

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Salud universal
Acceso y cobertura para todos



Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Américas



Salud universal
Acceso y cobertura para todos

53.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

Punto 4.3 del orden del día

CD53/5, Rev. 2
2 de octubre del 2014
Original: español

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

Introducción

1. En la Región de las Américas hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad, y recibir servicios de salud cuando están enfermos, incluso cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad. Esta Región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo (1). Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan, es un reto fundamental para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la razón de ser de esta Estrategia.
2. Los países de la Región han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud para responder a este reto. Estas experiencias, y la evidencia disponible, permiten identificar elementos orientadores para el avance progresivo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, los cuales se plasman en esta Estrategia. Sin embargo, cada país debe definir, tomando en cuenta su contexto nacional, histórico, económico y social, la manera más eficiente de organizar su sistema de salud y utilizar sus recursos para asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios integrales de salud cuando los necesitan.
3. El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.
4. Acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.
5. La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios (2).
6. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

7. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (3).
8. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son necesarios para mejorar los resultados de salud y otros objetivos fundamentales de los sistemas de salud, y se basan en el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad, valores adoptados por los Estados Miembros de la OPS (1-6).
9. Tal cual lo define la Constitución de la OMS “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y es el valor central para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (7). Este derecho debe ser promovido y protegido sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición.¹ Promover y proteger este derecho exige una articulación con otros derechos relacionados. Este derecho y otros derechos relacionados con la salud, están contemplados en muchas de las constituciones nacionales y en tratados internacionales y regionales.
10. La ampliación del acceso a los servicios para los grupos en situación de vulnerabilidad, priorizando las intervenciones que respondan a las necesidades insatisfechas y a los desafíos en salud, tales como mortalidad materna e infantil, enfermedades crónicas, infección por el VIH, tuberculosis, violencia, urbanización, falta de acceso a agua potable y servicios ambientales, impacto del cambio climático, entre otros, es crítico en la medida que los Estados Miembros avanzan hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
11. La salud es un componente central del desarrollo humano sostenible y el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son clave para el logro de mejores resultados en salud, a fin de asegurar la vida saludable y promover el bienestar de todos. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud protegen a los individuos contra el empobrecimiento debido a gastos en salud.
12. Esto requiere de políticas, planes y programas de salud que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población. La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social, son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en cuanto a las oportunidades y pueden afectar la capacidad tanto de hombres como de mujeres para otorgar prioridad a la salud. Eficiencia se refiere a la utilización óptima de recursos para el alcance de objetivos sociales determinados.

¹ Véanse los documentos CD50/12 del 50.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (2010), La salud y los derechos humanos y CD52/18 del 52.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (2013), Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales.

13. Las estrategias de salud que aseguren el acceso oportuno y de calidad para todas las personas, en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, requieren solidaridad para promover y suministrar la protección financiera. Para ello es necesaria la mancomunación solidaria de los fondos² y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
 14. Los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones, y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad.
 15. Este compromiso debería incluir, según sea apropiado, un marco conceptual y jurídico que permita el acceso equitativo a los servicios y coloque a la salud como prioridad fiscal permitiendo un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico (8).
 16. La estrategia aquí presentada articula las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas, y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Sin embargo, cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en materia de salud.
 17. En la estrategia se establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: *a)* ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; *b)* fortalecer la rectoría y la gobernanza; *c)* aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y *d)* fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.
-
- ² La mancomunación solidaria de fondos significa la unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para aquellos individuos que no tienen capacidad para aportar (pobres e indigentes).

Antecedentes

18. En las últimas décadas, se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial, muchas de las cuales contaron con la participación activa y el apoyo de la OPS/OMS y de otros socios.³ Las más recientes son la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la resolución de las Naciones Unidas A/RES/67/81 (diciembre 2012), la Declaración de Panamá para Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil (2013) y la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA67.14 (2014) sobre La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015 donde se plantea la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio no alcanzados como factores importantes para la equidad y el desarrollo humano. Actualmente, el debate está orientado hacia asegurar vidas más saludables y la promoción del bienestar como objetivo clave. Los mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS/OMS que respaldan esta estrategia se encuentran citados en el anexo IV del Plan Estratégico de la OPS (1, 3, 13, 14, 15).

19. Los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), al otorgarle a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) el mandato de formular una estrategia que será presentada en el 53.º Consejo Directivo (2014). Este compromiso

de los Estados Miembros se expresa a través del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el que se reconoce la cobertura universal de salud como un pilar articulador junto con los determinantes sociales de la salud (1).

20. La voluntad política y el compromiso de los Estados Miembros para el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se manifiesta además en el proceso altamente participativo que resultó en la formulación de este documento de Estrategia. Los Estados Miembros, con el apoyo de la Oficina, realizaron 31 consultas que convocaron más de 1200 personas de diversas instituciones y sectores, lo cual permitió un debate de calidad y con diferentes perspectivas de análisis. Los informes de las consultas reflejan la riqueza y profundidad del debate efectuado en la Región, así como el compromiso de los diversos sectores con el abordaje de los temas críticos para la consecución del mejor estado de salud de la población de las Américas.

Análisis de la situación actual: desafíos para el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

21. Se han logrado importantes avances en torno a la salud en esta Región como consecuencia del desarrollo económico y social de los países (el producto bruto interno [PIB] per cápita se ha triplicado entre 1980 y el 2012), la consolidación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la capacidad para incorporar y aplicar la tecnología a fin de mejorar la salud. El compromiso político de los países para responder a las necesidades de salud de la población ha sido un factor fundamental que ha

³ Otras entidades del sistema de las Naciones Unidas, organismos de cooperación multi y bilateral, organismos de cooperación financiera, sociedad civil.

- contribuido a alcanzar estos logros (1, 4).
22. A pesar de los avances y el crecimiento económico, la pobreza y las inequidades siguen siendo un reto para la Región, entre los países y en el interior de ellos. Algunos datos recientes indican que América Latina y el Caribe sigue siendo una de las regiones más inequitativas del mundo, con un 29% de la población que vive por debajo del umbral de pobreza y 40% de la población más pobre que recibe menos de 15% del total de ingresos. Estas inequidades se reflejan en los resultados de salud; por ejemplo, la Región de las Américas no logrará alcanzar la meta de disminución de la mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 y, a pesar de reducciones importantes en la mortalidad infantil, existen diferencias muy marcadas entre los países. Sin acciones específicas que busquen mejorar los sistemas de salud, el crecimiento económico no es suficiente para reducir las inequidades (1, 5).
 23. El abordaje para reducir la inequidad en salud se hace más complejo por los patrones epidemiológicos y demográficos emergentes. La coexistencia de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, la violencia, incluida la violencia de género, el aumento de la esperanza de vida, y la urbanización, demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud. En el 2012, había más de 100 millones de personas mayores de 60 años de edad en la Región. Se prevé que para el 2020 esta cifra se duplicará. Se calcula que entre 1999 y el 2009, murieron más de 5,5 millones de personas por causas externas (1, 5).
 24. Al mismo tiempo, persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad cultural y lingüísticamente apropiados para amplios sectores de la población.⁴ La falta de universalidad al acceso y cobertura apropiada tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad. La evidencia indica que la mala salud, cuando el acceso a los servicios está comprometido, no solo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias. Un 30% de la población de la Región no puede tener acceso a la atención debido a razones financieras y 21% se ve disuadido de buscar atención debido a barreras geográficas. Las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, entre otros, son los grupos más afectados por este problema (1, 5).
 25. La segmentación y fragmentación que se observan en la mayoría de los sistemas de salud de la Región resultan en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La segmentación y fragmentación se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria dentro de los sistemas de salud, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y la falta de integración de los mismos a nivel de la prestación de los servicios (5).
 26. En los países de la Región los modelos de atención a menudo no responden de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y

⁴ Al 2010, 36 millones de personas en la Región no tenían acceso al agua potable apta para el consumo humano. Alrededor de 120 millones carecían de servicios mejorados de eliminación de aguas residuales y alcantarillado, y casi 25 millones de personas en América Latina y el Caribe defecan al aire libre.

las comunidades.⁵ El modelo de atención predominante en algunos países está basado en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos ni se ha logrado la incorporación adecuada de nuevas tecnologías e innovación en la gestión y la prestación de los servicios.

27. La capacidad resolutoria⁶ y la articulación de los servicios, en especial los relativos al primer nivel de atención, son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades cada vez mayores de una población que envejece y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles en toda la Región.
28. Persisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención. Once países de la Región enfrentan un déficit absoluto de personal de salud (menos de 25 médicos, enfermeras y parteras certificadas por 10.000 habitantes). Aun en los países que han superado este umbral, muchas zonas no metropolitanas y jurisdicciones de salud están por

debajo, lo que genera problemas serios para el acceso a servicios integrales de salud.

29. El acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras, eficaces y de calidad, así como el respeto de la medicina tradicional, continúan siendo un reto para la mayoría de los países de la Región, lo que afecta la calidad de la atención. Los problemas de suministro, la subutilización de medicamentos genéricos de calidad, sistemas regulatorios débiles, sistemas inadecuados de gestión de compras y suministros, impuestos a los medicamentos, el pago de precios de los medicamentos superiores a lo esperado, y el uso inapropiado e ineficaz de los medicamentos y otras tecnologías de salud constituyen retos adicionales hacia el logro de la cobertura universal de salud y el acceso (1, 5). La capacidad de regulación de los medicamentos y las tecnologías de salud, aunque está mejorando en toda la Región, sigue siendo un reto, en especial con respecto a las nuevas y más complejas tecnologías de salud.
30. La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Mientras el gasto público promedio en salud respecto del PIB de los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) llega a un 8% del PIB, en el 2011, el gasto público en salud en los países en América Latina y el Caribe respecto del PIB fue de apenas 3,8%. A menudo se intenta resolver la falta persistente de recursos financieros para el sector de la salud a través del uso del pago directo en el momento de la prestación de servicios. Este tipo de estrategias financieras crea obstáculos para acceder a los servicios y tiene consecuencias negativas en los resultados de salud para las personas y comunidades. Además, aumenta

⁵ La *Política de igualdad de género de la OPS* reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir el desequilibrio entre hombres y mujeres.

⁶ La “capacidad resolutoria” se define en este contexto como la capacidad de los servicios de salud de brindar una atención de salud que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, que arroje como resultado una mejora del estado de salud.

el riesgo de que las personas deban incurrir en gastos catastróficos al acceder a los servicios de salud, lo que a su vez puede llevar al empobrecimiento (10).

31. Muchos países de la Región tienen disposiciones en la Constitución y/o son signatarios de instrumentos internacionales relacionados con el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud. Sin embargo, son necesarios esfuerzos adicionales para el fortalecimiento y el desarrollo de políticas, planes, y estrategias nacionales que permitan el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.⁷
32. Para las autoridades de salud es un reto poder establecer una coordinación eficaz con otros sectores y generar capacidad de liderazgo para la ejecución exitosa de iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud.⁸ Algunas de las experiencias más exitosas de la transformación de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud han sido sustentadas por un debate y diálogo abiertos en los que participa toda la sociedad (14).⁹

⁷ Algunos países de la Región han hecho avances hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud sin haber incurrido en cambios constitucionales; sin embargo, sus políticas, planes y legislación han definido claramente el compromiso con la cobertura y el acceso universales.

⁸ Este problema se agudiza en los países en los cuales la financiación del sistema de salud y otros sectores del área social dependen de la cooperación internacional: en estas situaciones, la coordinación eficaz de la ayuda externa por parte de la autoridad nacional de salud es indispensable para avanzar hacia la cobertura universal de salud.

⁹ Se destacan herramientas que facilitan la participación efectiva de la población en la formulación e implementación de políticas de salud, tales como consejos, conferencias, foros de salud y otras soluciones colegiadas.

33. Lo anterior determina el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Se requieren acciones estratégicas e integrales que se implementen de manera progresiva y sostenida. Además, a medida que se consolidan los procesos democráticos en la Región, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se convierten en una demanda social cada vez más creciente y estructurada (1).

Estrategia hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

34. Reconociendo que hay muchas maneras para la realización del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y que cada país deberá definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como sus prioridades y retos actuales y futuros en salud, las líneas estratégicas propuestas debieran ser usadas por los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina y otros socios, para guiar, según sea pertinente, el fortalecimiento de sus sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es necesario señalar que todos los elementos de las líneas de acción propuestas están sujetos al contexto nacional y tienen aplicabilidad a nivel nacional, según sea apropiado.



**Línea estratégica 1:
Ampliar el acceso
equitativo a servicios
de salud, integrales,
de calidad, centrados
en las personas y las
comunidades**

35. Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de atención primaria de salud (18). Es fundamental identificar las inequidades en salud entre grupos poblacionales a través del análisis pormenorizado de la situación de salud, encuestas e investigaciones específicas y profundizar en sus determinantes. Para esto se requiere de sistemas sólidos de información, tal como se señala en la línea estratégica 2.
36. Avanzar en la definición de los servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva,¹⁰ de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional. Estos servicios de salud, integrales y de calidad, son importantes a fin de promover el derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Por consiguiente, estos servicios deben extenderse a todas las personas, sin diferencias en la calidad, sin distinción de su condición económica y social. Además, la definición de estos servicios debe considerar las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.
37. Incrementar la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, a fin de mejorar la capacidad resolutoria, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en conformidad con los servicios que deben ser accesibles a todos para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
38. Ampliar las opciones de empleo, especialmente en el primer nivel de atención, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas. Estructurar o consolidar equipos multiprofesionales colaborativos de salud y fortalecer la capacidad resolutoria con acceso a la información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina). Fortalecer los perfiles profesionales y técnicos de los recursos humanos para la salud y/o introducir nuevos perfiles, en coherencia con la transformación o fortalecimiento del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (19-21).
39. Los medicamentos esenciales y las tecnologías de salud son una parte fundamental del acceso universal a la salud. Es importante definir los procesos que mejoren la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos (incluidas las vacunas), así como de otras tecnologías de salud, de manera sistemática y progresiva, además del desarrollo de la capacidad regulatoria y de evaluación para asegurar que los medicamentos sean seguros, eficaces y de calidad.

¹⁰ El diseño de servicios de salud integrales, de calidad, debe incluir evaluación de tecnologías de salud según sea necesario. Se requiere de mecanismos de participación social y transparencia en las diferentes fases del proceso y el acompañamiento de guías de prácticas asistenciales en red, que permitan disminuir la variabilidad, desintegración de la práctica clínica y falta de coherencia entre necesidades y decisiones e inversión, asegurando así la calidad técnica, efectividad y continuidad de la atención.

40. Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de la implementación de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud. La participación de las personas y las comunidades puede fortalecer procesos sólidos de formulación de políticas relacionadas con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

41. Es importante reconocer la importancia particular en torno a la contribución y el valor de la prestación

de servicios de cuidado a personas enfermas, discapacitadas y adultos(as) mayores que no pueden valerse por sí mismos en los hogares, que realizan principalmente las mujeres, y sin remuneración. Esta situación se agudiza por el envejecimiento de la población en la Región y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Esta Estrategia identifica la necesidad de la valoración y medición del trabajo no remunerado en salud dentro del hogar, con un abordaje multisectorial y profundizará la atención de las necesidades específicas de salud. Esta estrategia no puede ignorar la contribución y el valor del trabajo no remunerado en el cuidado de la salud (22).



**Línea estratégica 2:
Fortalecer la rectoría
y la gobernanza**

42. Fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades nacionales garantizando las funciones esenciales de salud pública, y mejorando la gobernanza para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
43. Fortalecer la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud mediante el establecimiento de nuevos mecanismos o utilizando los existentes, según corresponda, para la participación social y el diálogo con las autoridades responsables de salud y otros sectores relevantes del gobierno para promover la formulación y ejecución de políticas que sean inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas y transparencia en el camino hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Con el fin de promover la equidad y el bien común, el diálogo y la participación social en el proceso de formulación de las políticas deberían garantizar que todos los grupos estén representados y que no prevalezcan intereses particulares en detrimento de los intereses de salud pública.
44. Formular políticas y planes en los que se manifieste de manera clara y explícita la voluntad del Estado de fortalecer o transformar su sistema de salud, según corresponda, con el fin de avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Estos planes deberían incluir metas definidas que se monitoreen y evalúen. Instituir mecanismos para la participación social en el monitoreo y la evaluación, promoviendo la transparencia. Así mismo, se deberán instituir mecanismos para la ampliación de las capacidades para el monitoreo.
45. El marco legal y regulatorio debe reflejar el compromiso nacional de cada Estado Miembro con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, según sea apropiado. Debe establecer las medidas y recursos necesarios para el logro de este compromiso. Esto requiere una adaptación del marco regulatorio y legal de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos, incluyendo los derechos humanos, y otros instrumentos relacionados con la salud que sean aplicables.
46. La toma de decisiones con respecto a los servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, y de calidad, que deben ser universales y procurarse progresivamente, debe basarse en la evidencia y considerar la perspectiva ética, cultural y de género, de acuerdo al contexto nacional.
47. Fortalecer y desarrollar la reglamentación y las entidades, como instrumentos y mecanismos eficaces para promover el acceso y la calidad de los servicios de salud; la formación y capacitación, la distribución y desempeño adecuado de los recursos humanos; la movilización y la asignación de recursos financieros a fin de promover la equidad y el acceso, y ofrecer protección contra dificultades financieras; la calidad y uso de las tecnologías de salud en beneficio de las personas; y la participación de todos los sectores, en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (23).
48. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluyendo la medición de los resultados de

salud, de los servicios integrales de salud, así como de las inequidades y los determinantes sociales de la salud. Es necesario garantizar la calidad e integralidad de los datos, que sean oportunos y confiables, lo que comprende la interoperabilidad con otras instancias, así como el desarrollo de indicadores que permitan el monitoreo y evaluación de la situación de salud, de la equidad y sus determinantes. Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad. El análisis de la información debe utilizarse para el desarrollo y orientación de las políticas y planes para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

49. La elaboración de una agenda de investigación, financiada adecuadamente, y una mejor gestión del conocimiento son elementos esenciales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, para asegurar el acceso a servicios de calidad, la incorporación de la tecnología y la evaluación de la efectividad de las acciones y los programas que se implementen (24).



**Línea estratégica 3:
Aumentar y mejorar
el financiamiento, con
equidad y eficiencia,
y avanzar hacia la
eliminación del pago
directo que se convierte
en barrera para el acceso
en el momento de la
prestación de servicios**

50. Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud.¹¹ La eficiencia en la organización de los servicios implica, entre otros, la implementación de modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario,¹² basado en evidencias; mejorar los mecanismos de abastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y otras tecnologías de salud, optimizar la gestión del suministro, aprovechar las economías de escala y adoptar procesos transparentes para la adquisición y luchar contra la corrupción (10).

51. Aumentar y optimizar el financiamiento público de la salud, según corresponda, de una manera eficiente, sostenible y fiscalmente responsable para ampliar el acceso, reducir inequidades en salud, incrementar la protección financiera e implementar intervenciones eficientes. Una asignación eficiente del gasto público destinado a la salud¹³ es una condición necesaria

para reducir las inequidades en el marco del acceso universal a la salud. Reconociendo las particularidades de los países, una adecuada asignación de los recursos debe estar orientada a aumentar la equidad al dirigirse de forma prioritaria al primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad de articulación de las redes de servicios. Un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una referencia útil en la mayoría de los casos y una condición necesaria –aunque no suficiente– para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (10).

52. Avanzar hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos. Aumentar la protección financiera disminuirá la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El reemplazo del pago directo como mecanismo financiero debe planificarse y lograrse progresivamente. Avanzar hacia mecanismos mancomunados¹⁴ solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales puede ser una estrategia efectiva para reemplazar el pago directo como mecanismo de financiamiento y aumentar la equidad y la eficiencia del sistema de salud. (10).

¹¹ Según el *Informe mundial sobre la salud en el mundo 2010* de la OMS, las pérdidas de eficiencia son la causa de entre 30 y 40% del gasto total de salud. Es por lo tanto un imperativo ético el asegurarse de que los recursos financieros para la cobertura universal de salud se gasten en forma adecuada y transparente; lo que permite ofrecer más servicios, de mejor calidad a toda la población y en particular a los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

¹² Asegurar que respondan a las necesidades de la población, que sean coherentes con el modelo de atención y se inscriban en la provisión de los servicios integrales de calidad.

¹³ Este aumento del gasto público debería comenzar con el mejoramiento en la recaudación de fondos (para disminuir la elusión y combatir la evasión impositiva); así mismo, y considerando que la Región tiene una presión fiscal relativamente baja, se debe valorar la introducción de fuentes

de financiamiento innovadoras dada la poca prioridad fiscal actual asignada a la salud.

¹⁴ La mancomunación permite combatir la segmentación, al disminuir los costos de transacción y aumentar la eficiencia del sistema de salud.



**Línea estratégica 4:
Fortalecer la
coordinación
intersectorial
para abordar los
determinantes sociales
de la salud**

-
-
53. Establecer o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación y la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas¹⁵ y promover legislaciones, regulaciones y acciones más allá del sector salud que aborden los determinantes sociales de la salud (13).
 54. Evaluar las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo, incluidos aquellos de otros sectores, a nivel nacional que tengan un impacto en la salud de las personas y las comunidades, lo que generará evidencia para apoyar la coordinación hacia la acción multisectorial con la sociedad civil y la participación social para el acceso universal.
 55. Fortalecer el liderazgo de la autoridad nacional de salud en la definición de los componentes relacionados con la salud de las políticas públicas de protección social y los programas sociales, incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero, según corresponda; compartir buenas prácticas y experiencias

¹⁵ Con respecto a cuestiones esenciales para la salud, como la educación, el hábitat, el agua y saneamiento, la vivienda, el crecimiento urbano, las migraciones, el mercado de trabajo informal, entre otros. Algunos ejemplos de mecanismos intersectoriales son los comités nacionales de lucha contra la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria, los comités nacionales de lucha contra la obesidad, etc.

en salud relacionadas con programas contra la pobreza y el aumento de la equidad, ejecutados por gobiernos e instituciones de la Región.¹⁶

56. Fortalecer la articulación entre salud y comunidad, mediante la promoción de la participación activa de municipios y organizaciones sociales en las mejoras de las condiciones de vida y el desarrollo de entornos saludables para vivir, trabajar y jugar. Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación y participación activa y el acceso a la información de miembros de la comunidad, para asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para abordar los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud.

Intervención del Consejo Directivo

57. Se solicita al Consejo Directivo que considere la adopción de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y que considere la posibilidad de aprobar la resolución incluida en el anexo A.

¹⁶ Por medio de mecanismos establecidos como el Diálogo Interamericano de Protección Social y otras iniciativas regionales y subregionales, para complementar sinergias entre programas sociales y de salud (Red de Protección Social).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª Sesión del Comité Regional; del 30 septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (Documento oficial 345) [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [consultado el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
3. Evans D, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access (Editorial) [Internet]. *Bulletin of the World Health Organization* 2013, 91:546-546A [consultado 13 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de AlmaAta [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; del 6 al 12 de septiembre de 1978; Alma-Ata, URSS (actualmente Almaty, Kazajstán). Ginebra: OMS; 1978 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2012. Panorama regional y perfiles de país [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012 [consultado el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=es.
6. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Washington (DC): OPS; 2007 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: Documentos básicos [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [consultado el 13 de agosto del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
8. Jamison DT, Summers LH., et al. Global Health 2035: report of the Lancet commission on investing in health [Internet]. *The Lancet* 2014 (presented on the Lancet Commission on Investing in Health report as part of the U.S. Agency for International Development speaker series; 2014 Apr 7) [consultado el 29 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.dcp-3.org/resources/global-health-2035-report-lancet-commission-investing-health>
9. Bird CE, Rieker PP. Gender and health: the effects of constrained choices and social policies. Cambridge University Press: New York; 2008.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>.
11. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud [Internet]. Washington (DC): Banco Mundial; 1993 (Publicado en inglés con el título de *World Development Report 1993* por Oxford University Press para el Banco Mundial) [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://documentos.bancomundial>.

- [org/curated/es/1993/07/12711504/world-development-report-1993-investing-health-informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud#](http://curated/es/1993/07/12711504/world-development-report-1993-investing-health-informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud#).
12. Engström, Hillevi, Pe Thet Khin, et al. Reinvesting in health post-2015 [Internet]. *The Lancet* (382) 9908, 2013 Dec, pp. 1861-1864; [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62560-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62560-X/fulltext)
 13. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; del 19 al 21 de octubre del 2011; Rio de Janeiro, Brasil. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
 14. Naciones Unidas. El futuro que queremos [Internet]. Río+20 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; del 20 al 22 de junio del 2012; Río de Janeiro, Brasil. Nueva York: ONU; 2012 (documento A/CONF.216/L.1) [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf.
 15. Global Health Workforce Alliance (GHWA). High-level dialogue on health in the post-2015 development agenda. Gaborone, Botswana; del 5 al 6 de marzo del 2013. [Internet]. Ginebra: GHWA; 2013 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_\(B\).pdf](http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_(B).pdf).
 16. Rovira J, Rodríguez-Monguió R, Antoñanzas F [Centro de Estudios en Economía de la Salud y de la Política Social]. Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación [Internet]. Washington (DC): OPS; 2003 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdiseñoyaplicacion-ES.pdf>.
 17. Center for Global Development (CGD). Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending [Internet]. Washington (DC): CGD; 2012 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.cgdev.org/publication/priority-setting-health-building-institutions-smarter-public-spending>.
 18. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2010 (Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No. 4) [consultado 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/324>
 19. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS [Internet]. Washington (DC): OPS; 2010. Washington (DC) (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No. 3) [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf>.
 20. Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC): OPS; 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, No. 2) 71 págs. [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf.

21. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CSP27.R7) [consultado el 4 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>.
22. Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género: La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado [Internet]. Washington (DC): OPS; 2008 [consultado el 22 de agosto del 2014]. Disponible en: http://mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/economiainvisibleydesigualdadesdegenero_CEPAL.pdf
23. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico [Internet]. Washington (DC): OPS; 2007 [consultado el 4 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10377&Itemid=99999999.
24. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal, Informe sobre la salud en el mundo 2013 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/es/>.
25. Naciones Unidas. Declaración del milenio [Internet]. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de septiembre del 2000; Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: ONU; 2000 (documento A/RES/55/2) [consultado el 14 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
26. Etienne, C. Equidad en los sistemas de salud [Internet]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2013;33(2):81-82 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=551&Itemid=.
27. Evans, DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage [Internet]. *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88(6):402-402 DOI: 10.2471/BLT.10.078741 [consultado el 14 de abril del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741/en/index.html>.
28. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings [Internet]. *The Lancet* 2012 Sep 8;380(9845):944-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0 [consultado 14 de abril del 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959391>.



53rd Directing Council
66th Session of the
Regional Committee of
WHO for the Americas



53.º CONSEJO DIRECTIVO

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

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

CD53.R14

Original: español

Resolución

CD53.R14

**Estrategia para el acceso universal
a la salud y la cobertura universal de salud**

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* presentada por la Directora (documento CD53/5, Rev. 2);

Tomando en cuenta que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece como uno de sus principios básicos que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Consciente de que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo que las políticas e intervenciones que abordan los determinantes sociales de la salud y fomentan el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad, son un requisito esencial para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Reconociendo que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se enmarcan en los valores y principios de la atención primaria de salud en el espíritu de Alma-Ata;

Observando que los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), mediante la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y su participación activa en otros espacios internacionales, como la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la resolución A/RES/67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2012), la Declaración de Panamá para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil (2013), y la resolución WHA67.14 (2014) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre *La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015*; y notando que actualmente el debate está orientado hacia asegurar vidas más saludables y la promoción del bienestar como objetivos clave;

Observando los logros recientes alcanzados en el ámbito de la salud en toda la Región de las Américas, debidos en parte al desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países de abordar las necesidades de salud de la población;

Reconociendo que, a pesar de los avances logrados, existen grandes desafíos; que la Región sigue siendo una de las más inequitativas del mundo; que el proceso para reducir la inequidad en salud se hace más complejo debido a los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud; y que en la Región persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad para amplios sectores de la población, especialmente los grupos en mayor situación de vulnerabilidad;

Observando que los esfuerzos de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud en los países de la Región han generado importantes conocimientos y experiencias que facilitarán el avance continuo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Reconociendo que el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad, y las barreras al acceso y uso oportuno de servicios de salud integrales;

Reconociendo la importancia de priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud y la adopción de políticas integradas e integrales para abordar los determinantes sociales y las inequidades en salud, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Considerando el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; considerando que se requieren acciones estratégicas e integrales que se implementen de manera progresiva y sostenida; y considerando, además, que a medida que se consolidan los procesos democráticos en la Región, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se convierten en una demanda social cada vez más creciente y estructurada;

Observando que en la estrategia se articulan las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas, y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en materia de salud;

Reconociendo el proceso participativo utilizado en la formulación de la estrategia, que incluyó consultas llevadas a cabo por los Estados Miembros en coordinación con la Oficina Sanitaria Panamericana, lo cual permitió un debate de calidad con diferentes perspectivas de análisis, así como las contribuciones realizadas por el Grupo de Trabajo de los Estados Miembros;¹

¹ El Grupo de Trabajo de los Estados Miembros se constituyó por decisión del Comité Ejecutivo en su 154.^a sesión que tuvo lugar del 16 al 20 de junio del 2014, y contó con la participación de representantes técnicos de los países que conforman el Comité Ejecutivo en el 2014 y de los países que participaron como observadores en esa sesión.

RESUELVE:

1. Aprobar la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto, al igual que sus prioridades nacionales:
 - a) establezcan mecanismos formales de participación y diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia los objetivos del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - b) establezcan metas y objetivos nacionales, y definan sus planes de acción para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; y establezcan las prioridades nacionales para el período 2014-2019, de acuerdo con los compromisos establecidos en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 y el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS (2014-2019);
 - c) definan e implementen un conjunto de acciones para fortalecer la gobernanza y rectoría del sector de la salud; y ejerzan el liderazgo a fin de lograr un impacto en las políticas, planes, legislaciones, regulaciones y acciones extrasectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud;
 - d) avancen en proveer acceso universal a servicios de salud integrales, de calidad y de ampliación progresiva, que sean coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional; e identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad;
 - e) definan e implementen acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, aumentando la capacidad resolutive del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud;
 - f) mejoren la capacidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, aumentando las oportunidades de empleo, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas; consoliden equipos colaborativos multidisciplinares de salud; garanticen el acceso de estos equipos a información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina); introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes, en función del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - g) aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud, según sea apropiado, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil y que estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención, a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas;
 - h) avancen hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos; el reemplazo de dicho pago directo como mecanismo de

financiamiento debe planificarse y lograrse progresivamente, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales, a fin de aumentar la protección financiera, la equidad y la eficiencia del sistema de salud;

- i) identifiquen e implementen un conjunto de acciones para mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud;
 - j) implementen planes, programas y proyectos para facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y participación activa, y el acceso a la información de los miembros de la comunidad para que conozcan sus derechos y responsabilidades, y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) use la estrategia para facilitar el liderazgo de las autoridades de salud a fin de promover la movilización de los recursos nacionales en apoyo a la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países en el desarrollo de procesos participativos para definir metas y objetivos nacionales, así como planes de acción, para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - c) mida los avances hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud usando los indicadores establecidos en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, e informe sobre los avances mediante los informes bienales de evaluación de la ejecución del Plan Estratégico;
 - d) desarrolle acciones y herramientas para apoyar la implementación de la estrategia;
 - e) promueva la innovación en la cooperación técnica para la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, actualizando los mecanismos de la Oficina para el apoyo de la cooperación entre países, estableciendo redes de expertos y de gestión del conocimiento, facilitando la documentación y comunicación de experiencias de los países y haciendo uso de las plataformas tecnológicas, de manera coherente con las necesidades y capacidades actuales de los países y las lecciones aprendidas;
 - f) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan hacia la cobertura universal de salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2014)



www.paho.org/saluduniversal



[Facebook.com/pahowho](https://www.facebook.com/pahowho)



[Twitter.com/pahowho](https://twitter.com/pahowho)



[Youtube.com/pahopin](https://www.youtube.com/pahopin)



[Flickr.com/pahowho](https://www.flickr.com/pahowho)

Tel. 202.974.3000

525 Twenty-third Street, N.W.,
Washington, D.C. 20037