

Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas

Abordar las necesidades
insatisfechas de atención
de salud, las brechas
en la cobertura y la falta
de protección financiera
mediante la atención
primaria de salud



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas

Abordar las necesidades
insatisfechas de atención
de salud, las brechas
en la cobertura y la falta
de protección financiera
mediante la atención
primaria de salud

Washington, D.C., 2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas



Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud

ISBN: 978-92-75-32947-4 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32948-1 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



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. Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329474>.

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

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase 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/2024

Fotografías: © OPS

Índice

PREFACIO	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
ABREVIACIONES	ix
INTRODUCCIÓN	1
Los vínculos entre la atención primaria de salud y la salud universal	3
Indicadores para realizar el seguimiento de la salud universal en la Región de las Américas	4
1. COMPRENDER LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCIÓN DE SALUD	9
1.1. Panorama regional y tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud	11
1.3. Disparidades considerables en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud entre los quintiles de ingresos dentro de los países	15
1.4. Las barreras organizacionales son la causa más común de necesidades insatisfechas de atención de salud	17
1.5. La pandemia de COVID-19 aumentó las necesidades insatisfechas de atención de salud en todos los niveles de ingresos	22
2. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES (INDICADOR 3.8.1 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE)	25
2.1. Avance general y panorama heterogéneo de logros y retos	26
2.2. Tendencias a lo largo del tiempo y estancamiento reciente en la cobertura de los servicios de salud esenciales	27
2.3. Ingresos y desarrollo: factores que predicen la cobertura de los servicios de salud	29
2.4. Desigualdades en cuanto a la cobertura de los servicios	30
3. PROTECCIÓN FINANCIERA (INDICADOR 3.8.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE)	33
3.1. Gasto directo catastrófico y empobrecedor en salud	39
3.2. Composición etaria de los hogares y su impacto en los gastos catastróficos y empobrecedores en salud	42
3.3. Disparidades entre el gasto empobrecedor en salud de los hogares urbanos y los hogares rurales	46
3.4. Gastos catastróficos y empobrecedores en salud: relación con el gasto directo de bolsillo y la tasa de pobreza	48

4. LA INTERACCIÓN ENTRE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCIÓN DE SALUD, LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES Y LA PROTECCIÓN FINANCIERA	53
5. IMPLICACIONES EN MATERIA DE POLÍTICAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	61
6. LIMITACIONES DE LOS DATOS Y RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS	69
ANEXO 1. MÉTODO DE CÁLCULO DE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCIÓN DE SALUD	74
ANEXO 2. MÉTODO DE CÁLCULO DEL ÍNDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (INDICADOR 3.8.1 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE)	80
ANEXO 3. MÉTODO DE CÁLCULO DE LOS GASTOS DIRECTOS CATASTRÓFICOS Y EMPOBRECEDORES EN SALUD	82
ANEXO 4. NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCIÓN DE SALUD Y TIPOS DE BARRERAS DE ACCESO, POR PAÍS, AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE	84
ANEXO 5. ÍNDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (INDICADOR 3.8.1 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE), POR PAÍS, 2021	88
ANEXO 6. DIFICULTADES FINANCIERAS (INDICADOR 3.8.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE), POR PAÍS, AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE	91
REFERENCIAS DE LOS ANEXOS	94

RECUADROS

Recuadro 1. Tendencias y desigualdades en materia de necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú	12
Figura 1.1 del recuadro. Necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, 1997-2022	12
Figura 1.2 del recuadro. Necesidades insatisfechas de atención de salud en El Salvador, 2016-2022	13
Figura 1.3 del recuadro. Necesidades insatisfechas de atención de salud en Perú, 2002-2022	14
Recuadro 2. Tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera en algunos países seleccionados de la Región de las Américas	19
Figura 2.1 del recuadro. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso en Colombia, 1997-2022	19
Figura 2.2 del recuadro. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso en El Salvador, 2016-2022	20
Figura 2.3 del recuadro. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso en Perú, 2002-2022	21
Recuadro 3. Los gastos directos como fuente de financiamiento de los sistemas de salud	35
Figura 3.1 del recuadro. Planes de financiamiento de los sistemas de salud (participación porcentual en el gasto corriente en salud), 2021	36
Figura 3.2 del recuadro. América Latina y el Caribe: tendencias del gasto público y del gasto directo en salud, 2000-2021	37
Figura 3.3 del recuadro. Composición promedio del gasto directo en salud de los hogares, estimaciones disponibles	38

FIGURAS

Figura 1. Marco operacional para la atención primaria de salud	3
Figura 2. Necesidades insatisfechas de atención de salud, por país, año más reciente disponible	11
Figura 3. Necesidades insatisfechas de atención de salud, por grupo de ingresos, año más reciente disponible	15
Figura 4. Comparación de las necesidades insatisfechas de atención de salud por quintil de ingresos en distintos países	16
Figura 5. Desigualdades en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud, por tipo de barrera de acceso	17
Figura 6. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso, año más reciente disponible	18
Figura 7. Necesidades insatisfechas de atención de salud durante la pandemia de COVID-19	
Figura 8. Índice de cobertura de servicios, por país, 2021	27

Figura 9. Variación de los puntos del índice y los subíndices de cobertura de servicios, 2000-2021	28
Figura 10. Tendencias de los subíndices de cobertura de servicios, 2000-2021	29
Figura 11. Correlación entre el índice de desarrollo humano y el de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud, por grupo de ingresos, 2021	30
Figura 12. Índice compuesto de cobertura de las intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, por quintil de ingresos, nivel educativo y residencia rural o urbana	31
Figura 13. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud según el umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS, año más reciente, 2004-2021	40
Figura 14. Cambio de la población empobrecida debido al gasto directo en salud en la Región de las Américas (en porcentaje de la población de la Región y en millones de personas)	41
Figura 15. Incidencia del gasto directo empobrecedor en salud, en el umbral de pobreza relativa, año más reciente, 2000-2021	42
Figura 16. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud (umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS), por estructura etaria del hogar, año más reciente	43
Figura 17. Incidencia del gasto directo empobrecedor en salud (que hace que las personas caigan en situación de pobreza y de mayor pobreza), en el umbral de pobreza relativa, por estructura etaria del hogar, año más reciente	44
Figura 18. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud (umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS), por edad del jefe de hogar, año más reciente	45
Figura 19. Incidencia del gasto directo empobrecedor en salud (que hace que las personas caigan en situación de pobreza y de mayor pobreza), en el umbral de pobreza relativa, por edad del jefe de hogar, año más reciente	46
Figura 20. Incidencia del gasto empobrecedor en salud (que hace que las personas caigan en situación de pobreza y de mayor pobreza), en el umbral de pobreza relativa, por zona de residencia (rural o urbana), año más reciente	47
Figura 21. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud (umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS), por zona de residencia, año más reciente	48
Figura 22. Incidencia del gasto catastrófico en salud según el umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS frente al gasto directo en salud como porcentaje del consumo final privado	50
Figura 23. Incidencia del gasto empobrecedor en salud en relación con la tasa de pobreza, ambos en el umbral de pobreza relativa	51
Figura 24. Relación entre el índice de desarrollo humano y las necesidades insatisfechas de atención de salud, año más reciente disponible	55
Figura 25. Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y la mortalidad evitable, Región de las Américas, año más reciente disponible	56
Figura 26. Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud (indicador 3.8.1 de los ODS), Región de las Américas, año más reciente disponible	57
Figura 27. Participación de los gastos directos en salud en el consumo final privado	59

Prefacio

En el presente informe, titulado *Avance hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud*, se pone de relieve el compromiso inquebrantable de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en la Región de las Américas, una región que se caracteriza tanto por sus notables avances como por la persistencia de las desigualdades en materia de salud.

La pandemia de COVID-19 expuso las vulnerabilidades dentro de nuestros sistemas de salud y puso de manifiesto problemas de larga data, como la fragmentación de los sistemas de salud y las barreras persistentes que obstaculizan el acceso a los servicios, que tienen un impacto desproporcionado en los grupos de población en situación de vulnerabilidad.

En respuesta a ello, en este informe se hace hincapié en el papel fundamental que la atención primaria de salud desempeña como enfoque estratégico y piedra angular para lograr la salud universal. La atención primaria no solo garantiza un mejor acceso a los servicios de salud, sino que también fortalece la resiliencia de los sistemas de salud y fomenta la equidad al abordar las diversas necesidades de salud de las comunidades.

Para alcanzar este objetivo, la OPS mantiene su firme compromiso de brindar apoyo a nuestros Estados Miembros en sus esfuerzos por construir sistemas de salud resilientes basados en los principios de la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud.

En este informe se ofrece un análisis detallado del estado actual de los sistemas de salud en la Región de las Américas y se analiza su desempeño en relación con la salud universal mediante tres indicadores clave: las necesidades insatisfechas de atención de salud, la cobertura de los servicios de salud esenciales y la protección financiera.

Si aprovechamos las ideas y los datos que se presentan en este informe, podremos trabajar de manera conjunta para lograr un futuro en el que todas las personas tengan acceso a servicios de salud integrales y de alta calidad, sin tener que afrontar dificultades financieras.

Deseo expresar mi gratitud a nuestros Estados Miembros por su dedicación y su compromiso de avanzar hacia el logro de sistemas más equitativos y resilientes basados en la atención primaria de salud. Juntos podremos hacer realidad la visión de lograr la salud universal para todas las personas en la Región de las Américas.

Dr. Jarbas Barbosa da Silva, Jr.

Director de la Organización Panamericana de la Salud

Agradecimientos

Este informe fue elaborado por la Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), bajo la dirección conjunta de Ernesto Báscolo, jefe de dicha unidad, y de James Fitzgerald, Director de la HSS. La coordinación técnica y la redacción estuvieron a cargo de Natalia Houghton (oficial técnica de políticas, planificación y evaluación de la atención primaria de salud) y Claudia Pescetto (asesora de economía y financiamiento de la salud), con el apoyo y las contribuciones de los siguientes consultores internacionales de la OPS: David Debrott, Rachel Jarboe, Julio Mieses y Ricardo Sanches.

Esta publicación es el resultado de una labor de colaboración entre la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se agradece de forma especial a Gabriela Flores (economista superior de la salud de la OMS) por su coordinación técnica y orientación, y a Asiyeh Abbasi (consultora de la OMS) por su apoyo en el procesamiento de datos en la sección de análisis de la protección financiera. También se agradece al Banco Mundial por su ayuda con la actualización del 2023 de la base de datos mundial sobre protección financiera, que sirve de fundamento para esa sección.

La OPS también desea agradecer las contribuciones de Theadora Swift Koller (jefa técnica superior/jefa de la Unidad de Equidad en la Salud de la OMS) y de Megumi Rosenberg (oficial técnica del Centro para el Desarrollo de la Salud de la OMS) al análisis de las necesidades insatisfechas de atención de salud y los motivos conexos. Se agradece asimismo a Patricia Morsh (asesora de envejecimiento saludable) y a Enrique Vega (jefe de la Unidad de Curso de la Vida).

Abreviaciones

IC	intervalo de confianza
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud



Introducción

Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (en adelante, la “salud universal”) sigue siendo un objetivo difícil de alcanzar para muchos países de la Región de las Américas. A pesar de los importantes avances, la Región sigue lidiando con desafíos persistentes que la pandemia de COVID-19 exacerbó. Entre esos desafíos se encuentran la segmentación y la fragmentación del sistema de salud, el debilitamiento de la rectoría y la gobernanza, y el acceso desigual a los servicios, particularmente en los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (1). La pandemia puso de manifiesto la fragilidad de los sistemas de salud, que dio lugar a importantes interrupciones de los servicios de salud esenciales y desbordó los establecimientos de salud. Las elevadas tasas de infección en los trabajadores de la salud y las consecuencias que la pandemia tuvo en su salud mental aumentaron la presión sobre el sistema. Además, un tercio de la población de la Región de las Américas sigue enfrentando barreras que dificultan el acceso a la atención, y hay grandes disparidades en cuanto a la disponibilidad de personal de salud y al acceso a medicamentos y tecnologías esenciales (2). Como consecuencia de estos problemas, el acceso a los servicios de salud no es equitativo, los resultados de salud varían de un grupo poblacional a otro y surgen amenazas para la salud agravadas por los determinantes sociales de la salud (3).

En respuesta a esta situación, ha habido un ímpetu cada vez mayor en todas las regiones por lograr la salud universal mediante la atención primaria de salud, impulsado por compromisos internacionales y marcos regionales en los que se da prioridad a la salud como pilar central del desarrollo sostenible. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos para el 2030 se abordan algunas cuestiones clave que tienen un gran impacto en la salud. El ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas, prioriza la salud de forma específica, y la meta 3.8 tiene por objeto lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos (4). Esta meta refleja el compromiso mundial de velar por que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que necesitan sin tener que hacer frente a dificultades financieras.

De conformidad con lo anterior, en el 2014 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la resolución CD53.R14 sobre la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (1), por la que se comprometieron a lograr la salud universal. En el 2022, tras el impacto de la pandemia de COVID-19, se reafirmó el compromiso con la salud universal mediante la aprobación de 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* (3). En esa estrategia se establecen cuatro líneas estratégicas de acción para acelerar el progreso hacia la salud universal: transformar los sistemas de salud sobre la base de un enfoque de atención primaria de salud; fortalecer la rectoría y la gobernanza mediante las funciones esenciales de salud pública; fortalecer la capacidad de las redes de servicios de salud, y aumentar y sostener el financiamiento público para la salud.

Prosiguen los esfuerzos destinados a transformar los sistemas de salud sobre la base del derecho a la salud, así como de los principios de equidad y solidaridad en el contexto de la atención primaria de salud, a fin de reorientar dichos sistemas y superar las barreras como la accesibilidad geográfica, las diferencias culturales y lingüísticas, y la calidad desigual de la atención. Ese enfoque tiene por objeto hacer que los servicios de salud sean más accesibles y equitativos mejorando la prestación de servicios y la participación de la comunidad mediante mecanismos eficaces de control a cargo de la sociedad. En las estrategias y directrices regionales de la OPS y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reconoce que la atención primaria de salud es fundamental para lograr la equidad en la salud y aumentar la resiliencia de los sistemas de salud (3, 5-7). Esos compromisos se basan en el entendimiento de que la atención primaria de salud mejora los resultados de salud y aumenta la eficiencia y la eficacia generales de los sistemas de salud al abordar de manera integral las necesidades de salud de la población. Hace poco los Estados Miembros de la OPS aprobaron dos estrategias destinadas a aprovechar el impulso logrado a través de esas acciones y compromisos en pro de la salud universal: la *Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud* y la *Estrategia para fortalecer las funciones esenciales de salud pública a fin de acelerar la transformación de los sistemas de salud 2024-2034* tienen por objeto apoyar el progreso hacia la salud universal fortaleciendo las capacidades de rectoría y gobernanza, y velando por un acceso equitativo a la atención integrada (8, 9).

La salud universal implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad y de acuerdo con sus necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no exponga a los usuarios a dificultades financieras, en particular a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad (1). La atención primaria de salud, que incluye servicios de salud esenciales, accesibles, integrales, basados en la comunidad y culturalmente apropiados, es un elemento central de la salud universal (6, 7), y su fortalecimiento no solo garantiza el acceso a la atención en todos los niveles, sino que también es un determinante vital de los resultados de salud y del desempeño del sistema de salud.

Un aspecto esencial para promover la salud universal por medio de la atención primaria de salud es la adopción de un enfoque territorial en que se reconozca la diversidad de necesidades y contextos de salud que hay dentro de los países. En ese sentido también es importante adoptar un enfoque en que se tenga en cuenta el curso de la vida, ya que este contribuye al desarrollo de la atención primaria de salud porque aporta una perspectiva centrada en la persona y en la población. Al adaptar las intervenciones a las realidades locales y aprovechar las fortalezas de las comunidades y la participación social, los países pueden superar mejor las barreras de acceso y mejorar los resultados de salud en los grupos más vulnerables. Este enfoque fomenta la inclusión y garantiza que nadie se quede atrás en el camino hacia la salud universal (9).

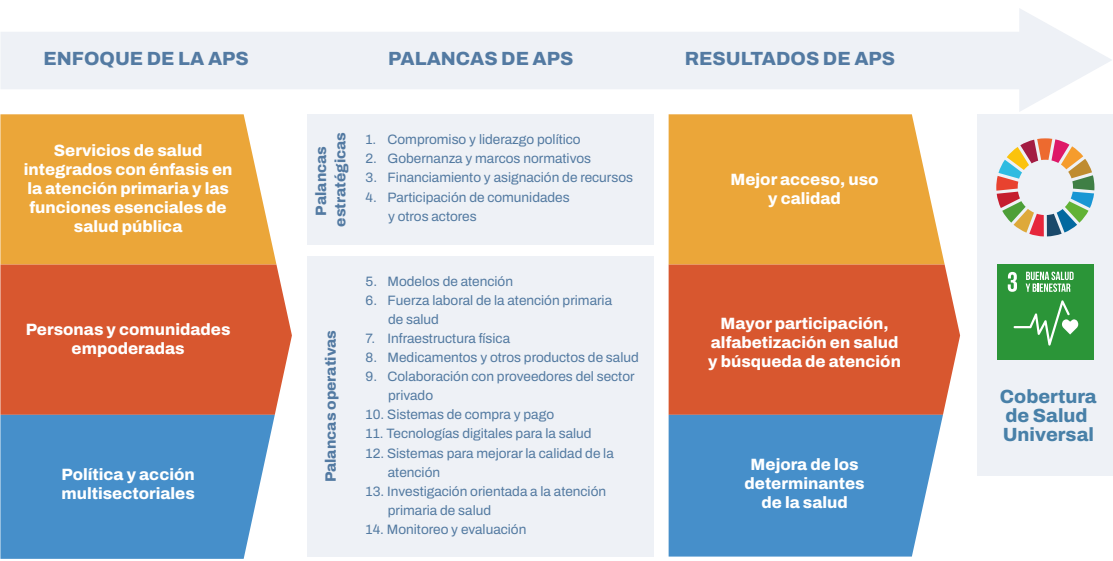
En este informe se utilizan los datos más recientes disponibles para presentar la situación de la Región de las Américas en cuanto al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El fortalecimiento de la atención primaria de salud y la priorización de la equidad en la salud son esenciales para que la Región continúe su camino hacia el logro de una salud universal sostenible e inclusiva, que garantice que todas las personas puedan alcanzar el más alto nivel de salud y bienestar.

Los vínculos entre la atención primaria de salud y la salud universal

La consecución de la salud universal está vinculada fundamentalmente con el fortalecimiento de los sistemas basados en la atención primaria de salud. Como se reafirmó en la Declaración de Astaná del 2018, el enfoque de la atención primaria de salud hace hincapié en el primer nivel de atención y las funciones esenciales de salud pública como núcleo de los servicios de salud integrados, las políticas y acciones multisectoriales, y el empoderamiento de la comunidad para promover la salud, la equidad y la eficiencia (10). En el marco operacional de la OMS para la atención primaria de salud se proporciona un plan integral para que los países avancen hacia la salud universal aplicando un enfoque centrado en la atención primaria de salud (7). En ese marco, que está basado en los principios de la Declaración de Astaná del 2018, se esboza un conjunto de mecanismos interconectados diseñados para transformar los compromisos mundiales en acciones tangibles destinadas a lograr la salud universal.

En esencia, el marco consta de 14 mecanismos: cuatro estratégicos y 10 operacionales (figura 1). Los mecanismos estratégicos abarcan el compromiso y el liderazgo políticos, los marcos de gobernanza y de política, el financiamiento y la asignación de recursos, y la participación de las comunidades y otras partes interesadas. Esos componentes de alto nivel preparan el escenario para el cambio sistémico. Los mecanismos operacionales, por su parte, abordan los aspectos prácticos de la implementación de la atención primaria de salud, como los modelos de prestación de servicios, el desarrollo de infraestructura y la capacidad del personal (7).

Figura 1. Marco operacional para la atención primaria de salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS y UNICEF; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351718/9789240023383-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Para apoyar a los países en el seguimiento de su avance, la OPS ha creado un tablero de indicadores para los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.¹ Esta herramienta facilita el seguimiento regional de la labor de los Estados Miembros destinada a fortalecer la atención primaria de salud a fin de lograr la salud universal. En el tablero se recopilan indicadores clave de diversas fuentes, que se agrupan en tres dominios: capacidad, desempeño e impacto. Al examinar cómo el marco operacional de la OMS para la atención primaria de salud fomenta la salud universal, esta herramienta tiene por objeto proporcionar información sobre los mecanismos a través de los cuales los países pueden encaminar sus sistemas de salud hacia la universalidad, la equidad y la calidad. En el tablero se examinan tanto los indicadores de desempeño hacia la salud universal como el enfoque más amplio de la atención primaria de salud, y se reconoce que el avance integral exige tener en cuenta tanto la prestación de servicios como los determinantes más amplios de la salud.

Indicadores para realizar el seguimiento de la salud universal en la Región de las Américas

En este informe se presenta un análisis de los principales indicadores que se utilizan para realizar el seguimiento del avance hacia la salud universal de conformidad con el *Marco de monitoreo para la salud universal en la Región de las Américas* (11). En el contexto de la Región, la salud universal, tal como la definen los Estados Miembros de la OPS (1), abarca tanto la cobertura universal de salud como el acceso universal a la salud para todas las personas. Se trata de dimensiones distintas, pero complementarias, que son esenciales para avanzar. El acceso universal se refiere a la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad cuando se necesitan, sin que haya barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales o de género. Por otro lado, la cobertura universal de salud garantiza que los mecanismos organizacionales y de financiamiento sean suficientes para cubrir a toda la población, sin barreras de acceso (1).

Si bien se reconoce que el enfoque de la atención primaria de salud abarca elementos amplios que son necesarios para lograr la salud universal, el presente informe se centra sobre todo en los aspectos relacionados con el desempeño en torno a la salud universal utilizando tres indicadores clave:

1. Organización Panamericana de la Salud. Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/tablero-indicadores-aps>.

Necesidades insatisfechas de atención de salud. Este indicador mide la proporción de la población que manifiesta que sus necesidades de atención de salud no han sido satisfechas debido a diversas barreras, como las relacionadas con la disponibilidad, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad financiera, cuestiones organizacionales y factores vinculados con la aceptabilidad.

- 1. Cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS).** Este indicador se mide mediante el índice de la OMS de cobertura de los servicios, una medición compuesta que combina 14 indicadores de seguimiento en cuatro áreas clave de la salud: la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles, y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos.
- 2. Protección financiera (indicador 3.8.2 de los ODS).** Este indicador evalúa el grado en que las personas están protegidas contra las dificultades financieras debidas a los gastos directos de bolsillo en salud.

Los tres indicadores proporcionan una visión integral del proceso de búsqueda de atención de salud, desde la necesidad inicial hasta la utilización del servicio y el impacto financiero. Las necesidades insatisfechas de atención de salud permiten captar las etapas iniciales del proceso de búsqueda de atención, pues indican lo que las personas hacen cuando están enfermas o necesitan atención, y los obstáculos que encuentran. Ese indicador mide la proporción de personas encuestadas que dijeron que habían necesitado atención de salud, pero que no habían consultado a un prestador adecuado o que no habían consultado en lo absoluto, por diversos motivos (12, 13). Para obtener una comprensión más matizada de las barreras que obstaculizan el acceso a la atención de salud, este indicador se desglosa en cinco categorías concretas de motivos por los cuales no se recibe la atención:

- Disponibilidad. Necesidades insatisfechas porque no hay recursos disponibles, como personal de salud o medicamentos.
- Accesibilidad geográfica. Necesidades insatisfechas debido a problemas de ubicación geográfica, distancia o transporte.
- Accesibilidad financiera. Necesidades insatisfechas debido a limitaciones financieras, como la falta de dinero o de seguro médico.
- Accesibilidad organizacional. Necesidades insatisfechas debido a que hay problemas con la organización y la prestación de los servicios de salud, por ejemplo, tiempo prolongado de espera u horarios de funcionamiento inconvenientes.
- Aceptabilidad. Necesidades insatisfechas debido a factores sociales, culturales y relacionados con la capacidad de respuesta del prestador, por ejemplo, falta de confianza, barreras lingüísticas, preferencia por la medicina tradicional, desconfianza en la medicina occidental o percepción de maltrato por parte del personal de salud (13).

Una vez que las personas superan las barreras iniciales y acceden a los servicios de salud, la cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS) permite captar la utilización de esos servicios (la materialización del acceso) por medio de indicadores indirectos. En el índice de la OMS de cobertura de los servicios, que es una medición compuesta, se combinan 14 indicadores de seguimiento en cuatro áreas clave de la salud: la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles, y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos.

El índice se puntúa en una escala de 0 a 100, donde 100 representa la cobertura general de los servicios de salud esenciales en toda la población de un país, y permite hacer comparaciones estandarizadas entre los países y en el transcurso del tiempo (14).

La protección financiera evalúa el grado en que las personas, una vez que han podido utilizar la atención, están protegidas contra las dificultades financieras que pueden surgir debido a los gastos directos de bolsillo en salud. Este indicador abarca dos mediciones clave: la proporción de la población que sufre un gasto catastrófico en atención de salud (indicador 3.8.2 de los ODS) y la proporción de la población que se ha empobrecido debido al gasto directo en atención de salud. Estas mediciones son cruciales para comprender el impacto financiero del acceso a la atención y la eficacia de los mecanismos de protección financiera establecidos (14).

Los datos de los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 de los ODS se extrajeron de la edición del 2023 del informe de la OMS y el Banco Mundial titulado *Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023* (14). Las Naciones Unidas adoptaron estos dos indicadores para hacer un seguimiento del progreso mundial hacia la cobertura universal de salud como parte de la meta 3.8 de los ODS (14). El indicador de necesidades insatisfechas de atención de salud se ajusta al compromiso de la OPS de reducir las necesidades insatisfechas de atención de salud en un 30% para el 2030, como se indica en el Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal del 2019 (15), y está incluido en el resultado intermedio 9 del *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025. La equidad, el corazón de la salud* (5).

Es importante destacar que cada vez se reconoce más el papel que desempeñan las barreras financieras y no financieras como obstáculos a la hora de obtener resultados en materia de salud universal (16). La 76.ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el 2023, aprobó una resolución para que se estudiara la viabilidad de utilizar las necesidades insatisfechas de servicios de salud como indicador adicional para realizar el seguimiento de la cobertura universal de salud a nivel mundial, lo que da muestras de cómo se ha avanzado en esa comprensión. Se está trabajando en la elaboración de definiciones y mediciones estandarizadas que permitan captar esas barreras y facilitar el seguimiento mundial y la comparabilidad entre países (17). Además, los Estados Miembros de la OPS están aplicando diversos métodos y marcos para medir las necesidades insatisfechas de atención de salud y las barreras de acceso (18, 19). Esas iniciativas tienen por objeto proporcionar una comprensión más integral de las brechas en materia de salud universal y fundamentar las decisiones de política para mejorar los resultados de salud (18, 19).

En conjunto, los tres indicadores que se han mencionado ofrecen una visión equilibrada del avance hacia la salud universal, pues abordan tanto el alcance de los servicios de salud esenciales como la multitud de barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. Los indicadores sirven como herramientas cruciales para los responsables de formular políticas, los funcionarios de salud y las organizaciones internacionales a la hora de realizar el seguimiento de la equidad en el ámbito de la salud mundial y de orientar las estrategias destinadas a lograr la cobertura universal de salud. Mediante el seguimiento de estos indicadores, los países pueden determinar las deficiencias que hay en sus sistemas de salud, priorizar las intervenciones y trabajar para que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de alta calidad sin enfrentar dificultades financieras u otras barreras.

En los anexos 1 a 3 se presentan los métodos que se utilizaron para calcular estos indicadores, y en los anexos 4 a 6, las estimaciones de cada indicador por país.





1



**Comprender las necesidades
insatisfechas de atención
de salud**

Principales conclusiones

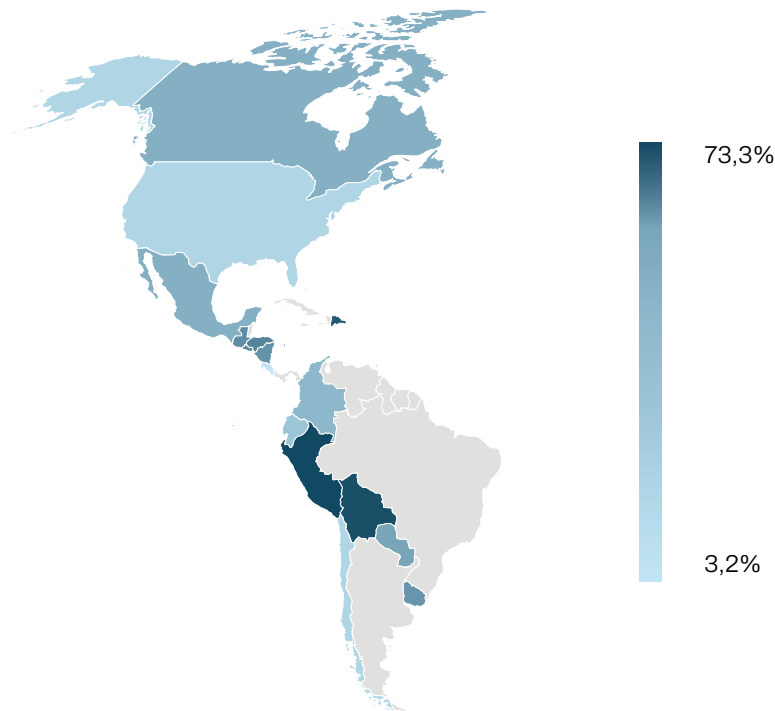
- En 17 Estados Miembros, el porcentaje de la población que manifestó tener necesidades insatisfechas de atención de salud varió ampliamente, entre el 3,2% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,7-3,6%) y el 73,3% (IC del 95%: 72,9-73,6%), según los datos más recientes. El promedio regional de necesidades insatisfechas de atención de salud fue del 35,2% (IC del 95%: 35,0-35,5%). En la mayoría de los casos, este porcentaje se ha mantenido relativamente estable en el transcurso de los años.
- Hay una clara relación inversa entre el nivel de ingreso nacional y las necesidades insatisfechas de atención de salud. Los países de ingresos altos informan que el 23% de su población tiene necesidades insatisfechas, mientras que en los países de ingresos medianos altos y en los de ingresos medianos bajos esos porcentajes ascienden al 35% y al 49%, respectivamente.
- Existen disparidades considerables entre los quintiles de ingresos de cada país. En el quintil de ingresos más bajos (quintil 1), la proporción de necesidades insatisfechas de atención de salud es mayor que en el de ingresos más altos (quintil 5): el promedio del quintil 1 asciende al 38,5% (IC del 95%: 38,0-39,1%), y el del quintil 5, al 32,8% (IC del 95%: 32,3-33,3%). Sin embargo, el alcance de las disparidades varía de un país a otro.
- Las barreras organizacionales son la causa más común por la que las necesidades de atención de salud quedan insatisfechas y representan en promedio el 21,5% (IC del 95%: 20,8-22,2%), seguidas de las barreras financieras, que en promedio representan el 14,2% (IC del 95%: 13,5-14,9%). En los diferentes países se enfrentan dificultades de diverso tipo: en algunos, como Canadá y Costa Rica, las principales barreras se relacionan con la organización, mientras que en otros, como Honduras y Estados Unidos de América, se afrontan barreras financieras.
- Durante la pandemia de COVID-19, en todos los países aumentaron las necesidades insatisfechas de atención de salud en todos los niveles de ingresos. Los quintiles más pobres generalmente enfrentaron las tasas más altas de necesidades insatisfechas, particularmente en países como Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú.

Las necesidades insatisfechas de atención de salud son un indicador crucial que permite captar las etapas iniciales del proceso de búsqueda de atención. Mide la proporción de personas que necesitaron atención de salud, pero no consultaron a un prestador adecuado o no consultaron en lo absoluto debido a diversas barreras. Para obtener una comprensión más matizada, este indicador se divide en cinco categorías concretas: disponibilidad, accesibilidad geográfica, accesibilidad financiera, cuestiones organizacionales y aceptabilidad. En esta sección se resumen las estimaciones actualizadas de este indicador y se examinan las tendencias, el ritmo de avance y los aspectos relacionados con las desigualdades en materia de necesidades insatisfechas de atención de salud.

1.1. Panorama regional y tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud

En los 17 Estados Miembros de los que se dispone de datos, el porcentaje de la población que manifestó tener necesidades insatisfechas de atención de salud presenta variaciones considerables (figura 2), entre el 3,2% (IC del 95%: 2,7-3,6%) y el 73,3% (IC del 95%: 72,9-73,6%) según los datos más recientes, y el promedio regional fue del 35,2% (IC del 95%: 35,0-35,5%). En particular, el porcentaje de la población que ha manifestado tener necesidades insatisfechas de atención de salud se ha mantenido relativamente estable en la mayoría de los casos, con algunas excepciones. En el recuadro 1 se presentan las tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú, y se muestra la diversidad de patrones y retos que se observan en los distintos países de la Región. La variación de las necesidades insatisfechas de atención de salud a nivel nacional desde el año de referencia hasta el 2022 osciló entre -1,6 y 20,5 puntos porcentuales, cifras que corresponden a Colombia y Perú, respectivamente, lo que pone de relieve los diversos efectos que los factores socioeconómicos y los acontecimientos externos, como la pandemia de COVID-19, tienen en el acceso a la atención de la salud.

Figura 2. Necesidades insatisfechas de atención de salud, por país, año más reciente disponible



Fuente de los datos: Encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud.

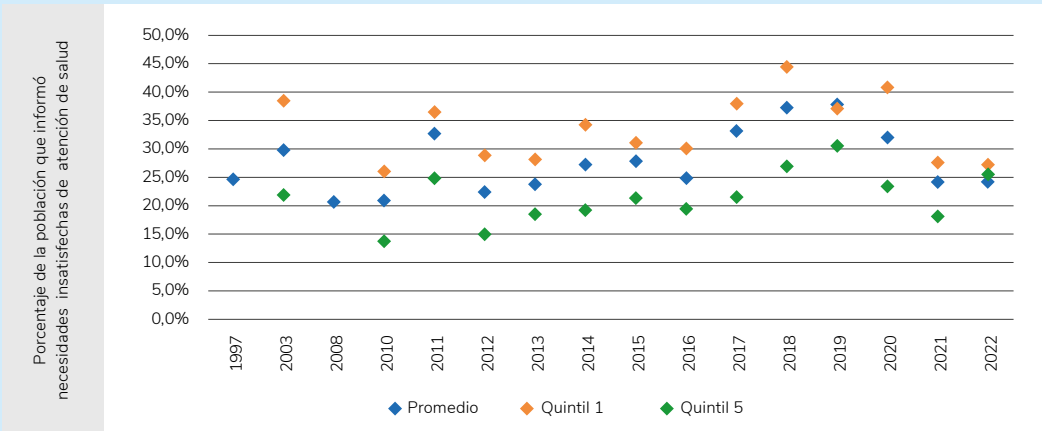
Fuente: OPS.

Recuadro 1. Tendencias y desigualdades en materia de necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú

El análisis de los datos de Colombia, El Salvador y Perú pone de manifiesto una disparidad persistente entre el quintil de ingresos más bajos (quintil 1) y el de ingresos más altos (quintil 5) en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud.

En Colombia, el porcentaje promedio de necesidades insatisfechas de atención de salud entre 1997 y el 2022 fue del 27,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 27,6-27,8%), porcentaje que fluctuó de forma considerable y alcanzó su punto máximo alrededor del 2017, 2018 y 2019. El valor de referencia en 1997 era del 24,6% (IC del 95%: 24,1-25,2%), frente al 24,2% (IC del 95%: 23,9-24,6%) en el 2022. En el transcurso de ese período, el porcentaje de necesidades insatisfechas de atención de salud declarado por el quintil 1 se mantuvo constante en torno al 30%, mientras que el declarado por el quintil 5 en general estuvo por debajo del 25%. En el 2003, el porcentaje de necesidades insatisfechas de atención de salud del quintil 1 de Colombia fue del 38,5% (IC del 95%: 37,5-39,5%), y el del quintil 5, del 21,9% (IC del 95%: 20,7-23,0%). En el 2022, esas cifras habían pasado a ser del 27,2% (IC del 95%: 26,7-27,8%) y el 25,5% (IC del 95%: 24,5-26,5%), respectivamente.

Figura 1.1 del recuadro. Necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, 1997-2022



Fuente de los datos: Encuesta de Calidad de Vida (ECV), 1997-2022.

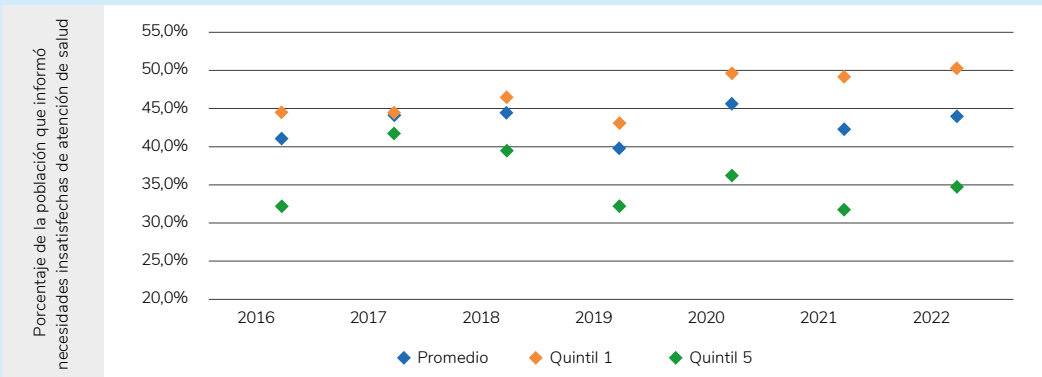
Fuente: OPS.

Los datos de El Salvador entre el 2016 y el 2022 muestran un grado de desigualdad similar entre los quintiles de ingresos. En el transcurso de ese período, el porcentaje de necesidades insatisfechas de atención de salud indicadas por el quintil 1 fue siempre superior y con frecuencia ascendió a alrededor del 45%, mientras que el quintil 5 generalmente se mantuvo por debajo del 40%. En el 2016, las necesidades insatisfechas de atención de salud fueron

Recuadro 1. Tendencias y desigualdades en materia de necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú (continuación)

del 44,5% (IC del 95%: 43,5-45,4%) en el quintil 1 y del 32,2% (IC del 95%: 31,0-33,5%) en el quintil 5. En el 2022, esas cifras habían aumentado al 50,3% (IC del 95%: 49,2-51,4%) y al 34,7% (IC del 95%: 33,6-35,8%), respectivamente. El promedio general de necesidades insatisfechas de atención de salud en todos los años fue del 44.0% (IC del 95%: 43,5-44,5%). En el 2020 hubo un aumento considerable de las necesidades insatisfechas en todos los grupos de ingresos, aumento que coincidió con la pandemia de COVID-19. Esa tendencia muestra las dificultades que los grupos de ingresos bajos enfrentan a la hora de acceder a la atención de salud, así como el impacto generalizado de la pandemia en los sistemas de salud, que afectó incluso a los grupos de ingresos altos.

Figura 1.2 del recuadro. Necesidades insatisfechas de atención de salud en El Salvador, 2016-2022



Fuente de los datos: Encuesta de Hogares de Propósito Múltiple (EHPM), 2016-2022.
Fuente: OPS.

En Perú, entre el 2002 y el 2022, el quintil 1 mostró siempre un porcentaje superior de necesidades insatisfechas de atención de salud al del quintil 5. En el 2002, las necesidades insatisfechas de atención de salud del quintil 1 ascendieron al 67,0% (IC del 95%: 65,6-68,4%), y las del quintil 5, al 53,5% (IC del 95%: 50,8-56,2%). En el 2022, esas cifras habían aumentado al 74,2% (IC del 95%: 73,5-74,9%) y al 68,1% (IC del 95%: 67,1-69,1%), respectivamente. El porcentaje promedio de necesidades insatisfechas de atención de salud en todos los años fue del 68,7% (IC del 95%: 68,6-68,8%), porcentaje que mostró un aumento notable en el 2005 y en el 2012. A partir del 2020 las necesidades insatisfechas aumentaron de forma considerable, probablemente debido a la pandemia de COVID-19, que exacerbó las dificultades que ya había en cuanto al acceso a la atención de salud. La tendencia entre el 2020 y el 2022 indica que los porcentajes de necesidades insatisfechas pueden estar disminuyendo hacia los niveles prepandémicos.

Recuadro 1. Tendencias y desigualdades en materia de necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú (continuación)

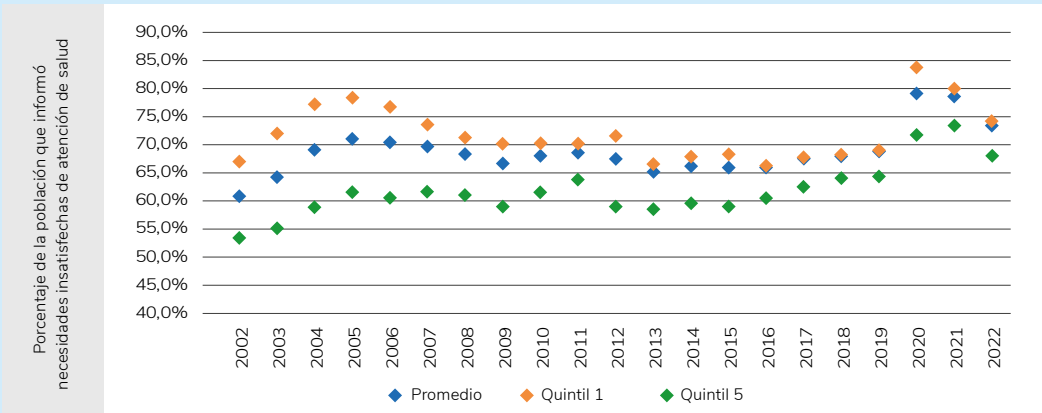


Figura 1.3 del recuadro. Necesidades insatisfechas de atención de salud en Perú, 2002-2022

Fuente de los datos: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2002-2022.

Fuente: OPS.

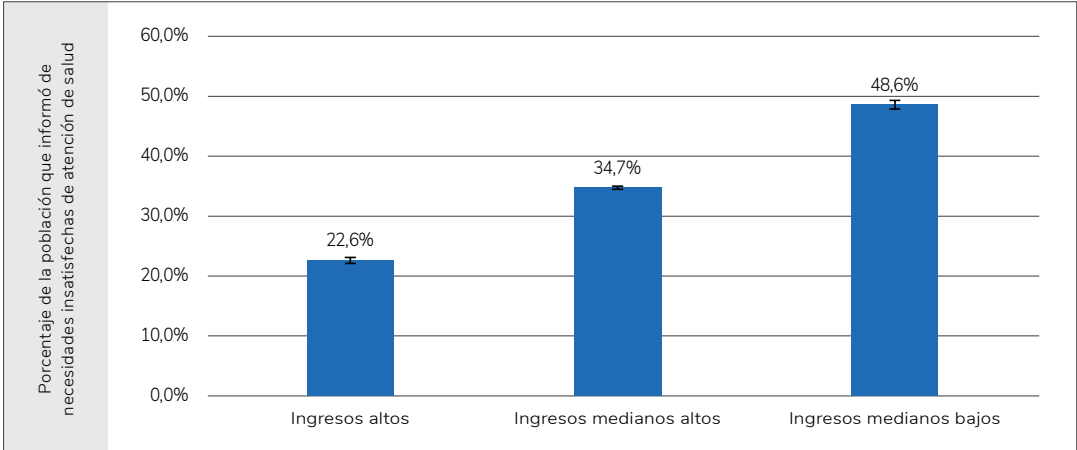
Las tendencias que se observan en relación con cada país ponen de relieve la manera compleja en que los factores socioeconómicos, la capacidad de los sistemas de salud y las perturbaciones externas, como la pandemia de COVID-19, interactúan e inciden en la configuración del acceso a la atención de salud en los diferentes grupos de ingresos. Las disparidades persistentes observadas en los tres países subrayan la necesidad de aplicar políticas e intervenciones dirigidas de forma específica a mejorar el acceso a la atención de salud, en particular en los grupos más vulnerables. Además, los datos muestran la importancia de construir sistemas de salud resilientes capaces de mantener un acceso equitativo durante las crisis.

1.2. Cuanto mayor es el ingreso nacional, menor es la proporción de necesidades insatisfechas de atención de salud

Hay una clara relación inversa entre el ingreso nacional y el porcentaje de la población que manifiesta tener necesidades insatisfechas de atención de salud en la Región de las Américas. Los países de ingresos altos señalan que un 23% de su población tiene necesidades insatisfechas, mientras que en

los países de ingresos medianos altos ese porcentaje es del 35%, y en los de ingresos medianos bajos, del 49% (figura 3). Esto pone de manifiesto las importantes desigualdades que hay entre los diferentes grupos de ingresos de la Región en cuanto al acceso a la atención de la salud.

Figura 3. Necesidades insatisfechas de atención de salud, por grupo de ingresos, año más reciente disponible



Nota: Promedio simple.

Fuente de los datos: Encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud, y datos del Banco Mundial sobre grupos de ingresos.

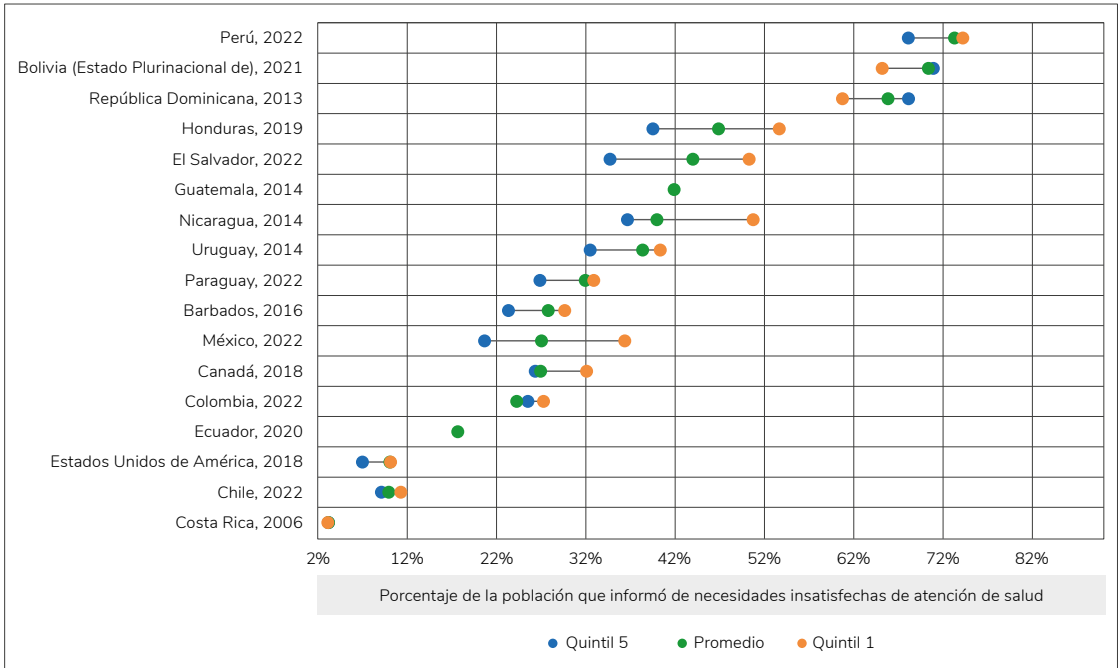
Fuente: OPS.

1.3. Disparidades considerables en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud entre los quintiles de ingresos dentro de los países

El análisis de las disparidades en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud entre los quintiles de ingresos dentro de los países pone de relieve las desigualdades que existen en el acceso a los servicios de salud. La proporción de necesidades insatisfechas de atención de salud en el quintil 1 es siempre superior a la del quintil 5: en el primer caso, el promedio asciende al 38,5% (IC del 95%: 38,0-39,1%), y en el segundo, al 32,8% (IC del 95%: 32,3-33,3%), excepto en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica y República Dominicana, donde se observa una relación inversa. Sin embargo, el alcance de las disparidades varía de un país a otro. En México y El Salvador, por ejemplo, la brecha entre el quintil 1 y el quintil 5 es muy pronunciada, con diferencias del 15,7% y el 15,6%, respectivamente. En

Chile y Colombia, por el contrario, se observa una diferencia menor y el quintil 1 solo supera al quintil 5 en un 2,2% y un 1,8%, respectivamente. Esas variaciones indican que en la Región de las Américas hay diferentes niveles de desigualdad en cuanto a la atención de la salud (figura 4).

Figura 4. Comparación de las necesidades insatisfechas de atención de salud por quintil de ingresos en distintos países

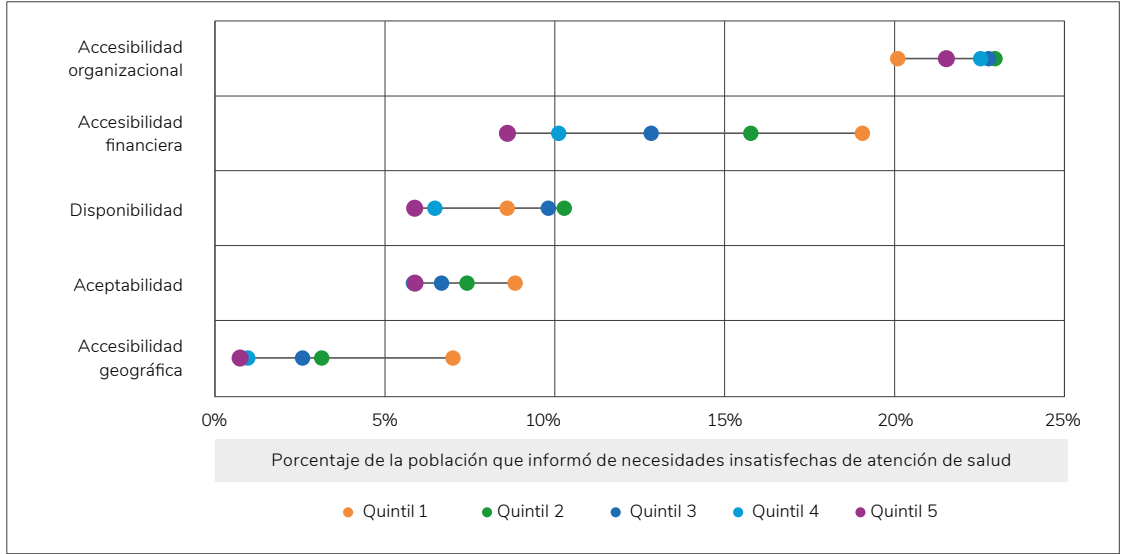


Fuente de los datos: Encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud.
Fuente: OPS.

1.4. Las barreras organizacionales son la causa más común de necesidades insatisfechas de atención de salud

Las causas por las que hay necesidades insatisfechas de atención de salud son multifacéticas y varían considerablemente de un país a otro. En promedio, las barreras organizacionales son las más prevalentes y representan el 21,5% (IC del 95%: 20,8-22,2%) de las necesidades insatisfechas, seguidas de las barreras financieras, que representan el 14,2% (IC del 95%: 13,5-14,9%), los problemas de disponibilidad, que representan el 8,1% (IC del 95%: 7,3-8,8%), los de aceptabilidad, que corresponden al 7,1% (IC del 95%: 6,7-7,5%), y las barreras geográficas, que representan el 3,2% (IC del 95%: 2,8-3,6%) (figura 5).

Figura 5. Desigualdades en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud, por tipo de barrera de acceso

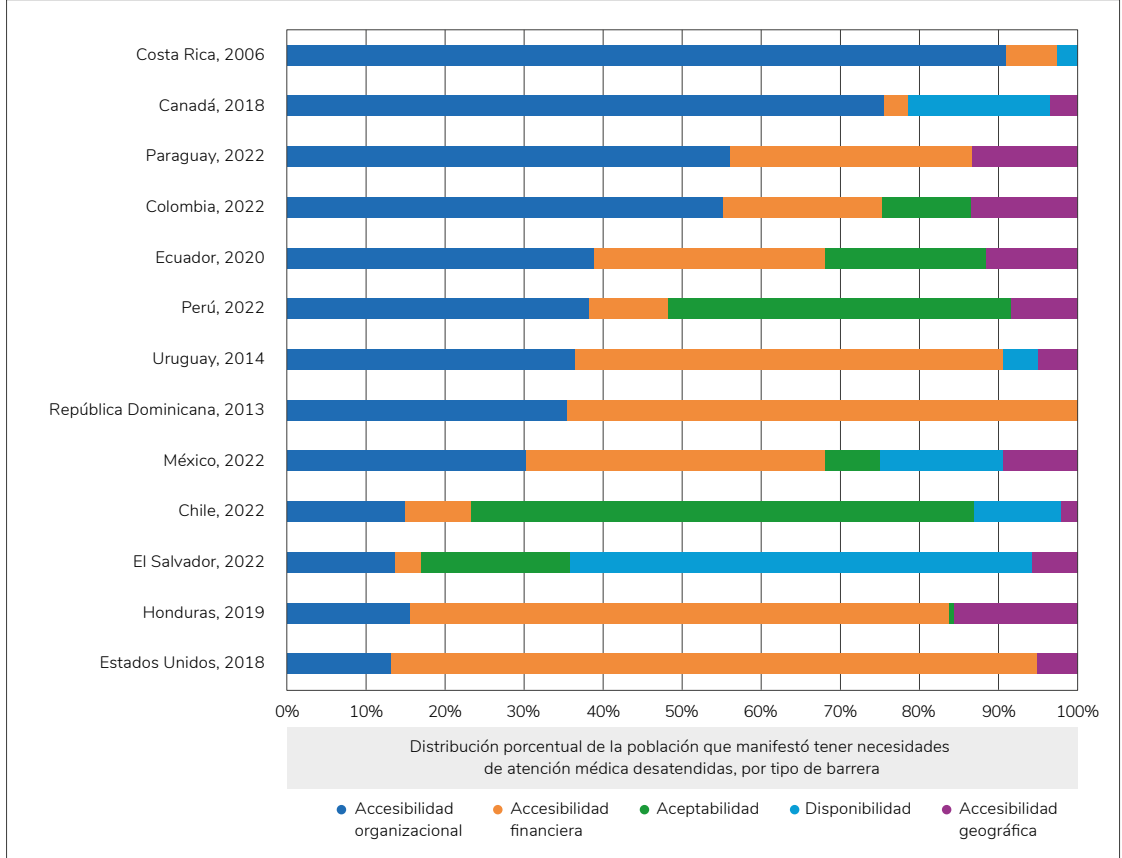


Fuente de los datos: Recopilados a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud.
Fuente: OPS.

Sin embargo, los desafíos concretos a los que se enfrentan los distintos países difieren notablemente (figura 6). Por ejemplo, las barreras organizacionales son más prominentes en Canadá, Costa Rica y Paraguay. En esos países, algunos problemas como los tiempos de espera prolongados, los sistemas ineficientes de reserva de citas y el tratamiento poco adecuado por parte del personal de salud son

motivos comunes por los que las necesidades de atención de salud quedan sin atender. Por otro lado, las barreras financieras son importantes en Estados Unidos, Honduras y República Dominicana, donde el elevado gasto directo de bolsillo y la falta de cobertura de los seguros de salud impiden que muchas personas accedan a la atención que necesitan. Los problemas de disponibilidad son particularmente notables en Canadá, El Salvador y México, donde con frecuencia hay escasez de personal de salud y de medicamentos esenciales. Por otro lado, las barreras relacionadas con la aceptabilidad son retos importantes en Chile, Ecuador y Perú, donde factores como la falta de confianza en los prestadores de atención de salud, las barreras lingüísticas y las preferencias culturales por la medicina tradicional contribuyen a que las necesidades de atención de salud queden sin atender. Las barreras geográficas, que en general son menos habituales, están presentes en Colombia, Honduras y Paraguay, donde los problemas de distancia y transporte dificultan el acceso a los servicios de salud. En el recuadro 2 se presentan las tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú, y se destaca el impacto de las políticas de transformación del sistema de salud.

Figura 6. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso, año más reciente disponible



Fuente de los datos: Recopilados a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud.

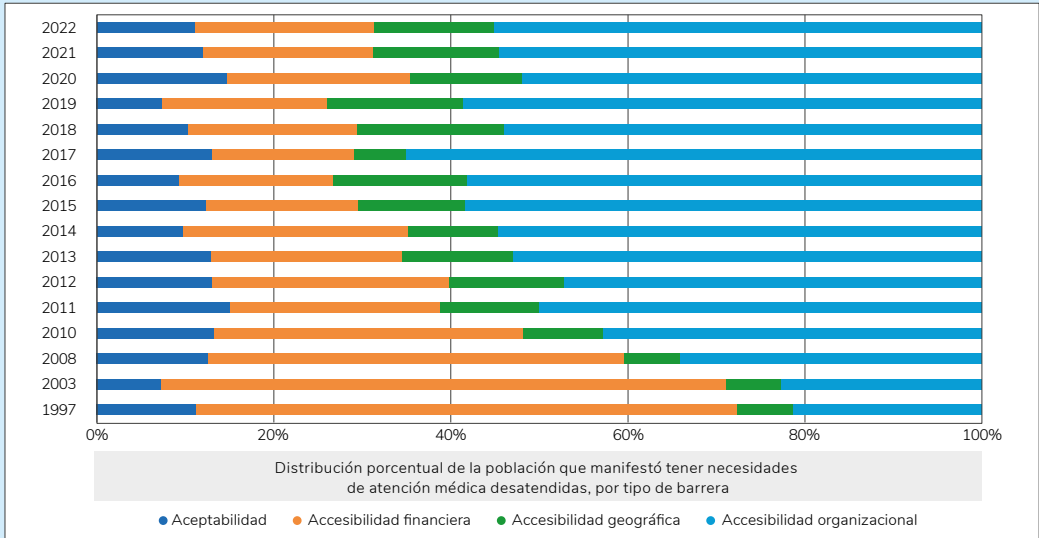
Fuente: OPS.

Recuadro 2. Tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera en algunos países seleccionados de la Región de las Américas

En las figuras 2.1 a 2.3 del recuadro se presentan las tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud en Colombia, El Salvador y Perú, y se destaca el impacto de las políticas de transformación del sistema de salud. Esos estudios de caso indican que en los países que se centran en ampliar la cobertura de los seguros de salud se han reducido las barreras financieras, pero a menudo han aumentado las barreras culturales y organizacionales. Por ejemplo, en Colombia y Perú, si bien la proporción de necesidades insatisfechas debido a barreras financieras ha disminuido, los tiempos de espera prolongados, los sistemas de reserva de citas, el tratamiento por parte del personal de salud y sus aptitudes interculturales se han convertido en motivos cada vez más frecuentes por los que las personas no solicitan servicios de salud.

En Colombia, las barreras organizacionales dominaron de forma constante y representaron la mayor parte de las necesidades insatisfechas de atención de salud en el período del 2010 al 2022. Las barreras financieras fueron muy palpables hasta principios de la década del 2000, pero se han reducido de forma considerable con el transcurso del tiempo. La importancia de las barreras geográficas fluctuó y alcanzó su punto máximo alrededor del 2016 y el 2019, mientras que las barreras de aceptabilidad se han mantenido más o menos igual, o han aumentado. Las tendencias descritas ponen de relieve los desafíos persistentes que hay en la organización de la atención de la salud en Colombia y destacan la naturaleza cambiante de las barreras que obstaculizan el acceso a la atención de salud.

Figura 2.1 del recuadro. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso en Colombia, 1997-2022

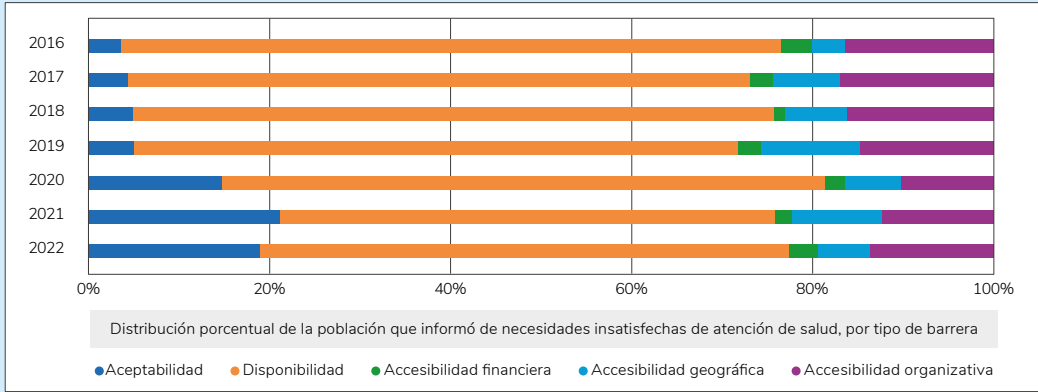


Fuente de los datos: Encuesta de Calidad de Vida (ECV), 1997-2022.
Fuente: OPS.

Recuadro 2. Tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera en algunos países seleccionados de la Región de las Américas (continuación)

En El Salvador, la disponibilidad de los servicios representó sistemáticamente la mayor barrera de acceso a la atención de la salud en el período del 2016 al 2022. Las barreras relacionadas con la aceptabilidad y la organización también desempeñaron un papel notable, mientras que las financieras y las geográficas contribuyeron muy poco. Curiosamente, las barreras relacionadas con la aceptabilidad han aumentado de forma notable desde el 2020, tendencia que subraya el desafío persistente que la aceptabilidad de los servicios de salud supuso en El Salvador durante la pandemia de COVID-19.

Figura 2.2 del recuadro. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso en El Salvador, 2016-2022

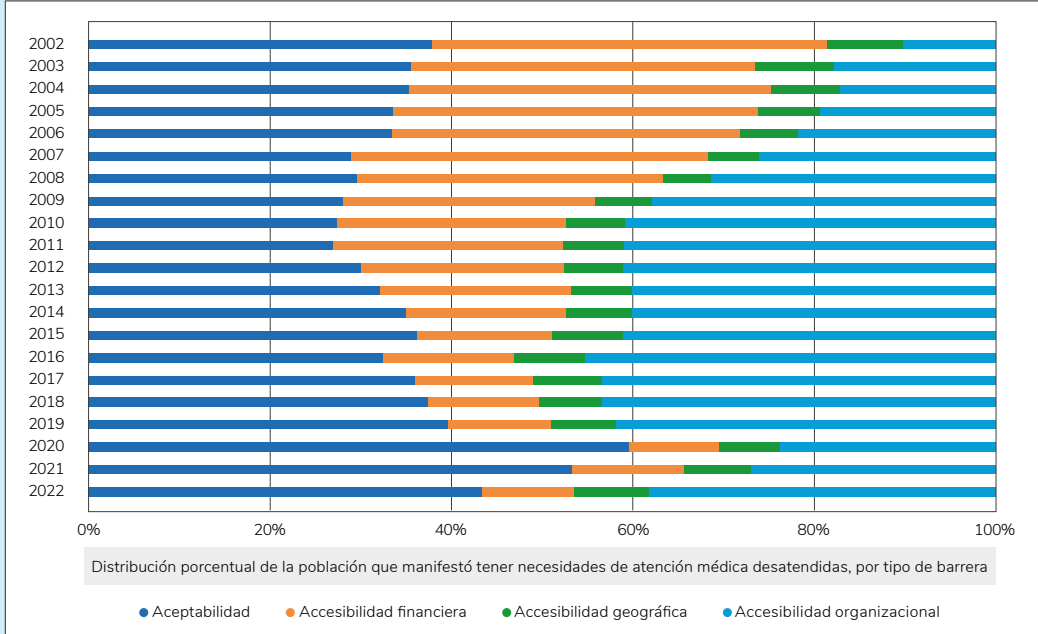


Fuente de los datos: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), 2016-2022.
Fuente: OPS.

En Perú, del 2002 al 2022 hubo tres fases en las que predominaron diferentes tipos de barreras. Las barreras financieras fueron las más importantes del 2002 al 2008, pero disminuyeron de forma constante después del 2018. Del 2009 al 2019, las barreras organizacionales se convirtieron sistemáticamente en el tipo de barrera de acceso más importante. Finalmente, del 2020 al 2022 la aceptabilidad adquirió mayor relevancia, presumiblemente debido a la pandemia de COVID-19. Las barreras geográficas se mantuvieron relativamente estables durante la mayor parte del período. Esta tendencia sugiere que los cambios en el enfoque de las políticas y la asignación de recursos a lo largo del tiempo, así como la aparición de la COVID-19, han incidido en el tipo de barreras que enfrenta la población.

Recuadro 2. Tendencias de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera en algunos países seleccionados de la Región de las Américas (continuación)

Figura 2.3 del recuadro. Distribución de las necesidades insatisfechas de atención de salud por tipo de barrera de acceso en Perú, 2002-2022



Fuente de los datos: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2002-2022.
Fuente: OPS.

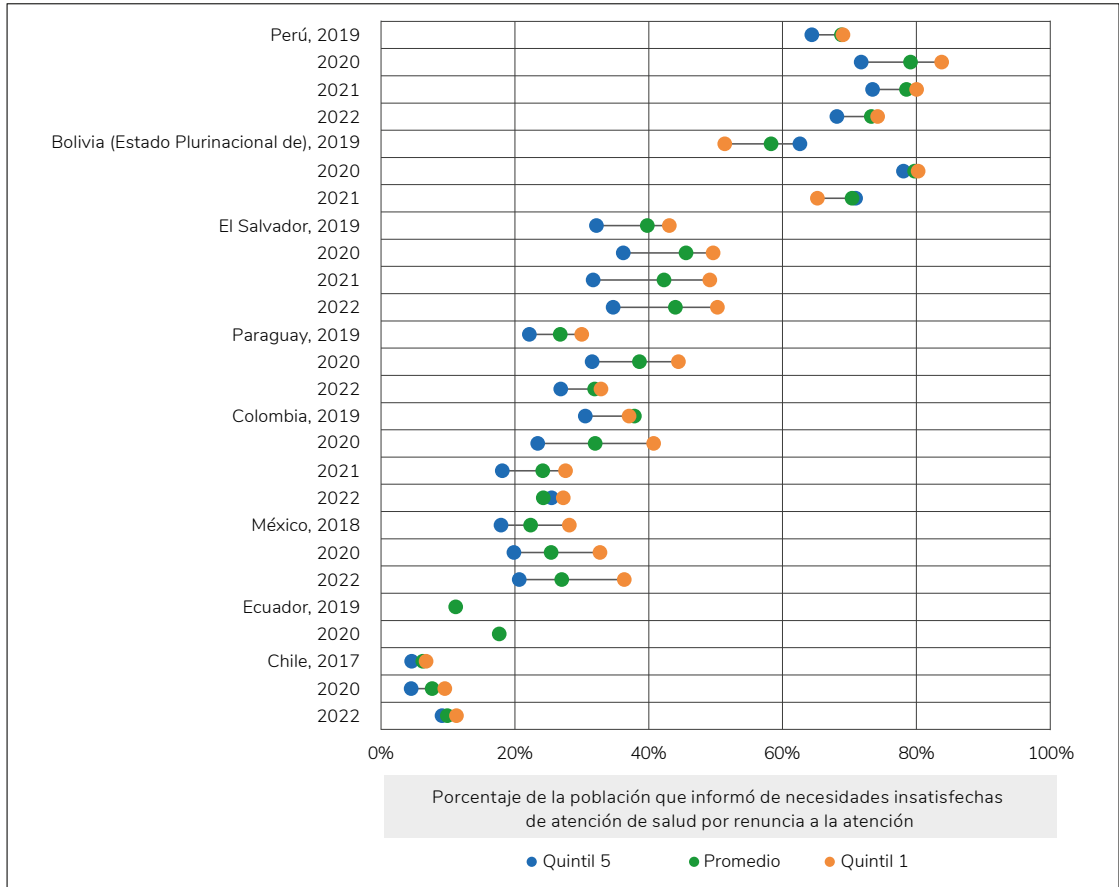
Si bien las encuestas de hogares proporcionan información valiosa sobre los problemas de acceso que enfrenta la población, no captan toda la complejidad de los desafíos asociados a la atención de salud. Para comprender esos desafíos de forma integral es preciso obtener datos cualitativos complementarios y adoptar enfoques en que se apliquen distintos métodos. Sin embargo, las tendencias que surgen de las encuestas subrayan el carácter dinámico y multifacético de los problemas de acceso a la atención de salud en la Región de las Américas. Ponen de relieve la necesidad de aplicar estrategias adaptadas y específicas para cada contexto a fin de abordar las necesidades insatisfechas en cada país. El análisis también señala la importancia de introducir reformas integrales de los sistemas de salud que aborden no solo las barreras financieras, sino también los problemas relacionados con la organización, la cultura y la disponibilidad para garantizar el acceso equitativo a los servicios de atención de la salud.

1.5. La pandemia de COVID-19 aumentó las necesidades insatisfechas de atención de salud en todos los niveles de ingresos

Durante la pandemia de COVID-19, las necesidades insatisfechas de atención de salud aumentaron en todos los países respecto de los cuales hay datos disponibles, independientemente del nivel de ingresos de los hogares. En promedio, las necesidades insatisfechas de atención de salud aumentaron un 20,1%, al pasar del 33,9% antes de la pandemia al 40,7% durante ella (figura 7). Esta tendencia fue particularmente evidente entre los quintiles más pobres, en los que en general se observaron las tasas más altas de renuncia a recibir atención. En los grupos más pobres de países como Chile, Colombia, El Salvador, México, Paraguay y Perú se observaron niveles desproporcionadamente más elevados de necesidades insatisfechas de atención de salud.



Figura 7. Necesidades insatisfechas de atención de salud durante la pandemia de COVID-19



Fuente de los datos: Recopilados a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud.

Fuente: OPS.

Además, los datos longitudinales correspondientes a cada país revelan variaciones importantes en cuanto a las necesidades insatisfechas de atención de salud desde el inicio de la pandemia. En Chile, Ecuador, El Salvador y México, esas necesidades aumentaron en el 2020 y han seguido siendo elevadas en los años siguientes. En contraste, en algunos países como el Estado Plurinacional de Bolivia, Paraguay y Perú las necesidades insatisfechas de atención de salud aumentaron de forma pronunciada en el 2020, pero luego han disminuido en dirección a los niveles prepandémicos.

Colombia se destaca como un caso único en el que las necesidades insatisfechas apenas aumentaron en el 2020 y solo lo hicieron en el quintil 1, lo que llevó a que la brecha de inequidad se acrecentara. Sin embargo, desde entonces las necesidades insatisfechas de atención de salud han disminuido de forma drástica en el país, sobre todo en los grupos más pobres. Curiosamente, en el quintil 5 esas necesidades disminuyeron de forma constante incluso en el 2020 y el 2021, años de pandemia, lo que refleja una mayor resiliencia de los grupos más ricos en varios países.



2



**Cobertura de los servicios
de salud esenciales
(indicador 3.8.1 de los
Objetivos de Desarrollo
Sostenible)**

Principales conclusiones

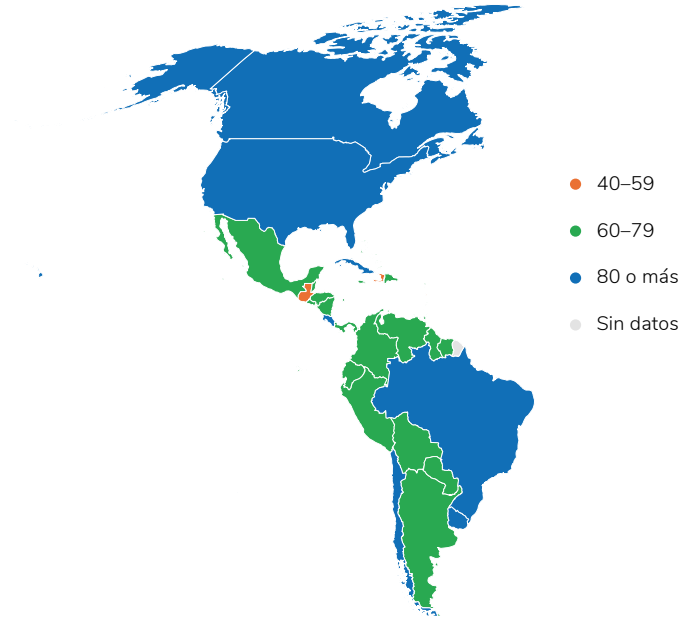
- En la Región de las Américas, el índice de cobertura de los servicios en relación con la cobertura universal de salud aumentó de 66 puntos en el 2000 a 80 en el 2019, y disminuyó a 74 en el 2021. Si bien el 20% de los países alcanzó un índice de 80 o superior, el 71% se situó en el intervalo de 60 a 79, y tres países quedaron rezagados en el intervalo de 40 a 59.
- Al rápido crecimiento inicial en cuanto al índice de cobertura de los servicios le siguió una desaceleración y, en los últimos tiempos, un estancamiento. Se pasó de un aumento de 10 puntos en la tasa de mejora en el período del 2000 al 2005 a una disminución de 2 puntos entre el 2019 y el 2021. Esa tendencia negativa fue muy evidente en el subíndice de enfermedades infecciosas.
- En el 2019, tres subíndices (el de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, el de enfermedades infecciosas y el de capacidad de los servicios y acceso a ellos) superaron los 80 puntos. Sin embargo, hubo un avance más lento en el subíndice de enfermedades no transmisibles, sobre todo después del 2015.
- Hay una correlación positiva entre el nivel de ingresos de un país, el índice de desarrollo humano y el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud. Los países de ingresos altos suelen ubicarse en categorías más altas del índice de desarrollo humano y obtener puntuaciones más elevadas en cuanto a la cobertura universal de salud; los países de ingresos medianos bajos se agrupan en el extremo inferior de ambos índices.
- En relación con el índice compuesto de cobertura de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil se observan desigualdades importantes que dependen del ingreso, la educación y la ubicación geográfica. La mediana de la cobertura del quintil de ingresos más bajos es de alrededor del 65%, mientras que la de la cobertura del quintil de ingresos más altos es de alrededor del 80%.

2.1. Avance general y panorama heterogéneo de logros y retos

En la Región de las Américas, el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud ha mejorado de forma considerable en los últimos veinte años y ha pasado de 66 puntos en el 2000 a 80 en el 2019. En el 2021, la cobertura general de los servicios de salud esenciales alcanzó el 74%, una de las más altas de todas las regiones de la OMS. Sin embargo, el panorama de la cobertura universal de salud en la Región de las Américas era heterogéneo en cuanto a los logros y retos. Una selección de países, entre ellos Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos y Uruguay, que representan el 20% de los países de la Región, lograron un índice de cobertura de los servicios del 80% o superior. La mayoría de los países, que representan el 71% del total, se encontraban

dentro del intervalo del 60% al 79%, lo que indica que ha habido un avance sustancial, pero que también hay margen de mejora. Solo tres países —Dominica, Guatemala y Haití— quedaron rezagados y presentaron niveles de cobertura de entre el 40% y el 59%, lo que pone de manifiesto las disparidades persistentes que hay en la Región (figura 8).

Figura 8. Índice de cobertura de servicios, por país, 2021



Nota: El índice se presenta en una escala de 0 a 100 y los datos se clasifican en tres intervalos de valores: 40 a 59, 60 a 79 y 80 o más. En el mapa se incluyen países de América del Norte y América del Sur, Centroamérica y el Caribe.

Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2022.

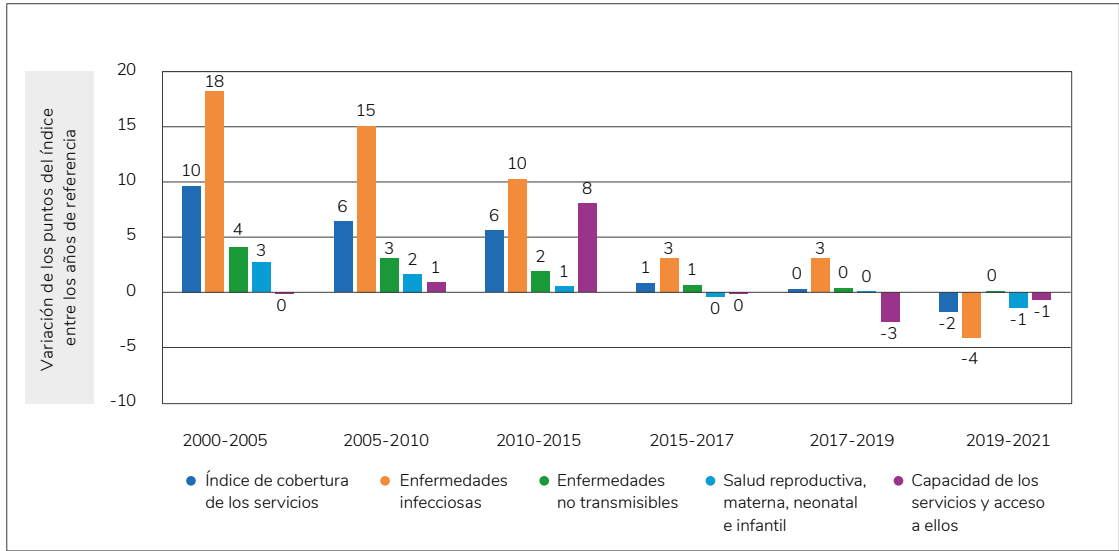
Fuente: OPS.

2.2. Tendencias a lo largo del tiempo y estancamiento reciente en la cobertura de los servicios de salud esenciales

El análisis de las tendencias del 2000 al 2021 indica un aumento rápido inicial seguido de una desaceleración y, en los últimos tiempos, un estancamiento. El índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud mostró mejoras sustanciales en los primeros años y aumentó 10 puntos entre el 2000 y el 2005. Sin embargo, la tasa de mejora ha disminuido constantemente

y el índice solo aumentó 6 puntos en cada uno de los períodos quinquenales siguientes del 2005 al 2015. En el período del 2015 al 2017 se registró un aumento mínimo de 1 punto, y luego se produjo una disminución alarmante de 2 puntos entre el 2019 y el 2021. Esta última tendencia negativa es especialmente patente en el subíndice de enfermedades infecciosas, que disminuyó de 76 en el 2019 a 72 en el 2021, lo que podría reflejar los problemas planteados por la pandemia de COVID-19 (figura 9).

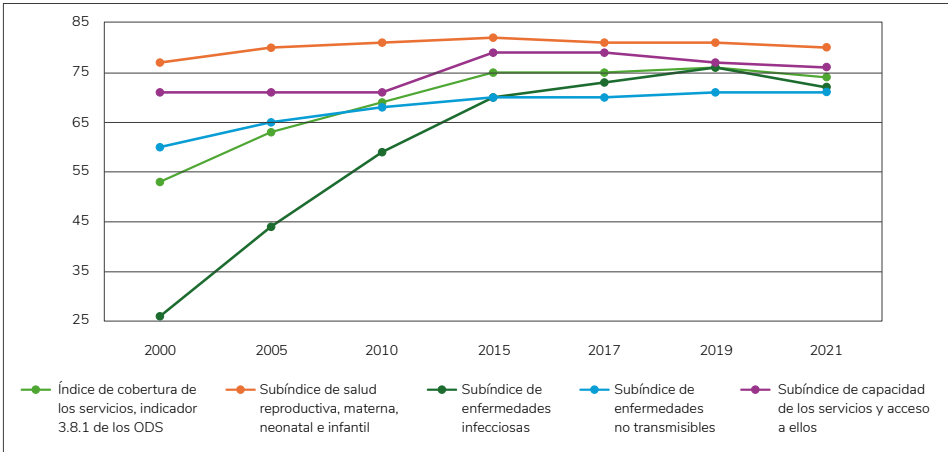
Figura 9. Variación de los puntos del índice y los subíndices de cobertura de servicios, 2000-2021



Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2022. Ginebra: OMS; 2022.
Fuente: OPS.

El análisis de los subíndices muestra tanto los avances como las esferas que requieren atención. En el 2019, tres de los subíndices (salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas y capacidad de los servicios y acceso a ellos) habían superado la marca de los 80 puntos, lo que indica un nivel alto de cobertura en esos ámbitos. Sin embargo, en lo que respecta al subíndice correspondiente a las enfermedades no transmisibles, si bien se observó una mejora gradual hasta el 2015, desde entonces el avance se ha desacelerado (figura 10). Esa tendencia es muy preocupante dada la carga cada vez mayor de enfermedades no transmisibles que se registra en la Región. A medida que las personas viven más años con enfermedades de ese tipo, pasan más tiempo vinculadas al sistema de salud para recibir la atención necesaria. Cada vez es más importante realizar intervenciones más específicas para cerrar esa brecha en la cobertura.

Figura 10. Tendencias de los subíndices de cobertura de servicios, 2000-2021



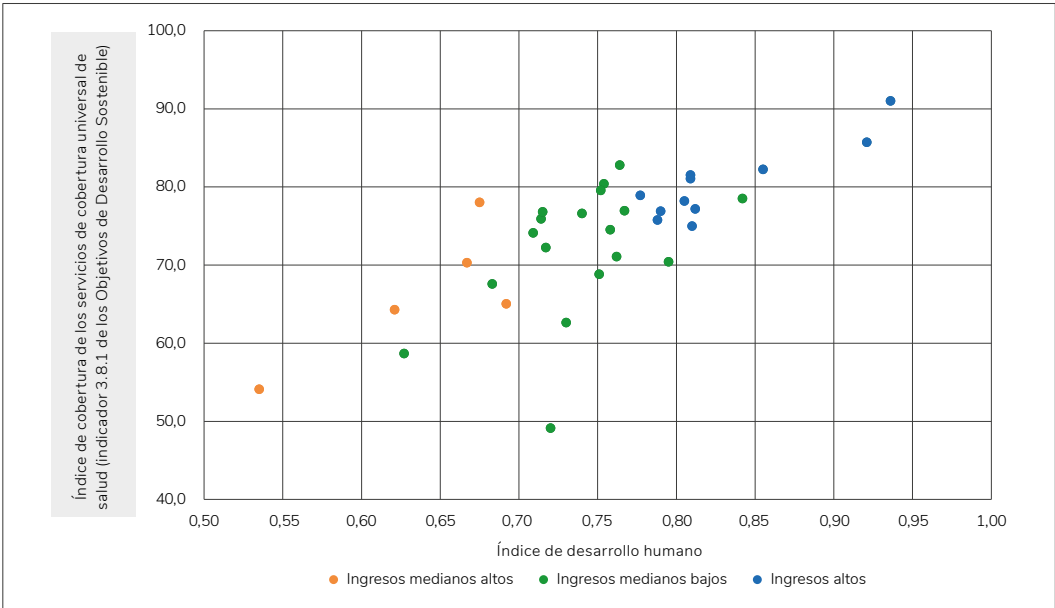
Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2022.

Fuente: OPS.

2.3. Ingresos y desarrollo: factores que predicen la cobertura de los servicios de salud

Hay una correlación notable entre el nivel de ingresos de un país, el índice de desarrollo humano y el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud. Por lo general, la puntuación de los países de ingresos altos es superior a 0,80 en el índice de desarrollo humano y a 80,0 en el índice de cobertura, lo que pone de manifiesto una fuerte relación positiva entre el nivel elevado de desarrollo humano y la cobertura integral de los servicios de salud. En los países de ingresos medianos altos se observa una mayor variabilidad: el índice de desarrollo humano oscila entre 0,65 y 0,85, y el de cobertura, entre 60,0 y 90,0. Los países de ingresos medianos bajos se agrupan en el extremo inferior de ambos índices, pues el índice de desarrollo humano varía entre 0,55 y 0,75, y el de cobertura, entre 50,0 y 75,0. Esto último refleja las dificultades que estos países enfrentan a la hora de alcanzar la cobertura universal de salud (figura 11).

Figura 11. Correlación entre el índice de desarrollo humano y el de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud, por grupo de ingresos, 2021



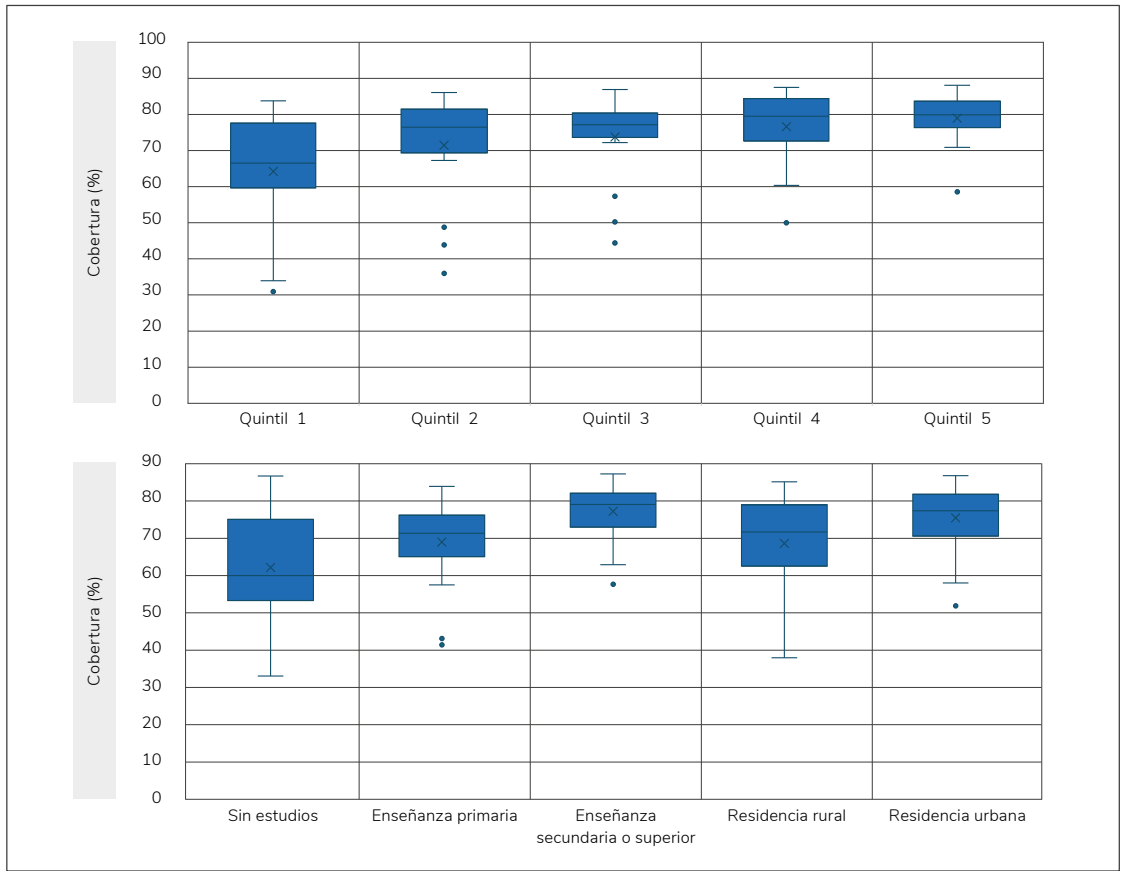
Fuentes de datos: Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory. Ginebra: OMS; 2022 y datos del índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Fuente: OPS.

2.4. Desigualdades en cuanto a la cobertura de los servicios

A pesar de que las tasas de cobertura son elevadas en general, subsisten desigualdades importantes dentro de los países que dependen de los ingresos, la educación y la ubicación geográfica. El análisis del índice compuesto de cobertura de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil indica disparidades marcadas. La cobertura de las personas que pertenecen al quintil de ingresos más bajos varía en gran medida, con una mediana de alrededor del 65% y valores muy atípicos inferiores al 40%. En el quintil de ingresos más alto, por el contrario, la mediana de la cobertura se sitúa en torno al 80%, y los valores atípicos son mínimos, lo que indica que los grupos más ricos reciben una atención más uniforme y de mayor calidad (figura 12).

Figura 12. Índice compuesto de cobertura de las intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, por quintil de ingresos, nivel educativo y residencia rural o urbana



Nota: Los puntos representan valores atípicos.

Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Ginebra: OMS; 2022.

Fuente: OPS.

Cuando se analiza el nivel educativo surgen tendencias similares, ya que quienes tienen estudios secundarios o de educación superior muestran la mediana de cobertura más elevada, cercana al 80%, mientras que quienes no tienen estudios se enfrentan a una mayor variabilidad y una menor cobertura general. La brecha entre las zonas urbanas y las rurales agrava aún más esas desigualdades, ya que quienes residen en las primeras suelen tener una cobertura mayor y más uniforme que quienes residen en las segundas.



3



**Protección financiera
(indicador 3.8.2 de los
Objetivos de Desarrollo
Sostenible)**

Principales conclusiones

- En el 2019, entre el 1,5% y el 7,8% de la población de la Región de las Américas tuvo que afrontar gastos catastróficos en salud, que afectaron a entre 15 y 79 millones de personas, según el umbral de ingresos utilizado (25% o 10% del ingreso de los hogares, respectivamente).
- Con respecto al 2020 y a los años posteriores solo hay algunos puntos de datos disponibles en la Región. Por ejemplo, el 4,4% de la población de México informó haber tenido que afrontar gastos catastróficos en salud en el 2020. En el 2021, las cifras que informaron el Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos y Perú ascendieron al 5,7%, el 12,6% y el 4,6%, respectivamente, lo que pone de manifiesto el impacto variable de los costos de salud en las diferentes regiones y niveles de ingresos.
- Se estima que, en el 2000, 102 millones de personas (12,3%) se vieron empujadas aún más a la pobreza, mientras que en el 2019 esa cifra estimada aumentó a 134 millones (13,3%). Por otra parte, el número de personas que no eran pobres y debieron afrontar gastos directos de bolsillo en salud que las situaron por debajo del umbral de pobreza relativa ascendió a 8 millones en el 2000 (0,9%) y a 13 millones en el 2019 (1,2%).
- Los hogares integrados únicamente por personas mayores enfrentan mayores gastos catastróficos, mientras que los multigeneracionales están más expuestos a gastos empobrecedores. En Costa Rica, por ejemplo, el 16,3% de los hogares integrados por personas mayores enfrentaron gastos catastróficos, frente al 4,3% de los hogares integrados por personas más jóvenes.
- Los hogares rurales están sistemáticamente más expuestos que los hogares urbanos a gastos directos empobrecedores en salud. Por ejemplo, en Perú, el 48,9% de los hogares rurales se empobrecieron debido a los costos de salud, frente al 13,1% de los hogares urbanos.
- Cuanto mayor es la tasa de pobreza de un país, mayor es el gasto empobrecedor en salud de los hogares, lo que indica que hay una correlación positiva entre la pobreza y ese gasto, aunque esto debería estudiarse más a fondo. Los países más pobres tienen más probabilidades de incurrir en gastos empobrecedores en salud que los países más ricos.

Los gastos directos de bolsillo afectan el desempeño de los sistemas de salud en varios niveles de resultados. Por un lado, representan una barrera económica importante que dificulta el acceso a los servicios de salud y son reflejo de los métodos más inequitativos e ineficientes de financiamiento del sistema de salud. Además, esa forma de gasto impone costos excesivos a las personas y los hogares, y aumenta el riesgo de que incurran en gastos catastróficos y se empobrezcan al acceder a los servicios de salud (20). La ineficiencia de los gastos directos se manifiesta en el hecho de que, debido a ellos, las personas tienden a retrasar la atención de salud que necesitan o a renunciar a ella. Ese retraso a menudo hace que las personas busquen atención demasiado tarde, cuando los tratamientos se tornan más caros,

o que no busquen atención en lo absoluto, lo que incide de forma negativa en los resultados de salud. Además, ese método de financiamiento debe ser más equitativo, ya que afecta de manera desproporcionada a las personas que no cuentan con los medios para pagar los costos asociados con el acceso a la atención en el punto de servicio. En el recuadro 3 se presenta un análisis detallado del estado actual de los gastos directos en la Región, y se examinan sus consecuencias y la labor que se está llevando a cabo para abordar este aspecto crítico del financiamiento del sistema de salud.

Recuadro 3. Los gastos directos como fuente de financiamiento de los sistemas de salud

Los sistemas de salud en la Región de las Américas han mostrado históricamente una estructura de financiamiento muy heterogénea, caracterizada por una combinación de múltiples fuentes. En la figura 3.1 del presente recuadro se muestra que un componente importante de esa estructura está constituido por los gastos directos de bolsillo de los hogares en el punto de atención, que en el 2021 representaron el 29,6% en promedio. El impacto del gasto directo de los hogares varía mucho de un país a otro. Granada, Guatemala y Honduras, por ejemplo, informan cifras que superan el 50% del gasto corriente en salud, mientras que Colombia, Estados Unidos y Jamaica han logrado reducir esa cifra a menos del 14%. En Estados Unidos, en particular, la escasa proporción del gasto directo, que representa el 10,7%, puede atribuirse a los efectos de la reforma del seguro de salud que se introdujo en el 2010, ya que anteriormente en el país se registraba una de las proporciones más elevadas de gastos directos de la Región.^{a,b} Cuba se destaca sistemáticamente como el país que tiene el gasto directo de bolsillo más bajo de la Región, que en el 2020 constituyeron el 8,9%.

Esta dependencia respecto del gasto directo tiene lugar en un contexto más amplio en el que predominan los planes administrados por el gobierno, que aportan en promedio el 40,1% del financiamiento del sistema de salud por medio de los impuestos generales y que se suelen denominar “fuentes no contributivas”. Además, las “fuentes contributivas”, típicas de los sistemas de seguridad social, representan aproximadamente el 20,4% del financiamiento de la salud y se obtienen de las deducciones del sueldo de los trabajadores formales. Si bien otras fuentes de financiamiento, como los planes privados obligatorios y voluntarios, representan un porcentaje menor del financiamiento de la salud, pueden desempeñar un papel importante en algunos países, en particular cuando se gestionan recursos de los sistemas de seguridad social obligatorios.

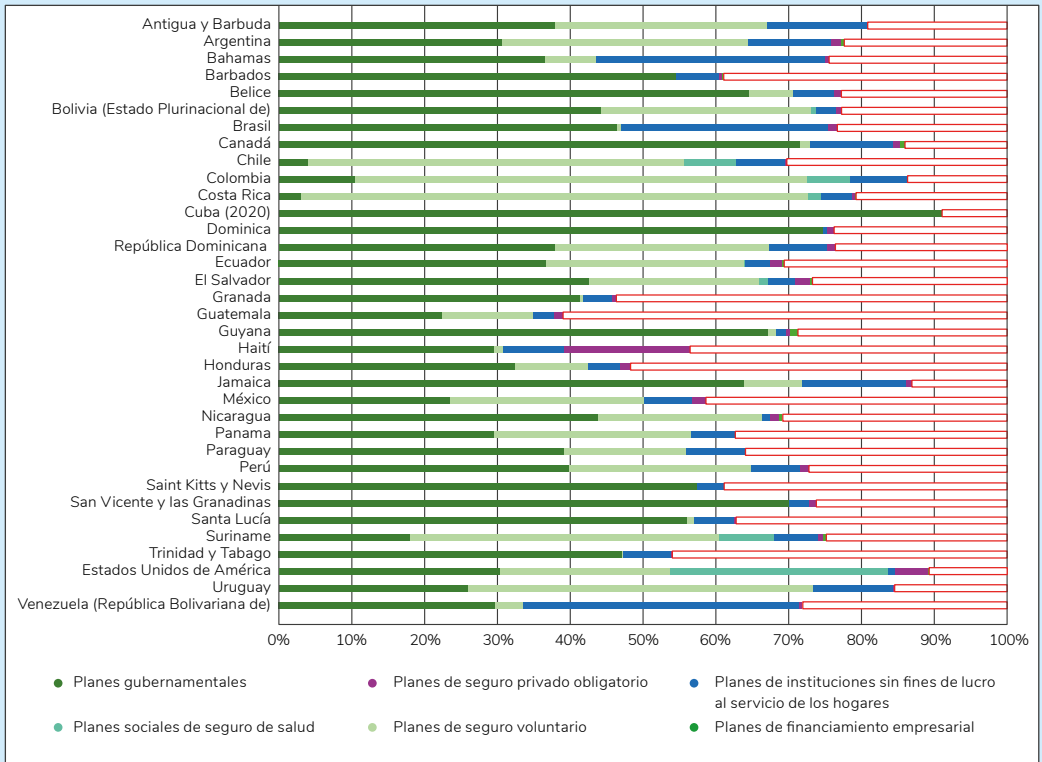
a Waters HR, Anderson GF, Mays J. Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy*. 2004;69(3):339–349. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.003>.

b Arrieta A. Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América. *Rev latinoam derecho soc*. 2016;23:3–30. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2016.23.10415>.

Recuadro 3. Los gastos directos como fuente de financiamiento de los sistemas de salud (continuación)

La situación actual refleja la transformación de los sistemas de financiamiento de la salud. Dadas las limitaciones del mercado laboral formal, la escasa participación de los sueldos en el producto interno bruto y la inseguridad laboral, los gobiernos invierten una parte importante de los ingresos tributarios en la salud. Como resultado, en la configuración de los planes de financiamiento se han incluido cada vez más los planes públicos financiados con impuestos generales. De hecho, el análisis de cada país confirma que hay una gran heterogeneidad estructural.^{c,d}

Figura 3.1 del recuadro. Planes de financiamiento de los sistemas de salud (participación porcentual en el gasto corriente en salud), 2021



Fuente de los datos: Base de datos de la OMS sobre el gasto mundial en salud, 2023.

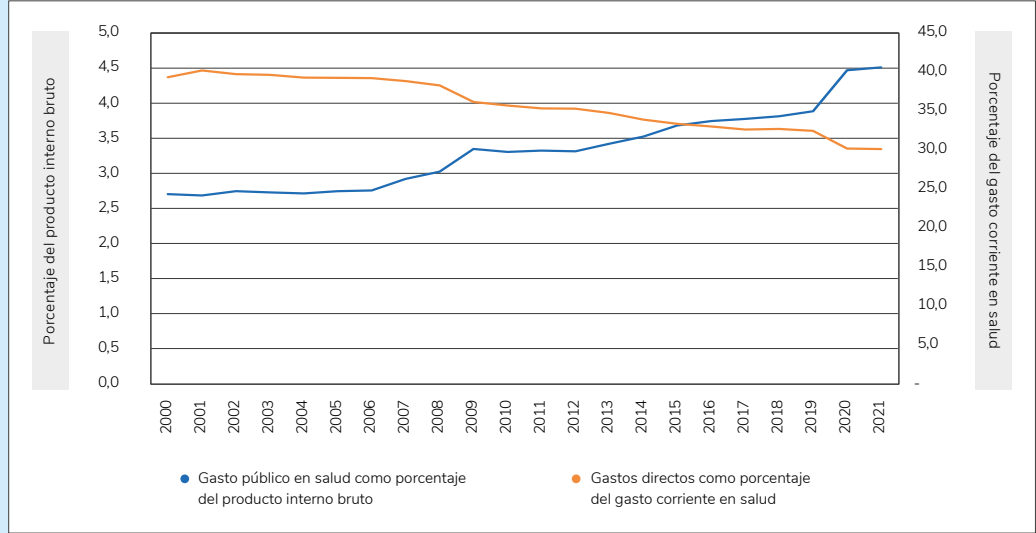
c Sojo A. Including informal economy workers in contributory social protection: Current challenges in Latin America. Int Soc Secur Rev. 2015;68(4):69-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/issr.12088>.

d Behrendt C, Nguyen Q.A. Innovative approaches for ensuring universal social protection for the future of work. Ginebra: OIT; 2018. Disponible en: <https://metadataetc.org/gigontology/pdf/Behrendt%20and%20Nguyen%20-%20Innovative%20approaches%20for%20ensuring%20universal%20social.pdf>.

Recuadro 3. Los gastos directos como fuente de financiamiento de los sistemas de salud (continuación)

Un análisis consolidado de la Región a lo largo del tiempo confirma algunas de estas observaciones. No incluir a Canadá y Estados Unidos permite obtener un panorama más claro de la situación en América Latina y el Caribe. Desde principios de los años 2000, la participación de los gastos directos en el gasto corriente en salud ha tendido a la baja: disminuyó del 40,2% en el 2001 al 30,1% en el 2021 (figura 3.2 del recuadro). Esa tendencia ha ido acompañada de una trayectoria ascendente del gasto público procedente de los impuestos generales, que pasó del 2,7% del producto interno bruto en el 2005 al 4,5% de este en el 2020 y el 2021. El repunte notable que se registró en el 2020 y se mantuvo constante en el 2021 se atribuye principalmente a los fondos extraordinarios que los gobiernos asignaron para combatir la pandemia de COVID-19. A medida que esta respuesta disminuye, se espera que la eliminación de los fondos extraordinarios lleve a un nivel de gasto inferior. Sin embargo, es posible que esto no afecte necesariamente la tendencia al alza observada antes de la pandemia.

Figura 3.2 del recuadro. América Latina y el Caribe: tendencias del gasto público y del gasto directo en salud, 2000-2021



Fuente de los datos: Base de datos de la OMS sobre el gasto mundial en salud, 2023.

Fuente: OPS.

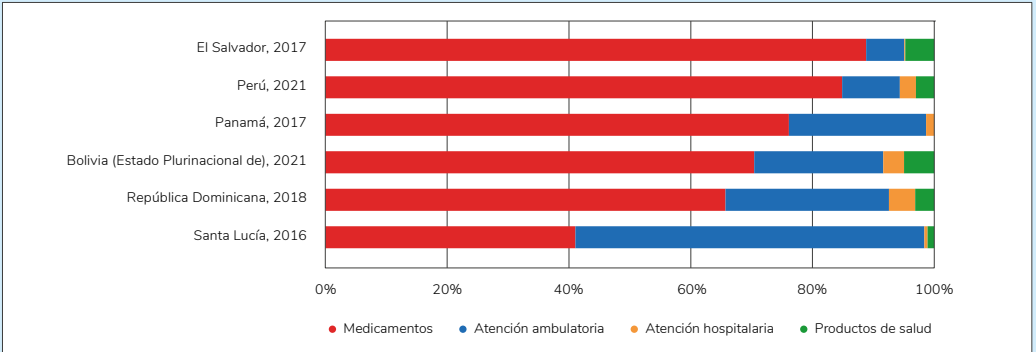
El análisis de la composición del gasto directo en salud en los países de los que se dispone de datos muestra que los medicamentos sobresalen como el principal factor que causa este tipo de gastos, seguidos de las consultas ambulatorias (figura 3.3 del recuadro). Esto se debe sobre todo a que los medicamentos a menudo no están cubiertos por los planes institucionales de protección financiera. Los medicamentos para pacientes ambulatorios se excluyen con frecuencia y, aunque la atención hospitalaria en teoría puede incluirlos, la cobertura en la

Recuadro 3. Los gastos directos como fuente de financiamiento de los sistemas de salud (continuación)

práctica a menudo se limita a unos pocos medicamentos de uso común. Este problema se ve agravado por la evolución de la farmacología de las enfermedades crónicas y de alto costo que, aunque son poco frecuentes, tienen un impacto financiero sustancial en los hogares.^e

A pesar de que el gasto en servicios de hospital representa un porcentaje escaso del gasto directo de bolsillo, es importante tener en cuenta que esos servicios son utilizados por una pequeña porción de la población que suele tener una cobertura financiera considerable. Sin embargo, aunque los gastos directos promedio sean inferiores, pueden ser muy onerosos para los pocos hogares que utilizan esos servicios y se encuentran con brechas de cobertura. Por lo tanto, es preciso llevar a cabo un análisis microeconómico más detallado de estas cuestiones.^f

Figura 3.3 del recuadro. Composición promedio del gasto directo en salud de los hogares, estimaciones disponibles



Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

e Sum G, Hone T, Atun R, Millett C, Suhrcke M, Mahal A, et al. Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2018;3(1):e000505. Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/3/1/e000505.abstract>.

f Wahlster P, Scahill S, Lu CY, Babar Z. Barriers to access and use of high-cost medicines: a review. *Health Policy Technol*. 2015;4(3):191-214. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211883715000465>.

3.1. Gasto directo catastrófico y empobrecedor en salud

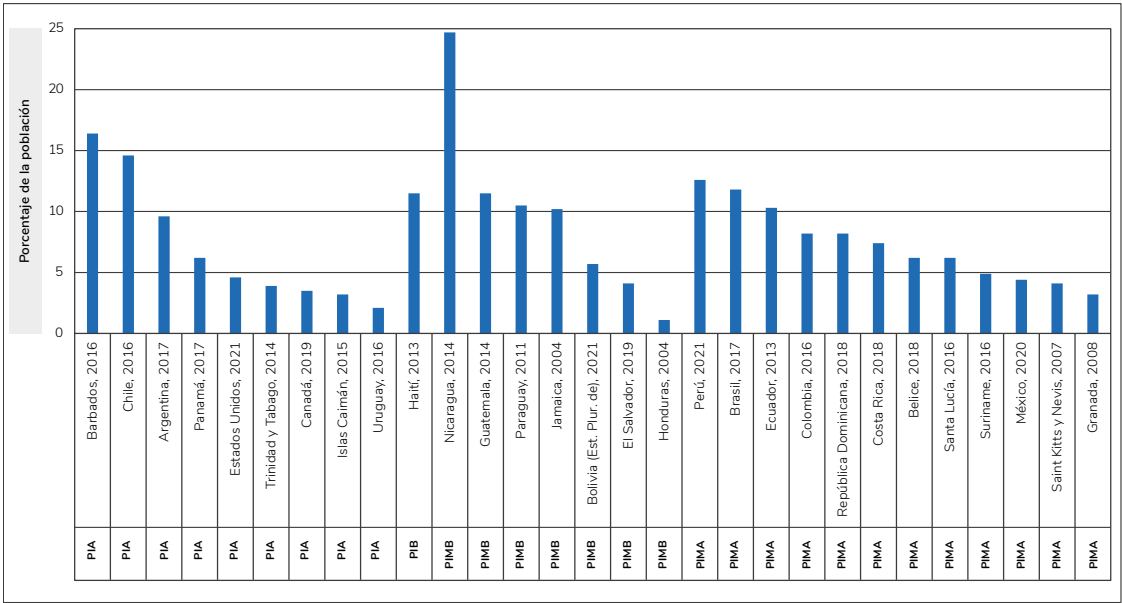
En esta sección se presenta un análisis de la situación del gasto directo catastrófico en salud utilizando los umbrales del 10% y el 25% del ingreso de los hogares definidos en el indicador 3.8.2 de los ODS, así como del gasto directo empobrecedor. En la Región de las Américas ha habido dificultades en cuanto a la recopilación de datos debido a la suspensión de las encuestas de hogares durante la pandemia, lo que ha afectado la disponibilidad de datos actualizados y precisos. A pesar de esas dificultades, los datos del 2019 sirven como un punto de referencia fundamental para comprender las tendencias prepandémicas.

En el 2019, entre el 1,5% y el 7,8% de la población incurrió en gastos catastróficos en salud, lo que afectó a entre 15 y 79 millones de personas según el umbral considerado (25% o 10% del ingreso del hogar, respectivamente). Del 2000 al 2010, la incidencia de los gastos catastróficos en el umbral del 10% se mantuvo estable y se situó en aproximadamente el 8,3% de la población, incluso cuando se amplió la cobertura del servicio. En el 2017, esa cifra había disminuido al 7,4%, pero entre el 2017 y el 2019 aumentó nuevamente al 7,8%, lo que indica una tendencia preocupante de una carga financiera cada vez mayor para los hogares (14).

A nivel nacional, los datos actualizados del 2020 y el 2021 ofrecen un panorama más detallado (en el que se utiliza el umbral del 10%). En México, el 4,4% de la población declaró que en el 2020 había incurrido en gastos catastróficos relacionados con la salud. Respecto del 2021, el Estado Plurinacional de Bolivia, Estados Unidos y Perú informaron que el 5,7%, 12,6% y 4,6% de su población, respectivamente, había enfrentado gastos catastróficos en salud. Esas cifras ponen de relieve el impacto variable de los costos de salud en los diferentes niveles de ingreso y en las distintas regiones (figura 13).

Considerando los datos disponibles en la Región del 2004 al 2021, el nivel más bajo de gastos catastróficos se registró en Honduras en el 2004, donde el 1,1% de la población debió afrontar ese tipo de gastos. Solo en Uruguay se registró un porcentaje similar, a saber, un 2,1% en el 2016. Por otro lado, el nivel más alto se registró en Nicaragua en el 2014 (24,7%), seguido de Barbados en el 2016 (16,4%).

Figura 13. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud según el umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS, año más reciente, 2004-2011

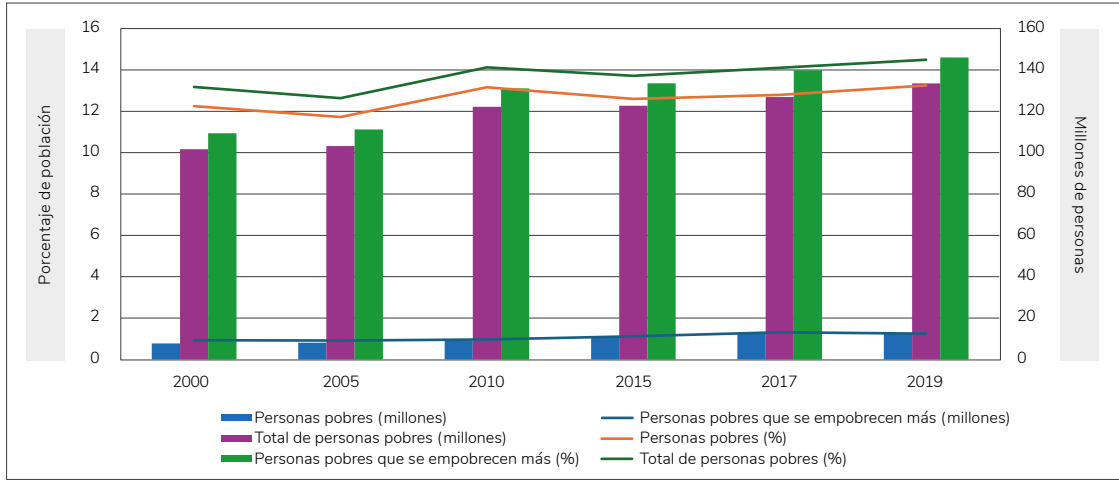


Nota: PIA, país de ingresos altos; PIB, país de ingresos bajos; PIMB, país de ingresos medianos bajos; PIMA, país de ingresos medianos altos.
 Fuente de los datos: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.
 Fuente: OPS.

Cuando las condiciones de protección financiera no son suficientes, los hogares pueden caer en la pobreza debido al gasto en salud. Se estima que en el 2000, hubo 109 millones de personas (13,2% de la población total) en la Región de las Américas que cayeron en la pobreza o cuya situación empeoró aún más por motivos de salud (utilizando el umbral de pobreza relativa). En el 2019 esa cifra había aumentado a 146 millones de personas (14,5%) y se había convertido en una de las preocupaciones más importantes en relación con la protección financiera.

El desglose de esas cifras muestra que la mayoría corresponde a personas que ya eran pobres y cuyos gastos directos en salud acabaron empeorando la situación. En el 2000 se estimaba que había 102 millones de personas (12,3% de la población total) que se encontraban en esa situación, y en el 2019 la estimación ascendió a 134 millones de personas (13,3%). Por otra parte, las personas que no eran pobres y cayeron por debajo del umbral de pobreza relativa debido a los gastos directos en salud ascendieron a 8 millones en el 2000 (0,9%) y a 13 millones en el 2019 (1,2%) (14) (figura 14).

Figura 14. Cambio de la población empobrecida debido al gasto directo en salud en la Región de las Américas (en porcentaje de la población de la Región y en millones de personas)

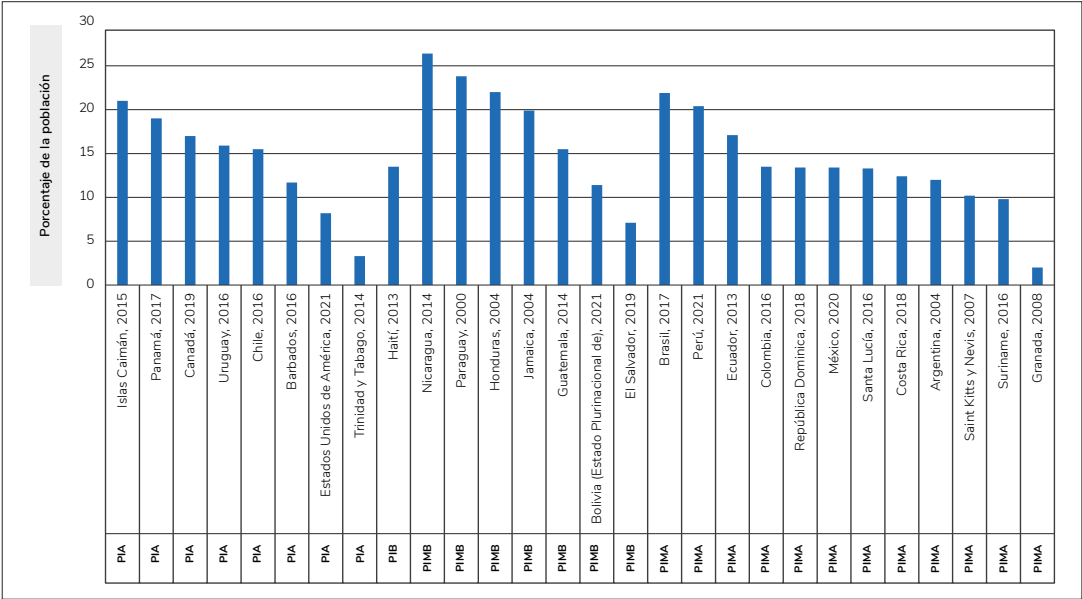


Fuente de los datos: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

Fuente: OPS.

Los datos a nivel nacional proporcionan más información sobre la situación a nivel regional. La proporción más baja fue del 2% en Granada en el 2008, porcentaje que solo es comparable con el 3,3% que se registró en Trinidad y Tabago en el 2014. En México, un país de ingresos medianos altos, el 13,4% de la población cayó en la pobreza debido a los gastos en salud en el 2020. En el 2021, en el Estado Plurinacional de Bolivia (ingresos medianos bajos), Estados Unidos (ingresos altos) y Perú (ingresos medianos altos), el 11,4%, 20,4% y 8,2% de la población, respectivamente, cayó en situación de pobreza o en una situación de pobreza más profunda por motivos de salud (figura 15). En el otro extremo, Nicaragua registró la proporción más alta (26,4% en el 2014), seguida de Paraguay (23,8% en el 2000).

Figura 15. Incidencia del gasto directo empobrecedor en salud, en el umbral de pobreza relativa, año más reciente, 2000-2021



Nota: PIA, país de ingresos altos; PIB, país de ingresos bajos; PIBM, país de ingresos medianos bajos; PIAM, país de ingresos medianos altos.

Fuente de los datos: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

Fuente: OPS.

3.2. Composición etaria de los hogares y su impacto en los gastos catastróficos y empobrecedores en salud

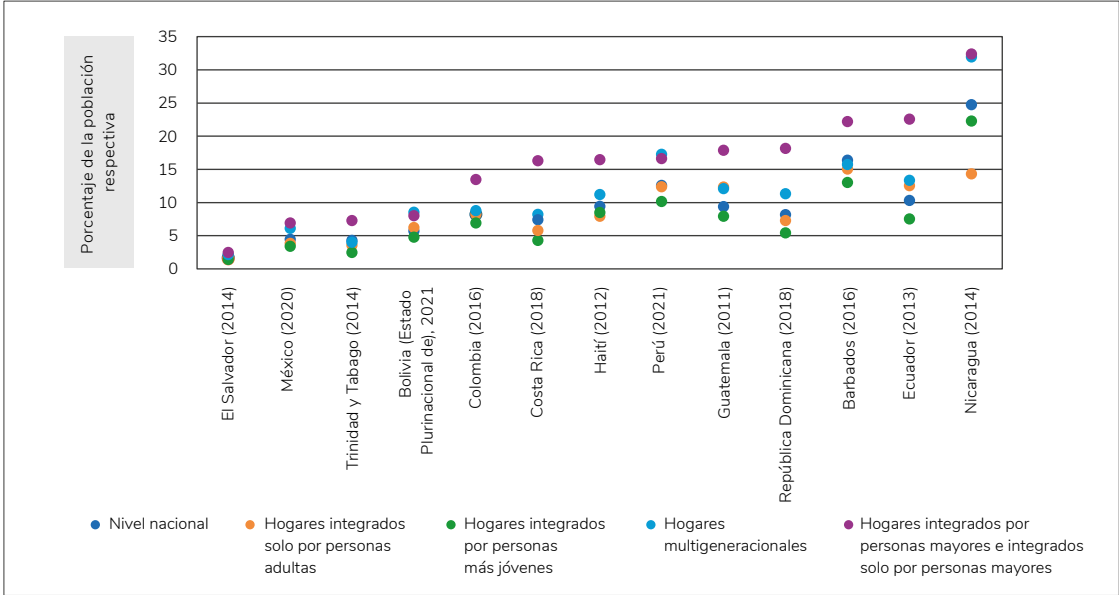
Hay varios factores determinantes que pueden explicar tanto los gastos directos catastróficos como los gastos directos empobrecedores en salud. Los factores que se pueden analizar a partir de encuestas de hogares permiten desglosar los indicadores de forma detallada.

La composición etaria de los hogares muestra que los que están integrados solo por personas mayores enfrentan gastos catastróficos superiores, mientras que los que están compuestos por personas jóvenes se encuentran en el extremo opuesto. En el 2018 en Costa Rica, por ejemplo, se observa una diferencia considerable entre ambas categorías: el 16,3% de los hogares integrados solo por personas mayores

enfrentaron gastos catastróficos en salud, mientras que en los hogares integrados por personas jóvenes esa proporción fue del 4,3%. En República Dominicana, en los hogares compuestos únicamente por personas mayores se registró una proporción del 18,1%, mientras que en los integrados por personas jóvenes la proporción fue del 5,4% (figura 16).

Aquí se observan dos factores relevantes. Por un lado, las personas mayores generalmente tienen que afrontar mayores gastos de atención de salud. Al mismo tiempo, una proporción importante de la población mayor presenta una reducción considerable de los ingresos debido al final de la vida laboral y a las dificultades que enfrentan los sistemas de pensiones. Esto último ocurre sobre todo en el caso de las mujeres, que además viven más tiempo y sufren más enfermedades crónicas (tienen una esperanza de vida con mala salud más prolongada) (21). La población joven, por el contrario, suele afrontar gastos de atención de salud más bajos y depende más de sus progenitores por más tiempo que hace algunas décadas (22-24).

Figura 16. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud (umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS), por estructura etaria del hogar, año más reciente



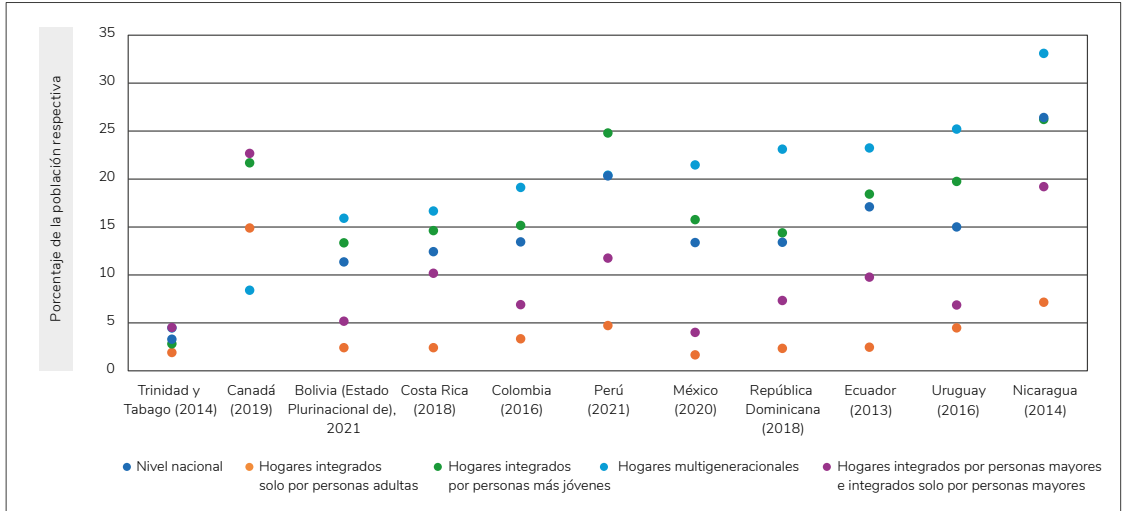
Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

El comportamiento de los gastos empobrecedores, por su parte, es diferente. Los hogares compuestos por personas de diferentes edades (multigeneracionales) están más expuestos al empobrecimiento debido a los gastos directos en salud, mientras que los integrados por personas adultas se encuentran en la situación opuesta. En el 2020 en México se registró una diferencia notable: el 21,5% de los

hogares multigeneracionales se empobrecieron, frente a solo el 1,7% de los hogares integrados únicamente por personas adultas. Una situación similar ocurrió en República Dominicana, donde el 23,1% de los hogares multigeneracionales se empobrecieron, frente a solo el 2,3% de los integrados solo por personas adultas (figura 17).

Una explicación de lo anterior es que los hogares multigeneracionales, además de estar integrados por quienes proporcionan el sostén económico (las personas adultas), pueden estar compuestos además por niños y personas mayores. Esos grupos, que tienen grandes necesidades de atención de salud, no generan ingresos o, en el caso de las personas mayores, generan ingresos limitados, lo que da como resultado que esos hogares sean más vulnerables al empobrecimiento por motivos de salud. Por el contrario, los hogares compuestos solo por personas adultas se encuentran en el extremo opuesto del espectro, pues generan mayores ingresos laborales y eso los expone en menor medida al empobrecimiento relacionado con la salud. Cabe destacar que los hogares integrados únicamente por personas mayores no están más expuestos al empobrecimiento relacionado con la salud. Por otro lado, muchas personas pobres conviven precisamente para tratar de mejorar su situación de pobreza. Otro caso es el de las personas a cargo del cuidado, que muchas veces se mudan junto a alguien que necesita cuidados a largo plazo, lo que también implica más costos y necesidades de atención de salud. Además, los sistemas de salud han diseñado políticas de protección financiera más específicas para ese segmento de la población que para los hogares multigeneracionales (25). Hay un importante debate sobre los métodos que se utilizan para medir el gasto empobrecedor, ya que las conclusiones pueden dar lugar a diferencias en el diseño de las políticas (26).

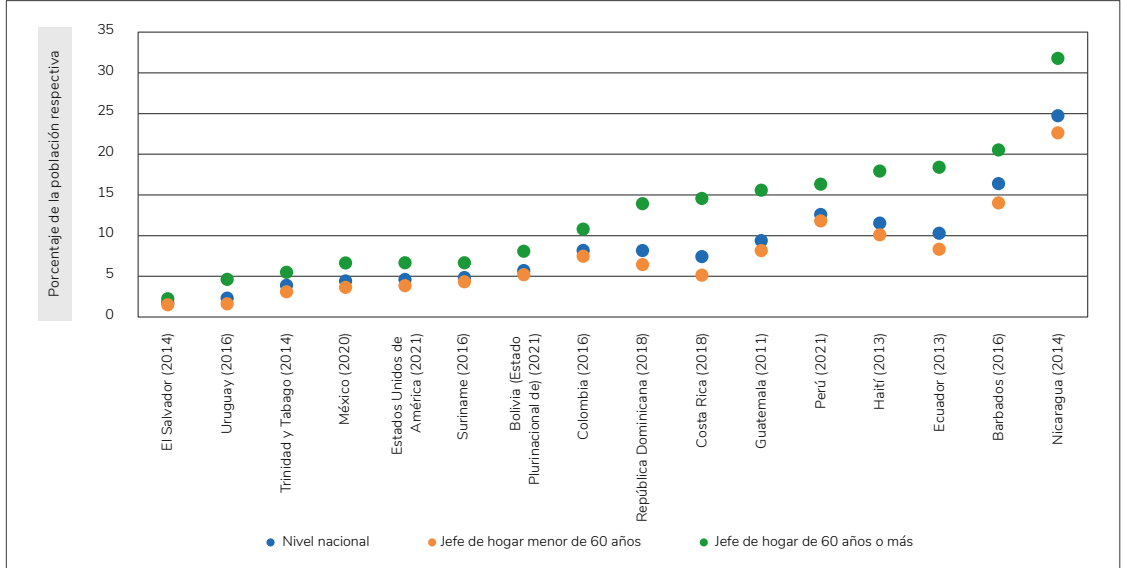
Figura 17. Incidencia del gasto directo empobrecedor en salud (que hace que las personas caigan en situación de pobreza y de mayor pobreza), en el umbral de pobreza relativa, por estructura etaria del hogar, año más reciente



Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

La edad del jefe de hogar también influye en la vulnerabilidad financiera, pero de manera diferente. Por ejemplo, en Uruguay en el 2016, los hogares cuyo jefe era mayor de 60 años enfrentaron más gastos catastróficos: el 4,6% de los hogares resultaron afectados, frente al 1,6% de los hogares cuyo jefe era más joven. Una situación similar ocurrió en Costa Rica en el 2018, cuando el 14,6% de los hogares con un jefe mayor de 60 años se vieron afectados, frente al 5,1% de los demás hogares (figura 18). Los gastos empobrecedores, sin embargo, no mostraron un patrón claro basado en la edad del jefe de hogar (figura 19). Esos resultados coinciden con otros hallazgos anteriores, ya que muchos hogares encabezados por personas mayores (mayores de 60 años) a menudo están compuestos únicamente por ese tipo de personas, incluidos los hogares unipersonales. Eso reafirma la exposición extrema de las personas mayores a los gastos catastróficos en salud, lo que es una preocupación importante en relación con las políticas públicas y los sistemas de salud respecto de la protección financiera y a la hora de crear servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores (27-29).

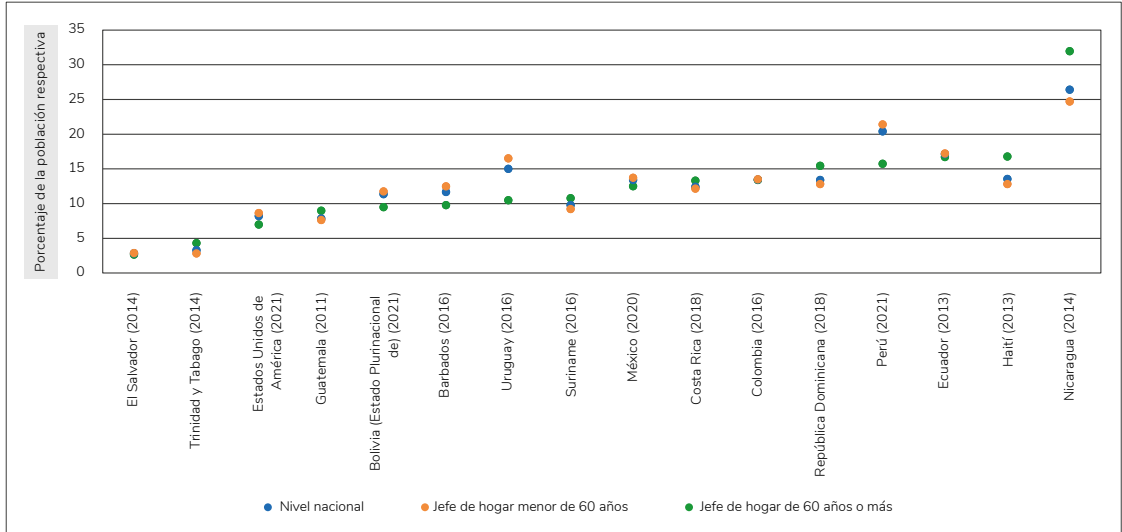
Figura 18. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud (umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS), por edad del jefe de hogar, año más reciente



Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

Del mismo modo, se confirma que los gastos empobrecedores en salud no afectan considerablemente a las personas mayores jefas de hogar en comparación con otras estructuras del hogar. Es crucial destacar las causas de esta diferencia entre los gastos catastróficos y empobrecedores en salud para mejorar el diseño de las políticas de protección financiera.

Figura 19. Incidencia del gasto directo empobrecedor en salud (que hace que las personas caigan en situación de pobreza y de mayor pobreza), en el umbral de pobreza relativa, por edad del jefe de hogar, año más reciente

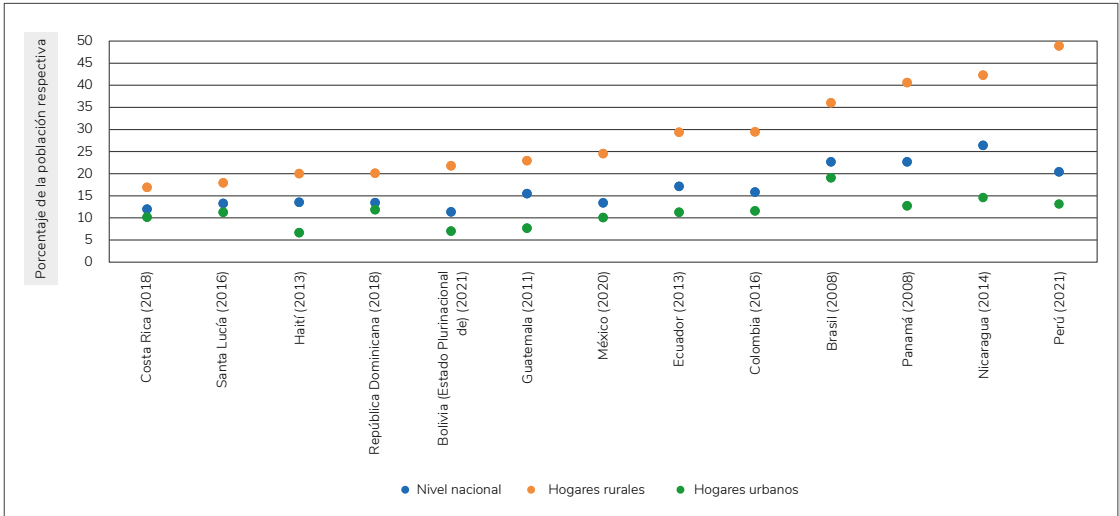


Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

3.3. Disparidades entre el gasto empobrecedor en salud de los hogares urbanos y los hogares rurales

Los hogares rurales afrontan sistemáticamente una mayor exposición a los gastos directos empobrecedores en salud que los hogares urbanos, aunque no hay diferencias importantes entre ambos en relación con los gastos catastróficos (figuras 20 y 21). En Perú, por ejemplo, el 48,9% de los hogares rurales se empobrecieron debido a los costos de salud, mientras que solo el 13,1% de los hogares urbanos se vieron afectados de manera similar. Otro caso pertinente es Panamá, donde se registró empobrecimiento en el 40,6% de los hogares rurales, frente al 12,7% de los urbanos (figura 20). Esa disparidad pone de relieve la necesidad urgente de llevar a cabo intervenciones específicas en las zonas rurales para mitigar las dificultades financieras y mejorar el acceso a servicios de salud asequibles. Como se observa, las diferencias son bastante patentes en casi todos los países de la muestra.

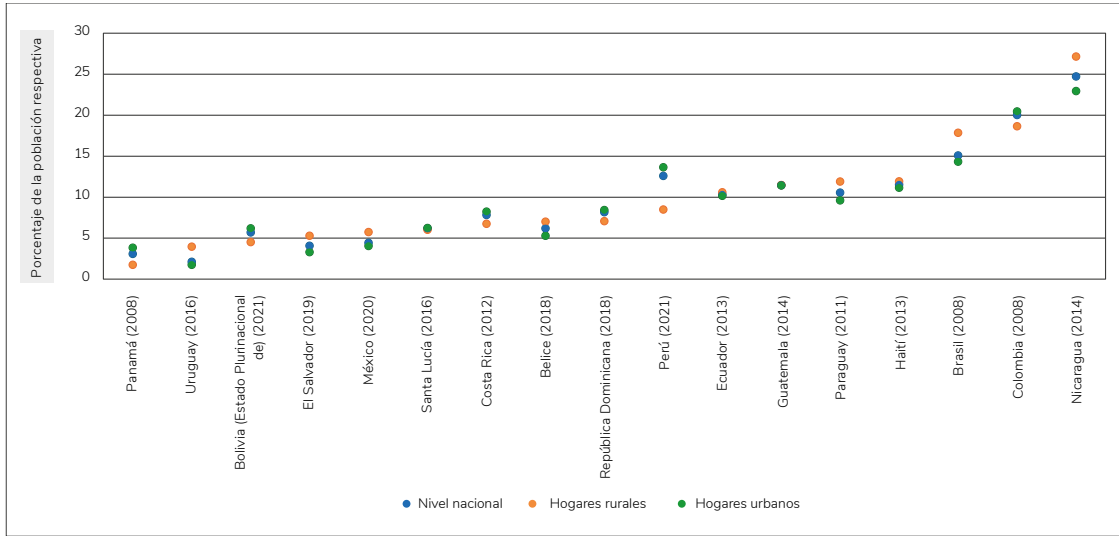
Figura 20. Incidencia del gasto empobrecedor en salud (que hace que las personas caigan en situación de pobreza y de mayor pobreza), en el umbral de pobreza relativa, por zona de residencia (rural o urbana), año más reciente



Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

Las disparidades entre las zonas urbanas y rurales en cuanto al impacto del gasto empobrecedor y catastrófico en salud han sido motivo de preocupación durante mucho tiempo, y han afectado el consumo, el bienestar y la pobreza de los hogares. Los hogares pobres, sobre todo los de las zonas rurales, a menudo financian la atención de salud aplicando estrategias de afrontamiento, como los ahorros, los préstamos y la venta de activos, en lugar de depender de los ingresos corrientes. Esos métodos cubren una parte importante de los costos hospitalarios tanto en los entornos rurales como en los urbanos (tres cuartas partes y dos tercios, respectivamente), lo que da como resultado que muchos hogares prioricen los gastos en salud en lugar del consumo futuro. Esa dinámica pone de relieve el vínculo entre el gasto en salud, el consumo y la pobreza, y se observan diferencias notables entre los hogares urbanos y los rurales (30).

Figura 21. Incidencia del gasto directo catastrófico en salud (umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS), por zona de residencia, año más reciente



Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

3.4. Gastos catastróficos y empobrecedores en salud: relación con el gasto directo de bolsillo y la tasa de pobreza

El análisis de los datos disponibles no muestra una correlación clara entre los gastos catastróficos en salud y la proporción del gasto total de los hogares que se destina a los costos de salud, medido sobre la base del consumo final privado (figura 22). Esta falta de correlación sugiere que los gastos catastróficos en salud no coinciden directamente con la proporción general del presupuesto familiar que se gasta en salud.

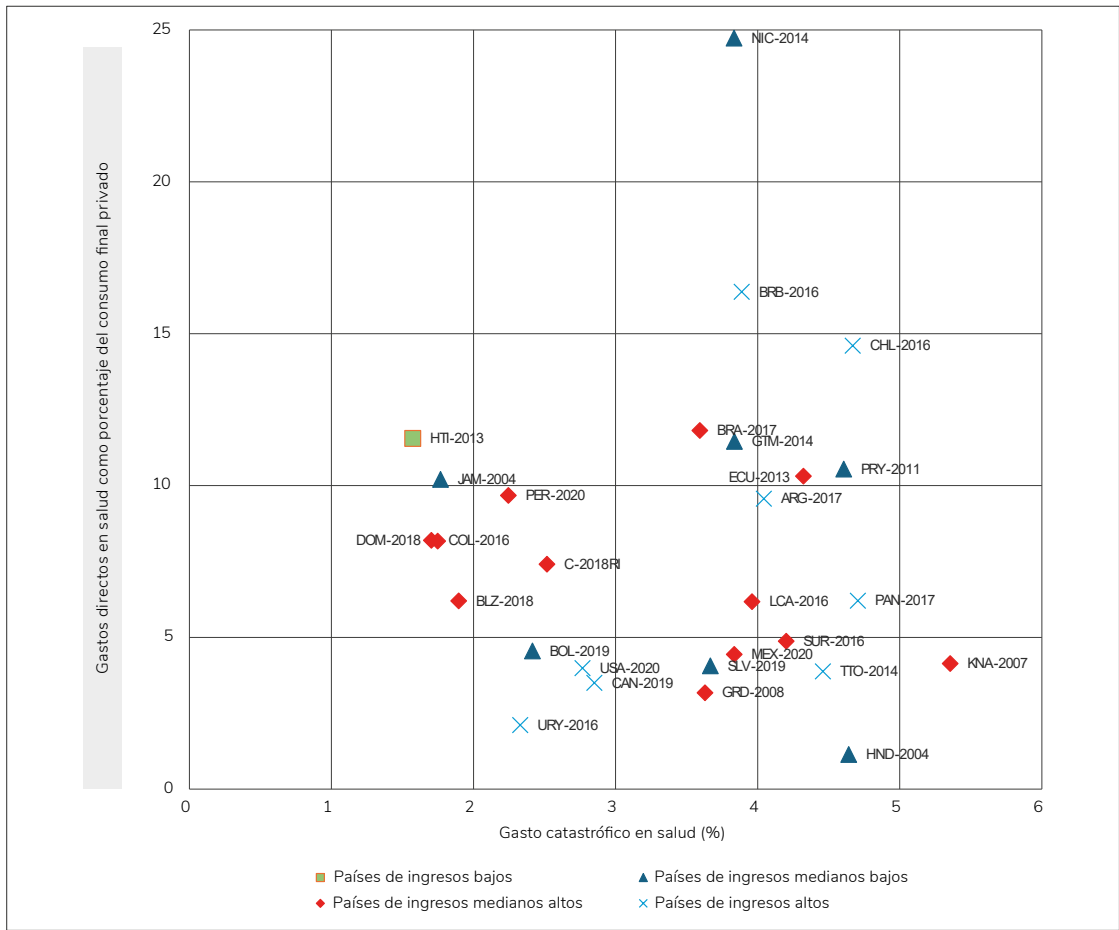
El examen de casos concretos proporciona información útil. En Haití, el único país de ingresos bajos de la muestra, se registran los menores gastos directos. Sin embargo, los gastos catastróficos son importantes (11,5%) y similares a los de Brasil (11,8%) y Guatemala (11,5%), cuyos gastos directos son mucho mayores. En Haití, cualquier gasto en salud se vuelve catastrófico, posiblemente debido a que el sistema de salud presenta grandes debilidades en cuanto a la cobertura financiera.

Los países de ingresos medianos bajos muestran comportamientos variados. En Jamaica y el Estado Plurinacional de Bolivia los gastos directos son bajos y representan el 1,8% y el 2,4%, respectivamente, pero en Jamaica los gastos catastróficos ascienden al 10,2% y son superiores a los del Estado Plurinacional de Bolivia, cuya proporción asciende al 4,6%. Por el contrario, entre los países con mayores gastos directos, en Honduras (4,6%) y Paraguay (4,6%) se observan diferentes niveles de gastos catastróficos. En Honduras se registran los gastos directos catastróficos más bajos de la muestra (1,1%), mientras que en Paraguay se registran los más altos (10,5%). Nicaragua se destaca por tener los mayores gastos catastróficos (24,7%), aunque su gastos directos no son tan elevados como en los otros casos (3,8%).

Se observa un patrón similar en los países de ingresos medianos altos. En Colombia y República Dominicana los gastos directos son bajos (1,7% y 1,8%, respectivamente) y los gastos catastróficos ascienden al 8,2%. En contraste, en Saint Kitts y Nevis, donde se registran los gastos directos más elevados de la muestra (5,4%), se observan gastos catastróficos relativamente bajos (4,1%). Chile y Panamá tienen niveles similares de gastos directos (4,7%), pero sus tasas de gastos catastróficos difieren en gran medida (6,2% y 14,6%, respectivamente).

La interpretación de estos hallazgos es compleja debido a varios factores. Los países con diferentes niveles de ingreso por habitante tienen diferentes sistemas de salud y cobertura financiera, lo que afecta los gastos directos. Además, los gastos directos altos o bajos no necesariamente predicen los gastos catastróficos. Por último, los gastos directos y catastróficos bajos no sugieren de forma automática que la utilización y el acceso sean mejores, ya que puede haber otras barreras.

Figura 22. Incidencia del gasto catastrófico en salud según el umbral del 10% del indicador 3.8.2 de los ODS frente al gasto directo en salud como porcentaje del consumo final privado

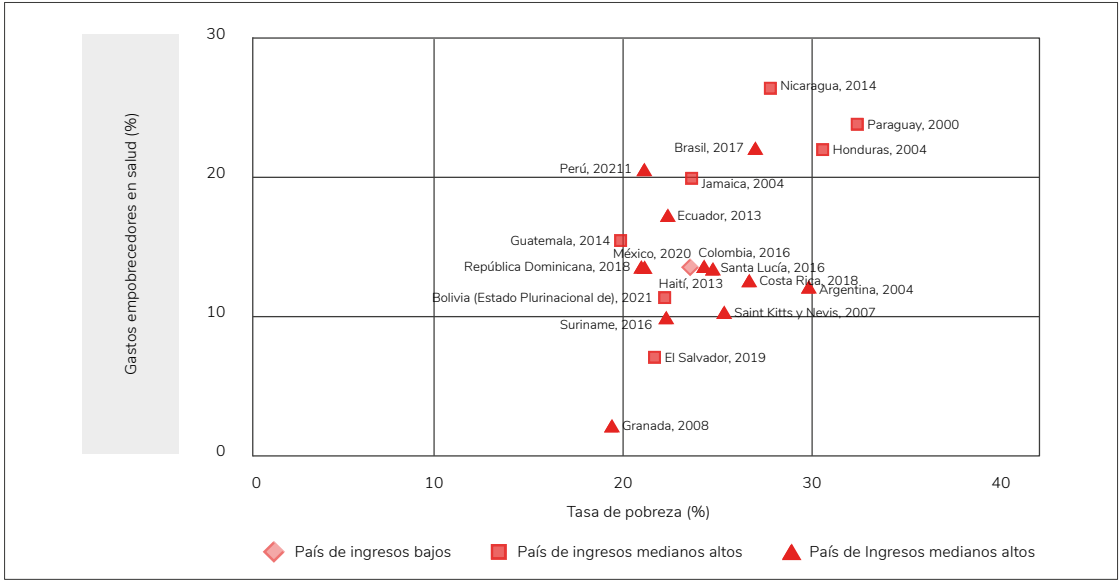


Nota: ARG: Argentina, BLZ: Belice, BOL: Bolivia (Est. Plur. de), BRA: Brasil, BRB: Barbados, CHL: Chile, CAN: Canadá, COL: Colombia, CRI: Costa Rica, DOM: República Dominicana, ECU: Ecuador, GRD: Granada, GTM: Guatemala, HND: Honduras, HTI: Haití, JAM: Jamaica, KNA: Saint Kitts y Nevis, LCA: Santa Lucía, MEX: México, NIC: Nicaragua, PAN: Panamá, PER: Perú, PRY: Paraguay, SLV: Salvador, TTO: Trinidad y Tabago, URY: Uruguay, USA: Estados Unidos de América. Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.

Por el contrario, hay una relación clara entre las mayores proporciones de gastos empobrecedores en salud y las mayores tasas de pobreza en un país (figura 23). Ese patrón indica que, cuando los hogares gastan más en salud hasta el punto de que llegan a empobrecerse, la tasa general de pobreza tiende a ser más alta. Esta observación sugiere una posible relación causal por la cual los mayores gastos

empobrecedores en salud contribuyen al aumento de los niveles de pobreza. Comprender esa dinámica es crucial para los responsables de formular políticas que desean abordar la protección financiera en la atención de la salud y reducir la carga económica que recae en los grupos vulnerables.

Figura 23. Incidencia del gasto empobrecedor en salud en relación con la tasa de pobreza, ambos en el umbral de pobreza relativa



Fuente: OMS, a partir de datos de la base de datos mundial sobre protección financiera reunida por la OMS y el Banco Mundial, actualización del 2023.



4



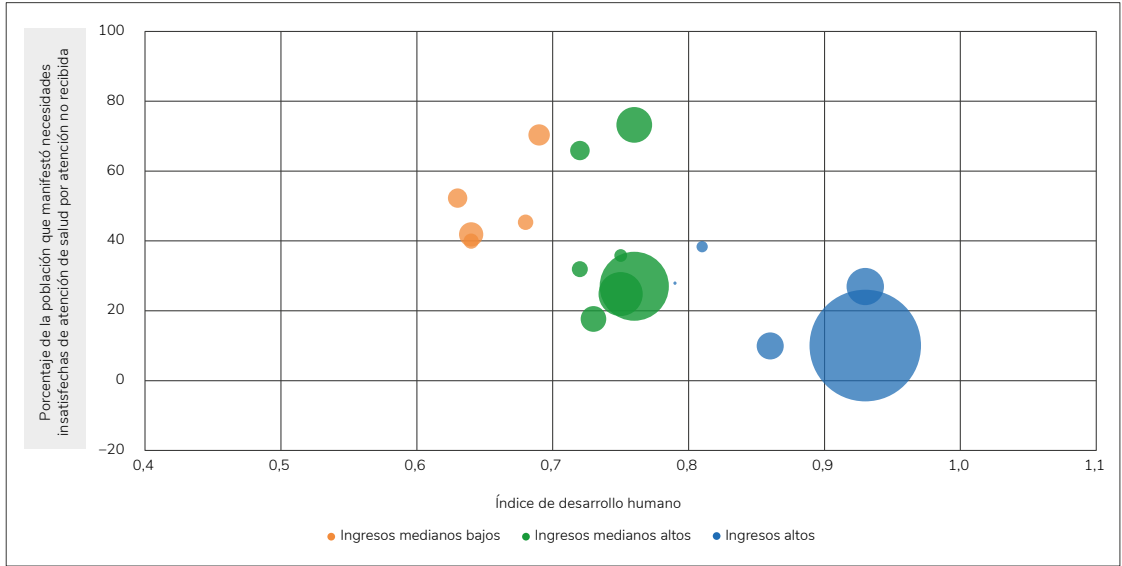
**La interacción entre las
necesidades insatisfechas
de atención de salud,
la cobertura de los servicios
de salud esenciales
y la protección financiera**

Mensajes principales

- Las necesidades insatisfechas de atención de salud surgen cuando las personas perciben que necesitan servicios de salud, pero no los reciben. Las disparidades socioeconómicas y las barreras sistémicas contribuyen en gran medida a que las necesidades queden sin atender, y las personas de ingresos bajos suelen tener más necesidades insatisfechas de atención de salud.
- El índice de desarrollo humano está muy correlacionado con las necesidades insatisfechas de atención de salud, lo que indica que los niveles más altos de desarrollo humano se asocian con menos necesidades insatisfechas. En los países de ingresos altos cuyo índice de desarrollo humano es superior a 0,85, la proporción de necesidades insatisfechas suele ser inferior al 20%, mientras que en los países de ingresos medianos bajos cuyo índice de desarrollo humano es de entre 0,6 y 0,75, esa proporción suele superar el 30%.
- Hay barreras tanto financieras como no financieras que impiden que las personas accedan a los servicios de salud que necesitan. Entre las barreras financieras se encuentran los costos del tratamiento y la falta de seguro, mientras que las no financieras abarcan problemas de transporte, limitaciones de tiempo y experiencias negativas con los prestadores de atención de salud. Esas barreras se observan incluso en los países donde la cobertura es más grande, lo que pone de relieve que el acceso no depende únicamente de factores financieros.
- Hay una correlación del 53% entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y las tasas de mortalidad evitables. En los países en que la proporción de necesidades insatisfechas es inferior al 20% las tasas de mortalidad suelen ser inferiores a 200 por 100 000 habitantes, mientras que en los países en que esa proporción supera el 40% las tasas de mortalidad suelen superar los 300 por 100 000 habitantes.
- Si bien la cobertura de los servicios tiene por objeto reducir las necesidades insatisfechas, dicha cobertura presenta brechas, en particular en los grupos vulnerables. El índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud muestra disparidades regionales, y las necesidades insatisfechas son más prevalentes en las zonas donde la cobertura es menor.
- Las personas incurren en gastos indirectos elevados cuando no tienen una cobertura de seguro adecuada, lo que da lugar a dificultades financieras. Los gastos directos en salud varían según el nivel de ingreso, y en los países de ingresos medianos bajos esos gastos representan entre el 1,8% y el 4,6% del gasto total de los hogares. A pesar de que en promedio la proporción parece baja, esos gastos están muy concentrados entre los quintiles que menos consumen, lo que tiene una incidencia considerable en su situación económica.
- Los gastos catastróficos y empobrecedores en salud recaen de manera desproporcionada en un pequeño número de hogares, lo que a menudo conduce a que aumenten las tasas de pobreza. Eso pone de manifiesto la vulnerabilidad financiera de los hogares que se enfrentan a elevados costos de salud y la necesidad de mejorar los mecanismos de protección financiera.

La relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud, la cobertura de los servicios de salud esenciales y los gastos directos catastróficos en salud es multifacética e interdependiente. Las necesidades insatisfechas de atención de salud surgen cuando las personas perciben que necesitan servicios de salud, pero no los reciben (18, 31). Ese problema se ve exacerbado por las disparidades socioeconómicas, ya que las personas de ingresos bajos a menudo tienen una proporción más elevada de necesidades insatisfechas de atención de salud que las personas de ingresos más altos (figura 5). Las disparidades socioeconómicas, las desigualdades persistentes y las barreras sistémicas contribuyen en gran medida a que las necesidades queden sin atender. El índice de desarrollo humano, que mide los logros promedio de un país en materia de salud, educación e ingreso, muestra una fuerte correlación con las necesidades insatisfechas de atención de salud en la Región. Los países de ingresos altos suelen tener un índice de desarrollo humano superior a 0,85 y una proporción de necesidades insatisfechas inferior al 20%. En los países de ingresos medianos altos el valor del índice de desarrollo humano es de entre 0,65 y 0,85, y las necesidades insatisfechas oscilan entre el 20% y el 70%. En los países de ingresos medianos bajos el valor del índice de desarrollo humano varía entre 0,6 y 0,75, y las necesidades insatisfechas suelen superar el 30%. A medida que aumenta el índice de desarrollo humano, disminuye el porcentaje de necesidades insatisfechas de atención de salud, lo que subraya la importancia del desarrollo humano para mejorar el acceso (figura 24).

Figura 24. Relación entre el índice de desarrollo humano y las necesidades insatisfechas de atención de salud, año más reciente disponible

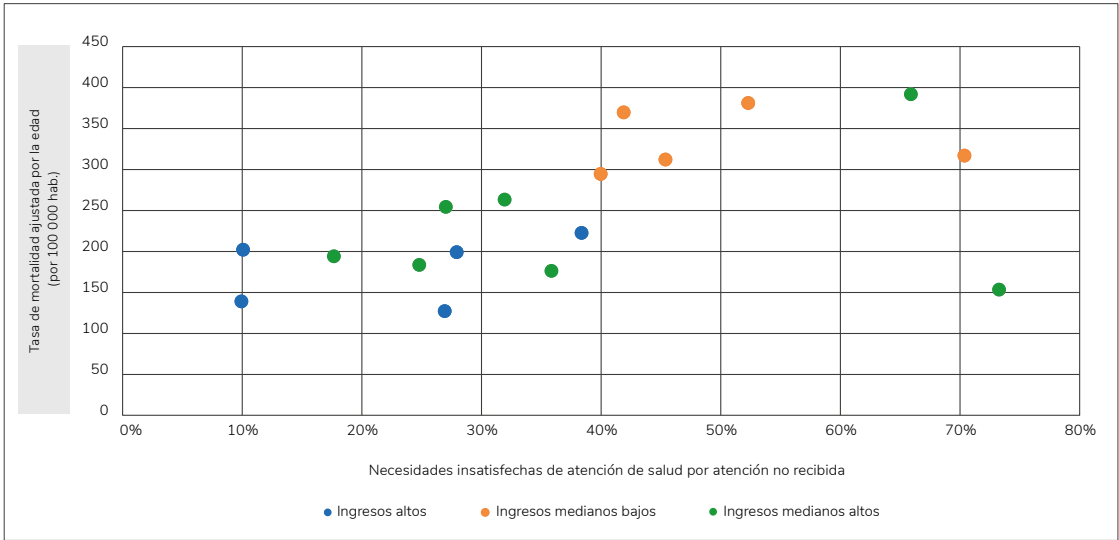


Nota: El tamaño del círculo se relaciona con el de la población (número de habitantes).
Fuentes de datos: Encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud, y datos del índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
Fuente: OPS.

Las necesidades insatisfechas de atención de salud suelen ser el resultado de barreras de acceso, que pueden ser tanto financieras como no financieras. Entre las barreras financieras se encuentran el costo del tratamiento y la falta de cobertura de seguro. Las barreras no financieras, como las dificultades de transporte, las limitaciones de tiempo, los problemas de comunicación, las diferentes creencias sobre la salud, la falta de confianza y las experiencias negativas con los prestadores de atención de salud, también desempeñan un papel importante (figuras 5 y 6) (18, 32, 33). Estas barreras no financieras están presentes incluso en países que tienen sistemas de salud universales, lo que indica que el acceso no depende únicamente de factores financieros. Por ejemplo, en Colombia y Perú, los problemas de organización, disponibilidad y aceptabilidad son barreras no financieras importantes, aunque haya cobertura universal (recuadro 3) (18, 33).

Las barreras de acceso pueden impedir que las personas reciban los servicios de salud necesarios, lo que empeora las afecciones de salud y puede aumentar los costos de la atención de salud en el futuro. Los datos de la Región de las Américas muestran una correlación del 53% entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y las tasas de mortalidad evitables, y en los países que presentan mayores necesidades insatisfechas a menudo hay tasas de mortalidad más altas. En los países donde las necesidades insatisfechas son inferiores al 20% suele haber tasas de mortalidad inferiores a 200 por 100 000 habitantes. Por el contrario, en los países donde las necesidades insatisfechas superan el 40%, las tasas de mortalidad suelen ser superiores a 300 por 100 000 habitantes (figura 25). Esto sugiere que superar las barreras financieras y no financieras es crucial para mejorar los resultados de salud.

Figura 25. Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y la mortalidad evitable, Región de las Américas, año más reciente disponible

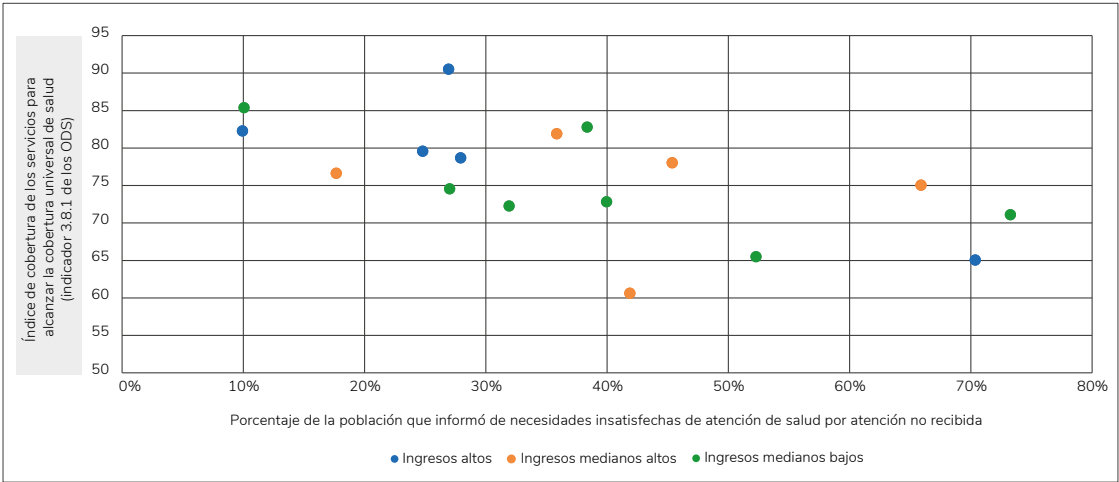


Fuentes de datos: Elaboradas a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud, y de Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: visualizaciones. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/visualizaciones>.

Fuente: OPS.

La cobertura de los servicios de salud esenciales tiene por objeto reducir las necesidades insatisfechas de atención de salud garantizando el acceso a la atención necesaria. Sin embargo, las brechas de cobertura pueden dar lugar a que no se atiendan las necesidades, sobre todo en los grupos en situación de vulnerabilidad, como las personas mayores o las que tienen enfermedades crónicas (34). El índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud (indicador 3.8.1 de los ODS) pone de manifiesto las disparidades regionales en materia de cobertura, y se observa que las necesidades insatisfechas de atención de salud son más prevalentes en las zonas donde la cobertura de los servicios es menor (figura 26).

Figura 26. Relación entre las necesidades insatisfechas de atención de salud y el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud (indicador 3.8.1 de los ODS), Región de las Américas, año más reciente disponible



Fuentes de datos: Datos sobre necesidades insatisfechas de atención de salud estimados a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud. Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2022.

Fuente: OPS.

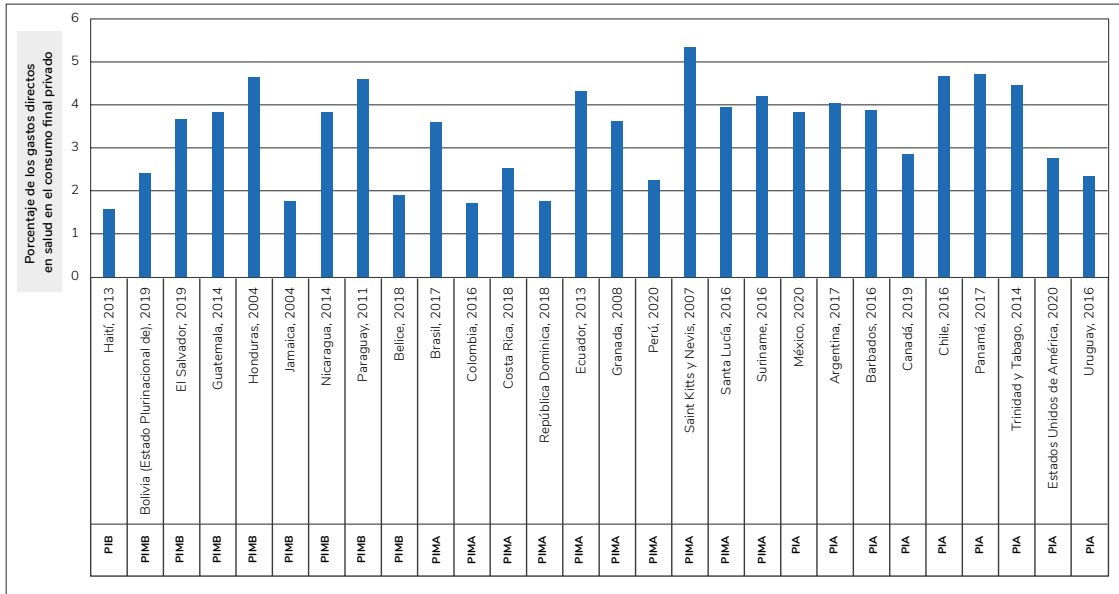
Cuando las personas buscan atención, pueden tener que afrontar gastos directos elevados, especialmente si no tienen un seguro de salud adecuado o cobertura de los servicios esenciales. Esa carga financiera, ya sea que se trate de copagos y deducibles o de servicios no cubiertos por el seguro que deben pagarse directamente y en su totalidad, a menudo puede convertirse en una barrera que obstaculiza el acceso a la atención de salud. Cuando los hogares logran superar esas barreras financieras, es posible que de todos modos deban afrontar gastos que son difíciles de cubrir sin sacrificar otros bienes y servicios esenciales, lo que da lugar a que incurran en gastos catastróficos y afecta gravemente su situación económica. En algunos casos, los hogares no pueden superar esas barreras económicas y simplemente renuncian a acceder a los servicios, lo que da como resultado que las necesidades de atención de salud queden insatisfechas.

La cobertura de los servicios de salud esenciales desempeña un papel crucial en la mitigación de los gastos directos catastróficos. Cuando esos servicios están cubiertos, es menos probable que las personas deban afrontar gastos directos elevados que podrían dar lugar a dificultades financieras o a empobrecimiento. Por el contrario, una cobertura inadecuada obliga a las personas a pagar los servicios por sí mismas, lo que aumenta el riesgo de que incurran en gastos catastróficos, es decir, en gastos directos desproporcionadamente altos en relación con sus ingresos, lo que las disuade de buscar la atención necesaria y contribuye a que no se satisfagan las necesidades de atención de salud.

Sobre la base de datos obtenidos de encuestas de hogares, se ha analizado la participación de los gastos directos en salud en el consumo final privado y se ha hallado que esos gastos suelen representar una porción relativamente pequeña del gasto total de los hogares, porción que oscila entre el 1,6% y el 5,4% (figura 27). En los países de ingresos medianos bajos, la participación de los gastos directos en salud en el gasto total de los hogares oscila entre el 1,8% y el 4,6%. Por el contrario, en los países de ingresos medianos altos el intervalo va del 1,7% al 5,4%, y en los de ingreso alto, del 2,3% al 4,7% (figura 26). Esas variaciones sugieren que no existe una relación clara entre el nivel de ingresos de un país y los gastos directos en salud.

Sin embargo, estos promedios pueden ser engañosos, ya que solo reflejan el nivel general de gasto de los hogares de un país durante un año calendario. Una característica notable del gasto en salud de los hogares es que su distribución es desigual: un pequeño número de hogares afronta una parte desproporcionadamente alta de esos costos. Esa concentración puede ocultar la realidad a la que se enfrentan ciertos grupos dentro de cada país, que se ven agobiados por gastos catastróficos y empobrecedores en salud, lo que hace que sus dificultades financieras sean menos visibles en los datos agregados.

Figura 27. Participación de los gastos directos en salud en el consumo final privado



Nota: PIA, país de ingresos altos; PIB, país de ingresos bajos; PIBM, país de ingresos medianos bajos; PIAM, país de ingresos medianos altos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>.

Es difícil interpretar estas cifras porque los gastos directos en salud dependen de varios factores, como el nivel de ingresos del hogar, la distribución de los ingresos y otras variables socioeconómicas. Por ejemplo, si bien no existe una correlación clara entre los gastos catastróficos y la participación de los gastos directos en salud en el gasto total de los hogares, existe una relación significativa entre los gastos empobrecedores en salud y el aumento de las tasas de pobreza (figuras 22 y 23). Esto sugiere que, cuando los gastos empobrecedores aumentan, la pobreza también aumenta, lo que subraya la vulnerabilidad financiera de los hogares que enfrentan gastos en salud.



5



**Implicaciones en materia
de políticas para la atención
primaria de salud**

La interacción entre las necesidades insatisfechas de atención de salud, la cobertura y los gastos directos muestra que es preciso aplicar estrategias integrales para mejorar los resultados de salud universal. En esas estrategias se deben abordar las barreras financieras y no financieras, y al mismo tiempo se debe ampliar la cobertura de los servicios esenciales. Los responsables de formular políticas deben tratar de mejorar los mecanismos de protección financiera y los factores no financieros que inciden en el acceso, como las listas de espera y los tiempos de espera, la aceptabilidad, el transporte y la disponibilidad de prestadores de atención de salud, para reducir la carga económica de los hogares y mejorar los resultados generales de salud. Esto subraya la necesidad de adoptar un enfoque basado en la atención primaria de salud que fortalezca los sistemas de salud aplicando modelos de atención centrados en la promoción de la salud, la participación comunitaria y la colaboración multisectorial.

Para hacer frente a esos desafíos con eficacia, es esencial adoptar un enfoque territorial de la atención primaria de salud organizando los servicios y los recursos sobre la base de zonas definidas para satisfacer las necesidades de la población local. En ese enfoque, las funciones de salud pública se integran en un marco centrado en la población y se enfatiza la coordinación territorial y la integración con los sectores de la salud y otros sectores sociales. Si bien es cierto que al adoptar este enfoque hay que enfrentar obstáculos como las disparidades regionales y la compartimentación entre los niveles de atención, el éxito depende en gran medida de los componentes estructurales, por ejemplo, de que haya una gobernanza y un financiamiento sólidos. Para poner en práctica este enfoque es crucial priorizar la inversión en atención primaria de salud, modificar las asignaciones presupuestarias y crear estructuras de gobernanza que lo respalden. Al adoptar este enfoque e incorporar una perspectiva basada en el curso de la vida, los sistemas de salud pueden mejorar el acceso a la atención, aumentar la eficiencia y permitir una mejor asignación de recursos e intervenciones más específicas que sean adecuadas para cada etapa de la vida.

La gran prevalencia de las necesidades insatisfechas de atención de salud en la Región de las Américas refleja un problema persistente que exige adoptar un enfoque multifacético y sistémico para superar las barreras de acceso. Algunas de esas barreras son financieras, como los costos de los tratamientos y la falta de cobertura de seguros, y otras son culturales y de organización. En Colombia y Perú, por ejemplo, donde se ha ampliado la cobertura de los seguros de salud, las barreras financieras se han reducido, pero se enfrentan dificultades de acceso relacionadas con aspectos organizacionales, como largas listas y tiempos de espera, y disparidades en cuanto a la calidad.

Las barreras no financieras, incluidas las que se relacionan con la adaptación intercultural, las normas de género, la etnicidad y la alfabetización en materia de salud, requieren una mayor atención. Esas barreras a menudo se entrecruzan y exacerban los problemas de acceso, sobre todo en el caso de los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas, las mujeres y las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer/cuestionándose e intersexuales y otras comunidades con disconformidad de género. El caso de países como Guyana, Honduras y Perú ilustra cómo los factores del lado de la demanda, como las creencias sociales y culturales, interactúan con los problemas del lado de la oferta, como las deficiencias en el transporte y la infraestructura, la ausencia de recursos humanos y las dificultades para obtener insumos, y dificultan el acceso a la atención de salud en las zonas rurales. Por lo tanto, las

intervenciones en materia de políticas deben ser específicas para cada contexto y estar adaptadas para hacer frente a los desafíos concretos que enfrentan los diferentes grupos de población y territorios.

El índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud pone de manifiesto disparidades regionales y muestra que las necesidades insatisfechas son más prevalentes en las zonas donde la cobertura de los servicios es menor. Si bien algunos países han alcanzado puntuaciones altas en cuanto a la cobertura universal de salud, otros están muy rezagados. Las políticas deben centrarse en ampliar la cobertura de los servicios, en particular en las regiones con puntuaciones más bajas, para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales. Esto exige adoptar enfoques intersectoriales, como mejorar las telecomunicaciones y la infraestructura vial, para aumentar la accesibilidad de los servicios, sobre todo en las zonas rurales y remotas.

Las políticas destinadas a fortalecer la protección financiera de los hogares desempeñan una doble función en la política de salud. Su objetivo es proteger a las personas y los hogares de los gastos derivados de la atención de la salud o de las enfermedades prolongadas, que pueden dar lugar a gastos catastróficos y a empobrecimiento que afectan de manera desproporcionada a ciertos sectores de la población, como los hogares rurales y las personas mayores. Al mismo tiempo, esas políticas tienen por objeto eliminar las barreras económicas de acceso a la atención de salud, que pueden obstaculizar y retrasar la búsqueda de esa atención.

Las políticas deben centrarse en la ampliación de la cobertura de seguros, el suministro público directo y la eliminación de los copagos, lo que puede lograrse aumentando el financiamiento público, con una meta del 6% del PIB, y asignando los recursos de forma eficiente. Las políticas de protección financiera directa, como el programa Copago Cero de Chile y la modificación de algunas reglas de gestión financiera pública de Perú por la que se eliminaron indirectamente los factores que incentivaban a los hospitales públicos a aplicar pagos directos en el punto de servicio, podrían servir como modelos para reducir las barreras financieras y prevenir los gastos catastróficos y empobrecedores en salud. Al diseñar las políticas de protección financiera se deben considerar las particularidades de los gastos catastróficos y de los gastos empobrecedores, ya que el comportamiento de cada tipo de gasto difiere: los primeros afectan a los hogares en que hay personas mayores, y los segundos se concentran en los hogares multigeneracionales y rurales, y se correlacionan con la pobreza.

Además, los gobiernos deberían esforzarse por integrar a más grupos de población en los planes de financiamiento de la salud y ampliar la gama de servicios cubiertos, lo que supone garantizar un financiamiento adecuado de los servicios y medicamentos esenciales, y con ello reducir la carga financiera de los hogares. Si bien la estructura de financiamiento de los sistemas de salud de la Región es heterogénea y en ella se combinan fuentes tributarias y contributivas, es fundamental hacer un esfuerzo en materia de gasto público para reemplazar los gastos directos.

Del mismo modo, es esencial fortalecer los marcos regulatorios y las estructuras de gobernanza socialmente inclusivas para mejorar la prestación de servicios de salud y garantizar la rendición de cuentas. Las políticas deben mejorar la planificación estratégica, la participación social y la acción

intersectorial en la gestión de la salud. Es fundamental incorporar la interculturalidad en los servicios de salud, reconocer las necesidades propias de los diversos grupos poblacionales y velar por la calidad de la atención, sobre todo en los aspectos organizacionales de la prestación de servicios.

Las políticas que aumentan la cobertura de los medicamentos esenciales —dando prioridad a las recetas genéricas, poniendo en marcha programas especiales de cobertura de medicamentos de alto costo relacionados con enfermedades crónicas (no transmisibles), actualizando periódicamente las listas de medicamentos y velando por que se apliquen buenas prácticas de adquisición— pueden reducir en gran medida la carga financiera de los hogares, en particular de los grupos de riesgo, como los hogares rurales y las personas mayores. Es crucial hacer frente a todos los tipos de barreras de acceso, por ejemplo, reducir la cantidad de personas que se automedican realizando compras inseguras en farmacias y proveedores informales. Esas intervenciones exigen llevar a cabo una acción coordinada en todos los niveles de gobierno y con otros sectores económicos para que los sistemas regulatorios sean eficaces y los mecanismos de protección social funcionen.

Para poner en práctica estos cambios en materia de políticas, es necesario movilizar recursos y hacer una mayor inversión pública en los sistemas de salud. Las conclusiones enfatizan la importancia de la colaboración regional, la cooperación técnica y la movilización de recursos para superar las barreras de acceso. Mediante el intercambio de conocimientos y experiencias, los países pueden adoptar las mejores prácticas y armonizar las estrategias para mejorar el acceso otorgando protección financiera, lo que se ajusta a las estrategias aprobadas por los Estados Miembros de la OPS para alcanzar la salud universal (1) y proteger los avances en materia de salud pública mediante la creación de sistemas de salud resilientes (3).

Las implicaciones que las conclusiones de este informe tienen en materia de políticas ponen de relieve la necesidad de llevar a cabo intervenciones integrales y específicas para cada contexto a fin de abordar los desafíos multifacéticos relacionados con los sistemas de atención primaria de salud. Si se centran en las barreras financieras y no financieras que obstaculizan la mejora del acceso a los servicios, y lo hacen perfeccionando la protección financiera, ampliando la cobertura de los servicios y fortaleciendo la organización de los servicios de salud para integrar la atención, los responsables de formular las políticas pueden ser más eficaces a la hora de dirigir la labor encaminada a lograr la salud universal y mejorar los resultados de salud para todas las personas.

6



Limitaciones de los datos y recomendaciones

Hay retos en torno a los tres indicadores que se describieron en este informe que deben abordarse. En relación con las necesidades insatisfechas de atención de salud, no hay una definición acordada a nivel mundial, lo que dificulta realizar mediciones sistemáticas en diferentes regiones del mundo (12, 13). Por esa razón, las estimaciones presentadas en este informe se basan en un marco de análisis y en definiciones estandarizadas que se aplicaron a todos los países incluidos para proporcionar un panorama más comparable de las necesidades insatisfechas de atención de salud que hay en la Región (véase el anexo 1).

En relación con el indicador 3.8.2 de los ODS relativo a los gastos catastróficos en salud, hay otras definiciones y cálculos que varían en cuanto a sus umbrales y métodos, lo que conduce a resultados diferentes (35, 36). Además, las dos principales opciones metodológicas —la definición de los recursos de los hogares y el umbral utilizado para determinar si los gastos en salud son catastróficos— pueden dar lugar a diferentes recomendaciones de política (37, 38). También hay datos que señalan que el indicador 3.8.2 de los ODS no capta por sí solo el impacto que los gastos directos en salud tienen en las personas más pobres, de ahí que este informe se centre en los indicadores de los gastos directos empobrecedores en salud para ofrecer una imagen completa de toda la población que se enfrenta a dificultades financieras.

El índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud también presenta limitaciones en cuanto a su exhaustividad, pues a menudo pasa por alto ámbitos cruciales como la salud mental y las afecciones crónicas. Ese índice se basa en un conjunto de indicadores de seguimiento que no reflejan el espectro completo de los servicios de salud esenciales que se necesitan en todos los grupos poblacionales. Esos problemas no solo dificultan las comparaciones entre los países, sino también el seguimiento preciso de los avances en el transcurso del tiempo. Los investigadores y los responsables de formular las políticas piden cada vez más que se diseñen preguntas para las encuestas y definiciones operativas estandarizadas que puedan aplicarse de manera coherente en diferentes entornos (36, 39).

El carácter multifacético de las necesidades y del acceso a la atención de salud presenta otro desafío importante. Una compleja interacción de factores incide en las necesidades insatisfechas de atención de salud, como los determinantes sociales de la salud, los valores individuales, la alfabetización en materia de salud y los síntomas presentes (12, 13, 18). Del mismo modo, las mediciones de protección financiera solo captan las dificultades financieras en quienes accedieron a la atención, pero no toman en cuenta a quienes renuncian a ella debido a los costos o a otras barreras de acceso. Un nivel bajo de gastos catastróficos en salud podría estar enmascarando un nivel elevado de necesidades insatisfechas (40). Si bien el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud tiene por objeto proporcionar una medición integral, a menudo no refleja adecuadamente la calidad de la atención recibida ni capta los matices del acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población (35, 41). Por lo tanto, incluso en los países donde el índice de cobertura de los servicios es elevado, es posible que las personas que tienen enfermedades que no están reflejadas en los indicadores del índice, como afecciones relacionadas con la salud mental u otras enfermedades crónicas, presenten un alto

grado de necesidades insatisfechas, y lo mismo puede ocurrir en los grupos marginados, que enfrentan mayores barreras a la hora de acceder a la atención (12, 13, 42). Esta complejidad dificulta el diseño de medidas que sean a la vez exhaustivas y prácticas para aplicarlas a gran escala.

Muchos países de la Región de las Américas enfrentan dificultades importantes en relación con la recopilación de datos. A menudo no hay ciclos periódicos de recopilación de datos en las encuestas ni se incluyen en ellas preguntas detalladas sobre las necesidades insatisfechas de atención de salud ni se obtienen datos completos sobre los gastos en salud. Con frecuencia no se cuenta con datos longitudinales, que son cruciales para dar seguimiento a los cambios con el transcurso del tiempo (12, 42). Además, el hecho de que se dependa de datos que las personas proporcionan sobre sí mismas puede introducir sesgos. La interpretación de las preguntas sobre las necesidades insatisfechas o los gastos en salud, así como la respuesta que se les brinda, pueden variar según las características personales, la situación socioeconómica y el contexto cultural. Esa subjetividad puede dar lugar a que la calidad de los datos no sea constante en los distintos grupos poblacionales. Una limitación fundamental de las mediciones actuales es que no responden a las desigualdades ni a las necesidades insatisfechas. Los altos valores generales del índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud pueden enmascarar grandes disparidades en cuanto al acceso y la cobertura en los grupos desfavorecidos o marginados. De manera similar, las tasas bajas de gastos catastróficos en salud podrían ocultar niveles elevados de necesidades insatisfechas si las personas renuncian a la atención debido a los costos (12, 42).

El hecho de que no se capten las necesidades de atención de salud percibidas y no percibidas es muy problemático. En los métodos actuales a menudo se pasan por alto afecciones no diagnosticadas o asintomáticas, y eso da lugar a una imagen incompleta de las necesidades de salud de la población. Para interpretar esos indicadores es necesario comprender en profundidad los mecanismos del sistema de salud local, las normas culturales y otros factores del contexto (12, 40, 42, 43). Lo que constituye una necesidad insatisfecha o un gasto catastrófico puede variar ampliamente según el contexto específico de cada región o país de la Región de las Américas. Debido a esas variaciones contextuales y a las diferencias en cuanto a la metodología y las fuentes de datos, es difícil hacer comparaciones entre los países y en el transcurso del tiempo. Los responsables de formular las políticas deben ser cautelosos a la hora de sacar conclusiones de los análisis comparativos.

A pesar de las limitaciones señaladas anteriormente, es crucial enfatizar que los resultados presentados en este informe siguen siendo muy valiosos para la Región de las Américas. Estos indicadores proporcionan información esencial sobre el estado actual del acceso, la utilización y la protección financiera en toda la Región, y sirven como una base fundamental para formular políticas y mejorar el sistema de salud. Los datos presentados aquí ofrecen un panorama general del avance hacia los objetivos de salud universal, destacan los ámbitos que preocupan con respecto a las necesidades insatisfechas de atención de salud y permiten determinar qué grupos corren riesgo de afrontar dificultades financieras debido a los gastos en salud. Esta información es fundamental para orientar las políticas de salud regionales y nacionales, asignar recursos y priorizar las intervenciones destinadas a mejorar el acceso a la atención de salud y

los resultados de salud. Además, estos resultados sirven como un punto de referencia vital para la labor futura de seguimiento y evaluación.

Al reconocer las limitaciones actuales, los países pueden apreciar más claramente la necesidad de mejorar la recopilación y la calidad de los datos, y las metodologías de análisis, y el rumbo que esas mejoras deben seguir. Esa toma de conciencia debería motivar a los países de la Región de las Américas a profundizar su labor de seguimiento y evaluación a nivel nacional, con el objetivo de resolver las limitaciones señaladas y aumentar la precisión y la integralidad de estos indicadores de salud fundamentales para mejorar la formulación de las políticas. Se alienta a los países a utilizar estos resultados como punto de partida para llevar a cabo evaluaciones más detalladas y ajustadas a cada contexto, lo que podría incluir lo siguiente:

- Diseñar y aplicar encuestas más completas que capturen una gama más amplia de necesidades y gastos de atención de salud.
- Establecer estudios longitudinales que permitan dar seguimiento a los cambios en el acceso a la atención de salud y la protección financiera en el transcurso del tiempo.
- Realizar estudios específicos sobre grupos vulnerables o marginados para comprender y resolver mejor las inequidades en salud.
- Invertir para mejorar la infraestructura de recopilación de datos y fomentar la capacidad de los sistemas de información en materia de salud.
- Colaborar con instituciones académicas y organizaciones internacionales para perfeccionar los métodos y diseñar indicadores más matizados.

Tanto la OPS como la OMS recomiendan que se diseñen preguntas para las encuestas y definiciones operativas estandarizadas de las necesidades insatisfechas de atención de salud que puedan aplicarse de manera sistemática en diferentes entornos y grupos poblacionales. En el 2023, la 76.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución a favor de mejorar la recopilación de datos, estandarizar las mediciones y adoptar medidas de política destinadas a mejorar la protección financiera (17). También pidió al Director General de la OMS que examinara la importancia y la viabilidad de utilizar la necesidad insatisfecha de servicios de atención de la salud como indicador adicional para el seguimiento de la cobertura universal de salud a nivel nacional y mundial. Además, dado que cada vez hay más evidencia de que los dos indicadores de los ODS relativos a la cobertura universal de salud tienen limitaciones, la OMS y el Banco Mundial han propuesto definiciones revisadas para cada uno de ellos como parte del examen amplio que está llevando a cabo el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y su situación para el 2025 (44).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [resolución CD53.R14]. 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/10665.2/60812>.
2. 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>.
3. 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.R12]. 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/handle/10665.2/55859>.
4. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [A/RES/70/1]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/93/pdf/n1529193.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>.
6. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná, Kazajistán: OMS y UNICEF; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328128/WHO-HIS-SDS-2018.61-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: OMS y UNICEF; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351718/9789240023383-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
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. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para fortalecer las funciones esenciales de salud pública a fin de acelerar la transformación de los sistemas de salud 2024-2034 [documento CD61/9]. 61. ° Consejo Directivo de la OPS, 76. ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2024. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd619-estrategia-para-fortalecer-funciones-esenciales-salud-publica-fin-acelerar>.
10. Sacks E, Schleiff M, Were M, Chowdhury AM, Perry HB. Communities, universal health coverage and primary health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98(11):773-780. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7607457/>.
11. 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>.
12. Rosenberg M, Kowal P, Rahman MM, Okamoto S, Barber SL, Tangcharoensathien V. Better data on unmet healthcare need can strengthen global monitoring of universal health coverage. *BMJ*. 2023;382:e075476. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075476>.
13. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52573>.
14. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023. Ginebra: OMS y Banco Mundial; 2023. Resumen disponible en español en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375631/9789240080430-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Informe completo disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-pacto-303030-aps-para-salud-universal>.
16. Darrudi A, Ketabchi Khoonsari MH, Tajvar M. Challenges to achieving universal health coverage throughout the world: A systematic review. *J Prev Med Public Health*. 2022;55(2):125-133. Disponible en: <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.542>.
17. Organización Mundial de la Salud. Technical meeting on strengthening data on unmet care needs of older persons. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://wkc.who.int/resources/events/item/2024/06/10/default-calendar/technical-meeting-on-strengthening-data-on-unmet-care-needs-of-older-persons>.
18. 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://iris.paho.org/handle/10665.2/57803>.
19. Organización Mundial de la Salud. Handbook for conducting assessments of barriers to effective coverage with health services: in support of equity-oriented reforms towards universal health coverage. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094765>.

20. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: un marco para el análisis de políticas. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57340>.
22. Bernardes, GM, Saulo H, Fernandez RN, Lima-Costa MF, Bof de Andrade F. Catastrophic health expenditure and multimorbidity among older adults in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020;54:125. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002285>.
23. Arsenijevic J, Pavlova M, Rechel B, Groot W. Catastrophic health care expenditure among older people with chronic diseases in 15 European countries. *PLoS One*. 2016;11(7):e0157765. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157765>.
24. Macinko J, Drumond Andrade FC, Bof de Andrade F, Lima-Costa MF. Universal health coverage: are older adults being left behind? Evidence from aging cohorts in twenty-three countries. *Health Aff*. 2020;39(11):1951-1960. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01570>.
25. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Torres AC. Impoverishing and catastrophic household health spending among families with older adults in Mexico: a health reform priority. En: Angel JL, Whitfoeld KE, editores. *The health of aging Hispanics: the Mexican-origin population*. Nueva York: Springer; 2007. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-47208-9_18.
26. Wagstaff A, Flores G, Smitz MF, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e180-e192. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/S2214-109X%2817%2930486-2>.
27. Prada SI, Pizarro AB. Out-of-pocket expenses in older adults with noncommunicable diseases: a scoping review. *J Public Health*. 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02309-9>.
28. Organización Panamericana de la Salud. Tomar el pulso a la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Análisis de situación: México. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57145>.
29. Organización Panamericana de la Salud. Tomar el pulso a la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Análisis de situación: Brasil. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57150>.
30. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ*. 2008;17(12):1393-1412. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hec.1338>.
31. Chung W. Changes in barriers that cause unmet healthcare needs in the life cycle of adulthood and their policy implications: A need-selection model analysis of the Korea Health Panel Survey data. *Healthcare*. 2022;10(11):2243. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare10112243>.

32. Thorndike AL, Yetman HE, Thorndike AN, Jeffrys M, Rowe M. Unmet health needs and barriers to health care among people experiencing homelessness in San Francisco's Mission District: a qualitative study. *BMC Pub Health*. 2022;22:1071. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13499-w>.
33. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Cruz Vilcarromero NL, Rodriguez Gonzalez H, Albrecht D, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. *Rural Remote Health*. 2023;23(1):7822. Disponible en: <https://www.rrh.org.au/journal/article/7822>.
34. Rahman MM, Rosenberg M, Flores G, Parsell N, Akter S, Alam MA et al. A systematic review and meta-analysis of unmet needs for healthcare and long-term care among older people. *Health Econ Rev*. 2022;12:60. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13561-022-00398-4>.
35. Li X, Mohanty I, Zhai T, Chai P, Niyonsenga T. Catastrophic health expenditure and its association with socioeconomic status in China: evidence from the 2011–2018 China Health and Retirement Longitudinal Study. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):194. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02008-z>.
36. Ssewanyana S, Kasirye I. Estimating catastrophic health expenditures from household surveys: evidence from living standard measurement surveys (LSMS)-integrated surveys on agriculture (ISA) from sub-Saharan Africa. *Appl Health Econ Health Policy*. 2020;18: 781-788. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00609-1>.
37. Behrendt C, Nguyen Q.A. Innovative approaches for ensuring universal social protection for the future of work. Ginebra: OIT; 2018: Disponible en: <https://metadataetc.org/gigontology/pdf/Behrendt%20and%20Nguyen%20-%20Innovative%20approaches%20for%20ensuring%20universal%20socia.pdf>.
38. Sum G, Hone T, Atun R, Millett C, Suhrcke M, Mahal A, et al. Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2018;3(1):e000505. Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/3/1/e000505.abstract>.
39. Lozano R, Fullman N, Mumford JE, Knight M, Barthelemy CM, Abbafati C, et al. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1250-1284. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30750-9).
40. Nguyen HA, Ahmed S, Turner HC. Overview of the main methods used for estimating catastrophic health expenditure. *Cost Eff Resour Alloc*. 2023;21(1):50. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00457-5>.
41. Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e152-168. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30472-2](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30472-2).

42. 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>.
43. Houghton N, Bascolo E, Coitiño A, Koller TS, Fitzgerald J. Using mixed methods to understand and tackle barriers to accessing health services. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e117. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.117>.
44. Naciones Unidas. IAEG SDGs 2025 comprehensive review process. Nueva York: Naciones Unidas; 2024 [consultado el 16 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/2025-comprehensive-review>.

Anexo 1. Método de cálculo de las necesidades insatisfechas de atención de salud

Hay varias razones importantes por las que medir las necesidades insatisfechas de atención de salud es crucial para evaluar el avance hacia la salud universal. Este enfoque proporciona una comprensión matizada del acceso a los servicios de salud y de su utilización. Si bien los países pueden informar de que cuentan con altas tasas de cobertura de seguros o una amplia red de establecimientos de salud, esas cifras no siempre se traducen en atención recibida realmente (1, 2). Al evaluar las necesidades insatisfechas de atención de salud, los países pueden determinar si hay grupos o zonas donde las personas no están recibiendo los servicios de salud que necesitan aunque teóricamente esos servicios estén cubiertos. Esa evaluación pone de manifiesto brechas cruciales entre la cobertura nominal y el acceso real, lo que ofrece una imagen más precisa del panorama del sistema de salud. Además, las necesidades insatisfechas de atención de salud proporcionan una visión integral del desempeño del sistema de salud porque permiten detectar las barreras de acceso que conducen a que las necesidades queden sin atender (3, 4). Esos datos son invaluable para orientar las políticas y la planificación, ya que comprender el alcance de las necesidades insatisfechas y las razones por las cuales quedan sin atender, como el costo, la distancia o los tiempos de espera, puede guiar a los responsables de formular las políticas a la hora de diseñar intervenciones destinadas a mejorar el acceso y reducir las barreras que obstaculizan la atención (5). Cuando las necesidades insatisfechas de atención de salud se combinan con los indicadores sobre la cobertura universal de salud, como la cobertura de los servicios y la protección financiera, los datos sobre esas necesidades ofrecen una comprensión más matizada del avance hacia la salud universal, lo que en última instancia conduce a estrategias más eficaces para mejorar la salud de la población (6).

A pesar de la importancia de estos indicadores, la medición de las necesidades insatisfechas de atención de salud presenta dificultades, en particular la ausencia de una definición estandarizada a nivel mundial (7). En la actualidad no hay ninguna definición operativa universalmente aceptada, lo que hace difícil medir esas necesidades de forma coherente en diferentes contextos y grupos poblacionales. En respuesta a esas dificultades, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) están abogando por que se formule una definición operativa estandarizada de las necesidades insatisfechas de atención de salud, junto con preguntas estandarizadas para las encuestas (5-7). Esas herramientas tienen por objeto detectar necesidades insatisfechas que no se limitan a intervenciones de salud o enfermedades concretas, y al mismo tiempo determinar las barreras al acceso que enfrentan las personas. La incorporación de datos sobre las necesidades insatisfechas de atención de salud en el seguimiento de la cobertura universal de salud se considera un paso crucial hacia una comprensión más precisa de los sistemas de salud.

En este informe, las necesidades insatisfechas de atención de salud se midieron utilizando el concepto de atención no recibida, expresado como la proporción de personas que tenían una necesidad de atención de salud pero no consultaron a un prestador adecuado o no buscaron atención en lo absoluto por cualquier motivo. Este método de medición incluyó captar las razones por las cuales no se había recibido la atención adecuada, que se clasificaron en función de las dimensiones del acceso: disponibilidad, accesibilidad geográfica, accesibilidad financiera, accesibilidad organizacional y aceptabilidad (cuadro A1.1).

Cuadro A1.1 Dimensiones del acceso y ejemplos de barreras de acceso a los servicios de salud

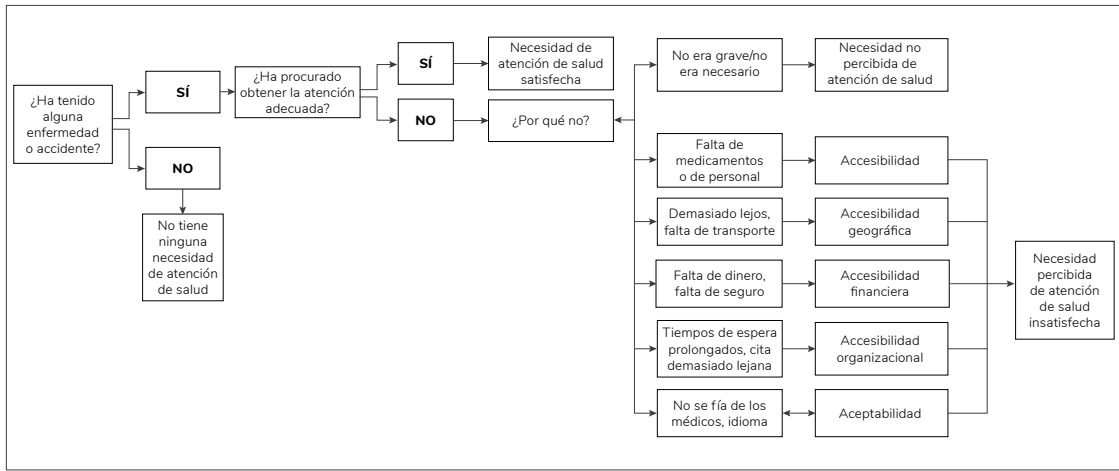
Dimensión	Definición	Ejemplos de barreras de acceso
Disponibilidad	Disponibilidad y suficiencia de recursos para prestar servicios integrales de salud	- Número o densidad insuficientes de establecimientos de salud - Trabajadores de salud no disponibles, absentismo del personal - Falta de existencias de medicamentos y equipos
Accesibilidad geográfica	Disponibilidad de servicios de salud de calidad a un alcance razonable de quienes los necesitan	- Establecimientos de salud demasiado alejados del domicilio del usuario - Traslados largos y lentos a los establecimientos - Falta de transporte
Accesibilidad financiera	Capacidad para pagar los servicios sin que eso ocasione dificultades financieras	- Incapacidad para pagar medicamentos o copagos - Costos de oportunidad y costos de transporte - Falta de seguro o escasa cobertura
Accesibilidad organizacional	Organización y prestación adecuadas de los servicios de modo que las personas puedan obtenerlos cuando los necesiten	- Imposibilidad de tomarse tiempo libre para acudir a las citas - Horarios inadecuados - Sistemas de citas y requisitos administrativos complejos - Tiempos de espera prolongados
Aceptabilidad	Disposición a recurrir a los servicios cuando estos se perciben como eficaces o cuando los factores sociales y culturales no disuaden a las personas de recurrir a ellos	- Falta de confianza en los prestadores de salud o en el tratamiento recetado - Idioma, cultura o religión - Normas, roles y relaciones de género - Percepciones negativas de la calidad del servicio - Actitudes y prácticas de los prestadores - Preferencia por la medicina tradicional

Fuente: Basado en 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://iris.paho.org/handle/10665.2/52573>.

En la figura A1.1 se muestra el proceso de toma de decisiones para determinar las necesidades insatisfechas de atención de salud utilizando el concepto de atención no recibida. En ese proceso se sigue una secuencia lógica en que se categoriza a las personas encuestadas en función de sus necesidades de atención de salud y las acciones posteriores:

1. Necesidad percibida de atención de salud. Esta categoría inicial representa la proporción de personas encuestadas que informaron haber tenido un problema de salud o haber percibido la necesidad de recibir servicios de salud, entre ellos medicamentos recetados, en un período determinado.
2. Necesidad de atención de salud satisfecha. Esta categoría abarca la proporción de personas encuestadas que informaron haber percibido que necesitaban atención de salud y que actuaron conforme a ello consultando a un prestador de atención de salud adecuado.
3. Necesidad percibida de atención de salud insatisfecha. Esta categoría abarca la proporción de personas encuestadas que, a pesar de haber percibido que necesitaban atención de salud, no consultaron a un prestador adecuado o no buscaron atención en lo absoluto, por cualquier razón.
4. Razones por las cuales las necesidades percibidas de atención de salud quedaron sin atender. Esta categoría permite averiguar los motivos concretos por los que no se atendieron las necesidades percibidas de atención de salud. Abarca la proporción de personas encuestadas que enfrentaron barreras relacionadas con la disponibilidad, la accesibilidad (geográfica, financiera y organizacional) y la aceptabilidad de los servicios de salud.
5. Necesidad no percibida de atención de salud. Esta última categoría representa la proporción de personas encuestadas que informaron haber tenido un problema de salud pero que no buscaron la atención adecuada o ninguna atención en lo absoluto porque no percibieron que necesitaban atención de salud.

Figura A1.1 Marco para comprender las necesidades insatisfechas de atención de salud por medio de la atención no recibida



Fuente: OPS.

Los datos sobre las necesidades insatisfechas de atención de salud se recopilaron preguntando a las personas sobre las necesidades de salud que habían percibido y lo que habían hecho al respecto durante el período de 3 a 12 meses anterior a la encuesta. Se hicieron preguntas sobre si la persona había procurado obtener servicios de salud adecuados o si no había procurado recibir atención en lo absoluto, y sobre las razones de sus decisiones. Las siguientes preguntas (con variaciones entre las encuestas) se incluyeron en las estimaciones que se presentaron en este informe:

- “En los últimos 30 días, ¿ha tenido alguna enfermedad o accidente?”
Respuestas posibles: Sí/No/No sabe.
- En caso afirmativo: “¿Adónde acudió para recibir atención por esa enfermedad o accidente?”
Respuestas posibles: Establecimiento público de salud/Clínica de salud privada/Atención de urgencia/Farmacia o automedicación/En casa/Remedio casero/No hizo nada/Otro.
- Si no acudió a ningún establecimiento de salud adecuado o no hizo nada: “¿Cuáles son las razones por las cuales no acudió a un establecimiento de salud?”
Respuestas posibles: No tenía dinero/Está lejos/Mucho tiempo de espera/No hay medicamentos/No hay médicos/No confía en los médicos/No era grave/No era necesario/Prefiere curarse con remedios caseros/No tiene seguro/Se automedica o repite la receta anterior/Falta de tiempo/ Malos tratos por parte del personal de salud/Otros.

La atención adecuada se definió como los casos en que las personas procuraron recibir atención de profesionales médicos calificados en establecimientos públicos de salud o en hospitales o clínicas privadas cuando tuvieron una enfermedad o accidente. Otros tipos de atención, como la compra de medicamentos en farmacias, la toma de remedios caseros y la consulta en templos o a curanderos tradicionales, se definieron como atención inadecuada. A los efectos de centrarse únicamente en las necesidades percibidas de salud, se excluyeron del análisis las personas que informaron que no necesitaban atención.

Se calcularon los porcentajes e intervalos de confianza en relación con cada país, y se aplicaron factores de expansión para estimar los totales nacionales. Cuando el número no ponderado de observaciones de un subgrupo concreto era inferior a 25, se omitieron los resultados. El nivel de riqueza se examinó definiendo quintiles basados en los ingresos o en los activos de los hogares. El informe abarca datos de 18 países y los años de realización de las encuestas utilizadas van del 1996 al 2022. En el cuadro A 1.2 se presenta una lista de las fuentes de datos que se utilizaron en este informe.

Cuadro A1.2 Encuestas y fuentes, por país

País	Encuesta	Año de la encuesta
Barbados	Barbados Survey of Living Conditions (BSLC)	2016
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Encuesta de Hogares	2017, 2019-2021
Canadá	Canadian Community Health Survey (CCHS)	2016, 2018
Chile	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)	2000, 2003, 2006, 2009, 2011, 2013, 2015, 2017, 2020, 2022
Colombia	Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)	1997, 2003, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022
Costa Rica	Encuesta Nacional de Salud (ENSA)	2006
Ecuador	Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares (ENMH)	1996, 2002, 2007, 2013
El Salvador	Encuesta de Propósitos Múltiple (EHPM)	2018-2020
Estados Unidos de América	Medical Expenditure Panel Survey (MEPS)	2018
Guatemala	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCV)	2014

Cuadro A1.2 Encuestas y fuentes, por país (continuación)

País	Encuesta	Año de la encuesta
Haití	Demographic and Health Surveys (DHS)	2016
Honduras	Demographic and Health Surveys (DHS)	2006, 2011, 2019
México	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)	2016, 2018, 2020, 2022
Nicaragua	Demographic and Health Surveys (DHS)	2001, 2014
Paraguay	Encuesta permanente de hogares continua (EPHC)	2019-2022
Perú	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)	2002-2022
República Dominicana	Demographic and Health Surveys (DHS)	2018
Uruguay	Encuesta Nacional de Salud (ENS)	2014

Fuente: OPS.



Anexo 2. Método de cálculo del índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud (indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible)

El método que se utilizó para calcular el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud del indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se detalla en el Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023 (8). Para obtener información completa sobre las fuentes de datos, los métodos de cálculo y las consideraciones metodológicas, se recomienda consultar dicha publicación. Los datos del presente informe proceden del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, al que se puede acceder aquí: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage> [en inglés].

El índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud se construye utilizando un conjunto de 14 indicadores de seguimiento que abarcan cuatro áreas esenciales de la cobertura de los servicios de salud, a saber: la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles, y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos.

Para proporcionar un panorama general completo de la cobertura de los servicios de salud, en el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud se integran varios indicadores de seguimiento. La categoría de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil abarca los siguientes indicadores: la cobertura de la planificación familiar; la cobertura de la atención prenatal (en particular cuatro o más consultas); las tasas de vacunación infantil (difteria, tétanos y tosferina), y el comportamiento de búsqueda de atención ante presunta neumonía. En el caso de las enfermedades infecciosas, en el índice se tienen en cuenta la cobertura del tratamiento eficaz de la tuberculosis, el acceso al tratamiento antirretroviral contra la infección por el VIH, el uso de mosquiteros tratados con insecticida y la disponibilidad de servicios básicos de saneamiento. En la categoría de enfermedades no transmisibles se incorporan indicadores como la prevalencia de la presión arterial no elevada, los niveles medios de glucemia plasmática en ayunas y las tasas de personas no fumadoras. Por último, en la categoría de capacidad de los servicios y acceso a ellos se evalúa la densidad de camas hospitalarias y la densidad de trabajadores de salud, que abarca a médicos, psiquiatras y cirujanos.

Para calcular el índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud, en primer lugar todos los indicadores de seguimiento se ajustan a un intervalo de 0 a 100, donde 100 representa la cobertura óptima. Sobre la base de ese ajuste, se calculan las medias geométricas en relación con cada una de las cuatro categorías de servicios de salud. A continuación se obtiene el índice general calculando la media geométrica de las cuatro medias calculadas en relación con cada categoría. En particular, el indicador de densidad de trabajadores de la salud también se calcula como la media geométrica de los valores ajustados a los profesionales de la salud pertinentes.

Es importante aclarar que, si bien la puntuación del índice va de 0 a 100 y esa puntuación indica diferentes niveles de cobertura de servicios de salud esenciales, no representa directamente el porcentaje de la población cubierta, sino que se interpreta como una indicación de la cobertura media de los indicadores dentro de un país.

Anexo 3. Método de cálculo de los gastos directos catastróficos y empobrecedores en salud

El método que se utiliza para calcular los gastos directos catastróficos y empobrecedores en salud se basa en los principios esbozados en el informe titulado Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8). Para comprender las fuentes de datos, los métodos de cálculo y las consideraciones metodológicas en profundidad, se recomienda consultar dicha publicación. Los datos utilizados en este informe proceden del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, al que se puede acceder aquí: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage> [en inglés].

Los gastos directos en salud se definen como los gastos en que incurren los hogares para adquirir bienes y servicios destinados principalmente a la salud. Esos gastos se financian a través de diversos medios, como el ingreso de los hogares (que abarcan las remesas), los ahorros y los préstamos. Es importante destacar que en los gastos directos no se incluye ningún reembolso ni prima pagada a seguros médicos voluntarios o privados, organizaciones no gubernamentales o programas públicos. También es esencial tener en cuenta que las transferencias de efectivo condicionadas destinadas a cubrir los gastos en salud se clasifican como un plan público específico de financiamiento de la salud y no se consideran parte de los gastos directos en salud en que incurren los hogares.

Para evaluar las dificultades financieras, en el método se comparan los gastos directos en salud de un hogar con su capacidad de pago, que es un indicador fundamental para determinar los gastos catastróficos en salud. Lo que preocupa son las personas que, para afrontar los gastos en salud, se ven obligadas a reducir los gastos destinados a satisfacer necesidades que no están relacionadas con la salud. En algunos casos, esas reducciones dan lugar a gastos empobrecedores en salud. Para evaluar estos últimos, se examina el nivel de consumo de los hogares antes y después de afrontar los gastos directos en salud en relación con un umbral definido de pobreza. En el contexto de las dificultades financieras, los gastos directos en salud pueden ser catastróficos, empobrecedores o ambos. En el marco de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la incidencia de los gastos directos catastróficos en salud se cuantifica como la proporción de la población cuyo gastos directos en salud superan el 10% o el 25% del consumo o del ingreso total del hogar.

Es importante reconocer que los hogares más ricos pueden gastar en atención de salud una proporción superior a la que se indica en esos umbrales sin que ello necesariamente comprometa su capacidad para satisfacer las necesidades básicas. Por el contrario, es posible que los hogares menos ricos gasten menos que esos porcentajes y aun así tengan dificultades para alcanzar un nivel de vida decente. Existen varios métodos para dar seguimiento a los gastos directos catastróficos en salud. En algunas

definiciones, los gastos directos en salud se clasifican como catastróficos cuando superan un porcentaje predeterminado del consumo o del ingreso total, método que se conoce como el enfoque de “proporción del presupuesto”, que se emplea en el indicador 3.8.2 de los ODS. Los datos empíricos sugieren que los gastos catastróficos suelen concentrarse en menor medida en los grupos más pobres cuando se utiliza el enfoque de la proporción del presupuesto. También es crucial tener en cuenta que algunos hogares pueden parecer financieramente estables debido que se endeudan para financiar los gastos en salud, mientras que los del quintil más pobre probablemente se empobrezcan en verdad.

Hay estudios alternativos en que los gastos en salud se relacionan con el consumo o los ingresos netos después de deducir los gastos en necesidades esenciales, en lugar de relacionarlos con el consumo o los ingresos totales. En esa perspectiva se reconoce que todos deben destinar una cantidad mínima a las necesidades básicas, como la alimentación, la vivienda y los servicios públicos. En el caso de los hogares más pobres, esos gastos esenciales consumen una mayor proporción de los recursos, lo que limita su capacidad para gastar en atención de salud. Los hogares más ricos, por el contrario, pueden permitirse destinar un porcentaje considerable de su presupuesto a la atención de salud y, al mismo tiempo, seguir teniendo recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas.

Hay distintos métodos para determinar cómo deducir el gasto en necesidades básicas. En algunos enfoques se deduce todo el gasto real en alimentos, mientras que en otros se aplica una deducción estandarizada para representar los gastos esenciales en alimentos. En algunos métodos se considera el umbral de pobreza prevaleciente como punto de referencia para determinar las necesidades básicas, mientras que en otros se pone énfasis en categorías concretas de gastos esenciales, como alimentos, vivienda y servicios públicos. En comparación con lo que ocurre cuando se utiliza el enfoque de proporción del presupuesto, cuando se aplican estas diversas formas de medir es más probable que los gastos catastróficos en salud se concentren en los hogares más pobres. El último método mencionado, en que se tienen en cuenta necesidades básicas concretas, es particularmente sensible a las dificultades financieras que enfrentan los hogares de ingresos bajos.

Anexo 4. Necesidades insatisfechas de atención de salud y tipos de barreras de acceso, por país, año más reciente disponible

Cuadro A4.1 Necesidades insatisfechas de atención de salud

País o territorio	Media (intervalo de confianza del 95%)	Media del quintil de ingresos más bajos (intervalo de confianza del 95%)	Quintil de ingresos más altos (intervalo de confianza del 95%)	Año más reciente
Barbados	27,8% (26,5, 29)	29,6% (26,7, 32,5)	23,3% (20,6, 26)	2016
Bolivia (Estado Plurinacional de)	70,4% (69,8, 71)	65,2% (63,8, 66,5)	70,9% (69,7, 72,1)	2021
Canadá	26,9% (26,5, 27,4)	32,1% (30,4, 33,8)	26,3% (25,7, 27)	2018
Chile	9,9% (9,7, 10,1)	11,3% (10,9, 11,6)	9,1% (8,5, 9,7)	2022
Colombia	24,2% (23,9, 24,6)	27,2% (26,7, 27,8)	25,5% (24,5, 26,6)	2022
Costa Rica	3,2% (2,7, 3,6)	3,1% (2,2, 4,1)	3,2% (2,2, 4,1)	2006
Ecuador	17,7% (16,4, 18,9)	–	–	2020
El Salvador	44% (43,5, 44,5)	50,3% (49,2, 51,4)	34,7% (33,6, 35,8)	2022
Estados Unidos de América	10,1% (9,5, 10,7)	10,1% (7,4, 12,8)	7% (4,9, 9,1)	2018
Guatemala	41,9% (38,6, 45,2)	36,8% (29,9, 43,6)	24,6% (17,8, 31,3)	2014
Haití	6,9% (6,3, 7,5)	7,9% (6,5, 9,4)	2,3% (1,6, 3,1)	2016
Honduras	46,8 (46,4, 47,2)	53,7% (52,9, 54,4)	39,5% (38,6, 40,5)	2019
México	27% (26,8, 27,2)	36,4% (35,8, 36,9)	20,6% (20,2, 21,1)	2022
Nicaragua	40% (39, 40,9)	50,7% (47,7, 53,8)	36,7% (35,3, 38)	2014
Paraguay	31,9% (31,1, 32,8)	32,9% (31,2, 34,6)	26,8% (25, 28,7)	2022
Perú	73,3% (72,9, 73,6)	74,2% (73,5, 74,9)	68,1% (67,1, 69,1)	2022
República Dominicana	65,8% (64,9, 66,7)	60,7% (58,8, 62,6)	68,1% (66, 70,3)	2013
Uruguay	38,4% (36,4, 40,3)	40,3% (35,5, 45,1)	32,5% (28,7, 36,3)	2014

Nota: El símbolo “–” significa que no hay datos disponibles.

Cuadro A4.2 Necesidades insatisfechas de atención de salud, por tipo de barrera de acceso

País o territorio	Tipo de barrera de acceso	Media (intervalo de confianza del 95%)	Media del quintil de ingresos más bajos (intervalo de confianza del 95%)	Quintil de ingresos más altos (intervalo de confianza del 95%)	Año más reciente
Canadá	Aceptabilidad	0% (0, 0)	0% (0, 0)	0% (0, 0)	2018
Canadá	Disponibilidad	18,3% (14,7, 21,8)	19,5% (8,5, 30,6)	16,2% (10,5, 21,8)	2018
Canadá	Accesibilidad financiera	3,1% (1,5, 4,7)	–	–	2018
Canadá	Accesibilidad geográfica	3,6% (1,9, 5,3)	8,6% (0,8, 16,4)	2,4% (0,1, 4,7)	2018
Canadá	Accesibilidad organizacional	76,8% (72,9, 80,7)	61,7% (48,2, 75,2)	79% (72,7, 85,2)	2018
Colombia	Aceptabilidad	22,6% (20,3, 24,9)	26,4% (22,5, 30,2)	19,7% (11,4, 28)	2022
Colombia	Accesibilidad financiera	3,9% (2,8, 5)	6,3% (4,2, 8,4)	–	2022
Colombia	Accesibilidad geográfica	2,9% (2, 3,9)	3% (1,5, 4,5)	–	2022
Colombia	Accesibilidad organizacional	0,7% (0,3, 1,2)	1,2% (0,3, 2,2)	–	2022
Costa Rica	Disponibilidad	5,3% (4,1, 6,5)	6,1% (4, 8,2)	4,2% (0, 8,3)	2022
Costa Rica	Accesibilidad financiera	3,9% (2,1, 5,7)	3,7% (0,7, 6,7)	–	2022
Costa Rica	Accesibilidad organizacional	6,6% (4,3, 8,9)	15,1% (9,4, 20,8)	–	2022
Chile	Aceptabilidad	4,6% (2,7, 6,5)	9,2% (4,6, 13,8)	–	2022
Chile	Disponibilidad	19% (15,4, 22,6)	18,3% (12,1, 24,4)	11,4% (3,1, 19,8)	2022
Chile	Accesibilidad financiera	2,5% (0,4, 4,6)	0% (0, 0)	–	2006
Chile	Accesibilidad geográfica	6,1% (2,9, 9,4)	–	–	2006
Chile	Accesibilidad organizacional	88% (83,5, 92,4)	94,9% (87,8, 101,9)	87,7% (77,6, 97,8)	2006
Ecuador	Aceptabilidad	2,7% (2, 3,3)	4,7% (2,9, 6,5)	1,7% (0,4, 3,1)	2013
Ecuador	Accesibilidad financiera	1,5% (1, 1,9)	–	–	2013
Ecuador	Accesibilidad geográfica	30,2% (25,7, 34,6)	–	–	2020
Ecuador	Accesibilidad organizacional	43,7% (38,9, 48,4)	–	–	2020

Cuadro A4.2 Necesidades insatisfechas de atención de salud, por tipo de barrera de acceso
(continuación)

País o territorio	Tipo de barrera de acceso	Media (intervalo de confianza del 95%)	Media del quintil de ingresos más bajos (intervalo de confianza del 95%)	Quintil de ingresos más altos (intervalo de confianza del 95%)	Año más reciente
El Salvador	Aceptabilidad	17,3% (13,6, 20,9)	–	–	2020
El Salvador	Disponibilidad	57,8% (53,1, 62,6)	–	–	2020
El Salvador	Accesibilidad financiera	5,5% (4,7, 6,4)	5,4% (3,8, 6,9)	6,2% (3,6, 8,7)	2022
El Salvador	Accesibilidad geográfica	19% (17,5, 20,5)	18,4% (15,8, 21,1)	17,5% (13,4, 21,5)	2022
El Salvador	Accesibilidad organizacional	1% (0,6, 1,3)	1,4% (0,6, 2,2)	–	2022
Estados Unidos de América	Aceptabilidad	1,8% (1,3, 2,3)	2,9% (1,7, 4)	–	2022
Estados Unidos de América	Accesibilidad financiera	4,2% (3,4, 4,9)	2,4% (1,3, 3,4)	4,5% (2,3, 6,7)	2022
Estados Unidos de América	Accesibilidad geográfica	15,3% (4, 26,6)	27,7% (2,3, 53,2)	–	2014
Estados Unidos de América	Accesibilidad organizacional	0% (0, 0)	0% (0, 0)	0% (0, 0)	2014
Guatemala	Accesibilidad financiera	11,8% (1,7, 22)	–	0% (0, 0)	2014
Guatemala	Accesibilidad geográfica	0,5% (0,3, 0,6)	0,5% (0,2, 0,8)	–	2019
Guatemala	Accesibilidad organizacional	0,6% (0,4, 0,8)	0,8% (0,4, 1,1)	–	2019
Honduras	Disponibilidad	0,2% (0,1, 0,3)	0,4% (0,2, 0,7)	–	2019
Honduras	Accesibilidad financiera	0,4% (0,3, 0,6)	0,5% (0,2, 0,7)	0,4% (0,1, 0,7)	2019
Honduras	Accesibilidad geográfica	0,7% (0,6, 0,8)	0,6% (0,5, 0,8)	0,8% (0,5, 1)	2022
Honduras	Accesibilidad organizacional	1,6% (1,5, 1,7)	3,3% (3, 3,6)	0,7% (0,5, 0,9)	2022
México	Aceptabilidad	3,9% (3,7, 4,1)	7,3% (6,9, 7,8)	0,9% (0,6, 1,1)	2022

Cuadro A4.2 Necesidades insatisfechas de atención de salud, por tipo de barrera de acceso (continuación)

País o territorio	Tipo de barrera de acceso	Media (intervalo de confianza del 95%)	Media del quintil de ingresos más bajos (intervalo de confianza del 95%)	Quintil de ingresos más altos (intervalo de confianza del 95%)	Año más reciente
México	Disponibilidad	1% (0,9, 1,1)	2,5% (2,2, 2,7)	0,2% (0,1, 0,3)	2022
México	Accesibilidad financiera	3,1% (3, 3,3)	2,7% (2,4, 3)	3,2% (2,7, 3,6)	2022
México	Accesibilidad geográfica	1,5% (0,8, 2,3)	3,3% (1,3, 5,4)	0% (0, 0)	2022
México	Accesibilidad organizacional	0,7% (0,2, 1,2)	1,5% (0,2, 2,9)	–	2022
Paraguay	Accesibilidad financiera	2,8% (1,8, 3,8)	2,4% (0,7, 4,1)	–	2022
Paraguay	Accesibilidad geográfica	23,7% (23,1, 24,2)	34,5% (33,4, 35,7)	16,6% (15,2, 18)	2022
Paraguay	Accesibilidad organizacional	5,5% (5,2, 5,8)	7,1% (6,5, 7,7)	2,8% (2,1, 3,4)	2022
Perú	Aceptabilidad	4,6% (4,3, 4,9)	9,4% (8,7, 10,1)	2% (1,4, 2,5)	2022
Perú	Accesibilidad financiera	20,8% (20,3, 21,4)	19,2% (18,3, 20,2)	19,1% (17,6, 20,5)	2022
Perú	Accesibilidad geográfica	0% (0, 0)	0% (0, 0)	0% (0, 0)	2018
Perú	Accesibilidad organizacional	60,7% (57,6, 63,8)	69,8% (55,3, 84,3)	47,8% (32,5, 63,2)	2018
República Dominicana	Accesibilidad financiera	3,8% (2,6, 5)	–	0% (0, 0)	2018
República Dominicana	Accesibilidad organizacional	9,9% (8, 11,7)	–	21% (8,4, 33,5)	2018
Uruguay	Disponibilidad	2,8% (1,2, 4,4)	–	–	2014
Uruguay	Accesibilidad financiera	34,2% (29,5, 38,9)	46,8% (36,4, 57,2)	22,1% (12,7, 31,5)	2014
Uruguay	Accesibilidad geográfica	3,1% (1,4, 4,9)	6,5% (1,3, 11,6)	–	2014
Uruguay	Accesibilidad organizacional	23% (18,9, 27,2)	24,4% (15,4, 33,3)	24,5% (14,7, 34,2)	2014

Nota: El símbolo “–” significa que no hay datos disponibles.

Anexo 5. Índice de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud (indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), por país, 2021

	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil				Enfermedades infecciosas			Enfermedades no transmisibles			Capacidad de los servicios y acceso a ellos			Subíndices del índice de cobertura de los servicios				Índice de cobertura universal de los servicios de salud (indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible)	
País o territorio	Planificación familiar: demanda satisfecha con métodos modernos	Atención prenatal, más de 4 consultas	Vacunación infantil (difteria, anatoxina tetánica y tosferina)	Comportamiento de búsqueda de atención ante presunta infección respiratoria aguda	Cobertura de tratamiento de la tuberculosis	Cobertura del tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH	Utilización de mosquiteros tratados con insecticida	Población con acceso a servicios de saneamiento básicos como mínimo	Prevalencia del tratamiento de la hipertensión	Glucemia plasmática media en ayunas	Persona que no fuman	Densidad de camas de hospital	Personal de salud	Índice de capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil	Enfermedades infecciosas	Enfermedades no transmisibles		Capacidad de los servicios y acceso a ellos
Antigua y Barbuda	79	≥80	≥80	≥80	≥80	62		≥80	50	67	≥80	≥80	74	52	≥80	≥80	66	73	76
Argentina	≥80	≥80	76	≥80	≥80	72		≥80	41	≥80	65	≥80	≥80	65	≥80	≥80	61	≥80	79
Bahamas	≥80	≥80	75	≥80	≥80	68		≥80	53	66	≥80	≥80	≥80	55	≥80	≥80	67	≥80	77
Barbados	77	≥80	≥80	≥80	≥80	60		≥80	60	71	≥80	≥80	71	56	≥80	≥80	72	73	77
Belice	71	≥80	≥80	67	63	48		≥80	45	≥80	≥80	57	78	46	78	64	71	59	68
Bolivia (Estado Plurinacional de)	58	≥80	70	≥80	53	56		68	49	≥80	≥80	75	47	56	72	59	73	58	65
Brasil	≥80	≥80	68	50	76	73		≥80	62	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	73	≥80	76	≥80	≥80

	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil				Enfermedades infecciosas				Enfermedades no transmisibles			Capacidad de los servicios y acceso a ellos			Subíndices del índice de cobertura de los servicios				Índice de cobertura universal de los servicios de salud (Indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible)
País o territorio	Planificación familiar: demanda satisfecha con métodos modernos	Atención prenatal, más de 4 consultas	Vacunación infantil (difteria, anatoxina tetánica y tosferina)	Comportamiento de búsqueda de atención ante presunta infección respiratoria aguda	Cobertura de tratamiento de la tuberculosis	Cobertura del tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH	Utilización de mosquiteros tratados con insecticida	Población con acceso a servicios de saneamiento básicos como mínimo	Prevalencia del tratamiento de la hipertensión	Glucemia plasmática media en ayunas	Persona que no fuman	Densidad de camas de hospital	Personal de salud	Índice de capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil	Enfermedades infecciosas	Enfermedades no transmisibles	Capacidad de los servicios y acceso a ellos	
Canadá	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80		≥80	73	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80
Chile	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	68		≥80	58	≥80	58	≥80	≥80	73	≥80	≥80	67	≥80	≥80
Colombia	≥80	≥80	≥80	64	65	74		≥80	55	≥80	≥80	≥80	≥80	69	≥80	77	76	≥80	≥80
Costa Rica	≥80	≥80	≥80	80	65	66		≥80	70	≥80	≥80	65	≥80	67	≥80	75	≥80	76	≥80
Cuba	≥80	79	≥80	≥80	66	72		≥80	61	80	74	≥80	≥80	≥80	≥80	76	71	≥80	≥80
Dominica	≥80	≥80	≥80	63	1	62		80	46	55	≥80	≥80	59	63	79	17	60	72	49
Ecuador	≥80	80	72	≥80	66	74		≥80	49	≥80	≥80	72	≥80	66	79	76	73	78	77
El Salvador	≥80	≥80	79	≥80	62	59		≥80	63	≥80	≥80	65	≥80	≥80	≥80	69	79	≥80	78
Granada	77	73	72	77	50	62		≥80	47	77	≥80	≥80	62	66	75	66	68	74	70
Guatemala	70	≥80	79	52	65	73		70	36	79	≥80	24	55	45	71	69	62	39	59
Guyana	54	≥80	≥80	≥80	62	63		≥80	47	77	≥80	≥80	75	≥80	79	71	67	≥80	76
Haití	48	67	51	35	57	≥80		37	28	≥80	≥80	≥80	22	54	49	57	63	49	54
Honduras	80	≥80	77	70	62	56		≥80	58	≥80	≥80	37	34	58	79	66	79	42	64
Jamaica	≥80	≥80	≥80	≥80	61	47		≥80	51	≥80	≥80	≥80	61	≥80	≥80	63	71	79	74
México	≥80	≥80	78	73	68	61		≥80	50	76	≥80	57	≥80	≥80	≥80	72	67	78	75
Nicaragua	≥80	63	≥80	67	60	53		73	61	≥80	≥80	50	70	78	76	61	≥80	65	70
Panamá	73	≥80	74	≥80	80	49		≥80	55	79	≥80	≥80	≥80	76	80	69	74	≥80	78
Paraguay	≥80	78	70	≥80	≥80	66		≥80	38	≥80	≥80	56	79	56	80	≥80	67	63	72
Perú	68	≥80	≥80	50	59	80		78	40	≥80	≥80	≥80	≥80	39	72	72	71	70	71
República Dominicana	≥80	≥80	≥80	≥80	67	55		≥80	53	≥80	≥80	79	≥80	65	≥80	69	75	≥80	77

	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil				Enfermedades infecciosas				Enfermedades no transmisibles			Capacidad de los servicios y acceso a ellos			Subíndices del índice de cobertura de los servicios				Índice de cobertura universal de los servicios de salud (indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible)
País o territorio	Planificación familiar: demanda satisfecha con métodos modernos	Atención prenatal, más de 4 consultas	Vacunación infantil (difteria, anatoxina tetánica y tosferina)	Comportamiento de búsqueda de atención ante presunta infección respiratoria aguda	Cobertura de tratamiento de la tuberculosis	Cobertura del tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH	Utilización de mosquiteros tratados con insecticida	Población con acceso a servicios de saneamiento básicos como mínimo	Prevalencia del tratamiento de la hipertensión	Glucemia plasmática media en ayunas	Persona que no fuman	Densidad de camas de hospital	Personal de salud	Índice de capacidades básicas requeridas en virtud del Reglamento Sanitario Internacional	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil	Enfermedades infecciosas	Enfermedades no transmisibles	Capacidad de los servicios y acceso a ellos	
Saint Kitts y Nevis	75	≥80	≥80	78	≥80	62		≥80	49	74	≥80	≥80	≥80	66	≥80	≥80	68	≥80	79
Santa Lucía	76	≥80	80	69	≥80	62		≥80	52	76	≥80	≥80	≥80	59	79	≥80	70	79	77
San Vicente y las Granadinas	≥80	70	≥80	79	55	62		≥80	45	≥80	≥80	≥80	≥80	22	≥80	67	69	60	69
Suriname	67	68	72	≥80	50	17		≥80	50	79	≥80	≥80	≥80	46	73	43	68	72	63
Trinidad y Tabago	65	≥80	≥80	74	≥80	65		≥80	47	65	≥80	≥80	≥80	53	≥80	≥80	64	75	75
Estados Unidos de América	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80		≥80	70	73	67	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	70	≥80	≥80
Uruguay	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	71		≥80	55	75	69	≥80	≥80	65	≥80	≥80	66	≥80	≥80
Venezuela (República Bolivariana de)	≥80	≥80	56	72	69	58		≥80	63	≥80	≥80	55	≥80	75	73	73	80	74	75

Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory: Coverage of essential health services (SDG 3.8.1). Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>.

Anexo 6. Dificultades financieras (indicador 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), por país, año más reciente disponible

Cuadro A6.1 Indicadores de los gastos directos empobrecedores en salud relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por país, año más reciente disponible

País o territorio	Año más reciente disponible	Gastos directos empobrecedores en salud			
		Considerando el umbral de pobreza de US\$ 2,15 al día, en paridad del poder adquisitivo del 2017		Considerando el umbral de pobreza relativa del 60% de la mediana del consumo o los ingresos	
		Aumento del número de personas en situación de pobreza (empujadas a la pobreza)	Escaso gasto en salud (personas empujadas a una situación de pobreza más profunda)	Aumento del número de personas en situación de pobreza (empujadas a la pobreza)	Escaso gasto en salud (personas empujadas a una situación de pobreza más profunda)
Argentina	2004	–	–	2	10
Barbados	2016	0,3	0,4	1,8	9,9
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2021	0,1	1	0,8	10,5
Brasil	2017	0,2	0,9	2	19,9
Canadá	2019	0,2	0,4	0,9	16,1
Chile	2016	0	0	2	13,5
Colombia	2016	0,3	1,1	1,2	12,2
Costa Rica	2018	0	0,1	1,2	11,2
Ecuador	2013	0,7	1	2,3	14,8
El Salvador	2019	–	–	0,6	6,5
Estados Unidos de América	2021	0	0	0,6	7,6

Cuadro A6.1 Indicadores de los gastos directos empobrecedores en salud relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, por país, año más reciente disponible (continuación)

País o territorio	Año más reciente disponible	Gastos directos empobrecedores en salud			
		Considerando el umbral de pobreza de US\$ 2,15 al día, en paridad del poder adquisitivo del 2017		Considerando el umbral de pobreza relativa del 60% de la mediana del consumo o los ingresos	
		Aumento del número de personas en situación de pobreza (empujadas a la pobreza)	Escaso gasto en salud (personas empujadas a una situación de pobreza más profunda)	Aumento del número de personas en situación de pobreza (empujadas a la pobreza)	Escaso gasto en salud (personas empujadas a una situación de pobreza más profunda)
Granada	2008	0	0	0,3	1,7
Guatemala	2014	0,9	2,2	2,2	13,2
Haití	2013	3,9	9,7	3,8	9,7
Honduras	2004	–	–	0,2	21,8
Jamaica	2004	0,5	0,8	2,4	17,5
México	2020	0,1	0,8	1,1	12,3
Nicaragua	2014	2,8	3,7	5	21,4
Panamá	2017	0	0	1,3	17,7
Paraguay	2000	1,3	7,2	1,5	22,4
Perú	2021	0,1	1	1,8	18,6
República Dominicana	2018	0	0,1	1,7	11,7
Saint Kitts y Nevis	2007	–	–	0,9	9,2
Santa Lucía	2016	0,3	0,4	1,4	11,8
Suriname	2016	0	0	1,1	8,7
Trinidad y Tabago	2014	0,8	0,3	1	2,3
Uruguay	2016	0	0	1,1	14,8

Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory: SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators). Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>.

Cuadro A6.2 Indicador 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la cobertura universal de salud, año más reciente: incidencia de los gastos directos catastróficos en salud (%)

País o territorio	Considerando el 10% del consumo o los ingresos totales del hogar	Considerando el 25% del consumo o los ingresos totales del hogar	Año más reciente
Argentina	9,57	2,54	2017
Barbados	16,37	3,82	2016
Belice	6,2	3,1	2018
Bolivia (Estado Plurinacional de)	5,69	1,19	2021
Brasil	11,81	1,88	2017
Canadá	3,5	0,8	2019
Chile	14,6	2,08	2016
Colombia	8,19	2,23	2016
Costa Rica	7,41	1,13	2018
Ecuador	10,31	2,44	2013
El Salvador	4,06	1,38	2019
Estados Unidos de América	4,61	0,89	2021
Granada	3,17	0,5	2008
Guatemala	11,45	3,77	2014
Haití	11,54	3,98	2013
Honduras	1,14	0,1	2004
Islas Caimán	3,24	0,58	2015
Jamaica	10,2	2,88	2004
México	4,44	1,22	2020
Nicaragua	24,73	9,1	2014
Panamá	6,2	0,65	2017
Paraguay	10,54	0,81	2011
Perú	12,59	2	2021
República Dominicana	8,17	0,94	2018
Saint Kitts y Nevis	4,13	0,3	2007
Santa Lucía	6,17	1,77	2016
Suriname	4,87	1,35	2016
Trinidad y Tabago	3,88	1,93	2014
Uruguay	2,11	0,15	2016

Nota: El símbolo “–” significa que no hay datos disponibles.

Fuente de los datos: Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory: SDG 3.8.2 Catastrophic health spending (and related indicators). Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>.

Referencias de los anexos

1. Ranjan A, Thiagarajan S, Garg S. Measurement of unmet healthcare needs to assess progress on universal health coverage – exploring a novel approach based on household surveys. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:525. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09542-0>.
2. Kowal P, Corso B, Anindya K, Andrade FCD, Giang TL, Guitierrez MTC, et al. Prevalence of unmet health care need in older adults in 83 countries: measuring progressing towards universal health coverage in the context of global population ageing. *Popul Health Metr.* 2023;21(1):15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12963-023-00308-8>.
3. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52573>.
4. 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>.
5. 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://iris.paho.org/handle/10665.2/57803>.
6. Organización Mundial de la Salud. Handbook for conducting assessments of barriers to effective coverage with health services: in support of equity-oriented reforms towards universal health coverage. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094765>.
7. Rosenberg M, Kowal P, Rahman MM, Okamoto S, Barber SL, Tangcharoensathien V. Better data on unmet healthcare need can strengthen global monitoring of universal health coverage. *BMJ.* 2023;382. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075476>.
8. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo mundial 2023. Ginebra: OMS y Banco Mundial; 2023. Resumen disponible en español en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375631/9789240080430-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Informe completo disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>.

Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (lo que se conoce como “salud universal”) significa velar por que todas las personas y comunidades tengan acceso a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, sin ningún tipo de discriminación o barrera que obstaculice su posibilidad de acceder a ellos.

En la presente publicación se utilizan los datos más recientes para proporcionar un análisis detallado del estado actual de la salud universal en la Región de las Américas. Se centra en tres indicadores clave (las necesidades insatisfechas de atención de salud, la cobertura de los servicios de salud esenciales y la protección financiera) y se señalan las principales implicaciones en materia de políticas y se hacen recomendaciones sobre medidas futuras. Los datos presentados no solo proporcionan un panorama general del avance hacia los objetivos de salud universal, sino que también ponen de relieve importantes ámbitos que preocupan con respecto a las necesidades insatisfechas de atención de salud y permiten determinar los grupos que corren riesgo de afrontar dificultades financieras debido a los gastos en salud. Además, los resultados constituyen un punto de referencia vital para la labor futura de seguimiento y evaluación.

Reforzar la atención primaria de salud y dar prioridad a la equidad en salud es esencial para que la Región siga un camino sostenible e inclusivo hacia la salud universal que garantice que todas las personas puedan alcanzar el grado máximo de salud y bienestar. Un aspecto fundamental a la hora de fomentar la salud universal mediante la atención primaria de salud es adoptar un enfoque territorial en que se reconozcan las necesidades y los contextos de salud diversos que hay dentro de los países. La información presentada en esta publicación es fundamental para orientar las políticas regionales y nacionales de salud destinadas a mejorar los resultados en materia de salud universal en la Región de las Américas.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

www.paho.org

