



ANALIZAR Y SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPEDSA REGIONAL PARA LAS Américas

ANALIZAR Y SUPERAR LAS BARRERAS DE ACCESO PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud

ISBN: 978-92-75-32756-2 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32757-9 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/PH/2023

ÍNDICE

PRÓLOGO	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
SIGLAS	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. El contexto de los sistemas de salud	3
1.1. El contexto anterior a la pandemia de COVID-19	4
1.2. Necesidades insatisfechas y barreras de acceso prevalentes	5
1.3. Los efectos de la pandemia de COVID-19	11
CAPÍTULO 2. Marco metodológico y de análisis	13
2.1. Antecedentes relevantes para el desarrollo de la metodología	14
2.2. Marco de análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud	14
2.3. Metodología para el análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud ...	16
CAPÍTULO 3. Colombia: el Plan Obligatorio de Salud	20
3.1. Introducción	21
3.2. Principales barreras de acceso	24
3.3. Recomendaciones de políticas	33
CAPÍTULO 4. Guyana: el impacto de la COVID-19 en el acceso a la salud maternoinfantil. . .	38
4.1. Introducción	39
4.2. Principales barreras de acceso a los servicios de salud maternoinfantil	40
4.3. Efecto de la pandemia de COVID-19 en las barreras de acceso a los servicios de salud maternoinfantil	44
4.4. Recomendaciones de políticas	45
CAPÍTULO 5. Honduras: enfoque integral de la atención primaria de salud.	50
5.1. Introducción	51
5.2. Principales barreras de acceso	52
5.3. Desafíos del sistema de salud	58
5.4. Recomendaciones de políticas	59
CAPÍTULO 6. Perú: la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud	63
6.1. Introducción	64
6.2. Principales barreras de acceso	66
6.3. Desafíos del sistema de salud	74
6.4. Recomendaciones de políticas	77
CONCLUSIONES Y OPORTUNIDADES	81
REFERENCIAS	85

CUADROS

- Cuadro 1.** Barreras que enfrentan las mujeres al buscar atención de salud, por quintil de ingresos, ámbito geográfico y estado civil, 2001-201910
- Cuadro 2.** Ejemplos de términos utilizados en la búsqueda de bibliografía sobre barreras de acceso17

FIGURAS

- Figura 1.** Porcentaje de la población con necesidades insatisfechas de atención de salud, por grupo de ingresos del Banco Mundial, 2011-2021 6
- Figura 2.** Relación entre el índice de desarrollo humano y las necesidades insatisfechas de atención de salud, 2021 7
- Figura 3.** Barreras de acceso a servicios de salud, por dimensión y nivel de ingresos, 2011-2019 8
- Figura 4.** Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y la mortalidad evitable, por país y grupo de nivel de ingresos, 2019 9
- Figura 5.** Porcentaje de servicios interrumpidos, por país, 202111
- Figura 6.** Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi15
- Figura 7.** Metodología para el análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud.16
- Figura 8.** Evolución de la normativa de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, 1992-202022
- Figura 9.** Barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2008-202025
- Figura 10.** Barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia señaladas por actores clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud en entrevistas, 2022.26
- Figura 11.** Porcentaje de la población de Colombia que no buscó atención de salud cuando la necesitaba, por motivo (grupo 1), 2003-202127
- Figura 12.** Porcentaje de la población de Colombia que no buscó atención cuando la necesitaba, por motivo (grupo 2), 2003-202131
- Figura 13.** Iniciativas de políticas de salud universal en Guyana.39
- Figura 14.** Barreras de acceso a los servicios de salud en Guyana encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2010-202141

Figura 15. Mujeres de Guyana que señalaron dificultades para acceder a la atención de salud cuando estaban enfermas, por residencia, ingresos, estado civil y participación en la toma de decisiones del hogar, 2009	42
Figura 16. Distribución de las barreras mencionadas por los funcionarios de salud en Guyana, por dimensión de acceso, 2021	44
Figura 17. Hitos e iniciativas de políticas del sector de la salud en Honduras, 1991-2019	51
Figura 18. Barreras de acceso a los servicios de salud en Honduras encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2010-2020	54
Figura 19. Porcentaje de la población hondureña que no buscó atención cuando la necesitaba, por tipo de barrera, 2005-2006, 2011-2012 y 2019	55
Figura 20. Barreras de acceso a servicios de salud en Honduras, por quintil de ingresos, tipo de aseguramiento, nivel de educación, ámbito geográfico y sexo, 2005-2006, 2011-2012 y 2019	56
Figura 21. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que enfrentan algún tipo de barrera en Honduras, por ámbito geográfico, nivel de ingresos, tipo de seguro y estado civil, 2011-2012 y 2019	57
Figura 22. Hitos e iniciativas de políticas del sector de la salud en Perú, 1993-2019	64
Figura 23. Porcentaje de la población de Perú que no buscó atención ante un problema de salud, por motivo, 2003-2021	67
Figura 24. Barreras de acceso a los servicios de salud en Perú, por etnia, quintil de ingresos, sexo y tipo de seguro, del 2003-2005 al 2021	68
Figura 25. Barreras de acceso a los servicios de salud en Perú encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2009-2020	69

PRÓLOGO

Los últimos tres años han supuesto un gran aprendizaje para quienes formamos parte de la comunidad de la salud pública en la Región de las Américas. Nos hemos enfrentado a la mayor crisis de salud mundial de nuestra generación y ahora nos enfrentamos a las graves consecuencias sociales, económicas y sanitarias que esta nos ha dejado. Nuestros sistemas de salud, con sus fortalezas y, sobre todo, con sus debilidades de larga data, debieron dar respuesta a una emergencia prolongada y de gran magnitud, y, a los problemas de acceso que ya experimentaba la población de la Región, se sumaron nuevas dificultades, nuevas barreras como consecuencia directa e indirecta de la pandemia.

En este contexto, se ha identificado cinco pilares estratégicos para mi gestión. En primer lugar, se ha reafirmado el compromiso de ayudar a los Estados Miembros a poner fin a la pandemia en la Región de las Américas utilizando las mejores herramientas disponibles, como la vigilancia y las vacunas. En segundo lugar, se impulsa la aplicación de las lecciones aprendidas de la pandemia y la respuesta determinada ante las vulnerabilidades de la Región. El tercer pilar estratégico se centra en garantizar un acceso rápido y equitativo a las innovaciones en materia de salud para todos los países de la Región. El cuarto pilar se basa en la construcción de sistemas nacionales de salud resilientes, basados en una atención primaria renovada y fortalecida. Por último, se busca fortalecer la capacidad de la propia Organización para brindar apoyo a los Estados Miembros en estos desafíos.

El conjunto de resoluciones aprobadas durante estos dos últimos años, tales como la *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública y la Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud*, complementan, actualizan y reafirman los esfuerzos por alcanzar la salud universal y, sobre todo, revalorizan la importancia de garantizar el acceso a los servicios de salud. Eliminar las barreras de acceso es, sin lugar a duda, un requisito para ello.

La Región cuenta con una hoja de ruta para avanzar hacia el acceso universal, pero requiere para ello de un mayor involucramiento de múltiples actores con capacidad de decisión e influencia en sectores muy diversos. El camino hacia la eliminación de las barreras es un camino compartido con los procesos de reforma y transformación integral de los sistemas de salud con el fin de que expliciten el derecho a la salud, superen la fragmentación y segmentación, y aborden las inequidades y los determinantes sociales de la salud.

Este informe presenta los resultados de la colaboración desarrollada entre la OPS y sus Estados Miembros para definir y analizar las barreras de acceso que encuentran los usuarios y usuarias con el fin de desarrollar un conjunto de opciones de políticas encaminadas a reducir y eliminar estas barreras. Esperamos que, al igual que los estudios de país, el presente informe pueda ser de utilidad para las personas responsables de tomar decisiones y la comunidad de la salud pública, y permita, asimismo, visibilizar las barreras y avanzar hacia su reducción y eliminación como forma de garantizar el acceso efectivo y el derecho a la salud.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Director

Organización Panamericana de la Salud

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación forma parte de la labor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) encaminada a avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS apoyó la elaboración de este informe bajo el liderazgo y la coordinación general de su Director, James Fitzgerald, y de Amalia del Riego, en su calidad de Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso hasta julio del 2022. El informe fue elaborado por un equipo de asesores, especialistas y consultores coordinado por Ernesto Báscolo, Jefe de la Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios. La conceptualización, dirección técnica y coautoría del texto estuvo a cargo de Natalia Houghton, Especialista en Análisis, Monitoreo y Evaluación de Sistemas de Salud, con la estrecha colaboración de Andrés Coitiño, consultor internacional de la OPS.

Este informe recoge experiencias de países de la Región de las Américas en el análisis y la formulación de políticas para hacer frente a las barreras de acceso en el marco de procesos de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud. El personal de las Representaciones de la OPS en los países brindó orientaciones para el análisis de la información y aportes técnicos durante la elaboración del informe. Así, la coordinación del estudio en Colombia estuvo a cargo de Mónica Padilla, Asesora en Sistemas y Servicios de Salud de la OPS en Colombia, con el apoyo de David Bardey y Anghella Rosero, investigadores de la Universidad de los Andes en Colombia, coautores del capítulo correspondiente. Daniel Albrecht, Asesor en Sistemas y Servicios de Salud, y Padmini Singh, consultora nacional de Reducción de Mortalidad Materna, ambos funcionarios de la OPS en Guyana, coordinaron el estudio en dicho país. Asimismo, Rachel Cohen, consultora internacional de la OPS, ofreció apoyo técnico en el desarrollo de instrumentos y la recopilación, análisis y presentación de la información. El estudio de Honduras fue coordinado por Carlos Ayala, Asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la Representación de la OPS en Honduras, quien contó con la colaboración de Evelyne Degraff, Asesora en Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida; Odalys García, Asesora Nacional en Inmunizaciones; y Ricardo Rodríguez Buño, Asesor en Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, también funcionarios de la OPS en Honduras. En Perú, el encargado de coordinar el estudio fue Hernán Rodríguez González, Asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la OPS en Perú. También se reconocen los aportes e insumos del equipo de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú), responsable del componente cualitativo de este análisis: Lucy Herminia López Reyes, Pedro Jesús Mendoza Arana, Gustavo Franco Paredes y Ruth Iguñiz-Romero. Asimismo, se agradecen los aportes de Miguel Dávila Dávila, consultor nacional de la OPS, durante el desarrollo del estudio.

La OPS expresa su especial agradecimiento por las contribuciones y orientaciones realizadas durante el desarrollo de todos los estudios al personal técnico y especialista, los representantes de organizaciones de la sociedad civil, los gestores de redes y servicios de salud, y las autoridades que participaron en los grupos focales e instancias participativas en Colombia, Guyana, Honduras y Perú. Asimismo, se agradece en particular el aporte de Theadora Koller, Asesora Técnica Superior en Equidad del equipo de Género, Equidad y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud.

SIGLAS

APS	atención primaria de salud
ECV	Encuesta Nacional de Calidad de Vida
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	empresas promotoras de salud
FESP	funciones esenciales de salud pública
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
GPHC	Georgetown Public Hospital Corporation
IAFAS	instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
IPRESS	instituciones prestadoras de servicios de Salud (Perú)
IPS	instituciones prestadoras de servicios de salud (Colombia)
LES	Ley Estatutaria de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
MNS	Modelo Nacional de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIB	producto interno bruto
PNA	primer nivel de atención
POS	Plan Obligatorio en Salud
RHS	recursos humanos para la salud
RISS	redes integradas de servicios de salud
SESAL	Secretaría de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SOGCS	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud
UPC	unidad de pago por capitación

INTRODUCCIÓN

Esta publicación llega en un momento crítico, en el que los países de la Región de las Américas y del mundo se están recuperando del impacto de la pandemia de COVID-19. La prolongación de esta crisis ha dejado en evidencia la centralidad de la salud y el bienestar de la población, poniendo de relieve la necesidad urgente de mejorar la articulación entre políticas para construir sistemas más resilientes que respondan de manera oportuna a las necesidades de salud de la población. La pandemia ha revertido el progreso realizado hacia el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en los últimos 20 años, exponiendo y exacerbando las debilidades estructurales de los sistemas de salud y las desigualdades en la salud (1, 2).

En este marco, los países de las Américas ya visualizan una era de desarrollo posterior a la COVID-19 que integre la atención primaria de salud (APS) en las sociedades y los sistemas de salud. Para ello, los países deberán priorizar el fortalecimiento de sistemas de salud encaminados al logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, al tiempo que incorporan la preparación y respuesta ante pandemias como un componente clave de este trabajo. En tal contexto, las barreras de acceso deben entenderse y abordarse mediante políticas de salud coherentes e integradas si se quieren alcanzar los nobles objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (1, 3).

En el marco de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4), el acceso a los servicios de salud se presenta como una dimensión central que interroga la capacidad de respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la población. A través de esta dimensión es posible interpretar en qué medida se adecúa el sistema de salud a las necesidades, expectativas y condiciones culturales, sociales y económicas de la población, así como la relación entre el desempeño de los sistemas de salud y las necesidades de salud de la población.

El alcance del análisis del acceso y las barreras de acceso a la salud va más allá del desempeño de los servicios individuales, ya que tiene la potencialidad de reconocer las fortalezas y debilidades de las capacidades de los sistemas de salud y, especialmente, de la rectoría de las autoridades de salud para garantizar intervenciones que aborden los factores de riesgo, la salud ambiental y los determinantes sociales de la salud. En consecuencia, el análisis de las barreras de acceso ocupa un lugar sumamente relevante en el marco de los procesos de evaluación y fortalecimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) (5).

Identificar la línea de base en relación con el acceso a los servicios de salud y las barreras con las que se encuentra la población ha sido un primer hito en el camino hacia el posterior desarrollo de consensos técnicos y políticos fundamentales para avanzar hacia la salud universal.¹ A este respecto, se establece el *Pacto 30-30-30: APS para la salud universal* (6), que apela a asumir el compromiso de eliminar las barreras de acceso al menos en un 30% para el año 2030. Con miras a completar la tríada fundamental para acelerar el logro de la salud universal y los Objetivos

¹ La Organización Panamericana de la Salud utiliza el término salud universal para referirse tanto al acceso universal a la salud como a la cobertura universal de salud.

de Desarrollo Sostenible (ODS), se propone además aumentar el financiamiento público de la salud, como mínimo, a un 6% del producto interno bruto (PIB) e invertir, al menos, el 30% de este financiamiento público en el primer nivel de atención (PNA).

Debido al impacto de la pandemia de COVID-19, el empeño por transformar los sistemas de salud y reafirmar los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad de la APS se ha contextualizado mediante nuevos mandatos aprobados por los Cuerpos Directivos de la OPS en el 2021 y el 2022. Tanto la *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública* (7) como la *Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud* (8) integran en su orientación estratégica la dimensión del acceso y la necesidad de definir y abordar las barreras de acceso como base esencial para guiar el diseño de políticas transformadoras de los sistemas de salud.

Teniendo en cuenta esa situación, la OPS está ayudando a los países a comprender mejor las barreras que enfrentan los grupos en situación de mayor vulnerabilidad —como es el caso de la población adolescente indígena de la región de Condorcanqui, en Perú; los niños, niñas y mujeres en Honduras; y las poblaciones del interior de Guyana— y a analizar las barreras en el contexto y trayectoria de distintas reformas de los sistemas de salud, como en el caso de Perú y Colombia. En cuanto a las lecciones aprendidas, este informe presenta los resultados de la colaboración entre la OPS y sus Estados Miembros para definir y analizar las barreras de acceso con que se encuentran los usuarios y usuarias de los servicios de salud, a fin de proponer un conjunto de políticas para su reducción y eliminación progresiva.

El primer capítulo del informe ofrece una caracterización de los sistemas de salud de la Región y los desafíos para el acceso universal en el contexto de la pandemia de COVID-19. El segundo capítulo expone un marco metodológico y de análisis para el estudio de las barreras de acceso y la definición de opciones de políticas. Sirviéndose del conocimiento acumulado en los últimos años, la OPS ha explorado las metodologías disponibles y ha desarrollado una herramienta de análisis que rescata los aportes más recientes de diversos autores² y las experiencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se ha indagado sobre distintas herramientas cuyo uso no es tan frecuente en la investigación en el campo de la salud, como los estudios de método mixto, que han permitido triangular información y dar seguimiento a la evolución del modo en que se perciben y experimentan las barreras en distintos países y territorios a lo largo del tiempo. Los capítulos 3 a 6 presentan los resultados de dicha colaboración con los Estados Miembros. Finalmente, a modo de conclusión, se presentan algunas recomendaciones generales que permitirán avanzar en la agenda aún inconclusa hacia la salud universal.

2 *N. de la E.*: La Organización Panamericana de la Salud defiende la igualdad entre géneros y promueve el uso del lenguaje inclusivo. Sin embargo, en algunos párrafos se utiliza el masculino genérico con el fin de simplificar la lectura.



CAPÍTULO 1

EL CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- Pese a los compromisos asumidos con respeto a la salud universal y los avances en el desarrollo de los sistemas de salud en los distintos países, ya antes del inicio de la pandemia persistían desafíos estructurales e inequidades relacionados con el acceso a los servicios de salud.
- El bajo nivel de desempeño de los sistemas, las muertes prematuras evitables relacionadas con la persistencia de necesidades insatisfechas de salud, y la alta prevalencia de barreras de acceso daban cuenta de los problemas que enfrentaban los sistemas de salud y de protección social.
- Alrededor de un tercio de la población de las Américas reconocía necesidades de salud insatisfechas y barreras de acceso a los servicios de salud. Se calcula que esta necesidad insatisfecha de atención de salud es responsable de 150 000 muertes evitables al año en la Región.
- La desigualdad con la que las personas en situación de mayor vulnerabilidad enfrentan las barreras y la interseccionalidad de estas planteaban, ya antes de la pandemia, un desafío en cuanto a la equidad en los sistemas y la atención de salud.
- Con el inicio de la pandemia de COVID-19, estos desafíos se han acrecentado: la pandemia ha exacerbado las barreras de acceso tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda; ha afectado la disponibilidad de personal de salud y ha magnificado los problemas relacionados con la aceptabilidad y la demanda de los servicios.
- Ante un nuevo impulso del diseño y aplicación de estrategias encaminadas a transformar y fortalecer los sistemas de salud, surge la oportunidad de priorizar iniciativas de políticas que respondan de manera directa a los desafíos para el acceso a los servicios de salud.

1.1. El contexto anterior a la pandemia de COVID-19

Los sistemas de salud de la Región han construido sus trayectorias como resultado de las relaciones, competencias, interdependencias y otro tipo de interacciones entre sus componentes (organizaciones, instituciones, recursos, personas) o entre estos y el contexto en el que existen y se desarrollan estos sistemas (9). Sin lugar a duda, la pandemia de COVID-19 marcó un antes y un después en estas trayectorias, al incidir sobre varios determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, y modificar aspectos relevantes del contexto de los sistemas de salud que influyeron en la oferta y la demanda de servicios, medicamentos y tecnologías (2).

Los procesos de transformación previos a la pandemia adoptaron, en general, dos posibles caracterizaciones, de acuerdo con los cambios en su gobernanza. Algunos procesos se centraron en expandir el aseguramiento de la salud y aumentar la cobertura financiera de la población, mientras que otros lo hicieron en el cambio del modelo de organización de los servicios de salud, adoptando un modelo de APS con una perspectiva integral, desarrollando el PNA e incorporando intervenciones de salud pública basadas en un enfoque de derechos humanos, participativas e intersectoriales (10). Las opciones que plantean transformaciones basadas en la lógica de la demanda tienen una larga historia en la Región, pues han sido los caminos preferidos para superar la segmentación del sistema en subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y prestación. De esta forma se ha promovido la unificación de fondos para la financiación de la seguridad social y de los servicios públicos de salud; la libre elección de prestadores o aseguradoras; y, en algunos casos, la expansión de servicios a las personas no asalariadas y en situación de mayor vulnerabilidad mediante el establecimiento de paquetes de beneficios de salud (11).

Distintos indicadores pueden dar cuenta de los avances que los sistemas de salud de las Américas lograron previo al inicio de la pandemia, tanto en aspectos relacionados con la cobertura universal como con el acceso universal. El índice de cobertura de los servicios de la cobertura universal de salud, que se compone de 14 indicadores trazadores y se utiliza para medir los avances en el indicador 3.8.1 de los ODS, revela un aumento del valor promedio ponderado para la Región, que pasa de 65 en el 2000 a 77 en el 2019. Otro de los indicadores de seguimiento de los ODS muestra una reducción de la incidencia del gasto catastrófico en salud (considerado como gasto superior al 10% del presupuesto del hogar) en la Región de las Américas del 8,1% en el 2005 al 7,1% en el 2017, y una reducción del empobrecimiento derivado de los gastos en salud del 0,5% al 0,1% entre el 2000 y el 2017 (12).

La disponibilidad de recursos críticos de los sistemas de salud aumentó durante los primeros 20 años del siglo XXI, aunque no con la velocidad suficiente para garantizar la oferta y el acceso oportunos a servicios de salud de calidad e integrales. El gasto público en salud como porcentaje del PIB aumentó ligeramente, en 1,1 puntos porcentuales. El gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud se redujo del 40,3% al 32,2% (13), y la disponibilidad de recursos humanos para la salud (RHS), medida por la densidad de personal médico y profesionales de enfermería y de partería por cada 10 000 habitantes, aumentó en un 2,4% y un 2,3%, respectivamente, entre los años 1990 y 2019.

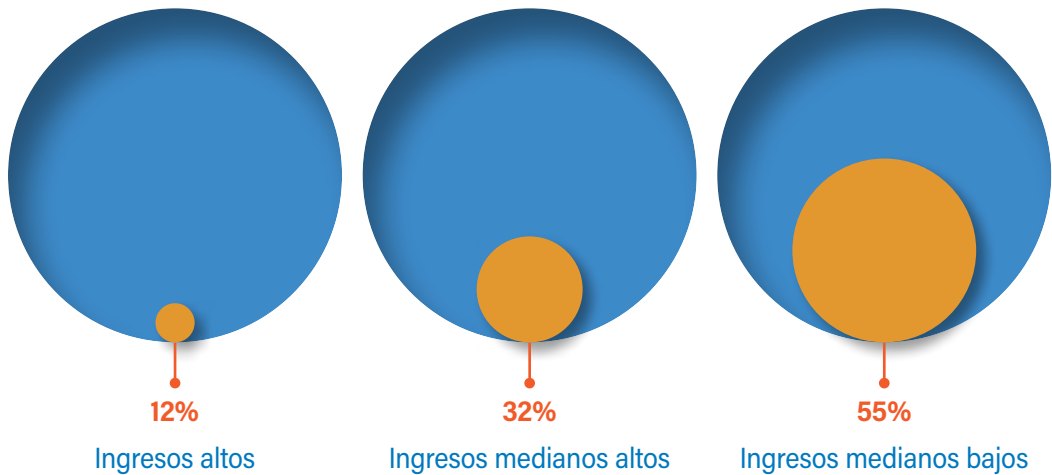
Si bien los sistemas de salud de la Región de las Américas experimentaron mejoras, el ritmo de desarrollo estuvo condicionado por desafíos estructurales que aún no se han superado por completo. Al inicio de la pandemia, la Región continuaba lejos del nivel recomendado de gasto público en salud necesario para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera (el 6% del producto interno bruto [PIB]) (4); se situaba lejos de la asignación del 30% de esos recursos financieros al PNA (6); presentaba una tasa de incidencia del gasto catastrófico en salud que, según las estimaciones, aún afecta al 7,1% de la población (13); mantenía inequidades persistentes en cuanto a la disponibilidad, distribución y calidad del personal de salud “(entre países y dentro de los países, entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado)” (14); y no podía garantizar de forma universal un acceso oportuno y eficaz a servicios e intervenciones de salud individuales y de base poblacional.

Las condiciones sociales y económicas previas al inicio de la pandemia estuvieron marcadas por la desigualdad social y la persistencia de otros problemas estructurales: elevados niveles de desigualdad, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad. A ello se han sumado desafíos del nuevo siglo: expansión de asentamientos urbanos marginados carentes de acceso a servicios básicos, grandes flujos migratorios, conflictos y consecuencias de la crisis climática (15). En general, los sistemas de salud y de protección social que se enmarcan en este contexto y se enfrentan a los desafíos descritos anteriormente llegaron al inicio de la pandemia en condiciones de debilidad, fragmentación y segmentación altas; con un financiamiento reducido; y con sus entidades rectoras debilitadas.

1.2. Necesidades insatisfechas y barreras de acceso prevalentes

El bajo nivel de desempeño de los sistemas antes de la pandemia es el reflejo de estas condiciones. En el 2019 se produjeron más de 2,5 millones de muertes prematuras potencialmente evitables en 33 países de la Región de las Américas, lo que representa alrededor de 1 de cada 3 muertes (16). En cuanto a las condiciones de acceso resultantes, el análisis para la Región basado en datos de 15 países con encuestas de hogares disponibles estimaba que alrededor del 29,3% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 27,4-31,3) de la población tenía necesidades insatisfechas de atención de salud, siendo la población de los países de ingresos bajos y medianos bajos la más afectada (figura 1) (17). Extrapolando el resultado del estudio a toda la Región, podemos hablar de alrededor de 295 millones de personas con necesidades insatisfechas de atención de salud.

Figura 1. Porcentaje de la población con necesidades insatisfechas de atención de salud, por grupo de ingresos del Banco Mundial, 2011-2021

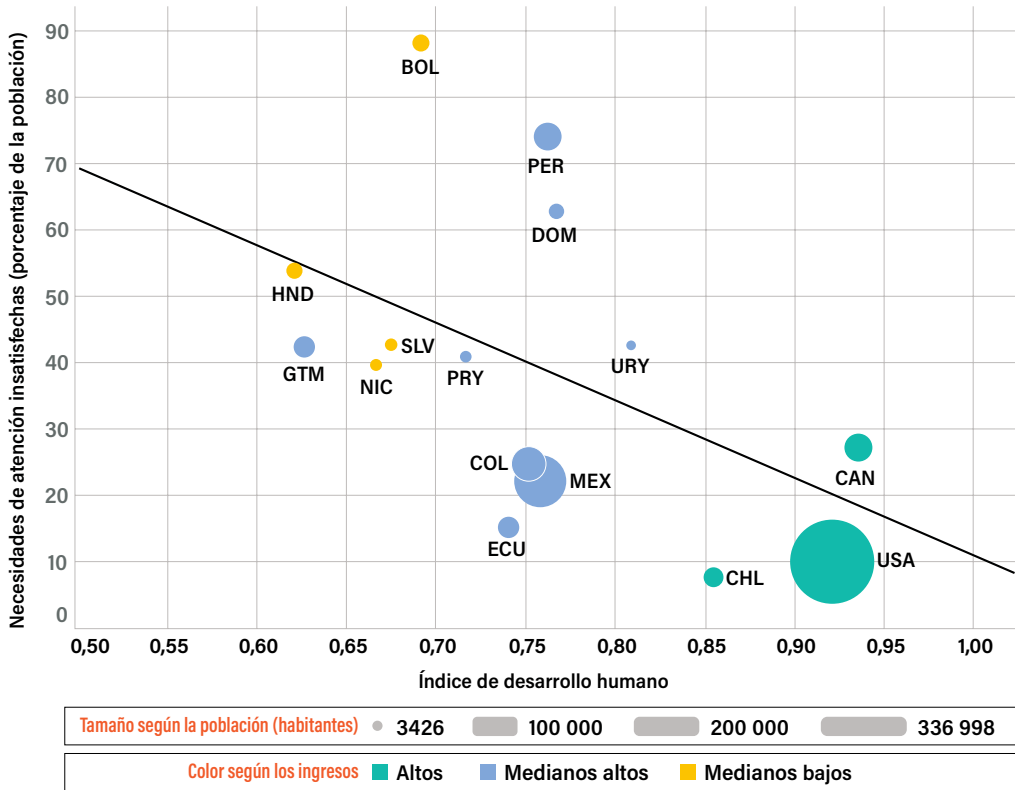


Nota: Porcentaje de la población que tuvo una necesidad de salud (enfermedad o accidente) y no buscó atención de salud. Incluye 15 países de la Región de las Américas con encuestas de hogares y se basa en la última encuesta disponible en cada país. Los porcentajes estimados son los promedios de cada país ponderados por el tamaño de la población.

Fuente: Elaborada a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud siguiendo la metodología presentada en Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*; 2020;44:e100. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP2020.100>.

Asimismo, esas necesidades insatisfechas de la población de las Américas se manifiestan en mayor medida en los países con un índice de desarrollo humano menor. La relación entre estos indicadores es relativamente fuerte ($r = 0,235$) (figura 2), lo que evidencia la desigualdad persistente entre países y la necesidad de profundizar en el análisis de los factores subyacentes a los problemas de acceso.

Figura 2. Relación entre el índice de desarrollo humano y las necesidades insatisfechas de atención de salud, 2021



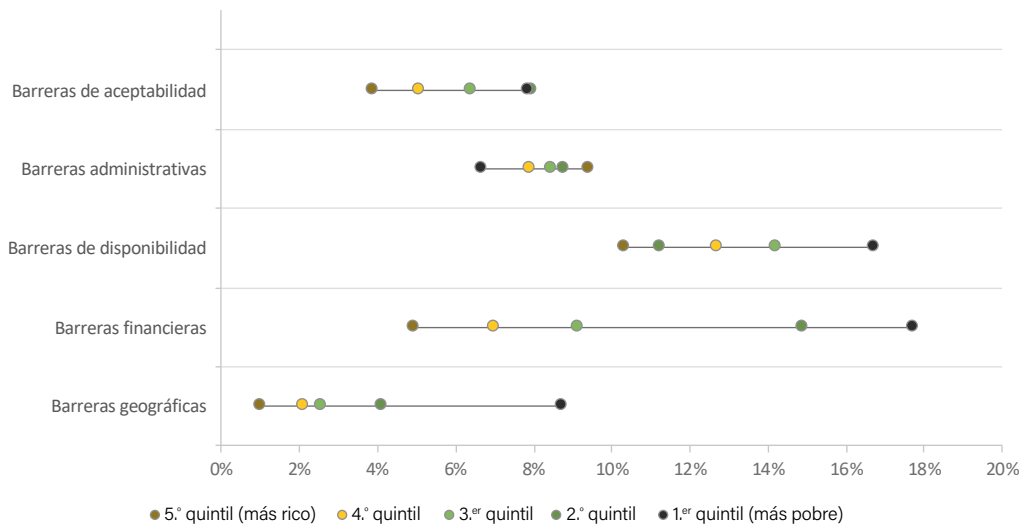
Nota: BOL: Estado Plurinacional de Bolivia; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América.

Fuente: Elaborada a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud, y datos del índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Véase Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Index (HDI). Nueva York: PNUD; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 13 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI> y Our World in Data. Human Development Index, 1990 to 2021. Oxford: Global Change Data Lab; 2014 [fecha de consulta: 13 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/human-development-index?tab=chart&country=ARG~USA~BOL~CAN~ECU~MEX~DOM~SLV~HND~NIC~URY~PRY~CHL~GTM~COL>.

Este alto nivel de necesidades insatisfechas se debe principalmente a las numerosas barreras que impiden que las personas busquen y utilicen los servicios de salud que necesitan, debido a factores económicos y socioculturales, así como a aspectos organizativos de los sistemas de salud, entre otros. Si bien las variables incluidas en las distintas encuestas de hogares y encuestas demográficas y de salud de la Región pueden no ser homologables ni comparables dadas las diferencias de diseño entre unas y otras, sí permiten obtener una primera aproximación a las dimensiones de las barreras de acceso prevalentes. Del análisis de encuestas se evidencia que las barreras de contacto (la ausencia de búsqueda por creer que el accidente o enfermedad es leve o que la atención no es necesaria) son la razón principal (43,4%; con un IC del 95% [40,9%-46,0%]), mientras que las relacionadas con la cobertura efectiva y la falta de calidad o pertinencia de la atención emergen como el segundo grupo (39,7%; con un IC del 95% [36,8%-42,6%]). Dejando estas razones de

lado, es posible evidenciar un conjunto de barreras relevantes y directamente relacionadas con distintas capacidades del sistema de salud. Así, el 13,1% de las personas encuestadas atribuyó la ausencia de búsqueda de atención a barreras relacionadas con la disponibilidad de servicios, esto es, de infraestructuras, recursos humanos, medicamentos e insumos; el 10,8%, a razones de accesibilidad financiera; el 8,3%, a razones de accesibilidad organizativa; y el 3,7%, a razones de accesibilidad geográfica. Finalmente, un 6,3% la atribuyó a barreras relacionadas con la aceptabilidad (figura 3).

Figura 3. Barreras de acceso a servicios de salud, por dimensión y nivel de ingresos, 2011-2019

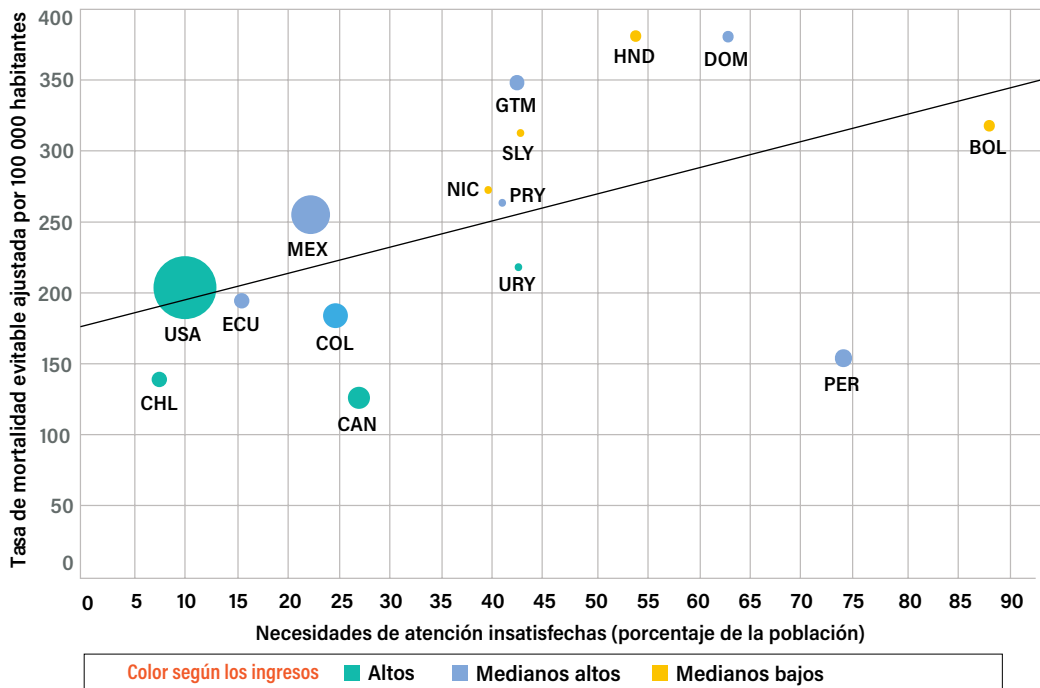


Nota: Promedio simple regional.

Fuente: Elaborada a partir de las encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud más recientes de 15 países: Estado Plurinacional de Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Adaptada de Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Tracking universal health coverage. 2021 Global Monitoring Report. Ginebra: Banco Mundial, OMS; 2021. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf.

Estas necesidades insatisfechas de atención de salud pueden incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad evitables. Estudios basados en encuestas de hogares para estimar las necesidades insatisfechas y en los datos del estudio de la carga mundial de enfermedad para estimar la mortalidad evitable indican que los países con mayores necesidades insatisfechas presentan mayores tasas de mortalidad evitable, con una asociación relativamente fuerte ($r = 0,259$) (figura 4). Esto coincide con estimaciones recientes que indican que alrededor de un tercio (29,3%) de las muertes que podrían haberse evitado con una atención adecuada y oportuna en América Latina y el Caribe se deben a la no utilización de servicios, según datos del 2016. Hablamos de casi 150 000 muertes evitables al año (18).

Figura 4. Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y la mortalidad evitable, por país y grupo de nivel de ingresos, 2019



Nota: BOL: Estado Plurinacional de Bolivia; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; MEX: México; NIC: Nicaragua; PER: Perú; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América.

Fuente: Elaborada a partir de datos extraídos de encuestas de hogares de 15 países de la Región y de Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+. Visualizaciones. Washington, D.C.: OPS; 2021 [fecha de consulta: 13 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/visualizaciones>.

Estos factores se relacionan también con otras inequidades sociales sistémicas, como las étnicas y de género, las cuales magnifican las barreras de acceso y afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más desfavorecidas. Un estudio reciente presenta alguna evidencia clara en relación con las barreras que enfrentan las mujeres al buscar atención para ellas o para sus hijos e hijas, y la asociación de estas barreras con la utilización de distintos servicios esenciales de salud. La principal barrera que enfrentaron las mujeres encuestadas en ocho países fue la dificultad para obtener dinero para la consulta o el tratamiento (56,7%), seguida por la distancia al establecimiento de salud (36,6%), el no querer ir sola (29,7%) y, finalmente, la dificultad para obtener permiso para ir (13,5%) (cuadro 1).

Cuadro 1. Barreras que enfrentan las mujeres al buscar atención de salud, por quintil de ingresos, ámbito geográfico y estado civil, 2001-2019

	Total	Quintil de ingresos		Ámbito geográfico		Estado civil	
		Q1 (más pobre)	Q5 (más rico)	Urbano	Rural	Unida sin participación en las decisiones del hogar	Unida con participación en las decisiones del hogar
Distancia	36,6%	59,3%	20,6%	25,9%	51,8%	45,0%	35,5%
No querer ir sola	29,7%	40,5%	23,8%	25,9%	35,0%	33,9%	24,6%
No obtener dinero	56,7%	74,2%	37,2%	50,0%	66,3%	63,7%	54,4%
No obtener permiso	13,5%	18,4%	10,7%	12,3%	15,2%	15,5%	11,4%

Nota: Q1: quintil 1; Q5: quintil 5.

Fuente: Elaborado a partir de Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a servicios de salud para mujeres, niños y niñas de América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e94. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.

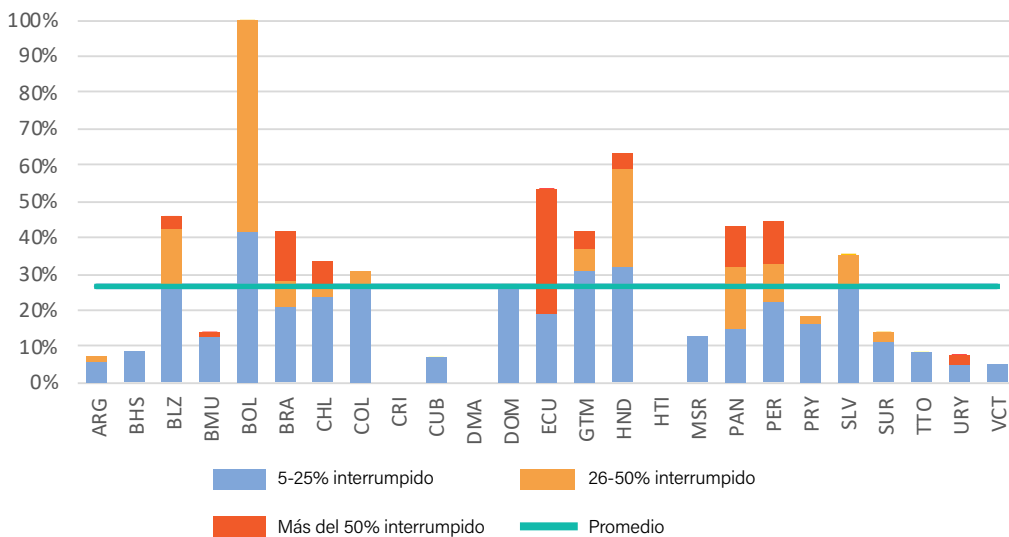
El estudio revela que las mujeres con menor nivel educativo, del ámbito rural y del quintil más pobre se encuentran con un porcentaje significativamente mayor de barreras. El análisis de regresión del estudio evidencia que la notificación de barreras de acceso se asocia con una menor utilización de servicios esenciales por parte de las mujeres (19). La interseccionalidad de las barreras de acceso y la desigualdad con que los diversos sectores de la población las experimentan se recoge claramente en los estudios de país que se presentan en este informe.



1.3. Los efectos de la pandemia de COVID-19

La OPS y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han elaborado informes sobre la evolución de la pandemia y sus implicaciones para la salud, la sociedad y la economía, y han definido escenarios potenciales de control y evolución a corto plazo, y líneas de acción a largo plazo para fortalecer la capacidad de respuesta del Estado a las necesidades de salud de la población y sus determinantes en el contexto de una recuperación transformadora de los sistemas de salud (8). Si bien existen señales positivas de recuperación económica y continuidad de los servicios, la prolongación de la crisis deja claro que la suma de los desafíos estructurales pendientes, la debilidad de los sistemas y el contexto de desigualdad resultaron ser la base para las consecuencias devastadoras de la pandemia, tanto para la salud como para el desarrollo social y económico de la población (2). Al 31 de agosto del 2022, la Región de las Américas acumulaba más de 175 millones de casos confirmados de COVID-19 y cerca de 3,23 millones de muertes (el 44% de las muertes del mundo, cuando la población de las Américas representa tan solo el 13%), con un efecto desproporcionado en la población en situación de mayor vulnerabilidad (20). Frente a la saturación de los servicios de salud, en diciembre del 2022, el 88% de una selección de 25 países de la Región notificaron algún tipo de interrupción en la prestación de servicios esenciales de salud no relacionados con el coronavirus (figura 5), situación que afectó principalmente los servicios de PNA y de atención comunitaria (21).

Figura 5. Porcentaje de servicios interrumpidos, por país, 2021



Nota: ARG: Argentina; BHS: Bahamas; BIZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Estado Plurinacional de Bolivia; BRA: Brasil; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GTM: Guatemala; HND: Honduras; HTI: Haití; MSR: Monserrat; PAN: Panamá; PER: Perú; SUR: Suriname; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; VCT: San Vicente y las Granadinas.

Número de servicios trazadores = 66.

Fuente: Elaborada a partir de Organización Mundial de la Salud. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023. Interim report – 1 May 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2023.1.

Por otra parte, la distribución de vacunas ha sido lenta y desigual debido, principalmente, a la escasa disponibilidad y a complicaciones logísticas. Al 2 de septiembre del 2022, se registraba una cobertura del 69,4% de la población de los países de la Región con el esquema de vacunación completo (20), lo que aún deja a una parte de la población sometida a un mayor riesgo de muerte, morbilidad y pérdida de bienestar.

Este escenario de salud se agrava incluso más al considerar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud resultantes del impacto de la COVID-19 en la economía y los arreglos sociales y políticos de la Región: la configuración de una crisis social prolongada con tasas elevadas de desempleo e informalidad y tasas bajas de actividad entre mujeres y jóvenes; la repercusión en el sistema educativo y los procesos de enseñanza-aprendizaje, que en ocasiones se ha denominado “el riesgo de una generación perdida”; y el aumento de los precios al consumo (sobre todo de los alimentos, lo cual agrava la inseguridad alimentaria) (22). Como corolario, en el 2021, la tasa de pobreza y de pobreza extrema en América Latina y el Caribe se estimaba en un 32,1% y un 13,8%, respectivamente; esto supone un retroceso de 14 años de esfuerzos políticos y económicos para reducir la pobreza y de 27 años de lucha contra la pobreza extrema (15).

En definitiva, la pandemia ha exacerbado las barreras de acceso tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda; ha afectado la disponibilidad de personal de salud y ha magnificado los problemas de aceptabilidad y demanda de los servicios. Ello configura, en algunos casos, un escenario de retraso y retroceso en el camino hacia la reducción de las barreras de acceso en un 30%, compromiso asumido en el *Pacto 30-30-30: APS para la salud universal* (6).

Como consecuencia del desafiante escenario, los países de la Región se encuentran ante un nuevo impulso del diseño y la implementación de estrategias de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud. Ello incluye nuevas iniciativas en curso en los distintos países con diversos focos de atención, que pasan por el fortalecimiento de la gobernanza del financiamiento hacia fondos mancomunados y solidarios; el fortalecimiento de la gobernanza de la prestación de servicios en el marco de las redes integradas de servicios de salud (RISS) con un enfoque de APS integral; el fortalecimiento de las capacidades de regulación vinculadas con la rectoría frente al crecimiento de la participación del sector privado en el financiamiento y la prestación de servicios de salud; y el fortalecimiento del enfoque de equidad territorial, de género y étnico-racial.

Para que estos nuevos impulsos produzcan mejores resultados de salud y bienestar, y una mayor protección del derecho a la salud, es importante priorizar iniciativas de políticas que aborden directamente los desafíos para el acceso a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad. Como se propone en este informe, el camino hacia la salud universal y la resiliencia de los sistemas de salud pasa por reducir y eliminar las barreras de acceso, y comprender y abordar toda la gama de factores que actúan como barreras de acceso constituye un primer paso fundamental. En este marco, la OPS reconoce la importancia de garantizar el acceso a servicios esenciales de salud en el contexto de una pandemia prolongada, junto con la aplicación de medidas de protección social y de salud pública coordinadas e integradas que sirvan de base para transformar los sistemas de salud siguiendo los principios de la APS.



CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO Y DE ANÁLISIS

- Sobre la base de marcos y metodologías previos, se realizó un diseño de triangulación concurrente en que la información cuantitativa y cualitativa obtenida a partir de fuentes secundarias y talleres o entrevistas se recopila en paralelo y, posteriormente, se analiza de forma integrada a partir de un marco de análisis común.
- El marco de análisis utilizado se basa en el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (23) y en las experiencias más recientes de la OPS y la OMS en el análisis de las barreras de acceso.
- La metodología propuesta se organiza en cuatro fases: a) definición de gobernanza, planificación colaborativa y adaptación del estudio; b) recopilación paralela de la información cuantitativa y cualitativa; c) análisis triangulado; y d) diálogo de políticas.
- La aplicación de la metodología demostró que era factible utilizar enfoques mixtos para comprender la magnitud y complejidad de los diferentes problemas de acceso que enfrentan los diversos grupos de población tanto a escala nacional como subnacional, así como el contexto y los factores subyacentes relacionados con la implementación de las iniciativas de políticas.
- La participación e involucramiento de las autoridades de salud promovió el uso de los hallazgos del estudio y la propuesta colaborativa de opciones de políticas para reducir y eliminar las barreras de acceso.
- Futuros estudios podrían explorar la incorporación de enfoques mixtos para evaluar las barreras de acceso en los sistemas de seguimiento y evaluación nacionales y locales.

2.1. Antecedentes relevantes para el desarrollo de la metodología

Un primer paso fundamental para eliminar de forma eficaz las barreras de acceso consiste en determinar cuáles son los aspectos del sistema de salud y de la población que deben priorizarse en los procesos de formulación y ejecución de políticas. En ese marco, el análisis de las barreras de acceso cobra gran importancia de cara a entender los factores que actúan como obstáculos y facilitadores para el acceso oportuno a las intervenciones de salud (24).

En los últimos años han surgido iniciativas destinadas a profundizar en el análisis de las barreras de acceso, entre las que destaca la aplicación de la guía para el análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud en la adolescencia de la OMS (25). Esta herramienta tiene como antecedente los estudios de país realizados por la Oficina Regional de la OMS para Europa (26), y su aplicación se ha extendido posteriormente a otras oficinas regionales de la OMS (27). En la Región de las Américas destaca la creación del Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas de la OPS (28), instrumento basado en métodos mixtos que se ha aplicado en diferentes países de la Región para analizar el avance de las políticas de salud y la incorporación de dimensiones e indicadores en la medición de las barreras. También destacan enfoques cuantitativos, como el mapeo y análisis de datos sobre barreras de acceso a partir de las encuestas de hogares (24) y el análisis de experiencias en el PNA desde la perspectiva de los pacientes llevado a cabo por el Banco Interamericano de Desarrollo mediante encuestas telefónicas en seis países (29). Asimismo, cabe destacar la emergencia de estudios de métodos mixtos. Recientemente, el enfoque basado en la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos se ha utilizado con éxito para definir barreras y factores facilitadores para el acceso a programas de inmunización materno-infantil (30).

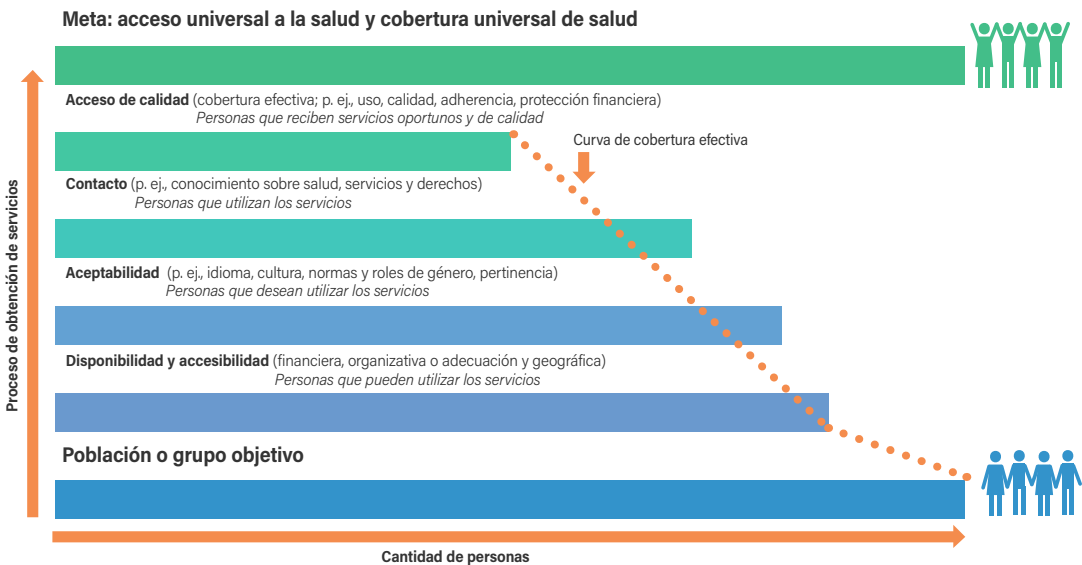
Los resultados de estos estudios dejan entrever la necesidad de integrar elementos cualitativos en el análisis y de promover estudios de métodos mixtos para caracterizar la diversidad, interseccionalidad y complejidad de las barreras de acceso. En relación con los sistemas y servicios de salud, estos enfoques permiten una mejor caracterización de fenómenos y procesos complejos y multidimensionales, y facilitan la detección de patrones incoherentes que pueden surgir de la aplicación de los métodos cualitativos o cuantitativos por separado (31). De hecho, permiten potenciar las fortalezas y contrarrestar las debilidades de los enfoques cuantitativos y cualitativos aplicados de manera independiente (32) y mejorar la fiabilidad de las conclusiones de los estudios mediante la integración de los resultados (33). Es por tales razones que los estudios de casos presentados en este informe adoptan una metodología mixta, desarrollada para analizar las barreras de acceso a los servicios de salud en el marco de procesos de reforma sectorial en países de la Región de las Américas.

2.2. Marco de análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud

Aunque se reconoce que existen múltiples marcos de análisis de la accesibilidad de los servicios de salud (24), los estudios de casos presentados en este informe se fundamentaron principalmente en el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (23), utilizado con anterioridad para el análisis de la equidad en el acceso en la Región de las Américas y a escala mundial (23-25). El marco

se compone de cinco dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva. A su vez, la dimensión de la accesibilidad se divide en accesibilidad geográfica, financiera y organizativa (figura 6). La disponibilidad se define como la suficiencia y disponibilidad de recursos (como instalaciones, recursos humanos, medicamentos y tecnologías de salud) para prestar servicios de salud integrales. La accesibilidad geográfica se refiere a la disponibilidad de servicios de salud de calidad dentro de un alcance razonable para quienes los necesitan. Por su parte, por accesibilidad financiera se entiende la capacidad de pago por los servicios; y por accesibilidad organizativa, la organización y prestación adecuada de servicios de salud que permiten a los usuarios recibir estos servicios cuando los necesitan. La aceptabilidad se considera una dimensión estrechamente relacionada con la confianza e influenciada por la interrelación entre las características, creencias y prácticas de los prestadores y de los usuarios de los servicios de salud. A su vez, la dimensión relativa al contacto tiene en cuenta la disposición a contactar con los servicios de salud, lo que se ve profundamente influenciado por la educación en materia de salud de la población. Finalmente, la cobertura efectiva se define como la capacidad de usar los servicios de salud de manera oportuna cuando sean necesarios y con un nivel de calidad adecuado para obtener el efecto deseado y una mejora potencial de la salud.

Figura 6. Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi



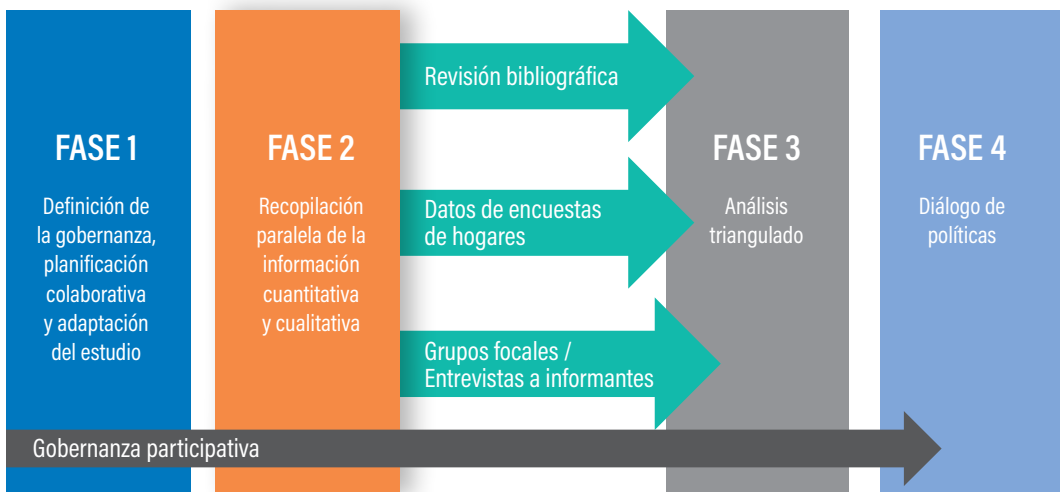
Nota: El modelo de Tanahashi ilustra cómo las diferentes dimensiones son necesarias para alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Fuente: Adaptada de Organización Mundial de la Salud. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/AHSBA-web.pdf> a partir de Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?locale-attribute=es&>.

2.3. Metodología para el análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud

Se optó por un diseño de triangulación concurrente en el que la información cuantitativa y cualitativa obtenida a partir de una revisión bibliográfica sistemática, datos de encuestas de hogares y narrativa originada en talleres o entrevistas se recopilaron en paralelo, y su análisis se realizó de manera integrada (34). Finalmente, los resultados alimentaron instancias de diálogo de políticas en las cuales se promovió la formulación participativa de recomendaciones para reducir y eliminar las barreras de acceso. La metodología propuesta se organizó en un protocolo de cuatro fases que se describen a continuación (figura 7).

Figura 7. Metodología para el análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud



FASE 1. Definición de la gobernanza, planificación colaborativa y adaptación del estudio:

Esta fase inicial consistió en la formación de un equipo interinstitucional con responsabilidad para realizar el estudio. Según el caso, el equipo se compuso de expertos y técnicos de las autoridades nacionales o subnacionales de salud, las oficinas regionales de la OMS y las Oficinas de los Representantes de la OPS/OMS, y entidades académicas nacionales. Durante esta etapa se realizaron actividades de sensibilización sobre la problemática de las barreras de acceso y actividades de difusión de la metodología de análisis, a fin de crear las bases de conocimiento común sobre los problemas de acceso prioritarios para el país o localidad y poder adaptar la metodología al contexto nacional o local. A continuación, se procedió a la adaptación conjunta de la metodología con miras a responder a las necesidades locales, lo cual requirió definir el objeto del estudio, así como decidir qué grupos de población y condiciones de salud se incluirían, y los actores clave que deberían participar.

FASE 2. Recopilación paralela de la información cuantitativa y cualitativa: Durante esta etapa se recopilaron datos cuantitativos y cualitativos mediante una revisión bibliográfica, un análisis transversal de datos de encuestas de hogares y entrevistas en profundidad.

La revisión bibliográfica se realizó siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items or Systematic Reviews and Meta-Analyses) (35) a fin de sintetizar información cuantitativa y cualitativa proveniente de estudios de libre acceso publicados durante períodos de tiempo pertinentes para cada caso. Para ello se establecieron términos de búsqueda que se utilizaron posteriormente en tres repositorios de libre acceso: PubMed para el acceso a la base de datos de MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), y Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Con el fin de encontrar registros adicionales entre las referencias de los artículos retenidos, se aplicó la técnica de bola de nieve. Se incluyó también literatura gris correspondiente a informes técnicos e informes de organismos nacionales, organizaciones internacionales y fundaciones relacionados con la temática. Una vez eliminados los duplicados, se evaluaron los resúmenes y títulos para decidir sobre su inclusión de acuerdo con los criterios de selección establecidos (cuadro 2). A continuación, dos revisores extrajeron el texto completo de los artículos seleccionados y lo analizaron con el fin de evaluar su inclusión definitiva. Las inconsistencias y desacuerdos respecto a la inclusión se resolvieron por consenso.

Cuadro 2. Ejemplos de términos utilizados en la búsqueda de bibliografía sobre barreras de acceso

	Términos de búsqueda				Criterios de inclusión
Nivel 1	País				Publicaciones en idioma español e inglés. Publicadas entre el 2009 y el 2020.
Nivel 2	Sistema(s) de salud, servicio(s) de salud				
Nivel 3	barreras, facilitadores, aceptabilidad, barreras financieras, disponibilidad, contacto, cobertura efectiva	equidad, inequidad, calidad, reforma	acceso, demanda, oferta, satisfacción, búsqueda	atención primaria de salud, primer nivel de atención	Términos seleccionados en el título, el resumen o las palabras clave. Se incluirán estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos, empíricos, primarios y secundarios, de libre acceso al texto completo. Se incluirán artículos que exploren barreras de acceso para la población general y para grupos de población en situación de vulnerabilidad.

Al mismo tiempo, se realizó un análisis transversal de datos obtenidos a partir de las encuestas de hogares disponibles para cada país, tal como se ha descrito previamente (17). Entre las principales variables consideradas se incluyen la población con alguna necesidad de atención de salud que no buscó atención debido a barreras de disponibilidad, financieras, geográficas, organizativas, de aceptabilidad, de contacto y de cobertura efectiva; mujeres que señalaron como obstáculos al acceso aspectos financieros, organizativos, y de relaciones y roles de género; y tasas de utilización de servicios esenciales.

Por otra parte, se reunió información mediante entrevistas semiestructuradas o talleres participativos para validar la información recopilada a partir de los análisis de datos secundarios y determinar soluciones específicas para cada contexto. Para las entrevistas y talleres se elaboró una guía en la que se incorporaron preguntas abiertas sobre barreras de acceso y posibles acciones para superarlas.

FASE 3. Análisis triangulado: La síntesis de datos cuantitativos y cualitativos se realizó mediante análisis temáticos a fin de agrupar las barreras de acceso de acuerdo con las cinco dimensiones del acceso y se describió de forma narrativa, destacando los puntos complementarios y contradictorios entre los datos cualitativos y cuantitativos que podrían respaldar los hallazgos y revelar carencias de conocimiento. Para ello se extrajo la información relevante de las fuentes de datos analizadas mediante distintos procedimientos. En el caso de la revisión bibliográfica, se creó una matriz de datos utilizando Microsoft Excel®. Un segundo grupo de revisores analizó y validó posteriormente la información extraída para asegurar la aplicación correcta de los criterios de clasificación y, con ello, la calidad de los datos.

Para el análisis de los datos cuantitativos de encuestas de hogares y de encuestas demográficas y de salud, los motivos señalados para no buscar servicios de salud se reclasificaron según las dimensiones del marco de análisis y se aplicaron factores de expansión a escala individual para calcular los totales nacionales. Cuando el número no ponderado de observaciones en un subgrupo específico fue menor de 25, se omitieron los resultados. El análisis incluyó la tabulación cruzada de diferentes variables sociodemográficas (ámbito de residencia, pertenencia étnica, quintiles de riqueza, sexo, tenencia o no de seguro y tipo de seguro de salud) con todos los



indicadores de barreras de acceso. Para el cuestionario individual de mujeres, en los casos en que se utilizaron datos de encuestas demográficas y de salud, se compararon los resultados de las barreras de acceso indicadas y la utilización de servicios esenciales de salud por medio de estadísticas descriptivas. A continuación, se crearon modelos multivariados para evaluar la asociación entre las variables independientes y dependientes. Los coeficientes asociados a la razón de posibilidades (*odds ratio* [OR]) se calcularon mediante regresiones logísticas aplicando el método de pasos sucesivos (*stepwise regression*).

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó la versión 15.1 del *software* estadístico Stata® y, para apoyar la interpretación y difusión de los resultados de los informes de país, se elaboraron gráficas utilizando la versión 2021.3.3 de Tableau Desktop®.

En cuanto a los datos cualitativos extraídos de las entrevistas con informantes calificados o de los talleres participativos, se realizó un análisis cualitativo temático asistido por computadora de las transcripciones utilizando la versión 12 de NVivo® en los casos de Guyana y Honduras, y la versión 9 de ATLAS.ti® para Colombia y Perú. Para la codificación de las dimensiones de las barreras se aplicó un enfoque deductivo de tipo descriptivo partiendo del marco de análisis, lo que requirió asociar fragmentos de discurso a las dimensiones de las barreras de acceso. Para identificar el tipo de barreras (con un subcódigo dentro de cada dimensión) se optó por un proceso inductivo de codificación *in vivo* mediante el que se creó el subcódigo de tipo de barrera a partir del relato literal de los participantes (36). Para el análisis de los factores subyacentes a las barreras, los factores facilitadores y las opciones de políticas se eligió el mismo enfoque. Una vez obtenidos los códigos iniciales, se organizó la información mediante procesos de unificación y de creación de un libro de códigos.

En la etapa final, las construcciones temáticas se sintetizaron en temas analíticos que articulan las dimensiones generales del acceso por medio de un enfoque deductivo de tipo descriptivo. Por último, los resultados se analizaron temáticamente y se resaltaron las contradicciones y la complementariedad surgidas entre los distintos componentes del estudio, siguiendo las recomendaciones sobre el uso de métodos mixtos (37). La coherencia entre múltiples fuentes de datos aseguró la validez interna de los hallazgos y aumentó la riqueza del análisis. La interpretación de la relevancia de los hallazgos se logró por consenso de todo el equipo de análisis, en colaboración con las autoridades de salud.

FASE 4. Diálogo de políticas: Esta última fase comprendió el desarrollo de diálogos de políticas a fin de poner en común los hallazgos y formular estrategias para superar las barreras de acceso. Se contó con participantes de distintas áreas de los Ministerios de Salud; participantes dedicados a la planificación, el seguimiento y la evaluación de políticas, y de instancias responsables de la adopción de decisiones (directores nacionales, viceministros, directores médicos); representantes de la sociedad civil; e instituciones académicas. Los resultados de estas instancias de diálogo se tuvieron en consideración para organizar el informe final con el fin de que incluyera tanto la caracterización y el análisis del conjunto de barreras como una serie de recomendaciones de políticas orientadas a reducir y eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud.



CAPÍTULO 3

COLOMBIA: el Plan Obligatorio de Salud

- En las últimas tres décadas, Colombia ha hecho grandes esfuerzos para mejorar la cobertura universal de salud. Como resultado, en agosto del 2022, el 98,54% de la población estaba cubierta por el sistema de salud; en el 2019, el gasto de bolsillo en salud era del 14,9%; y, desde el 2015, el país cuenta con un Plan de Beneficios en Salud implícito e integral.
- A pesar de los amplios esfuerzos, la población colombiana se enfrenta a diferentes obstáculos para acceder a los servicios de salud. A fin de entender mejor la situación, se realizó un análisis de las principales barreras de acceso presentes en el sistema de salud colombiano.
- Son múltiples las barreras de acceso que se encontraron en el estudio. Entre las principales, se encuentran los largos tiempos de espera para recibir atención de salud y el exceso de trámites necesarios para la aprobación de servicios, en buena parte asociados al financiamiento limitado, a incentivos para la contención de costos y a problemas derivados de las tarifas de negociación de los servicios.
- Colombia también presenta distintas realidades en cuanto a la oferta de servicios y las condiciones de acceso a la atención de salud en su territorio, lo cual plantea la necesidad de establecer modelos diferenciados. La distribución desigual de recursos humanos y prestadores en el territorio nacional constituye un tema de importancia mayor.
- La falta de conocimiento sobre el modo en que funciona el sistema de salud, sumada a problemas de aceptabilidad de los servicios, puede limitar el acceso a la atención de salud, a pesar del empeño en la implementación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).

- A pesar de que el país ha alcanzado grandes logros en la reducción de las barreras financieras, parte de la población sigue teniendo importantes restricciones presupuestarias que no le permiten acceder a los servicios de salud.
- Si bien Colombia cuenta con un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), los servicios de salud no siempre se presentan en las mejores condiciones y no hay unos estándares claros de calidad en los diferentes niveles y procesos del sector.
- La situación de las barreras de acceso resalta la necesidad de fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad de salud en los diferentes niveles del sistema, las capacidades de regulación y fiscalización, y la integración, coordinación e interoperabilidad entre los sistemas de información.
- Los RHS y la infraestructura son clave para mejorar las condiciones de prestación de los servicios de salud. Por ello, resultan necesarias políticas que mejoren sus condiciones y faciliten su disponibilidad.
- La calidad debe mejorarse de manera transversal en el sistema de salud colombiano, apoyándose en incentivos financieros y no financieros para todos los actores.
- A fin de mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud y el bienestar de la población colombiana, es fundamental adoptar una visión a largo plazo que busque fortalecer la APS y las FESP.

3.1. Introducción

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Colombia ha hecho grandes esfuerzos para mejorar el acceso universal a la salud y aumentar la cobertura universal de salud de su población. La figura 8 resume las diferentes iniciativas y reformas adoptadas por Colombia para mejorar su sistema de salud. La Ley n.º 100 de 1993 (38) dio origen al actual sistema de salud colombiano, que está compuesto de tres regímenes: contributivo, al cual se deben afiliar los trabajadores formales y sus familias; subsidiado, al que se pueden afiliar las personas sin capacidad de pago, trabajadores informales y desempleados; y el especial de excepción, que corresponde al de trabajadores de regímenes especiales, como las fuerzas militares y los profesores del sector público. Inicialmente, se estableció un Plan Obligatorio de Salud (POS) explícito y diferenciado para cada régimen. Sin embargo, del 2009 al 2012 se unificaron los planes de salud de los dos regímenes principales, el régimen contributivo y el régimen subsidiado. En el 2015, con la Ley Estatutaria de Salud (LES) (39), el POS se transformó en un Plan de Beneficios en Salud (PBS) implícito e integral, con determinadas exclusiones explícitas. Como resultado de estos esfuerzos, el país ha alcanzado una alta tasa de afiliación de la población al SGSSS, lo cual refleja el hecho de que, en agosto del 2022, el 98,54% de la población estaba cubierta (40). Asimismo, Colombia presenta un bajo gasto de bolsillo de la población, que en el 2019 representaba el 14,9% del gasto corriente en salud, comparado con un promedio del 32,44% para América Latina y el Caribe (13). Esto también ha venido acompañado de un importante gasto público en salud, que en el 2019 representó el 5,54% del PIB, cifra que supera el promedio del gasto público de varios países de la subregión (13).

Figura 8. Evolución de la normativa de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, 1992-2020



Nota: APS: atención primaria de salud; MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud; PAIS: Política de Atención Integral en Salud; PBS: Plan de Beneficios en Salud; POS: Plan Obligatorio de Salud; POS-C: Plan Obligatorio de Salud contributivo; POS-S: Plan Obligatorio de Salud subsidiado; RC: régimen contributivo; RS: régimen subsidiado; SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud; UPC: unidad de pago por capitación.

La LES, promulgada en el 2015, supone un gran avance en el propósito de garantizar el derecho a la salud. Con esta ley no solo se dio un gran paso hacia la integralidad del Plan de Beneficios en Salud (PBS), sino también en relación con la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud (39). En la LES se reconoce que el derecho a la salud comprende 14 elementos y principios, entre los que se incluyen la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, equidad, continuidad y oportunidad de la atención, eficiencia, sostenibilidad, solidaridad, interculturalidad y protección para los pueblos indígenas, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Asimismo, la LES asigna al Estado la responsabilidad de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato, oportunidades y acceso no solo a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la población, sino también a los de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La LES busca generar garantías y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, que incluyen la participación de la comunidad, la organización del sistema de salud en redes de servicios y la prohibición expresa de negación de servicios de salud. La LES también busca proteger la autonomía de los profesionales de la salud, así como su quehacer profesional de manera digna y respetuosa. Asimismo, ordena establecer lineamientos para la gestión óptima de los datos de salud y la articulación intersectorial para lograr políticas farmacológicas y de salud pública sólidas, todo ello basado en la innovación, la ciencia y la tecnología.

El país ha introducido múltiples iniciativas y estrategias para fortalecer la salud pública y la APS. Con la creación del actual sistema de salud se asignaron competencias a los territorios (municipios, distritos y departamentos) para emprender acciones relacionadas con el fomento de la salud y la prevención de enfermedades, así como para asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación hasta el tercer nivel de atención de salud de la comunidad, bien sea directamente o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas (41). En el 2001 se determinó que las entidades territoriales tendrían a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a la población de su jurisdicción, incluidas las consideradas en el POS del régimen subsidiado, cuyos valores serían descontados de la respectiva unidad de pago por capitación (UPC). Sin embargo, estas iniciativas han enfrentado múltiples dificultades, teniendo en cuenta la visión asistencial-curativa que ha acompañado al SGSSS y las distintas capacidades de los entes territoriales (42). En el 2011, el Gobierno nacional adoptó la estrategia de APS y ordenó la elaboración de planes decenales de salud pública, el más reciente elaborado en el 2022 y cuya ejecución abarca hasta el 2031. En el 2016, con miras a apoyar la reglamentación de la LES, se implementó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (43), fundamentada en la APS, con un enfoque familiar y comunitario, y basada en el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial comunitario y territorial, cuyo desarrollo se asentaba en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (39). La implementación de este último presentó importantes carencias intra- e interterritoriales, por lo que en el 2019 se sustituyó por el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), que busca mejorar la articulación de los actores del SGSSS de ámbito territorial en relación con la APS, incluidas las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB)³ y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Las estructuras legislativa y judicial han creado herramientas para que quienes consideran que se ha vulnerado su derecho a la salud busquen protección especial. La regulación que persigue la debida garantía del derecho a la salud está en actualización constante, aunque llega a tener un alto grado de complejidad. Ya antes de la LES del 2015, la legislación colombiana establecía mecanismos administrativos como los comités técnico-científicos para intentar garantizar el acceso a los servicios de salud que no estaban cubiertos por el POS. Asimismo, el sistema judicial ha provisto herramientas como la acción de tutela, un mecanismo relativamente mediato para garantizar la protección de los derechos individuales, en particular, el derecho a la salud. Con respecto a esta última herramienta, las LES ha significado que no se requiera un largo proceso de recopilación de pruebas para demostrar la conexión del caso estudiado con el derecho a la vida y a la salud del paciente, agilizando sus fallos y, por ende, el acceso a los tratamientos requeridos (44).

3 Esta denominación incluye a las empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y el régimen subsidiado, tanto convencionales como indígenas; las entidades del régimen de excepción; las cajas de compensación familiar en sus actividades en materia de salud; las administradoras de planes voluntarios de salud (planes complementarios y medicina prepagada); las administradoras de riesgos laborales (ARL) en sus actividades en materia de salud; las asociaciones mutuales centradas en la salud; las empresas solidarias de salud; las aseguradoras en sus actividades en materia de salud; y las universidades que realizan actividades de salud. Véase Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med.* 2009;68:6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>.



A pesar de los considerables avances y esfuerzos, existen carencias importantes en la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud de la población colombiana. En el país aún existen barreras que impiden el acceso oportuno de la población a la atención de salud, lo que se ve reflejado en el incremento de las quejas y reclamos, así como de las tutelas para la solicitud de acceso a servicios de salud (45-49). Por dicha razón, la OPS realizó este estudio en colaboración con la Universidad de los Andes en el 2022 con el objetivo de contribuir a los procesos de formulación de políticas de fortalecimiento del sistema de salud. Mediante el uso de metodologías mixtas, el estudio se basó en la triangulación de la información recopilada a partir de la revisión bibliográfica relacionada con barreras de acceso a servicios de salud, el análisis de información sobre salud obtenida de dos encuestas (Encuesta Nacional de Calidad de Vida [ECV] del 2003 al 2021 y estudios nacionales de evaluación de los servicios de las empresas promotoras de salud [EPS] del 2019 al 2021) y la información recopilada mediante la realización de entrevistas a actores clave del SGSSS. Esta publicación presenta los principales hallazgos y recomendaciones emanadas del estudio.

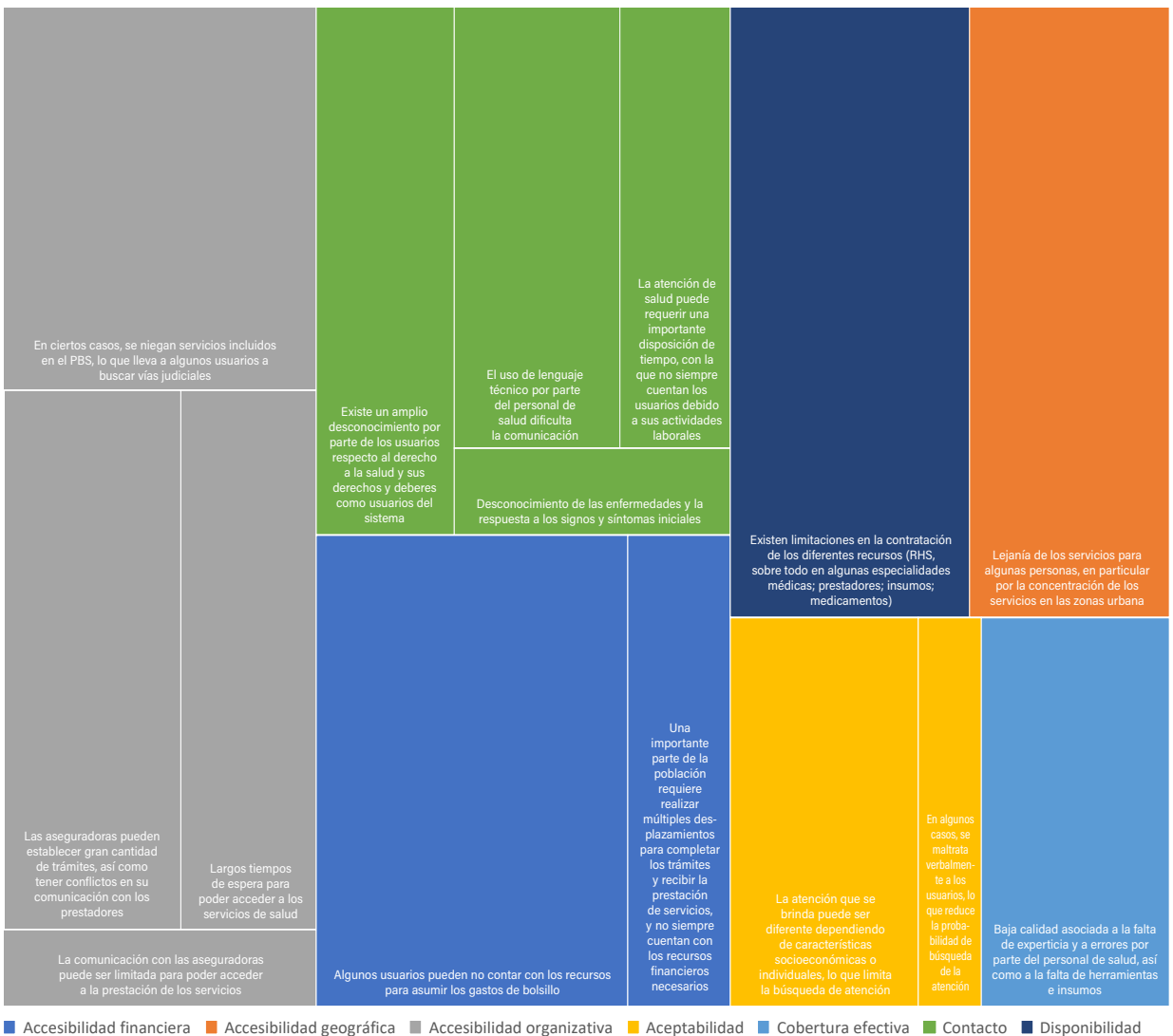
3.2. Principales barreras de acceso

Según el informe de resultados de la evaluación del SGSSS 2009-2019 publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (50) en el 2020, Colombia logró ampliar considerablemente la población afiliada al SGSSS, que pasó del 91% de la población total en el 2009 al 95% en el 2019. No obstante, el porcentaje de personas que requirieron atención de salud (sin incluir hospitalizaciones y urgencias) en el SGSSS disminuyó del 11% al 6% en el mismo período. A su vez, los datos de la ECV muestran que el porcentaje de la población que no buscó atención cuando la necesitaba aumentó del 25,4% al 33,1% para el período comprendido entre los trienios 2010-2012 y 2019-2021. Esta situación obedece a una combinación de múltiples razones complejas que afectan la capacidad de respuesta del SGSSS.

Los problemas relacionados con la organización y prestación de los servicios de salud constituyen una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia. Una de las principales razones de insatisfacción de la población colombiana con el SGSSS está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, en particular, de citas médicas especializadas (figuras 9 y 10). De manera similar, la bibliografía relacionada con barreras de acceso y las entrevistas a actores clave del sistema de salud colombiano coinciden en que la gran cantidad de trámites, sumada a la falta de comunicación entre aseguradoras y prestadoras, termina por generar retrasos no solo en la gestión de los trámites, sino también en la asignación de las citas médicas (45, 51-53). Asimismo, los

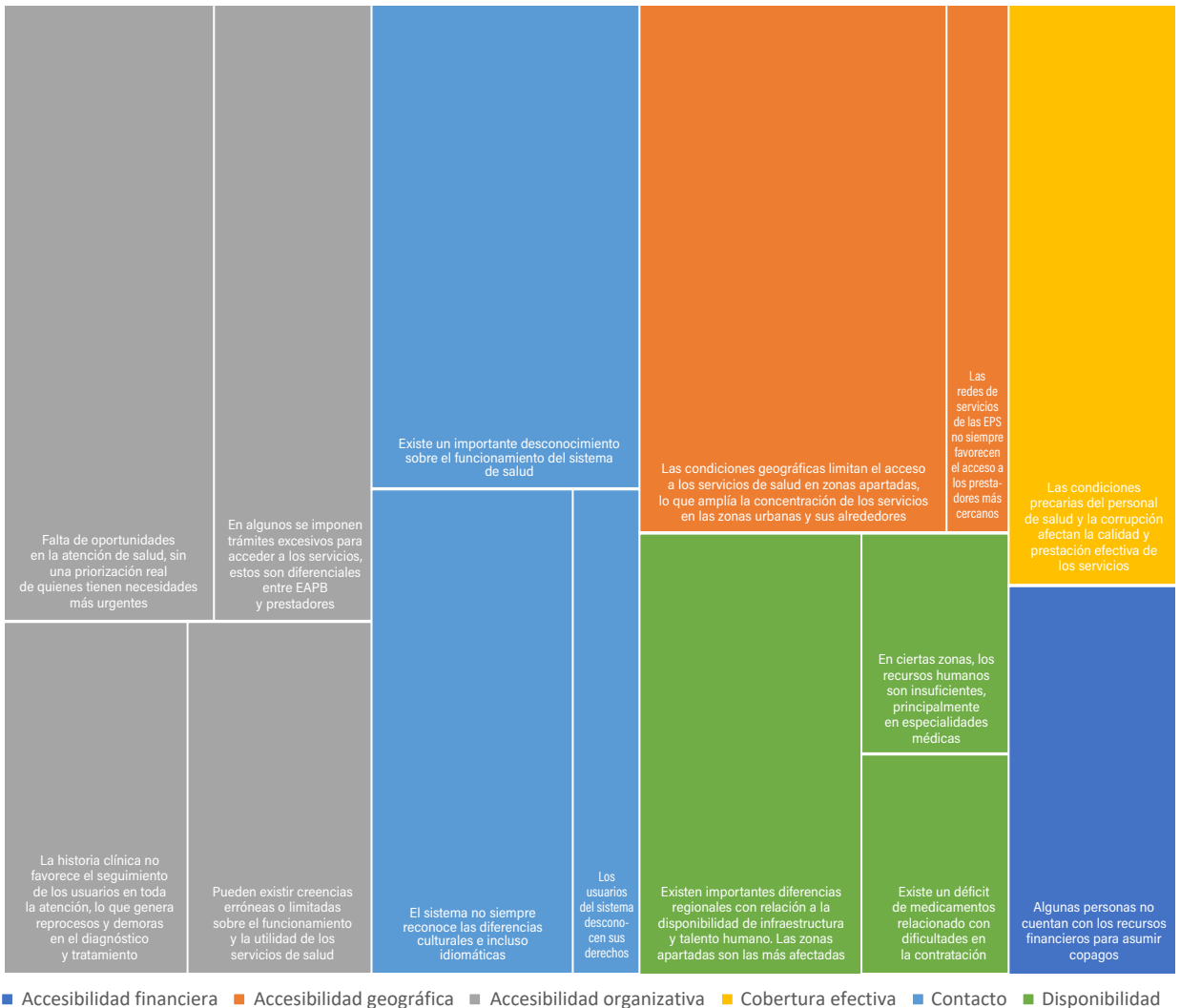
datos de la ECV muestran que el porcentaje de la población que no busca atención cuando lo necesita debido a los largos tiempos de espera y el exceso de trámites aumentó en los últimos 20 años, al pasar de un 3,8% en el 2003 a un 5,0% en el 2021 (figura 11). Esta situación, además, parece haber empeorado en el marco de la pandemia de COVID-19. Así, los informes de los estudios nacionales de evaluación de los servicios de las EPS del 2019 al 2021 muestran que el promedio de días de espera entre la solicitud de una cita para medicina familiar hasta el momento en que se hace efectiva aumentó de 24,9 días en el 2019 a 31,3 días en el 2020 y a 44,4 días en el 2021 (54-56).

Figura 9. Barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2008-2020



Nota: PBS: Plan de Beneficios en Salud; RHS: recursos humanos para la salud.

Figura 10. Barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia señaladas por actores clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud en entrevistas, 2022

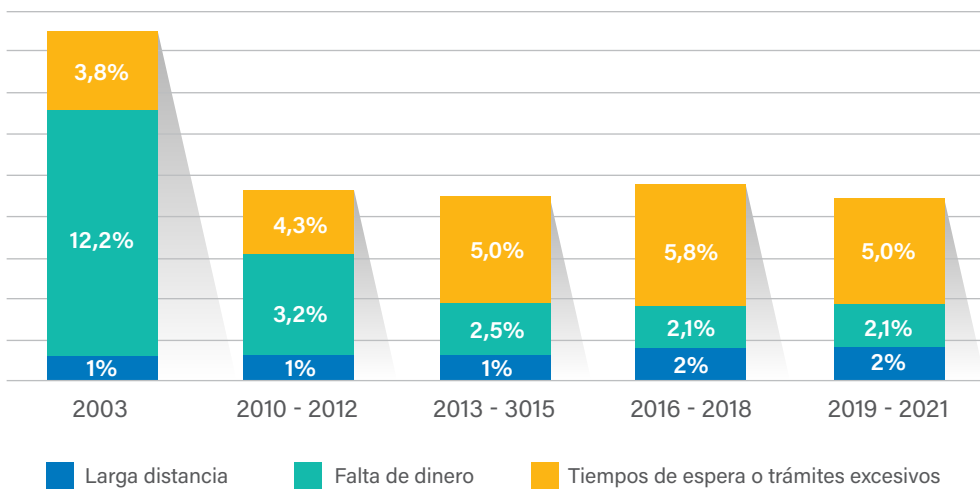


Nota: EAPB: entidades administradoras de planes de beneficios; EPS: empresas promotoras de salud.

Los largos tiempos de espera y el exceso de trámites se deben a distintas razones. Por una parte, los recursos financieros limitados se traducen en incentivos de contención de los costos por parte de las EPS, lo que da lugar a peligrosas limitaciones de la oferta de servicios. Históricamente, el valor de la UPC —prima que se paga a las EPS por cada afiliado para financiar los servicios y tecnologías de salud de una parte del Plan de Beneficios en Salud (PBS)— no ha sido suficiente con respecto a los valores requeridos para ofrecer la cobertura completa del plan de beneficios, en particular para el régimen subsidiado. Por tal motivo, las EPS pueden estar incentivadas a aumentar los trámites para acceder a los servicios de salud y a restringir su red de servicios, en perjuicio del bienestar de sus afiliados (57). Por otra parte, las tarifas

de negociación de los servicios de salud entre las EPS y las IPS, de no ser las adecuadas, ponen en aprietos financieros a las IPS y generan un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que, sumado a la restricción de la oferta de recursos humanos, puede prolongar los tiempos de espera para la asignación de citas en los servicios de salud. Tal como se ha comunicado en las entrevistas, “los actuales manuales tarifarios no necesariamente cubren los costos y gastos operativos, [...] además de estar desactualizados”. En este sentido, en Colombia se usan dos tarifarios para este tipo de negociación: el manual tarifario del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) (58), según el cual se rigen las IPS públicas, conocidas como empresas sociales del Estado (ESE), y el Manual de Tarifas del ISS (59), que fue creado para regular las tarifas de la EPS pública del Seguro Social, actualmente liquidada. La versión más usada para negociar algunos contratos de prestación de servicios es la del 2001, que no se actualiza (59). Muy pocas IPS tienen tarifas privadas diferentes a las de estos manuales y, por lo general, ello ocurre cuando los procedimientos no están incluidos en estos tarifarios. Para todos los servicios de salud las IPS requieren que la prestación de los servicios esté autorizada por la EPS a la que se encuentra afiliado el usuario, exceptuando los servicios de urgencias. Las IPS pueden prestar servicios de urgencias sin previa autorización, pero existen ciertas reglas para este tipo de situaciones, así como para los procesos de referencia y contrarreferencia. Por ello, algunas IPS prefieren dar prioridad en la atención a los servicios de planes privados y servicios particulares si las tarifas negociadas y las condiciones de autorización de los servicios no favorecen su rentabilidad.

Figura 11. Porcentaje de la población de Colombia que no buscó atención de salud cuando la necesitaba, por motivo (grupo 1), 2003-2021



Fuente: Elaborada a partir de datos obtenidos de Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta nacional de calidad de vida (ECV). Bogotá: DANE; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 1 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>.

Las barreras de acceso fueron clasificadas, según las dimensiones de acceso, en disponibilidad (disponibilidad y suficiencia de recursos), accesibilidad geográfica (disponibilidad de servicios dentro de un alcance razonable), accesibilidad financiera (capacidad de pago por los servicios), accesibilidad organizativa o acomodación (organización y prestación adecuada de servicios), aceptabilidad (disposición a buscar servicios cuando los factores sociales o culturales no desaniman a la población), contacto (disposición a contactar con los servicios de salud) y cobertura efectiva (capacidad de usar los servicios de salud a un nivel de calidad acorde). El tamaño de los recuadros representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en la bibliografía.

Las barreras de acceso se clasificaron, según las dimensiones de acceso, en disponibilidad (disponibilidad y suficiencia de recursos), accesibilidad geográfica (disponibilidad de servicios dentro de un alcance razonable), accesibilidad financiera (capacidad de pago por los servicios), accesibilidad organizativa o acomodación (organización y prestación adecuada de servicios), aceptabilidad (disposición a buscar servicios cuando los factores sociales o culturales no desaniman a la población), contacto (disposición a contactar con los servicios de salud) y cobertura efectiva (capacidad de usar los servicios de salud a un nivel de calidad acorde). El tamaño de los recuadros representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en las entrevistas.

Colombia presenta distintas realidades en su territorio en cuanto a las condiciones de acceso relacionadas con la cercanía a los centros de salud, la oferta de servicios y las capacidades de las autoridades de salud en las áreas subnacionales. A nivel nacional, existe un importante déficit de RHS en el país, principalmente de profesionales de enfermería. En el año 2019, Colombia contaba con 14,80 enfermeros y enfermeras por cada 10 000 habitantes, mientras que el promedio de los países de América Latina y el Caribe era de 19,25 (60). Asimismo, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) informó de que hay un importante déficit de personal en especialidades y subespecialidades médicas: en el 2020, de los 110 000 profesionales médicos que había en el país, 27 000 eran especialistas y apenas 1200 eran intensivistas (61). Al mismo tiempo, la disponibilidad de servicios de salud a lo largo del territorio colombiano es muy variable, no solo por las posibles diferencias entre los ámbitos rural y urbano, sino por los distintos niveles de desarrollo. Por ejemplo, la razón de prestadores en el 2019 era de 1,3 por 1000 habitantes en departamentos con un nivel de desarrollo robusto, mientras que la disponibilidad en departamentos con un nivel de desarrollo temprano era de 0,5 prestadores por 1000 habitantes. Lo mismo se observa sobre la disponibilidad de personal médico, con una razón de 37,2 médicos por 10 000 habitantes en los departamentos clasificados como robustos, en comparación con 12,6 médicos por 10 000 habitantes en los departamentos con un entorno de desarrollo temprano (50). Los datos anteriores se vieron reforzados por las entrevistas con expertos, quienes resaltaron las diferencias regionales en la infraestructura disponible para la atención de los servicios, en particular en las zonas rurales: “No se cuenta con infraestructura suficiente ni en cantidad, ni en distribución, ni en calidad en todo el territorio nacional”. Otro comentaba: “El recurso humano se encuentra concentrado principalmente en las zonas urbanas y aun en estas la oferta de servicios especializados puede ser limitada”, por lo que se requieren intervenciones para aumentar su disponibilidad, sin disminuir su calidad, sino, por el contrario, mejorándola.

El problema de la distribución desigual de los prestadores en todo el territorio nacional no se ha logrado solventar con la inclusión de importantes agentes privados en el sistema de salud. Según un entrevistado: “Las leyes y normas se tienen que instrumentalizar y, si no se instrumentalizan a través de infraestructura, procesos y talento humano, no funcionan”. Esto, a su vez, obliga a una importante parte de la población a desplazarse grandes distancias para acceder a los servicios de salud (49, 52, 53, 62, 63). Los datos de la ECV indican que la población indígena se ve particularmente afectada por esta situación; así, un 6,9% de estos grupos minoritarios no buscó atención de salud por ese motivo, en comparación con un 1,2% de quienes no se identifican como población indígena. Lo anterior refuerza las grandes desigualdades a las que se enfrenta la población colombiana para acceder a los servicios de salud. Incluso en las zonas urbanas, los usuarios del SGSSS no siempre pueden acceder a las IPS más cercanas a su lugar de residencia, ya que esto depende de la relación entre estas instituciones y las EPS, pues son las EPS las que, de acuerdo con su red de prestadores contratados, indican al usuario en qué lugar debe recibir la atención de salud.

Desde el 2011, respondiendo al mandato de la Declaración de Montevideo (64, 65), con miras a garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios, se estableció que el SGSSS operaría a través de RISS (66), cuya articulación está a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las EPS. No obstante, desde el 2016, con la adopción de la Política de Atención Integral en Salud (43), las EPS tienen la función esencial de organizar las redes integrales de prestadores de servicios de salud (RIPSS) (67). Esto significa que la coordinación de la atención sigue dependiendo de las negociaciones de las EPS con las IPS y, aunque existan prestadores más cercanos a su residencia, los usuarios siguen teniendo que desplazarse grandes distancias para poder recibir atención de salud, en ocasiones a otros municipios si las EPS no tienen contratos con las IPS del territorio de residencia. Incluso dentro de las zonas urbanas, los usuarios del SGSSS no siempre pueden acceder a las IPS más cercanas a su lugar de residencia, según expresaba un informante clave:

“Un ejemplo es la E.S.E. [nombre omitido], con una gran infraestructura; las personas que residen cerca no pueden consultar allí porque son del régimen contributivo y la E.S.E. presta atención para el régimen subsidiado, [...] entonces esas personas deben transportarse a otro lugar de la ciudad para recibir atención”.

Asimismo, aun cuando las EPS deben habilitar las RIPSS y registrar esta información en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la información sobre las RIPSS habilitadas no está disponible para todos los usuarios, lo cual vulnera su derecho a la libre elección de las IPS. Esto resalta la necesidad de revisar el marco legal del SGSSS para corregir posibles incentivos perversos que se generen en contra de la continuidad e integralidad de la prestación de servicios de salud.

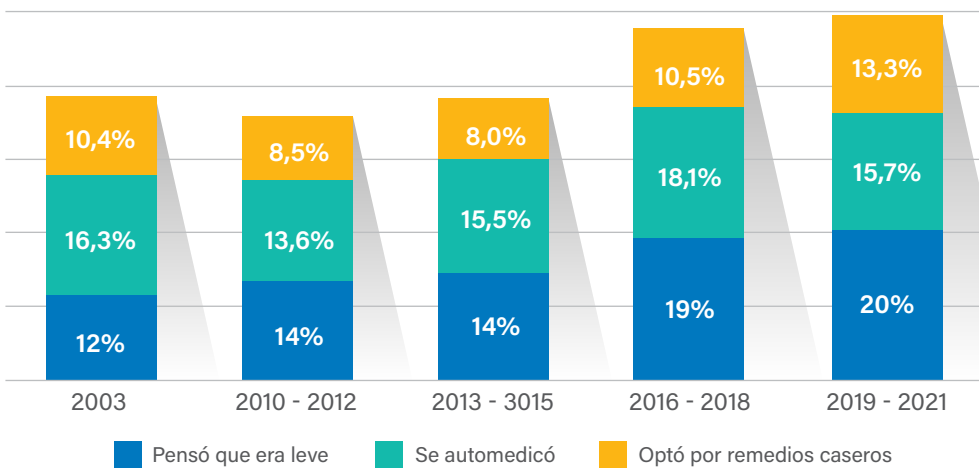
A lo anterior se suman las debilidades en los procesos de planificación y el ejercicio de las competencias de quienes apoyan o desempeñan la función de autoridades de salud locales (68). Si bien Colombia ha hecho un esfuerzo por descentralizar su sistema de salud, la eficacia y eficiencia de las autoridades locales se ven muchas veces limitadas por la heterogeneidad de las estructuras de gobernanza y capacidades de salud pública existentes, incluso en temas como el acceso a servicios de internet (69). Otro problema relacionado con la centralización es el aumento de procesos burocráticos que dificultan la toma de decisiones y la adopción de medidas de reacción rápida en momentos y regiones particulares (70). Tales dificultades se acompañan, además, de la gran heterogeneidad política y socioeconómica de las comunidades atendidas por estas instituciones, que requieren enfoques diferenciales y adaptados a sus necesidades.

Finalmente, la insuficiencia de los valores de la UPC agudiza las inequidades en la prestación de servicios en el territorio nacional. Las UPC en Colombia varían en función del riesgo de padecer enfermedades por grupos de edad, del sexo y de la frecuencia de uso de los servicios de salud, así como de la zona geográfica (71). Asimismo, las UPC se diferencian según el régimen y en función de si la EPS es indígena o no. Si bien el valor de la UPC recibe una prima adicional para zonas remotas del país, la concentración de servicios de mayor complejidad en las principales ciudades, que deja rezagadas regiones como las del Pacífico y el Amazonas en lo que respecta a la capacidad instalada (72), condiciona de manera fundamental los recursos que estas reciben con relación a la UPC. Al mismo tiempo, estas regiones se caracterizan por tener una menor población, así como mayores tasas de informalidad laboral con respecto al promedio nacional (73), lo que implica que reciben más recursos de la UPC del régimen subsidiado que del régimen contributivo a pesar de que varios de sus municipios cuentan con una UPC más alta que la del promedio del país.

La falta de conocimiento sobre el modo en que funciona el sistema de salud, sumada a problemas de aceptabilidad de los servicios, puede limitar el acceso a la atención de salud. De acuerdo con la información presentada por los estudios nacionales de evaluación de los servicios de las EPS del 2019 y el 2021 (54, 56), el uso de la información contenida en la carta de derechos y deberes de los usuarios ha ido en aumento, al pasar del 16,4% de personas que manifestaron haber hecho uso de la información sobre derechos y deberes de los afiliados al SGSSS en el 2019 al 56,9% en el 2021. Sin embargo, aún existe un gran porcentaje de la población que desconoce esta información, tal como se expresó en las entrevistas: “Saber cómo moverse en el sistema de salud es lo que puede determinar tener acceso a todos los servicios”. Esto logra evidenciarse en la revisión bibliográfica, donde se indica que es menos probable que usuarios sin conocimientos suficientes sobre el funcionamiento del sistema de salud puedan reclamar de manera oportuna y eficaz sus derechos y lograr un acceso efectivo (51, 52, 62). La falta de conocimiento también podría estar relacionada con la resolución de problemas de salud por otras vías. En este sentido, la ECV muestra que, entre los motivos para no buscar atención de salud, persiste la automedicación (que pasa de un 16,7% en el 2003 a un 15,7% entre el 2019 y el 2021) y el uso de remedios caseros va en aumento, al incrementarse de un 10,4% en el 2003 a un 13,3% entre el 2019 y el 2021 (figura 12).

A lo anterior se suman problemas de aceptabilidad relacionados con las barreras culturales e idiomáticas que persisten a pesar del empeño en la implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). La existencia de diferentes dialectos en el territorio nacional y los retos que supone atender a la población con diversidad cultural y lingüística fueron relatados por los expertos entrevistados: “Por ejemplo, en la Guajira, en el hospital de Maicao, la gran mayoría de los médicos no hablan wayuu y aproximadamente el 80% de los pacientes son wayuu, algunos de ellos no hablan español”. En muchos casos, no se ha adaptado la información sobre el sistema de salud a los diferentes dialectos existentes en el territorio nacional, lo cual exacerba las desigualdades de acceso por diferencias culturales y religiosas.

Figura 12. Porcentaje de la población de Colombia que no buscó atención cuando la necesitaba, por motivo (grupo 2), 2003-2021



Fuente: Elaborada a partir de datos obtenidos de Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta nacional de calidad de vida (ECV). Bogotá: DANE; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 1 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>.

A pesar del gran esfuerzo que ha realizado el país para reducir las barreras financieras, parte de la población sigue teniendo importantes restricciones presupuestarias que no le permiten acceder a los servicios de salud. La ECV muestra una reducción importante del reconocimiento de barreras de acceso financieras como razón para no buscar atención, que pasan de representar el 12,0% en el 2003 a un 2,1% entre el 2019 y el 2021 (figura 11). Esto denota una mejora sustancial con relación a las barreras financieras, acompañada de una expansión significativa de la afiliación al SGSSS (del 98,54% en el 2022). No obstante, existe un porcentaje de la población aún sin cobertura, entre la que se incluye la población migrante, la población pobre no asegurada que no alcanza la clasificación mínima para afiliarse al régimen subsidiado y poblaciones especiales que no se encuentran afiliadas a ningún régimen de aseguramiento de la salud (74). Esta situación da lugar a desigualdades importantes: según los datos de la ECV, las barreras financieras siguen siendo más prevalentes entre la población no asegurada (el 13,8%, en comparación al 2,1% en población del régimen subsidiado y al 0,1% en el régimen contributivo). Tanto la bibliografía relacionada con las barreras de acceso como los

expertos entrevistados coinciden en que, si bien la población más vulnerable tiene la posibilidad de acceder a servicios de salud totalmente subsidiados, en algunos casos tienen que comprar medicamentos no disponibles o pagar el transporte para acceder a la prestación de los servicios de salud, y existe una proporción de la población que no puede cubrir dichos gastos (51, 52). Incluso pueden llegar a generarse gastos relacionados con la solicitud de la autorización o de la asignación de citas para la prestación de los servicios, que algunos individuos, “en particular, quienes viven en zonas rurales apartadas, no pueden cubrir”, afirma un informante clave. Asimismo, la población con subsidios parciales o quienes deben realizar copagos debido a su tipo de afiliación no siempre cuentan con los recursos necesarios para poder acceder a los servicios de salud (51, 53, 62, 75-77).

Es posible que la población pueda acceder a los servicios de salud, pero las condiciones de prestación de estos servicios no siempre son las óptimas. Colombia cuenta con un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) —cuyo objetivo es proporcionar herramientas y metodologías para que todo el sector de la salud pueda generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país (78)—, el cual se basa en las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. A su vez, el SOGCS está integrado por cuatro componentes, a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y Sistema de Información para la Calidad. No obstante, los servicios de salud no siempre se prestan en las mejores condiciones y no hay unos estándares claros de calidad en los diferentes niveles y procesos del sector. Una de las razones se asocia con la falta de tarifas mínimas que pagan por los servicios que prestan las IPS, de conformidad con los requisitos de habilitación. Al no estar apropiadamente reguladas las tarifas, los prestadores entran en una competencia de precios para poder cubrir su estructura de costos, en vez de competir por otros atributos de la calidad. Esta competencia de precios se ha relacionado con mermas en la calidad técnica, situación que no es siempre percibida por los usuarios a pesar de que los afecta (79). Otra de las debilidades del SUA es que no siempre considera las necesidades diferenciadas y posibilidades de las zonas rurales. Un ejemplo de esto se encuentra en el departamento del Guainía, en el que existen puestos de salud que no logran cumplir con los criterios de habilitación relacionados con la infraestructura, lo cual impide su funcionamiento (69). Ello se debe a que los estándares de habilitación se aplican de manera homogénea a todos los hospitales y establecimientos de salud del país. Por lo tanto, si hay un estándar de calidad que no se puede lograr o financiar a corto plazo, el centro de salud debe ser cerrado, limitando aún más el acceso de la población en las zonas rurales. La necesidad de abordar de forma diferencial las condiciones y necesidades de las zonas rurales se ha incluido en el Plan Nacional de Salud Rural (80), que también incluye la adaptación intercultural de los establecimientos de salud.

Al mismo tiempo, es necesario trabajar en los demás componentes del SOGCS para detectar y abordar otras posibles situaciones, como la falta de conocimientos especializados de los profesionales, la falta de herramientas y la presencia de errores al emitir los diagnósticos y brindar el tratamiento adecuado. Lo anterior, sumado a los casos de maltrato por parte de los trabajadores de salud que se han encontrado, puede llevar a que las personas eviten buscar

atención de salud (46, 62, 75). En algunos casos, estas situaciones se encuentran asociadas a las condiciones laborales deficientes de ciertos trabajadores de salud, quienes pueden tener múltiples trabajos, contratos por prestación de servicios, impagos de salarios, etcétera, además de enfrentarse a la falta de insumos y de herramientas adecuadas para la prestación de los servicios. Si bien las barreras relacionadas con la calidad y, en general, con la cobertura efectiva son las menos frecuentes en la bibliografía y las entrevistas a actores clave, ello no significa necesariamente que no existan.

Existe la necesidad de fortalecer los mecanismos de control y supervisión, así como de sanción efectiva, en el sector de la salud. Distintos expertos del sistema de salud colombiano señalaron esta situación:

“Se requiere trabajar en temas de ponderadores de cómo se distribuye mejor la UPC con base en diagnósticos y en resultados en salud. Se hace necesario alinear a todos los actores alrededor de los temas de resultados en salud, incluyendo una cultura más de corresponsabilidad con los usuarios”.

“El gran problema del sistema son las malas prácticas de los agentes, de todos, incluyendo los usuarios”. Asimismo, en algunos casos “hay hospitales públicos en territorios apartados con problemas de corrupción. Entonces la inequidad en este caso se genera por tener un problema de corrupción”.

3.3. Recomendaciones de políticas

A continuación, se presentan las recomendaciones de políticas que han priorizado los actores del sistema de salud que participaron en las entrevistas a expertos. Estas se complementaron a partir de documentos técnicos y bibliografía especializada de ámbito regional que ofrecen recomendaciones para la mejora del acceso universal y equitativo a los servicios de salud. Tales acciones podrían desarrollarse a corto y mediano plazo.

Fortalecer la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes niveles de gestión

Los cambios requeridos para cerrar las brechas en las condiciones de acceso requieren del liderazgo del MSPS y los entes territoriales, así como del fortalecimiento de los mecanismos de gobernanza, prestando especial atención a las capacidades para liderar un enfoque integral de la APS. La LES ha significado una gran oportunidad para el sistema de salud colombiano en su propósito de superar las barreras de acceso a los servicios de salud. No obstante, para alcanzar los objetivos establecidos en dicha ley, es preciso continuar promoviendo una perspectiva más integral de la APS, acompañada de una priorización presupuestaria sostenida. Por tanto, la reglamentación completa de esta ley brinda la oportunidad de establecer los mecanismos necesarios para garantizar el derecho a la salud y fortalecer las FESP (5), así como de renovar el compromiso ante el Pacto 30-30-30: APS para la salud universal (6). La propuesta renovada sobre las FESP para la Región de las Américas podría orientar este proceso, pues constituye una

herramienta de evaluación y fortalecimiento de las capacidades institucionales necesarias para gestionar de forma integrada acciones que promuevan el fortalecimiento del SGSSS, prestando la debida atención a las prioridades de salud pública y en línea con los planteamientos de la APS integral (5, 7).

Fortalecer la gobernanza y la capacidad de gestión en los niveles subnacionales, los instrumentos de garantía de la calidad y el acceso efectivo, los flujos financieros y los resultados. Si bien el MSPS es la entidad rectora del sistema de salud colombiano, al tratarse de un sistema descentralizado, son múltiples las responsabilidades en materia de salud que están a cargo de las entidades territoriales. Históricamente, los territorios más alejados de las grandes zonas metropolitanas han tenido que asumir su administración y funcionamiento en contextos de violencia generalizada y de diversos intereses políticos, por lo que el desempeño administrativo local es bastante asimétrico a lo largo del territorio nacional (81). Es importante que se fortalezcan los procesos de gobernanza en los niveles subnacionales y, para ello, es preciso entender las desigualdades y necesidades diferenciales en materia de salud de los distintos territorios, pero con un mismo propósito transversal: fortalecer el enfoque integral de la APS y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud. Esto requerirá redoblar los esfuerzos para cerrar las brechas en las condiciones de acceso efectivo, en particular, mediante la mejora de la oferta y disponibilidad de recursos, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la red pública del PNA en las zonas más desfavorecidas y la coordinación de los actores encargados de garantizar el derecho a la salud. Asimismo, es importante reforzar las capacidades de salud pública a escala regional con los recursos necesarios, especialmente mediante la dotación de recursos humanos con unas características mínimas que favorezcan su desempeño.

El fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud y sus capacidades de inspección, vigilancia y control de manera desconcentrada y regional permitirá también abordar las barreras de acceso en sus distintos contextos geográficos y en función de las características institucionales. Esta entidad desempeña un papel importante de cara a proteger los derechos de los usuarios del SGSSS y velar por que las acciones de los actores vayan en línea con los propósitos del MSPS en materia de salud. Por tal motivo, debe contar con las herramientas suficientes no solo para ejercer sus actividades de control y supervisión de los actores del sistema, sino también para poder aplicar las sanciones necesarias para reorientar sus acciones con miras a optimizar la prestación de los servicios. Si bien con la Ley 1949 del 2019 (82) se fortaleció la capacidad sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud, parece que estas nuevas herramientas no han sido suficientes, ya que siguen existiendo barreras de acceso a la atención de salud (83). Esto hace necesario reevaluar el papel de la entidad y su capacidad para controlar a diversos actores del sistema de salud. En materia sancionatoria, es preciso evitar que sean exclusivamente las entidades —prestadores o aseguradoras— las que respondan financieramente. Según palabras de un informante clave: “Se requieren sanciones directas a las personas naturales, es decir, al individuo, con apoyo de otros entes de control, Fiscalía, Contraloría, Procuraduría, trabajando por un mismo fin”.

El fomento de la transformación del sistema regulatorio nacional de las tecnologías de salud aportará autonomía y sostenibilidad a las actividades de evaluación, y podría redundar en la reducción de las barreras relacionadas con la disponibilidad de medicamentos y tecnologías.

“La innovación le aporta al sistema de salud, genera ahorros si es bien utilizada en los pacientes que lo requieren”, afirma un informante clave. Dadas las crecientes restricciones en la oferta de medicamentos en todo el territorio nacional, es necesario conocer la reacción a la legislación colombiana de la oferta internacional de medicamentos y tecnologías de salud y realizar los ajustes necesarios con el fin de evitar tanto el desabastecimiento como rezagos importantes para el acceso a medicamentos y tecnologías de salud de punta. Asimismo, es preciso determinar los procesos que requieren una transformación o fortalecimiento dentro del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que tiene a su cargo las políticas de vigilancia de la salud y de control de medicamentos y de salud, a fin de aumentar su oferta en el país.

Fortalecer los sistemas de información a fin de contar con mejores herramientas para la adopción de decisiones

Existen desafíos relacionados con la integración, coordinación e interoperabilidad entre los sistemas de información, así como falta de claridad sobre la rectoría de la producción y el uso de la información en el sector. Colombia cuenta con importantes bases de datos e información relacionados con el sector de la salud; sin embargo, persiste la fragmentación y apenas hay coordinación entre los sistemas de información (84). En muchos casos, se precisa mejorar la calidad de la información, así como enriquecerla con datos de otros sectores, para poder tomar mejores decisiones con respecto a la calidad y, en general, sobre políticas públicas. Finalmente, se hace necesario fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación de la salud, con el fin de detectar de manera oportuna las ineficiencias del sistema y, en caso necesario, reorientar las acciones con el fin de mejorar los resultados de salud.

El fortalecimiento transversal de los sistemas de información en todo el sistema de salud debe ser una prioridad. En línea con el fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud colombiano, se encuentra la urgente necesidad de contar con un sistema de información de salud con mecanismos de gestión y procesos interoperables e interconectados. El uso transparente y adecuado de la información debe ser liderado por el MSPS. Para ello debe partirse de bases técnicas no solo en cuanto a la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC), sino también al adecuado procesamiento, con miras a mejorar la eficiencia y evitar duplicidades en la recopilación de la información por parte de las diferentes entidades públicas del sector. Asimismo, se requieren lineamientos claros sobre la calidad y la forma en que todos los actores deberán aportar la información, en particular la relacionada con grupos minoritarios. Ello implica también un trabajo intersectorial con diferentes entidades gubernamentales encaminado a alimentar de manera actualizada el sistema de datos sobre asignación de subsidios, participación en el mercado laboral y cualquier otra información que se considere necesaria para crear estrategias, programas y políticas de salud que lleven a mejorar las condiciones de salud de la población colombiana. Estas estrategias deberán estar orientadas a aplicar la LES del 2015, teniendo en cuenta la política para la gestión de la información sobre la salud y garantizando los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, a saber: a) disponibilidad de servicios,

tecnologías, instituciones, programas y recursos humanos competentes; b) aceptabilidad, respetando las particularidades socioculturales y la cosmovisión de la salud, así como la confidencialidad; d) accesibilidad de los servicios y tecnologías en condiciones de igualdad, incluido el acceso a la información; y e) calidad e idoneidad de los establecimientos, servicios y tecnologías de salud, cumpliendo con los requisitos necesarios para este fin.

Se precisa fortalecer los sistemas de seguimiento y evaluación de todo el sistema de salud. Esta necesidad no solo hace referencia a los resultados en materia de salud, sino también a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, tanto en infraestructura como en talento humano. Asimismo, es necesario fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas en todos los niveles y facilitar los canales de denuncia, los cuales deben estar centralizados o interconectados para facilitar la trazabilidad de las deficiencias que se presenten, así como las soluciones e intervenciones precisas. Por tanto, se hace necesario que el sistema de habilitación reconozca las necesidades diferenciadas de las zonas rurales y ofrezca alternativas ajustadas a las realidades locales.

Formular y aplicar estrategias de fortalecimiento de los recursos humanos y la infraestructura

Es necesario mejorar la disponibilidad y las condiciones laborales de los RHS, pues constituyen un pilar fundamental en todos los sistemas de salud. La contratación del personal de salud sin plenas garantías laborales —que, en algunos casos, ha dado lugar a incumplimientos de las obligaciones laborales, como el impago de salarios, contratos laborales con intermediación de terceros, bajos niveles salariales, carencia de medidas de protección y ausencia de acompañamiento del Estado (85)— puede generar problemas tanto de rotación del personal y migración hacia otros países como de calidad en la prestación de los servicios. Por este motivo es necesario formular políticas que favorezcan la contratación de los trabajadores del sector de la salud en condiciones óptimas y seguras y que, a su vez, creen incentivos para que estos dispongan sus capacidades de la manera más eficaz posible en pro del bienestar de la población. Esto debe aplicarse no solo en el ámbito urbano, sino también en el rural.

Se requiere fortalecer la intervención estatal para mejorar la disponibilidad de recursos humanos y de infraestructura en todo el país, en particular, en las zonas apartadas. El país tiene un déficit de recursos humanos en ciertas áreas, como la enfermería y algunas especialidades y subespecialidades médicas, y esta situación se agudiza en las zonas apartadas. Por tal motivo, se requieren estrategias coordinadas con el sector educativo para mejorar la oferta de profesionales de este tipo y centrarse en las zonas con menos recursos humanos en la actualidad. Asimismo, es necesario combatir la concentración de infraestructura en las zonas urbanas y mejorar sus condiciones en las zonas más apartadas, prestando especial atención a los servicios de primer nivel. Para ello es necesario promover la incorporación de tecnologías y la innovación en la prestación intra- y extramural, en particular, en el primer y segundo nivel de atención, lo cual incluye servicios domiciliarios y herramientas de telemedicina y telesalud basadas en la evidencia (86).

Fortalecer los incentivos a la calidad, tanto financieros como no financieros, en todo el sistema de salud

Es necesario armonizar los incentivos en todo el sistema de salud y comprometer a todos los actores hacia un mismo propósito en materia de salud, para que presten servicios oportunos y de calidad a los afiliados al SGSSS. Es preciso crear estrategias que asocien los pagos que se realizan en el sistema a resultados de salud y criterios de calidad. En el caso de las administradoras de fondos, el pago de la UPC podría condicionarse a la calidad de los servicios y los resultados de salud. En el caso de las IPS, sería necesario actualizar y estandarizar los tarifarios de los servicios de salud, de tal forma que se incluyan criterios de calidad que incentiven mejores resultados en la prestación de servicios; también convendría incrementar la contratación basada en el pago por desempeño con medidas objetivas respecto a los resultados esperados. De manera similar, la contratación del talento humano en salud debe contemplar mecanismos orientados a la calidad: por un lado, a proteger y respetar su dignidad, y, por el otro, a incentivar la calidad de la atención que brindan. Se ha evidenciado que el tipo de contrato de los profesionales de la salud (salario fijo frente a salario variable) puede repercutir en la calidad de la atención que estos ofrecen a los pacientes (87). No obstante, todas estas estrategias han de estudiarse y analizarse cuidadosamente, ya que una implementación equivocada puede generar riesgos financieros y limitaciones en la oferta. Por tanto, se hace necesario analizar la suficiencia de las UPC para estas zonas teniendo en cuenta no solo variables demográficas, sino también la densidad poblacional, el mercado laboral y los esfuerzos necesarios para mejorar su capacidad, especialmente en el PNA, ya que ello afecta el desempeño de estas regiones en comparación con las grandes ciudades.

Por tal motivo, es preciso analizar posibles incentivos no financieros de manera paralela y la estandarización de criterios de calidad para todos los actores. La aplicación de las diferentes estrategias ha de responder a las características de los actores del sistema. Dentro de las múltiples opciones que cabe estudiar, una puede estar relacionada con una contratación por parte del sector público que favorezca a entidades con mejores resultados. Con respecto al talento humano en salud, se requieren estrategias educativas que permitan fortalecer la capacidad institucional en zonas apartadas, en particular, en temas especializados.

Fortalecer la visión a largo plazo en las estrategias del sistema de salud, incluidas aquellas que buscan fomentar la sostenibilidad financiera

Las estrategias de fortalecimiento del sistema de salud deben tener un enfoque a largo plazo. Se requiere de un gran compromiso político para establecer estrategias sostenibles de fortalecimiento del SGSSS a largo plazo que no se limiten a los períodos gubernamentales. Las diferentes estrategias deben dar prioridad a la sostenibilidad financiera a fin de poder garantizar la disponibilidad de recursos que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud. Dada la relación existente entre el tipo de afiliación al sistema de salud y la asignación en el mercado laboral de las personas entre el sector formal (afiliación obligatoria al régimen contributivo) y el informal (afiliación al régimen subsidiado), así como el componente de solidaridad que tiene el SGSSS, es necesario trabajar en colaboración con el sector laboral en estrategias que fortalezcan la formalidad laboral y, de esta manera, las contribuciones al sistema de salud.



CAPÍTULO 4

GUYANA: el impacto de la COVID-19 en el acceso a la salud maternoinfantil

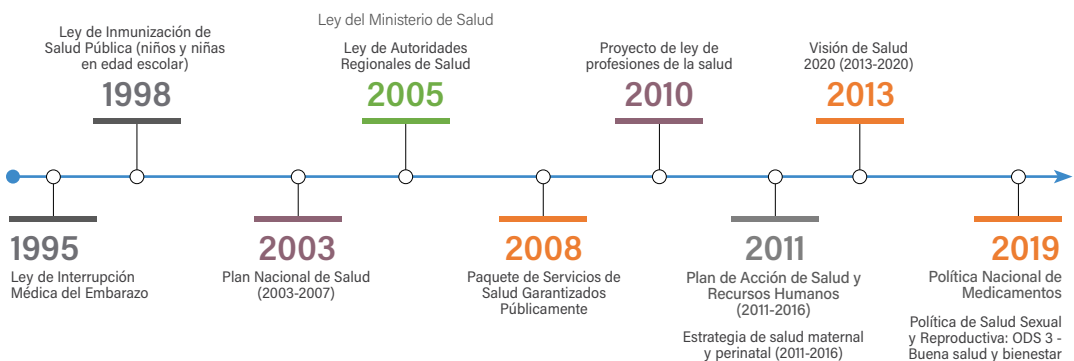
- En las últimas dos décadas, Guyana ha logrado importantes avances en las condiciones de acceso a los servicios esenciales de salud, mejoras en el control de enfermedades infecciosas y resultados positivos en la mejora de los indicadores de salud maternoinfantil, y ha trabajado para fortalecer la respuesta del sistema de salud a las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Sin embargo, las barreras persistentes para acceder al sistema de salud, combinadas con las presiones creadas por la pandemia de COVID-19, podrían revertir estos logros y obstaculizar la eficacia y la continuidad a largo plazo de las iniciativas de salud que se están llevando a cabo.
- Utilizando datos primarios y secundarios de varias fuentes, incluidas entrevistas con informantes clave del Ministerio de Salud de ámbito central y regional, este capítulo proporciona evidencia sobre cómo las barreras de la oferta y la demanda limitan el acceso a los servicios de salud para la población de Guyana.
- Los factores del lado de la demanda, como la baja alfabetización en salud (falta de acceso a información sobre la salud) y las creencias sociales y culturales (incluidas las normas y roles de género) obstaculizan la capacidad de los usuarios para buscar servicios de salud. Mientras tanto, factores del lado de la oferta, como las barreras geográficas, el transporte deficiente, la disponibilidad limitada de recursos humanos y la falta (o insuficiencia) de establecimientos de salud, aumentan estos problemas de acceso, particularmente en las regiones del interior del país.

- La evidencia internacional sugiere que un enfoque de APS más sólido como base de la organización del sistema de salud podría ser el camino para que Guyana supere las barreras detectadas.
- Las mejoras en las capacidades de rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud, la sostenibilidad financiera, la expansión y el fortalecimiento del PNA, el aumento de la dotación y retención de recursos humanos adecuadamente calificados y una atención especial a las regiones del interior parecen ser las áreas en las que el país debería centrarse en los próximos años para mejorar el acceso a los servicios de salud, la equidad y la cobertura universal de salud.
- Los pasos para comprender y superar las barreras a lo largo de este proceso incluyen el desarrollo de intervenciones basadas en la comunidad, la promoción y participación efectiva y la apropiación por parte de las comunidades.

4.1. Introducción

En los últimos 30 años, Guyana ha puesto el foco en la reforma del sector de la salud, la formulación de políticas y la adopción de acuerdos de servicios de salud para mejorar el acceso a los servicios de salud esenciales. La figura 13 resume las diferentes iniciativas y reformas que Guyana adoptó para mejorar su sistema de salud, gracias a las cuales se han logrado avances considerables en el control de enfermedades infecciosas y la salud materno infantil en el último decenio. Además, en los últimos años, el país ha reconocido los desafíos que plantean las enfermedades crónicas y está trabajando para fortalecer la respuesta del sistema de salud en esta área.

Figura 13. Iniciativas de políticas de salud universal en Guyana



Nota: ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible.

El Ministerio de Salud de Guyana se ha comprometido recientemente a adoptar reformas para fortalecer la APS. Se ha finalizado y presupuestado un nuevo paquete de servicios esenciales de salud, y se está elaborando una nueva ley de salud pública. Actualmente, se están llevando a cabo reformas para aumentar la formación de nuevos RHS y su retención en el sector de la

salud, junto con iniciativas para fortalecer las capacidades de planificación y liderazgo de todos los oficiales regionales de salud. El país también ha renovado su compromiso de implantar RISS a fin de lograr la cobertura universal de salud para el 2030.

La pandemia de COVID-19 ha interrumpido y, en algunos casos, revertido años de progreso en la provisión de acceso universal a los servicios esenciales de salud en la Región de las Américas. Asegurar la implementación efectiva y la continuidad a largo plazo de las iniciativas mencionadas anteriormente es esencial para mejorar el acceso a los servicios de salud en Guyana.

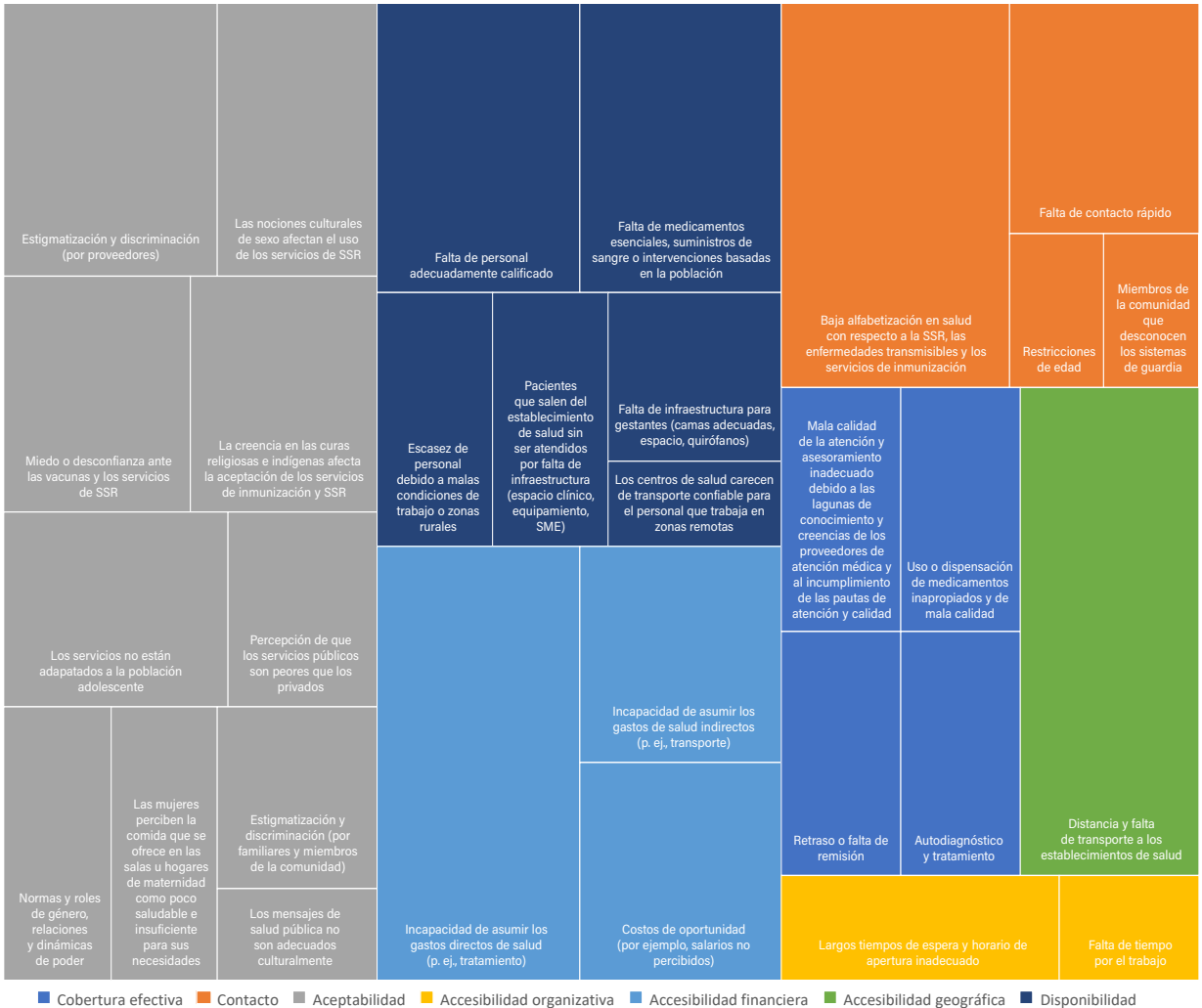
Al aplicar y adaptar la metodología de análisis de las barreras en Guyana, se buscó definir las barreras de acceso a los servicios de salud y explorar posibles áreas de intervención. También se analizó en qué medida se vieron afectadas estas barreras de acceso por la aparición de la pandemia de COVID-19. El estudio comprendió una revisión bibliográfica sistemática y el análisis de las encuestas de salud disponibles en el país. Se entrevistó a 10 oficiales regionales de salud (RHO, por su sigla en inglés), ocho visitadores de salud superiores (SHV, por su sigla en inglés) y los principales responsables de la toma de decisiones del Ministerio de Salud, incluidos cuatro directores.

4.2. Principales barreras de acceso a los servicios de salud maternoinfantil

Barreras del lado de la demanda

Creencias sociales y culturales, incluidas las normas y roles de género. Estos tipos de factores suponen el desafío más importante para la mejora del acceso de las mujeres a los servicios de salud maternoinfantil en Guyana. La mayoría de las barreras encontradas en la bibliografía especializada estaban relacionadas con la aceptabilidad (el 36,4% de 22) (figura 14), con artículos que sugieren que las creencias culturales y religiosas relativas al sexo y el matrimonio tienen una influencia importante en la aceptación de las vacunas y los servicios de salud sexual y reproductiva (88, 89). Este hallazgo se discutió más a fondo con las autoridades de salud de Guyana, quienes reconocieron que tales factores a menudo influyen en los patrones de búsqueda de atención, en especial en las regiones del interior, donde reside la mayor parte de la población indígena o amerindia. Las fuentes consultadas también mencionaron que estas comunidades tienden a usar medicinas tradicionales y a base de hierbas para remediar las enfermedades relacionadas con la salud maternoinfantil.

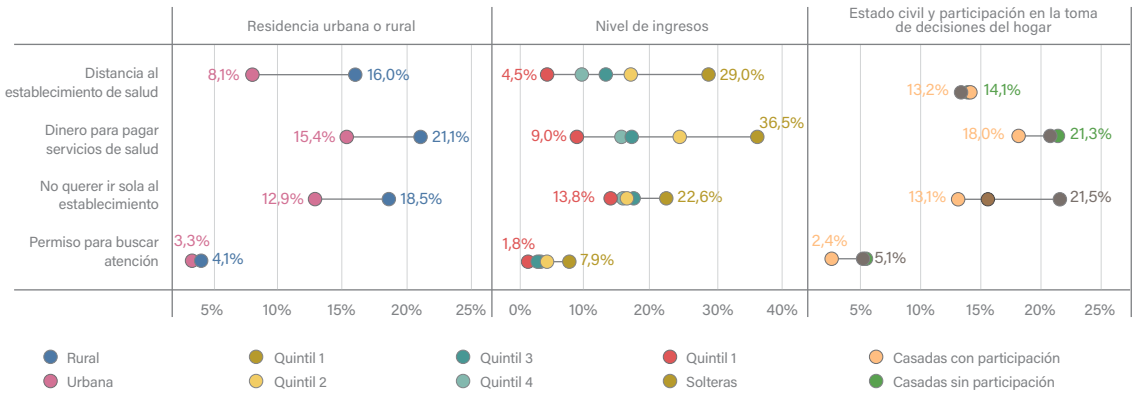
Figura 14. Barreras de acceso a los servicios de salud en Guyana encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2010-2021



Nota: SME: servicios médicos de emergencia; SSR: salud sexual y reproductiva.

Desigualdad de género y dinámica de poder en los hogares. Los funcionarios entrevistados explicaron que las expectativas de las familias a menudo impiden que las mujeres tomen decisiones individuales con respecto a su salud sexual y reproductiva. En muchos casos, se espera que las mujeres consulten sobre este tema a su esposo o pareja. Esto está respaldado por los datos cuantitativos revisados. La encuesta demográfica y de salud del 2009 (GDHS, por su sigla en inglés) mostró que casi el 17% de las mujeres guyanesas no querían ir solas a un establecimiento de salud (una barrera de acceso a la atención médica) (figura 15), y alrededor del 4% de las mujeres indicaron que necesitan permiso para ir. Una regresión logística mostró, además, que estas mujeres tenían un 46% más de probabilidades de renunciar al parto institucional en comparación con las mujeres que no requerían el permiso de un familiar o cónyuge (19).

Figura 15. Mujeres de Guyana que señalaron dificultades para acceder a la atención de salud cuando estaban enfermas, por residencia, ingresos, estado civil y participación en la toma de decisiones del hogar, 2009



Fuente: Elaborada a partir de Ministerio de Salud de Guyana, Oficina de Estadística de Guyana, ICF Macro. Guyana Demographic and Health Survey 2009. Georgetown: Ministerio de Salud de Guyana, Oficina de Estadística de Guyana, ICF Macro; 2010 [fecha de consulta: 1 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr232/fr232.pdf>.

La baja alfabetización en salud dificulta la búsqueda de atención. La evidencia bibliográfica revisada para este estudio muestra que algunos grupos de población indígena carecen de conocimientos sobre fisiología reproductiva básica y maduración, así como sobre la transmisión y prevención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de los papilomas humanos (VPH) (90). Los funcionarios de salud confirmaron que la baja alfabetización en salud sexual y reproductiva, enfermedades transmisibles y servicios de inmunización sigue suponiendo un problema. Indicaron, además, que las mujeres no siempre están bien informadas sobre los servicios de salud materno-infantil disponibles en Guyana, lo que da como resultado una demanda de atención prenatal y de posparto no satisfecha. Algunos funcionarios de salud creían que retrasar la búsqueda de atención en los servicios prenatales era una estrategia utilizada por algunas mujeres para compensar las barreras financieras, pero otros pensaban que se debía más a la falta de reconocimiento de la importancia de los servicios específicos para el embarazo. Estos son factores importantes que pueden explicar que los niveles de parto institucionalizado en las regiones del interior sean más bajos que en otras regiones del país.

Barreras del lado de la oferta

Barreras geográficas. La existencia de barreras geográficas que afectan de manera desproporcionada a las mujeres y los niños que viven en el interior rural de Guyana fue un factor reconocido en gran parte de la evidencia analizada (figura 16). Los datos cuantitativos revisados mostraron que el 13,7% de las mujeres indicaban que la distancia a un centro de salud es una barrera para acceder a la atención médica. Además, las mujeres de zonas rurales señalan la existencia de barreras financieras (21,1%) y geográficas (8,1%) con más frecuencia que las de las zonas urbanas (el 15,4% y el 16,0%, respectivamente).

El análisis de regresión mostró también que las mujeres tienen un 51% más de probabilidades de renunciar a los servicios de parto institucionalizado cuando manifiestan que la distancia es una barrera para llegar a su establecimiento de salud (19). Los entrevistados mencionaron que la población indígena está distribuida de manera desigual en terrenos accidentados y menos desarrollados. Por ejemplo, un funcionario mencionó que el centro de salud más cercano podría estar a más de 60 kilómetros de distancia en las comunidades del interior y que algunas familias no pueden pagar los costos indirectos del transporte.

Los establecimientos de salud también pueden ser inaccesibles debido a las limitaciones de transporte. En las regiones del interior, dado que los puestos de salud carecen de equipo (de ultrasonido, por ejemplo), a menudo se requieren derivaciones a hospitales regionales y de distrito. Sin embargo, esto se ve restringido por la falta de transporte regular fiable, así como por los largos tiempos de viaje, lo cual da lugar a visitas al hospital perdidas. Además, los botes, los vehículos todo terreno y las caminatas prolongadas pueden causar un estrés extremo, y aumentar el riesgo de parto prematuro y de mortalidad. Esto explica, en parte, por qué las mujeres que viven en el interior tienden a retrasar la búsqueda de atención prenatal.

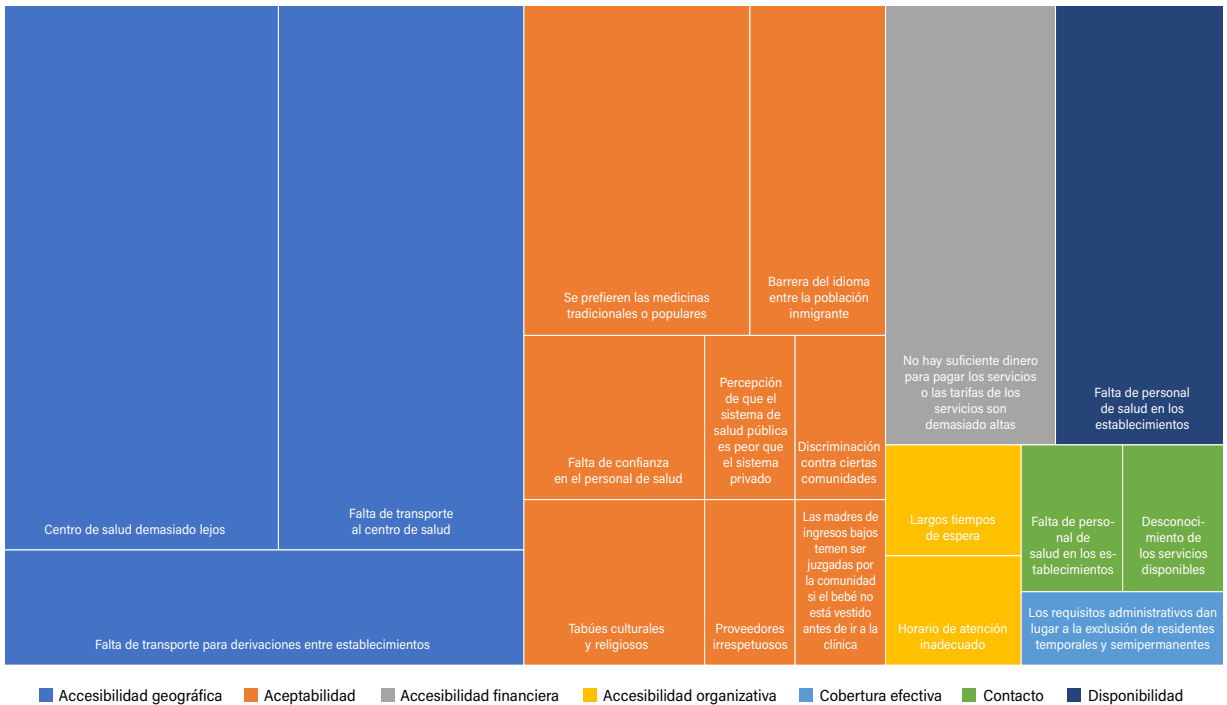
Falta de personal, tecnologías e infraestructura de salud. La segunda categoría más común entre las barreras encontradas en la bibliografía revisada fue la escasa disponibilidad de insumos clave (el 23% de 22 barreras). Los entrevistados indicaron que el personal y los suministros médicos limitados son una barrera importante para la atención (figura 16). Esto es particularmente apremiante en las regiones del interior donde los puestos de salud cuentan con trabajadores de salud comunitarios que no suelen estar equipados para gestionar los riesgos del embarazo.

Fuente de suministro eléctrico. Además, un oficial regional de salud mencionó que los establecimientos de salud suelen carecer de suministro eléctrico regular, lo que afecta el almacenamiento adecuado de insumos (por ejemplo, vacunas). La mayoría de los niños y niñas que viven en las regiones del interior viajan fuera de sus comunidades para recibir las vacunas de rutina. Sin embargo, como se mencionó en la sección anterior, viajar en el interior supone un desafío logístico y puede contribuir a las desigualdades en la cobertura de inmunización.

Barreras financieras. Si bien los servicios son gratuitos en el punto de atención, una parte de la población guyanesa no puede pagar los costos directos e indirectos de la atención. Los datos cuantitativos muestran que las mujeres en todos los quintiles de riqueza mencionan la necesidad de dinero para ayudar a pagar los servicios de salud como un desafío para acceder a la atención necesaria. Según la encuesta demográfica y de salud del 2009, alrededor del 19,4% de las mujeres guyanesas informaron de que la falta de dinero necesario para pagar los servicios era una barrera para acceder a la atención médica. Esto afecta de manera desproporcionada a las mujeres más pobres y de las zonas rurales.

La relación entre el índice de riqueza y las barreras financieras es coherente con la bibliografía especializada y los datos cualitativos, que indican que las tasas de pobreza son más altas en las regiones rurales del interior (89). Además, las barreras financieras están ligadas a las barreras geográficas; así, las mujeres más pobres señalan la distancia como una barrera siete veces más frecuente que las mujeres más ricas. Esencialmente, las mujeres de las regiones del interior no solo son más pobres, sino que también tienen más probabilidades de encontrar problemas logísticos cuando intentan acceder a los servicios.

Figura 16. Distribución de las barreras mencionadas por los funcionarios de salud en Guyana, por dimensión de acceso, 2021



Nota: Los datos se basan en los resultados de la aplicación de métodos cualitativos. Se pidió a los funcionarios de salud que hablaran sobre las barreras que impedían que las personas accedieran a los servicios de salud materno-infantil antes de la pandemia. Desde su perspectiva, la mayoría de los aspectos que representan barreras de acceso estaban relacionados con la accesibilidad y la aceptabilidad geográfica (23 menciones: el 43%). Con respecto a la accesibilidad geográfica, las barreras señaladas con mayor frecuencia fueron la larga distancia a los establecimientos de salud y la falta de transporte para llegar a ellos. Además, los funcionarios de salud informaron con frecuencia de que las preferencias por las medicinas tradicionales o populares y las barreras del idioma con la población inmigrante eran problemas importantes de aceptabilidad. Otras barreras que se señalaron incluyen no tener suficiente dinero para pagar los servicios (5 menciones: el 9%) y la falta de personal de salud en los establecimientos (5 menciones: el 9%), clasificadas como barreras de accesibilidad y disponibilidad financiera, respectivamente.

4.3. Efecto de la pandemia de COVID-19 en las barreras de acceso a los servicios de salud materno-infantil

Al discutir sobre las barreras de acceso para acceder a los servicios de salud materno-infantil en Guyana durante la COVID-19, los funcionarios de salud y los responsables de la adopción de decisiones expresaron que la pandemia no había creado muchas barreras nuevas, sino que había exacerbado las preexistentes. En general, los principales hallazgos en esta sección fueron los siguientes:

Miedo y desconfianza ante el diagnóstico de la COVID-19 y la vacunación contra ella. La demanda y la aceptabilidad de los servicios de salud se vieron afectadas negativamente por la pandemia, como mencionaron la mayoría de los entrevistados. El miedo a las pruebas de diagnóstico o vacunas contra la COVID-19 en los hospitales afectó la demanda en las regiones del interior, donde algunas comunidades indígenas han rechazado la entrada de los agentes de salud comunitarios para llevar a cabo las actividades de vacunación infantil debido a creencias contrarias a las vacunas. La desinformación también se ha filtrado entre la población general y,

según se informa, algunas mujeres se niegan a buscar atención por temor a que, pese a optar por no vacunarse y no dar su consentimiento, sean vacunadas contra la COVID-19 por la fuerza.

Barreras financieras: según los funcionarios de salud, un impacto importante de la COVID-19 ha sido el desempleo y la falta de dinero. En respuesta, algunas familias han buscado empleo en campamentos mineros de las regiones del interior, donde el acceso a los servicios de salud es limitado. Además, ciertos servicios de salud se han encarecido debido a que los prestadores reorientaron su actividad hacia la respuesta a la COVID-19, lo cual limita el acceso de los pacientes a los servicios ofrecidos por su prestador habitual.

Aunque los servicios de salud maternoinfantil nunca se interrumpieron, se vieron afectados de todos modos. La respuesta a la COVID-19 tuvo como resultado, por ejemplo, la reorientación de los visitadores de salud superiores para apoyar la atención en Georgetown, lo cual redujo la disponibilidad de servicios a escala local. Además, los funcionarios de salud informaron de que muchos centros de salud habían reducido sus horas de apertura debido a que se había solicitado al personal de salud maternoinfantil que participase en las actividades de inmunización contra la COVID-19 en todo el país.

4.4. Recomendaciones de políticas

Los funcionarios de salud y los responsables de la adopción de decisiones brindaron recomendaciones para superar las barreras de acceso a los servicios de salud maternoinfantil y otros servicios de salud esenciales en Guyana. Con base en la información proporcionada, esta sección ofrece una lista de recomendaciones de políticas que podrían aplicarse a corto y mediano plazo. Estas se complementan con la evidencia internacional, la orientación técnica existente y la bibliografía revisada.

Fortalecer el enfoque de atención primaria de salud

La prioridad que los funcionarios de salud y responsables de la adopción de decisiones entrevistados mencionaron con mayor frecuencia fue el fortalecimiento del enfoque de APS en el sistema de salud. Partiendo de ello, la evidencia revisada sugiere que, entre las acciones que se pueden adoptar para lograr este objetivo, se incluyen las que se mencionan a continuación.

Fortalecer el marco regulatorio, las capacidades de rectoría y gobernanza y las estructuras institucionales del Ministerio de Salud. Si bien este proceso se encuentra actualmente en curso mediante la elaboración de una nueva ley de salud pública, el proceso de actualización de la legislación en materia de salud podría ampliarse aún más. Por ejemplo, parece necesaria una revisión de la legislación existente relacionada con las autoridades regionales de salud y la reorganización de la estructura del Ministerio de Salud con el fin de fortalecer la salud pública y la planificación del sistema de salud a escala nacional, regional y distrital.

La adopción de una nueva estrategia nacional para la salud y de una estrategia de cooperación nacional brindan la oportunidad de adoptar arreglos específicos que aborden los determinantes de las barreras de acceso a los servicios de salud esenciales, especialmente en las comunidades rurales y del interior del país. La evidencia muestra que el diálogo abierto con diversas partes interesadas está vinculado a un proceso exitoso de fortalecimiento del sistema de salud.

La preparación actual de una nueva ley de salud pública, desde un enfoque basado en las FESP, supone una oportunidad para fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud. La nueva ley puede servir para promover la formulación y ejecución de políticas con un enfoque integral y coordinado entre los diferentes actores del sistema de salud. Las medidas encaminadas al desarrollo de estas capacidades deben incluir una mejor regulación de los recursos críticos del sistema de salud, especialmente los recursos humanos de la APS. El enfoque renovado de las FESP publicado en el 2021 por la OPS (5) ofrece una guía en este sentido.

Gasto público sostenible en APS. El estudio más reciente de las cuentas nacionales de salud en Guyana mostró que el 31% de los recursos de salud se dirigió al PNA (91). Sin embargo, las limitaciones presupuestarias se mencionan con frecuencia como una barrera del lado de la oferta en Guyana. A pesar del aumento del gasto público en salud en los últimos años (del 2,3% del PIB en el 2010 al 3,7% en el 2018), este aún no alcanza el 6% de referencia recomendado por la OMS para reducir las inequidades en materia de salud.

Es necesario adoptar una postura firme sobre la sostenibilidad y equidad de la inversión, especialmente dadas las proyecciones de que Guyana seguirá siendo una de las economías del mundo que crecen a mayor velocidad, con un crecimiento de casi el 20% de su PIB en el 2022, que se prevé que aumente hasta un 37% en el 2023 (92). En este contexto, las discusiones sobre los nuevos ingresos relacionados con la producción y comercialización de petróleo podrían aprovecharse para asumir un compromiso firme con la financiación sostenible del sistema de salud.

Expansión del PNA como piedra angular de las RISS. El PNA suele ser el punto más cercano para acceder al sistema de salud en el plano comunitario, y la evidencia muestra que el PNA ha desempeñado un papel clave en la respuesta a la COVID-19. El fortalecimiento del PNA parece un enfoque prometedor para garantizar un sistema de salud resiliente en Guyana. La reciente adopción del paquete de servicios esenciales de salud (PEHS, por su sigla en inglés) para la APS reafirma este compromiso. El nuevo plan de beneficios, además de garantizar la prestación de servicios integrales de salud desde un enfoque basado en el ciclo de vida, incluye componentes esenciales para prevenir, detectar y dar seguimiento a los brotes. El paquete también vela por la continuidad de la atención al garantizar la derivación de casos complejos.

También es promisorio que, al adoptar el PEHS (actualmente en fase de inicio), Guyana se comprometa a expandir y fortalecer las capacidades de los puestos de salud, centros de salud y hospitales de distrito en las diez regiones del país. El aumento de la disponibilidad, la mejora de la capacidad de resolución y el énfasis en las regiones del interior contribuirán a reducir las barreras de acceso al sistema de salud. Resulta, asimismo, importante que se planifiquen los sistemas de derivación a los servicios y establecimientos. Estas intervenciones darán respuesta a muchas de las preocupaciones expresadas por los funcionarios de salud entrevistados para el presente análisis. Finalmente, en el contexto de la pandemia de COVID-19, estas intervenciones pueden reducir la demanda de servicios en la GPHC y de las instalaciones creadas para atender específicamente la pandemia de COVID-19.

Prevención y promoción de la salud para mejorar el acceso a los servicios de salud. La aceptabilidad es el elemento central de las barreras de acceso definidas en este estudio. La participación y la concientización de la comunidad parecen ser clave para hacer frente a estas

barreras y servirían para formular programas de prevención que aborden las barreras de aceptabilidad y restablezcan las percepciones de las comunidades en cuanto al desempeño del PNA. Los funcionarios de salud entrevistados informaron de que estas iniciativas han sido útiles para reducir la información falsa y las percepciones negativas de los servicios de salud, incluso con mayor eficacia que los mensajes en los medios de comunicación nacionales. En este sentido, los programas de concientización dirigidos por la comunidad pueden servir para promover la aceptabilidad de la vacuna y explicar la eficacia y las ventajas de la inmunidad colectiva. Además, mejorar la comunicación sobre la disponibilidad de los servicios de salud maternoinfantil puede deconstruir las barreras culturales, el miedo y el estigma que las mujeres se encuentran al acceder a los servicios de salud.

Perfiles de salud liderados por la comunidad. La experiencia internacional muestra que la elaboración de perfiles epidemiológicos liderados por las comunidades brinda un mejor reflejo de las necesidades de salud de una población. El resultado de dicho proceso proporcionará información valiosa para que los RHO determinen las prioridades de salud en sus regiones. A este respecto, se debe consultar a los líderes comunitarios en las primeras etapas de la formulación y ejecución de políticas de salud. Asimismo, todos los mecanismos de participación utilizados para involucrar a estos líderes podrían institucionalizarse como foros permanentes.



Recursos humanos para la salud y condiciones de trabajo

Una sugerencia importante de las personas entrevistadas fue la necesidad de aumentar la disponibilidad y distribución de personal calificado para mejorar el acceso a los servicios de salud maternoinfantil y otros servicios esenciales de salud en Guyana. Los médicos de la GPHC enfatizaron esto al detallar cómo la reorientación del personal para dar respuesta a la COVID-19 dio lugar a una reducción importante del personal en muchas salas de hospitales. Asimismo, cabe destacar la falta personal y servicios especializados en todo el país.

Si bien el tema de los RHS no es nuevo en Guyana, sigue suponiendo un desafío serio, según manifestaron los funcionarios de salud entrevistados. Aunque la proporción de personal médico por cada 10 000 habitantes se ha duplicado en los últimos 10 años (con la formación de alrededor de 500 profesionales médicos guyaneses en Cuba), la disponibilidad de profesionales de enfermería es muy limitada. Este problema se ve agravado por las bajas tasas de retención de enfermeros y enfermeras tras su graduación. En el 2020, la proporción de profesionales de la salud (11,4 profesionales médicos, 31,4 profesionales de enfermería y 4,4 profesionales de partería por cada 10 000 habitantes) fue la mínima recomendada por la OMS para alcanzar el punto de referencia de los ODS, establecido en 44,5 profesionales por cada 10 000 habitantes.

Los problemas comunicados por los entrevistados incluyen la alta rotación del personal destinado al interior del país, la migración a países extranjeros (fuga de cerebros), las vacantes que a menudo quedan sin cubrir, el desgaste de los recursos humanos y la falta de una unidad de planificación de RHS en el Ministerio de Salud. Sin una dotación robusta de RHS, Guyana no podrá garantizar que todas las regiones estén equipadas con servicios y personal especializado —en cirugía, ginecología y pediatría, entre otros campos—, la mayoría de los cuales se concentran actualmente en Georgetown.

Los pasos que el Ministerio de Salud está dando actualmente para evaluar la cantidad, la ubicación y las habilidades de los recursos humanos en el sector de la salud, junto con la creación de una unidad de RHS en el Ministerio, son las primeras medidas fundamentales que el país podría tomar para organizar y aplicar una estrategia nacional de RHS dirigida a solucionar los problemas de formación, redistribución, retención y déficit de personal de salud calificado. Dicha estrategia también debería promover una mayor coordinación con el sector educativo, especialmente entre el gobierno y las instituciones de formación. Una manera de presentar la oportunidad de futuro que brinda la adopción de tal política es mostrar no solo los beneficios para la salud que producirá, sino también los beneficios para la economía del país. De hecho, una reforma del régimen de RHS permitirá mejorar el empleo de personal calificado en el mercado laboral general, lo que contribuirá a la sostenibilidad del crecimiento económico de Guyana.

A corto plazo, tal como plantearon los entrevistados, existe la necesidad de dar respuesta a la escasez de profesionales de enfermería y especialistas a escala regional. Otra estrategia que podría aplicarse a corto plazo es la capacitación para suplir las carencias de conocimiento que afectan la calidad de la atención.

Un factor importante que repercute en la retención de los RHS son las condiciones de trabajo, especialmente para aquellos en entornos vulnerables (por ejemplo, quienes desempeñan tareas de atención y vigilancia de la COVID-19 y quienes están destinados en las regiones del interior). Además de los incentivos económicos, se podrían incluir actividades de formación relacionadas con la interculturalidad y la comunicación interpersonal, siempre que sea factible, para apoyar la eliminación de las barreras de aceptabilidad.

Finalmente, en esta área, Guyana puede explorar formas de promover la aplicación del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (93)* en colaboración con los principales países de destino de la migración calificada de guyaneses. Además del desarrollo y capacitación de los RHS, se pueden establecer asociaciones bilaterales y regionales con países de destino para promover la “migración circular” de profesionales de la salud, la asistencia técnica para la capacitación y retención de los RHS, el acceso a capacitación especializada y la transferencia de tecnología y habilidades.

Tecnologías de la salud, comunicaciones y transporte

Los funcionarios entrevistados señalaron las barreras geográficas como una de las principales dificultades de la población para acceder a los servicios de salud en sus regiones y señalaron que se necesita una distribución más equitativa de la tecnología en todos los establecimientos regionales. Por ejemplo, los visitantes de salud superiores que prestan servicios en las comunidades del interior informaron de que los establecimientos suelen carecer de teléfonos fijos, lo que dificulta el contacto con los pacientes que faltan a las citas. En el momento de la entrevista, la mayoría de los trabajadores y trabajadoras de salud de las regiones del interior asumían ellos mismos los costos de llamar a los pacientes a sus teléfonos móviles personales.

Los funcionarios también señalaron que aumentar la disponibilidad de equipos de ultrasonido reduciría el número de mujeres que necesitan viajar desde el interior al único hospital nacional de referencia del país (la Georgetown Public Hospital Corporation [GPHC]). Esto también puede reducir los tiempos de espera en la GPHC. Además, en zonas costeras como la Región 6, existe la necesidad de aumentar la infraestructura y estabilidad de los servicios que requieren electricidad para almacenar vacunas y otros suministros médicos.

Finalmente, los funcionarios de salud de todo el país informan de que podrían tener una mayor capacidad de respuesta si se mejorasen los sistemas de información, especialmente durante situaciones de emergencia como las vividas durante la pandemia de COVID-19. Si bien las discusiones sobre infraestructura de comunicación y transporte se han mantenido alejadas del debate sobre salud pública, existe una evidencia clara de que, además de contribuir al desarrollo sostenible, repercutiría de manera significativa en el acceso a la atención médica, particularmente en zonas remotas.

Resulta prometedor que las inversiones en infraestructura sean una prioridad para el Ministerio de Salud, ya que generan externalidades positivas para la salud al reducir las barreras geográficas y mejorar la referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de salud de diferentes niveles, a fin de garantizar la continuidad de la atención.



CAPÍTULO 5

HONDURAS: enfoque integral de la atención primaria de salud

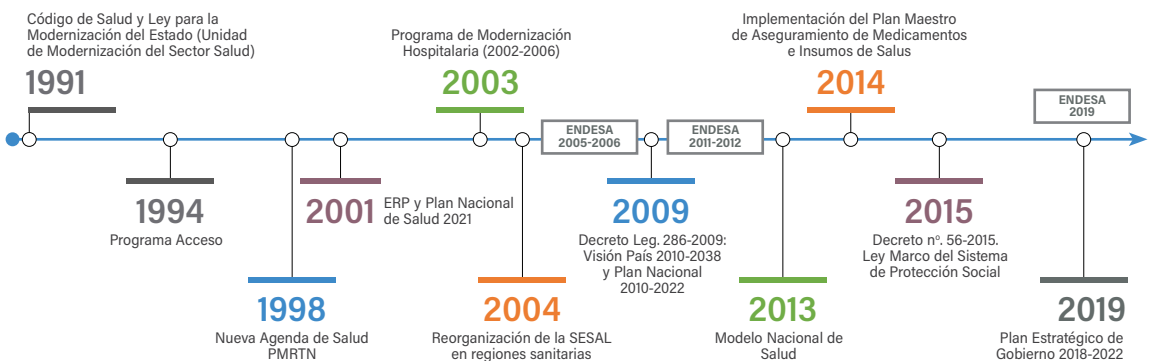
- En las últimas tres décadas, Honduras ha puesto en marcha distintas iniciativas de políticas con el propósito de superar las barreras de acceso a los servicios de salud y sus factores determinantes.
- Con todo, asegurar la implementación efectiva y la continuidad a largo plazo de estas iniciativas, así como la gestión y articulación del sistema, resulta fundamental para mejorar la oferta de servicios de salud y el acceso a ellos, especialmente dado el contexto socioeconómico del país y la presión creada por la pandemia de COVID-19.
- El desabastecimiento de medicamentos y otros insumos, y la falta de personal en los establecimientos de salud se reconocen como uno de los principales obstáculos que enfrenta la población hondureña para usar los servicios de salud.
- Las creencias y aspectos sociales y culturales, incluidas las normas y roles de género, sumadas a las malas experiencias durante la atención, afectan el acceso a los servicios de salud en Honduras.
- La falta de capacidad de pago es una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud en el país, que se ha agudizado en los últimos años.
- Entre los desafíos del sistema de salud que repercuten en las condiciones de acceso, destacan el alto nivel de segmentación y fragmentación —que dificulta el desarrollo de capacidades institucionales y políticas relacionadas con la función de rectoría por parte de la Secretaría de Salud (SESAL)— y el bajo presupuesto público destinado a la salud —que condiciona las posibilidades de expansión de la oferta de servicios—.

- El diálogo de políticas ha brindado recomendaciones relacionadas con el fortalecimiento de la función de rectoría de la SESAL mediante el liderazgo de una acción colectiva y la armonización del marco normativo del sector de la salud. Resulta, por tanto, fundamental robustecer el marco normativo y la capacidad rectora de la SESAL, así como reforzar las estructuras institucionales, para poder coordinar las acciones encaminadas a fortalecer el enfoque de APS.
- Otras recomendaciones están relacionadas con el fomento de la capacidad de los servicios de salud, priorizando el PNA y el modelo de atención centrado en las personas, las familias y la comunidad; la necesaria formulación y aplicación de una estrategia de fortalecimiento de los RHS; y la necesidad de mayor y mejor financiamiento, así como de una planificación presupuestaria acorde.

5.1. Introducción

En las últimas tres décadas, Honduras ha puesto en marcha distintas iniciativas de políticas con el propósito de superar las barreras de acceso a los servicios de salud y sus factores determinantes (figura 17). Los mayores logros pueden considerarse las mejoras de las condiciones de acceso como consecuencia de las transformaciones que ha experimentado el sistema de salud en su tránsito hacia un modelo de APS con perspectiva integral. Entre los aspectos reconocidos por los actores del sector, destacan las iniciativas de fortalecimiento de capacidades de la Secretaría de Salud (SESAL), la creación de unidades comunitarias de salud en el marco del Programa Acceso y la construcción de infraestructura en el marco de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (94). También cabe señalar las iniciativas de reorganización de hospitales, la creación de regiones de salud, la organización de redes de unidades prestadoras de servicios de salud y, finalmente, la aprobación e implementación del Modelo Nacional de Salud (MNS) en el 2013.

Figura 17. Hitos e iniciativas de políticas del sector de la salud en Honduras, 1991-2019



Nota: ENDESA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud; ERP: Estrategia para la Reducción de la Pobreza; PMRTN: Plan Maestro de la Reconstrucción y Transformación Nacional; SESAL: Secretaría de Salud.

La mejora de las condiciones de acceso también se ha relacionado con la adopción de nuevos marcos regulatorios. Dentro de estos, resaltan la ampliación del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (95), la inclusión de medicamentos en el listado nacional de medicamentos esenciales y la legislación que regula la prestación de servicios especializados de salud. La incorporación de tecnologías, el empoderamiento de la comunidad y la colaboración intersectorial han sido otras de las características vinculadas con las iniciativas orientadas a mejorar el acceso en Honduras. Estas han tenido la virtud de enmarcarse en estrategias a mediano y largo plazo encaminadas a reducir la pobreza y alcanzar las metas, primero, de la Declaración del Milenio (96) y, después, de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (3).

Asegurar la implementación efectiva y la continuidad a largo plazo de estas iniciativas, así como la gestión y articulación del sistema, es fundamental para mejorar la oferta de servicios de salud en Honduras y el acceso a ellos, especialmente dado el contexto socioeconómico del país y la presión creada por la pandemia de COVID-19. Honduras enfrenta altas tasas de pobreza, informalidad laboral y baja participación de las mujeres en el mercado laboral; violencia e inestabilidad; y conflictos de naturaleza política que constituyen barreras estructurales y determinan las condiciones de acceso en el país (97). El impacto de la pandemia de COVID-19 en Honduras ha sido importante. Sumado a los más de 300 000 contagios y los 10 000 fallecimientos asociados con el nuevo coronavirus (98), la pandemia ha llevado a la interrupción de, por lo menos, el 65% de los servicios esenciales de salud (99). Esto exacerba las barreras de acceso que dificultan el goce efectivo del derecho a la salud de la población hondureña.

Para fundamentar la manera en que el sistema de salud de Honduras puede hacer frente a las barreras de acceso a los servicios esenciales de salud que persisten entre la población hondureña, se realizó un análisis centrado en determinar los principales obstáculos y áreas de intervención. El estudio se basó en una revisión bibliográfica sistemática y en el análisis de datos originados a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) (100). La información se presentó en un taller de validación y análisis conjunto entre diversos actores del sistema de salud hondureño, como gestores de redes y servicios de salud de la SESAL, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), localidades y municipalidades del país y organizaciones de la sociedad civil. La presente publicación se basa en los resultados de este estudio y espera apoyar a los responsables de la adopción de decisiones en los procesos continuos de fortalecimiento y transformación del sistema de salud.

5.2. Principales barreras de acceso

El desabastecimiento de medicamentos y otros insumos, así como la falta de personal de salud en los establecimientos se reconocen como los principales obstáculos que enfrenta la población hondureña para usar los servicios de salud (figura 18). Los datos más recientes de la ENDESA muestran que la falta de medicamentos en los establecimientos de salud desalentó la búsqueda de atención del 4,3% de las personas encuestadas en el 2019 y, en mayor proporción, a la población de menores ingresos, que vive en zonas rurales y tiene un menor nivel educativo (figuras 19 y 20). La falta de personal de salud, que incluye a profesionales médicos, de enfermería y especialistas, constituye otra de las principales limitaciones de la capacidad resolutoria de los

establecimientos de salud del país (figura 18) y conduce a largas listas de espera, demoras y problemas de continuidad de la atención, e insatisfacción de los usuarios. A lo anterior se suman las malas condiciones para el ejercicio profesional (por ejemplo, sobrecarga laboral y constante rotación del personal) y la falta capacitación (101). La alta rotación del personal de salud y su asignación a establecimientos con poco personal limitan considerablemente su capacitación debida y oportuna. La inadecuada infraestructura de los establecimientos de salud surge como otra barrera importante, ejemplificada por establecimientos abarrotados, con habitaciones y camas insuficientes, sin acondicionamiento térmico y con diseños de construcción inapropiados, como ausencia de rampas para sillas de ruedas y de señalización. La distancia a los establecimientos de salud, la falta de transporte y la dispersión geográfica también son determinantes importantes del acceso (figura 18), principalmente en áreas geográficas alejadas, con poblaciones en situación de vulnerabilidad y en zonas de alto riesgo y afectadas por la violencia (102, 103).

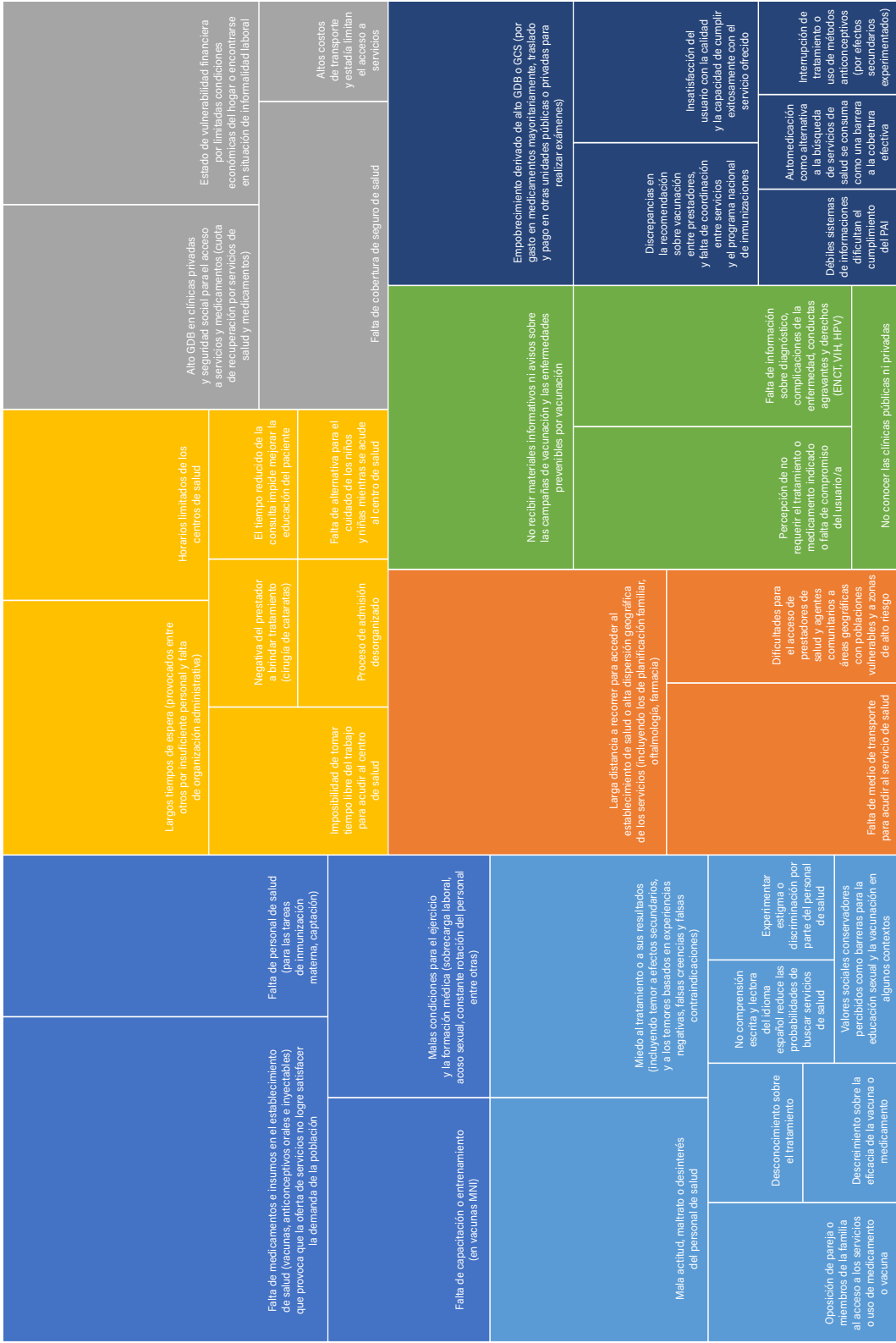
Las creencias y aspectos sociales y culturales, incluidas las normas y roles de género, sumados a las malas experiencias durante la atención, afectan el acceso a los servicios de salud en Honduras. El miedo al tratamiento o a sus efectos secundarios debido a falsas creencias, falta de comprensión de los tratamientos y falsas contraindicaciones constituye una barrera

relevante en Honduras, como también lo son las barreras relacionadas con la oposición de la pareja o miembros de la familia a la búsqueda y obtención de servicios de salud, incluido el uso de medicamentos o vacunas (figura 18). A este respecto, el 10,6% de las mujeres encuestadas en la ENDESA del 2019 consideraban como un problema de acceso el tener que obtener permiso para buscar atención (figura 21). Esto reduce significativamente la posibilidad de obtener servicios de atención al parto y de planificación familiar (19). Asimismo, un 31,8% de las mujeres encuestadas señaló como un problema para la búsqueda de servicios el no querer ir solas al establecimiento de salud (figura 21), lo que reduce la posibilidad de que sus hijos e hijas reciban atención cuando padecen infecciones respiratorias agudas y de acceder a servicios de atención al parto (19). Finalmente, la mala actitud, el maltrato o el desinterés del personal de salud son una barrera contemplada con frecuencia en la bibliografía (figura 18), y se reconoce que el estigma y la discriminación por parte del personal de salud es una de las razones por las cuales la población tiene malas experiencias durante la atención. En el 2019, un 4,0% de las personas encuestadas en la ENDESA indicó la mala calidad de la atención como uno de los motivos para no buscar atención de salud, barrera que se encuentra con más frecuencia en contextos rurales y entre la población más pobre (figura 20). Además, el 69,6% de la población hondureña no busca atención o consejo médico porque percibe que no lo

necesita (figura 19), lo cual se asocia con la falta de campañas de promoción y prevención, como información sobre el diagnóstico, complicaciones de las enfermedades, conductas agravantes, derechos y dónde buscar atención (103, 104).



Figura 18. Barreras de acceso a los servicios de salud en Honduras encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2010-2020

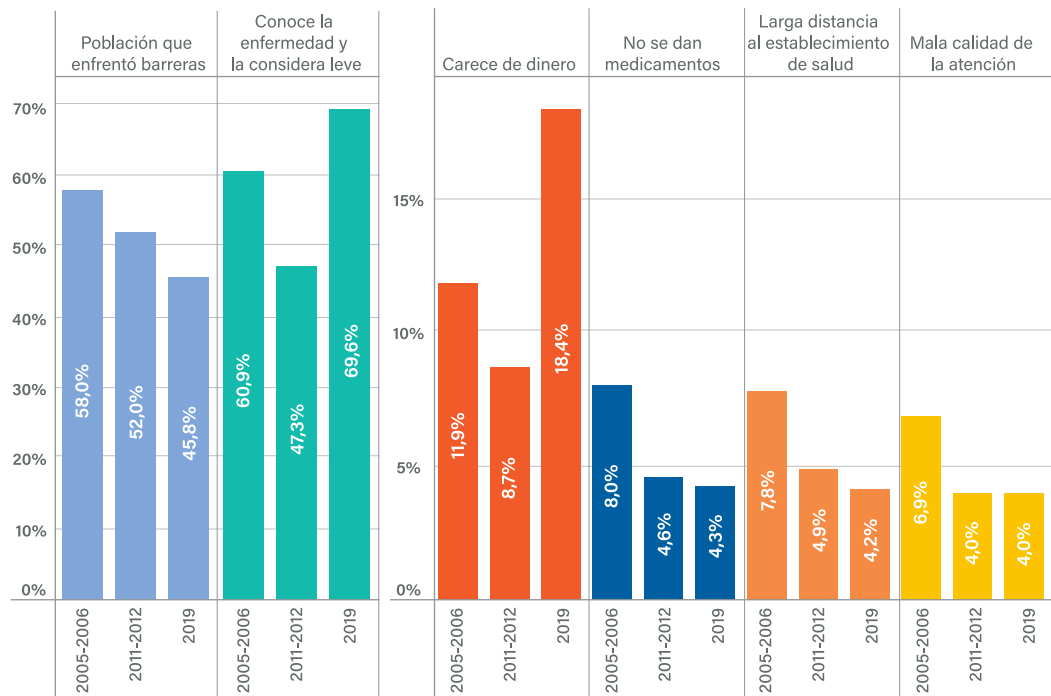


■ Disponibilidad ■ Accesibilidad organizativa ■ Accesibilidad financiera ■ Accesibilidad geográfica ■ Contacto ■ Cobertura efectiva

Nota: ENCT: enfermedades crónicas no transmisibles; GBS: gasto de bolsillo en salud; GCS: gasto catastrófico en salud; MNI: maternales, neonatales e infantiles; PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VPH: virus de los papilomas humanos.

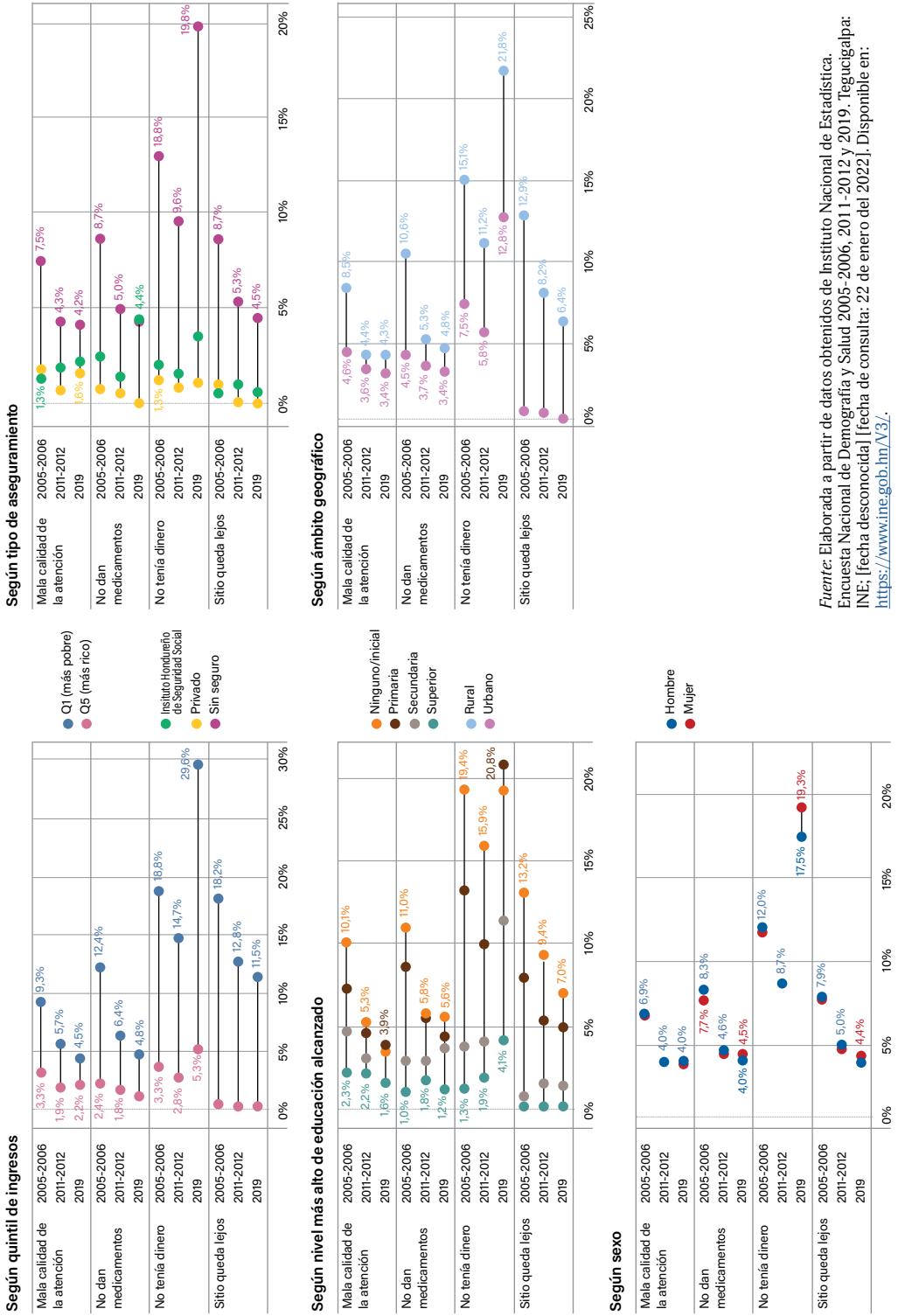
La falta de capacidad de pago es una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud en Honduras que se ha agravado en los últimos años. En el 2019, el 18,4% de las personas encuestadas en la ENDESA señaló la falta de dinero para pagar por los servicios como razón para no buscar atención o consejo médico (figura 19). Además, la población de menores ingresos señaló con mayor frecuencia las barreras financieras: el 29,6% de la población del quintil de menores ingresos, en comparación con el 5,3% de la población del quintil de mayores ingresos (figura 20). La necesidad de obtener dinero para pagar por los servicios de salud también fue señalada como una barrera por el 53,4% de las mujeres encuestadas en la ENDESA (figura 21), lo cual redujo en un 20% la posibilidad de obtener servicios de atención prenatal y en un 34% la posibilidad de someterse a una prueba de Papanicolaou (19). El alto costo de los medicamentos, la existencia de cuotas de recuperación, la falta de cobertura de seguros y los costos indirectos relacionados con el transporte y las estadías son otras de las barreras de accesibilidad financiera señaladas (figura 18). Para quienes logran usar los servicios, el alto gasto de bolsillo en salud puede suponer un gasto catastrófico o el empobrecimiento. Según una muestra agregada de hogares de Honduras, Nicaragua y Guatemala, en el 2008, un 24% de los hogares que comunicaron haber incurrido en gastos en salud tuvieron que vender algún bien o solicitar un préstamo, y un 19% de los hogares tuvo que recurrir a sus ahorros (105).

Figura 19. Porcentaje de la población hondureña que no buscó atención cuando la necesitaba, por tipo de barrera, 2005-2006, 2011-2012 y 2019



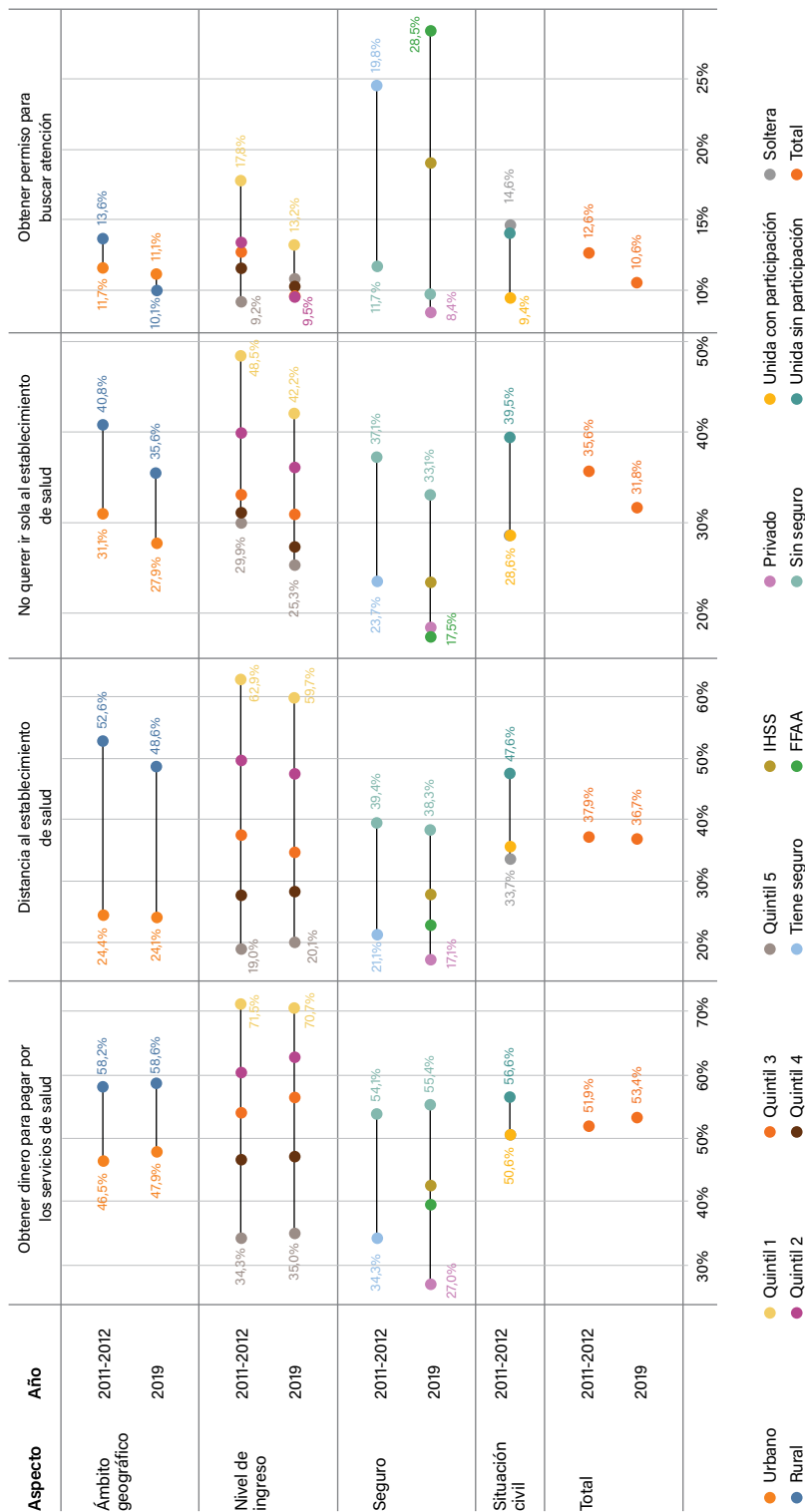
Fuente: Elaborada a partir de datos obtenidos de Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, 2011-2012 y 2019. Tegucigalpa: INE; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 22 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/V3/>.

Figura 20. Barreras de acceso a servicios de salud en Honduras, por quintil de ingresos, tipo de aseguramiento, nivel de educación, ámbito geográfico y sexo, 2005-2006, 2011-2012 y 2019



Fuente: Elaborada a partir de datos obtenidos de Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, 2011-2012 y 2019. Tegucigalpa: INE; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 22 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.ine.gov.hn/v3/>.

Figura 21. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que enfrentan algún tipo de barrera en Honduras, por ámbito geográfico, nivel de ingresos, tipo de seguro y estado civil, 2011-2012 y 2019



Nota: IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social; FF. AA.: Fuerzas Armadas.

Fuente: Elaborada a partir de datos obtenidos de Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, 2011-2012 y 2019. Tegucigalpa: INE; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 22 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/V3/>.

5.3. Desafíos del sistema de salud

El alto nivel de segmentación y fragmentación del sistema de salud hondureño dificulta las capacidades institucionales y políticas relacionadas con la función de rectoría por parte de la SESAL. La existencia de distintos subsistemas de salud que ofertan servicios de calidad diferenciada para distintos grupos de la población da lugar a inequidades en materia de salud y condiciones de acceso (106). La segmentación y fragmentación del sistema también dificulta la gestión y regulación de recursos críticos del sistema de salud, incluidos recursos financieros, tecnológicos, humanos y de infraestructura. Esto genera la necesidad de establecer arreglos institucionales que permitan la prestación en línea de los servicios de salud basados en la equidad y la calidad, garantizando que todas las instituciones del sector, incluidos el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado, estén armonizados con las prioridades estratégicas de la autoridad de salud. En cuanto a las iniciativas de gestión descentralizada de servicios de salud mediante convenios de tipo público-público, público-social y público-privado, se evidencian algunos resultados positivos, pero también desafíos pendientes. Si bien estos procesos permitieron expandir la oferta de servicios a lugares de difícil acceso, también se dio un aumento en el costo de la prestación de los servicios y la exclusión de algunos de ellos, sobre todo en el PNA, que han quedado fuera de los acuerdos de gestión. Las redes de primer nivel parecen presentar también dificultades de integración y articulación relacionadas con la doble gobernanza que se genera en estas redes y centros con distintas modalidades de gestión (públicos, privados y mixtos) (107).

Es importante considerar aspectos relacionados con la viabilidad técnica y política de iniciativas impulsadas recientemente. En especial, la Ley Marco del Sistema de Protección Social (108), aprobada en el 2015 con el objeto de implementar progresivamente un sistema de protección social solidario, equitativo, incluyente, universal y centrado en la población en situación de mayor vulnerabilidad. Si bien la propuesta de la Ley Marco parte del reconocimiento de la acotada cobertura del sistema de seguridad social y las limitaciones y deficiencias de las prestaciones, diversos actores del sistema de salud reconocen que mediante la misma se aprobó una modificación del modelo de gestión institucional que debilitaría el papel de la SESAL y del subsector público. Se reconoce también que la Ley Marco se ha adoptado sin tomar en consideración la viabilidad jurídica de su ejecución y la posible contradicción con los propósitos del MNS.

El bajo presupuesto público de salud condiciona las posibilidades de expansión de la oferta de servicios. Esto limita las posibilidades de hacer frente a barreras de acceso asociadas a la falta de unidades comunitarias de salud con suficiente capacidad resolutoria para dar respuesta a los desafíos que se plantean en el PNA, incluidos los insumos, medicamentos y recursos humanos precisos para satisfacer las necesidades de la población. Pese a los progresivos esfuerzos por ampliar el gasto público en salud del 2,0% del PIB en el 2017 al 2,9% en el 2020, las proyecciones basadas en el presupuesto general del 2021 prevén una contracción del gasto en relación con el PIB del 2,7% (109), valores bastante lejanos a la meta del 6% establecida para la Región de las Américas en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (4). La distribución del gasto por funciones deja entrever también la relación entre la falta de financiamiento de los servicios de prevención y salud pública y la persistencia de barreras

de contacto como la falta de información o conocimientos sobre las condiciones de salud y enfermedades que experimenta la población. Según el último informe de cuentas nacionales disponible en el país, en el 2011 el gasto en prevención y salud pública representaba apenas un 3,63% del total del gasto en salud (110).

5.4. Recomendaciones de políticas

A continuación, se presentan recomendaciones de políticas que han priorizado los actores del sistema de salud que participaron en el taller de validación de resultados del análisis de las barreras de acceso. Estas se complementaron a partir de documentos técnicos y bibliografía especializada de ámbito regional donde se ofrecen recomendaciones para mejorar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud. Tales acciones podrían llevarse a cabo a corto y a mediano plazo.

Fortalecer la función de rectoría de la Secretaría de Salud para transformar y fortalecer el sistema de salud con un enfoque de atención primaria de salud

Para poder coordinar las acciones encaminadas a fortalecer el enfoque de APS, resulta fundamental robustecer el marco normativo y la capacidad rectora de la SESAL, así como reforzar las estructuras institucionales. Asimismo, es necesario mejorar la armonización del sector de la salud mediante una nueva ley que permita fortalecer la función rectora de la Secretaría. La inminente discusión sobre la Ley del Sistema Nacional de Salud (111), una de las cuatro leyes que se enmarcarán en el proceso de transformación de la seguridad social y cuyo anteproyecto se dio a conocer en el 2020, brinda una oportunidad para superar los vacíos y contradicciones generados tras la aprobación de la Ley Marco. Para ello, resulta crucial el papel activo de la SESAL como promotora de su discusión en profundidad y de la participación de las múltiples y diversas voces del sector de la salud. Como destaca la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud:

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 (4).

La nueva Ley del Sistema Nacional de Salud deberá apuntar a fortalecer el marco normativo y las funciones de la SESAL. En línea con las recomendaciones anteriores, deberá generar un marco para fortalecer el sistema público y desarrollar el modelo de la APS de manera que permita mejorar las condiciones de acceso en el país.

En paralelo a dicho proceso de discusión de una nueva ley, se torna fundamental que la SESAL se comprometa a propiciar un proceso de fortalecimiento de las FESP que le permita reforzar las capacidades institucionales necesarias para el ejercicio de su función rectora en materia de salud pública. El nuevo marco conceptual de las FESP recogido en el informe de la OPS del 2020 (5) ofrece una clara guía para ello, y la cooperación técnica de la OPS podría facilitar la implementación de una iniciativa de cooperación en ese sentido (5, 112). Desde esta

perspectiva, resulta necesario promover estrategias de formulación y ejecución de políticas de carácter integral y basadas en la coordinación entre todos los actores del sistema. Ello requiere un enfoque intersectorial y la participación de la población —esto es, un enfoque de todo el gobierno y toda la sociedad—, para mejorar las capacidades en el ámbito de la salud pública y la resiliencia del sistema de salud en un marco pospandemia, conforme a las recomendaciones aprobadas en mayo del 2021 por los Estados Miembros de la OPS en la *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública* (7). Este aumento de capacidades debería incluir, a su vez, la mejora de la regulación de los recursos críticos del sistema de salud, principalmente de los recursos humanos de la APS.

La participación de los usuarios en los procesos de planificación, diseño y evaluación de las políticas de salud surge entre las recomendaciones más allá de la instancia específica de discusión de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Para superar las barreras de aceptabilidad, es necesaria una mayor apropiación de las iniciativas de políticas de salud por parte de la población. Esta participación en los procesos podría repercutir en una actitud proactiva en el cuidado de la salud, los estilos de vida saludables y el cuidado del medioambiente. En tal sentido, la *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública* (7) hace un llamado a transformar el paradigma de los sistemas de salud para fomentar la participación social incluyente y la coordinación entre sectores y partes interesadas directas. Asimismo, el Consejo Directivo de la OPS, al aprobar la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, ha instado a los Estados Miembros a que:

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 (4).

Fortalecer la capacidad de los servicios de salud, priorizando el primer nivel de atención y el modelo de atención centrado en las personas, las familias y la comunidad

El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud, con la debida priorización del PNA, mediante estrategias que garanticen la disponibilidad adecuada de los insumos y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población es un paso fundamental para hacer frente a las barreras de acceso en Honduras. Se deben ampliar los horarios de atención de los establecimientos (puestos y centros de salud) con un segundo turno del personal a fin de reducir los largos tiempos de espera y las dificultades que experimenta la población con respecto a los horarios de atención. Para mejorar la disponibilidad de medicamentos se pueden promover iniciativas piloto para dispensarlos en otras ciudades o para enviarlos a domicilio. Estas medidas deberán enmarcarse en el trabajo de la SESAL encaminado a desarrollar y fortalecer un modelo de atención centrado en las personas, con acciones comunitarias y equipos multidisciplinarios, y en el marco de las RISS, a fin de asegurar la atención integral y el tránsito efectivo del usuario o la usuaria del sistema por los distintos niveles de atención.

Para ello resulta necesario revitalizar el MNS, así como sus objetivos y principios, reafirmando el enfoque transversal de la APS en el sistema de salud. El MNS fue construido sobre la Visión País 2038 (113) y las estrategias de desarrollo nacional para alcanzar esa visión, y sus principios de universalidad, equidad, continuidad, integralidad, eficacia y eficiencia social, calidad, corresponsabilidad, solidaridad e interculturalidad denotan una estrecha armonización con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (4, 114). Tal como se ha planteado en la sección anterior, tanto la Ley Marco como el proceso de descentralización y tercerización han supuesto un desafío para la implementación efectiva del MNS. En este contexto, a fin de retomar una hoja de ruta hacia el fortalecimiento de las capacidades de la SESAL, es necesario contar con señales claras respecto a la función del sector público y la vigencia del MNS.

Estos esfuerzos deben enmarcarse en la labor dirigida a reconfigurar las RISS. Ello requiere la mejora de las guías de referencia y contrarreferencia y una mejor definición de las responsabilidades en los contratos mixtos, de manera que ayuden a superar los vacíos y descoordinaciones, así como las barreras a la continuidad a la atención (65, 115). Se debe fortalecer el segundo nivel de atención desde las capacidades de los hospitales regionales, aspirando a que cuenten con unidades de atención especializadas. En etapas futuras de evaluación y revisión del proceso de descentralización, deberán contemplarse las capacidades y necesidades de los hospitales regionales, así como las acciones necesarias (de regulación e inversión) para garantizar el acceso a las tecnologías de salud por parte de quienes residen en las ciudades intermedias y las zonas rurales. Asimismo, se debe promover la incorporación de tecnologías y la innovación en el primer y segundo nivel de atención, en particular, la implantación de herramientas de telemedicina y telesalud basada en la evidencia y con equipos locales que conozcan la realidad del país (86).

Formular y aplicar una estrategia de fortalecimiento de los recursos humanos para la salud

En Honduras, el desafío estratégico de fortalecer la política de RHS se reconoce como una prioridad; en particular, la necesidad de abordar la redistribución y reorganización del personal de salud y de adoptar estrategias de formación e incentivos para la movilidad profesional. En este sentido, la *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS (14) plantea la necesidad de incorporar mecanismos apropiados de



retención y rotación del personal, con incentivos económicos y de desarrollo profesional, para asegurar que el trabajo del personal en las zonas a las que haya sido destinado se lleve a cabo en condiciones adecuadas. Para ello propone tres líneas estratégicas y un conjunto de intervenciones que deberán adaptarse al contexto de Honduras: a) “fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud”; b) “desarrollar condiciones y capacidades para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad”—tales como incentivos (económicos y no económicos) para la retención de personal en las zonas rurales, adecuación de los perfiles de los equipos del PNA para abordar los determinantes sociales de la salud, y apoyo psicosocial a los trabajadores de salud para enfrentar los desafíos que plantean las situaciones de violencia que se viven en algunos territorios (116)—; y c) “concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (14). Entre los aspectos que se beneficiarían de una mejor articulación con el sector educativo se encuentran el fortalecimiento de las habilidades blandas y la inclusión de contenidos de salud intercultural y herramientas para la adecuación cultural del futuro personal de salud, ambos estrechamente relacionados con las barreras causadas por el mal trato percibido por el usuario del servicio de salud. La promoción de la educación interprofesional entre las entidades formadoras del país también puede “contribuir a mejorar la calidad de la educación en el aspecto humano” (101). Por último, además de las acciones mencionadas, se requiere aumentar la capacidad de formación de especialistas y mejorar su distribución a fin de evitar la concentración del talento en las grandes ciudades.

Aumentar y mejorar el financiamiento partiendo de una planificación presupuestaria acorde

Más allá del desafío del país de aumentar el gasto público en salud con el fin de llegar al valor de referencia del 6% del PIB propuesto por la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS (4), se reconocen dos acciones intermedias: en primer lugar, realizar una planificación presupuestaria acorde a las necesidades de la población y, en segundo lugar, como propuesta a corto y mediano plazo, continuar desarrollando capacidades de planificación, promoviendo estudios analíticos de evaluación económica —por ejemplo, del costeo de los medicamentos y los valores de referencia para el intercambio de servicios entre prestadores— y estableciendo metas e indicadores que tengan un correlato real en el presupuesto de salud.

Desde el punto de vista presupuestario, también resulta fundamental priorizar las estrategias dirigidas directa o indirectamente a superar las barreras de acceso. En primer lugar, las estrategias encaminadas a cambiar el financiamiento del sistema hacia la reducción progresiva del gasto de bolsillo, que en la actualidad supera el 50% del gasto nacional en salud. Estas acciones permitirán superar algunas de las barreras financieras que recaen sobre las familias en situación de mayor vulnerabilidad. En segundo lugar, aumentar la inversión en el PNA y en los servicios de prevención y salud pública, que representan actualmente una parte ínfima del gasto en salud y suponen una gran oportunidad para superar alguna de las barreras de acceso detectadas.



CAPÍTULO 6

PERÚ: la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

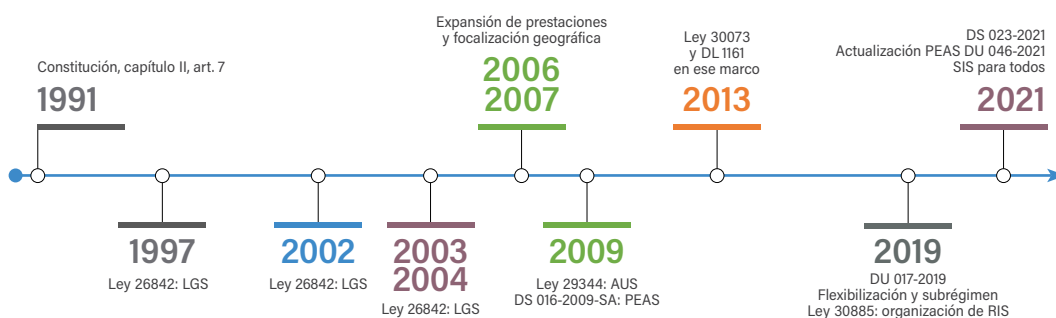
- En las últimas décadas, Perú ha puesto en marcha distintas iniciativas de reforma del sistema de salud con el propósito de hacer frente a las barreras de acceso a los servicios de salud y a sus factores determinantes.
- Entre las principales barreras encontradas destacan los problemas de aceptabilidad, incluida la desconfianza en el personal y los servicios de salud, que afectan desproporcionadamente a los pueblos indígenas y la población más pobre. Persiste una baja demanda de atención, posiblemente asociada a la falta de conocimientos sobre los servicios disponibles, a factores socioculturales y a la baja capacidad resolutive y calidad de los servicios de salud.
- Se evidencia una disponibilidad y distribución inadecuadas de RHS, insumos y medicamentos, principalmente en el PNA y en zonas rurales y de difícil acceso. Las barreras organizativas de los servicios repercuten en la continuidad y calidad de la atención.
- Si bien el país ha realizado grandes logros en la reducción de las barreras financieras, estas persisten en la población en situación de mayor vulnerabilidad.
- Entre los desafíos del sistema de salud que repercuten en las condiciones de acceso, destacan los relacionados con las capacidades de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud para hacer frente a la segmentación y fragmentación del sistema. Persisten desafíos relacionados con la articulación, organización y dotación de recursos en el PNA y en cuanto a la sostenibilidad, equidad y eficiencia del gasto en salud.

- Fruto del diálogo de políticas, surgen cinco grandes recomendaciones: 1) fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza con una perspectiva renovada de las FESP para superar la fragmentación y segmentación del sistema de salud; 2) promover el diálogo político y social para la formulación de políticas de Estado y mejorar el entendimiento de las necesidades de la población; 3) promover la formación y mejorar la distribución del personal de salud fortaleciendo la cooperación de la autoridad de salud con el sector educativo; 4) priorizar el PNA mediante la asignación de recursos a los centros y puestos de salud, y la reorganización de las redes de servicios de salud; y 5) cerrar la brecha para el 5% de la población que aún no está asegurada.

6.1. Introducción

En las últimas décadas, Perú ha puesto en marcha distintas iniciativas de reforma del sistema de salud con el propósito de superar las barreras de acceso a los servicios de salud y sus factores determinantes (figura 22). Gran parte de estas acciones tienen su antecedente en la reforma constitucional de 1993 (117), donde se establece el derecho de la población peruana a la protección de su salud y el libre acceso a las prestaciones de salud a través de entidades públicas, privadas o mixtas. En los años siguientes, las grandes innovaciones pasaron por la promoción de las zonas de desarrollo integral de la salud (ZONADIS) como forma de aplicación del enfoque de sistemas locales de salud (SILOS) y medio para operacionalizar la estrategia de APS.

Figura 22. Hitos e iniciativas de políticas del sector de la salud en Perú, 1993-2019



Nota: AUS: aseguramiento universal en salud; DL: Decreto Legislativo; DS: Decreto Supremo; DU: Decreto de Urgencia; LGS: Ley General de Salud; PEAS: Plan Especial de Aseguramiento en Salud; RIS: redes integradas de salud; SIS: Seguro Integral de Salud.

La Ley General de Salud (Ley n.º 26842) de 1997 (118) supuso un avance al definir la salud individual como una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. La ley enfatizó la responsabilidad del Estado de proteger en especial la salud de madres, niños, adolescentes y personas mayores, dando pie a la introducción del concepto de seguro público mediante dos programas de cobertura de la salud en forma de seguros focalizados en dos poblaciones prioritarias. En primer lugar, se introdujo el Seguro Escolar Gratuito en 1997

(con el objetivo de cubrir a una población de 6 millones de personas) y, en 1998, el Seguro Materno Infantil (cuyo objetivo era dotar de cobertura a aproximadamente 1,9 millones de personas). La década de 1990, que llegaba a su fin, se caracterizó también por un impulso de la inversión a través del Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES), sobre todo mediante la creación de puestos de salud en lugar de centros.

En el 2002, el Seguro Integral de Salud (SIS), creado por la Ley n.º 27657 (119), se constituyó como el organismo público encargado de administrar fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud, priorizando a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. El SIS consolidó la fusión de los dos seguros focalizados (que, transitoriamente, se habían unido en el 2001 en la Unidad de Seguro Público), expandió el objetivo de cobertura a 13,3 millones de ciudadanos (120) y ofreció tres planes de prestaciones diferentes. En este marco, también se creó el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) con el fin de complementar el financiamiento de la atención de alto costo. Si bien se verifica un avance normativo con la introducción del SIS, cabe destacar que, durante el período comprendido entre el 2002 y el 2008, la inversión en salud en términos absolutos se mantiene invariable y su participación en el PIB disminuye del 5,19% al 4,44% (121).

Con la aprobación de la Ley de Bases de la Descentralización (Ley n.º 27972) (122), entre el 2003 y el 2004, se inicia un proceso de descentralización, mediante el que se amplía la autonomía de los gobiernos regionales y municipales y se descentralizan con ello funciones de salud pública. “A nivel de los establecimientos de salud, se crean Redes y Micro Redes y se desarrollan formas de atención extramuro y aparece la oferta móvil para poblaciones dispersas” (123). Esto viene acompañado de la presentación del documento técnico *La Salud Integral: Compromiso de Todos - el Modelo de Atención Integral de Salud* (124), un documento de referencia para el desarrollo de la APS en el país.

Nuevos planes del SIS, población destinataria y listado de intervenciones prioritarias. En el 2006, el Decreto Supremo n.º 006-2006-SA (125) introduce tres nuevos planes en el SIS destinados a poblaciones específicas: adultos en situación de pobreza, adultos y población en régimen semicontributivo. El proceso se completa con la aprobación de la estrategia nacional CRECER (126) en el 2007, que prioriza a 880 distritos rurales en situación de pobreza y pobreza extrema para la afiliación directa al SIS, y, a continuación, con la creación del antecesor del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (127), el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias, establecido por el Decreto Supremo n.º 004-2007-SA (128).

El debate político sobre el futuro del sistema de salud peruano abrió la posibilidad de un acuerdo nacional de los partidos políticos por la salud en el 2005, que sentó las bases de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley n.º 29344). Mediante esta ley se garantiza “el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud” (129) y se establecen una serie de principios y características del aseguramiento universal en salud. La ley y los subsiguientes decretos de implementación reorganizan el sistema y definen las funciones de los diferentes actores: la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Un hito relevante es la creación

del PEAS, aprobado mediante el Decreto Supremo 016-2009-SA (130), obligatorio para todas las IAFAS (públicas y privadas). En este proceso, se reorganiza también el acceso al FISSAL para incluir enfermedades de alto costo (131).

El 2013 se convierte también en un año clave para el aumento de la inversión en salud, al recuperar niveles del 2003. La descentralización de tareas operativas del Ministerio de Salud (MINSA) y la transformación y fortalecimiento de la Superintendencia (de SUNASA a la nueva SUSALUD) y las IAFAS se evidencia como resultado de un nuevo acuerdo nacional y se plasma en una serie de decretos legislativos habilitados por la Ley n.º 30073 (132). La normativa se acompaña de una mejora del financiamiento de la salud, sobre todo en el PNA; de la expansión del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS); y de cierta transformación del SIS, que pasa de ser un programa destinado a focalizar el gasto a convertirse en un seguro público que trasciende el criterio de la pobreza para aplicar el de la vulnerabilidad.

En los últimos años se priorizan medidas para el cierre de la brecha de la población sin cobertura de salud. Mediante el Decreto de Urgencia n.º 017-2019 (133) del 2019 se flexibilizan las reglas de acceso al SIS gracias a la creación de un subrégimen para población no asegurada bajo régimen subsidiado, elegible independientemente de la clasificación socioeconómica aplicada. Esto viene acompañado de algunas medidas destinadas a fortalecer el PNA mediante la conformación y puesta en funcionamiento de las RISS (134), y a fortalecer las capacidades de rectoría del Ministerio de Salud (135).

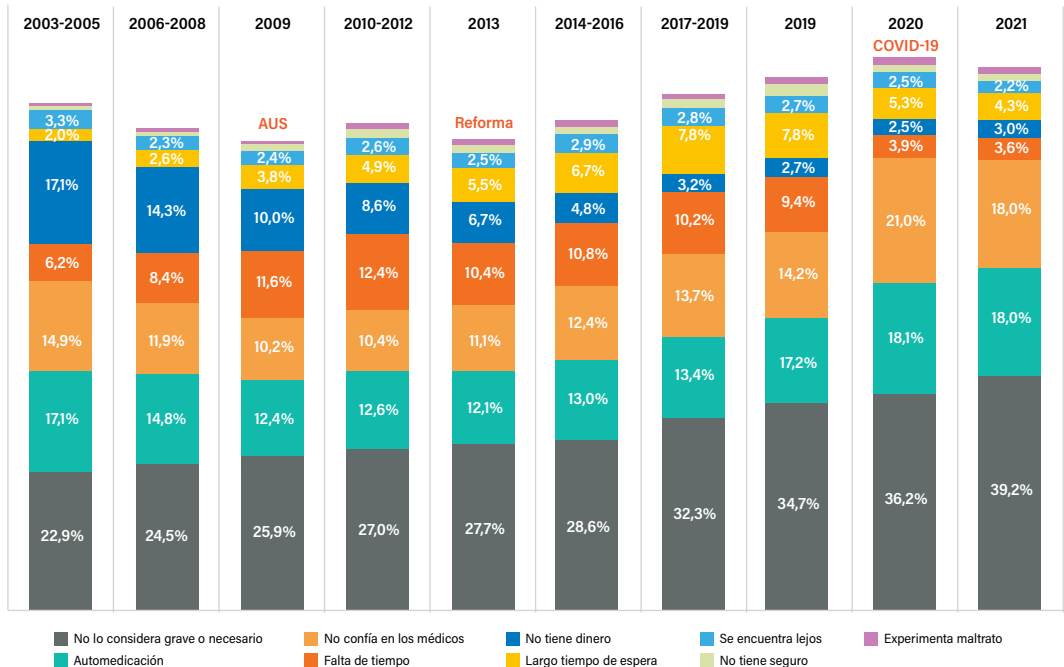
En el marco de los esfuerzos encaminados a hacer frente a la pandemia de COVID-19, se aprueba una nueva versión del PEAS y dos decretos de urgencia que resultarán cruciales para incluir en el SIS a quienes aún no contaban con seguro de salud: los Decretos n.º 046-2021 y n.º 078-2021 (136, 137). El plan SIS Para Todos permitió al SIS financiar el PEAS (1400 diagnósticos) y el Plan Complementario SIS (12 000 diagnósticos) de los afiliados que entraban en el subrégimen facilitado por el Decreto n.º 017-2019; permitió, asimismo, afiliar a toda persona de nacionalidad peruana que no contase con un seguro de salud. Esto derivó en casi 5 millones de nuevos afiliados al SIS entre el 2020 y el 2021, que lograron acceder al proceso de afiliación por medios virtuales (138). Finalmente, tras el trabajo de una comisión multisectorial formada para tal fin en el 2019, mediante el Decreto Supremo n.º 023-2021-MIMP (139) se aprobó la actualización del PEAS, que incorporó condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones financiables obligatorias para todas las IAFAS, Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) e IPRESS.

6.2. Principales barreras de acceso

Problemas de aceptabilidad, incluida la desconfianza en el personal y los servicios de salud, que afectan desproporcionalmente a los pueblos indígenas y la población más pobre. La información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) (140) muestra que, ante un problema de salud, cerca de dos tercios de la población peruana no busca atención de salud. En el 2021, el 18% de la población indicaba no buscar atención debido a la falta de confianza en el personal de salud, cifra superior al 14,9% manifestado entre el 2003 y el 2005 (figura 23). La desconfianza en el personal de salud es un problema que desalienta la búsqueda de atención principalmente entre la población indígena, de menores ingresos y afiliada al SIS (figura 24). En

el 2021, el 31,7% de la población indígena comunicaba que no acudía a los establecimientos por esta razón, muy por encima de lo manifestado por la población no indígena (14,5%) y del promedio nacional (18,0%). Asimismo, la percepción de esta barrera fue mayor entre la población del quintil de menores ingresos (31,6%) en comparación con la población del quintil de mayores ingresos (12,4%), y entre los afiliados del SIS (21,0%) que entre los usuarios del subsector privado (3,0%).

Figura 23. Porcentaje de la población de Perú que no buscó atención ante un problema de salud, por motivo, 2003-2021



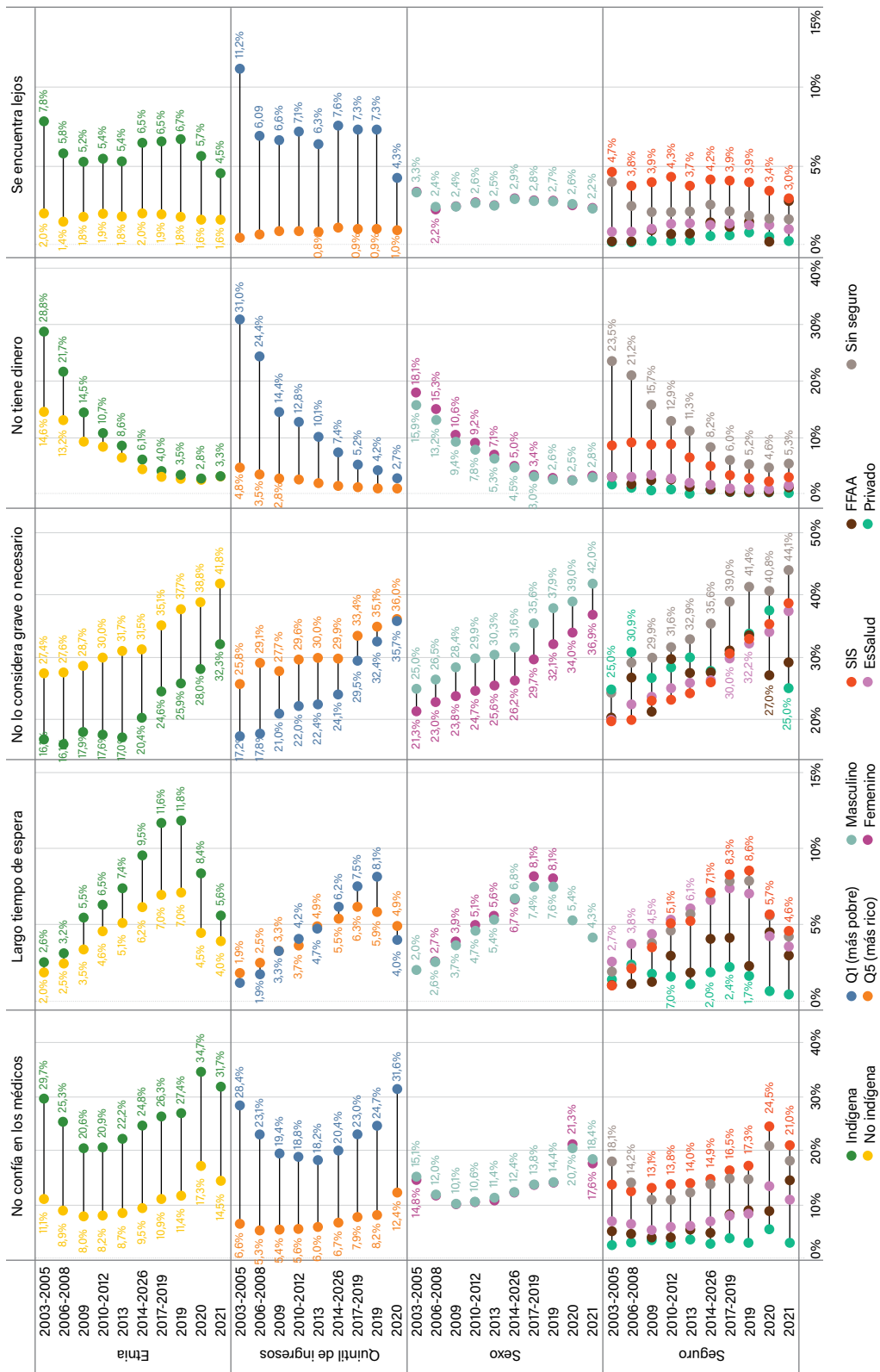
Nota: AUS: aseguramiento universal en salud.

Datos correspondientes a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) de Honduras para los años 2003 a 2021.

Fuente: Elaborada a partir de Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 11 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>.

La investigación realizada en los últimos 12 años sobre las barreras de acceso con las que se encuentra la población peruana se ha ocupado también de constatar la persistencia de estos problemas. De hecho, la mayoría de las barreras señaladas en la bibliografía se corresponden con problemas de aceptabilidad de los servicios de salud (el 22,1% de un total de 326 barreras encontradas en la bibliografía especializada) (figura 25). Entre ellas destacan el miedo y la desconfianza por parte de los usuarios frente al personal de salud y la búsqueda de servicios de diagnóstico y tratamiento. Asimismo, se señalan experiencias de maltrato y discriminación sufridas por la población, que dan lugar a una menor predisposición a acudir a los servicios. Al discutir sobre las barreras que persisten en el sistema de salud, los informantes clave reconocieron que la experiencia de maltrato, asociada en numerosas ocasiones a los problemas de capacidad de los establecimientos de salud, es uno de los problemas de acceso más importantes en la actualidad. Un informante ejemplificó esta situación de la siguiente manera: “Hoy los problemas

Figura 24. Barreras de acceso a los servicios de salud en Perú, por etnia, quintil de ingresos, sexo y tipo de seguro, del 2003-2005 al 2021

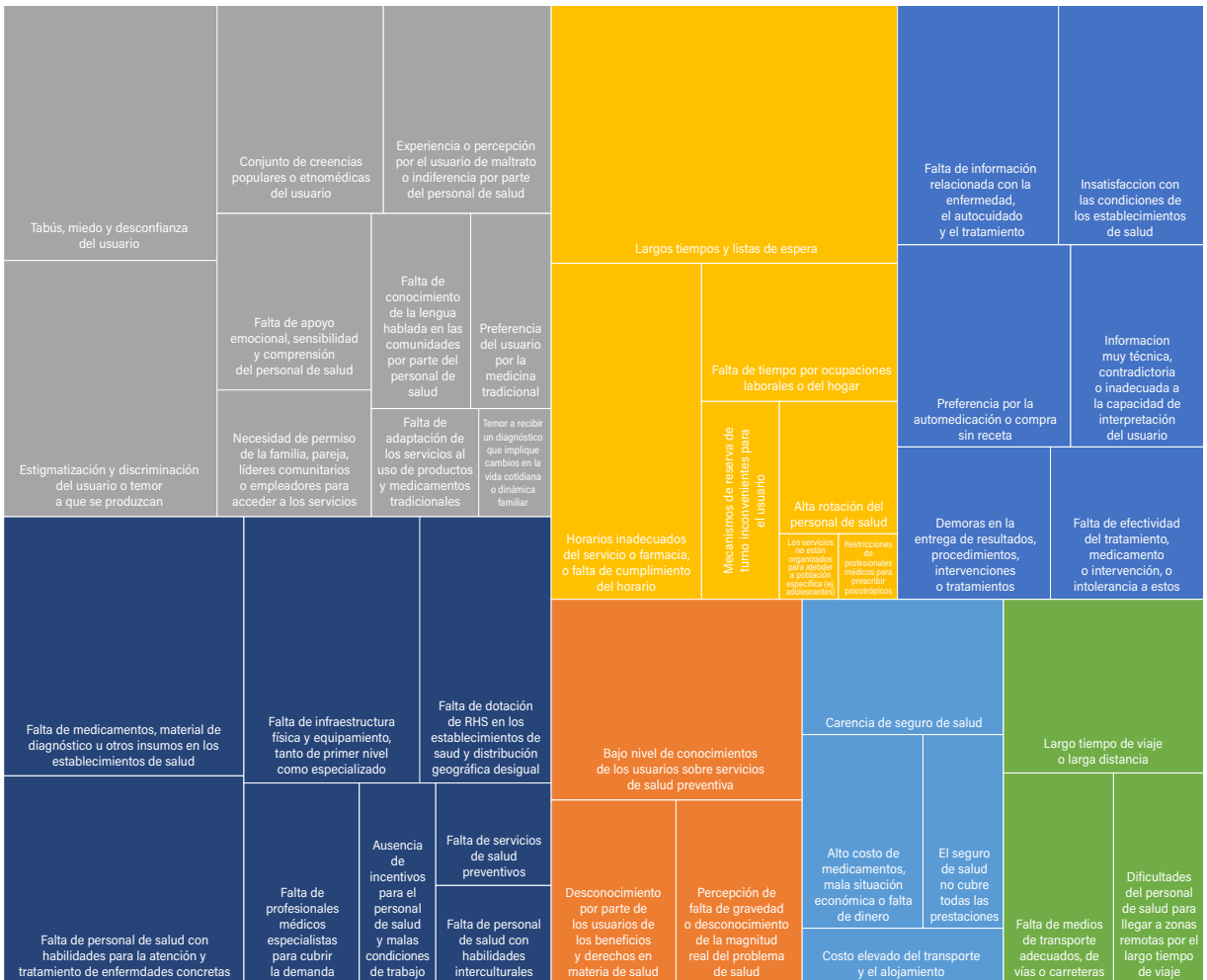


Nota: Q1: quintil 1; Q5: quintil 5; SIS: Seguro Integral de Salud; FF: AA.: Fuerzas Armadas. Datos correspondientes a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) de Honduras para los años 2003 a 2021. Fuente: Elaborada a partir de Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI, [fecha desconocida] [fecha de consulta: 11 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gov.pe/microdatos/>.

de acceso son el maltrato, la poca capacidad de los establecimientos de resolver los problemas y las largas colas de espera” (informante n.º 15). Otro definía la relación con los problemas de calidad del siguiente modo:

“Yo diría en términos de calidad y el trato al paciente o usuarios [...] existe un menoscabo por parte del recurso humano, existe un maltrato de diferente dimensión a veces en forma inopinada. No es su deseo maltratar, pero lo hace cuando tiene que atender 20 en lugar de 15 y, por lo tanto, le quita tiempo: como no tengo tiempo ni para preguntarle qué más tiene usted, simplemente le digo qué le duele para yo definir qué atiendo de ese paciente. No es un paciente, no es una persona, es un número de historia clínica, palabras fuertes para darle valor al paciente.” (Informante n.º 19).

Figura 25. Barreras de acceso a los servicios de salud en Perú encontradas en la bibliografía especializada, por dimensión de acceso, 2009-2020



■ Cobertura efectiva ■ Contacto ■ Aceptabilidad ■ Accesibilidad organizativa ■ Accesibilidad financiera ■ Accesibilidad geográfica ■ Disponibilidad

Nota: RHS: recursos humanos para la salud.

Relacionada con la desconfianza en los servicios se encuentra la falta de integración de las costumbres y prácticas de la medicina indígena en su oferta y organización. La mayoría de los artículos sobre este tema señalan la ausencia de medicina alternativa y tradicional en los establecimientos de salud, así como la preferencia por el uso de plantas medicinales por gran parte de las comunidades indígenas como las barreras más comunes para la búsqueda de servicios de salud. Asimismo, los resultados de la revisión bibliográfica mostraron que los profesionales de la salud rara vez conocen el idioma de las comunidades indígenas, lo cual limita el acceso (141, 142). A este respecto, un representante de la sociedad civil expresaba que tanto las barreras lingüísticas existentes como la cosmovisión indígena de la salud “no están contempladas en la medicina occidental y no son suficientemente estudiadas ni suficientemente respetadas” (informante n.º 19). Las barreras basadas en roles y relaciones de género constituyen un último punto de preocupación entre las barreras de aceptabilidad. Algunos estudios señalan la falta de búsqueda de servicios por “tener que pedir permiso” a su pareja, a un familiar o al líder de la comunidad (figura 25).

Baja demanda de atención, posiblemente asociada a la falta de conocimientos sobre los servicios disponibles, a factores socioculturales y a la baja capacidad resolutive y calidad de los servicios de salud. Los datos de la ENAHO para el período 2003-2021 muestran que, ante un problema de salud, la mayoría de las personas (el 39,2% en el 2021) opta por no buscar atención debido a que no lo considera necesario o grave. Asimismo, una gran proporción de la población (18,0%) opta por la automedicación cuando considera que los síntomas no son importantes (figura 23). Aunque las diferencias no son muy marcadas, este comportamiento es más frecuente en los hombres (figura 24), lo cual podría relacionarse con el hecho de que las mujeres tienden a tener mayor consciencia del cuidado de la salud y la familia (debido a la asistencia a controles prenatales y a servicios de planificación familiar) o con una percepción diferenciada entre hombres y mujeres influenciada por factores socioculturales.

En general, la bibliografía sobre las conductas adoptadas ante un problema de salud en Perú está relacionada con la falta de conocimientos sobre los servicios disponibles y, en consecuencia, sobre cómo utilizarlos; con el desconocimiento de los beneficios de la atención y de los derechos en materia de salud; y con la desinformación sobre los mecanismos de reserva o uso de los servicios (figura 25). Al discutir sobre estas temáticas, los informantes clave reconocieron que la población peruana hace un uso escaso de los servicios de salud y accede a los servicios de urgencias cuando percibe un empeoramiento de la sintomatología, pues considera que “no es grave” o “no es necesario” acudir antes. De igual modo, la población opta por no buscar atención o por la automedicación en las farmacias porque considera que el puesto de salud carece de los servicios o tecnologías necesarias, los tiempos de espera son demasiado largos o no confían en la eficacia de los servicios. La intervención de un informante ejemplifica esta situación: “La población prejuzga su enfermedad, su diagnóstico y la falta de condiciones, sobre todo la falta de tecnologías en el puesto de salud más cercano, optando por la no búsqueda de atención” (informante n.º 03).

Resulta interesante destacar que la interrupción de la prestación de servicios de salud, el miedo y la desconfianza, y las limitaciones en la movilidad (143) exacerbaron este fenómeno durante la pandemia de COVID-19. En este sentido, los datos de la ENAHO que cubren el

período de la pandemia (2020-2021) muestran un aumento con respecto al año 2019 en el porcentaje de la población que optó por no buscar atención ante un problema de salud debido a que no lo consideró grave o necesario, no tenía confianza en el personal médico u optó por la automedicación (figura 23). Además, los informes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) muestran que, en el 2020, la población con enfermedades crónicas señaló estas barreras con mayor frecuencia que aquella con afecciones agudas (el 71,2% frente al 57,4%).

Lo anterior denota la importancia de entender mejor la conducta de la población ante un problema de salud. Los retrasos en la búsqueda oportuna de servicios pueden conducir a mayores tasas de utilización de los servicios de urgencias, mayores tasas de hospitalizaciones evitables y peores resultados de salud (144).

Los resultados son fruto de una revisión bibliográfica sistemática sobre barreras de acceso a servicios de salud en Perú desde el punto de vista de los usuarios y usuarias y del personal de salud. Las barreras de acceso se clasificaron, según dimensiones de acceso, en disponibilidad (disponibilidad y suficiencia de recursos), accesibilidad geográfica (disponibilidad de servicios dentro de un alcance razonable), accesibilidad financiera (capacidad de pago por los servicios), accesibilidad organizativa o acomodación (organización y prestación adecuada de servicios), aceptabilidad (disposición a buscar servicios cuando los factores sociales o culturales no desaniman a la población), contacto (disposición a contactar con los servicios de salud) y cobertura efectiva (capacidad de usar los servicios de salud a un nivel de calidad acorde). El tamaño de los recuadros representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en la bibliografía.



Disponibilidad y distribución inadecuadas de RHS, insumos y medicamentos, principalmente en el PNA y en zonas rurales y de difícil acceso. La ENAHO no permitió determinar si la disponibilidad de insumos y recursos del sistema afecta la búsqueda y obtención de servicios de salud en Perú. Sin embargo, el 20,2% de las barreras encontradas en los artículos revisados en este análisis ponían de manifiesto la falta de recursos humanos e insumos para la oferta de servicios de salud como factores importantes que limitan el acceso. En este sentido, según los resultados del reciente estudio de las capacidades de los servicios durante la pandemia de COVID-19 llevado a cabo por la OPS (145), el 94% de los representantes comunitarios encuestados expresaron que, antes de la pandemia, una de las principales barreras de acceso era la falta de personal, medicamentos y equipos en los establecimientos de salud.

Si bien la mejora en la disponibilidad de RHS, sobre todo en zonas rurales, ha sido una prioridad para Perú, la disponibilidad y distribución geográfica inadecuadas del personal de salud —lo cual incluye la falta de especialistas y de profesionales de medicina general y de enfermería— sigue siendo una de las barreras mencionadas con más frecuencia en la bibliografía. La ausencia de incentivos y de mejores condiciones de trabajo también se reconocen como factores que acentúan los problemas de disponibilidad de recursos humanos. A este respecto, el informe del 2018 de la Dirección General de Personal de la Salud del MINSa (146) revela una densidad promedio nacional de 34,5 profesionales de la salud por 10 000 habitantes, valor inferior al 44,5 por 10 000 habitantes recomendado por la OMS como dotación mínima para alcanzar la salud universal y los ODS (147). Asimismo, el informe del 2011 del MINSa muestra que la brecha entre la oferta y la demanda de profesionales médicos especialistas en el SIS representaba aproximadamente el 45% y era más marcada para las especialidades básicas: medicina interna o familiar, pediatría, cirugía general, y ginecología y obstetricia. Las brechas encontradas en EsSalud se concentran en las regiones y en las mismas especialidades básicas (148). Los informantes clave han reconocido la debilidad en la dotación de personal especializado y destinado al PNA, y coinciden, además, en afirmar que esta problemática se ha exacerbado durante la pandemia de COVID-19. La intervención de un informante ejemplifica esta problemática: “Los niveles de brecha a nivel de especialistas y de personal para el primer nivel. Allí la verdad es que es gigantesca, y en términos de un plan progresivo que pueda real y seriamente resolver este tema se requiere hacer cálculos de inversión.” (informante n.º 04).

La falta de medicamentos, material de diagnóstico y otros insumos en los establecimientos de salud también surge como un tipo de barrera frecuente en la revisión bibliográfica, originada por la insuficiencia de presupuesto y dotación de medicamentos para tratamientos en los establecimientos. En este sentido, un análisis secundario de la *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2014-2016* que evalúa la satisfacción de los usuarios (149) sitúa la falta de medicamentos como el tercer problema más frecuente (con el 25,8% y tendencia al alza) después de la demora en la atención y el maltrato. Entre los factores que explican la persistencia de esta barrera se encuentran la falta de financiamiento, problemas de suministro, capacidad de producción local insuficiente, legislación farmacéutica inadecuada, influencia de los acuerdos comerciales, falta de responsabilidad social del sector privado y desregulación del mercado (150). Recientemente, y como resultado de auditorías en más de 250 establecimientos, el informe de la Contraloría General de la República (151) ha puesto en cifras este fenómeno: en

la mayoría de los establecimientos (63%) no se utilizan mecanismos de compra centralizada y, de los medicamentos solicitados por esta vía, el 24% se encuentra en condición de *substock*⁴ y el 18%, de desabastecimiento.

La falta de personal e insumos se acentúa en las zonas rurales y de difícil acceso del país. Pese a los avances en cuanto a infraestructura del primer nivel del SIS, la bibliografía reconoce que la dispersión y disponibilidad escasa de establecimientos en estas zonas del país hace que los tiempos de viaje y las distancias sean muy largos, lo cual se ve acentuado, además, por la falta de medios de transporte adecuados, las malas condiciones de las vías o carreteras y las dificultades del personal de salud para llegar a zonas remotas debido a la distancia o el largo tiempo de viaje. De acuerdo con lo expresado por el informante n.º 19:

“Somos un país muy complejo en términos de su geografía, con muchas altitudes que también plantean dificultades y también con una dispersión grande de la población rural y de la población amazónica; en general, en la zona de selva, las características diferentes de las tres grandes regiones geográficas del Perú inciden en el acceso a los servicios y en cómo se experimentan las barreras geográficas, sobre todo por la gran dispersión de la población rural y de la población amazónica en general en la zona de selva.”

Barreras organizativas de los servicios que repercuten en la continuidad y calidad de la atención. Las barreras organizativas de los servicios de salud —tales como los horarios inadecuados de los servicios o las farmacias, el incumplimiento del horario, la gestión inapropiada de las listas de espera, la falta de coordinación que impide agendar citas y recibir atención de calidad en un tiempo aceptable— representan el 21,2% de las barreras encontradas en la bibliografía especializada (figura 25). Otros problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen la falta de pautas para el tratamiento integral y la coordinación interdisciplinaria, y la ausencia de mecanismos de derivación. A partir de datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD), se ha demostrado que los largos tiempos de espera en Perú generan insatisfacción en los usuarios y un menor grado de aceptabilidad (152). Con relación a este tema, los datos de la ENAHO para el 2021 (140) muestran que, ante un problema de salud, el 4,3% de la población optó por no buscar atención porque consideró que los tiempos de espera eran demasiado largos, una cifra mayor a la manifestada en el período 2003-2005 (2,0%), aunque inferior a la registrada en el 2019 (7,8%) (figura 23). En comparación con la población afiliada al sector privado, la población afiliada al SIS señaló esta problemática con mayor frecuencia en el 2021 (el 0,5% frente al 4,6%) (figura 24). Al discutir sobre los desafíos para responder al

4 Según las definiciones de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud, “el *substock* es cuando no puede cubrir una demanda de consumo de 2 meses de existencia disponible y desabastecimiento es la condición de un medicamento sin *stock* para atender la demanda de consumo”. Véase Contraloría General de la República de Perú. Resultados del operativo “Por una salud de calidad”: informe ejecutivo. Lima: Contraloría General de la República de Perú; 2018. Disponible en: https://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf.

incremento de la demanda de los servicios de salud derivada de la expansión del aseguramiento, los informantes reconocen que se requieren mayores esfuerzos para ampliar los horarios de atención en el PNA y la duplicación de los turnos en el segundo nivel. Un informante ejemplificó esta problemática de la siguiente manera: “Hoy los problemas de acceso, las barreras de acceso son el maltrato, la poca capacidad de los establecimientos de resolver los problemas, y las largas colas de espera.” (informante n.º 15).

Si bien Perú ha alcanzado grandes logros en la reducción de las barreras financieras, estas persisten en la población en situación de mayor vulnerabilidad. Los actores clave reconocen que la mejora de la accesibilidad financiera a los servicios de salud fue una de las prioridades del proceso de reforma en Perú. En este sentido, la ENAHO (140) da cuenta de una reducción significativa de las necesidades insatisfechas de atención de salud por razones financieras del 17,1% en el período 2003-2005 al 3,0% en el 2021. Esto se acompaña de una reducción de la brecha absoluta de desigualdad entre las personas del quintil más bajo y el quintil más alto, que pasa de 26,2 puntos porcentuales entre el 2003 y el 2005 a 1,7 puntos porcentuales en el 2020. A pesar de estas mejoras, los informantes clave reconocen desafíos pendientes asociados a la persistencia del alto gasto de bolsillo, que puede haberse incrementado durante la pandemia en las personas en situación de mayor vulnerabilidad: “La barrera económica se ha vuelto a activar, otra vez ha aumentado el gasto de bolsillo, que era algo que se estaba combatiendo.” (informante n.º 17). Por otra parte, en Perú, el 14,5% de la población adulta no cuenta aún con seguro de salud. Este grupo de población enfrenta más barreras financieras que el resto (el 5,3% en el 2021) (figura 24). La falta de seguro de salud es también el principal tipo de barrera financiera, de carácter persistente, encontrada en la bibliografía. La mayoría de estos artículos hacen referencia a las desigualdades asociadas con la falta de aseguramiento. Así, un estudio econométrico que utiliza datos de la ENAHO 2010-2014 (153) demuestra que existe una asociación directa entre la falta de aseguramiento y un mayor gasto de bolsillo en salud, mientras que un estudio sobre la cobertura de salud y la percepción de la salud realizado en Lima (154) concluye que las personas sin seguro presentaron una mayor tendencia a no recibir atención médica y acudir a las farmacias, lo que estaría asociado con el fenómeno de la automedicación.

6.3. Desafíos del sistema de salud

Capacidades de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud para hacer frente a los desafíos que supone la segmentación y fragmentación del sistema. Si bien Perú ha adoptado varias medidas para fortalecer su capacidad rectora —entre las que se incluyen la reorganización del gobierno en distintos viceministerios, la delegación de funciones a agencias especializadas y el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)—, se percibe que la estructura actual y la falta de capacidades de la autoridad nacional de salud para garantizar una mayor coordinación y complementación sigue siendo un factor que refuerza la inequidad del sistema de salud. La existencia de distintos subsistemas de aseguradores y proveedores limita la posibilidad de garantizar unas condiciones equitativas de acceso a los servicios de salud y en lo que respecta a su calidad, especialmente en un contexto donde existen carencias en las capacidades institucionales a nivel central, que se han visto aún más

debilitadas por la transferencia de las funciones de salud pública a las regiones (155). Como resultado, los recursos críticos (humanos, tecnológicos y financieros) del sistema de salud se ven fragmentados en distintos subsistemas, lo cual genera inequidades en las condiciones de acceso y limita la capacidad de fortalecer la oferta de servicios a través de redes con la suficiente capacidad resolutive para responder a las necesidades de la población y con los niveles de calidad necesarios. Al mismo tiempo, con el proceso de descentralización, el nivel central perdió algunos beneficios derivados de la función rectora y de responsabilidad decisoria, debido a que ciertas FESP fueron delegadas de forma prematura a autoridades regionales y locales antes de que las competencias en estas áreas estuviesen completamente desarrolladas.

Una de las estrategias adoptadas en años recientes para solventar los problemas de la fragmentación, especialmente en el marco de la pandemia, ha sido la promoción de intercambios prestacionales entre subsistemas a fin de mejorar el acceso a los servicios y promover la eficiencia en la prestación. A este respecto, los informantes clave resaltaron las dificultades que enfrenta la autoridad nacional de salud para coordinar esta labor. Algunos informantes señalan, por ejemplo, las limitaciones de EsSalud para ofrecer servicios de PNA en localidades remotas a pesar de brindar aseguramiento al 27% de la población, y resaltan la falta de complementación con el SIS, que permitiría acceder a una red de primer nivel más amplia y con mayor oferta en el territorio.

La complementación de capacidades y la movilidad de los beneficiarios de distintos tipos de aseguramiento de la salud se han visto limitadas por un intercambio prestacional insuficiente tanto entre instituciones públicas como entre entidades públicas y privadas, también en el marco de las iniciativas de asociación entre el sector público y el privado. Por ejemplo, la evaluación del convenio piloto de intercambio prestacional en la región de Cajamarca (156) deja entrever algunas lecciones aprendidas, pero también muestra que las prestaciones intercambiadas eran poco significativas en comparación con el total y que los centros que participaron en los intercambios eran limitados. Si bien el avance legislativo ha favorecido el intercambio prestacional, mediante los Decretos Legislativos n.º 1302 y n.º 1466 (157, 158), el flujo de recursos entre el SIS y EsSalud a lo largo del tiempo ha sido insignificante. Según un informe del Banco Mundial (159), la falta de incentivos para el intercambio prestacional entre el SIS y EsSalud en el PNA se debe al “subsidio escondido” que se genera cuando los usuarios de EsSalud buscan servicios en el SIS, abonando para ello un copago que no cubre el costo total de la prestación y, a diferencia de lo que sucede en otros países, el Estado no pasa cuenta a EsSalud por la atención de sus asegurados. Este subsidio escondido, que además desincentiva la complementación y el intercambio prestacional, está estimado en hasta el 7% del presupuesto público de salud. La situación de emergencia derivada de la COVID-19 ha agravado estos problemas. A pesar de ser impulsado por el Decreto Legislativo 1466, promulgado durante la pandemia, el intercambio prestacional se enfrentó a trabas administrativas y diferencias en el costeo de las prestaciones (160).

Capacidad resolutive del PNA, incluida la disponibilidad de insumos y RHS y la coordinación de los servicios. Perú ha realizado importantes esfuerzos para resolver los problemas en torno a la capacidad del PNA y la coordinación y continuidad de la prestación entre los distintos niveles de atención. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (129) vino acompañada del

establecimiento de un umbral mínimo de prestaciones de salud que debe cubrir el PEAS y, desde el 2018, se cuenta con un instrumento legal para la organización de las redes integradas de servicios. Asimismo, el exitoso programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) ha asegurado la presencia de un médico en centros de salud remotos. No obstante, a pesar de los esfuerzos, siguen existiendo desafíos relacionados con la articulación, organización y dotación de recursos en el PNA. La expansión de la oferta y capacidad de los establecimientos de salud ha sido lenta frente a la rápida expansión del aseguramiento de la salud, y las iniciativas para transformar la organización de los servicios de salud con una perspectiva más integral



de la APS no han sido una prioridad política ni presupuestaria sostenida durante la última década. Al mismo tiempo, persisten lo que un entrevistado denomina “mandatos no financiados”, resoluciones administrativas o legales que responsabilizan al gobierno de ciertas acciones, tales como planes y programas de salud pública, que no se acompañan de una asignación específica de presupuesto que facilite su implementación, lo que da lugar a prestaciones o programas de baja calidad o de poca sostenibilidad y escalabilidad. Como consecuencia, persisten barreras relacionadas con la falta de recursos humanos formados en medicina familiar y comunitaria (y su distribución desigual en el territorio), la escasez de recursos materiales y de presupuesto, y problemas de coordinación de la red y de los servicios (161).

Sostenibilidad, equidad y eficiencia del gasto en salud. Considerando los niveles de gasto en salud en Perú, la ejecución de estrategias y políticas que busquen mejoras sustantivas en el acceso requeriría del compromiso de fondos adicionales, especialmente de fuentes públicas. El gasto público en salud como porcentaje del PIB en Perú está por debajo del promedio para América Latina y el Caribe (del 3,3% en el 2019) (13) y una gran proporción proviene del gasto de bolsillo. En ese marco, es necesario considerar un aumento del gasto público que tienda hacia el valor de referencia del 6% del PIB propuesto por la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la OPS (4), al tiempo que prioriza la inversión en el PNA. El efecto de la escasez de financiamiento es evidente al considerar la disponibilidad de recursos en Perú. Si bien el acceso físico a los servicios ha mejorado

gracias a la inversión en infraestructura, siguen existiendo carencias importantes en el PNA. En el 2017, por ejemplo, se estimaba que la brecha de inversión en el PNA era de 478 millones de dólares de los Estados Unidos (162). Asimismo, persiste un déficit en el PNA que no se ha tenido en cuenta en el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad (163), centrado en la infraestructura hospitalaria y en los contratos de asociación público-privada. A fin de superar estos obstáculos, a la par que se hacen esfuerzos para aumentar el flujo de recursos, se podrían reducir los costos administrativos y las ineficiencias del sistema.

6.4. Recomendaciones de políticas

A continuación, se presentan recomendaciones de políticas a las que los informantes clave dieron prioridad durante las entrevistas. Estas se han complementado a partir de documentos técnicos y bibliografía especializada de ámbito regional que ofrecen recomendaciones para la mejora del acceso universal y equitativo a los servicios de salud. Las acciones incluidas podrían desarrollarse a corto y mediano plazo.

Fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza con una perspectiva renovada de las funciones esenciales de la salud pública, a fin de superar la fragmentación y segmentación del sistema de salud. El nivel de segmentación y fragmentación entre subsistemas, regiones del país y agencias de la autoridad nacional conduce a ineficiencias en la oferta de los servicios y a desigualdades en el acceso. En ese marco, se requiere de un liderazgo firme por parte de la autoridad de salud y de estructuras de gobernanza adecuadas, a fin de contribuir a la sostenibilidad y el éxito de cualquier medida encaminada a reducir las barreras de acceso. Al mismo tiempo, las dificultades que Perú ha enfrentado a causa de la pandemia de COVID-19 llaman a transformar el sistema para alcanzar una mayor resiliencia, acelerar la recuperación, mantener los logros en salud y retomar el camino hacia la salud universal, prestando la debida atención a las competencias de salud pública y las necesidades de la población (7).

Para ello, resulta fundamental fortalecer las capacidades institucionales relacionadas con la rectoría y la gobernanza del nivel central mediante un nuevo énfasis en las FESP. El enfoque renovado de las FESP recogido en el informe de la OPS del 2020 (5) ofrece una guía para abordar este proceso, y la cooperación técnica actual de la OPS podría facilitar la puesta en marcha de una iniciativa de cooperación en este sentido. El ejercicio de evaluación y fortalecimiento de las FESP debe desembocar en un conjunto de acciones dirigidas a fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza necesarias para reducir las barreras de acceso señaladas en este informe. Entre ellas se incluyen acciones para fortalecer las capacidades de liderazgo y gobernanza de la autoridad de salud sobre la articulación y coordinación de los actores del sistema, como planes de articulación y complementación innovadores entre prestadores del PNA; medidas encaminadas a la construcción y el desarrollo de las redes integradas de salud, dando prioridad al PNA y al modelo centrado en las necesidades de la familia y la comunidad; y, de forma notable, mejoras en la calidad y aceptabilidad de los servicios de salud respaldadas por actividades de seguimiento y evaluación independientes de la eficacia de sus efectos entre los subsistemas y regiones del país. Igual prioridad se debe dar a la transversalización del enfoque de APS en el sistema de salud, así como al fortalecimiento de las estrategias de prevención y promoción de la salud (particularmente, aquellas que repercutan en la aceptabilidad y calidad de los servicios) y a un enfoque integrado de la planificación de recursos humanos en las distintas regiones del país.

Entre los caminos posibles para solventar los problemas de fragmentación y segmentación, se encuentra el debate por parte de actores políticos y académicos por medio de programas de gobierno (164), declaraciones (165), proyectos de reforma constitucional (166) y, según lo mencionado por los informantes claves, el tránsito hacia un sistema unificado o integrado de salud. Teniendo en cuenta las características propias del proceso peruano, esto implicaría integrar progresivamente los diferentes subsistemas de aseguramiento existentes, comenzando

por la articulación entre el SIS y EsSalud, y continuando, posiblemente, por una expansión progresiva de la complementación de servicios entre prestadores como estrategias a mediano plazo. A corto plazo, es necesario que EsSalud se incorpore a la mirada pública y contribuya, con su capacidad prestadora, a resolver los problemas de salud de la población y a superar con ello las dificultades generadas por la existencia de redes prestadoras diferenciadas. Las actuales diferencias de sueldos entre entidades públicas constituyen, a su vez, un cuello de botella importante para este tipo de integración, por lo que deberían abordarse en la actualización de la estrategia de recursos humanos.

Promover el diálogo político y social para la formulación de políticas de Estado y mejorar el entendimiento de las necesidades de la población. En un contexto con nuevos desafíos para la sostenibilidad de las políticas públicas, la participación de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil en el diálogo político podría abrir un camino hacia una nueva etapa de reforma del sistema de salud. En este sentido, los informantes clave han considerado el acuerdo de los partidos políticos del 2002 como un facilitador relevante del proceso de reforma del sistema de salud y, en especial, de la aprobación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (129) y la creación del PEAS. Resulta importante que los actores sociales asuman un papel activo en la formulación de políticas y en las acciones destinadas a detectar y reducir las inequidades en salud (4). Un diálogo político y social de estas características debe considerar los avances en la articulación intersectorial alcanzados por el MINSA con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (167) y aspirar a construir una visión de futuro para la salud de la población peruana que se armonice con la visión del país de aquí al 2050 formulada por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) (168). Se requieren acciones específicas para fortalecer la participación social e incorporar a estos actores en los procesos regulares de diseño de políticas. Para ello, podrían fortalecerse las capacidades del Consejo Nacional de Salud, permitiendo trascender al MINSA de su papel asesor hacia acuerdos de carácter vinculante. Al mismo tiempo, se requieren innovaciones para entender mejor las necesidades de la comunidad, centradas en mejorar el modelo de atención y la respuesta conjunta a las barreras de acceso que persisten en Perú. En ese marco, resulta esencial fortalecer el papel de SUSALUD como entidad responsable del empoderamiento de los usuarios y defensora ante los responsables de la adopción de decisiones con el fin de satisfacer las necesidades de la población.

Promover la formación y mejorar la distribución del personal de salud fortaleciendo la coordinación de la autoridad de salud con el sector educativo. Perú ha dado varios pasos importantes para hacer frente a los obstáculos relacionados con los RHS, como la creación del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) en el 2013; el Diplomado de Atención Integral con Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) en el 2009, destinado a fortalecer el enfoque de APS; y la introducción de incentivos financieros para mejorar la productividad y la distribución geográfica. El desafío de cara al futuro se centra en dar continuidad y fortalecer estas estrategias. A fin de hacer frente a la falta de personal de salud, tanto especializado como no especializado, y a su distribución geográfica eficiente y sostenible, se debe dar continuidad a la planificación estratégica de los RHS a partir de la actualización y aplicación de los *Lineamientos de política nacional de recursos humanos de salud 2018-2030* (169) y del PLANDES Bicentenario (170), ambos instrumentos armonizados con la *Estrategia*

de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la OPS (14). En dicha planificación, ha de priorizarse el trabajo conjunto con las instituciones académicas para actualizar la formación de pregrado de conformidad con la visión de la salud en esta nueva etapa de la reforma: con énfasis en el enfoque de APS y la incorporación de habilidades blandas, especialmente de habilidades interculturales que orienten al profesional hacia un trato centrado en las necesidades de la población. Se sugiere promover una línea de carrera en el PNA que permita a profesionales jóvenes apostar por un trabajo cercano a la población y centrado en la prevención y la promoción de la salud, contando para ello con expectativas de desarrollo profesional y remuneraciones similares a las de sus colegas que optan por el trabajo hospitalario. Dicha iniciativa puede orientarse a reconocer e incentivar a los jóvenes profesionales que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Dar respuesta a la escasez de especialistas es también un punto pendiente en la agenda entre el sector de la salud y las universidades que ofrecen formación especializada (residencia médica).

Priorizar la inversión en la oferta y la capacidad resolutive del primer nivel de atención reorganizando las redes de servicios de salud. A pesar de las mejoras de los últimos años, la insuficiente disponibilidad y calidad de la infraestructura es un elemento que limita sustancialmente el acceso a los servicios de salud y su calidad. Como se ha mostrado en secciones anteriores, una proporción elevada de la población opta por no buscar atención o automedicarse, lo cual indica que existen carencias en la capacidad de la red de proveedores, falta de confianza en los servicios cubiertos y mala calidad e insuficiente aceptabilidad de los servicios. Expandir y fortalecer la capacidad resolutive del PNA es, por lo tanto, una condición esencial a corto y mediano plazo para reducir las barreras de acceso que persisten en Perú. En esta labor, se debe dar prioridad a la población en situación de mayor vulnerabilidad. Como se ha mencionado anteriormente, las barreras de acceso constituyen una preocupación importante para la población más pobre y de las zonas rurales y de difícil acceso del país.

Las medidas encaminadas a aumentar la oferta y la calidad de los servicios deben acompañarse de otras destinadas a reducir la fragmentación. Parte de estas necesidades podrían cubrirse mediante la complementación de servicios y la articulación entre los prestadores (en particular, entre el SIS y EsSalud). Otros aspectos relevantes para garantizar el proceso de desarrollo y fortalecimiento del PNA incluyen los recursos estratégicos y la incorporación de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en el proceso asistencial y en la organización del servicio. Todavía persisten carencias en la disponibilidad de insumos y RHS que deben solventarse mediante la mejora de las cadenas de suministros, mayores recursos para asegurar la presencia de equipos básicos de salud, y mejoras en la coordinación y oferta de los servicios (horarios y tiempos de espera, continuidad y calidad de la atención). Acciones como la implantación de turnos dobles en los puestos o centros de salud deben ir acompañadas de una expansión similar de la oferta en el segundo nivel que evite que se genere un nuevo cuello de botella.

La puesta en marcha de iniciativas de telemedicina y telesalud basada en la evidencia puede brindar una nueva oportunidad para reducir los tiempos de espera y simplificar los procesos de reserva de turnos, referencia y contrarreferencia (86). La incorporación de tecnologías y la innovación en el primer y segundo nivel de atención pueden ir, poco a poco, abriendo camino hacia nuevos modelos de relación entre el usuario, el prestador, la autoridad de salud y la

población basados en la tecnología, un camino que conduciría hacia un sistema de salud que garantice una experiencia omnicanal de calidad: con mensajes uniformes a través de diversos medios digitales y físicos que propicien una visión homogénea del sistema de salud (171, 172). En concreto, la universalización de la historia clínica electrónica puede desempeñar un papel importante en el proceso de expansión de la complementación y en el camino hacia la integración de los subsistemas. Las personas entrevistadas han considerado el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL), modelo municipal de atención de salud creado en el 2004, como una buena iniciativa de red de atención primaria en un contexto urbano. Un estudio del 2013 ya destacaba su buen desempeño en cuanto a la productividad de las consultas y el nivel de satisfacción, atribuido a la presencia de especialistas en el PNA; a su estructura público-privada innovadora, diferente de la tercerización; y a su sistema de incentivos basado en la gestión de riesgos compartidos (173).

Cerrar la brecha para el 5% de la población que aún no dispone de seguro de salud. Alcanzar la cobertura universal de salud ha sido un objetivo claro en Perú, con resultados impresionantes. En particular, los impulsos normativos como la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud del 2009 (129) y los decretos de ampliación del SIS del 2019 y el 2021 (133, 136, 137, 139) han tenido como resultado la expansión del aseguramiento al 95,16% de la población peruana en el 2021 (174, 175). La población que cuenta con acceso a las prestaciones garantizadas en el PEAS ha visto reducido su gasto de bolsillo en salud (176). Adicionalmente, el fortalecimiento progresivo del FISSAL, junto con el Plan Esperanza, han contribuido al financiamiento del diagnóstico y tratamiento de enfermedades de alto costo y enfermedades oncológicas, con el potencial de lograr una reducción del gasto catastrófico en salud. Estos cambios han propiciado logros importantes en la reducción de necesidades insatisfechas de salud por razones financieras. No obstante, a pesar de tales mejoras, el gasto de bolsillo en salud de los hogares constituye todavía cerca de un tercio del total de financiamiento (177) y la población que aún no está asegurada sigue encontrando barreras financieras, lo cual pone de manifiesto la necesidad de una estrategia a largo plazo para garantizar el 100% de cobertura.

Lo anterior denota la necesidad de redoblar los esfuerzos para sostener los logros en el contexto de la pandemia de COVID-19, así como en la etapa pospandemia, y de centrarse en las poblaciones en situación de vulnerabilidad que siguen experimentando estas dificultades. Se debe dar continuidad a la aplicación de estrategias encaminadas a ampliar los criterios de afiliación al SIS, con el fin de posibilitar la cobertura para aquellos grupos de la población que no cumplen los requisitos para el aseguramiento con EsSalud. Esta labor, sin embargo, debe darse en el marco de un proceso de fortalecimiento de la salud más integral que solvante las carencias en la capacidad de los servicios de salud para satisfacer la demanda y mejorar la aceptabilidad. Finalmente, se sugiere promover la consolidación de un fondo de reaseguro, con el fin de superar la concepción del FISSAL como un fondo complementario y consolidarlo como un mecanismo de reaseguramiento.



CONCLUSIONES Y OPORTUNIDADES

Los estudios de país incluidos en este informe presentan una caracterización general de los desafíos para lograr el acceso a los servicios de salud, la persistencia de barreras y, en algunos casos, la exacerbación de estas como resultado de la pandemia de COVID-19. La alta prevalencia de las barreras de acceso da cuenta de un problema importante y persistente en la Región de las Américas que alcanza a casi una tercera parte de la población y afecta especialmente a los países de ingresos bajos y medianos y, en ellos, a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad pertenecientes al primer quintil de ingresos, con menor nivel educativo y que residen en zonas rurales o remotas. La presencia de estas barreras se asocia, además, con la mortalidad prematura potencialmente evitable, lo cual destaca la importancia de determinar y abordar los factores que actúan como obstáculos del acceso. Ante este problema estructural y complejo, el análisis de las barreras de acceso requiere la incorporación de una mirada tanto desde las políticas como desde los sistemas de salud. Si bien los resultados presentados en este informe están determinados por el contexto de cada país y por la trayectoria de sus sistemas de salud, su análisis permite observar algunos patrones importantes que pueden abordarse a escala regional mediante el intercambio de conocimientos y experiencias de cooperación técnica, la movilización de recursos y labores de promoción política.

En primer lugar, se evidencia una transición en las características de las barreras de acceso vinculada al enfoque de las políticas de transformación de los sistemas de salud, que da lugar a la reducción de algunas barreras y a la prevalencia o emergencia de otras. Reafirmando las conclusiones de estudios previos (10), los países que transitaron por reformas orientadas a ampliar la cobertura del aseguramiento lograron reducciones significativas de las necesidades insatisfechas relacionadas con barreras financieras y, en ocasiones, incluso mejoras en la protección financiera. En tales casos, también se observa un aumento de la prevalencia de barreras relacionadas con aspectos organizativos y culturales del sistema de salud.

Los largos tiempos de espera, los sistemas de reserva de citas, el trato del personal de salud a los usuarios y sus habilidades interculturales pasaron a ser, en estos países, una razón cada vez más frecuente para no buscar servicios de salud. En los estudios de caso de Colombia y Perú, se observan ejemplos de esta situación. Resulta importante resaltar que, en estos países, la superación de las barreras de acceso no se desarrolla de forma homogénea en toda la población. Por el contrario, las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad aún enfrentan barreras financieras asociadas, sobre todo, al gasto de bolsillo y a gastos indirectos relacionados con el transporte o las estadías, al tiempo que comienzan a señalar cada vez más barreras relacionadas con la aceptabilidad, la calidad y la continuidad de la atención. En otros casos, el fortalecimiento del PNA, sobre todo en el marco de procesos de transformación de los sistemas de salud orientados al cambio de modelo de atención, permitió en algunos países hacer frente a otro conjunto de barreras, como las relacionadas con la accesibilidad geográfica y la disponibilidad de servicios. En el caso de Honduras, si bien los desafíos aún son significativos, la implantación del MNS pudo haber contribuido a la reducción de barreras relacionadas con la distancia a los establecimientos, con la disponibilidad de medicamentos y con la percepción de la calidad de la atención.

Otro patrón importante es la persistencia o el aumento de barreras no financieras que a veces reciben menor atención en las agendas centradas en el fortalecimiento y la transformación de los sistemas de salud. Estas incluyen obstáculos asociados a la adaptación intercultural de los servicios; roles y normas de género, y dinámicas de poder intrafamiliar; etnicidad y confianza en los servicios; y alfabetización en salud. Asimismo, los hallazgos sugieren que la interacción entre estas barreras puede ser más importante que el papel individual de cada factor, lo que pone de relieve la naturaleza compleja y multifactorial del acceso a los servicios. Por ejemplo, aspectos relacionados con las normas y roles de género y con el empoderamiento de las mujeres en la adopción de las decisiones del hogar determinan el modo en que estas perciben las barreras de acceso. Es así como las mujeres que señalan de forma simultánea barreras financieras, geográficas y basadas en relaciones de género han visto reducida la posibilidad de utilizar servicios esenciales de salud. Una situación similar se observa en la población indígena y la población de zonas rurales o remotas, donde las barreras se entrecruzan y agravan los problemas de acceso. El caso de Guyana ejemplifica la combinación de factores del lado de la demanda, como la falta de acceso a información sobre la salud y las creencias sociales y culturales, que interactúan con los factores del lado de la oferta, tales como largas distancias, transporte deficiente, disponibilidad limitada de recursos humanos e insuficiencia de establecimientos de salud, todos los cuales interactúan y obstaculizan la búsqueda oportuna de servicios de salud en las zonas rurales y remotas del país. Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad urgente de conocer en profundidad el modo en que las barreras se manifiestan en distintos territorios y afectan de forma diferente a los distintos grupos de la población en situación de mayor vulnerabilidad, en particular, las poblaciones indígenas y originarias de la Región de las Américas; las personas afrodescendientes; los niños, niñas y adolescentes; las mujeres; y las personas LGBTQI+. Esto también resalta la necesidad de intervenciones de políticas diferenciadas, de acuerdo con el contexto de cada país y territorio local. En otros casos, los problemas relacionados con la disponibilidad de RHS se vieron agravados por la insuficiencia de suministros e infraestructura.



Entre las recomendaciones emanadas de los estudios de país, se destacan áreas de intervención comunes a los desafíos para el acceso. La primera tiene que ver con la necesidad de adoptar un enfoque integral de la APS, principalmente orientado a la adopción de modelos de cuidados que fortalezcan la promoción de la salud y el componente comunitario y multisectorial a fin de mejorar factores relacionados con la demanda y aceptabilidad de los servicios. La segunda resalta la necesidad de fortalecer los marcos normativos y las estructuras de gobernanza en todos los niveles de gestión, en algunos casos prestando especial atención a las instituciones con funciones de gestión y respuesta en las jurisdicciones territoriales (o subnacionales). En la mayoría de los casos, las recomendaciones para fortalecer la gestión y respuesta estuvieron relacionadas con las capacidades para promover la acción intersectorial, aumentar la participación social en materia de salud y fortalecer la planificación estratégica en el ámbito de la salud. La tercera tiene que ver con la transversalización de la interculturalidad, principalmente relacionada con la adaptación intercultural de los servicios de salud y el reconocimiento de las necesidades específicas de ciertos grupos de la población. Finalmente, se reconoce la necesidad de mejorar la calidad de la atención, en particular los aspectos organizativos de la prestación de servicios y el cumplimiento de funciones y estándares de coordinación de la prestación y la garantía de derechos. En todos los casos también se resalta la necesidad de mejorar el financiamiento de la salud a fin de poder ejecutar las propuestas de políticas planteadas.

Más allá de las orientaciones referidas al sector de la salud, la evidencia y el análisis de las barreras también puede contribuir de manera fundamental al diseño de políticas intersectoriales, incluidas las políticas de transporte y de telecomunicaciones, así como las políticas sociales,

laborales y educativas. Por ejemplo, el desarrollo de las telecomunicaciones y de nuevas infraestructuras viales se incluyó entre las recomendaciones para Honduras y Guyana como elemento clave para poder mejorar la accesibilidad de los servicios. En ambos casos, se hizo hincapié en que el desarrollo de herramientas de telemedicina y telesalud puede impulsarse mediante la expansión de infraestructuras de comunicación, mientras que la eliminación de las barreras de accesibilidad geográfica, como la reducción de distancias y tiempos de transporte, puede impulsarse considerablemente mediante la mejora de las infraestructuras viales. Los puntos mencionados anteriormente tienen relevancia a escala regional dado que las recomendaciones se armonizan con la estrategia adoptada por los Estados Miembros de la OPS para alcanzar sistemas de salud resilientes y proteger los logros en materia de salud, en la que los Estados Miembros reiteraron la necesidad de adoptar las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel incluidas en las publicaciones *Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata (178)* y *Pacto 30-30-30: APS para la salud universal (6)*.

Finalmente, los estudios de país también demostraron la relevancia de contar con evidencia y conocimientos sobre las distintas barreras de acceso a los servicios de salud con las que se encuentran las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Incluso en contextos con datos limitados, el uso de una metodología común en los estudios basada en un enfoque mixto permitió definir el conjunto de barreras de acceso de forma integral, incluida su magnitud e interrelación, sus factores determinantes y las políticas y elementos del contexto de cada país que las han afectado. La metodología permitió aplicar una perspectiva holística a los desafíos para el acceso, a fin de determinar si los sistemas y servicios de salud responden a las necesidades de los diferentes grupos de la población. En este sentido, la dimensión de la equidad es un pilar fundamental de la metodología, que, junto a la solidaridad y el derecho a la salud, debe constituir uno de los pilares estructurales tanto de los sistemas como de las herramientas con las que se evalúan los avances hacia la salud universal. Por último, la metodología no solo buscó caracterizar las barreras de acceso, sino que incluyó como objetivo la propuesta participativa de opciones de políticas para reducirlas y eliminarlas en el contexto de procesos de transformación del sistema. Las experiencias futuras podrían explorar la incorporación de enfoques mixtos para evaluar las barreras de acceso en los sistemas nacionales y locales de seguimiento y evaluación. Además, la metodología se puede ampliar para dar más presencia a la voz de la comunidad y las perspectivas de los usuarios (por ejemplo, utilizando grupos focales, entrevistas en profundidad y otros métodos).

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas. Enseñanzas de la COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Washington, D.C.: CEPAL, OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54990>.
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [resolución A/RES/70/1]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, cuarta sesión plenaria; 25 de septiembre del 2015. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [resolución CDR53/5.R2]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28276>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D. C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30-30-30: APS para la salud universal. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública [resolución CD59/11]. 59.º Consejo Directivo de la OPS, 73.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 20 al 24 de septiembre del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55859/OPSHSSHSCOV19-19210015_spa.pdf?sequence=1.
8. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud [documento CSP30/10]. 30.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 74.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada_0.pdf.
9. Martínez-García M, Hernández-Lemus E. Health systems as complex systems. *Am J Oper Res*. 2013;3(1a):113-126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/ajor.2013.31A011>.
10. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>.
11. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto ICHC, Cetrángolo O, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1248-1259. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0).
12. Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud. Tracking universal health coverage. 2021 Global Monitoring Report. Ginebra: Banco Mundial, OMS; 2021. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf.
13. Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database. Ginebra: OMS; 2021 [fecha de consulta: 1 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [documento CSP29/10]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34964?locale-attribute=es>.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2020. Santiago (Chile): CEPAL. 2021. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46687>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE). 2021 [fecha de consulta: 28 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/mortalidad-evitable>.
17. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e100. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100>.

18. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203-2212. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4).
19. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barreras de acceso a servicios de salud para mujeres, niños y niñas de América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e94. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2022: panorama de la Región de las Américas en el contexto de la pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471>.
21. Organización Mundial de la Salud. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023. Interim report – 1 May 2023. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2023.1.
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2021. Santiago (Chile): CEPAL; 2022. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47718>.
23. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295-303. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?locale-attribute=es&>.
24. Houghton N, Báscolo E, del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e96. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.96>.
25. Organización Mundial de la Salud. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515078>.
26. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa. Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-the-republic-of-moldova>.
27. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para África. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Nigeria. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324926?locale-attribute=es&>.
28. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53299>.
29. Guanais F, Regalia F, Perez-Cuevas R, Anaya M, editores. From the patient's perspective: experiences with primary health care in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/From-the-Patients-Perspective-Experiences-with-Primary-Health-Care-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf>.
30. Ropero Álvarez AM, Vilajeliu A, Magariños M, Jauregui B, Guzmán L, Whittembury A, et al. Enablers and barriers of maternal and neonatal immunization programs in Latin America. *Vaccine*. 2021;39(supl. 2):B34-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.051>.
31. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in mixed methods designs-principles and practices. *Health Serv Res*. 2013;48(6pt2):2134-2153. Disponible en: <https://doi.org/10.1111%2F1475-6773.12117>.
32. Tariq S, Woodman J. Using mixed methods in health research. *JRSM Short Rep*. 2013;4(6):204253331347919. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F2042533313479197>.
33. Tashakkori A, Teddlie C. Integrating qualitative and quantitative approaches to research. En Bickman L, Rog DJ, editores. The SAGE handbook of applied social research methods. Thousand Oaks: Sage; 2009. Disponible en: <https://methods.sagepub.com/book/the-sage-handbook-of-applied-social-research-methods-2e/n9.xml>.
34. Warfa ARM. Mixed-methods design in biology education research: approach and uses. *CBE Life Sci Educ*. 2016;15(4):rm5. Disponible en: <https://doi.org/10.1187/cbe.16-01-0022>.
35. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffman TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(9):790-799. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>.

36. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2.^a edición. Thousand Oaks: SAGE; 2014.
37. Kaur M. Application of mixed method approach in public health research. *Indian J Community Med*. 2016;41(2):93-97. Disponible en: <https://doi.org/10.4103%2F0970-0218.173495>.
38. Congreso de la República de Colombia. Ley número 100 de 1993, de 23 de diciembre, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.
39. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ley Estatutaria 1751, de 16 de febrero del 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
40. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Cifras de aseguramiento en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2017 [fecha de consulta: 30 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>.
41. Congreso de la República de Colombia. Ley 60, de 12 de agosto de 1993, por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200060%20DE%201993.pdf.
42. Carlos Eslava JC. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Rev Salud Pública* (Bogotá); 2002;4(1):1-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100001.
43. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
44. Figueroa DC. De la urgencia de la reglamentación de ley estatutaria en salud. Parte 1: La salud como derecho fundamental. Bogotá: Federación Médica Colombiana; 2022 [fecha de consulta: 27 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.federacionmedicacolombiana.com/2022/06/06/de-la-urgencia-de-la-reglamentacion-de-ley-estatutaria-en-salud-parte-1-la-salud-como-derecho-fundamental/#>.
45. Bhalotra SR, Fernández Sierra M. The right to Health and the Health Effects of Denials. Bogotá: SSRN; 2021. (Documento CEDE n.º 44). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3911472>.
46. Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud. Bogotá: Procuraduría General de la Nación; 2008. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/07/El-derecho-a-la-salud.pdf>.
47. Rodríguez Garavito C. La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones. En Bernal O, Gutiérrez C, editores. *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2012. Disponible en: <https://download.e-bookshelf.de/download/0003/7557/53/L-G-0003755753-0007682495.pdf>.
48. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med*. 2009;68(6):1153-1160. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>.
49. Arrieta-Gómez AI. Realizing the fundamental right to health through litigation: the Colombian case. *Health Hum Rights*. 2018;20(1):133-145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039729/>.
50. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Informe de resultados. Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2009-2019. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-resultados-sistema-general-seguridad-social-salud-2009-2019.pdf>.
51. Rodríguez Hernández JM, Rodríguez Rubiano DP, Corrales Barona JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1947-1958. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>.

52. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2014;13(27):242-265. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>.
53. Uribe Pérez CJ, Amado Niño AM, Rueda Patiño AM, Mantilla Villabona LY. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. *Etapa exploratoria*. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019;34(1):17. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>.
54. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS – Régimen contributivo y subsidiado, Colombia, 2019: informe final. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-salud-informe-final-II2019.pdf>.
55. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Proyectamos Colombia SAS. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS: informe de resultados. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/encuesta-evaluacion-eps-2020.pdf>.
56. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Proyectamos Colombia SAS. Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS – Régimen contributivo y subsidiado 2021: informe final. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/estudio-nacional-servicios-eps-regimen-contributivo-subsidiado2021.pdf>.
57. Bardey D, Riascos Á. Reforma a la salud: los pros y los contra. Bogotá: Universidad de los Andes; 2022. (Nota Macro; n.º 45). Disponible en: <https://economia.uniandes.edu.co/publicaciones/nota-macro-45-reforma-la-salud-los-pros-y-los-contra>.
58. Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia. Decreto n.º 2644 de 2022, de 30 de diciembre, por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016 “por medio del cual se expide Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2644-de-2022.pdf>.
59. Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales de Perú. Acuerdo 256, de 19 de diciembre del 2001, por el cual se aprueba el “Manual de Tarifas” de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social “EPS-ISS”. Bogotá: Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales de Perú. Disponible en: http://simudatsalud-risaralda.co/normatividad/manuales/2001_Acuerdo_256.pdf.
60. Organización Panamericana de la Salud. Tablero de los indicadores básicos. Washington, D.C.: OPS; 2022 [fecha de consulta: 30 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>.
61. Gestarsalud. Colombia necesita un observatorio que determine las necesidades de médicos especialistas. Córdoba (Colombia): Gestarsalud; 2020. [fecha de consulta: 30 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://gestarsalud.com/2020/07/25/colombia-necesita-un-observatorio-que-determine-las-necesidades-de-medicos-especialistas/>.
62. Sanchez G, Laza C, Estupiñan C, Estupiñan L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):305-313. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005.
63. Hoyos-Vertel LM, Muñoz de Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2019;21(1):17-21. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69642>.
64. Organización Panamericana de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo) [documento CD46]. 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.º sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2005. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-regional-sobre-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-declaracion>.
65. 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. Washington, D.C.: OPS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas; n.º 4). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>.
66. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438, de 19 de enero del 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf.

67. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 1441, de 21 de abril del 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202016.pdf.
68. Iván D, Cuesta L. Diseño de un modelo de gestión integral y calidad para fortalecer en equipos territoriales de salud pública y otros grupos del sistema de salud capacidades y desempeño de las funciones esenciales en salud pública. Washington, D.C.; 2022 [documento inédito].
69. Departamento Nacional de Planeación de Colombia. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía: producto 4 - Informe de resultados de la evaluación. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2017. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20_informe.pdf.
70. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>.
71. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Minsalud definió incremento del valor de la UPC para 2022. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2021 [fecha de consulta: 3 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-definio-incremento-del-valor-de-la-UPC-para-2022.aspx>.
72. Bonet Morón JA, Guzmán Finol KK. Un análisis regional de la salud en Colombia. En Bonet Morón JA, Guzmán Finol KK, Hahn de Castro LW, editores. La salud en Colombia: una perspectiva regional. Bogotá: Banco de la República; 2015. Disponible en: <https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll18/id/1234/>.
73. Galvis-Aponte LA, Pérez-Valbuena GJ. Informalidad laboral y calidad del empleo en la Región Pacífica colombiana. Bogotá: Banco de la República; 2015. (Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana; n.º 233). Disponible en: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_233.pdf.
74. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Población pobre no asegurada. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 30 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsubdiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>.
75. Ritterbusch AE, Correa Salazar C, Correa A. Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. *Glob Public Health*. 2018;13(12):1831-1845. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1455887>.
76. Miller G, Pinto D, Vera-Hernández M. Risk protection, service use, and health outcomes under Colombia's health insurance program for the poor. *Am Econ J Appl Econ*. 2013;5(4):61-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1257/app.5.4.61>.
77. Giedion U, Díaz BY, Alfonso EA, Savedoff WD. Impacto del seguro de salud subsidiado sobre el estado de salud, y sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios. En: Glassman AL, Escobar M-L, Giuffrida A, Giedion U, editores. Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, The Brookings Institution; 2009. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/salud-al-alcance-de-todos-una-decada-de-expansion-del-seguro-medico-en-colombia>.
78. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2016 [fecha de consulta: 23 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>.
79. López Mallama OM. Política de calidad en salud: requisitos de habilitación y su efecto en la situación financiera de una IPS en Cali, 2018. *Revista Sapiéntia*. 2021;10(19):65-74. Disponible en: <https://doi.org/10.54278/sapiéntia.v10i19.64>.
80. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Nacional de Salud Rural. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mssp-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>.
81. Tuirán Sarmiento ÁA, Trejos Rosero LF. Debilidades institucionales en el nivel local. Desafíos de la gestión territorial de la paz. *Anal Polit*. 2017;30(90):77. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/apol.v30n90.68557>.

82. Congreso de la República de Colombia. Ley n.º 1949, de 8 de enero del 2019, por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201949%20de%202019.pdf.
83. Superintendencia Nacional de Salud. La 1949, una “superley” para controlar y vigilar. Monitor Salud. 2019;1:23-25. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/Revista%20Monitor%20Salud/Revista_monitor_Salud_No_1_2019_Julio.pdf.
84. Comisión de Empalme del Sector Salud. Informe final. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2022. Disponible en: <https://ddhhcolombia.org.co/wp-content/uploads/2022/08/Informe-comisi%C3%B3n-de-empalme-sector-salud-Gustavo-Petro-Presidente-Electo-2022.-VF.pdf>.
85. Vivas MA. Sindicatos de trabajadores de salud piden decreto de garantías laborales. Bogotá: Consultor Salud; 2020 [fecha de consulta: 30 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/sindicatos-de-trabajadores-de-salud-piden-decreto-de-garantias-laborales/>.
86. Organización Panamericana de la Salud. Marco de implementación de un servicio de telemedicina. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413>.
87. Bardey D, Cremer H, Lozachmeur JM. Doctors’ remuneration schemes and hospital competition in a two-sided market. B E J Economic Anal Policy. 2012;12(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1515/1935-1682.3254>.
88. Misir P. Health care in Guyana. Social Medicine. 2015;9(1):36-47. Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/759>.
89. Ministerio de Salud de Guyana. National Health Plan 2003-2007: the Strategic Plan of the Ministry of Health. Georgetown: Ministerio de Salud de Guyana; 2003. Disponible en: https://www.healthresearchweb.org/files/National_Health_Plan_2003-2007.pdf.
90. Deonandan R, Vineberg B, Stulberg R, Jaleel M, Szecket N, Sheila D, et al. Health questions posed by Amerindians in Guyana’s deep interior. Glob J Health Sci. 2012;4(6):43-46. Disponible en: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v4n6p43>.
91. Ministerio de Salud Pública de Guyana. Guyana 2016 health accounts main report. Georgetown: Ministerio de Salud Pública de Guyana; 2018. Disponible en: <https://www.hfgproject.org/guyana-health-accounts-2016/>.
92. Fondo Monetario Internacional. Guyana. Washington, D.C.: FMI; 2022 [fecha de consulta: 21 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Countries/GUY>.
93. Organización Mundial de la Salud. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud [resolución WHA63.16]. 63.ª Asamblea General de la Salud. 29 de mayo del 2010. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/5182>.
94. Centro de Documentación de Honduras. Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Tegucigalpa: CEDOH; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 9 de abril del 2023]. Disponible en: <http://www.cedoh.org/Proyectos/ERP/erp.html>.
95. Secretaría de Salud de Honduras. Acuerdo n.º 5266-2018, de 23 de noviembre del 2018, Lineamientos del Modelo de Gestión Descentralizada de Salud. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras; 2018. Disponible en: <https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/Acuerdo-5266-2018.pdf>.
96. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio [resolución A/RES/52.2*]. Quincuagésimo quinto período de sesiones; 13 de septiembre del 2000. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 2000. Disponible en: <https://daccess-ods.un.org/tmp/6534790.99273682.html>.
97. Rodríguez CG, González Tule L. Honduras 2019: persistente inestabilidad económica y social y debilidad institucional. Revi Cienc Polít. 2020;40(2):379-400. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2020005000112>.
98. Reuters. COVID-19 tracker. Honduras. Londres: Reuters; 2021 [fecha de consulta: 26 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/countries-and-territories/honduras/>.
99. Organización Mundial de la Salud. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Ginebra: OMS; 2021 [fecha de consulta: 19 de octubre del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>.


100. Instituto Nacional de Estadística de Honduras. ENDESA MICS 2019. Tegucigalpa: INE; 2019 [fecha de consulta: 12 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.ine.gob.hn/V3/endesa/>.
101. Solano Velásquez JZ. Percepción de factores modificables que afectan la educación médica en Honduras: encuesta 2019. *Rev Méd Hondur.* 2019;87(2):55-62. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2019/pdf/Vol87-2-2019-4.pdf>.
102. Suazo Boquín CA. Percepción del parto institucional y la calidad de atención del mismo, de mujeres embarazadas en las comunidades de San Antonio de la Libertad, planes de la Nueva Esperanza y sus alrededores, de la cordillera de Montecillos, atendidas en el Hospital Santa Teresa, Comayagua. Ocotlán: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2014. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/7705/>.
103. Ropero Álvarez AM, Vilajeliu A, Magariños M, Jauregui B, Guzmán L, Whittembury A, et al. Enablers and barriers of maternal and neonatal immunization programs in Latin America. *Vaccine.* 2020;39(supl. 2):B34-B43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.051>.
104. Bueso Paranky JI. Factores relacionados con el acceso a los servicios de salud de la población de la comunidad de Armenta, departamento de Cortés, Honduras, noviembre 2014. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/7693/1/t798.pdf>.
105. Acuña C, Marina N, Mendoza A, Emmerick ICM, Luiza VL, Azeredo TB. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(2):128-135. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8399>.
106. Pavón Rodríguez LU, Estrada Arévalo ÁR. Caracterización del sistema de salud de Honduras. *Rev méd hondur.* 2018;86(1/2):22-26. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-6.pdf>.
107. Puertas EB, Martínez RA, Figueroa GS, Hidalgo FE. Integración de redes de servicios de salud en Honduras: valoración comparativa del planteamiento teórico y de la aplicación práctica en cinco redes del país. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e135. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP2018.135>.
108. Congreso Nacional de Honduras. Decreto n.º 56-2015, de 2 de julio del 2015, Ley Marco del Sistema de Protección Social. Tegucigalpa: Congreso Nacional de Honduras; 2015. Disponible en: https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/Ley_Marco_del_Sistema_de_Proteccion_Social.pdf.
109. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. Análisis y recomendaciones al proyecto de presupuesto general de ingresos y egresos de la República de Honduras para el ejercicio fiscal 2021. Tegucigalpa: ICEFI; 2020. Disponible en: https://icefi.org/sites/default/files/icefi_honduras_analisis_del_proyecto_de_presupuesto_para_2021.pdf.
110. Secretaría de Salud de Honduras. Estudio de gasto y financiamiento en salud, año 2011. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras; 2014. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00K9KC.pdf.
111. Secretaría de Salud de Honduras. Anteproyecto de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras; 2020. Disponible en: <https://alertas.directoriolegislativo.org/wp-content/uploads/2020/12/Anteproyecto-de-Ley-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf?x32394>.
112. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A, Fitzgerald J. A renewed framework for the essential public health functions in the Americas. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e119. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP2020.119>.
113. Congreso Nacional de Honduras. Visión de País 2010-2038 y Plan de Nación 2010-2022. Tegucigalpa: Congreso Nacional de Honduras; 2010. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/HondurasPlandeNacion20102022.pdf>.
114. Secretaría de Salud de Honduras. Por una Honduras saludable: Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras; 2013. Disponible en: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf.
115. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud [resolución CD49/16]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd4916-opsoms-redes-integradas-servicios-salud-basadas-atencion-primaria-salud>.
116. Améndola LM. Factores asociados a la violencia que afectan el acceso a los servicios de salud en 5 establecimientos de la región metropolitana del distrito central. Tegucigalpa; 2019 [documento inédito].

117. Congreso Constituyente Democrático. Constitución Política del Perú 1993. Lima: Congreso de la República de Perú; 1993. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Peru/Leyes/constitucion.pdf>.
118. Congreso de la República de Perú. Ley n.º 26842, de 15 de julio de 1997, Ley General de Salud. Lima: Congreso de la República de Perú; 1997. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ley26842.pdf>.
119. Congreso de la República de Perú. Ley del Ministerio de Salud, Ley n.º 27657, de 28 de enero del 2002. Lima: Congreso de la República de Perú; 2002. Disponible en: <https://infopublic.bpaprocorp.com/banco-de-leyes/ley-27657>.
120. Arróspide M, Rozas K, Valderrama J. Presupuesto evaluado: Seguro Integral de Salud. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas de Perú; 2009. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/evaluaciones/Seguro_Integral_de_Salud.pdf.
121. Bravo H, Huamán C, Lozada C, Nava M. Análisis de la evolución del sector salud y la percepción del sector público y privado. Lima: Universidad ESAN; 2019. Disponible en: https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1808/2019_MAGSS_16-1_02_T.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
122. Congreso de la República de Perú. Ley n.º 27783, de 17 de julio del 2002, Ley de Bases de la Descentralización. Lima: Congreso de la República de Perú; 2002. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/normatividad/por-temas/descentralizacion/6833-ley-n-27783-3/file>.
123. Salud Sin Límites Perú, Medicus Mundi Navarra. Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad del primer nivel. Lima: Salud Sin Límites Perú, Medicus Mundi Navarra; 2002. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>.
124. Ministerio de Salud de Perú. Resolución Ministerial n.º 729-2003, de 20 de junio del 2003, que aprueba el documento “La Salud Integral: Compromiso de Todos – Modelo de Atención Integral de Salud”. Lima: Ministerio de Salud; 2003. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/254174-729-2003-minsa>.
125. Presidencia de la República de Perú. Decreto Supremo n.º 006-2006-SA, de 21 de marzo del 2006, que amplía prestaciones de salud del SIS para la población de la Amazonía y Alto Andina dispersa y excluida, las víctimas de la Violencia social y los agentes comunitarios de salud. Lima: Poder Ejecutivo; 2006. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minjus/normas-legales/1736385-006-2006>.
126. Presidencia de la República de Perú. Decreto Supremo n.º 055-2007-PCM, de 1 de julio del 2007, que aprueba la Estrategia Nacional denominada “CRECER” que establece la intervención articulada de entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local vinculadas con la lucha contra la desnutrición crónica infantil. Lima: Poder Ejecutivo; 2007. Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/normatividad/por-temas/social/6679-d-s-n-055-2007-pcm-2/file>.
127. Ministerio de Salud de Perú. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS: Ley n.º 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4478.pdf>.
128. Presidencia de la República de Perú. Decreto Supremo 004-2007-SA, de 18 de abril del 2007, que establecer el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias, basado en evidencia de las principales intervenciones en salud a nivel nacional, las que se detallan en el Anexo N° 1 que forma parte integrante del presente Decreto Supremo, el mismo que será de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud – SIS. Lima: Poder Ejecutivo; 2007. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/249895-004-2007-sa>.
129. Congreso de la República de Perú. Ley n.º 29344, de 9 de abril del 2009, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Congreso de la República de Perú; 2009. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>.
130. Presidencia de la República de Perú. Decreto Supremo 016-2009-SA, de 28 de noviembre del 2009, por el que se aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas, el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante del presente Documento Supremo. Lima: Poder Ejecutivo; 2009. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/245991-016-2009-sa>.
131. Ministerio de Salud de Perú. Memoria institucional anual del Seguro Integral de Salud - SIS: enero-diciembre 2015. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4144.pdf>.
132. Congreso de la República de Perú. Ley n.º 30073, de 9 de agosto del 2013, que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del sistema nacional de salud. Lima: Congreso de la República de Perú; 2013. Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30073.pdf>.

133. Presidencia de la República de Perú. Decreto de Urgencia n.º 017-2019, de 28 de noviembre del 2019, que establece medidas para la cobertura universal de salud. Lima: Poder Ejecutivo; 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/431389/1831446-1.pdf>.
134. Congreso de la República de Perú. Ley n.º 30885, de 19 de diciembre del 2018, que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud. Lima: Congreso de la República de Perú; 2018. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/263064/1724734-2.pdf>.
135. Ministerio de Salud de Perú. Reglamento de la Ley n.º 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2020. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5204.pdf>.
136. Presidencia de la República de Perú. Decreto de Urgencia n.º 046-2021, de 20 de mayo del 2021, que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19. Lima: Poder Ejecutivo; 2021. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-extraordinarias-y-urge-decreto-de-urgencia-n-046-2021-1954764-1/>.
137. Presidencia de la República de Perú. Decreto de Urgencia n.º 078-2021, de 25 de julio del 2021, que modifica el Decreto de Urgencia 046-2021 Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19. Lima: Poder Ejecutivo; 2021. Disponible en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Decretos/Urgencias/2021/DU-078-2021-OF.pdf.
138. Ministerio de Salud de Perú. SIS: cerrando la brecha del aseguramiento en salud en el país. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2021 [fecha de consulta: 30 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/495680-sis-cerrando-la-brecha-del-aseguramiento-en-salud-en-el-pais>.
139. Presidencia de la República de Perú. Decreto Supremo 023-2021-SA, de 26 de julio del 2021, que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Lima: Poder Ejecutivo; 2021. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-actualizacion-del-plan-esenci-resolucion-suprema-n-023-2021-sa-1976373-7/>.
140. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI; [fecha desconocida] [fecha de consulta: 11 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>.
141. Gianella C, Pesantes MA, Ugarte-Gil C, Moore DAJ, Lema C. Vulnerable populations and the right to health: lessons from the Peruvian Amazon around tuberculosis control. *Int J Equity Health*. 2019 jun;18(1):28. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0928-z>.
142. Guile L, Graham D, Jachmann A. Health and demographic characteristics of patients attending a newly-opened medical facility in a remote Amazonian community: a descriptive study. *Med Sci (Basel)*. 2018;6(4):106. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medsci6040106>.
143. Curioso WH, Pardo K, Valeriano L. Uso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, 2009 - 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):175-180. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.302.188>.
144. Ronsley PE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, et al. Association between perceived unmet health care needs and risk of adverse health outcomes among patients with chronic medical conditions. *Open Med*. 2013;7(1):e21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654502/>.
145. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la capacidad de los servicios de primera línea para la atención de casos de COVID-19 y prestación de los servicios de salud esenciales y las necesidades de la comunidad mediante herramientas de evaluación desarrolladas por la OMS en el contexto de la pandemia de COVID-19. Lima; 2022 [documento inédito].
146. Ministerio de Salud de Perú. Información de recursos humanos en el sector salud: Perú - 2018. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2020. Disponible en: <http://digep.minsa.gob.pe/bibliografica.html>.
147. Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel E, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: OMS; 2016. (Human Resources for Health Observer Series; n.º 17). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330?locale-attribute=es&>.
148. Ministerio de Salud de Perú. Necesidad de médicos especialistas en establecimientos del sector salud, Perú 2010. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2011. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/g2kfx>.
149. Murillo JP, Bellido Boza L, Huamani Ñahuinlla P, Garnica Pinazo G, Munares García O, Del Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. *An Fac Med*. 2019;80(3):288-297. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.803.16846>.

150. Ministerio de Salud de Perú. Política Nacional de Medicamentos. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2004. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/105_POLNACMED.pdf.
151. Contraloría General de la República de Perú. Resultados del operativo “Por una salud de calidad”: informe ejecutivo. Lima: Contraloría General de la República de Perú; 2018. Disponible en: https://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf.
152. Alarcon Ruiz CA, Heredia P, Taype-Rondan A. Association of waiting and consultation time with patient satisfaction: secondary-data analysis of a national survey in Peruvian ambulatory care facilities. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4288-6>.
153. Petrerá Pavone M, Jiménez Sánchez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e20. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>.
154. Solís R, Sánchez SE, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez Zubiarte R, Rodríguez M. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2009;26(2):136-144. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200003&lang=es.
155. Arroyo J, Velásquez Céspedes S, Malo M, Pedroza J, Saco A, et al. La salud hoy: problemas y soluciones. Lima: CENTRUM; 2015. (Colección CENTRUM Coloquios; n.º 1). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3443.pdf>.
156. Soto M, Cabrejos J. Programa Sistec. Intercambio prestacional en salud en el sector público: sistematización, lecciones aprendidas y recomendaciones. Lima: Cooperación Técnica Belga – CTB / Enabel; 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1865046/5196.pdf>.
157. Presidencia de la República de Perú. Decreto Legislativo n.º 1302, de 29 de diciembre del 2016, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público. Lima: Poder Ejecutivo; 2016. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-optimiza-el-intercambio-prestacional-decreto-legislativo-n-1302-1468963-2/>.
158. Presidencia de la República de Perú. Decreto Legislativo n.º 1466, de 21 de abril del 2020, que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el sistema nacional de salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19. Lima: Poder Ejecutivo; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/presidencia/normas-legales/483086-1466>.
159. Banco Mundial. Financiamiento de la salud en el Perú: análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2016. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/441041481748303633/pdf/106736-WP-P151238-SPANISH-OUO-9-For-IDU-Action-Analytical-document-has-been-approved-P151238.pdf>.
160. Rivero Vega G. ¿Realmente funcionan los convenios de intercambio prestacional por COVID-19?. San Isidro: Asociación de Clínicas Particulares del Perú; 2021 [fecha de consulta: 27 de enero del 2022]. Disponible en: <https://acp.org.pe/noticias/realmente-funcionan-los-convenios-de-intercambio-prestacional-por-covid-19/>.
161. Cubas-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *An Fac Med.* 2018;79(4):346-350. Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.v79i4.15642>.
162. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. OECD reviews of health systems: Peru 2017. París: OECD; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264282735-en>.
163. Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas de Perú; 2019. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/planes/PNIC_2019.pdf.
164. Cerrón Rojas VR. Perú Libre. Ideario y Programa. Huancayo: Perú Libre; 2020. Disponible en: <https://perulibre.pe/wp-content/uploads/2020/03/ideario-peru-libre.pdf>
165. La República. Sistema único de salud: una propuesta a largo plazo. La República. 28 de agosto del 2021: Sociedad. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2021/08/28/sistema-unico-de-salud-una-propuesta-a-largo-plazo/>.
166. Espinoza Rosales R, Barrionuevo Romero B, Fernández Flores M, Omonte M del C, González M. Proyecto de reforma constitucional que establece un sistema único de salud. Lima: Congreso de la República de Perú; 2020. Disponible en: https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/Proyectos_Firmas_digitales/PL06367.pdf.

167. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: "Perú, país saludable". Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1127209-politica-nacional-multisectorial-de-salud-al-2030>.
168. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Visión del Perú al 2050. Lima: CEPLAN; 2019 [fecha de consulta: 27 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.ceplan.gob.pe/visionperu2050/>.
169. Ministerio de Salud de Perú. Resolución Ministerial n.º 1357-2018-MINSA, de 28 de diciembre del 2018, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/235756-1357-2018-minsa>.
170. Ministerio de Salud de Perú. Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud PLANDES BICENTENARIO 2018 - 2021. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2019. Disponible en: <http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/4940.pdf>.
171. Elsevier Connect. Omnicanalidad en el sector salud: factores que la definen (y retos para desarrollarla). Ámsterdam: Elsevier; 2019 [fecha de consulta: 27 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/ehealth/omnicanalidad-en-el-sector-salud-factores-que-la-definen-y-retos-para-desarrollarla>.
172. Rodríguez Abad J. Perú al 2026: ¿qué significa un sistema de salud unificado o integrado?. Santiago de Surco: Conexión ESAN; 2021 [fecha de consulta: 27 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/peru-al-2026-que-significa-un-sistema-de-salud-unificado-o-integrado>.
173. Arroyo J, Pastor-Goyzueta A. La innovación en la organización de servicios con el Sistema Metropolitano de la Solidaridad en Perú. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(6):391-397. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9171>.
174. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 85% de la población adulta mayor tiene algún seguro de salud en el primer trimestre de 2021. Lima: INEI; 2021. (Nota de prensa; n.º 99). Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-099-2021-inei.pdf>.
175. Superintendencia Nacional de Salud de Perú. Informe técnico: análisis e identificación de las personas no aseguradas en salud a nivel nacional. Lima: Superintendencia Nacional de Salud de Perú; 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1494073/Informe%20técnico%20de%20análisis%20e%20identificación%20de%20las%20personas%20no%20aseguradas%20en%20salud%20a%20nivel%20nacional%2023%20de%20diciembre..pdf>.
176. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ, Rosselli D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2018;35(3):390-399. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>.
177. Petrerá M. Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. Economía. 2016;39(78):35-65. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/articulo/view/16513/16868>.
178. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>.



Este informe presenta los resultados de la colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y sus Estados Miembros para analizar las barreras de acceso a la atención primaria de salud, así como para formular opciones de políticas encaminadas a reducirlas y eliminarlas de manera progresiva. El primer capítulo presenta una caracterización de los sistemas de salud de la Región de las Américas y los desafíos para el acceso universal en el contexto de la pandemia de COVID-19. El segundo ofrece un marco metodológico y de análisis para el estudio de las barreras de acceso y la determinación de opciones de políticas. En los capítulos 3 a 6 se presentan estudios de casos centrados en las barreras que enfrentan los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en el contexto y la trayectoria de distintas reformas de los sistemas de salud. A modo de conclusión, se presentan recomendaciones generales que permitirán promover la agenda aún inconclusa hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

www.paho.org

