

# Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas



*Enseñanzas de la COVID-19*

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal  
en la Región de las Américas: enseñanzas de la COVID-19

OPS/HSS/LM/22-0031

© Organización Panamericana de la Salud, 2022. Algunos derechos reservados.  
Esta obra está disponible en virtud de la licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Fotografías: © OPS



## Introducción

*El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (la “salud universal”) implican que todas las personas y comunidades puedan acceder, sin discriminación alguna, a servicios, medicamentos y otras tecnologías sanitarias que sean integrales, adecuados, oportunos y de buena calidad, sin que ello les suponga dificultades financieras.*

No se trata solo de garantizar que todas las personas dispongan de cobertura, sino que también disfruten de acceso efectivo a los servicios cuando lo necesiten y dondequiera que estén, incluidas las intervenciones para una vida saludable. La salud universal requiere políticas y acciones multisectoriales y coordinadas para abordar los determinantes sociales de la salud, y fomentar el compromiso de toda la sociedad en la promoción de la salud y el bienestar.

La pandemia de COVID-19 ha confirmado nuevamente que la salud universal, basada en la atención primaria, constituye el pilar de un sistema de salud resiliente, que tenga capacidad de responder eficazmente ante una crisis sin desatender sus funciones básicas, reorganizándose y transformándose si las condiciones así lo requieren.

En este folleto se sintetiza la situación de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas en su avance hacia la salud universal. Se presenta la situación anterior a la pandemia de COVID-19, el efecto que ha tenido la pandemia en los sistemas de salud, y las recomendaciones formuladas para encarar los retos actuales y futuros.

# Los sistemas y servicios de salud antes de la COVID-19

*Antes de la pandemia de COVID-19, la Región de las Américas progresaba favorablemente hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, pero seguía habiendo deficiencias y desigualdades sistémicas, en tanto que el avance era lento.*

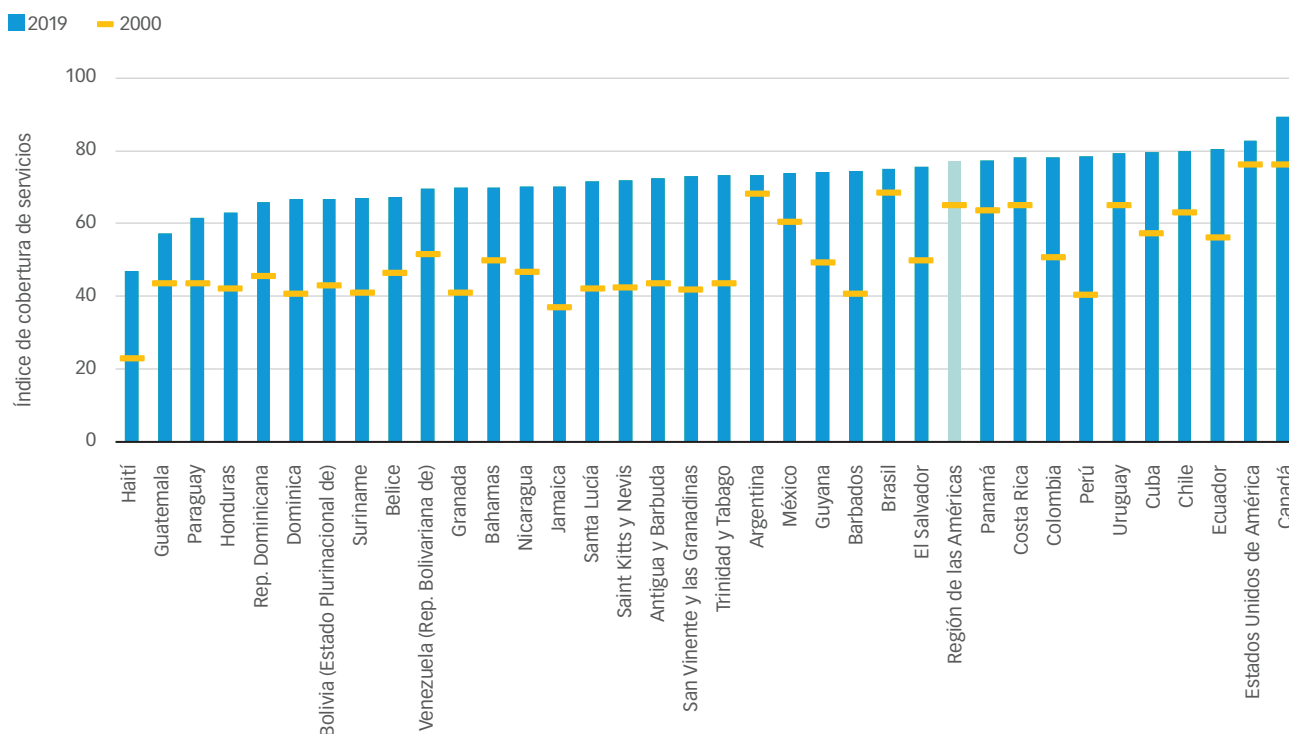
## La cobertura de servicios estaba mejorando

La meta 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), relativa a la cobertura de los servicios y medida mediante el índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud, mejoró a nivel regional al pasar de un promedio de 65 en el 2000 a 77 en el 2019 (promedio ponderado según la población), de modo que se sitúa en tercer lugar entre las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (figura 1). Al igual que otros factores socioeconómicos, esta mejora

estuvo asociada a importantes avances en materia de salud, como evidencia el incremento a nivel regional de la esperanza de vida promedio al nacer, que pasó de 73,7 a 77,0 años en el período citado.

En el 2019, en la Región de las Américas, el promedio del índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud osciló entre 47 y 89 en los 35 Estados Miembros. De estos países, 5 tenían una cobertura muy alta (índice igual o superior a 80), 28 tenían una cobertura alta (entre 60 y 79) y 2 tenían una cobertura media (entre 40 y 59). Ningún país tenía una cobertura baja (entre 20 y 39) ni muy baja (menos de 20). Si bien la Región registró los incrementos más bajos en el período 2000-2019, en algunos casos de apenas 12 puntos, más de 60% de los países (22 de 35) registraron aumentos de más de

**FIGURA 1.** Índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud, Región de las Américas, 2000 y 2019



Fuente: Organización Mundial de la Salud [internet]. The Global Health Observatory. UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 25 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>.

20 puntos. Si se analizan los cuatro componentes por separado, el subíndice de enfermedades infecciosas es el que mejoró más rápidamente entre el 2000 y el 2009 (al pasar de 48 a 81); mientras que crecieron con mayor lentitud los subíndices de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI), de enfermedades no transmisibles y de servicios y acceso.

### Persistieron las desigualdades en la cobertura de los servicios

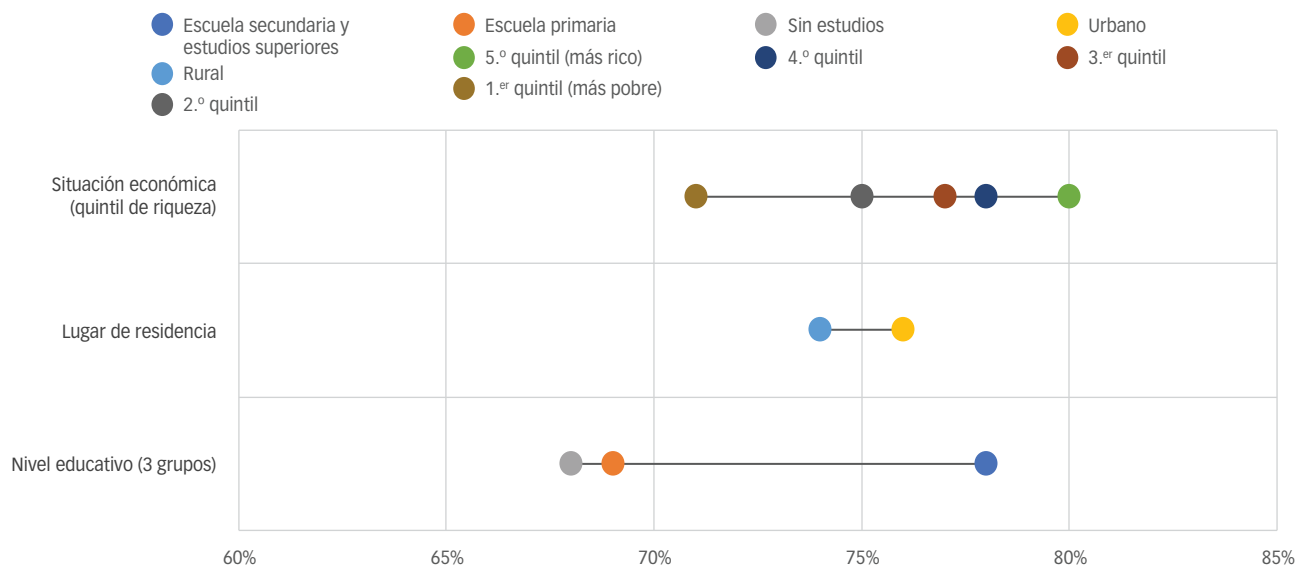
La falta de datos desglosados es un obstáculo importante a la hora de medir en la Región las desigualdades en el índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud. Sin embargo, es posible dar seguimiento a las desigualdades entre subgrupos poblacionales de algunos países de ingresos medios bajos y medios altos con el índice compuesto de cobertura de SRMNI. Este índice, que no debe confundirse con el subíndice de SRMNI del índice de cobertura de servicios de la cobertura universal de salud, se calcula con los datos primarios de las encuestas demográficas y de salud o las encuestas de indicadores

múltiples por conglomerados. Dentro de los países, la cobertura de SRMNI tiende a ser mayor en los grupos más favorecidos, como lo es el de ingresos más altos, entre las personas de mayor nivel educativo y entre los residentes de áreas urbanas. Por ejemplo, los datos de 10 países de la Región indican que la mediana de la cobertura es de 80,0% en el quintil de población con ingresos más altos, mientras que en el quintil más pobre es de 71,0% (figura 2). Algo parecido se observa en cuanto a las desigualdades relacionadas con el nivel educativo y el lugar de residencia.

### Las personas siguieron enfrentando muchos obstáculos en el acceso a los servicios de salud

Los datos de 17 países de la Región de las Américas indican que 34,4% de la población tenía necesidades de atención insatisfechas debido a numerosas barreras al acceso. En promedio, el porcentaje de necesidades insatisfechas era mayor en las personas del quintil más pobre que en las del quintil más rico (36,9% frente a 30,0%). Entre quienes informaron tener alguna necesidad de atención insatisfecha, los motivos más

**FIGURA 2.** Índice compuesto de cobertura de SRMNI, según diversas dimensiones de desigualdad, Región de las Américas, 2015-2019



Nota: Última situación (2015-2019); promedio regional simple.

Fuente: Organización Mundial de la Salud [internet]. Health Inequality Monitor. Inequality in reproductive, maternal, newborn and child health. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 25 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/inequality-monitor/data/interactive-data-visualizations-rnnc>.

frecuentes fueron las barreras financieras, las barreras administrativas y las barreras de disponibilidad (figura 3). Al mismo tiempo, las personas del quintil de ingresos más bajo tenían más probabilidades de encontrar problemas de aceptabilidad, acceso financiero y geográfico o disponibilidad de recursos. Estos resultados ponen de relieve la necesidad de buscar soluciones integradas y multisectoriales que reduzcan las barreras en el acceso a los servicios de salud, como lo son los costos, los problemas de cobertura, la falta de tiempo, la carencia de recursos y las reticencias a buscar atención por razones culturales y lingüísticas, cada una de las cuales requiere de una política específica y adaptada.

### Disminuyó el gasto catastrófico y el gasto empobrecedor, pero de manera desigual

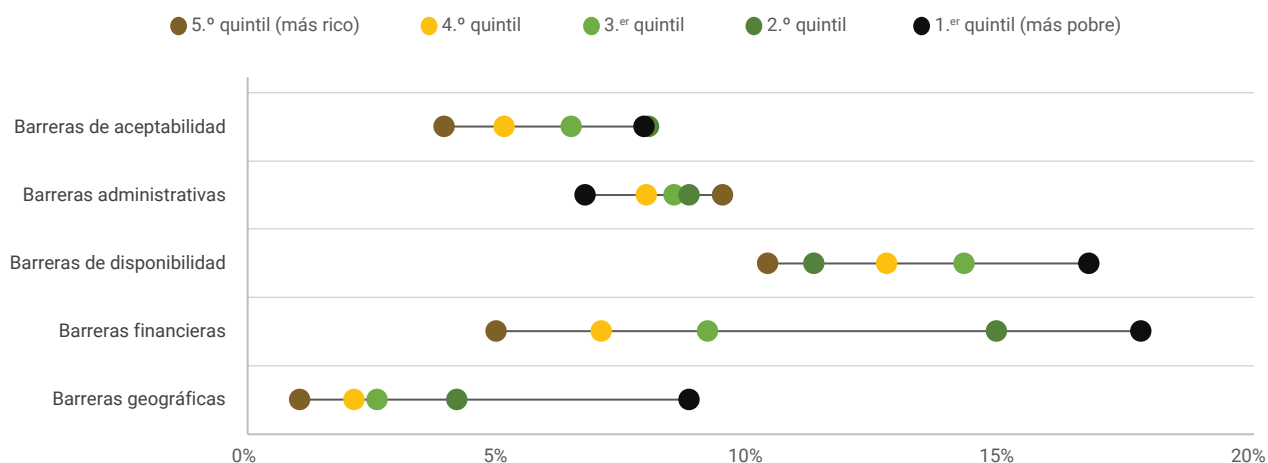
Hay barreras económicas que contribuyen a que las personas pospongan o renuncien a la atención que necesitan. Además, cuando consiguen acceder a los servicios de salud, estas personas pueden sufrir dificultades financieras como consecuencia de los pagos directos o gastos de bolsillo en el punto de atención. El porcentaje de la población de la Región de las Américas que gasta más del 10% de su presupuesto familiar en pagar de su bolsillo los servicios de salud, según el indicador 3.8.2 de los ODS, aumentó 1,2 puntos entre el 2000 y el 2010 (cuadro 1); con todo, es la única

región de la OMS en la que se redujo la incidencia del gasto catastrófico entre el 2010 y el 2017. Además, el número de personas que tuvieron gastos de bolsillo en salud empobrecedores experimentó una reducción continuada, al pasar de 0,5% en el 2000 a 0,1% en el 2017, teniendo en cuenta el umbral de pobreza extrema. En los hogares pobres y los hogares con personas mayores (más de 60 años), había más probabilidades de sufrir problemas económicos como consecuencia del gasto directo en atención médica. Para reducir las desigualdades en los problemas económicos, es fundamental proteger a las personas en situación de vulnerabilidad con mecanismos eficaces de protección financiera y mecanismos progresivos de financiamiento.

### La inversión pública en salud aumentó considerablemente, pero siguió siendo insuficiente

En América Latina y el Caribe, si bien el gasto público en salud fue mejorando de manera paulatina, siguió siendo insuficiente para reemplazar los gastos de bolsillo como fuente de financiamiento y para construir un sistema de salud resiliente y más equitativo y eficiente. En proporción al producto interno bruto (PIB), aumentó de un promedio de 2,8% en el 2000 a 3,9% en el 2019, es decir, se incrementó en 1,1 puntos porcentuales. Además, la mayoría de los países estuvieron por debajo del umbral de 6% del PIB acordado para la Región. El gasto de bolsillo

**FIGURA 3.** Necesidades de atención insatisfechas, por tipo de barrera y quintil de ingresos, Región de las Américas, 2011-2019



*Nota:* Última situación (2011-2019); promedio regional simple.

*Fuente:* Organización Mundial de la Salud [internet]. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>.

en salud presentó una tendencia a la baja, al pasar de un promedio de 40,3% en el 2000 a 32,2% en el 2019 (figura 4). Además del gasto público limitado, se dio poca prioridad a las inversiones en el primer nivel de atención. Tal como subraya el Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal (APS 30-30-30), priorizar las inversiones en el primer nivel de atención es una condición indispensable para mejorar su capacidad resolutive y proporcionar servicios de salud de buena calidad a las personas y las comunidades.

### Mejóro la disponibilidad de recursos humanos para la salud, pero el déficit siguió siendo inaceptable

Las estimaciones recientes sobre la disponibilidad de recursos humanos para la salud y los umbrales de densidad necesarios para cumplir con la meta 3.8.1 de los ODS indican que la densidad de personal médico en los países de América Latina y el Caribe, a nivel regional, fue de 19,5 profesionales (14,6-25,5) por cada 10.000 habitantes, mientras que la densidad de personal de enfermería y partería era de 44,3 (34,5-55,9). Para alcanzar el ambicioso objetivo de 80% en el índice de cobertura efectiva hacia la cobertura universal de salud, se calcula que aún se necesitan al menos 20,7 profesionales médicos, 70,6 profesionales de enfermería y partería, 8,2 profesionales de odontología

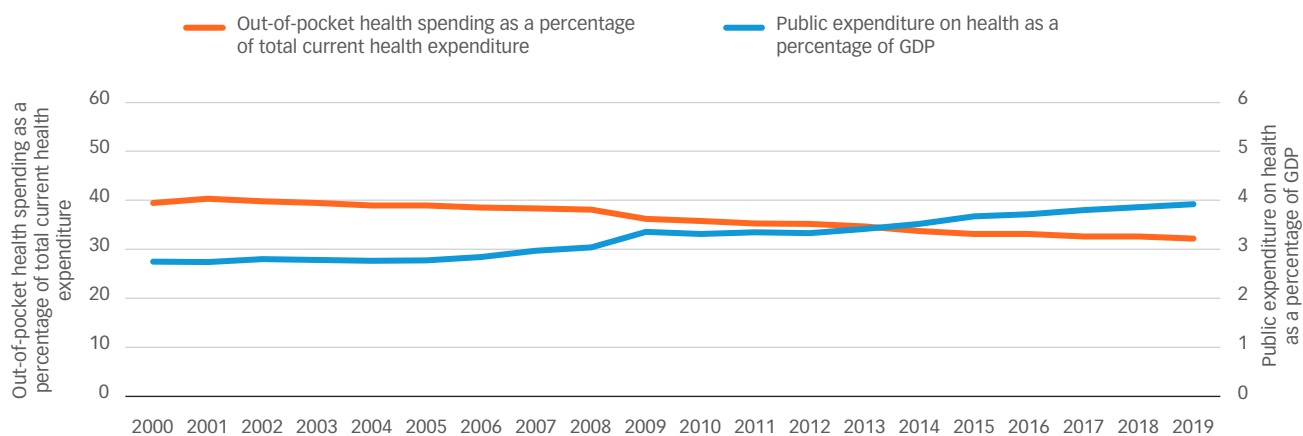
### CUADRO 1. Población que tiene problemas económicos, Región de las Américas, 2000-2017 (%)

Indicadores relacionados con los ODS	2000	2010	2017
Indicador 3.8.2 de los ODS, umbral de 10%	6,6	7,8	7,1
Indicador 3.8.2 de los ODS, umbral de 25%	1,1	1,3	1,3
Arrastrados por debajo de la línea de pobreza (PPA \$1,90 por día)	0,5	0,3	0,1
Arrastrados aún más por debajo de la línea de pobreza (PPA \$1,90 por día)	2,6	1,7	0,5

Nota: PPP: paridad de poder adquisitivo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud; Banco Mundial. Global monitoring report on financial protection in health 2021. Ginebra: OMS y Banco Mundial; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040953>.

FIGURA 4. Gasto público y gasto directo en salud, América Latina y el Caribe, 2000-2019



Nota: Promedio regional simple.

Fuente: Organización Mundial de la Salud [internet]. Global Health Expenditure Database. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 22 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>.

y 9,4 profesionales de farmacia por 10.000 habitantes. Entre 66,0% y 93,9% de los países no llegaban a estos mínimos en el 2019 (cuadro 2). Aplicando un índice de cobertura universal de salud y una metodología diferente, la OMS había proyectado que, para el 2030, la Región de las Américas tendría un déficit de al menos 600.000 profesionales de la salud. Aun teniendo en cuenta las diferencias en la metodología y los umbrales aplicados, estos resultados resaltan la necesidad acuciante de aumentar las inversiones en educación y empleo para el personal de salud a fin de lograr la salud universal y la seguridad mundial en el ámbito de la salud.

**Pese a la mejora en las capacidades regulatorias, persisten las dificultades en el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias**

Al aumentar el porcentaje de la población de la Región que dispone de cobertura de salud, también aumenta la demanda de medicamentos y otras tecnologías sanitarias como parte de los conjuntos de prestaciones, incluidas las tecnologías sanitarias complejas. Se prevé que el mercado farmacéutico de América Latina, en conjunto, registre un aumento de 7% en el período 2018-2023, por lo que constituye el segundo mercado regional con el crecimiento más acelerado a nivel mundial. Las áreas de mayor crecimiento son hepatitis C y VIH, oncología e inmunoterapia (figura 5). Muchos de los productos nuevos en estas áreas son productos biológicos costosos, que someten los presupuestos públicos a una presión cada vez mayor. Como consecuencia de esta tendencia, los países están

llevando a cabo sistemáticamente una evaluación de las tecnologías sanitarias: ya hay 18 países que han establecido mecanismos formales para ello. En las áreas terapéuticas de crecimiento medio y lento, la mayoría de los productos se dispensan a través de farmacias comunitarias. Dada la ausencia de protección financiera, se prevé que aumente considerablemente el gasto directo en medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

Los medicamentos esenciales genéricos son fundamentales para que la atención médica sea costo-eficaz y eficiente. La penetración de los medicamentos genéricos en los mercados farmacéuticos brinda oportunidades para mejorar la eficiencia y reducir los costos sin poner en entredicho la calidad de la atención. Sin embargo, en los países latinoamericanos que cuentan con autoridades regulatorias nacionales de referencia regional, los medicamentos genéricos representan menos de un tercio del mercado farmacéutico, frente al 90% por volumen en los Estados Unidos de América. Sin embargo, las últimas reformas en las autoridades regulatorias nacionales han introducido importantes mejoras en el acceso a los medicamentos y en cuestiones de transparencia dentro de estos organismos. Así, la capacidad de regulación farmacéutica en la Región de las Américas está mejorando, y más de 82% de la población vive en un país con una autoridad regulatoria nacional de referencia regional.

**CUADRO 2.** Escasez de recursos humanos para la salud, América Latina y el Caribe, 2019

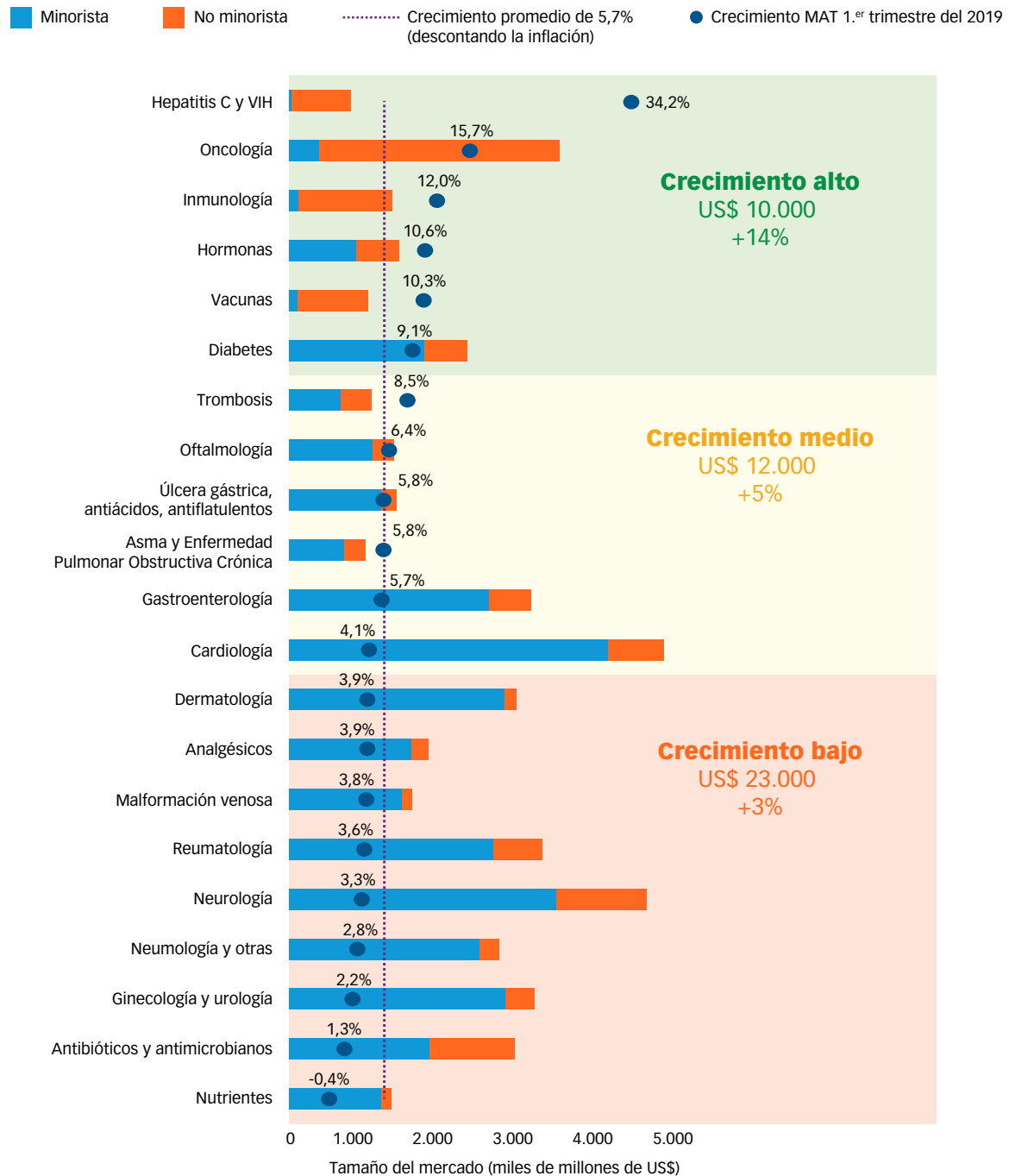
	NÚMERO DE PAÍSES CON ESCASEZ	PROPORCIÓN DE PAÍSES CON ESCASEZ <sup>a</sup> (%)	SUMA DE LA ESCASEZ A NIVEL NACIONAL (N.º DE TRABAJADORES)
<b>Personal médico</b> (umbral: 20,7 por 10.000 habitantes)	22	66,7%	238.000
<b>Personal de enfermería y partería</b> (umbral: 70,6 por 10.000 habitantes)	31	93,9%	1.570.000
<b>Personal de odontología</b> (umbral: 8,2 por 10.000 habitantes)	23	69,7%	32.800
<b>Personal de farmacia</b> (umbral: 9,4 por 10.000 habitantes)	28	84,8%	263.000

*Nota:* <sup>a</sup> Representa la proporción de países y territorios de América Latina y el Caribe que tienen escasez en los cuatro grupos de personal de salud teniendo una cobertura efectiva hacia la cobertura universal de salud de 80 sobre 100 en el índice de cobertura hacia la cobertura universal de salud.

*Fuente:* GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022; 399 (10341): 2129-2154. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3).



**FIGURA 5.** Dinámica de crecimiento de las diferentes áreas terapéuticas, América Latina



*Notas:* Mercado farmacéutico latinoamericano (miles de millones de dólares de Estados Unidos); mercado auditado. Países encuestados: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú. Fuentes: Retail Market MIDAS MAT 1.º trimestre del 2019, con Brasil a precio PPA; NRC Brasil MAT 1.º trimestre del 2019 a segundo nivel de precio; SISMED Colombia MAT 1.º trimestre del 2019; México NRC + GSDT MAT Mar-19 a precios de fabricantes; NRC Ecuador MAT 1.º trimestre del 2019; en otros países se aplica una estimación de NRC (ARG, América Central, CHL, PER). Crecimientos calculados en tipos de cambio constantes en dólares de Estados Unidos. Tipo de cambio: Argentina, 38,87; Brasil, 3,77; Chile, 667; Colombia, 3.135; Ecuador, 1,00; México, 19,21; Perú, 3,32.

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas regulatorios en la Región de las Américas. Resumen de las enseñanzas obtenidas de las autoridades regulatorias nacionales de referencia regional. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53794>.

# Los sistemas y servicios de salud y la pandemia de COVID-19

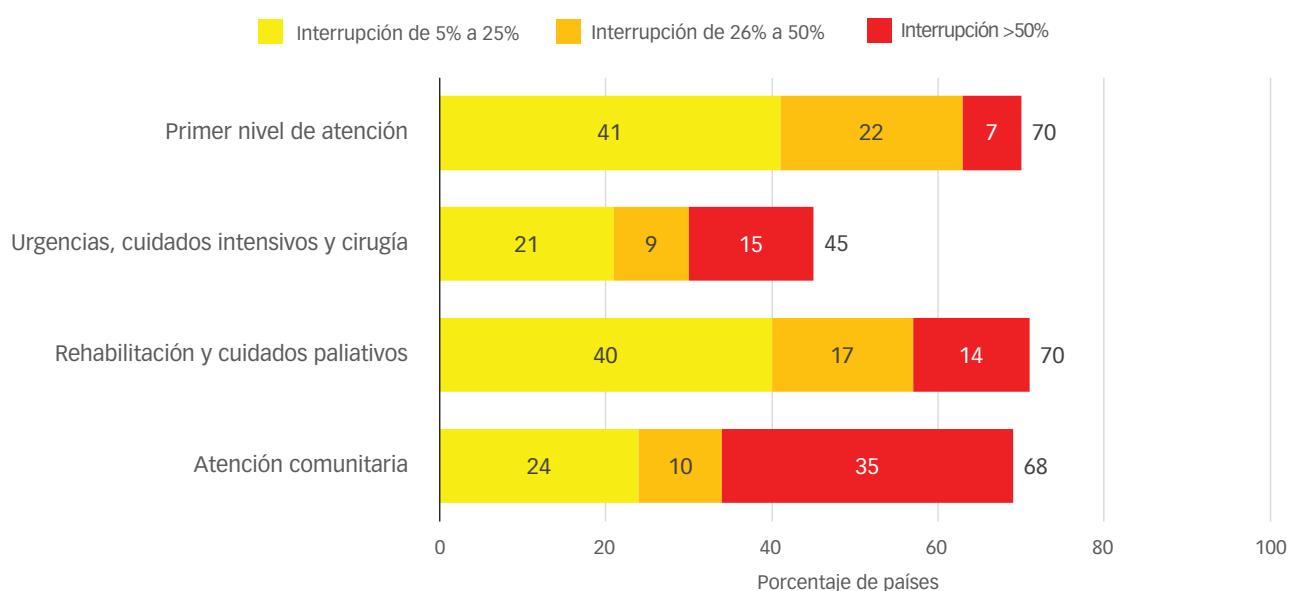
Con la pandemia se ha revertido el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, exponiéndose y exacerbándose las deficiencias estructurales de los sistemas de salud y las desigualdades en salud.

## Pese a los esfuerzos realizados, sigue siendo difícil mantener la continuidad de los servicios esenciales de salud

En julio del 2022, la Región de las Américas había notificado más de 163 millones de casos de COVID-19 y cerca de tres millones de muertes por esta enfermedad. A los dos años de iniciarse la pandemia, casi todos los países de la Región siguen informando interrupciones en los servicios esenciales de salud: de 28 países, 93% informaron interrupciones al menos en un servicio esencial en los últimos seis meses. Cabe destacar que la magnitud y el alcance de las interrupciones de los servicios esenciales de salud no han mejorado sustancialmente desde el tercer trimestre del 2020, a pesar de que los países han

intensificado sus esfuerzos para responder a los cuellos de botella en los sistemas de salud y a las barreras al acceso que generó la pandemia de COVID-19. En el cuarto trimestre del 2021 se informaron interrupciones en todas las modalidades de prestación de servicios de salud, y las modalidades más afectadas fueron el primer nivel de atención y los servicios de atención comunitaria (figura 6). Además, los países siguen informando interrupciones en todas las áreas prioritarias de salud: más de la mitad informan interrupciones en las áreas de inmunización, atención a las personas mayores y oncología (figura 7). Estas interrupciones han repercutido en el acceso a algunos servicios de salud críticos, especialmente para los grupos más vulnerables. Cabe señalar que todos los países han adoptado estrategias e innovaciones para superar las interrupciones y reforzar la capacidad de los servicios de salud de proporcionar herramientas y servicios esenciales contra la COVID-19, entre las cuales se encuentran el incremento de camas de cuidados críticos, el fortalecimiento del primer nivel de atención para las pruebas

**FIGURA 6.** Porcentaje de países ( $n = 20$ ) que informan interrupciones en la prestación de servicios esenciales de salud, por modalidad de prestación, de junio a noviembre del 2021



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 (noviembre y diciembre del 2021). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSSCOVID19220023\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSSCOVID19220023_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

diagnósticas, el rastreo de contactos y el aislamiento, la introducción de experiencias en redes integradas de servicios de salud, el paso a una atención comunitaria y a la participación de la comunidad, y una transformación digital sin precedentes en el ámbito de la salud.

### Las interrupciones en el suministro de medicamentos y otras tecnologías sanitarias exponen la dependencia de las importaciones

La pandemia ha provocado situaciones de desabastecimiento e inequidad en el acceso a los medicamentos esenciales (productos farmacéuticos y vacunas) y a otras tecnologías sanitarias (equipos de protección personal, medios diagnósticos, equipo biomédico), que limitaron o pusieron en riesgo la prestación de servicios de salud esenciales. Además, la crisis de salud ha revelado la dependencia de América Latina y el Caribe de las importaciones de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, la vulnerabilidad de las cadenas de suministro mundiales en emergencias y el alto grado de heterogeneidad que caracteriza a la Región de las Américas por lo que concierne a las capacidades de investigación, desarrollo y fabricación de vacunas contra la COVID-19. La pandemia también ha afectado al suministro de sangre. Comparando la obtención de sangre entre el 2019 y el

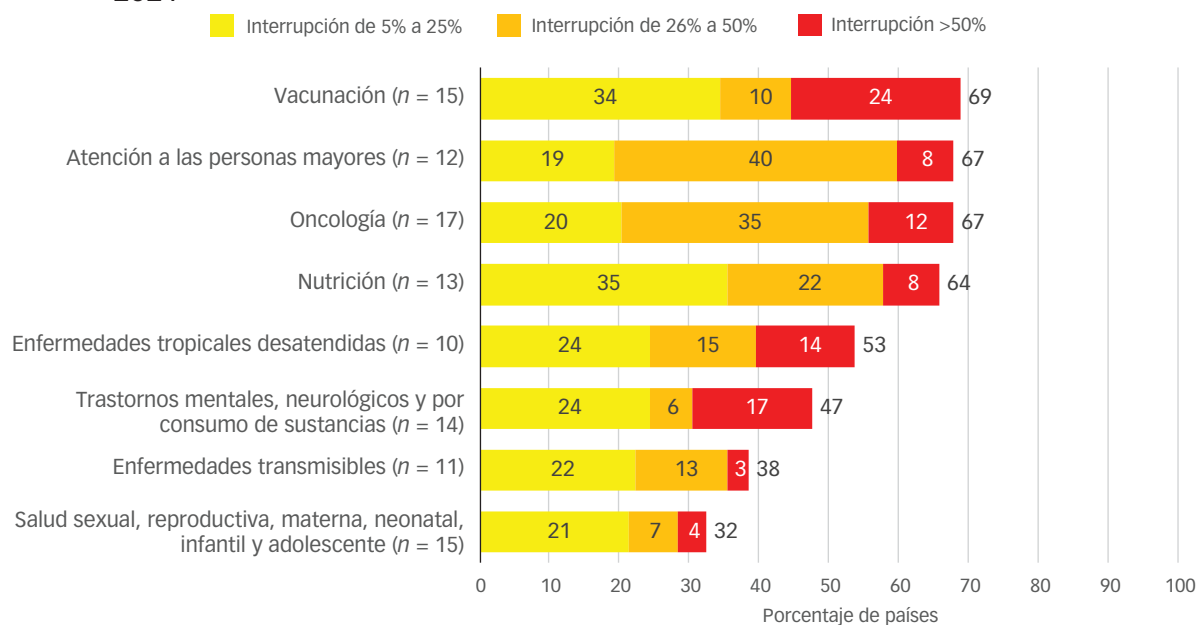
2020, en 7 de los 17 países de América Latina el número de unidades recogidas se redujo entre 20% y 40%. Ningún país notificó eventos o situaciones críticas debido a la escasez.

También ha habido dificultades con respecto al uso de tratamientos contra la COVID-19 con baja calidad de la evidencia clínica. Por ejemplo, cinco países de la Región notificaron cerca de 3.400 reacciones adversas a medicamentos utilizados contra la COVID-19 como la azitromicina, la ivermectina y la hidroxicloroquina, lo que indica la necesidad de aplicar procesos más rigurosos en la selección, evaluación e incorporación de medicamentos a los sistemas de salud. Por otra parte, se observó innovación en la prescripción y entrega de medicamentos para varios meses a la población de alto riesgo, en particular a las personas con infección por el VIH. Gracias a esta estrategia, se evitaban contactos innecesarios con servicios de salud saturados, que suponían un riesgo elevado, y se contribuyó a mejorar la adhesión al tratamiento terapéutico.

### La pandemia empeoró las barreras que ya existían y generó barreras nuevas

El Pacto APS 30-30-30 insta a reducir las barreras al acceso al menos en 30%, progresivamente, antes del 2030. Los efectos de la pandemia en la prestación

**FIGURA 7.** Porcentaje de países ( $n = 20$ ) que informan interrupciones en la prestación de servicios esenciales de salud, por área de salud prioritaria, de junio a noviembre del 2021



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 (noviembre y diciembre del 2021). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSSHSCOV19220023\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56165/OPSHSSHSCOV19220023_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

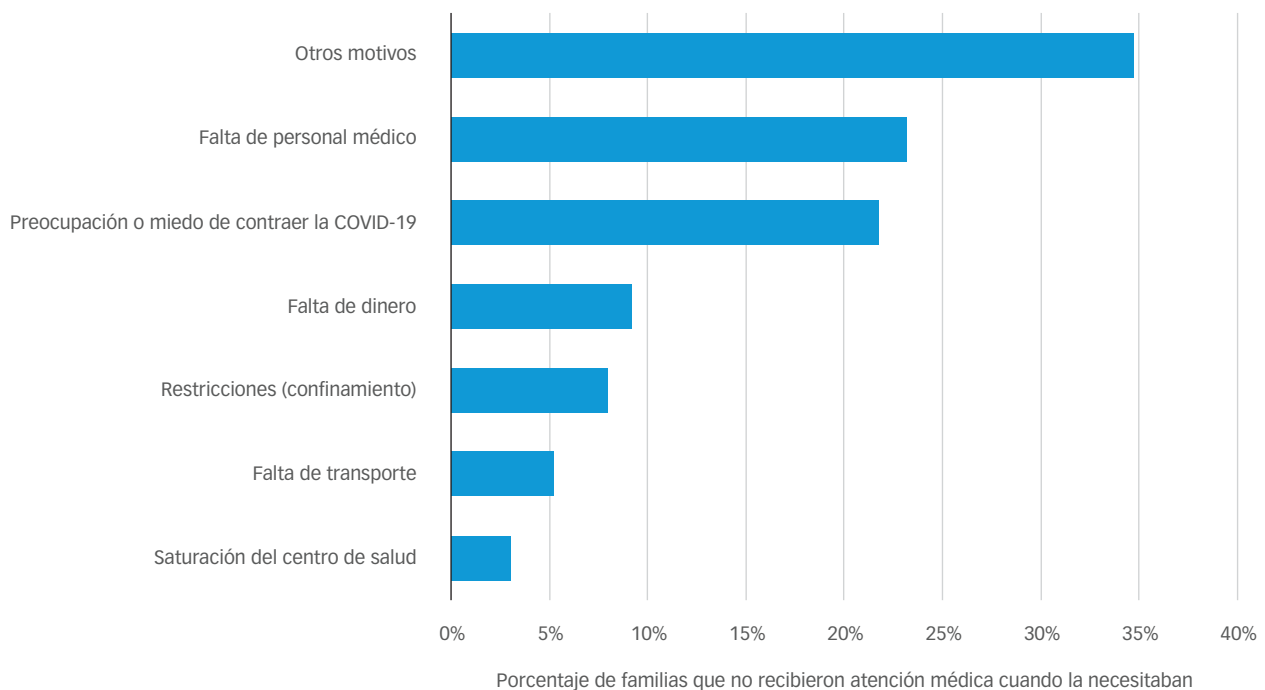
de servicios esenciales de salud, sumados a la crisis socioeconómica, revelan un empeoramiento significativo de las condiciones de acceso, que ha conllevado retrasos y desatención. Estos problemas se traducen en una mayor incidencia de necesidades insatisfechas a causa de las barreras, tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda (figura 8). Los datos de las encuestas rápidas sobre la continuidad de los servicios de salud apuntan a un cúmulo de factores responsables de la interrupción de los servicios, como la falta de personal de salud (34% de los países), las modificaciones intencionales en la prestación de los servicios (34% de los países) y la disminución en la demanda de servicios de salud (32% de los países). Además de las dificultades por mantener los servicios esenciales de salud, la mayoría de los países de la Región tuvieron que enfrentar grandes desafíos para ampliar a mayor escala el acceso a las herramientas esenciales contra la COVID-19 por problemas de disponibilidad y distribución del personal de salud, el efecto adverso en la salud mental del personal de salud que estuvo

en primera línea, la escasez de insumos y equipos, y problemas del lado de la demanda a nivel de comunidad. Estos resultados sacan a la luz la necesidad de aumentar la capacidad del personal de salud para la prestación de servicios de salud, dando prioridad a su salud mental y bienestar, adaptando las vías asistenciales para los pacientes con COVID-19 y con otros problemas de salud, y adoptando estrategias comunitarias y de promoción de la salud para abordar las dificultades del lado de la demanda. En la medida de lo posible, es necesario disponer de recursos adicionales para mantener y ampliar la prestación de servicios esenciales de salud, dando prioridad al primer nivel de atención.

**Han mejorado las tasas de vacunación contra la COVID-19, pero las interrupciones en los servicios sistemáticos de inmunización se han incrementado**

Al 19 de agosto del 2022, 69,3% de la población de la Región de las Américas había recibido el esquema completo de vacunación contra la COVID-19,

**FIGURA 8.** Principales motivos por los que no se accedió a la atención médica cuando se necesitaba, América Latina y el Caribe



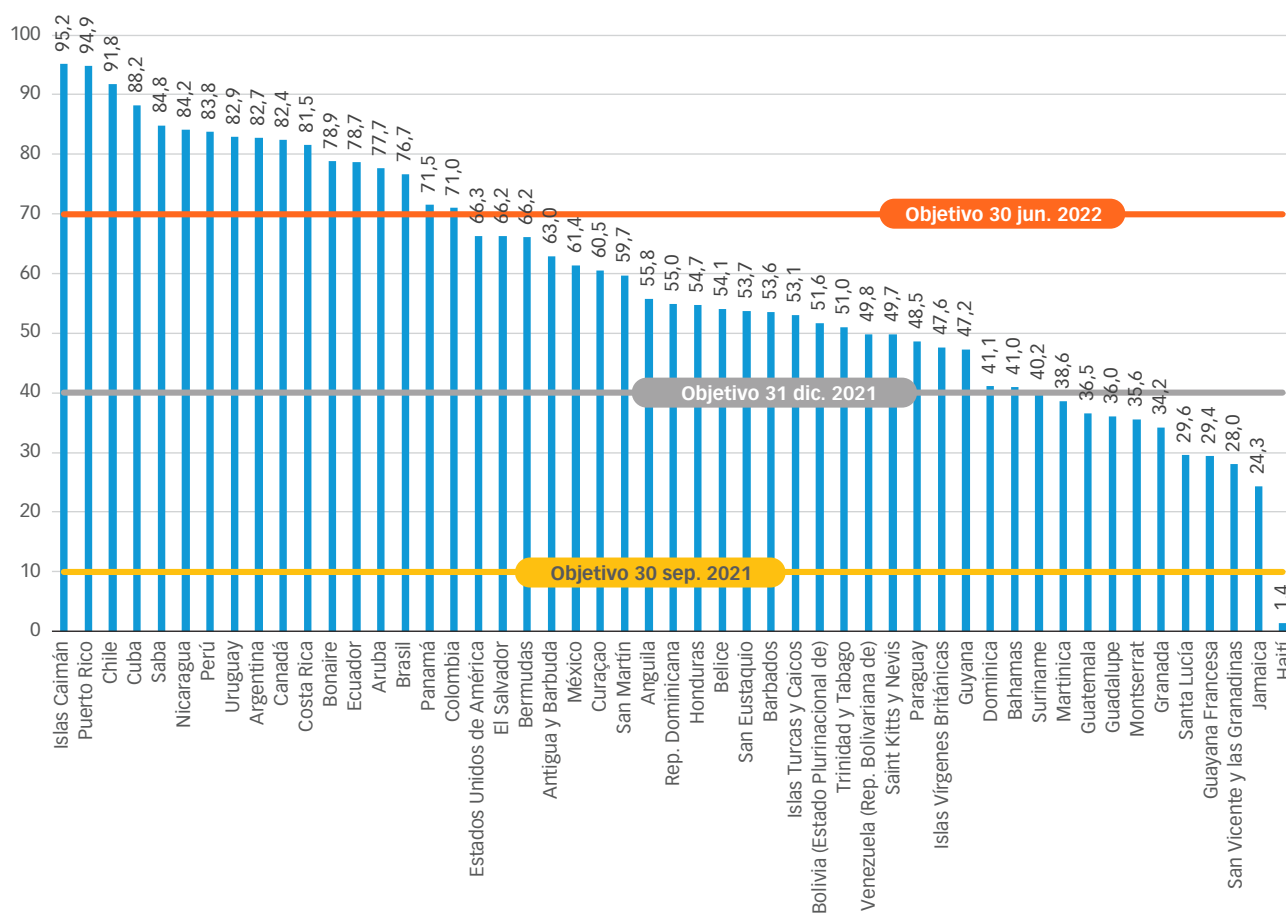
Fuente: Datos de la encuesta telefónica del Banco Mundial, realizada directamente a las familias entre mayo y agosto del 2020. Banco Mundial [internet]. COVID-19 Household Monitoring Dashboard. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022 [consultado el 22 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

compuesto por al menos dos dosis. Sin embargo, la cobertura de vacunación ha progresado a un ritmo lento y desigual en toda la Región (figura 9). Además, la mayoría de las dosis aplicadas desde octubre del 2021 son de refuerzo, que no contribuyen a la tasa de cobertura nacional.

Los niveles de cobertura de vacunación han sufrido mucho durante la pandemia de COVID-19. En el 2020, contribuyeron a este declive las limitaciones en el acceso a los servicios en el primer nivel de atención y las interrupciones en las cadenas de suministro. En el 2021, el esfuerzo que hicieron los gobiernos en las campañas de vacunación contra la COVID-19 detrajó recursos financieros y humanos de los programas

nacionales de inmunización, lo que redujo aún más la tasa de cobertura de vacunación con los antígenos habituales. Ese mismo año, según datos de la OMS y de UNICEF, el porcentaje de niños y niñas que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DPT3) —un indicador de la cobertura de vacunación a nivel nacional e internacional— disminuyó en 5% entre el 2019 y el 2021 y se ubicó en 80%, el nivel más bajo registrado en la Región de las Américas desde el 2011. En total, más de 2,7 millones de menores de 1 año en la Región (19,7%) no recibieron todas las dosis de las vacunas prescritas, de modo que son vulnerables a enfermedades como la poliomielitis, el tétanos, el sarampión y la difteria.

**FIGURA 9.** Población que ha recibido el esquema completo de vacunación contra la COVID-19, Región de las Américas, 19 de agosto del 2022 (%)



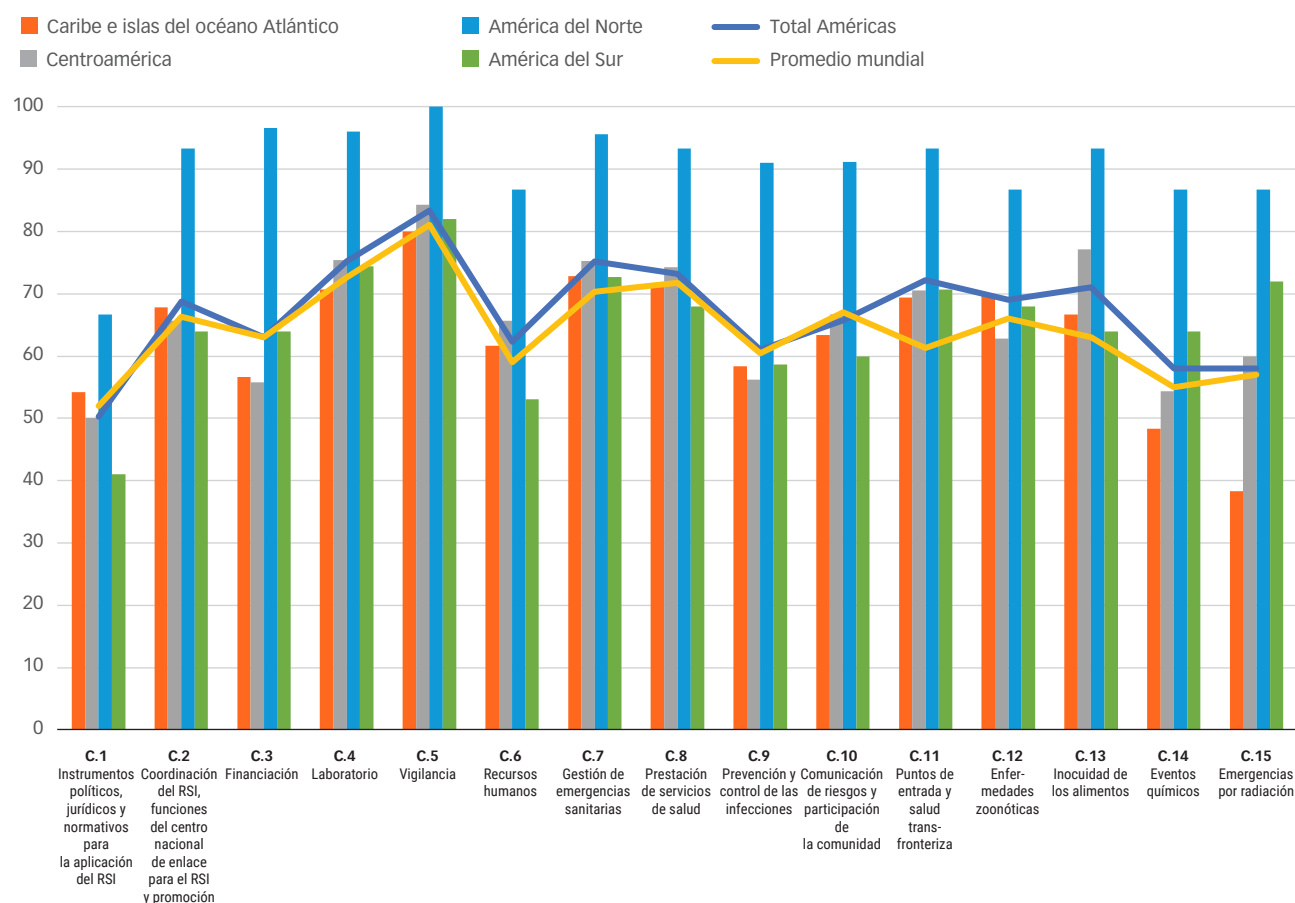
Fuente: Organización Panamericana de la Salud [internet]. Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 22 de agosto del 2022]. Disponible en: [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

### Se necesitan más esfuerzos sostenidos para mantener y fortalecer las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional

Según se informó a la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2021, la puntuación regional de todas las capacidades necesarias para la aplicación efectiva del Reglamento Sanitario Internacional del 2005 (RSI) fue de 67%, en comparación con el promedio mundial de 65%, aunque hay gran variación entre las distintas subregiones (figura 10). De las 15 capacidades básicas, los puntos fuertes de la Región se encuentran en vigilancia (83%), laboratorio (75%) y gestión de emergencias sanitarias (75%), mientras que se aprecian retos en instrumentos políticos, jurídicos y normativos

para la aplicación del RSI (50%), eventos químicos (58%) y emergencias por radiación (58%). Los retos según los indicadores se encuentran en igualdad de género en emergencias de salud (44%), aumento de la fuerza de trabajo durante un evento de salud pública (54%), instrumentos políticos, jurídicos y normativos (57%), financiamiento para la aplicación del RSI (58%), entorno seguro en establecimientos de salud (58%), recursos para la detección y la alerta (58%), y capacidad y recursos (58%). Estos resultados subrayan la necesidad de adoptar un enfoque de funciones esenciales de salud pública a fin de promover respuestas eficaces y equitativas, y mantener y mejorar las capacidades básicas del RSI.

**FIGURA 10** Puntuación del RSI por capacidad, Región de las Américas, por subregión, 2021



*Nota:* Elaborado con los datos de 32 países que presentaron informes mediante el instrumento e-SPAR.

*Fuente:* Organización Mundial de la Salud [internet]. e-SPAR State Party Annual Report. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 22 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://extranet.who.int/e-spar/#capacity-score>.



## Medidas recomendadas

La pandemia de COVID-19 subraya la necesidad urgente de transformar los sistemas de salud para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, basados en la atención primaria de salud (APS), como fundamento para la construcción de sistemas de salud y sociedades más resilientes en la Región de las Américas. Además, la salud universal solo puede lograrse promoviendo una protección social universal que favorezca la reducción de la pobreza e incida en los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, es necesario acelerar y ampliar a mayor escala las acciones coordinadas en todos los sectores de la salud, así como en otros sectores, incluidos los de desarrollo social y económico, a fin de promover transformaciones sistémicas.

*La Organización Panamericana de la Salud brinda apoyo a sus Estados Miembros en la implementación de cuatro líneas de acción para construir sistemas de salud resilientes y recuperar los logros en salud pública después de la COVID-19.*

Además de brindar apoyo en la respuesta inmediata a la crisis, la implementación de estas líneas de acción debe integrarse en los esfuerzos realizados por recuperar y desarrollar de manera sostenible los sistemas de salud, reduciendo las vulnerabilidades estructurales y ampliando el acceso, a fin de abordar las necesidades futuras de salud y estar mejor preparados para responder a futuras crisis.

## **Transformar los sistemas de salud, con un enfoque centrado en la APS, para acelerar la recuperación después de la pandemia, recuperar y mantener los logros en materia de salud pública y retomar la senda hacia la salud universal**

- Acelerar la transformación de los sistemas de salud, con un enfoque basado en la APS, de modo que se responda a las necesidades de las personas, las familias y las comunidades en el lugar donde viven, por medio de una atención integral, integrada y de buena calidad.
- Garantizar una continuidad de servicios que abarquen desde la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades hasta la detección, el diagnóstico precoz, el tratamiento, la rehabilitación y la atención complementaria.
- Buscar influir en los determinantes de la salud, con énfasis explícito en las intervenciones y medidas intersectoriales, para abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud en todo el curso de vida.
- Fomentar la participación social inclusiva, en especial la coordinación entre todos los sectores y todos los interesados directos.
- Renovar los compromisos para poner en práctica las recomendaciones del Pacto APS 30-30-30, a saber: reducir las barreras de acceso en 30%, aumentar el financiamiento público y asignar al menos 30% de esos recursos al primer nivel de atención antes del 2030.

## **Fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza con un énfasis renovado en las funciones esenciales de salud pública**

- Adoptar un enfoque que abarque todos los sectores del gobierno y a toda la sociedad a fin de mejorar las capacidades en el ámbito de la salud pública y de diseñar y fortalecer estructuras institucionales que permitan coordinar las diferentes intervenciones y programas de salud pública entre los diversos sectores.
- Fortalecer las instituciones del Estado, con miras a garantizar el derecho a la salud de la población.
- Mejorar la gestión y la coordinación para aprovechar la capacidad de todos los subsistemas y sectores (públicos y privados), promoviendo una mayor integración.
- Mejorar el diseño y la ejecución de las políticas establecidas en marcos legislativos y regulatorios más sólidos, incluido el abordaje de los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.
- Fortalecer los procesos nacionales de evaluación, selección y uso racional de medicamentos y la capacidad regulatoria nacional, a fin de garantizar la seguridad, la calidad y la eficacia de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
- Elaborar y poner en práctica políticas integradas en los ámbitos de la salud, la ciencia y la tecnología, y la industria, a fin de incrementar la capacidad de fabricación de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
- Garantizar que las estructuras y los órganos estatales responsables de las funciones esenciales de salud pública cuenten con suficiente personal de salud capacitado, con la infraestructura y el apoyo tecnológico adecuados y con financiamiento suficiente y sostenible.
- Institucionalizar mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas que legitimen una interacción mejor y mayor entre la sociedad civil y el Estado.





### **Fortalecer la capacidad de las redes de prestación de servicios de salud para ampliar el acceso y mejorar la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública**

- Desarrollar capacidades relativas a la adaptabilidad, respuesta y reorganización de la red de servicios de salud, incluida la capacidad de los servicios de salud para hacer frente a aumentos repentinos de la demanda.
- Fortalecer la organización de los servicios de salud para restablecer y fortalecer el acceso a los servicios esenciales de salud mediante la reconstrucción de la red de servicios de salud, de modo que la mayoría de las necesidades puedan resolverse en el primer nivel de atención.
- Aumentar la capacidad de gestión de las redes de salud y establecer mecanismos para coordinar la atención a lo largo del proceso continuo de los servicios de salud, en función de las necesidades de las personas.
- Fortalecer la capacidad de respuesta del primer nivel de atención, incluida la evaluación y la adopción rápida de innovaciones basadas en la evidencia, a fin de restablecer los servicios esenciales de salud y abordar las barreras al acceso.
- Fortalecer la capacidad de las redes de servicios de salud para brindar apoyo en la prestación de servicios integrales y de buena calidad (tanto individuales como de base poblacional) y mejorar la aceptabilidad y la capacidad de respuesta de los servicios de salud.
- Garantizar el acceso a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias en el diseño y la prestación de servicios de salud integrales, incluido el fortalecimiento de las cadenas de suministro y cadenas productivas de valor.
- Mejorar la planificación y la gestión de los recursos humanos, con incentivos y políticas de retención de personal que contemplen condiciones de trabajo dignas y apoyen las necesidades del personal de salud, incluidos los servicios de salud mental.
- Fortalecer los equipos de salud interprofesionales en el primer nivel de atención y la formación de especialistas, en aras de la continuidad de la atención en toda la red de servicios.
- Adoptar soluciones digitales para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluidas las herramientas empleadas durante la pandemia de COVID-19.



**Aumentar y mantener el financiamiento público destinado a la salud y la protección social, incluidas las medidas encaminadas a abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud**

- Impulsar la inversión pública para superar las vulnerabilidades estructurales en el financiamiento. Esto implica aumentar el gasto público en salud a 6% del PIB, consolidar su sostenibilidad financiera y reducir los pagos directos en el lugar de la atención.
- Dar prioridad a las inversiones en el primer nivel de atención y asignar por lo menos 30% del gasto público total en salud al primer nivel, de acuerdo con lo que propone el Pacto APS 30-30-30.
- A corto plazo, aumentar el gasto en salud en términos reales, particularmente en el componente público, a fin de satisfacer las nuevas necesidades generadas por la pandemia y fortalecer la prestación de otros servicios de salud esenciales.
- Efectuar inversiones de capital y gastos periódicos en los presupuestos nacionales para mantener y mejorar las funciones esenciales de salud pública.
- Fortalecer las capacidades de planificación y gestión financiera pública de los sistemas de salud y reducir la segmentación para mejorar la eficiencia del financiamiento.
- Mejorar las capacidades de cálculo de costos, elaboración de presupuestos y asignación de recursos, incluida la alineación de diversas fuentes de financiamiento, para financiar íntegramente los planes nacionales de salud y los planes de respuesta, de una manera que sea sostenible y predecible.



En este folleto se resume la situación de los sistemas y servicios de salud en la Región de las Américas en su progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (la “salud universal”). Se presenta la situación previa a la pandemia de COVID-19, el efecto que ha tenido en los sistemas de salud y las recomendaciones para encarar los retos actuales y futuros en la construcción de sistemas de salud resilientes que permitan seguir avanzando hacia la salud universal en la Región.

# OPS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas