

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

Punto 4.3 del orden del día provisional

CE154/12
12 de mayo del 2014
Original: inglés

ESTRATEGIA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Introducción

1. La cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales¹ y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. La cobertura universal de salud refuerza la necesidad de definir y ejecutar políticas e intervenciones con un enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad.

2. La cobertura universal de salud es el objetivo general de los sistemas de salud y se fundamenta en los valores de la atención primaria de salud, adoptados por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que son el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad (I-5).

3. El derecho a la salud es el valor central de la cobertura universal de salud que debe promoverse y protegerse sin distinción de edad, etnia o raza, sexo, género, orientación sexual, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, o cualquier otra condición social. Promover y proteger el derecho a la salud exige una articulación con otros derechos humanos relacionados. El derecho a la salud está protegido por la gran mayoría de las constituciones nacionales y por tratados internacionales y regionales de derechos humanos, entre ellos la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).²

4. La cobertura universal de salud exige la eliminación de todo tipo de barreras al acceso a los servicios de salud, ya sean geográficas, culturales o financieras, que existen

¹ Servicios integrales se refiere al conjunto de acciones o intervenciones poblacionales y/o individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y prestar los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.

² Véanse los documentos CD50/12 del 50.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (2010), La salud y los derechos humanos y CD52/18 del 52.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (2013), Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans.

por falta de servicios e intervenciones, o debido al estigma y la discriminación en los servicios de salud. La ampliación inmediata del acceso a los servicios para los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad, priorizando las intervenciones que respondan a las necesidades insatisfechas y a los desafíos en salud, tales como mortalidad materna e infantil, enfermedades crónicas, infección por el VIH, tuberculosis y violencia, es un imperativo ético a medida que los Estados Miembros avanzan hacia la cobertura universal de salud.

5. La cobertura universal de salud es un componente central del desarrollo humano y requiere de políticas y programas de salud que sean equitativos y eficientes. La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a los servicios, en la contribución financiera, en el acceso a entornos saludables y en el trato que se recibe de los trabajadores de la salud al recibir los servicios. El género, la etnia y la raza son determinantes estructurales específicos que contribuyen directamente a la inequidad en salud. Las políticas sociales y económicas contribuyen a que haya diferencias en cuanto a las oportunidades y pueden afectar la capacidad de tanto hombres como mujeres para otorgar prioridad a la salud (3,6).

6. La cobertura universal de salud exige solidaridad³ para garantizar la protección financiera. Para ello es necesaria la mancomunación solidaria de los fondos⁴ y la eliminación del pago directo en el momento de recibir la atención (7).

7. El logro de la cobertura universal de salud requiere del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión y rendición de cuentas, de la participación multisectorial, el diálogo y el consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones y reglamentaciones, y de llevar a la práctica las estrategias necesarias. Este compromiso debe concretarse en un marco conceptual y jurídico que respalde la garantía del acceso equitativo a los servicios y que garantice que la salud siga siendo una prioridad fiscal para asegurar un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, equitativo y de calidad. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor del desarrollo humano (3,8, 9).

8. La estrategia aquí presentada define las condiciones *sine qua non* que permitirán a los países orientar sus políticas y medir el éxito y la velocidad de sus avances hacia la cobertura universal de salud. Sin embargo, cada país debe definir su camino, teniendo en

³ La solidaridad es el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común. La solidaridad se relaciona con la justicia distributiva, con la contribución de acuerdo a la capacidad y la utilización según la necesidad de cada uno.

⁴ La mancomunación solidaria de fondos significa la unificación en un fondo único de todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, es decir, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad. En este esquema, el presupuesto público asume las contribuciones para aquellos individuos que no tienen capacidad para aportar (pobres e indigentes).

cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en el ámbito de la salud.

9. En la estrategia se establecen cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: *a)* ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; *b)* fortalecer la rectoría y la gobernanza; *c)* aumentar y mejorar el financiamiento, promoviendo la equidad y la eficiencia y eliminando el gasto de bolsillo; y *d)* fortalecer la actuación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Antecedentes

10. En las últimas décadas, se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas de transformación de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial, muchas de las cuales contaron con la participación activa y el apoyo de la OPS/OMS y de otros socios.⁵ Las más recientes son la *Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud* del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012 y el debate sobre la agenda para el desarrollo después del 2015 que plantea la cobertura universal de salud como objetivo central para el desarrollo humano. Los mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción de la OPS/OMS que respaldan esta estrategia se encuentran citados en el anexo IV del Plan Estratégico de la OPS (3, 10, 11, 12).

11. Los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (2013), al otorgarle a la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) el mandato de formular una estrategia que será presentada en el 53.º Consejo Directivo (2014). Este compromiso de los Estados Miembros se expresa a través del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el que se reconoce la cobertura universal de salud como un pilar articulador junto con los determinantes sociales de la salud (3).

Análisis de la situación actual: desafíos para el avance hacia la cobertura universal.

12. Se han logrado importantes avances en torno a la salud en esta Región como consecuencia en parte del desarrollo económico y social de los países (el PIB per cápita se ha triplicado entre 1980 y el 2012), la consolidación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y la capacidad para incorporar y aplicar la tecnología a fin de mejorar la salud. El compromiso político de los países para responder a las necesidades de salud de la población ha sido un factor fundamental que ha contribuido a alcanzar estos logros (3, 4).

⁵ Otras entidades del Sistema de las Naciones Unidas, organismos de cooperación multi y bilateral, organismos de cooperación financiera, sociedad civil.

13. A pesar de los avances y el crecimiento económico, la pobreza y las inequidades siguen siendo un reto para la Región. Algunos datos recientes indican que América Latina y el Caribe sigue siendo la región más inequitativa del mundo, con un 29% de la población por debajo del umbral de pobreza y 40% de la población más pobre que recibe menos de 15% del total de ingresos. Estas inequidades se reflejan en los resultados de salud; por ejemplo, la Región de las Américas no logrará alcanzar la meta de disminución de la mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 y, a pesar de reducciones importantes en la mortalidad infantil, existen diferencias muy marcadas entre los países. Sin intervenciones específicas que busquen transformar los sistemas de salud, el crecimiento económico no es suficiente para reducir las inequidades (3,4).

14. El abordaje para reducir la inequidad en salud se hace más complejo por los patrones epidemiológicos y demográficos emergentes. La coexistencia de las enfermedades transmisibles, las no transmisibles, la violencia, incluida la violencia de género, el aumento de la esperanza de vida, y la urbanización, demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud. En el 2012, había más de 100 millones de personas mayores de 60 años de edad en la Región. Se prevé que para el 2020 esta cifra se duplicará. Se calcula que entre 1999 y el 2009, murieron más de 5,5 millones de personas por causas externas (distintas de las causas naturales y que se consideran evitables, como los homicidios, los accidentes y los suicidios) (3,4).

15. Al mismo tiempo, persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad para amplios sectores de la población.⁶ La falta de cobertura apropiada y de universalidad al acceso tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad. La evidencia indica que la mala salud, en esquemas de cobertura insuficiente, no solo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias. Un 30% de la población de la Región no puede tener acceso a la atención debido a razones financieras y 21% se ve disuadido de buscar atención debido a barreras geográficas. Las poblaciones en situación vulnerable, en extremos de la vida, las mujeres, los niños y niñas, las minorías étnicas, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, los migrantes, los pacientes con enfermedades crónicas o incapacitantes, entre otros, son los grupos más afectados por este problema (3, 4).

16. La segmentación y fragmentación que se observa en la mayoría de los sistemas de salud de la Región resulta en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La segmentación y fragmentación se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria dentro de los sistemas de salud, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y la falta de integración de los mismos a nivel de la prestación de los servicios (4).

⁶ Al 2010, 36 millones de personas en la Región no tenían acceso al agua potable apta para el consumo humano. Alrededor de 120 millones carecían de servicios mejorados de eliminación de aguas residuales y alcantarillado, y casi 25 millones de personas en América Latina y el Caribe defecan al aire libre.

17. En los países de la Región los modelos de atención no responden de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y las comunidades.⁷ El modelo de atención predominante en algunos países está basado en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Las inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos ni se ha logrado la incorporación adecuada de nuevas tecnologías e innovación en la gestión y la prestación de los servicios.

18. La capacidad resolutive⁸ y la articulación de los servicios, en especial los relativos al primer nivel de atención, es limitada y no responde a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades cada vez mayores de una población que envejece y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles en toda la Región.

19. Persisten profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención. Once países de la Región enfrentan un déficit absoluto de personal de salud (menos de 25 médicos, enfermeras y parteras certificadas por 10.000 habitantes). Aun en los países que han superado este umbral, muchas zonas no metropolitanas y jurisdicciones de salud están por debajo, lo que genera problemas serios para el acceso a servicios integrales de salud.

20. El acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud seguros, eficaces y de calidad, su uso racional y el respeto de la medicina tradicional, continúan siendo un reto para la mayoría de los países de la Región, lo que afecta la calidad de la atención. Los problemas de suministro, la subutilización de medicamentos genéricos, el pago de precios de medicamentos superiores a lo esperado, y el uso inapropiado e ineficaz de los medicamentos constituyen otras barreras que impiden la cobertura universal de salud (3,4). La capacidad de regulación de los medicamentos y las tecnologías sanitarias, aunque está mejorando en toda la Región, sigue siendo un reto, en especial con respecto a las nuevas y más complejas tecnologías sanitarias que necesitan los sistemas de salud.

21. La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia la cobertura universal de salud. Mientras el gasto público promedio en salud respecto del producto bruto interno (PIB) de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

⁷ La *Política de igualdad de género de la OPS* reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir el desequilibrio entre hombres y mujeres.

⁸ La “capacidad resolutive” se define en este contexto como la capacidad de los servicios de salud de brindar una atención de salud que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico actual, que arroje como resultado una mejora del estado de salud.

(OCDE) llega a un 8%, el gasto total en salud en la mayor parte de los países de la Región se sitúa, en promedio, cerca de 6 a 7% del PIB. En el 2011, el gasto público en salud respecto del PIB fue de apenas 3,8%. La falta persistente de recursos financieros para el sector de la salud se intenta resolver a menudo a través del uso del pago directo en el momento en que se necesita el servicio. Este tipo de estrategias financieras crea obstáculos para acceder a los servicios y tiene consecuencias negativas en los resultados de salud para las personas y comunidades. Además, aumenta el riesgo de que las personas deban incurrir en gastos catastróficos al acceder a los servicios de salud, lo que a su vez puede llevar al empobrecimiento (7).

22. Muchos países de la Región tienen disposiciones en la Constitución u otros instrumentos jurídicos universales y regionales de derechos humanos que garantizan el derecho a la salud. Sin embargo, no siempre los marcos legales se traducen en políticas, planes y estrategias nacionales que hagan efectivo el acceso universal a servicios de salud de calidad.

23. Es un reto para las autoridades de salud poder establecer una coordinación eficaz con otros sectores y generar capacidad de liderazgo para la ejecución exitosa de iniciativas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud⁹ Algunas de las experiencias más exitosas de la transformación de los sistemas de salud hacia la cobertura universal de salud han sido sustentadas por un debate y diálogo abiertos en los que participa toda la sociedad (11).¹⁰

24. Lo anterior determina el nivel de urgencia para acelerar la transformación de los sistemas de salud teniendo como objetivo general la cobertura universal de salud, por lo que se requieren acciones estratégicas integrales que se implementen de manera progresiva y sostenida. Además, a medida que se consolidan los procesos democráticos en la Región, con una creciente descentralización y un mayor poder de decisión transferido a las personas y sus comunidades, la cobertura universal de salud se convierte en una demanda social cada vez más creciente y estructurada (3).

Estrategia hacia la cobertura universal de salud

25. Las líneas estratégicas que se proponen orientan la transformación de los sistemas de salud para avanzar hacia la cobertura universal.

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

⁹ Este problema se agudiza en los países en los cuales la financiación del sistema de salud y otros sectores del área social dependen de la cooperación internacional: en estas situaciones, la coordinación eficaz de la ayuda externa por parte de la autoridad nacional de salud es indispensable para avanzar hacia la cobertura universal de salud.

¹⁰ Se destacan herramientas que facilitan la participación efectiva de la población en la formulación e implementación de políticas de salud, tales como consejos, conferencias, foros de salud y otras soluciones colegiadas.

26. Definir el conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles, integral, de ampliación progresiva, coherente con las necesidades de salud, las capacidades del sistema, y el contexto nacional. El conjunto de prestaciones es un elemento esencial de la garantía del derecho a la salud y, por lo tanto, debe alcanzar a todas las personas por igual, independientemente de su capacidad de pago, sin diferencias de calidad y sin riesgo financiero. Toma en consideración las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas, y presta atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad. Esto requiere una adecuación de los marcos legales y regulatorios, de manera coherente con los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud. La toma de decisiones acerca del conjunto universal de prestaciones debe apoyarse en la evidencia, con una perspectiva ética, cultural y de género. Se necesita un enfoque multidisciplinario en la evaluación de las tecnologías de salud y el análisis económico de las intervenciones de salud. Además se requiere del establecimiento de mecanismos de transparencia social en las diferentes etapas del proceso (13,14).¹¹

27. Transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de atención primaria de salud (15).

28. Incrementar de inmediato la inversión en el primer nivel de atención a fin de mejorar la capacidad resolutoria, ampliar el acceso y extender la oferta de servicios a fin de abarcar de manera rápida las necesidades de salud insatisfechas, de acuerdo con el conjunto de prestaciones con ampliación progresiva.

29. Ampliar las opciones de empleo en el primer nivel de atención, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas. Consolidar la colaboración en los equipos multiprofesionales de salud y garantizar capacidad resolutoria adecuada con acceso a la información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina). Introducir nuevos perfiles profesionales y técnicos en función del conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles, y del modelo de atención (16-18).

30. Los medicamentos esenciales y las tecnologías sanitarias forman parte del conjunto universal de prestaciones garantizadas. Es indispensable definir procesos que mejoren de manera sistemática y progresiva la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos y otras tecnologías de salud en los servicios de salud, y desarrollar la

¹¹ El diseño de estos conjuntos garantizados de prestaciones para todos debe acompañarse de guías de prácticas asistenciales en red, que permitan disminuir la variabilidad, desintegración de la práctica clínica y falta de coherencia entre necesidades y decisiones e inversión, asegurando así un nivel adecuado de calidad técnica, efectividad y continuidad de la atención.

capacidad de regulación para garantizar que estos medicamentos sean seguros, eficaces y de buena calidad.

31. Implementar programas para el empoderamiento de las personas, incluso actividades de promoción, prevención y educación que permitan aumentar el conocimiento de su estado de salud, de sus derechos y obligaciones. La participación de las personas y las comunidades es fundamental para la cobertura universal de salud, las personas deben estar empoderadas para tomar decisiones informadas acerca de su salud y la de su familia. Es importante reconocer el papel de las mujeres como proveedoras de servicios y cuidado (formal e informal) de la salud (3).

Línea estratégica 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

32. Establecer mecanismos formales para la participación y el diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas que sean inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas en el camino hacia la cobertura universal de salud. El diálogo y la participación social en el proceso de elaboración de las políticas deberían garantizar que no predominen algunos intereses en detrimento de otros, excepto en el caso de la equidad y el bien común.

33. Elaborar políticas y planes en los que se manifieste de manera clara y explícita la intención del Estado de transformar su sistema de salud para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Estos planes deberían incluir metas definidas que se monitoreen y evalúen. Instituir mecanismos para la participación de las personas y de la sociedad civil, al igual que del sector privado, en el monitoreo y la evaluación.

34. El marco legal y regulatorio debe mostrar el compromiso de la sociedad con la cobertura universal de salud. Debe establecer las medidas y garantías necesarias para lograr todos los elementos del derecho a la salud arriba mencionados y, por consiguiente, contribuir al goce de todos los demás derechos vinculados a la salud. Para lograr la cobertura universal de salud las autoridades nacionales de salud deben fortalecer su función de rectoría en el sector de la salud, asegurando las funciones esenciales de salud pública y fortaleciendo la gobernanza.

35. Desarrollar la reglamentación como instrumento eficaz para asegurar el acceso y la calidad de la atención en los servicios de salud; la formación, distribución y actuación adecuada de los recursos humanos; la movilización y la asignación de recursos financieros a fin de promover la equidad y el acceso, y de garantizar la protección financiera; la calidad y el uso de las tecnologías en beneficio de las personas; y la participación de todos los sectores, incluido el privado, en el avance hacia la cobertura universal de salud (19).

36. Fortalecer los sistemas nacionales de información a fin de hacer el monitoreo y evaluar el progreso hacia la cobertura universal de salud. Los datos deben desagregarse a fin de facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad. La elaboración de una

agenda de investigación y una mejor gestión del conocimiento son elementos esenciales (20).

Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y eliminando el gasto de bolsillo.

37. Aumentar el financiamiento público de la salud, de una manera eficiente y sustentable. Un gasto público destinado a la salud de 6% del PIB es una condición necesaria —aunque no suficiente— para reducir las inequidades en el marco de la cobertura universal de salud. El incremento de los recursos públicos para la salud¹² debe aumentar la equidad en la asignación al dirigirse en forma prioritaria al primer nivel de atención, mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad articuladora de las redes integradas de servicios (7).

38. Eliminar el pago directo en el momento de la prestación de servicios que se constituye en barrera financiera para el acceso¹³ a los servicios de salud garantizados. Esto aumentará la protección financiera al disminuir la inequidad y la exposición a gastos catastróficos y al empobrecimiento¹⁴. Un fondo prepago mancomunado que se base en el principio de la solidaridad y que permita las subvenciones cruzadas de las personas saludables a las personas enfermas, de los ricos a los pobres y de los jóvenes a los adultos mayores, debería sustituir el pago directo. Esta es una estrategia efectiva para aumentar la equidad y la eficiencia del sistema de salud (7).¹⁵

39. Mejorar la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud.¹⁶ En cuanto a la eficiencia en la organización de los servicios es necesario alinear los

¹² Este aumento del gasto público debería comenzar con el mejoramiento en la recolección de fondos (para disminuir la elusión y combatir la evasión impositivas); enseguida, y considerando que la Región tiene una presión fiscal relativamente baja, se debe valorar la introducción de fuentes de financiamiento innovadoras dada la poca prioridad fiscal actual asignada a la salud. En el corto plazo, el gasto público debería aumentar a por lo menos 6% del PIB para que, en el mediano plazo, pueda llegarse al 7 a 8% de promedio que registran los países que más han avanzado hacia la cobertura universal de salud en Europa y los países de la OCDE.

¹³ El gasto de bolsillo no solo tiene efectos de equidad negativos que afectan tanto a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad como a quienes han logrado salir de la línea de pobreza pasando a aumentar la clase media; además, tiene efectos negativos a nivel de la eficiencia ya que puede retrasar la decisión de buscar servicios, con la consecuente deterioración del estado de salud y la necesidad de servicios de mayor complejidad más costosos.

¹⁴ La contribución de las personas al financiamiento debe privilegiar la sustitución de toda forma de pago directo en el momento de la prestación de servicios por modalidades de prepago que consideren la mancomunación solidaria de fondos.

¹⁵ Al contar con mayor número de personas, un fondo mancomunado con financiamiento solidario redistribuye mejor los recursos desde las personas sanas a las enfermas, desde los jóvenes a los adultos mayores y de quienes tienen más a los que tienen menos. Por otra parte, la mancomunación permite combatir la segmentación, disminuyendo los costos de transacción y aumentando la eficiencia del sistema de salud.

¹⁶ Según el *Informe mundial sobre la salud en el mundo 2010* de la OMS, las pérdidas de eficiencia son la causa de entre 30 y 40% del gasto total en salud. Es por lo tanto un imperativo ético el asegurarse de que

incentivos y mecanismos de pago con resultados de avance hacia la cobertura universal de salud; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario;¹⁷ mejorar las compras de insumos, medicamentos esenciales y otras tecnologías de salud aprovechando economías de escala y adoptando procesos transparentes para la adquisición; además de luchar contra la corrupción, entre otros (7).

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

40. Establecer mecanismos intersectoriales de coordinación y fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para ejecutar con éxito políticas públicas¹⁸ que aborden los determinantes de la salud. Fortalecer la capacidad de las autoridades de salud para influenciar en las legislaciones, reglamentaciones e intervenciones extrasectoriales que abordan los determinantes sociales de la salud (10).

41. Generar evidencia para sustentar acciones interinstitucionales que impacten en la salud de las personas y las comunidades, en particular, mediante la evaluación de las implicaciones para la salud de políticas, programas y proyectos de desarrollo, con la participación de la sociedad civil y las comunidades.

42. Promover la cobertura universal de salud en los programas de protección social. Fortalecer la participación de la autoridad nacional de salud en la definición de los componentes relacionados con la salud de los programas sociales, incluidos los programas de transferencias condicionadas de dinero, según corresponda.

43. Fortalecer la articulación entre salud y comunidad, promoviendo el protagonismo de municipios y organizaciones sociales de base territorial, en las mejoras de las condiciones de vida y los entornos saludables. Empoderar a las personas y las comunidades mediante la capacitación de líderes, mujeres, jóvenes y otros miembros de la comunidad, para el entendimiento de los determinantes de la salud y su participación activa en la promoción y protección de la salud.

Intervención del Comité Ejecutivo

los recursos financieros para la cobertura universal de salud se gasten en forma adecuada y transparente; lo que permite ofrecer más servicios, de mejor calidad a toda la población y en particular a los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

¹⁷ Asegurar que respondan a las necesidades de la población que sean coherentes con el modelo de atención y se inscriban en el conjunto universal de prestaciones garantizadas.

¹⁸ Con respecto a cuestiones esenciales para la salud, como la educación, el hábitat, el agua y saneamiento, la vivienda, el crecimiento urbano, las migraciones, el mercado de trabajo informal, entre otros. Algunos ejemplos de mecanismos intersectoriales son los comités nacionales de lucha contra la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria, los comités nacionales de lucha contra la obesidad, etc.

44. Se solicita al Comité Ejecutivo que considera la adopción de la *Estrategia para la cobertura universal de salud* y que considere la posibilidad de aprobar la resolución incluida en el anexo A.

Anexos

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. [Internet]. Ginebra, Suiza. OMS (2008) [citado el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de junio 1978; Alma Ata, USSR. Ginebra: OMS; 1978 [citada el 14 de abril de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.a Sesión del Comité Regional; 2013 30 septiembre – 4 de octubre; Washington (DC), Estados Unidos, Washington (DC): OPS; 2013 (Documento Oficial 345) [citado el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012 [citada el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=es.
5. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Washington (DC); OPS; 2007. Washington (DC) [citada el 14 de abril de 2014]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf.
6. Bird CE, Rieker PP. The Effects of Constrained Choices and Social Policies. Gender and Health. Cambridge University Press New York, 2008.
7. Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra, Suiza. OMS (2011) [citado el 14 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>.

8. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud [Internet]. Publicado en inglés con el título de *World Development Report 1993* por Oxford University Press para el Banco Mundial [citado el 14 de abril de 2014]. Disponible en :
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/1993/07/12711504/world-development-report-1993-investing-health-informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud#>.
9. Engström, Hillevi y coll. (2013) “Reinvesting in health post-2015” *The Lancet* (382) 9908, December 2013, pg. 1861-1864; [citado el 14 de abril de 2014]. Catalogación disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736>.
10. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; 19-21 de octubre 2011. Rio de Janeiro, BR. Ginebra: OMS; 2011 [citada el 14 de abril 2014] Disponible en:
http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
11. Organización de las Naciones Unidas. El futuro que queremos [Internet] Río + 20 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; 20-22 junio 2012; Río de Janeiro, BR. New York: UN: 2012 (A/CONF.216/L.1) [citada el 14 de abril de 2014] Disponible en: https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf.
12. Global Health Workforce Alliance (GHWA). High-level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda. Gaborone, Botswana, 5-6 March 2013. [Internet]. [citado el 14 de abril de 2014]. Disponible en:
[http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_\(B\).pdf](http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_(B).pdf).
13. Organización Panamericana de la Salud. Conjuntos de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseño y Aplicación. Rovira Joan. Washington, DC, OPS, 2003 [Citado el 14 de abril de 2014] Disponible en:
<http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdiseño-y-aplicación-ES.pdf>.
14. Center for Global Development. Priority-Setting in Health. Building institutions for smarter public spending. Amanda Glassman and Kalipso Chalkidou. Washington (DC), 2012 [Citado el 14 de abril de 2014]
<http://www.cgdev.org/publication/priority-setting-health-building-institutions-smarter-public-spending>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington (DC); OPS; 2010. Washington (DC) [citado 14 de

- abril 2014]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf.
16. Organización Panamericana de la Salud. La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la Orientación hacia la APS [Internet]. Washington (DC); OPS; 2010. Washington (DC) [citado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf>.
 17. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud [Internet]. Washington (DC); OPS; 2008. Washington (DC) [citado el 14 de abril 2014]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf.
 18. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 [Internet]. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (Resolución CSP27.R7) [citado el 4 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>.
 19. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C: OPS, 2007. [citado el 4 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/PAHO-USAID/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10377&Itemid=99999999.
 20. Organización Mundial de la Salud. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. [Internet]. Ginebra, Suiza. OMS (2013) [citado el 14 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/es/>.
 21. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio [Internet]. Quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 18 de septiembre 2000; Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: ONU; 2000 (Documento A/RES/55/2) [citada el 14 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
 22. Etienne, C. Equidad en los sistemas de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013;33(2):81–82. Washington (DC) [Internet]. [citado el 14 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=551&Itemid=.

23. Evans,D, Etienne,C (2010) Health system financing and the path to universal coverage. Bulletin of the WHO 06/2010; 88(6):402. DOI: 10.2471/BLT.10.078741. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-078741/en/index.html>.
24. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. Lancet. 2012 Sep 8;380(9845):944-7. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61149-0. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959391>.

154.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

CE154/12
Anexo A
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

LA 154^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la propuesta de *Estrategia para la cobertura universal de salud* (documento CE154/12),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada conforme a los siguientes términos:

El 53.º CONSEJO DIRECTIVO

Habiendo considerado la *Estrategia para la cobertura universal de salud* presentada por la Directora (documento CD53/____).

Reconociendo que la cobertura universal de salud es un componente central del desarrollo humano y significa que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan, a lo largo del curso de vida, y sin dificultades financieras;

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

Reconociendo que la cobertura universal de salud abarca los valores y principios de la atención primaria de salud: el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad;

Observando que los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (2013), mediante la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y su participación activa en otros espacios internacionales, como la *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud* del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012; y la discusión en torno a la agenda para el desarrollo después del 2015 que plantea a la cobertura universal de salud como un objetivo central para el desarrollo humano;

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

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

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

Reconociendo que mientras persistan las barreras de acceso a los servicios integrales de salud y la exclusión será muy difícil avanzar hacia la cobertura universal;

Reconociendo el nivel de urgencia para acelerar la transformación de los sistemas de salud, teniendo como objetivo general la cobertura universal de salud, a fin de abordar las inequidades y de garantizar el acceso a la salud;

Observando que en la estrategia se definen las condiciones *sine qua non* que permitirán a los países orientar sus políticas y medir el éxito y el avance hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que cada país deberá definir su propio camino hacia la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural;

Reconociendo el proceso participativo utilizado en la formulación de la estrategia, que incluyó consultas nacionales llevadas a cabo por los Estados Miembros en coordinación con la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina), de consultas subregionales y regionales, coordinadas por la Oficina y del grupo de trabajo de los países,

RESUELVE:

1. Adoptar la *Estrategia para la cobertura universal de salud*.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto:
 - a) establezcan mecanismos formales de participación y diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas y de garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia el objetivo de la cobertura universal de salud;
 - b) establezcan metas e indicadores nacionales y definan la hoja de ruta nacional para avanzar hacia la cobertura universal de salud; establezcan las prioridades nacionales para el período 2014-2019, de acuerdo con los compromisos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS;
 - c) definan e implementen un conjunto de intervenciones para fortalecer la gobernanza y rectoría del sector de la salud; ejerzan el liderazgo a fin de lograr un impacto en las políticas, planes, legislaciones, regulaciones e intervenciones extrasectoriales que aborden los determinantes de la salud;
 - d) definan y proporcionen un conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles que sea integral y coherente con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional; identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad, y amplíen el acceso a los servicios para responder a estas necesidades;
 - e) definan e implementen acciones para la transformación de la organización y la gestión de los servicios de salud, desarrollando modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, aumentando la capacidad resolutive del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud;
 - f) amplíen las opciones de empleo en el primer nivel de atención, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas; consoliden la colaboración en los equipos multiprofesionales de salud; garanticen la capacidad resolutive adecuada con acceso a la información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina); introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos en función del conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles, y del modelo de atención;

- g) incrementen la prioridad que se otorga a la salud a través de un gasto público eficiente y sustentable destinado a la salud, incrementando el gasto público en torno a la salud hasta por lo menos 6% del PIB, dirigiendo este aumento prioritariamente al primer nivel de atención a fin de ampliar la oferta de servicios y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas, de acuerdo con el conjunto universal de prestaciones, con ampliación progresiva;
- h) eliminen el pago directo en el momento de la prestación de servicios que se constituye en barrera financiera de acceso, substituyéndolo por un mecanismo mancomunado prepago e integrado que promueva la solidaridad y facilite las subvenciones cruzadas de las personas saludables a las personas enfermas, de los ricos a los pobres y de los jóvenes a los adultos mayores;
- i) identifiquen e implementen un conjunto de intervenciones para mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud;
- j) implementen programas para el empoderamiento de las personas y las comunidades, incluidas actividades de promoción, prevención y educación que permitan que las personas y las comunidades conozcan mejor su estado de salud, sus derechos y obligaciones, así como los determinantes sociales de la salud.

3. Solicitar a la Directora que:

- a) use la estrategia para intensificar la abogacía y promover la movilización de los recursos nacionales en apoyo a la transformación de los sistemas de salud hacia la cobertura universal de salud;
- b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países en el desarrollo de procesos participativos para definir metas y objetivos nacionales, así como planes de acción para avanzar hacia la cobertura universal de salud ;
- c) desarrolle, con la participación de los Estados Miembros, un sistema de monitoreo y evaluación que permita medir los avances hacia la cobertura universal de salud, tanto al nivel de los países como de la Región, e informe sobre los avances mediante los informes bienales de evaluación de la ejecución del Plan Estratégico;
- d) desarrolle acciones, recursos técnicos y herramientas para apoyar las distintas líneas estratégicas de esta estrategia;
- e) promueva la innovación en la cooperación técnica en la transformación de los sistemas de salud hacia la cobertura universal de salud, actualizando los mecanismos de la Oficina para el apoyo de la cooperación entre países, estableciendo redes de expertos y de gestión del conocimiento, facilitando la documentación y comunicación de experiencias de los países y haciendo uso de

las plataformas tecnológicas; coherentes con las necesidades y capacidades actuales de los países y las lecciones aprendidas;

- f) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan hacia la cobertura universal de salud, en particular el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y los mecanismos de integración subregional.



Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas

1. Punto del orden del día: 4.3 - Estrategia para la Cobertura Universal de Salud

2. Relación con el Programa y Presupuesto 2014-2015:

- a) **Categorías:** Categoría 4, Sistemas y Servicios de Salud
- b) **Áreas programáticas y resultados intermedios:**
 - 4.1 Gobernanza y financiamiento
 - 4.2 Servicios de salud integrados, centrados en la persona y de buena calidad
 - 4.3 Acceso a productos médicos y fortalecimiento de la capacidad regulatoria
 - 4.4 Recursos humanos para la salud.
- c) Es importante notar que la cobertura universal de salud es un pilar central del Plan Estratégico y por ende, articula y necesita de acciones coordinadas con otras categorías, en particular, la categoría 3, en donde se ubican los determinantes sociales de la salud, y los temas transversales (género, equidad, etnicidad y derechos humanos), y el curso de vida. Además, el fortalecimiento de los servicios amerita la coordinación con los programas prioritarios, incluidas las enfermedades no transmisibles.

3. Repercusiones financieras:

- a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** La resolución se enmarca en el periodo 2014-2019 del Plan Estratégico de la OPS, no se estima costo adicional al que ya está previsto para la implementación del Plan Estratégico.
- b) **Costo estimado para el bienio 2014-2015 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):**

El presupuesto aprobado para los Sistemas de Salud en el bienio 2014-2015 es de US\$ 97.474.000, incluido el presupuesto ordinario y otras fuentes. Este monto incluye los gastos correspondientes a personal y actividades. Existe una brecha de financiamiento que se espera cubrir mediante la movilización de recursos, con acciones ya en curso.

- c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?** Las acciones de cooperación técnica para la implementación de la estrategia pueden y deben integrarse en las actividades programadas, permitiendo tener criterios aún más claros para la priorización de la asignación de los recursos y aumentar la eficiencia.

4. Repercusiones administrativas:

a) **Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:**

Todos los niveles de la Organización necesitan realizar acciones para la implementación de la estrategia, de acuerdo a las responsabilidades definidas.

b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):**

No se estima necesidades adicionales de personal; sin embargo, será necesario desarrollar soluciones innovadoras para la cooperación técnica, estableciendo redes de expertos y colaboración formal con instituciones de excelencia, utilizando las capacidades existentes en los Estados Miembros.

c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

Los plazos para las actividades de aplicación y evaluación están totalmente alineados con los establecidos en la planificación estratégica y operativa de la Organización, es decir, con los programas y presupuestos, y el Plan Estratégico, de acuerdo al calendario establecido por los Cuerpos Directivos.

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

- 1. Punto del orden del día:** 4.3 - Estrategia para la cobertura universal de salud
- 2. Unidad a cargo:** Sistemas y Servicios de Salud/Servicios de Salud y Acceso (HSS/HS)
- 3. Funcionario a cargo:** Dr. James Fitzgerald y Dra. Amalia Del Riego
- 4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**

La estrategia exigirá el fortalecimiento de la colaboración con instituciones nacionales y académicas, y ampliar los centros colaboradores en el área de Sistemas y Servicios de Salud. Hasta el momento se han identificado los siguientes centros colaboradores:

 - a) OPS/OMS, Centro colaborador en Planificación de la fuerza de trabajo en salud e información, Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.
 - b) OPS/OMS, Centro colaborador en Planificación de la fuerza de trabajo en salud e investigación, Universidad de Dalhousie, Canadá.
 - c) OPS/OMS, Centro colaborador en Ciencias de la Educación y Práctica, Universidad de Sherbrooke, Canadá.
 - d) OPS/OMS, Centro colaborador para alianzas en salud, a través de la Educación, Servicios e Investigación, Universidad de Nuevo México, Centro de Ciencias de la Salud.
- 5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**

La Agenda de Salud para las Américas se fundamenta y reafirma la atención primaria de salud y el compromiso con la salud y el bienestar como elementos centrales del desarrollo en la Región. Además, establece como prioridad el fortalecimiento de la gobernanza y la rectoría de las autoridades nacionales de salud para orientar los sistemas de salud hacia la reducción de las inequidades.
- 6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2014-2019:**

La cobertura universal de salud es uno de los pilares del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:

Varios países de la Región de las Américas han realizado esfuerzos recientes de transformación de sus sistemas de salud que abordan componentes necesarios para el avance hacia la cobertura universal de salud, entre otros, Brasil, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Jamaica, México y Uruguay.

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

No se identifican repercusiones financieras para la Oficina en este punto del orden del día; sin embargo, en la estrategia y la resolución que la acompaña se hace un llamado a los Estados Miembros a definir metas nacionales para la cobertura universal de salud, y planes de acción, que tendrán repercusiones financieras, incluido el llamado al aumento de la inversión en salud, en particular en el primer nivel de atención.

- - -