

PACTO 30 • 30 • 30

APS PARA LA SALUD UNIVERSAL



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS

OPS



Salud universal

Acceso y cobertura para todos



... un llamado a la acción a los países de la Región para hacer que la APS sea el eje de los sistemas de salud para la salud universal



Introducción

Los pasados 9 y 10 de abril del 2019 se celebró en Ciudad de México la reunión de lanzamiento y presentación del informe de la Comisión de Alto Nivel *Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*, en el marco de la Estrategia de Salud Universal aprobada por la OPS en 2014 y del 40° Aniversario de la Declaración de Alma-Ata. En el evento participaron representantes de veintinueve países, entre ellos diecisiete ministros de salud, los miembros de la Comisión, asociados internacionales y representantes de la sociedad civil.

Durante la clausura del acto, la Dra. Carissa Etienne, Directora de la Organización Panamericana de la Salud, retomó las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel e hizo un llamado a la acción a los países de la Región para hacer que la atención primaria de salud (APS) sea el eje de los sistemas de salud y acelerar así el camino hacia la salud universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (ODS).



El compromiso con la salud universal

La salud universal es el fundamento de un sistema basado en los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad de la APS.

Las cuatro líneas de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud comprenden la transformación de los sistemas de salud y las recomendaciones realizadas por la Comisión de Alto Nivel materializadas en:

- 1.** La ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados, de calidad, y centrados en las personas, las familias y las comunidades. Esto implica la integración de los servicios y de su gestión, así como su organización en redes integradas de servicios de salud a nivel territorial, en las que la piedra angular es un primer nivel de atención con capacidad resolutoria efectiva.
- 2.** El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud, lo que significa que, mediante procesos de diálogo y participación social, se desarrollen políticas, planes y marcos jurídicos y regulatorios que den cuenta del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad en salud y el bienestar para todas las personas, sin dejar a nadie atrás.
- 3.** El aumento y la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia, y el avance hacia la eliminación del pago directo, que constituye una barrera para acceder a la prestación de servicios. Como condiciones necesarias, ello implica avanzar en la eliminación del pago directo en el punto de servicio, aumentar el gasto público en salud a niveles de al menos 6% del producto interno bruto, y mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación y el uso de los recursos financieros, con transparencia y rendición de cuentas.

- 4.** El fortalecimiento de la coordinación y de la acción intersectorial para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud. Esto significa avanzar en los niveles nacionales, subnacionales y territoriales para articular las instancias sociales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, así como el desarrollo de políticas económicas y sociales que promuevan y protejan el bienestar, la salud y el desarrollo humano en el conjunto de la sociedad.

Los avances en el acceso a la salud y la cobertura de salud basados en estos lineamientos evolucionan lentamente en la Región. Uno de los principales retos es la persistencia de las distintas barreras de acceso (tabla 1). Esto se explica por los esfuerzos limitados para transformar los sistemas de salud hacia un nuevo modelo de atención basado en la APS, así como por la falta de recursos públicos invertidos en salud, en particular en el primer nivel de atención.



Pacto 30•30•30: APS para la Salud Universal



El Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal es un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los ODS en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho, y que universal significa **universal**, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto

requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud de la Región, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención. Esto catalizará la transformación necesaria para lograr la salud universal y los ODS para el 2030.

Transformar los sistemas de salud para el 2030

Es necesario transformar los sistemas de salud, con base en la Atención primaria de salud, con una participación social real e inclusiva, particularmente de los grupos en condiciones de vulnerabilidad. Es necesario que los países de la Región avancen e impulsen los cambios en los paradigmas que hoy son insuficientes para responder a las necesidades de la población, los nuevos desafíos en salud y los avances del conocimiento y la tecnología. Es preciso un nuevo modelo de atención centrado en las personas y en las comunidades y enfocado en la salud, no en la enfermedad. El nuevo paradigma debe incorporar servicios equitativos, inclusivos e integrales, y de calidad basados en la APS. Además, debe incidir en los determinantes de la salud con intervenciones intersectoriales explícitas basadas en el derecho inalienable a la salud para todas las personas, y debe fortalecer las capacidades en salud pública, con énfasis en las funciones esenciales de salud pública. Estas transformaciones en los sistemas de salud de las Américas no pueden esperar. Ahora es el momento de hacerlo si se desea alcanzar la salud universal para el 2030.

La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud plantea avanzar en el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, ampliados progresivamente y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional. No basta con mejorar la cobertura y la oferta de los servicios de salud. Complementariamente, debe avanzarse en la eliminación de las barreras de acceso que afronta la población. Las barreras institucionales, geográficas, económicas, organizacionales, sociales y culturales constituyen los principales impedimentos para la equidad, la salud y el desarrollo en el siglo XXI (tabla 1).



Reducir al menos en un 30% las barreras de acceso a la salud

El Pacto 30•30•30 hace un llamado a los países para disminuir estas barreras al menos en un 30%, reduciéndolas progresivamente para el 2030 con acciones tanto en el sector salud como en otros sectores sociales. Esto es un requisito previo para que la Región alcance la salud universal y los ODS. Muchas de estas barreras están relacionadas con los determinantes de la salud. Por ello, su eliminación implica la necesidad de actuar sectorial e intersectorialmente y de mejorar la gobernanza de los sistemas de salud. Este proceso

de definición de las políticas de salud, sociales e inclusivas para reducir las barreras, debe realizarse con un abordaje basado en los derechos y aumentando el compromiso y la participación de las personas y las comunidades. Satisfacer las necesidades de la población, y en particular de las personas en situación de vulnerabilidad, exige modificar la forma tradicional de hacer políticas y de planificar en salud, y pensar en las barreras que impiden a las personas tener acceso efectivo a los servicios y al ejercicio del derecho a la salud.

Destinar al menos un 30% del gasto público en salud al primer nivel de atención para el 2030

Aumentar y optimizar el financiamiento público de manera sostenible para ampliar el acceso y reducir inequidades significa incrementar el gasto público al menos al 6% del producto interno bruto y asignar los nuevos recursos de manera eficiente, progresando hacia la eliminación del pago directo y asignando al menos 30% de estos recursos al primer nivel de atención con el fin de mejorar su capacidad resolutive y de articular las redes de servicios. El reemplazo del pago directo con nuevos recursos públicos incrementará la protección financiera de la población, evitando la exposición a gastos catastróficos y el empobrecimiento como consecuencia de eventos o condiciones de salud.

El Pacto 30•30•30 hace un llamado a expandir y fortalecer un primer nivel de atención altamente resolutive que esté completamente integrado en redes de salud bien organizadas, dedicando los recursos necesarios para ello. Las redes de salud deben

contar con capacidad para la prestación de servicios integrales de calidad, incluyendo los especializados. Este esfuerzo implica cuatro vías de actuación: *a)* Lograr una mayor equidad acercando los servicios y los equipos interprofesionales de salud en el primer nivel de atención, lo más próximo posible a todas las personas y asegurando la oportunidad, calidad y disponibilidad de la atención, recursos e insumos de una manera sostenible para el país. *b)* Fortalecer las capacidades del primer nivel de atención para satisfacer las necesidades de salud individual y colectiva de la población y las comunidades, de modo que actúe como coordinador y articulador de la red de servicios ambulatorios especializados, hospitalarios y de apoyo comunitario. *c)* Fortalecer las capacidades de las redes de servicios para asegurar la continuidad y calidad de la atención integral. *d)* Incrementar el gasto público en salud hasta alcanzar al menos el 6% del producto interno bruto, e invertir al menos un 30% de estos recursos en el primer nivel de atención, dando una mayor prioridad al gasto en salud y mejorando la eficiencia en su asignación y su uso (tabla 2).



Tabla 1: Indicadores de gasto y barreras de acceso en salud

País	Clasificación según ingreso*	Población sin acceso**	Gasto público en salud per cápita USD PPA (2016)***	Gasto de bolsillo en salud per cápita USD PPA (2016)***	Gasto público en salud como % del PIB (2016)***	Gasto público en PNA % del Gasto público en salud (distintos años)****	Gasto de bolsillo en salud % gasto total (2016)***
Argentina	Alto	5,6%	1.140	242	5,6%	24,0%	15,8%
Barbados	Alto	6,0%	607	598	3,2%	33,0%	45,2%
Canadá	Alto	4,0%	3.465	690	7,7%	24,7%	14,6%
Chile	Alto	6,2%	1.171	696	5,0%	21,0%	34,8%
Estados Unidos	Alto	9,7%	8.078	1.094	14,0%	15,2%	11,1%
Uruguay	Alto	5,0%	1.404	340	6,5%	22,0%	17,4%
Costa Rica	Medio alto	3,2%	933	276	5,6%	22,2%	22,1%
Cuba	Medio alto	21,4%	2.202	253	10,9%	42,6%	10,3%
México	Medio alto	20,1%	507	392	2,9%	28,3%	40,4%
Jamaica	Medio alto	15,4%	324	120	3,7%	20,0%	22,4%
Bolivia	Medio bajo	66,0%	326	139	4,5%	38,1%	28,0%
El Salvador	Medio bajo	41,0%	387	163	4,5%	44,2%	27,2%

Fuente: Elaborado por OPS.

Nota: países escogidos de acuerdo a datos disponibles de gasto público en el primer nivel de atención como porcentaje del gasto público en salud

* World Bank Country and Lending Groups. Countries classification; ** Encuesta de gastos de hogares. Última disponibles para cada país; *** OMS. Base de datos del gasto en salud en el mundo;

**** Tracking Healthcare Financing Resources for Primary Healthcare in LMICs . Wang, H and Berman P. Editors. En prensa.

Tabla 2: Mortalidad materna, mortalidad evitable y enfermedades crónicas

País	Clasificación de país según ingreso (Banco Mundial)	Mortalidad evitable	Mortalidad evitable	Mortalidad evitable: Cambio porcentual comparando las tasas entre los años 2001 (como base) y 2010	Razón de mortalidad materna, estimada (*) (100.000 nv)	Incidencia estimada de tuberculosis (100.000 hab)	Prevalencia de presión sanguínea elevada, estandarizada por edad (%)			Prevalencia de glucosa en sangre elevada/diabetes, estandarizada por edad (%)		
		2001	2010	2001 vs 2010	2015	2017	2015			2014		
		Total (hombres y mujeres)	Total (hombres y mujeres)	Total (hombres y mujeres)	(80% RI)	(LI) (&)	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Argentina	Alto	264,45	225,73	-14,6	52 (44-63)	26,0 (23-31)	27,6	17,6	22,6	9,9	9,5	9,7
Barbados	Alto	187,39	222,65	18,8	27 (19-37)	(0-0)	27,0	21,7	24,4	10,5	13,7	12,2
Canadá	Alto	168,63	139,44	-17,3	7 (5-9)	5,5 (4,7-6,3)	15,6	10,8	13,2	6,2	4,8	5,5
Chile	Alto	241,72	195,23	-19,2	22 (18-26)	17,0 (15-20)	25,4	16,5	20,9	10,2	10,8	10,5
Estados Unidos	Alto	240,29	204,67	-14,8	14 (12-16)	3,1 (2,6-3,5)	15,3	10,5	12,9	8,2	6,4	7,3
Uruguay	Alto	255,74	220,01	-14,0	15 (11-19)	31,0 (27-36)	24,7	16,8	20,7	9,1	9,8	9,5
Costa Rica	Medio alto	243,62	192,26	-21,1	25 (20-29)	9,7 (7,4-12)	21,0	16,3	18,7	8,8	8,9	8,9
Cuba	Medio alto	272,91	233,81	-14,3	39 (33-47)	7,1 (6,1-8,2)	20,9	16,9	19,0	7,3	9,6	8,4
México	Medio alto	301,42	295,24	-2,1	38 (34-42)	22,0 (17-28)	22,3	17,3	19,7	10,9	11,5	11,2
Jamaica	Medio alto	255,7	243,67	-4,7	89 (70-115)	5,1 (3,9-6,5)	24,5	19,2	21,8	9,3	14,4	11,9
Bolivia	Medio bajo	n/a	n/a	n/a	206 (140-351)	111,0 (73-158)	19,7	16,1	17,9	7,0	8,9	8
El Salvador	Medio bajo	318,13	279,8	-12,0	54 (40-69)	72,0 (55-91)	20,4	17,2	18,7	9,3	10,7	10,1

Fuente: OPS Indicadores básicos 2019: Tendencias de salud en las Américas.

Nota: países escogidos de acuerdo a datos disponibles de gasto público en el primer nivel de atención como porcentaje del gasto público en salud.

Mortalidad Evitable: mide muerte prematura por problemas de salud que podrían evitarse. La comparación se ha realizado utilizando las tasas ajustadas por edad.

(*) Estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas con 80% de rango de incertidumbre (RI).

(&) Los límites de incertidumbre (LI) y los rangos se definieron como los percentiles 2.5 y 97.5 de las distribuciones de resultados.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
en las Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org