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. World Bank Publications

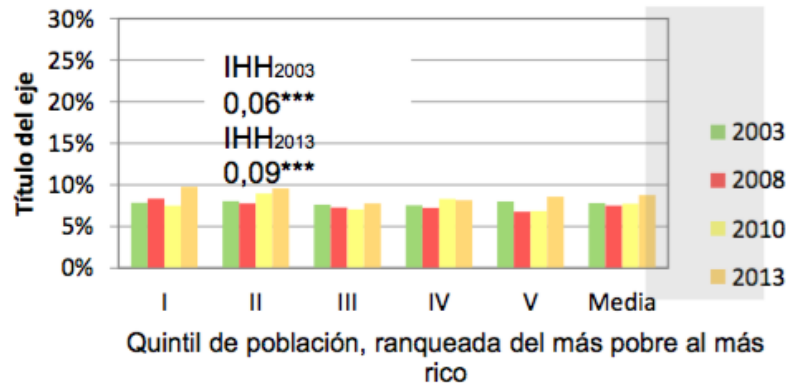
Acceso equitativo a servicios

Equidad en la prestación de los servicios

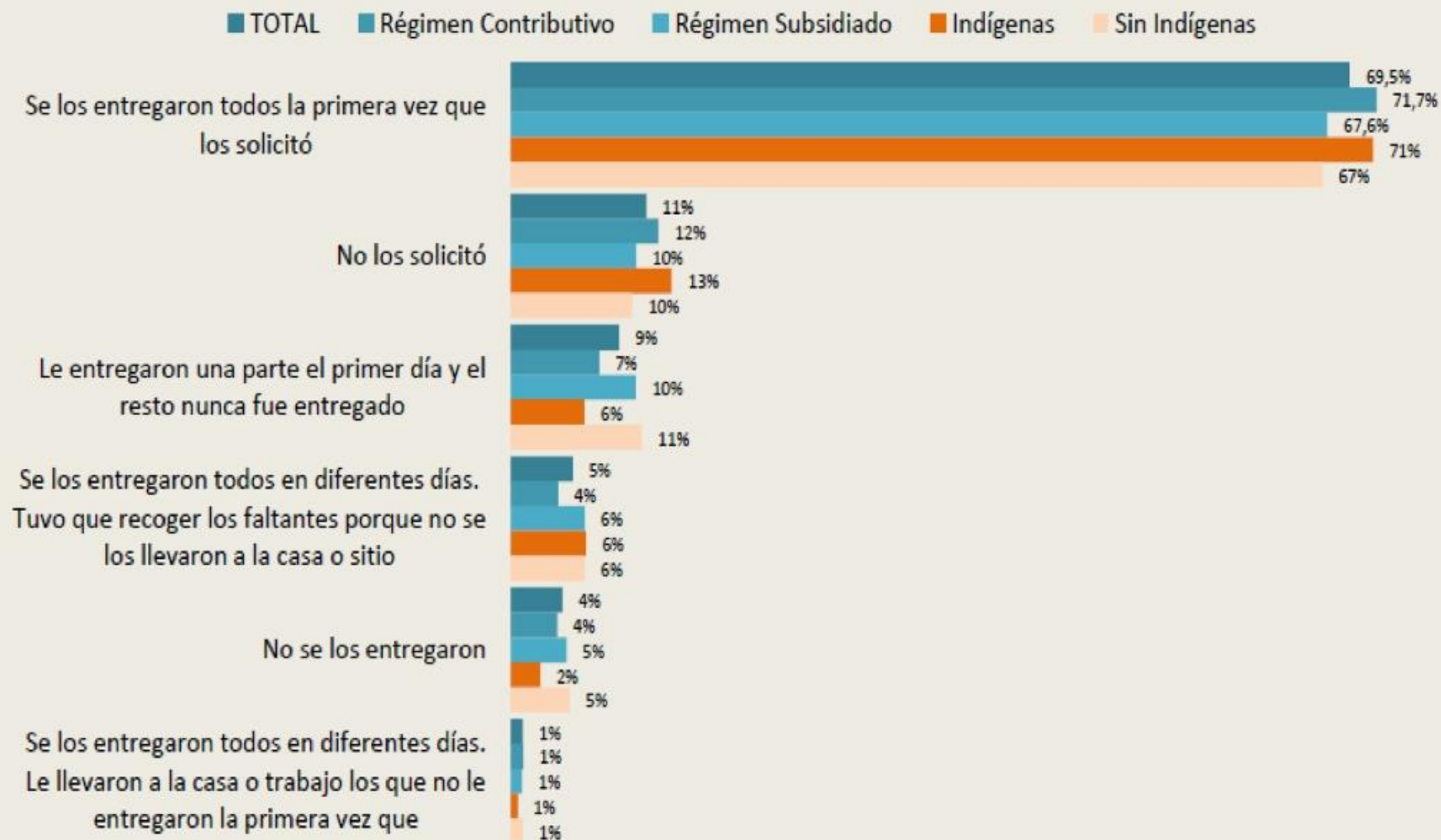
Afiliación al SGSSS



Uso de servicios hospitalarios



¿La última vez que le formularon medicamentos?



Interrelación demanda/oferta

- Ambulatorios cercanos y resolutivos
- Oferta de especialistas
- Camas hospitalarias
- Tecnología de punta

Limitaciones económicas al acceso

- PIB Salud por países
- Gasto en las personas por países

Gasto en Salud Alrededor del Mundo

Septiembre 2011

HOY Colombia se gasta alrededor de \$40 billones

\$40.000.000.000.000

45.000.000 ↓

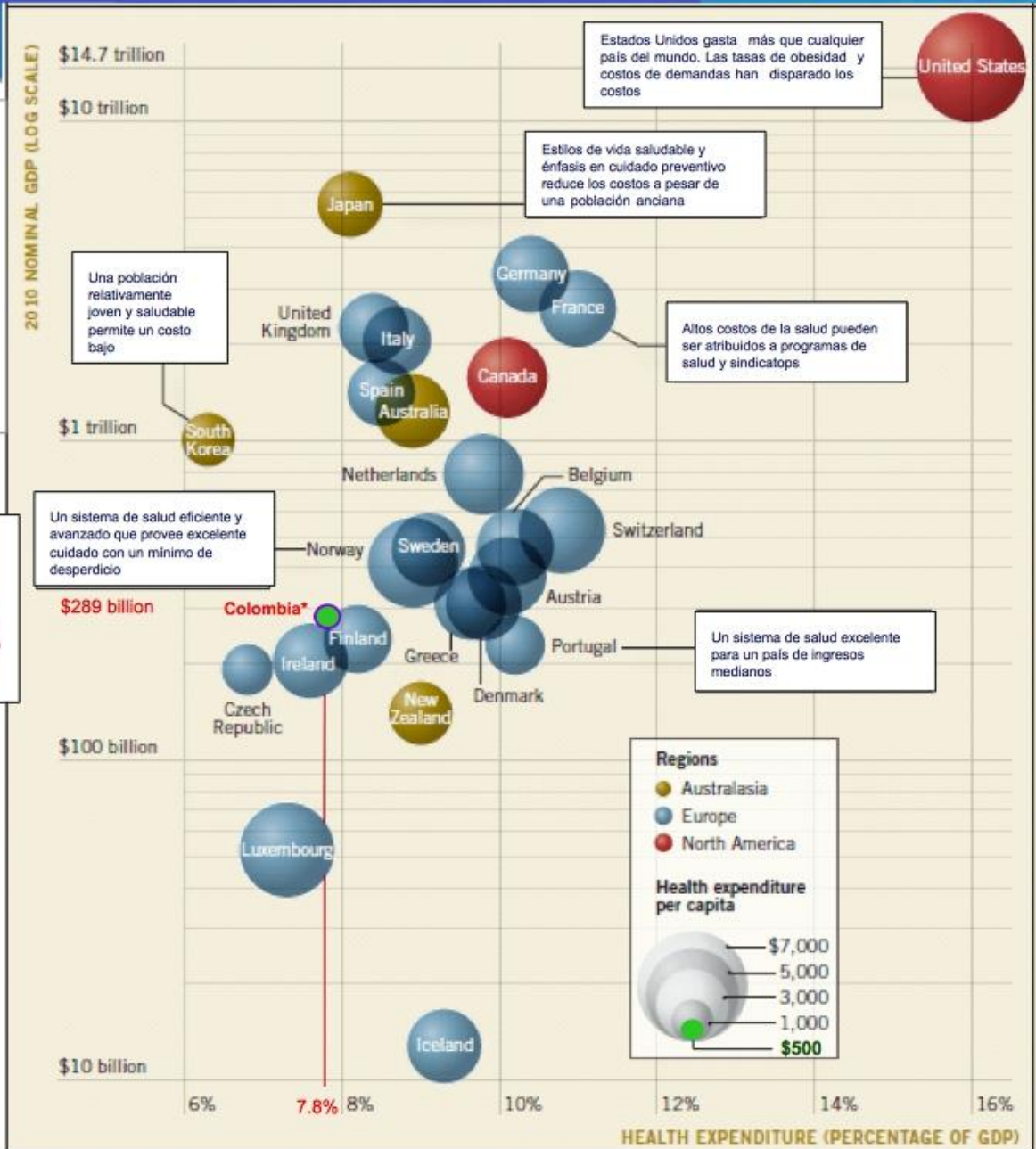
= \$888.888/año/ ↓

= U\$ 493/año/ ↓

Un sistema de salud joven que logró quintuplicar su cobertura en menos de 20 años. En crisis por la falta de rectoría y estabilidad jurídica que han desbordado en costo para el país con resultados inciertos

*Datos de Colombia agregados a la gráfica de FTI

NOTA: \$1 billon en este contexto (anglosajón) = \$1000 millones



Ingresos y gastos en salud

Gasto per capita USA \$8.500 PIB 17%

Noruega \$7.000 UE \$4.500 PIB 9%

Gasto per capita America Latina

– México US 640 Chile US 720 Brasil US 780

– PIB Salud promedio 6.6%

- Gasto colombiano 2016

– R. Contributivo US \$ 220 R. Subsidiado US 200

– Gasto total US \$ 330

– PIB Salud 6.8 %

El MIAS y el acceso

- ¿Puede el MIAS ayudar?
- Puede ayudar, si...
- Se simplifica el acceso (Habilitación)
- Se fortalecen los equipos primarios
- Se mejora el sistema de información
- Se fortalece la APS ambulatoria
- Se estandarizan diagnósticos y tratamientos

Sistemas de salud y acceso

- Sistema de aseguramiento actual
- Sistema administrado por el gobierno
- Sistema de libertad sin aseguramiento

Las barreras de acceso no se deben al sistema de aseguramiento, se deben a:

- Limitación de los recursos financieros
- Insuficiencia de oferta
- Ambigüedad en los planes de beneficios
- Reglamentación inadecuada y excesiva