

Sao Pablo, junio 07 y 08 de 2010



Las políticas públicas de Salud-e en Iberoamérica: Estado de avance y desafíos para la inclusión social

Andrés Fernández

División de Desarrollo Social
andres.fernandez@cepal.org



FRAGILIDAD Y UNIDAD

CEPAL



UNION EUROPEA

Estructura de la presentación

- ¿Qué es la CEPAL?
- El Plan Regional “eLAC”: metas de salud y rol de la CEPAL
- Inequidades y exclusión social en salud
- Envejecimiento y urbanización
- Avances demostrativos en la región
- El caso de España
- La promesa y los desafíos

¿Qué es la CEPAL?

- La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) nace en 1948.
- Es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas y su sede está en Santiago de Chile. Se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo. Posteriormente, su labor se amplió a los países del Caribe y se incorporó el objetivo de promover el desarrollo social.
- La CEPAL tiene dos sedes subregionales, una para América Central, (México, D.F.) y otra para el Caribe (Puerto España), establecidas en junio de 1951 y en diciembre de 1966, respectivamente. Además, tiene oficinas nacionales en Buenos Aires, Brasilia, Montevideo y Bogotá y una oficina de enlace en Washington, D.C.

El Plan eLAC

- Esfuerzo regional para lograr **crecimiento con equidad**, promoviendo el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) a favor de un desarrollo humano y social más integral.

- El **eLAC2010** incluye ajustes a las prioridades de la región en cuanto al acceso, uso y capacidades relacionados a las TIC, en seis áreas temáticas:
 1. Educación
 2. Acceso e infraestructura
 3. **Salud (tercera prioridad)**
 4. Gestión pública
 5. Sector productivo
 6. Instrumentos de políticas y estrategias

Origen de la iniciativa eLAC

Cumbres mundiales
de Sociedad de la
Información

Ginebra 2003

Túnez 2005



Plan global (167 metas)

Conferencias
Regionales

Río de Janeiro,
Junio 2005

Plan de Acción Regional sobre la
Sociedad de la Información en
América Latina y el Caribe,
eLAC2007 (30 metas)

San Salvador,
Febrero 2008

Plan de Acción Regional,
eLAC2010 (83 metas)

Lima,
Noviembre 2010

Se prepara la consulta pública
para formular un nuevo Plan de
Acción Regional, eLAC 2015

Las metas de salud en los planes regionales (1)

2007



2010

Conectividad a Internet de centros de salud (un tercio o duplicar).

Capacitación en TIC a personal de salud.

Redes nacionales de servicios de salud (público / privado / sociedad civil).

Redes regionales de información de salud.

Establecer **servicios de salud electrónicos** (70% de los centros y 80% de los hospitales, o duplicar).

Se mantiene capacitación general (80% del personal) y específica **grupo objetivo** (tomadores de decisión) y **contenidos** (planificación y operación de servicios).

Enlazar portales nacionales de salud con miras a establecer una red regional.

Se agrega la adopción de estándares para interoperabilidad, intercambio de software, interacción de aplicaciones y la interconexión de portales y bibliotecas virtuales de salud.

Las metas de salud en los planes regionales (2)

Nuevas especificaciones en metas eLAC 2010

Formulación de **políticas públicas** de TIC y Salud centradas en la persona y la continuidad de los servicios.

Lograr que centros de salud y hospitales (70%) trabajen con software o aplicaciones para la **gestión y planificación** de procesos, garantizando su interoperabilidad.

Formación de **grupo de trabajo** responsable de realizar el diagnóstico situacional, identificar los desafíos regionales y las mejores prácticas, así como emitir recomendaciones que faciliten la transferencia del conocimiento y la adopción de estándares.

El rol de la CEPAL en eLAC

- **Apoyo técnico** al Mecanismo Regional de Seguimiento,
 - estudios, estadísticas e informaciones sustantivas sobre la sociedad de la información y políticas públicas asociadas;
 - mantenimiento y expansión de un espacio colaborativo;
 - cooperación para la organización de reuniones técnicas.

- **Apoyo técnico** a la Mesa Directiva a fin de buscar sinergias con las iniciativas de organismos internacionales que puedan contribuir con las metas del Plan eLAC.

- Las tareas implicadas en los puntos anteriores, entre otras, se realizan en el marco del Programa “Alianza para el desarrollo de la Sociedad de la Información” (@LIS) de la **Comisión Europea**.

Grupo de Trabajo de Salud de eLAC

- Personas vinculadas a instituciones académicas, asociaciones de profesionales y otras organizaciones de la sociedad civil (participan a título personal).
- Provenientes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela.
- Primera reunión de trabajo: “Taller de seguimiento y análisis de políticas y metas regionales de salud electrónica y telemedicina”, Santiago 30 Nov – 01 Dic.
- Contribuciones para un diagnóstico regional: diseño “ficha país”. Estudio en ejecución.
- Contribuciones para la identificación de prioridades de política (a presentarse en este encuentro).
- Conformación de grupo de expertos para cooperación Sur-Sur y colaboración UE-LAC.

Los desafíos en salud

- Aún cuando hay avances significativos en la región respecto de los niveles de salud de la población, estos son muy insuficientes.
- La exclusión social persiste. Las tendencias disímiles acusan los efectos de las brechas por grupos étnicos, área de residencia, nivel de instrucción de la madre y estatus socioeconómico del hogar .

La región muestra un notable progreso en la reducción de la mortalidad infantil, pero aun se encuentra muy atrás en relación a los países desarrollados

Distintas Regiones: Evolución de la mortalidad infantil (tasa x mil N.V.) 1990 - 2009

Región	Años		Var (%)
	1990	2009	
Mundo	63.2	46.0	-27.2
África	103.9	80.8	-22.2
Asia	61.4	39.9	-35.1
Oceanía	31.1	21.9	-29.5
LAC	42.7	20.6	-51.7
Europa	14.2	6.8	-52.1
Am. del Norte	8.2	5.7	-31.1

Fuente: elaboración propia sobre World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat,

El progreso puede apreciarse en todos los países de la región, pero con una persistente heterogeneidad.

América Latina y el Caribe (países seleccionados): Evolución de la mortalidad infantil 1990 - 2009

Países	Años		Países	Años	
	1990	2009		1990	2009
Cu	15.6	4.8	Ec	49.9	20.0
Cl	16.3	7.0	Sv	47.1	20.0
Cr	16.0	9.7	Ni	56.5	20.0
Uy	21.4	12.7	Br	47.5	22.5
Ar	25.8	12.9	Jm	27.8	22.5
Mx	36.3	15.6	Tt	28.7	25.1
Ve	25.0	16.4	Hn	48.0	27.2
Pa	28.3	17.5	Gt	61.0	27.6
Pe	57.8	18.5	Do	55.3	28.0
Co	31.5	18.7	Py	44.8	31.0
LAC	42.7	20.6	Bo	82.6	42.6
			Ht	92.7	46.6

Similar tendencia y heterogeneidad se aprecia en el caso de la mortalidad en menores de cinco años de edad.

**América Latina y el Caribe (países seleccionados):
Evolución de la mortalidad en menores de cinco 1990 - 2009**

País	Año		País	Año	
	1990	2009		1990	2009
Cu	18.9	7.7	Jm	33.9	27.1
Cl	19.1	8.5	Br	60.1	27.6
Cr	18.4	11.2	Pe	85.1	30.7
Ar	30.1	14.9	Do	64.2	31.3
Uy	24.3	15.8	Tt	35.2	32.1
Mx	44.2	18.9	Gt	85.5	36.5
Ve	31.6	21.1	Py	57.8	37.0
Pa	35.9	22.9	Hn	70.8	40.2
Ni	75.9	23.8	Bo	114.6	57.1
Ec	65.5	24.4	Ht	137.3	68.2
Sv	64.8	24.6			
Co	42.5	25.3			
LAC	55.5	26.2			

- La región no avanza de manera manifiesta hacia la meta de reducir en tres cuartas partes la incidencia de la **mortalidad materna** al 2015. Se trata de un cuadro muy desfavorable con respecto a las regiones desarrolladas, cuyas tasas no superan las 10 muertes por cada 100 mil nacidos vivos.

**América Latina y el Caribe (países seleccionados):
Tendencia de la mortalidad materna 2000 - 2008**

Países	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Fin. / Inicial
Do		69.0	82.0	63.0	75.3	91.7	80.0	72.8	86.3	1.25
Ar	35.0	43.5	46.1	43.6	40.1	39.2	47.8	43.7		1.25
Cu	40.4	33.9	41.1	39.5	38.5	51.4	49.4	31.1	46.5	1.15
Br	73.3	70.9	75.9	73.0	76.1	74.7	77.2			1.05
Cl	18.7		16.7	13.4	17.3	19.8	18.1	18.2		0.97
Ve		60.1	67.2	68.0	57.8		59.9		56.8	0.95
Ni		87.0	95.6	82.8	87.3	86.5	90.4	76.5		0.88
Mx	72.6	70.8	59.9	62.6	60.9	61.8	58.6	55.6	57.2	0.79
Py	164.0	159.7	182.1	174.1	153.5	128.5	121.4	127.3		0.78
Co	104.9	98.6	84.4	77.8	78.7	78.7	72.9	70.0	75.6	0.72
Cr	35.8	31.4	38.0	32.9	30.5	36.3	39.3	19.1		0.53

Fuente: PAHO, Health Information and Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic indicators. Versiones 2007 y 2009. <http://www.paho.org/english/sha/coredata/tabulator/newtabulator.htm>.

Existen grandes inequidades tanto en el acceso como en la calidad de la salud en América Latina y El Caribe

Dimensiones del concepto de acceso

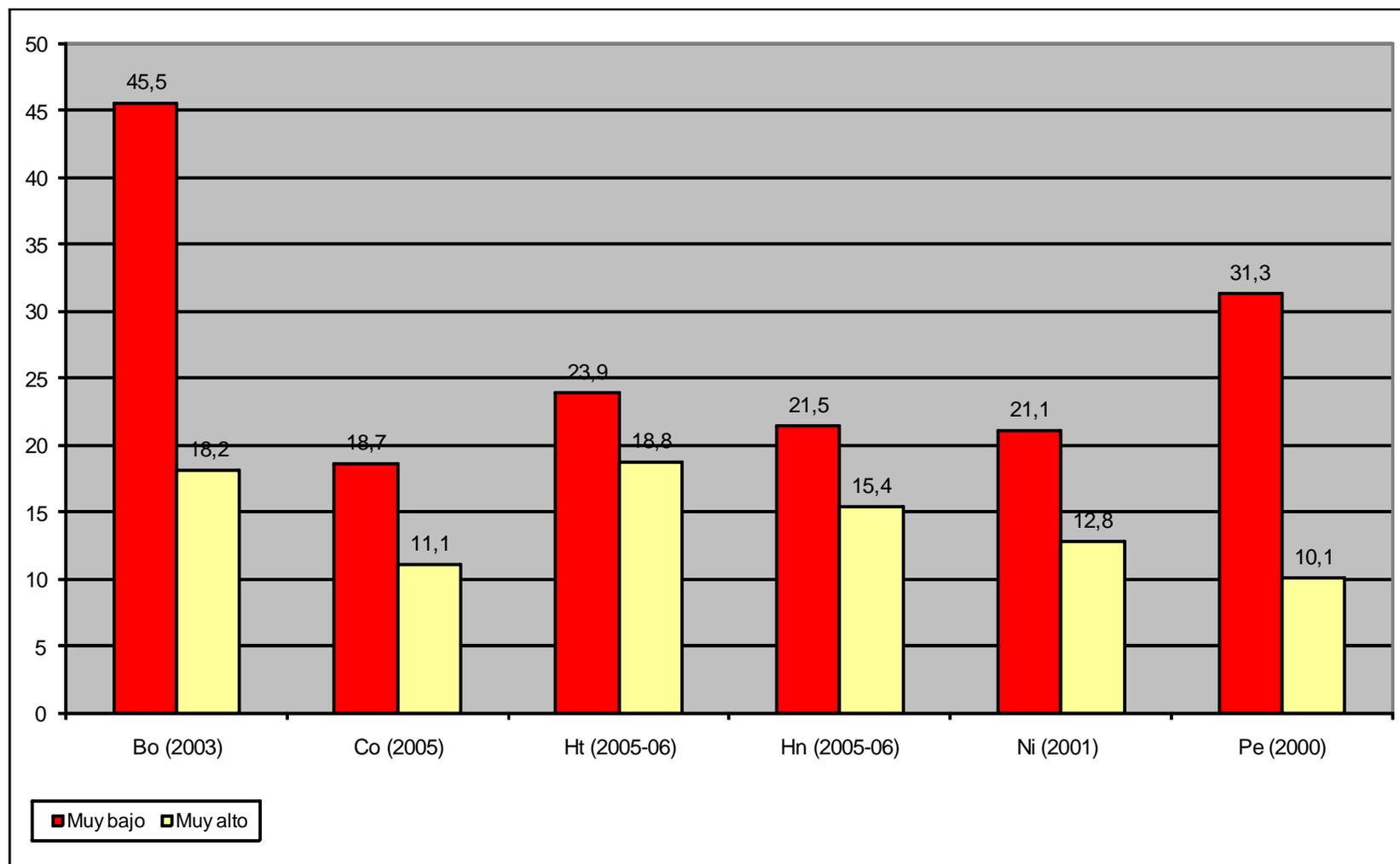
- OFERTA: limitaciones de acceso por escasez de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicamentos.
- LOCALIZACIÓN: limitaciones de acceso por distancia física entre la oferta y la población demandante.
- COSTO: limitaciones de acceso en razón de los ingresos personales o familiares.
- PERTINENCIA CULTURAL: limitaciones de acceso por conflictos entre los servicios ofertados y las creencias o normas sociales de la población.

En las cuatro dimensiones se encuentran elementos que inciden en la calidad de la atención de salud

Basado en Shengelia et al. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. En *Social Science & Medicine* 61, 97–109

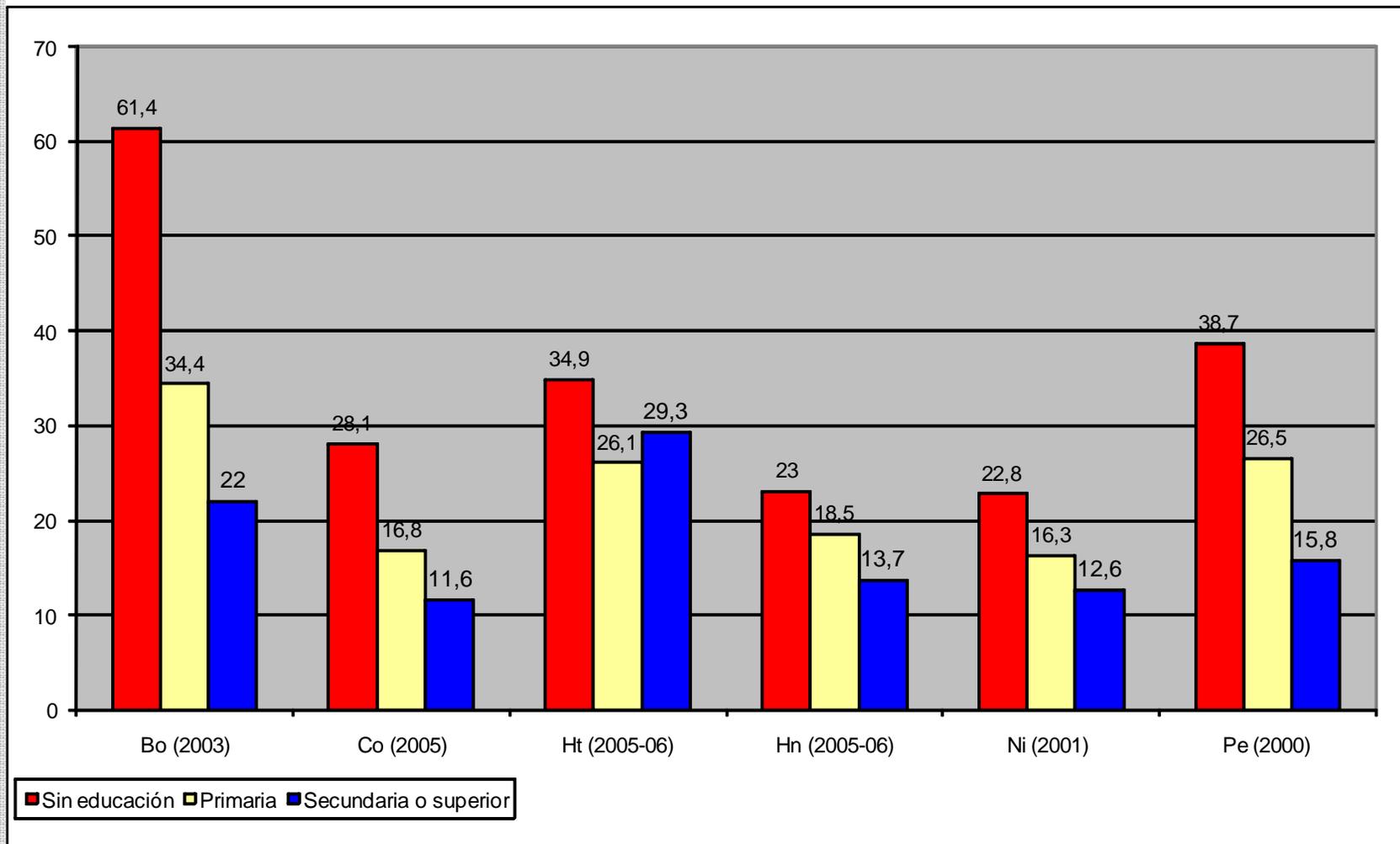
La mortalidad neonatal en los hogares de menor nivel de bienestar llega a ser tres veces más alta que en aquellos de mayor nivel.

América Latina y el Caribe (países seleccionados):
Mortalidad neonatal según nivel de bienestar del hogar



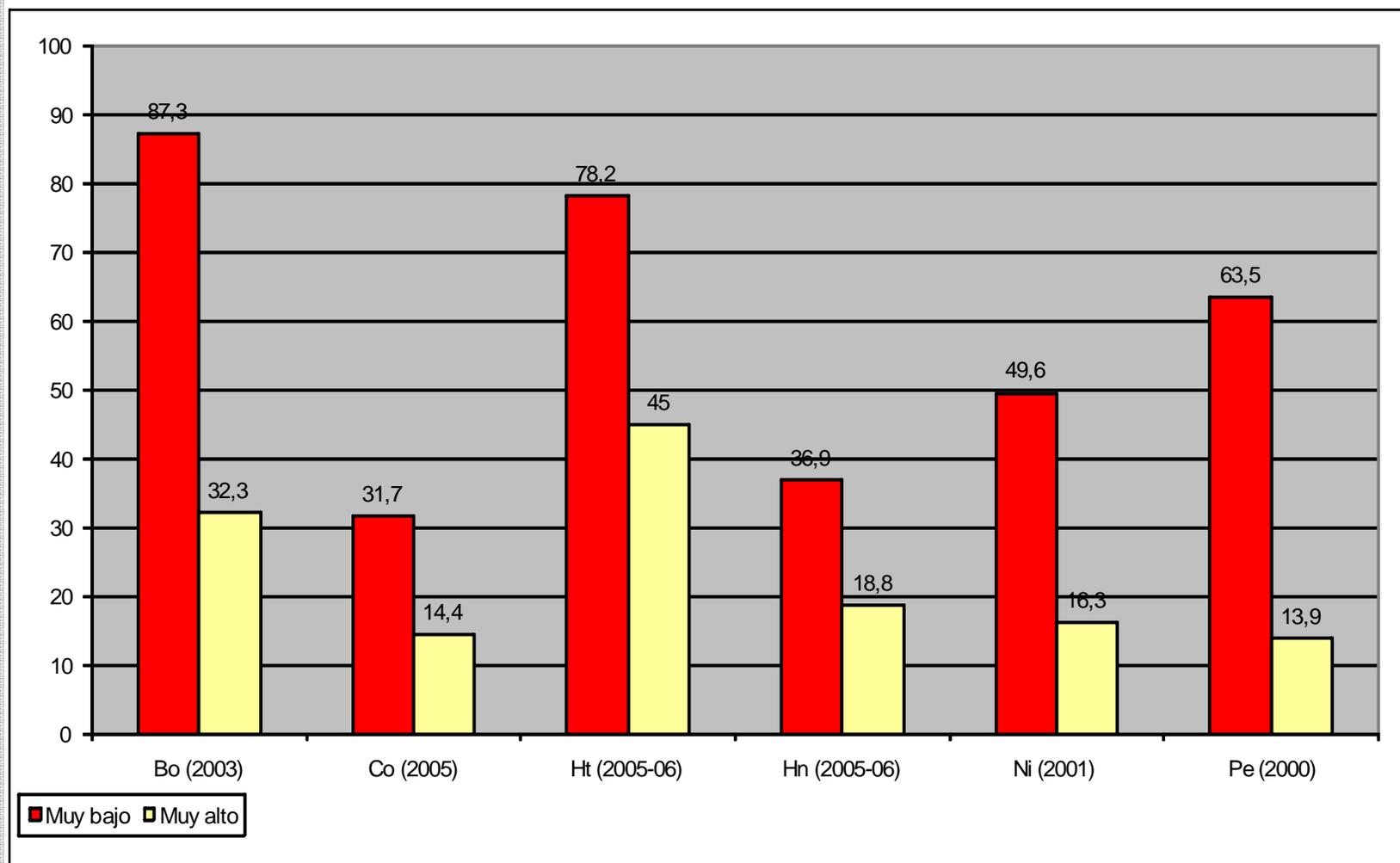
Mayor nivel educacional de la madre contribuye a disminuir efecto del bajo nivel de bienestar del hogar sobre la mortalidad neonatal.

América Latina y el Caribe (países seleccionados):
Mortalidad neonatal según nivel educacional de la madre



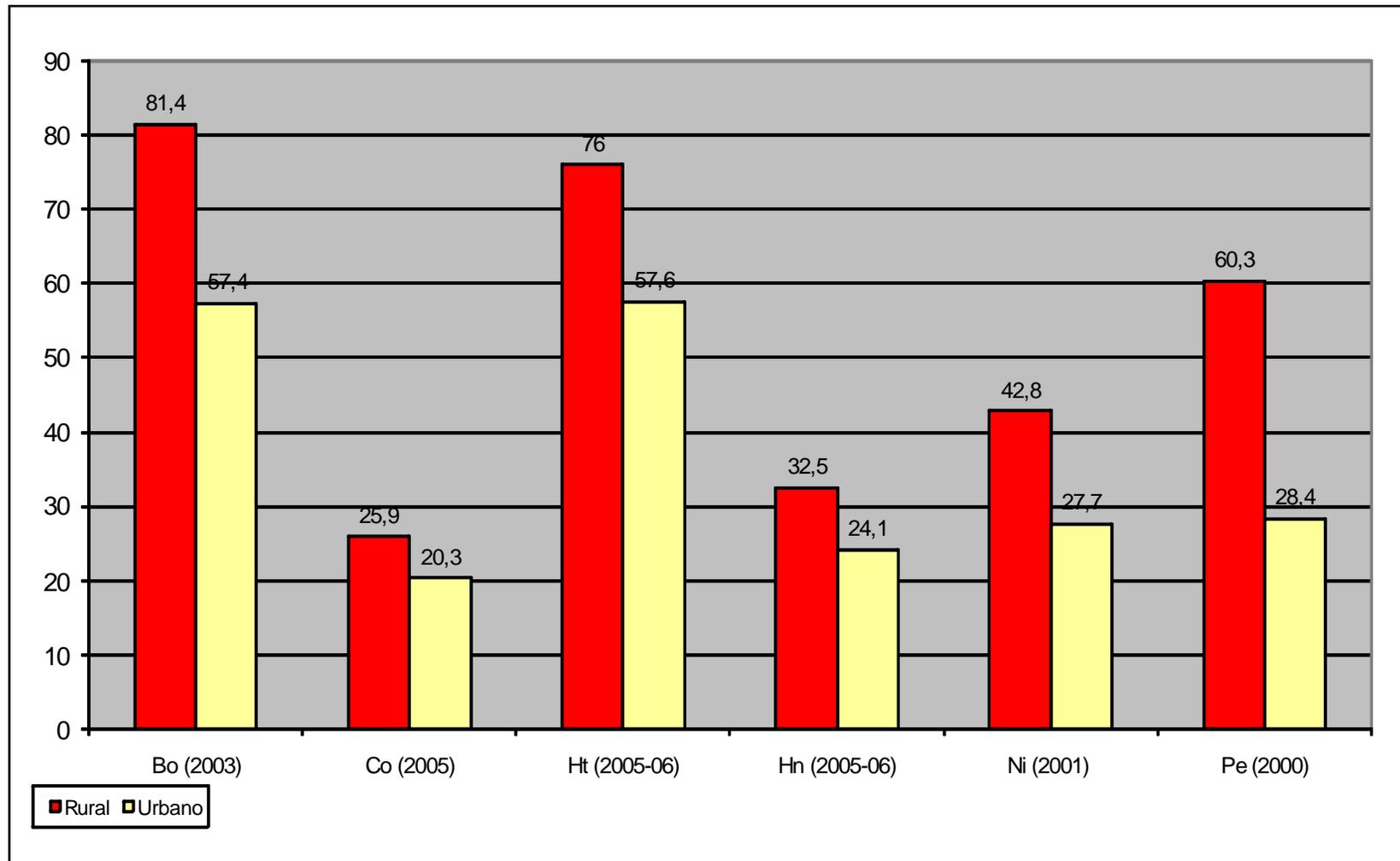
La mortalidad infantil en los hogares de menor nivel de bienestar puede hasta cuadruplicarse respecto de aquellos con mayor nivel.

América Latina y el Caribe (países seleccionados): Mortalidad infantil según nivel de bienestar del hogar



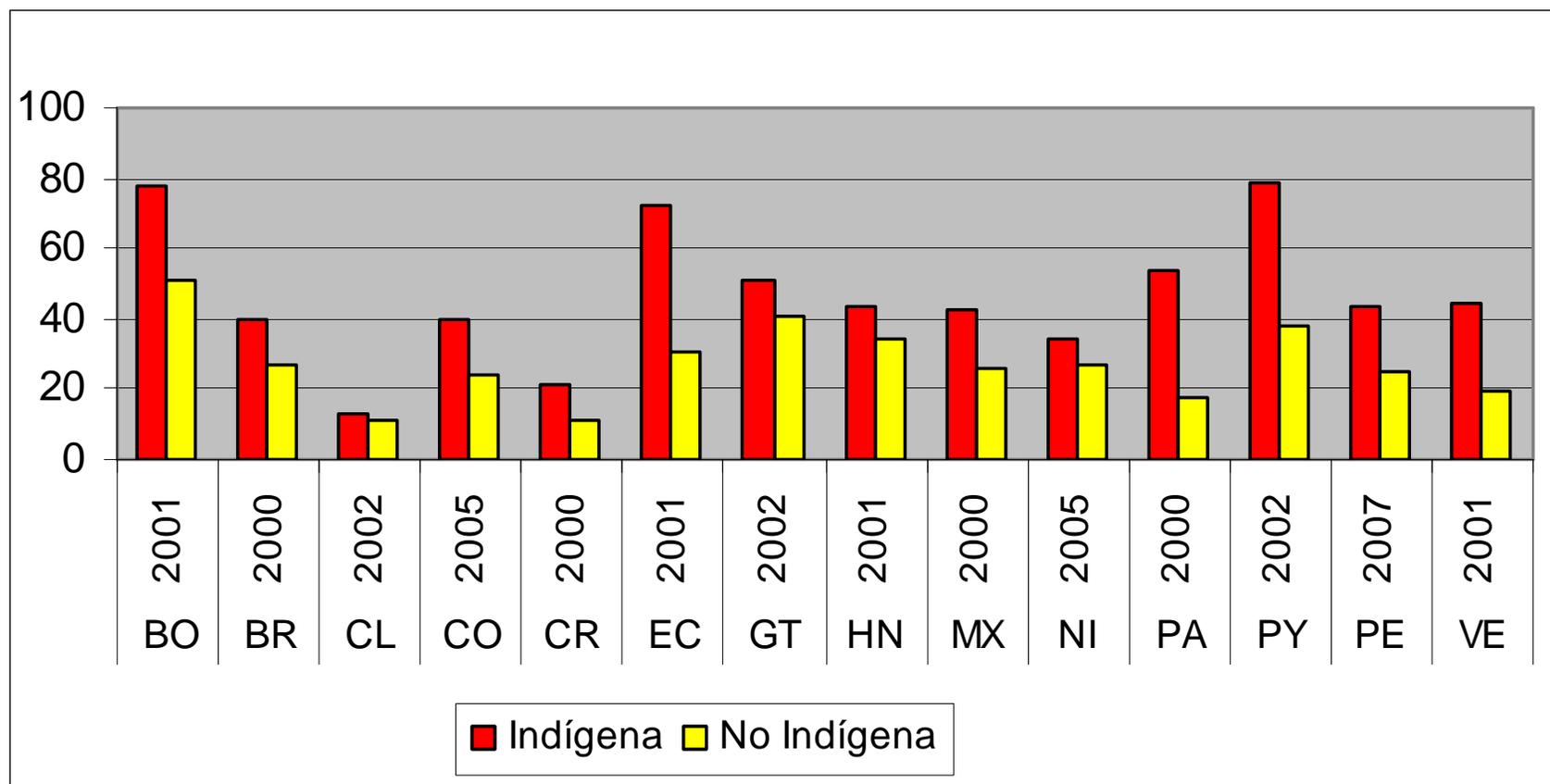
La mortalidad infantil en los hogares rurales puede hasta duplicar aquella de los hogares urbanos.

América Latina y el Caribe (países seleccionados): Mortalidad infantil según zona de residencia



En todos los países la población indígena presenta tasas de mortalidad infantil más altas que entre no indígenas.

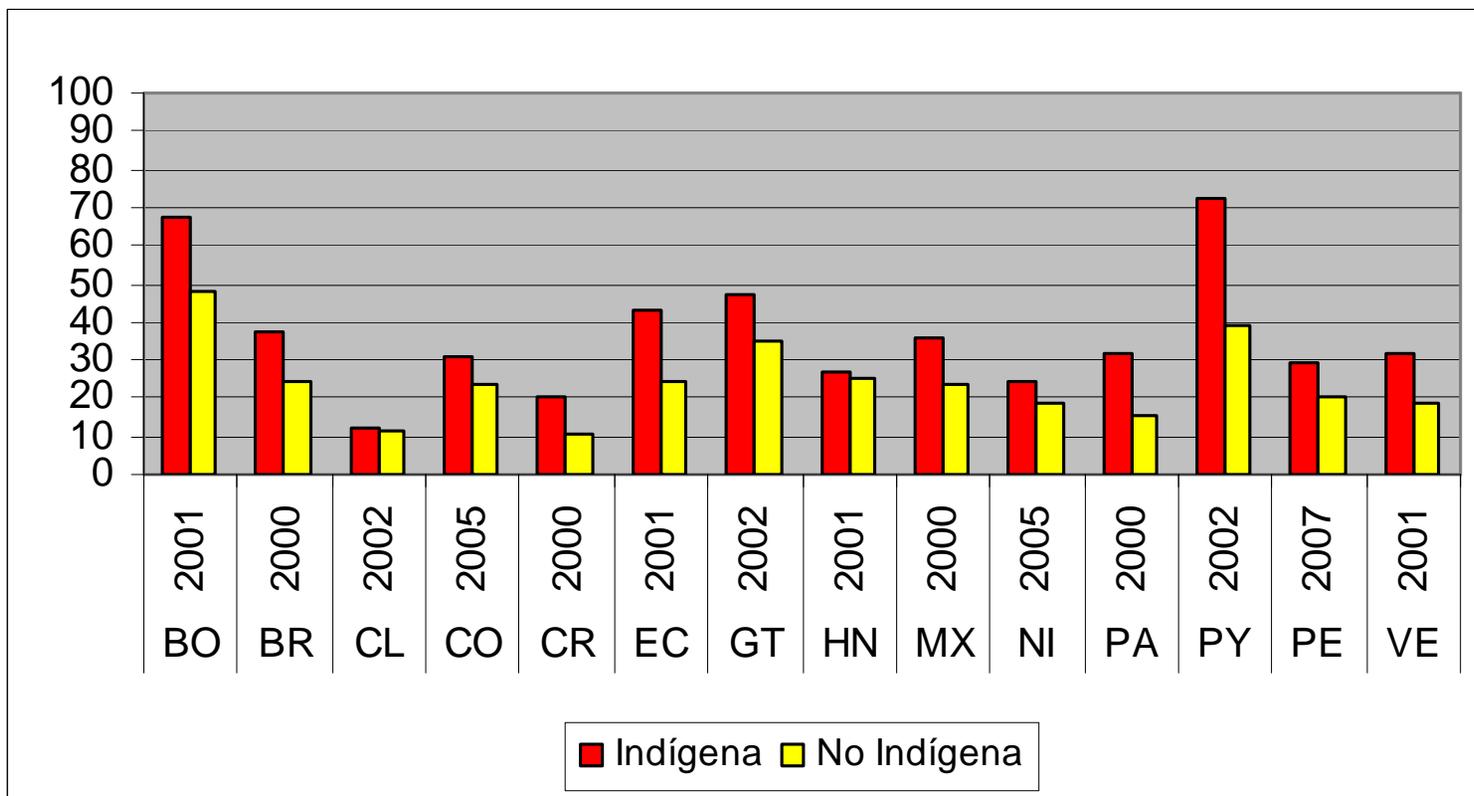
**América Latina (países seleccionados):
Mortalidad infantil según condición étnica**



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamiento especial de microdatos censales.

En el área urbana, aunque algo inferior, persisten tasas de mortalidad infantil más elevadas entre la población indígena.

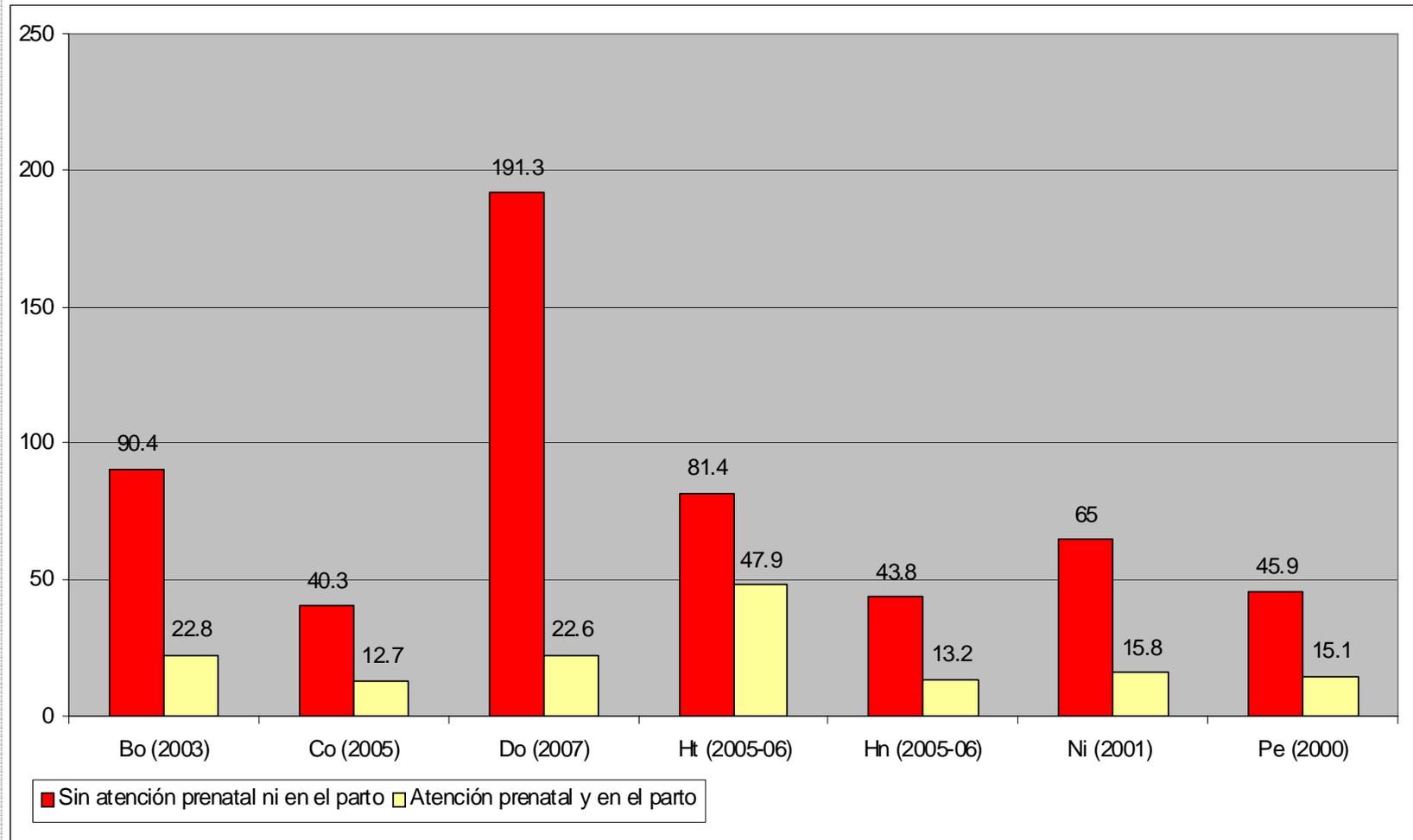
**América Latina (países seleccionados):
Mortalidad infantil en áreas urbanas, según condición étnica**

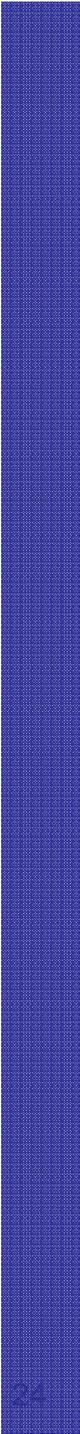


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamiento especial de microdatos censales.

La mortalidad infantil esta claramente asociada al tipo de atención de salud recibida por la madre, un “proxy” del acceso y la calidad de atención materno-infantil.

América Latina y el Caribe (países seleccionados): Mortalidad infantil según atención médica a la madre

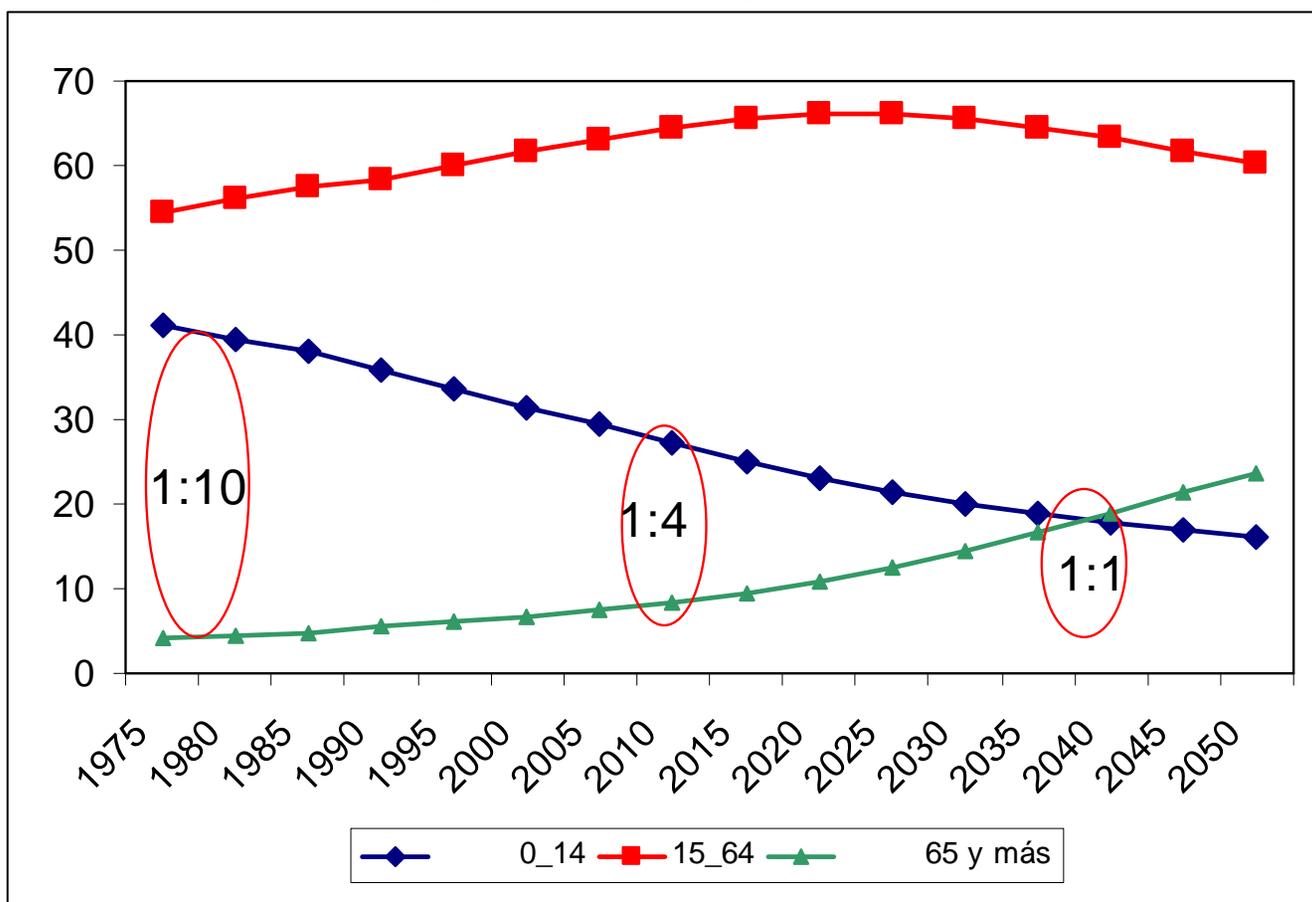




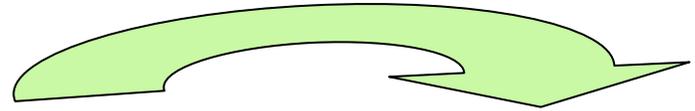
Envejecimiento y urbanización diferencial en América Latina y El Caribe

La región avanza rápidamente hacia la paridad entre niños y adultos mayores.

América Latina y el Caribe: Distribución de la población según grupos de edad (%), 1975-2050



¿Cuándo se alcanza la paridad? (países seleccionados)



Región / País	Quinquenio	% 0-14	% 15-64	% 65+
ES	2000-2005	14.8	68.4	16.8
PT	2000-2005	16.1	67.7	16.1
CU	2020-2025	14.8	68.9	16.3
CL	2035-2040	17.9	63.3	18.8
TT	2035-2040	16.9	65.1	18.1
UY	2040-2045	17.8	63.2	19.0
ALC	2040-2045	17.8	63.3	19.0
BR	2040-2045	15.4	67.0	17.1
JM	2045-2050	18.5	61.0	20.6
MX	2045-2050	17.4	63.0	19.6
PA	2050 <	-	-	-
BO	2050 <	-	-	-
HT	2050 <	-	-	-

Fuente: Para América Latina CEPALSTATS. CELADE 2008.

Para Caribe, España y Portugal: División de Población de las Naciones Unidas. Revisión 2008. Base de datos de población.

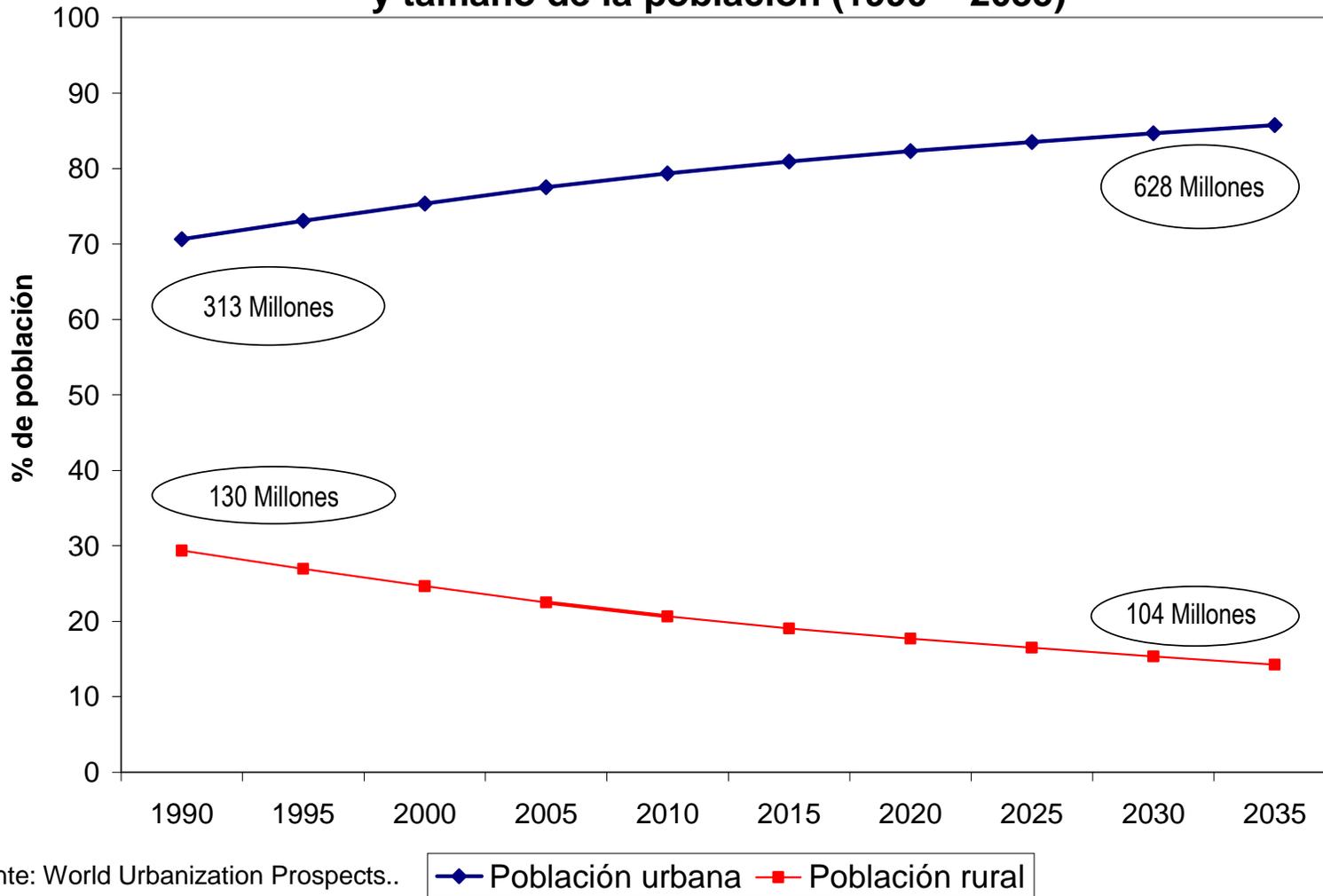
Tamaño (en millones) de grupos de edad 0-14 y 65 + (países seleccionados).

País	Quinquenio 2005-2010		Quinquenio 2040-2045		Cuociente de variación	
	0-14	65 +	0-14	65 +	0-14	65 +
ES	6.3	7.2	7.0	14.3	1.12	1.98
PT	1.6	1.8	1.3	3.0	0.82	1.66
CU	2.2	1.2	1.4	3.1	0.64	2.62
CL	4.1	1.3	3.5	4.1	0.86	3.13
TT	0.3	0.1	0.2	0.2	0.79	2.77
UY	0.8	0.5	0.7	0.7	0.83	1.57
BR	51.3	11.5	33.7	38.9	0.66	3.40
JM	0.8	0.2	0.6	0.5	0.69	2.22
MX	32.1	6.1	24.1	22.8	0.75	3.76
PA	1.0	0.2	1.0	0.7	1.01	3.73
BO	3.5	0.4	3.2	1.4	0.93	3.29
HT	3.5	0.4	3.7	1.2	1.05	3.04

Fuente: Para América Latina, CEPALSTATS. CELADE 2008. Para países del Caribe, España y Portugal: División de Población de las Naciones Unidas. Revisión 2008. Base de datos de población.

En los próximos 25 años la población urbana en la región será seis veces mayor a la población rural y se habrá duplicado respecto de 1990.

América Latina y el Caribe: Distribución espacial y tamaño de la población (1990 – 2035)



A nivel regional, el mayor crecimiento de la población urbana en los próximos 15 años se presentará en ciudades de 1 a 5 millones de habitantes.

América Latina y el Caribe: Crecimiento de la población según tamaño de las ciudades (2010 – 2025)

Tamaño	Indicadores	Año		Var.
		2010	2025	
5 millones o más	N ciudades	8	8	
	Pob. (millones)	92.8	101.9	9.7%
	% pob total	16.0	14.8	
1 a 5 millones	N ciudades	55	63	
	Pob. (millones)	111.7	140.3	25.6%
	% pob total	18.8	20.4	
500 mil a 1 millón	N ciudades	58	63	
	Pob. (millones)	40.9	47.0	14.9%
	% pob total	6.9	6.8	

Ciudad	Población 2007 (millones)
Santiago	5.7
Belo Horizonte	5.9
Bogotá	7.8
Lima	8.0
Rio de Janeiro	11.7
Buenos Aires	12.8
São Paulo	18.8
Ciudad de México	19.0

América Latina y el Caribe: Crecimiento poblacional (%) 2010 – 2025 por tamaño de ciudades (países seleccionados)

En los países de urbanización más temprana el crecimiento se concentra en ciudades de menor tamaño relativo.

Los de urbanización más tardía, en cambio, continuarán presentando un crecimiento importante de la ciudad principal o capital.

País	Tamaño de ciudades			Crecimiento pob total
	5 millones o más	1 a 5 millones	500 mil a 1 millón	
AR	5.2	47.6	21.8	13.2
BO	-	29.3	31.5	23.3
BR	10.3	20.6	12.0	15.0
CL	7.3	-	11.9	12.4
CO	15.4	30.4	35.4	16.0
CR	-	26.4	-	18.9
DO	-	25.5	29.4	19.4
EC	-	24.4	-	16.7
GT	-	53.1	58.2	38.6
HN	-	44.0	46.3	28.5
JM	-	-	12.9	5.5
MX	7.8	24.8	17.1	13.1
PA	-	27.6	-	21.6
PE	14.6	-	21.2	18.2
PY	-	33.7	-	24.2
SV	-	25.1	-	19.4
TT	-	-	-	3.9
UY	-	1.1	-	5.2
VE	-	18.4	60.4	21.8

Fuente: World Urbanization Prospects y CEPALSTAT.

Casi todos los países de la región se encuentran implementando proyectos de Salud-e, aunque en la mayoría de los casos de alcance reducido y no integrados a las políticas de salud ni a estrategias nacionales de TIC.

- Casi la mitad de los países de la región se encuentra desde hace años en etapa de diseño de su política pública.
- Entre aquellos que se encuentran en fase de implementación la salud-e no aparece entre las primeras prioridades temáticas. Casos especiales, sin embargo , son los de Brasil, Colombia y México.
- En general, en la región se observa:
 - Fuerte rezago en la conectividad en los centros de salud (indicador ausente de estadísticas sectoriales).
 - Baja actividad en comparación con otros sectores (educación, gobierno).
 - Sitios Web de las autoridades de salud orientados más a difusión de información ministerial que a temas de salubridad.
 - Aprendizajes para ir de los proyectos a las políticas

Se observa una “explosión” de iniciativas, públicas y privadas, tanto nuevas como expansión de anteriores, de lo cual no existe registro sistemático.

- Atención de salud para sitios remotos.
- Conexión desde centros de atención primaria a especialistas en centros de mayor complejidad.
- Obtención de información epidemiológica más oportuna.
- Capacitación a personal de salud en sitios alejados.

Progresos demostrativos

Facilitadores: Colombia

- Política integral, marco regulatorio y estructura organizacional.

Gestión: Chile

- Red de comunicación sectorial: Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), Instituto de Salud Pública (ISP), establecimientos experimentales.

Educación a distancia:

- En **Brasil*** Red Universitaria de Telemedicina (RUTE): hospitales universitarios de todos los Estados y centros de atención primaria de 10 estados.
- En **Argentina*** 27 universidades públicas ofrecen 201 carreras y cursos de postgrado a distancia y desde el año 1999 se desarrollan congresos virtuales.

Progresos demostrativos

Atención de salud

- En **Brasil***, el Programa Nacional de Telesalud, inicialmente para 9 Estados y 100 puntos de acceso (ahora en expansión), para proveer, en base a las mejores evidencias clínicas y científicas respuestas estructuradas a consultas clínicas remotas.
- En **Panamá***, Programa Nacional de Telemedicina y Telesalud con tres componentes: zonas rurales, establecimientos penitenciarios y teleradiología.
- En **Perú***, avances en el desarrollo de redes de telemedicina, en particular la de la cuenca del río Napo.
- En **Costa Rica**, Proyecto Nacional de Telemedicina con dos componentes: teleconsulta (videoconferencias) y planes piloto (teledermatología y hospital virtual).

Progresos demostrativos

Atención de salud

- En **Venezuela*** (República Bolivariana de), el Proyecto Medicarro para ingreso y manipulación de datos de historias médicas en el lugar donde se encuentra el paciente; desarrollo de HCE de código abierto; Programa SOS Telemedicina y Programa de Telesalud.
- En **Uruguay**, proyecto de HCE de la Federación Médica del Interior (23 prestadores integrales, que son instituciones privadas sin fines de lucro de todos los departamentos del país).
- En **México***, uso del HCE en los servicios de atención médica ambulatoria en los distintos niveles y servicios de telemedicina para áreas rurales.

El caso de España

- Es un estado prácticamente federal: 17 comunidades autónomas con competencias absolutas o prácticamente absolutas, en la gestión, provisión de servicios y sistemas de salud.
- Su sistema nacional de salud es de financiación pública, cobertura universal y provisión, en su mayor parte, por servicios públicos.
- Su Gasto Sanitario Público (2007) es de alrededor de un 6 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) y el gasto privado alcanza al 2% del PIB.

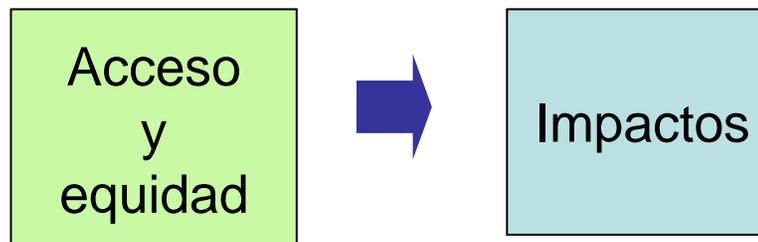
En 2006 se aprobó la **Ley de Cohesión y Calidad**, que establece el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud en el cual **incluye la estrategia de sanidad electrónica**.

El caso de España

- Se ha establecido **intranet sanitaria** segura y certificada para el intercambio de información clínica entre comunidades autónomas (CA). Las CA de Baleares y Valencia están probando el acceso. Con esto la primera fase de la interoperabilidad está conseguida.
- Todas las CA han desarrollado sistemas para garantizar la correcta **identificación del paciente**. Se ha creado una base de datos nacional de tarjeta sanitaria que se nutre, a su vez, de las bases de datos de los 17 servicios de salud.
- Existe una amplia implantación de **historia clínica electrónica** en atención primaria (90%). Sus funcionalidades incluyen prescripción de medicamentos y pruebas complementarias, y la cita previa con el nivel especializado. Algunas CA han implantado, además, sistemas de receta electrónica.
- En los **hospitales** la situación es heterogénea. Todos los hospitales nuevos, construidos en los últimos 5 años, disponen de un sistema de historia clínica electrónica. En los antiguos la situación es distinta.
- En cambio, los proyectos de telemedicina son en su mayoría programas piloto. No se han extendido de forma masiva.

La promesa de la Salud-e

- ✓ Cobertura
- ✓ Calidad
- ✓ Seguridad
- ✓ Eficiencia



- **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**
 - Reducir desnutrición infantil.
 - Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
 - Mejorar la salud materna.
 - Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Los desafíos

- Difusión entre tomadores de decisión. Los análisis de impacto del uso de TIC en los sistemas sanitarios presentan el inconveniente de apoyarse en estudios parciales.
- Especificar prioridades, integradas a las políticas sanitarias y de desarrollo tecnológico, en función de factores de contexto:
 - ✓ parque tecnológico e infraestructura
 - ✓ Interoperatividad
 - ✓ perfiles socio demográfico y epidemiológico
 - ✓ fragmentación / segmentación del sistema de salud
 - ✓ Costos
- la participación del personal sanitario es clave para el éxito de los proyectos. Es el mismo desafío al que se han enfrentado ya los trabajadores de otros sectores de la economía.

A modo de conclusión

- Para que las TIC contribuyan efectivamente a la reducción de las inequidades y al logro de los objetivos de salud es indispensable avanzar de manera coherente y sistemática en el desarrollo de infraestructura en base a sistemas validados e interoperables para la educación sanitaria, la prevención de las enfermedades, la asistencia médica y la gestión de los servicios. Para esto, sin embargo, se requiere necesariamente del decidido liderazgo de las principales autoridades de salud y la concurrencia de los distintos actores implicados en torno a una agenda común sostenida por una política de estado.

ERROR: syntaxerror
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK:

/Title

()

/Subject

(D:20100611105140-04'00')

/ModDate

()

/Keywords

(PDFCreator Version 0.9.5)

/Creator

(D:20100611105140-04'00')

/CreationDate

(afernandez)

/Author

-mark-