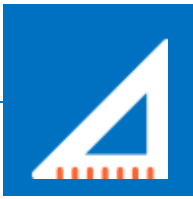


Haciendo lo que decimos: Re- imaginándonos los sistemas de Atención Primaria en Salud después del COVID-19

Manuela Villar Uribe
Banco Mundial
25 de octubre, 2021



El Perfil de Signos Vitales para Colombia

Colombia Perfil de signos vitales de la atención primaria de salud



FINANCIAMIENTO

Gasto en APS:



Priorización de la APS:

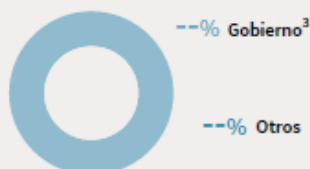
Gasto general en salud¹



Gasto gubernamental en salud²



Fuentes de gastos en APS:



CAPACIDAD

Modelo de Progresión de APS⁴

Gobierno



Insumos



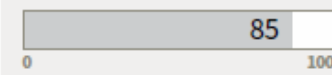
Gestión de la Salud de la Población y de las Instalaciones



DESEMPEÑO

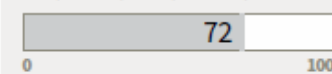
Índice de acceso⁵

ECV, Obs Calidad, 2019, Enc Salud Mental, 2015



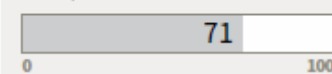
Índice de calidad⁶

BDUA, Eval EPSs, Obs Cal, Suficiencia, 2019



Índice de cobertura de servicios

Obs Calidad 2018, Cuenta de Alto costo 2019, SIVIGILA/RIPS 2018



EQUIDAD

Acceso: % con barreras percibidas por costos, por régimen de bienestar

Encuesta Calidad de Vida 2019



Cubrimiento de servicios de RMNCH⁶, por educación de la madre

ECV 2017, ENDS 2015



Resultados: Menores⁷ de 5 años, por residencia

Sistema de Estadísticas Nacional (DANE) 2018



CONTEXTO DE PAÍS

PIB per capita

(Dólares Internacionales PPA) WDI (2019)

\$15,644

En Pobreza

(Menos de \$ 1.90 dólares internacionales / día) WDI (2018)

4%

Gasto Gubernamental en Salud como % del PIB⁸

WHO GHED (2017)

5%

Esperanza de vida al nacer

(Años) Global Health Observatory (2018)

77

Mortalidad Materna

(Por 100.000 nacidos vivos) Global Health Observatory (2018)

83

Mortalidad neonatal

(Por cada 1.000 nacidos vivos) Global Health Observatory (2018)

8

Mortalidad prematura por ENT⁹

(Probabilidad) Global Health Observatory (2016)

16%

Causas de muerte

Global Health Observatory (2016)



Nota: Los valores de las indicaciones presentados aquí pueden diferir de las fuentes de datos de los países debido al uso de categorías y métodos estandarizados para mejorar la comparabilidad internacional. Consulte la hoja de descripción del indicador para obtener más detalles.
 Nota: Las indicaciones para las dimensiones de capacidad, desempeño y equidad están calificadas por colores para reflejar un desempeño: bueno (verde), medio (amarillo) y deficiente (rojo), cuando se dispone de datos comparables. Las dimensiones de cobertura, acceso y equidad están calificadas por colores cuando los datos de los países no comparables se muestran en gris. Las indicaciones financieras no están calificadas por colores porque estas indicaciones carecen de objetivos comunes.

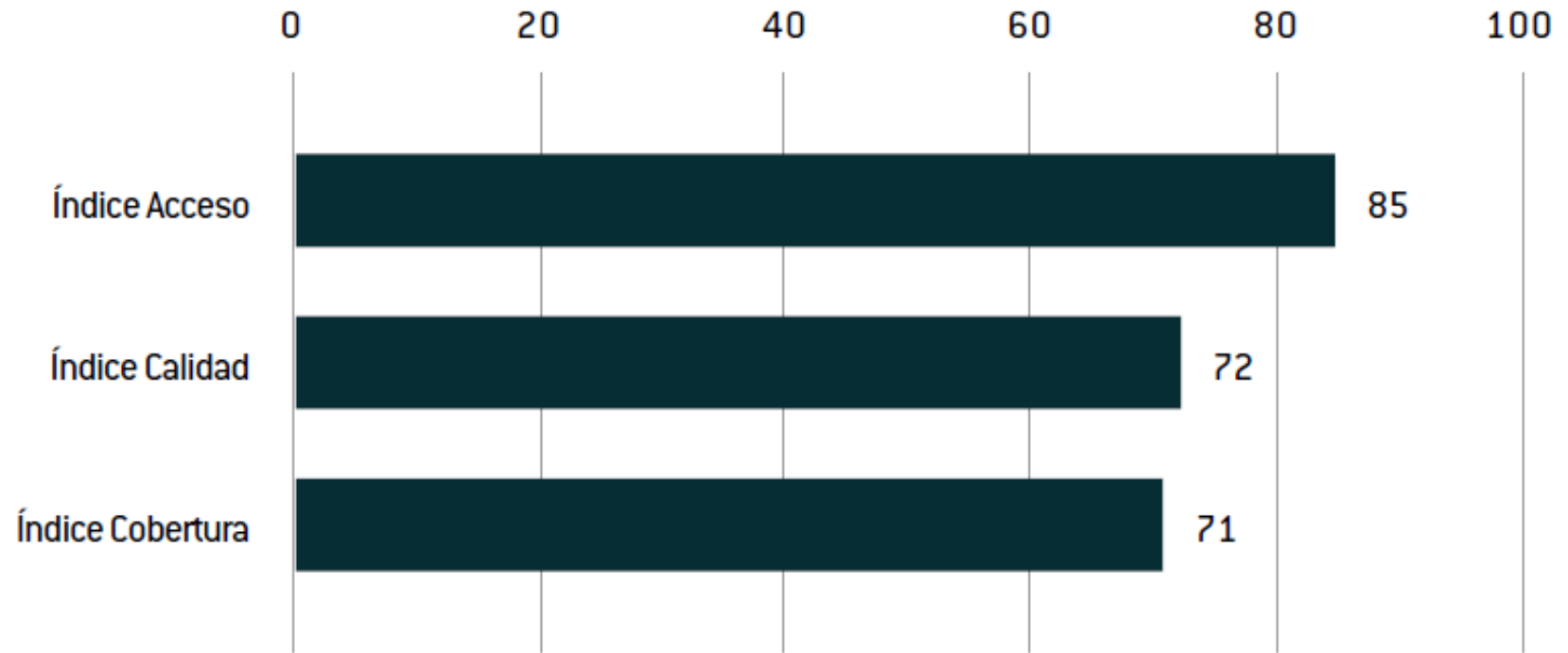
1. Costo contenido en APS como% del gasto contenido en salud (CSC)
 2. Gasto gubernamental en APS como porcentaje del gasto gubernamental en salud total
 3. Gasto nacional en APS del gobierno general como porcentaje del gasto contenido en APS
 4. El modelo de progresión de la APS utiliza múltiples rúbricas para evaluar las capacidades fundamentales de la APS en una escala del 1 (paso) al 4 (paso)
 5. Dado que en cada país se utilizan diferentes datos /indicaciones, es posible que los valores del índice compuesto no sean comparables entre países. Consulte la página 2 para conocer las indicaciones específicas utilizadas en este PSI.

6. El índice de cobertura compuesto se usa para medir el progreso que refleja la cobertura de ocho intervenciones de SMR a lo largo del continuo de la atención (https://www.who.int/teams/ncpi/ncpi-report_2016/en)
 7. Muertes de niños antes de los 5 años por cada 1.000 nacidos vivos
 8. Gasto nacional en salud del gobierno general como porcentaje del producto interno bruto (PIB)
 9. Probabilidad de morir antes de los 20 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica.
 10. Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.
 Última actualización 10/2020



Resultados

Resultados del desempeño de la APS en Colombia

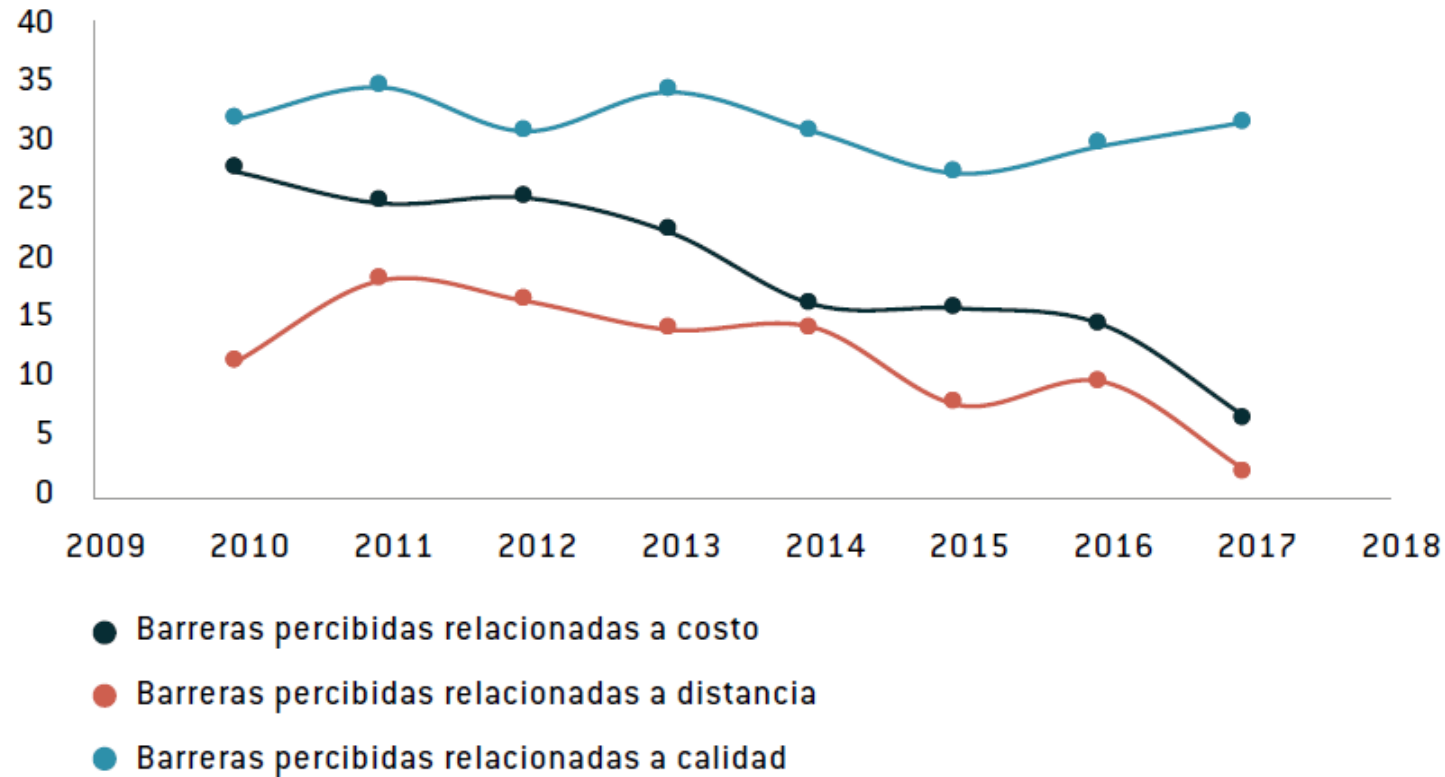


Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de PHCPI.



Acceso a Servicios de Atención Primaria

Barreras de acceso percibidas por los derechohabientes del sistema de salud, Colombia 2010-2017

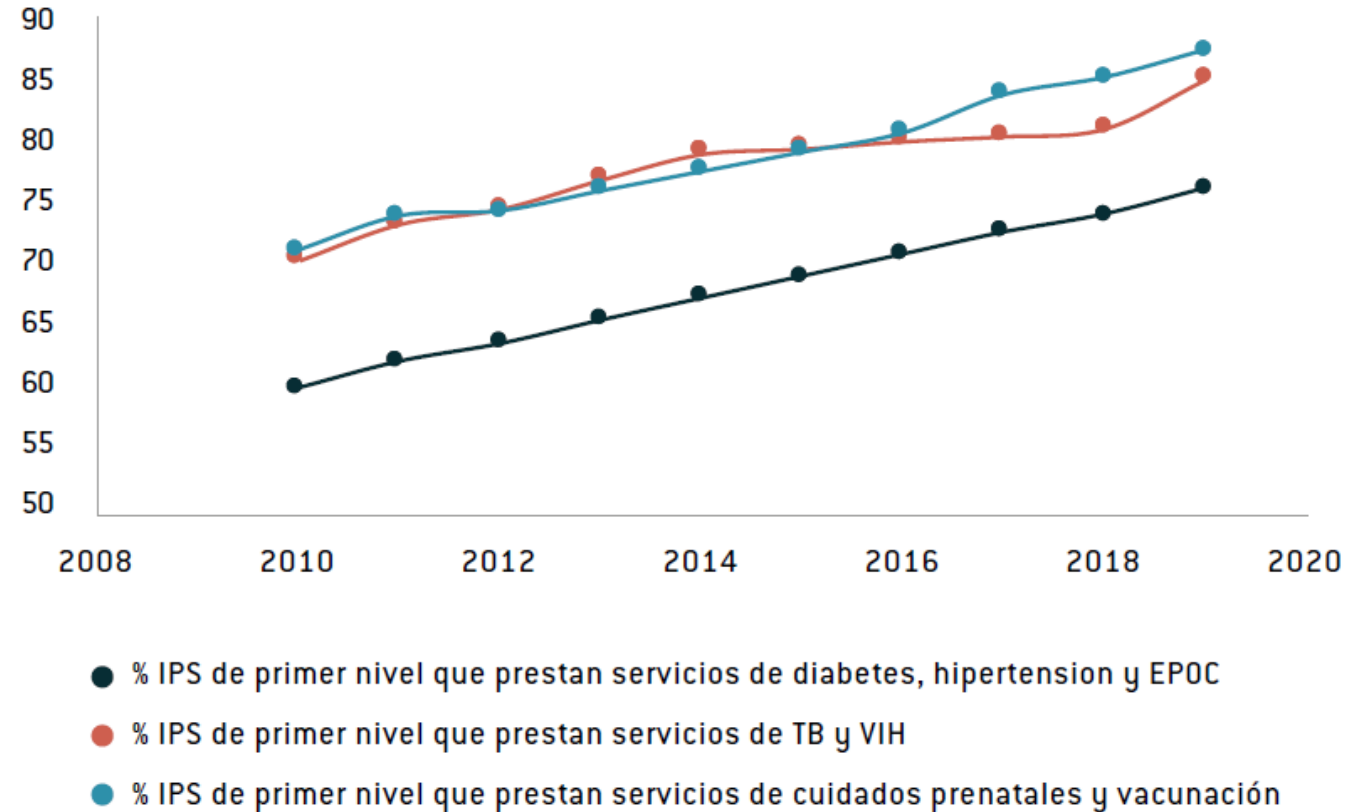


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Encuesta de Calidad de Vida 2010-2017, DANE.



Exhaustividad en los servicios disponibles para la población

Porcentaje de IPS que prestan servicios para enfermedades crónicas, infecciosas y materno-infantiles, Colombia 2010-2019

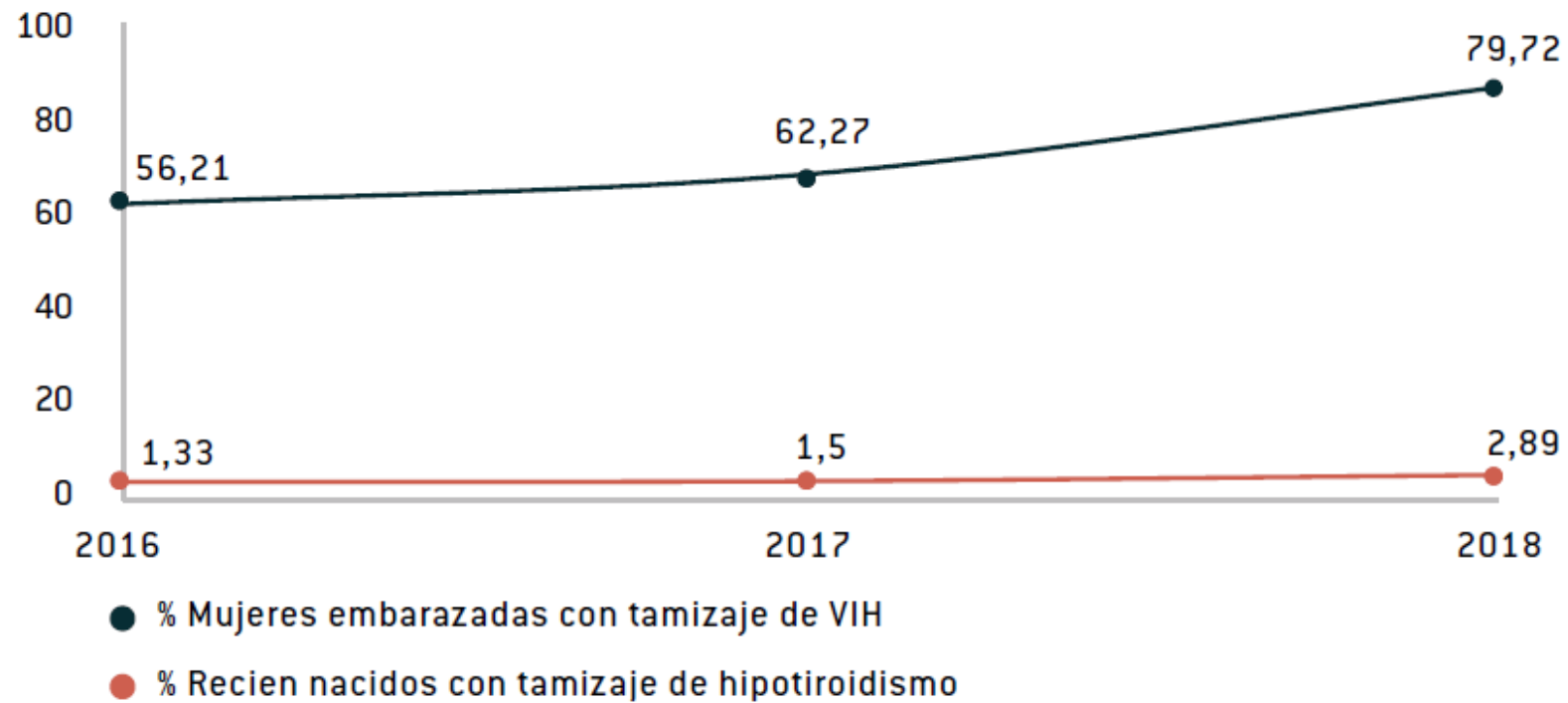


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA-MSPS), 2010-2019.



Adherencia a las guías clínicas

Porcentaje de pacientes que reciben servicios según las guías clínicas, Colombia 2016-2018

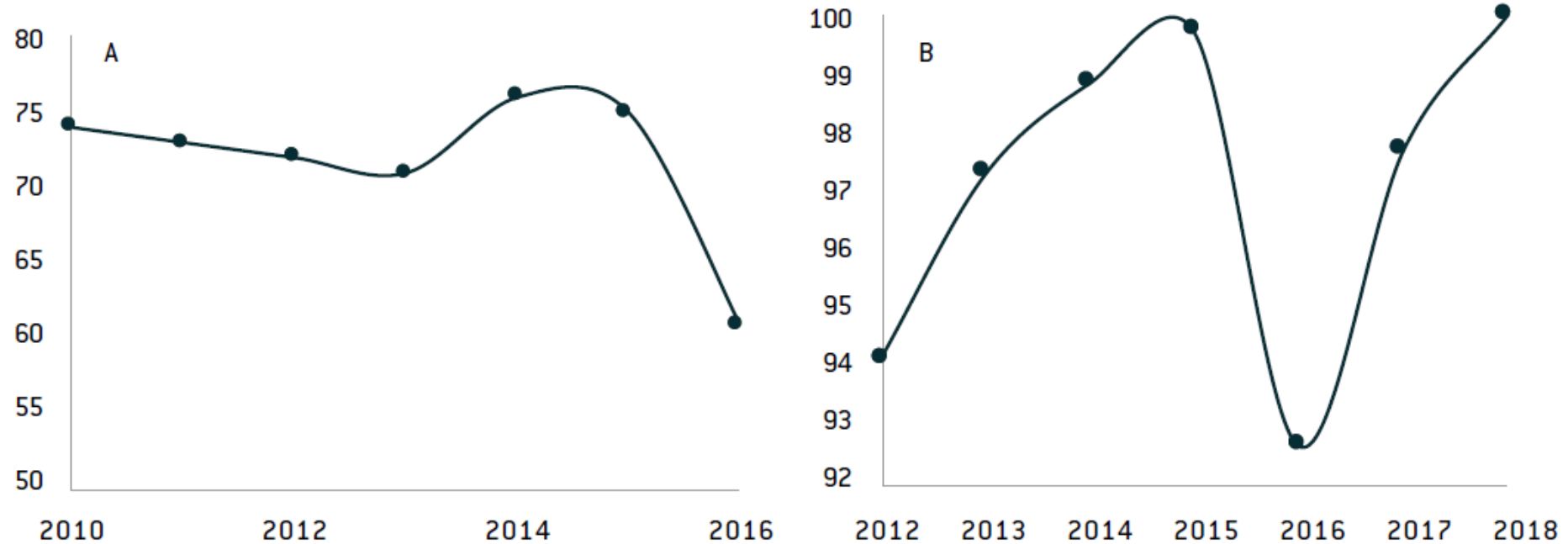


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio Nacional de Calidad del MSPS.



Continuidad en la atención

Continuidad en la atención en salud, Colombia 2010-2018



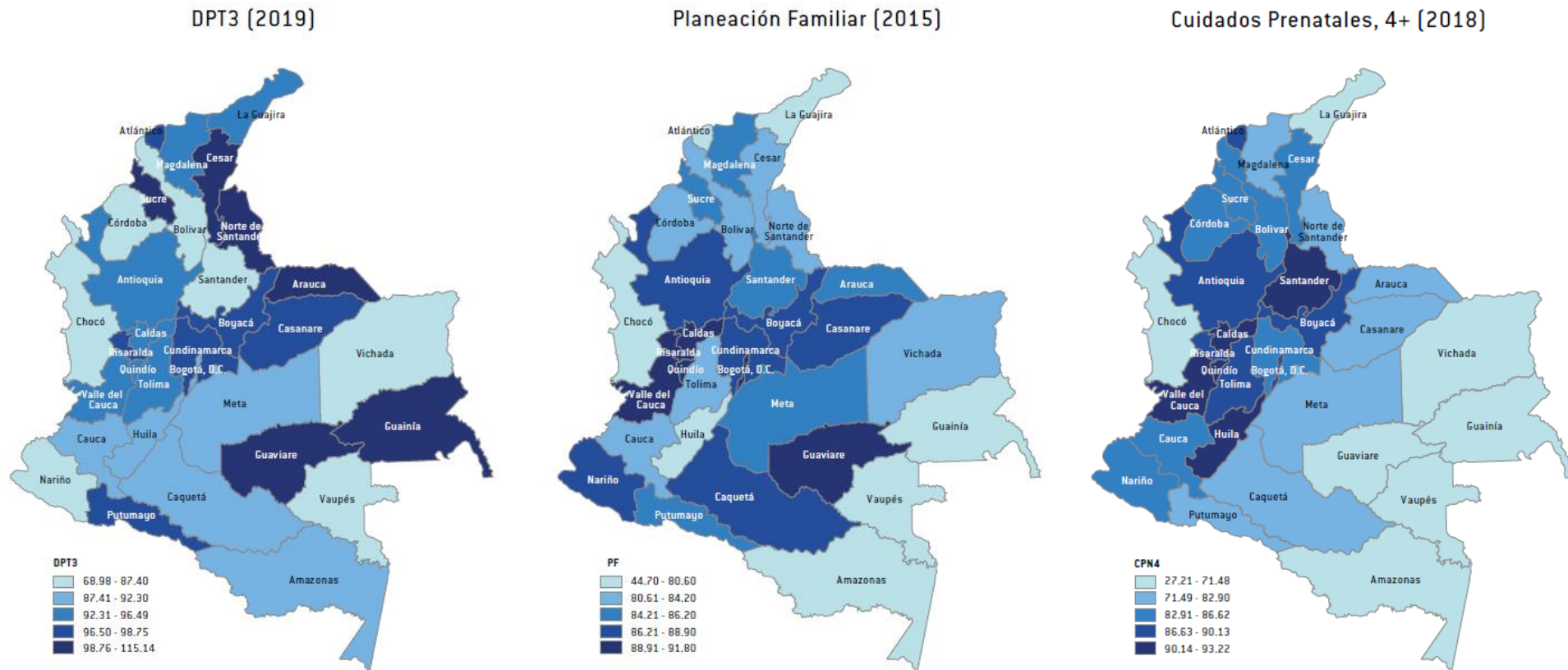
Nota: **A.** Pacientes con Tb tratada y curada. **B.** Porcentaje de niños menores de 1 año que recibieron la tercera dosis de DPT/pentavalente después de haber recibido la primera.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS 2010-2016 y del PAI 2012-2018 (MSPS).



Equidad en la cobertura de servicios materno-infantiles

Porcentaje de cobertura efectiva de servicios materno-infantiles, Colombia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de PAI 2019 (MSPS), ENDS 2015 (MSPS), EEVV 2018 (DANE).



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Debilidades

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Debilidades

Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Sistemas de información que incluyen datos de toda la población

Debilidades

Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Sistemas de información que incluyen datos de toda la población

Debilidades

Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas

Uso limitado de información para la toma de decisiones a nivel local



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Sistemas de información que incluyen datos de toda la población

Infraestructura para la evaluación de la calidad

Debilidades

Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas

Uso limitado de información para la toma de decisiones a nivel local



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Sistemas de información que incluyen datos de toda la población

Infraestructura para la evaluación de la calidad

Debilidades

Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas

Uso limitado de información para la toma de decisiones a nivel local

Limitada disponibilidad de talento humano en municipios pequeños y rurales



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Sistemas de información que incluyen datos de toda la población

Infraestructura para la evaluación de la calidad

Alta disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos básicos en casi todo el país

Debilidades

Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas

Uso limitado de información para la toma de decisiones a nivel local

Limitada disponibilidad de talento humano en municipios pequeños y rurales



¿Qué puede explicar estos resultados?

Fortalezas

Normativa para implementar modelos de APS (MAIS, MAITE)

Sistemas de información que incluyen datos de toda la población

Infraestructura para la evaluación de la calidad

Alta disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos básicos en casi todo el país

Debilidades

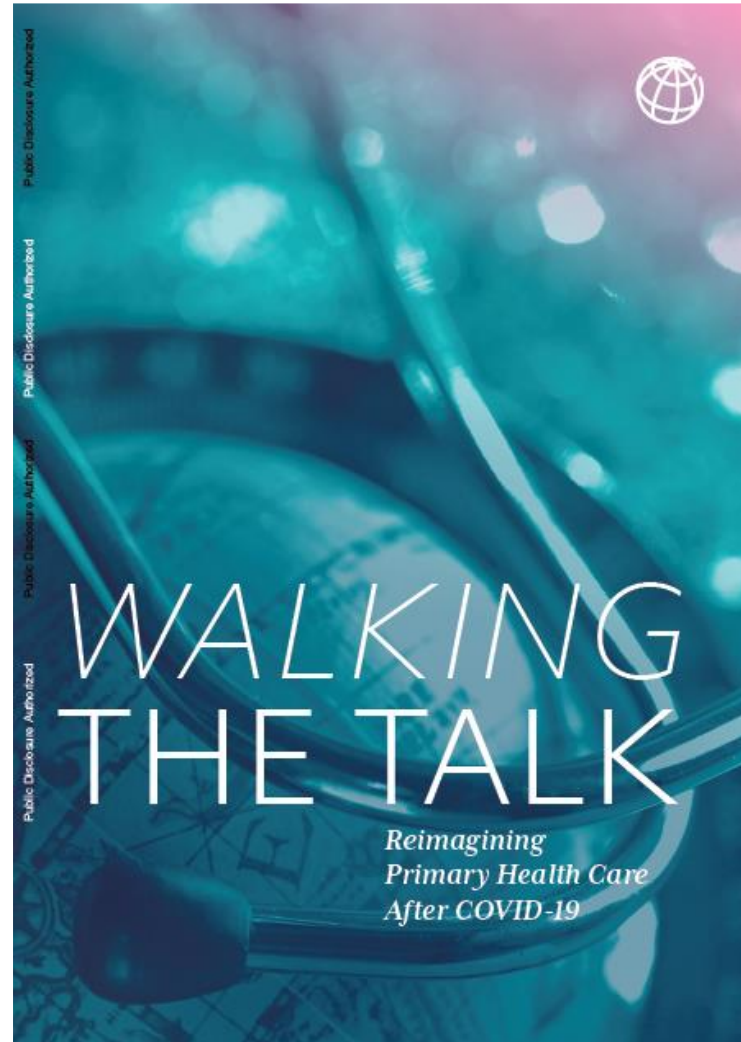
Definiciones de competencias para diferentes actores son confusas

Uso limitado de información para la toma de decisiones a nivel local

Limitada disponibilidad de talento humano en municipios pequeños y rurales

Limitada participación comunitaria en las decisiones de salud a nivel local

Cuatro cambios estructurales



Cuatro cambios estructurales

De servicios de APS de baja calidad a

Servicios de APS de alta calidad para todos

De servicios fragmentados a

Servicios integrados centrados en la persona

De inequidad a

Justicia y rendición de cuentas

De la fragilidad a

Resiliencia

1

El “Cómo” se reforma un sistema de APS: Áreas de Acción

Cuidados basados en equipos multidisciplinarios

- **Evaluar las fortalezas y deficiencias del personal de salud** y planificar la transición a cuidados basados en equipos. Los países pueden reactivar la composición de su equipo de APS y estrategias de ‘empanelment’ a través de una evaluación de la situación y un plan de transición hacia cuidados en equipo.
- Aprovechar la **tecnología de la información** en los primeros niveles de atención. Las herramientas digitales pueden fomentar la transparencia y la rendición de cuentas en la APS. Los países pueden lograr mejoras en la eficiencia mejorando las capacidades de análisis de datos al nivel de los equipos de atención locales.

2

El “Cómo” se reforma un sistema de APS: Áreas de Acción

Construcción de un talento humano para la salud, multi-profesional

- **Lanzar reformas de educación médica multidisciplinarias.** Estrategias para la educación médica desarrollarán las habilidades para la atención en equipo y centrada en la comunidad.
- **Reformar los sistemas de pago para los proveedores** para promover la práctica rural y generalista. Los países pueden utilizar opciones basadas en evidencia para compensar desequilibrios y redistribuir el personal sanitario.
- **Ampliar los sistemas de acreditación escalonados, ligados a la política de reembolso.** Los gobiernos pueden colaborar con el sector privado para aprovechar su talento APS, al mismo tiempo en que mejoran la calidad de la atención y su asequibilidad. Las políticas de reembolso y compras estratégicas pueden incentivar la participación del sector privado en un sistema de acreditación escalonado.

3

El “Cómo” se reforma un sistema de APS: Áreas de Acción

Financiamiento de sistema de APS basado en la salud pública

- **Financiar la APS a través del gasto del gobierno general, sin cobros directos al usuario.** Los países obtienen mejores resultados cuando financian la APS a través de ingresos del gobierno. Los servicios de APS deben ser gratuitos en el lugar de atención.
- **Implementar impuestos saludables.** Los países frecuentemente pueden aumentar los ingresos fiscales implementando o aumentando los impuestos a favor de la salud sobre productos nocivos, especialmente tabaco, alcohol y azúcar.
- **Aprovechar la reformas de pagos a proveedores para promover la atención en equipo, la coordinación y la calidad.** Los países pueden expandir el uso de compras estratégicas / basadas en valor para facilitar modelos de atención en equipo. Las opiniones de los pacientes deben escucharse al diseñar mecanismos de pago a proveedores.
- **Crear un marco de rendición de cuentas que vincule los recursos con los resultados.** Recurso la movilización tiende a ser más exitosa cuando va acompañada de un fuerte marco de rendición de cuentas. Medición transparente del financiamiento de APS, que ha sido un eslabón débil en muchos países, es fundamental



¡Muchas Gracias!