

**Septuagésimo quinto período de sesiones**

Tema 131 del programa

Salud mundial y política exterior**Un enfoque inclusivo para el fortalecimiento de los sistemas de salud en el contexto de la cobertura sanitaria universal****Informe del Secretario General****Resumen*

En el presente informe se describen los progresos realizados en cuanto a la aplicación de la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, celebrada el 23 de septiembre de 2019 (resolución 74/2 de la Asamblea General), y de la resolución 74/20 de la Asamblea, relativa a la salud mundial y la política exterior: un enfoque inclusivo para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Si bien en el último decenio se ha logrado ampliar moderadamente la cobertura sanitaria universal, en la actualidad, el ritmo al que se está avanzando es insuficiente para cumplir la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativa al logro de la cobertura sanitaria universal para todos a más tardar en 2030. En 2020, la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha ralentizado aún más los progresos para lograr la cobertura sanitaria universal, puesto que ha motivado el desvío de los recursos sanitarios y ha disminuido las inversiones en la economía. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud ha tenido que adaptar sus recomendaciones respecto del logro de la cobertura sanitaria universal al nuevo contexto de la COVID-19.

En el presente informe se recomienda a los Estados Miembros que aceleren los esfuerzos encaminados a lograr la cobertura sanitaria universal para 2030 con el fin de garantizar la vida sana y promover el bienestar de todas las personas durante toda su vida y, a ese respecto, tomar medidas para a) ofrecer progresivamente cobertura a otros 1.000 millones de personas para 2023 con servicios de salud esenciales de calidad y medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y tecnologías sanitarias esenciales de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, con miras a ampliar la cobertura a todas las personas para 2030, y b) frenar e invertir la tendencia al alza de los gastos sanitarios por cuenta propia, que pueden tener consecuencias catastróficas, mediante la adopción

* Este informe se presentó con retraso para incluir la información más reciente.



de medidas que ofrezcan protección contra los riesgos financieros y eliminen el empobrecimiento causado por los gastos sanitarios para 2030, prestando especial atención a los pobres y a las personas vulnerables o en situaciones de vulnerabilidad. Los Estados Miembros también deberían asegurarse de ofrecer protección suficiente a las subpoblaciones más afectadas por la pandemia de COVID-19, garantizar que el gasto público nacional en el sector sanitario sea suficiente y, en su caso, ampliar la mancomunación de recursos asignados a la salud a fin de reducir al mínimo las repercusiones de los copagos y, por ende, el empobrecimiento ocasionado por los gastos sanitarios durante la pandemia de COVID-19.

I. Introducción

1. Este informe se presenta en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo 82 de la resolución 74/2 de la Asamblea General, relativa a la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, celebrada el 23 de septiembre de 2019, y en el párrafo 43 de la resolución 74/20 de la Asamblea General, relativa a la salud mundial y la política exterior: un enfoque inclusivo para el fortalecimiento de los sistemas de salud.
2. En esas resoluciones, la Asamblea General pidió al Secretario General que, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos pertinentes, le presentara, en su septuagésimo quinto período de sesiones, un informe sobre los progresos realizados en la aplicación de la declaración política con el fin de lograr la cobertura sanitaria universal, en el que se señalaran los desafíos y las oportunidades de los enfoques inclusivos para el fortalecimiento de los sistemas de salud.
3. Los progresos realizados en la aplicación de la cobertura sanitaria universal entre 2000 y 2017 se resumen en el informe del Director General de la OMS titulado *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal: Informe de seguimiento 2019*.
4. En el presente informe se ofrece un panorama general de los progresos realizados desde que se aprobó la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, en el que se describen los progresos mundiales (sección II) y la respuesta (sección III), y también se incluyen recomendaciones al respecto (sección IV).

II. Progresos mundiales

Algunos progresos, pero insuficientes

5. En la declaración política se presenta una hoja de ruta de compromisos, que tienen por fin ofrecer progresivamente cobertura a otros 1.000 millones de personas para 2023 con medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y tecnologías sanitarias esenciales de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, con miras a ampliar la cobertura a todas las personas para 2030.
6. En el *Informe de seguimiento 2019* se consigna que el índice de cobertura de los servicios de la cobertura sanitaria universal, cuyo valor máximo es 100, había aumentado de 45 en 2000 a 66 en 2017¹. Todas las regiones y todos los grupos de ingresos registraron mejoras. Los progresos fueron mayores en los países de ingreso más bajo, que habían empezado con un valor de referencia menor, y estuvieron impulsados, sobre todo, por las intervenciones orientadas a las enfermedades infecciosas y, en menor medida, a los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Sin embargo, los países más pobres y los afectados por conflictos suelen quedar muy rezagados. A nivel mundial y en muchos países, el ritmo de los progresos se ha ralentizado a partir de 2010. A fin de avanzar en este sentido, en particular en los entornos de ingreso más bajo, es preciso fortalecer

¹ El índice de cobertura de los servicios de la cobertura sanitaria universal, que se calcula respecto de 183 Estados Miembros, se expresa en una escala de 0 a 100, puesto que la cobertura suele medirse en una escala de 0 % a 100 %, en la que, a mayor puntaje, mejor cumplimiento. Por tanto, cabe interpretar que, cuando los valores son cercanos a 100, se cumple la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

considerablemente la capacidad de los sistemas de salud de tal forma que puedan ofrecer cobertura sanitaria universal.

7. En 2017, entre una tercera parte y la mitad de la población mundial (del 33 % al 49 %) tenía acceso a servicios de salud esenciales. Está previsto que, en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (es decir, el período comprendido entre 2015 y 2030), el número de personas que tienen acceso a estos servicios aumente entre 1.100 y 2.000 millones, pero es probable que el crecimiento demográfico contrarreste esta tendencia, de manera que quizá el aumento del porcentaje de personas que tienen acceso a los servicios sea más lento. Los pronósticos indican que, de mantenerse las tendencias actuales hasta 2030, solo entre el 39 % y el 63 % de la población mundial tendrá acceso a servicios de salud esenciales ese año. Por consiguiente, hay que acelerar los progresos notablemente —y duplicar la cobertura— para alcanzar la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relativa al logro de la cobertura sanitaria universal para todos, a más tardar en 2030.

8. En la declaración política, los Estados Miembros se comprometieron a frenar e invertir la tendencia al alza de los gastos sanitarios por cuenta propia, que pueden tener consecuencias catastróficas, mediante la adopción de medidas que ofrezcan protección contra los riesgos financieros y eliminen el empobrecimiento causado por los gastos sanitarios para 2030, prestando especial atención a los pobres y a las personas que son vulnerables o se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

9. La incidencia de los gastos sanitarios catastróficos (indicador 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), definidos como una cifra alta de gastos sanitarios por cuenta propia por hogar como porcentaje del total de los gastos o ingresos del hogar, aumentó sin interrupción entre 2000 y 2015. La proporción de la población que debió hacer gastos por cuenta propia superiores al 10 % del presupuesto de su hogar aumentó del 9,4 % al 12,7 %, y la proporción de quienes debieron hacer gastos superiores al 25 % aumentó del 1,7 % al 2,9 %.

10. En el *Informe de seguimiento 2019* se calcula que, para lograr la cobertura sanitaria universal se necesitan, además de los 200.000 millones de dólares más al año para ampliar la atención primaria de salud, otros 170.000 millones de dólares al año para adoptar un conjunto más completo de medidas. Estas sumas pueden parecer importantes, pero solo representarían un aumento de alrededor del 5 % respecto de los 7,5 billones de dólares que ya se gastan en salud a nivel mundial todos los años. La ampliación de las intervenciones de atención primaria de salud en los países de ingreso bajo y mediano podría salvar 60 millones de vidas y aumentar 3,7 años la esperanza media de vida de aquí a 2030; la inversión en sistemas de salud más amplios salvaría cerca de 100 millones de vidas. La mayoría de los países pueden obtener la financiación necesaria de los recursos nacionales aumentando el gasto público en salud en general, reasignando el gasto a la atención primaria de salud o recurriendo a estas dos medidas. Los países de ingreso más bajo, entre los que se encuentran muchos afectados por conflictos, continuarán dependiendo de la asistencia externa.

11. Todas las personas deberían poder recibir una atención sanitaria de excelente calidad sin que ello les genere dificultades financieras. El capital humano, que está determinado por la salud y la educación de las personas, representa alrededor de dos terceras partes de la riqueza de cada país; por tanto, la falta de inversión en el capital humano limitará el crecimiento económico y el desarrollo sostenible.

Repercusiones de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)

12. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) dejó al descubierto riesgos que llevaban muchos años desatendidos, como la capacidad insuficiente de los sistemas de salud, las deficiencias de protección social y las desigualdades

estructurales. También hizo patente lo importante que es la salud pública básica, al igual que los sistemas sólidos de salud y de preparación ante emergencias, para la resiliencia de las poblaciones frente a nuevos virus o pandemias, lo que torna aún más urgente lograr la cobertura sanitaria universal. La morbilidad y la mortalidad de la COVID-19 obedece a tres causas: la primera es el propio virus (véase el recuadro 1), la segunda es la incapacidad de los sistemas sanitarios de prestar servicios de salud esenciales de forma ininterrumpida, y la tercera está vinculada a las repercusiones socioeconómicas de la pandemia.

Recuadro 1

COVID-19: repercusiones sanitarias directas

Alrededor del 40 % de los enfermos de COVID-19 presentan un cuadro leve, cuyo tratamiento es, sobre todo, sintomático y no exige atención hospitalaria; alrededor del 40 % de los enfermos presentan un cuadro moderado que en ocasiones exige atención hospitalaria; el 15 % de los enfermos presentan un cuadro grave que exige oxigenoterapia u otras intervenciones hospitalarias; y alrededor del 5 % presentan un cuadro crítico que exige ventilación mecánica.

A esta altura, se sabe que los factores de riesgo que hacen a las personas propensas a padecer formas graves de la enfermedad son la edad mayor de 60 años y los antecedentes de hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos asociados a inmunosupresión. Alrededor de una quinta parte de la población mundial, es decir, 1.700 millones de personas, padecen al menos una de estas afecciones de fondo y 350 millones de personas (el 4 % de la población mundial) corren un alto riesgo de sufrir formas graves de COVID-19 por las que quizá deban ser hospitalizados si se infectan (entre menos del 1 % quienes tienen 20 años o menos, y aproximadamente el 20 % de las personas de 70 años en adelante). La proporción de la población que está expuesta a un alto riesgo es mayor en los países que tienen una población envejecida, los países africanos donde es alta la prevalencia del VIH/sida y los pequeños estados insulares donde es alta la prevalencia de la diabetes.

Aunque la COVID-19 no discrimina, suele afectar más a quienes tienen menos recursos para hacerle frente: los ancianos, los pobres y las personas que padecen enfermedades crónicas. El personal sanitario corre gran riesgo de contraer la COVID-19 debido a su contacto más frecuente con personas infectadas. Las tasas de morbilidad y mortalidad son altas entre los ancianos que viven en centros de atención prolongada, donde también son altas las tasas de absentismo del personal a causa de la COVID-19. Las personas que viven en espacios pequeños, sea en asentamientos hacinados, como es el caso de los refugiados y migrantes, o en prisión, también corren un alto riesgo. Quienes desempeñan tareas esenciales, como los trabajadores del transporte público, la producción de alimentos y la aplicación de la ley, también están más expuestos. Además, las repercusiones de la COVID-19 pueden verse agravadas por desigualdades múltiples e interrelacionadas, como las vinculadas a la raza, el género, la edad, el grupo étnico, la situación socioeconómica, la discapacidad, la ubicación geográfica y la orientación sexual.

13. La COVID-19 se ha propagado con rapidez tanto dentro de los países como de uno a otro. Durante la fase de transmisión en la comunidad, el número de casos puede duplicarse cada tres días y saturar rápidamente los servicios de salud. La demanda de personal, suministros y camas de hospital, en particular de cuidados intensivos, puede superar la capacidad incluso en los países que cuentan con un sistema de salud bien

desarrollado; las tasas de letalidad de la COVID-19 aumentan conforme sube la demanda de servicios.

14. El número adicional de pacientes generado por la pandemia de COVID-19 pone en riesgo la capacidad de los sistemas de salud de ofrecer otros servicios esenciales. Para ayudar a los países a mantener en funcionamiento los servicios de salud esenciales mientras toman medidas para proteger a las personas durante la pandemia de COVID-19, la OMS ha elaborado orientaciones sobre el mantenimiento de estos servicios², en las que se recomiendan medidas específicas que pueden tomar los países en los planos subregional, nacional y local para reorganizar y mantener el acceso a servicios de salud esenciales seguros y de alta calidad. También se propone una muestra de indicadores para supervisar el mantenimiento de los servicios de salud esenciales y se describen consideraciones acerca del momento en el que interrumpir y reiniciar los servicios conforme a los altibajos que vaya registrando la transmisión de la COVID-19. No obstante, los datos obtenidos de 105 países³ de cinco regiones en el período comprendido entre marzo y junio de 2020 ilustran que casi todos los países (el 90 %) habían presentado algún grado de interrupción de los servicios de salud, y que los países de ingreso bajo y mediano fueron los que comunicaron las mayores dificultades. La mayoría de los países comunicaron que se habían suspendido muchos servicios ordinarios y optativos, mientras que, en los países de ingreso bajo, los servicios críticos, como la detección y el tratamiento del cáncer y el tratamiento contra el VIH, habían sufrido interrupciones que suponían un alto riesgo.

15. A escala mundial, los efectos de la pandemia probablemente tengan repercusiones profundas o anulen los progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por ejemplo, si la cobertura de las intervenciones de salud reproductiva y maternoinfantil disminuye entre el 9,8 % y el 18,5 %, y la emaciación aumenta un 10 %, podrían fallecer más de 250.000 niños y 12.000 madres más en el transcurso de seis meses en 118 países⁴. Por otra parte, es probable que 47 millones de mujeres no tengan acceso a los anticonceptivos modernos, que tengan lugar 7 millones de embarazos no deseados y se añadan 31 millones de casos de violencia de género si los confinamientos continúan durante al menos seis meses en 114 países de ingreso bajo y mediano⁵. Si, en 2020, se suspende la distribución planificada de mosquiteros tratados con insecticida y disminuye el acceso a los tratamientos antimaláricos eficaces, la malaria podría cobrarse la vida de unas 769.000 personas antes de que termine el año⁶. Si, a nivel mundial, disminuyen un 25 % las actividades de detección de la tuberculosis durante tres meses, las muertes por la enfermedad podrían aumentar un 13 %, lo que retrotraería al mundo a las cifras de mortalidad por tuberculosis de hace cinco años⁷. Si, en África subsahariana, se interrumpe el tratamiento antirretrovírico durante seis meses, podrían fallecer 500.000 personas más a causa de enfermedades secundarias al sida en el período comprendido entre 2020 y 2021; en 2018, fallecieron unas 470.000 personas en la región a causa del

² Organización Mundial de la Salud (OMS), *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19* (Ginebra, 2020).

³ OMS, “Según una encuesta mundial de la OMS, el 90 % de los países han sufrido interrupciones de sus servicios de salud esenciales desde el inicio de la pandemia de COVID-19”, 31 de agosto de 2020.

⁴ Timothy Robertson *et al.*, “Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study”, *The Lancet*, vol. 8, núm. 7 (julio de 2020).

⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas, “Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: UNFPA global response plan – revised June 2020” (Nueva York, 2020).

⁶ OMS, *The Potential Impact of Health Service Disruptions on the Burden of Malaria: A Modelling Analysis for Countries in sub-Saharan Africa* (Ginebra, 2020).

⁷ OMS, “Information note on tuberculosis and COVID-19”, 12 de mayo de 2020.

sida⁸. La COVID-19 puede ser perjudicial para la evolución de quienes padecen enfermedades no transmisibles, dado que el diagnóstico tardío de estas enfermedades puede propiciar su empeoramiento. Algunos países han observado demoras en la solicitud de atención por ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y cáncer⁹.

16. La pandemia de COVID-19 ha ocasionado al mundo la crisis económica de mayor envergadura de las últimas décadas. Las diversas medidas tomadas para limitar la propagación de la COVID-19 y aliviar la presión sobre los sistemas de salud han reducido el consumo y las inversiones, y han restringido la oferta de mano de obra y la producción. Con el fin de mitigar las consecuencias económicas de la COVID-19 en los plazos corto y mediano, los bancos centrales han recortado las tasas de interés y han tomado otras medidas para inyectar liquidez y mantener la confianza de los inversionistas. El apoyo mediante políticas fiscales que se ha anunciado supera el instaurado durante la crisis financiera mundial de 2008 y 2009. El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial han venido apoyando la Iniciativa de Suspensión del Servicio de la Deuda, en la que los prestatarios pueden utilizar los recursos liberados para aumentar el gasto social, sanitario o económico. Esta iniciativa es fundamental para la cobertura sanitaria universal en particular, ya que, para progresar en ese sentido, se necesita financiación pública.

17. Los pronósticos indican que la recesión mundial ocasionada por la pandemia de COVID-19 generará el primer aumento de la pobreza extrema mundial desde 1998. Algunas estimaciones efectuadas a partir del informe del Banco Mundial *Global Economic Prospects, June 2020* indican que, en 2020, podrían caer en la pobreza extrema a causa de la COVID-19 otros 70 millones de personas según la hipótesis de referencia u otros 100 millones según la hipótesis más pesimista. Otros pronósticos indican que se registrará un aumento significativo del número de personas que viven bajo los umbrales internacionales de pobreza correspondientes a los países de ingreso mediano bajo y mediano alto —1,90 dólares al día y 3,20 dólares al día en paridad del poder adquisitivo de 2011, respectivamente—, de lo que se desprende que las repercusiones sociales y económicas afectarán a muchas personas. En concreto, según la hipótesis de referencia, la COVID-19 podría provocar que entre 72 millones y 101 millones de personas más deban vivir con menos de 1,90 dólares al día y que entre 176 millones y 232 millones de personas más deban vivir con menos de 3,20 dólares al día. Estas cifras equivalen a un aumento de la tasa de pobreza de 2,3 puntos porcentuales respecto de una situación en la que no hay COVID-19. Las consecuencias para la salud humana también podrían ser serias, ya que es probable que se retroceda en el logro de todas las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud.

18. Una gran proporción de la población que ha caído en la pobreza extrema por primera vez se concentrará en los países que ya presentaban altas tasas de pobreza y un gran número de personas pobres. Se pronostica que casi la mitad de las personas que caerán en la pobreza por primera vez estarán en Asia Meridional y más de una tercera parte, en África Subsahariana. El aumento de la pobreza mundial hace peligrar la capacidad de las personas más vulnerables para acceder a los servicios de salud. La incidencia de los gastos sanitarios catastróficos aumentó sin interrupción entre 2000 y 2015¹⁰. Es probable que la desaceleración o inversión del crecimiento económico que, según se pronostica, causará la pandemia de COVID-19 invierta esta tendencia si disminuye la utilización de los servicios como consecuencia del aumento de la pobreza.

⁸ Alexandra B. Hogan *et al.*, “Report 19: the potential impact of the COVID-19 epidemic on HIV, TB and malaria in low- and middle-income countries” (Londres, Imperial College, 2020).

⁹ Marion M. Mafham, “COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England”, *The Lancet*, vol. 396, núm. 10248 (agosto de 2020).

¹⁰ OMS, *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Informe de seguimiento 2019* (Ginebra, 2020).

19. Las vacunas, las pruebas diagnósticas y las opciones terapéuticas inocuas y eficaces también serán vitales para acabar con la pandemia y acelerar la recuperación mundial. No obstante, estas herramientas vitales solo serán eficaces si están al alcance de las personas más vulnerables de una manera equitativa y simultánea en todos los países, es decir, si, en esencia, se las convierte en bienes públicos mundiales. El Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 es una colaboración mundial creada con el propósito de acelerar el desarrollo y la producción de pruebas diagnósticas para detectar el virus de la COVID-19, y tratamientos y vacunas contra la enfermedad, así como el acceso equitativo a todas estas herramientas¹¹. El Acelerador ya está teniendo resultados concretos: está evaluando decenas de nuevas pruebas diagnósticas rápidas que podrían dar un vuelco a la situación; está ofreciendo el único tratamiento de eficacia comprobada contra los casos graves de COVID-19; está desarrollando la mayor cartera de investigación de vacunas y ha creado un Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX); y ha generado consenso sobre la distribución internacional de estos productos.

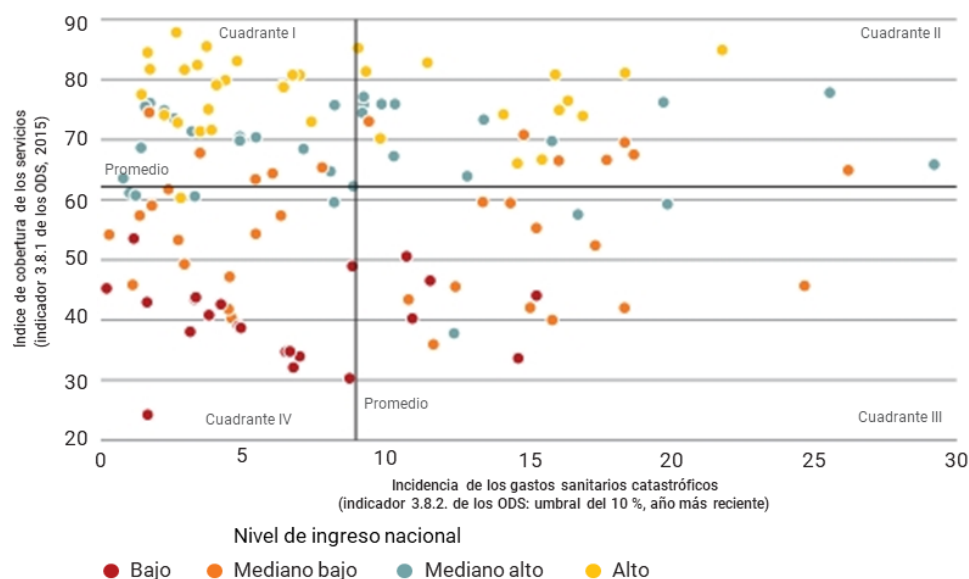
III. Respuesta

Medidas adoptadas por los Estados Miembros

20. Los Estados Miembros adaptan el apoyo a sus necesidades sanitarias y demográficas específicas y a los requisitos de su sistema sanitario. El sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo, principalmente la OMS, en su calidad de organismo principal en materia de salud, así como los coordinadores residentes y los equipos de las Naciones Unidas en los países, han colaborado con los países de diferentes maneras, en función de los problemas específicos que presenta cada uno en la actualidad. En el *Informe de seguimiento 2019* sobre la cobertura sanitaria universal se clasifica a los países en cuadrantes, según la etapa en que se encuentran en cuanto a la cobertura de los servicios y la protección financiera (véase el recuadro 2).

¹¹ Puede consultarse en <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator>.

Recuadro 2

Distintas etapas en cuanto a la cobertura de los servicios y los gastos sanitarios catastróficos de los países de ingreso bajo, mediano bajo, mediano alto y alto^a

^a Medido según los indicadores de la meta 3.8 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, en concreto, cobertura de los servicios esenciales de salud (indicador 3.8.1; valores y clasificación por grupos de ingresos correspondientes a 2015) y protección financiera al utilizar los servicios de salud (indicador 3.8.2; estimaciones respecto del último año del que se dispone de datos). Para consultar datos detallados sobre cada país, véase la página web del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (<https://apps.who.int/gho/portal/gho.jsp>).

Si bien es necesario efectuar un análisis detallado de los factores económicos, políticos y contextuales de cada país, los análisis realizados por la secretaría de la OMS acerca de la cobertura de los servicios y de la protección contra los riesgos financieros revelan cuatro categorías amplias de países, cuyas características tienen implicaciones diferenciadas para el apoyo normativo y técnico, como se detalla a continuación:

- **Cuadrante I.** Para los países que tienen un nivel alto de cobertura de servicios y escasas dificultades financieras (principalmente, países de ingreso alto y mediano alto), el mayor reto es continuar aumentando la eficiencia, la calidad y la equidad.
- **Cuadrante II.** Para los países que tienen un nivel alto de cobertura de servicios, pero grandes dificultades financieras (principalmente, países de ingreso mediano bajo), el mayor reto es garantizar mecanismos inclusivos y universales de protección contra los gastos por cuenta propia.
- **Cuadrante III.** Los países que tienen un nivel bajo de cobertura de servicios y grandes dificultades financieras (principalmente, países de ingreso bajo) necesitan una reforma integral del sistema de prestación de servicios y del sistema de financiación sanitaria y centrarse en abordar las desigualdades.
- **Cuadrante IV.** Los países que tienen una baja cobertura de servicios y escasas dificultades financieras (principalmente países muy vulnerables y afectados por conflictos) deben construir los cimientos de su sistema de salud, en particular los recursos humanos, las cadenas de suministro y la infraestructura.

21. Para garantizar el logro de la cobertura sanitaria universal, es necesario contar con un sistema sociopolítico de rendición de cuentas. En la declaración política se pide recabar las aportaciones de todos los interesados pertinentes, como las autoridades locales, la sociedad civil, el sector privado, las instituciones académicas y las comunidades, mediante la creación de plataformas de múltiples interesados participativas y transparentes.

22. En 2020, la Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030 (CSU2030) comenzó a preparar una nota de concepto sobre el estado del compromiso con la cobertura sanitaria universal a fin de ofrecer una perspectiva consolidada de múltiples interesados sobre los progresos que se están realizando hacia la consecución de la cobertura sanitaria universal en los planos nacional y mundial¹². El examen estará centrado en los países y tendrá una orientación práctica, y complementará el *Informe de seguimiento 2019*, de carácter más técnico y mundial, en el que se hace hincapié en los indicadores de la cobertura sanitaria universal relativos a la cobertura de los servicios y la protección financiera. La rendición de cuentas de los Gobiernos en relación con la cobertura sanitaria universal depende de que se recopilen datos acerca de las dimensiones políticas de los derechos, la gobernanza y la equidad, tarea que no resulta sencilla a las instituciones nacionales. Por otra parte, el examen proporcionará evaluaciones empíricas de las experiencias de las personas, en particular de las vulnerables, en cuanto al acceso a los servicios de salud, en lugar de tomar al pie de la letra los documentos de políticas que se centran en lo que debería estar sucediendo. Por consiguiente, el examen tendrá por objeto ofrecer a los interesados nacionales la nueva información que necesitan para fundamentar procesos de examen inclusivos y participativos a fin de evaluar los progresos que se vayan haciendo en relación con la cobertura sanitaria universal en función de los compromisos asumidos.

23. La experiencia obtenida con la pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia la realidad de que los sistemas de salud de muchos países no estaban bien preparados para proteger la salud de la población en toda su magnitud. Para que los sistemas de salud puedan avanzar hacia el logro de la cobertura sanitaria universal, se necesitan inversiones en las funciones básicas del sistema de salud que son fundamentales para proteger y promover la salud y el bienestar, denominadas “bienes públicos para la salud”, entre las que se destacan la formulación de políticas a partir de datos científicos, la comunicación, la capacidad de vigilancia de los laboratorios y la reglamentación sobre la calidad de los productos y servicios y sobre los comportamientos saludables, así como los subsidios a los institutos de salud pública que tienen a su cargo estas funciones. Estas funciones son indivisibles de los compromisos que todos los Estados Miembros asumieron en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal.

24. En relación con los distintos servicios, la experiencia obtenida con la COVID-19 revela que los sistemas de salud que presentan importantes desigualdades en cuanto al derecho a los servicios y que están fragmentados en muchos planes y programas resultan problemáticos para las personas que corren el riesgo de quedar rezagadas. Los países cuyo sistema está fragmentado también son menos capaces de responder con eficacia a los brotes de enfermedades transmisibles que los países que ofrecen prestaciones más equitativas y que tienen subsistemas subyacentes importantes, en particular en lo que respecta a los datos epidemiológicos y de utilización de los servicios, que abarcan a todo el sistema y a los prestadores públicos y privados que sirven a toda la población. La financiación sanitaria mediante contribuciones

¹² Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030, “The state of universal health coverage commitment: concept brief” (2020).

salariales constituye un problema en sí mismo cuando el mundo está sumido en crisis económicas que aumentan el desempleo, ya que, si el derecho a los servicios está vinculado a esas contribuciones, puede disminuir el acceso a los servicios de salud en un momento en que las personas más lo necesitan.

25. En 2020, siete asesores políticos de la Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030 crearon el Grupo Consultivo Político del Movimiento para la Cobertura Sanitaria Universal con el propósito de mantener y continuar fortaleciendo el impulso político a este respecto. El Grupo asesora sobre las oportunidades que ofrecen los procesos políticos para mantener el impulso de alto nivel acerca del tema y sobre la forma en que las alianzas de múltiples interesados pueden dar seguimiento a la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. En nombre de las alianzas de múltiples interesados, el Grupo también transmite mensajes sobre la cobertura sanitaria universal a los dirigentes políticos de alto nivel para lograr que el compromiso se traduzca en medidas en el plano nacional.

26. La crisis generada por la COVID-19 ha demostrado la necesidad de adoptar enfoques de gobernanza inclusivos y participativos. Muchos Gobiernos han solicitado asesoramiento a la comunidad científica, con lo que reconocieron la necesidad de colaborar con los médicos y sanitarios para poner en marcha la respuesta nacional. Sin embargo, en términos generales, la sociedad civil ha quedado al margen de los procesos decisorios de los Gobiernos nacionales¹³. En una encuesta efectuada por el Mecanismo de Participación de la Sociedad Civil de la Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030, la mayoría de los 175 encuestados de 56 países confirmaron que las organizaciones de la sociedad civil pusieron en marcha una respuesta a la COVID-19 independiente de las medidas instituidas por el Estado. Es necesario que los Gobiernos establezcan una comunicación más amplia con la población, las comunidades y la sociedad civil mediante iniciativas de diálogo que les permitan entender mejor las necesidades, las opiniones y las expectativas de la sociedad, a fin de tomar decisiones más receptivas y aceptables para el público con respecto a la actual respuesta a la COVID-19.

27. En 2020, el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños¹⁴ publicó un informe sobre la COVID-19 y la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes en el contexto de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (*Caught in the COVID-19 Storm: Women's, Children's, and Adolescents' Health in the Context of UHC and the SDGs*), en el que se consigna que los avances para lograr las metas de los Objetivos relativos a la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes ya venían rezagados un 20 % antes de que surgiera la COVID-19. La COVID-19 hizo evidente la fragilidad de los sistemas de salud y otros sectores de la mayoría de los países y aumentó las desigualdades: las mujeres, los niños y los adolescentes, así como otras personas que son las más vulnerables, han sido los más afectados por los efectos directos e indirectos de la COVID-19. Según datos anteriores a la pandemia de COVID-19 de diversas organizaciones internacionales y no gubernamentales, todos los países del mundo derrochan entre el 20 % y el 40 % del gasto sanitario debido a ineficiencias, dato que se ha venido observando todos los años en los últimos diez años^{15, 16}. Este derroche obedece a problemas sistémicos, como las inversiones insuficientes en

¹³ Dheepan Rajan *et al.*, “Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making”, *BMJ Global Health*, vol. 5, núm. 5 (mayo de 2020).

¹⁴ www.everywomaneverychild.org/.

¹⁵ Grupo Banco Mundial. *Financiamiento de alto rendimiento para alcanzar la cobertura universal de la salud: Impulsar un crecimiento sostenible e inclusivo en el siglo XXI* (Washington D. C., Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2019).

¹⁶ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010).

métodos empíricos, así como a la corrupción, el despilfarro, la ayuda deficiente y la incapacidad para llegar a las personas más necesitadas^{17, 18, 19}. Puesto que el gasto sanitario mundial ascendió a 7,8 billones de dólares en 2017, es decir, al 10 % del producto interno bruto mundial, probablemente se derrochen unos 2 billones de dólares al año debido a ineficiencias^{20, 21}. En su informe de 2020, el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas formuló tres recomendaciones básicas para hacer avances concretos en cuanto al aumento de la rendición de cuentas: a) invertir en sistemas de datos fiables como asunto de seguridad mundial y nacional; b) institucionalizar las funciones y los mecanismos de rendición de cuentas y definir un mandato al respecto y c) democratizar los procesos de rendición de cuentas que valoran las experiencias de las personas y responden a ellas.

28. En su informe titulado “Seguimiento de las reuniones de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre temas relacionados con la salud”, el Director General de la OMS señaló que las próximas medidas consistirían en fortalecer la rendición de cuentas a nivel social y político para impulsar el progreso hacia los objetivos de salud y desarrollo sostenible, como fue convenido en la declaración política de alto nivel^{22, 23}. La OMS está creando un grupo independiente de examen sobre la rendición de cuentas respecto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los derechos relacionados con la salud, cuya principal atención estará en las personas que se ha dejado atrás. En las consultas se recabarán aportaciones de una amplia gama de interesados, entre ellos, los Estados Miembros, las alianzas de múltiples interesados, los parlamentarios, la sociedad civil, las comunidades y los asociados para el desarrollo, con el objeto de orientar los próximos pasos^{24, 25}.

29. Para gestionar y promover la colaboración de diversas partes interesadas, incluidas la población, las comunidades y la sociedad civil, se necesita un conjunto específico de competencias. La OMS está elaborando un manual sobre la participación social en pro de la cobertura sanitaria universal junto con integrantes de la Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030, en particular con agentes de la sociedad civil, que se publicará a finales de 2020. El manual ofrecerá orientación específica a las instancias normativas en materia de mejores prácticas sobre la manera de colaborar de una forma eficaz y fructífera con la población, la sociedad civil y las comunidades en los procesos normativos y decisorios a partir de un conjunto de estudios monográficos y una revisión bibliográfica (véase el recuadro 3).

¹⁷ Till Bruckner, *The Ignored Pandemic: How Corruption in Healthcare Service Delivery Threatens Universal Health Coverage* (Londres, Transparency International, 2019).

¹⁸ Action Aid, *Real aid 3: Ending Aid Dependency* (Londres, 2011).

¹⁹ Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Development Co-operation Report 2005: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee* (París, 2006).

²⁰ OMS, *Global Spending on Health: A World in Transition* (Ginebra, 2019).

²¹ *Ibid.*

²² OMS, documento EB146/6, párr. 13.

²³ Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños, *Caught in the COVID-19 Storm: Women's, Children's, and Adolescents' Health in the Context of UHC and the SDGs* (Ginebra, 2020).

²⁴ Joy Phumaphi *et al.* “A crisis of accountability for women's, children's, and adolescents' health”, *The Lancet*, vol. 396, núm. 10246 (julio de 2020).

²⁵ Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas, *Caught in the COVID-19 Storm*.

Recuadro 3

Conceptos básicos extraídos de estudios monográficos de países y de revisiones bibliográficas extensas

La aplicación y el mantenimiento de mecanismos de gobernanza participativa e inclusiva son procesos complejos que, en sí mismos, no garantizan que la participación sea fructífera. Es preciso evaluar los mecanismos existentes e ir perfeccionándolos, teniendo en cuenta los siguientes conceptos:

- Hay que crear capacidad tanto en el Gobierno como en las comunidades a fin de que realmente tenga lugar la participación, y la capacitación debe centrarse específicamente en la manera de fomentar la participación y desarrollar competencias.
- Las iniciativas de participación social suelen recibir críticas en las que se argumenta que tienen escasa influencia en los procesos decisivos y la aceptación de las políticas no siempre es prioritaria en los procesos de gobernanza participativa. Hay diversos factores, como la cultura de participación y la voluntad política, sumados a los compromisos de los funcionarios (en particular, de quienes gestionan presupuestos e influyen en las políticas), que pueden inclinar la balanza y promover una mayor aceptación de las políticas.
- Los diferentes tipos de marcos jurídicos, como las leyes en materia de derecho a la salud y las leyes relativas a la salud y la descentralización, pueden tener una influencia positiva en la participación social, pero no garantizan que esta tenga lugar. Los marcos jurídicos pueden ser de particular utilidad en los contextos que presentan un impulso de participación que es necesario reforzar.

Apoyo internacional

30. Durante la pandemia de COVID-19, el Secretario General publicó varios informes de políticas sobre temas de salud y planes de recuperación socioeconómica, entre los que se contaron los siguientes: *Marco de la ONU para la respuesta socioeconómica inmediata ante el COVID-19*, *Una respuesta a la COVID-19 inclusiva de la discapacidad*, la COVID-19 y la necesidad de actuar en materia de salud mental (en inglés) y *La COVID-19 y la cobertura sanitaria universal*. En conjunto, estos informes ilustran la forma en que la comunidad internacional puede responder de manera coordinada a la COVID-19, sin dejar de dar máxima prioridad a las personas más vulnerables.

31. El 24 de septiembre de 2019, en la Sede de las Naciones Unidas, 12 organismos multilaterales anunciaron un plan conjunto que apunta a mejorar la ayuda que se prestará a los países en los siguientes diez años para agilizar los progresos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. En “Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos”²⁶, que fue formulado en el transcurso de 18 meses, se describe la forma en que 12 organismos multilaterales de salud, desarrollo y asistencia humanitaria colaborarán para ser más eficientes y prestar un apoyo más racionalizado a los países a fin de lograr la cobertura sanitaria universal y alcanzar las metas de los Objetivos relacionadas con la salud. Si bien muchas iniciativas anteriores en materia de salud mundial utilizaron financiación para impulsar la colaboración, el plan de acción mundial no va acompañado de financiación adicional, sino que promueve un

²⁶ Puede consultarse en <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>.

cambio cultural en la estructura sanitaria existente a fin de fomentar una colaboración más decidida y sistemática entre los 12 organismos y con los países.

32. El seguimiento de los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos asumidos en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal se armonizará con el seguimiento de los progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En el presente documento, el seguimiento de los progresos bebe en gran medida del *Informe de seguimiento 2019*. Cada país puede adaptar el seguimiento al contexto de la planificación del sector sanitario nacional y los procesos de examen relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En cuanto a la rendición de cuentas sobre los Objetivos, en particular sobre la meta 3.8, relativa a la cobertura sanitaria universal, es fundamental fortalecer el foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible.

33. El Programa Especial sobre Atención Primaria de la Salud se creó en 2019²⁷ y está prestando apoyo a los países por conducto del Grupo de Trabajo Conjunto sobre cobertura sanitaria universal, en particular apoyo firme a los países cuyo sistema de salud es frágil y asistencia adaptada a las necesidades de cada país a fin de que estos examinen las orientaciones normativas nacionales, definan conjuntos de medidas sanitarias esenciales y creen instituciones que velen por una gobernanza adecuada. A través de la Alianza en pro de la Cobertura Sanitaria Universal y el Programa Especial sobre Atención Primaria de la Salud intensificado, el Grupo de Trabajo Conjunto también ayuda a los sistemas sanitarios nacionales a incorporar reformas y adaptarse a las necesidades cada vez mayores de controlar y responder a la COVID-19 en unos 120 países de las seis regiones de la OMS. Esta labor cuenta con una amplia colaboración entre la OMS y los interesados en los planos mundial, regional y nacional²⁸.

34. En la declaración política del foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible celebrado bajo los auspicios de la Asamblea General (resolución 74/4, anexo), aprobada en octubre de 2019, los Estados Miembros se comprometieron a llevar a cabo un examen ambicioso y eficaz del formato y los aspectos organizativos del foro político de alto nivel, así como del seguimiento y el examen de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a nivel mundial, con miras a abordar mejor las deficiencias en la implementación y dar respuestas adecuadas a los problemas detectados, entre otras cosas en lo que respecta a la financiación, a fin de fortalecer la eficacia y el carácter participativo de ese foro intergubernamental y fomentar el aspecto de aprendizaje entre pares de los exámenes nacionales voluntarios.

35. Para superar los principales obstáculos que no permiten agilizar los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal, se necesita liderazgo, instituciones y sistemas de reglamentación sólidos. La buena gobernanza de los sistemas sanitarios puede hacer realidad las reformas que apuntan a lograr la cobertura sanitaria universal. Por consiguiente, la comunidad sanitaria mundial debe reconocer la importancia crítica de centrar la atención en fortalecer la gobernanza sanitaria en los países y destinar recursos a cumplir ese cometido, a la vez que interviene en otras esferas de los sistemas de salud, para concebir sistemas cimentados en la cobertura sanitaria universal que las poblaciones, las comunidades y la sociedad civil sientan como propios.

²⁷ OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Primary Health Care: Transforming Vision into Action – Operational Framework*, proyecto para consulta, Technical Series on Primary Health Care (Ginebra, 2018).

²⁸ OMS, “Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción” (Ginebra, 2020), proyecto.

36. Se ha reconocido ampliamente que los enfoques inclusivos de fortalecimiento de los sistemas de salud, en los que participan todos los interesados pertinentes, constituyen una función fundamental de la gobernanza para promover reformas sanitarias receptivas e impulsadas por la equidad. Las iniciativas que promueven la participación de la sociedad permiten a los Gobiernos vislumbrar las diversas expectativas de los principales interesados, así como sus experiencias de vida y los retos que afrontan, respecto de las cuestiones relacionadas con la salud. Es más probable que las decisiones que tomen los Gobiernos se consideren legítimas y aplicables si un órgano de interesados inclusivo y de base amplia ha tenido una participación suficiente en el proceso normativo.

37. El Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal, que se celebra el 12 de diciembre, ofrece la oportunidad, todos los años, de aumentar la concienciación mundial, la solidaridad internacional y la cooperación y las acciones internacionales para alcanzar la cobertura sanitaria universal promoviendo marcos y foros de colaboración nacionales, regionales y mundiales. El tema del Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal de 2019 fue “Cumplir la promesa”; en ocasión de ese Día Internacional, se alentó a los Gobiernos, las organizaciones internacionales, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, el mundo académico y los medios de comunicación a que siguieran pidiendo cuentas a los dirigentes, a los sistemas sanitarios y a sí mismos respecto de la promesa de lograr la salud para todos. La Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030 también resumió las metas, los compromisos y las medidas de seguimiento más importantes que figuran en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal para ayudar a transformar los compromisos mundiales en medidas de aplicación nacional²⁹.

38. La OMS está creando un compendio sobre la cobertura sanitaria universal que servirá de banco de conocimientos en apoyo de las decisiones de inversión relacionadas con la cobertura sanitaria universal. Este compendio estará centrado en la prestación de servicios que no deja a nadie atrás y en la función de los conjuntos de prestaciones que garantizan la optimización de los recursos y la rendición de cuentas. La base de datos del compendio también contendrá datos y otro tipo de información sobre el uso de los recursos (los productos sanitarios, la fuerza laboral y otros insumos); las plataformas típicas de prestación de servicios, incluidas las de telemedicina; los elementos de decisión en materia de financiación y eficacia en función de los costos; y la pertinencia de las políticas para los programas de salud o las metas de desarrollo específicos, en particular, las diversas metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

IV. Recomendaciones

39. Los Estados Miembros deberían acelerar los esfuerzos encaminados a lograr la cobertura sanitaria universal para 2030 con el fin de garantizar la vida sana y promover el bienestar de todas las personas durante toda su vida y, a ese respecto, tomar medidas para: a) ofrecer progresivamente cobertura a otros 1.000 millones de personas para 2023 con servicios de salud esenciales de calidad y medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y tecnologías sanitarias esenciales de calidad, inocuos, eficaces y asequibles, con miras a ampliar la cobertura a todas las personas para 2030 y b) frenar e invertir la tendencia al alza de los gastos sanitarios por cuenta propia, que pueden tener consecuencias catastróficas, mediante la adopción de medidas que ofrezcan protección contra los riesgos financieros y eliminen el empobrecimiento causado por los gastos

²⁹ Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal, “Key targets, commitments and actions” (diciembre de 2019).

sanitarios para 2030, prestando especial atención a los pobres y a las personas que son vulnerables o se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

40. Los Estados Miembros deberían, mediante la creación de plataformas y alianzas de múltiples interesados participativas y transparentes, recabar las aportaciones de todas las instancias pertinentes, como la sociedad civil, el sector privado y las instituciones académicas, a la elaboración y la aplicación de las políticas sanitarias para lograr los objetivos nacionales relativos a la cobertura sanitaria universal. Fijar metas nacionales y fortalecer las plataformas nacionales de vigilancia y evaluación, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, apoyará el seguimiento periódico de los progresos realizados hacia el logro de la cobertura sanitaria universal para 2030, y podría abarcar institucionalizar las funciones de rendición de cuentas y definir un mandato al respecto, mediante mecanismos de examen de los sistemas, tanto nacionales como independientes.

41. Los Estados Miembros deberían invertir en sistemas de datos fiables, ya que los actuales sistemas de información no aportan datos actualizados sobre el estado de la implantación de los programas y las inversiones en materia de salud. La mayor parte de las encuestas de hogares previstas para 2020 se han aplazado a 2021, por lo que actualmente están en curso menos de diez, y las encuestas sobre los centros de salud son casi inexistentes. Cuando sea posible, los sistemas de información sobre la gestión sanitaria deben tratar de desglosar los datos en función del sexo, la edad, los ingresos, la raza, el origen étnico, la situación migratoria, la discapacidad, la ubicación geográfica y otras características pertinentes según el contexto nacional.

42. Los Estados Miembros deberían asegurarse de que ya no tengan necesidades de salud insatisfechas las subpoblaciones concretas a las que más afectó la COVID-19, entre las que se cuentan las víctimas de violencia sexual, las personas con discapacidad, que representan el 15 % de la población mundial, las que tienen necesidades de salud mental, las personas que viven con el VIH/sida, las personas mayores, los refugiados y los desplazados internos y los migrantes.

43. Los Estados Miembros deberían garantizar que el gasto público nacional en el sector de la salud sea suficiente, empezando por invertir en los bienes públicos para la salud, es decir, en las funciones básicas de salud pública que deben financiarse mediante mecanismos colectivos, a fin de sentar las bases de la cobertura sanitaria universal³⁰. Estas funciones son indivisibles de los compromisos que todos los Estados Miembros asumieron en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y en la declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal, celebrada en 2019^{31, 32}.

44. La experiencia obtenida a partir de la pandemia de COVID-19 también refuerza los conceptos básicos acerca de la financiación sanitaria en pro de la cobertura sanitaria universal. Los Estados Miembros deberían actuar para reducir los obstáculos financieros que dificultan el acceso a los servicios de salud esenciales, tanto para habilitar el acceso de las personas más pobres a los servicios financieros como para velar por el control eficaz de las epidemias, dadas las consecuencias que tienen estas acciones para el desarrollo socioeconómico general. Sin embargo, no basta con anunciar que los servicios son gratuitos; a fin de realmente derribar los obstáculos financieros, los prestadores deben recibir el

³⁰ OMS, Health topics, “Common goods for health: overview”. Puede consultarse en www.who.int/.

³¹ *Ibid.*, *Reglamento Sanitario Internacional*, 3ª edición (Ginebra, 2005).

³² Resolución 74/2 de la Asamblea General [Error! Hyperlink reference not valid.](#)

pago por sus servicios, en circunstancias ideales por adelantado, de manera que dispongan de los insumos necesarios para ofrecer los servicios sin recibir ningún pago en el lugar de la consulta. Los Gobiernos podrían establecer mecanismos fiables para garantizar la prestación gratuita de servicios esenciales³³ y comunicar con claridad esta política al público. En los países que siempre han dependido de la cobertura sanitaria contributiva y vinculada al empleo, ha sido esencial reasignar ingresos presupuestarios generales al sistema, tanto para reducir la vulnerabilidad del sistema a la pérdida de puestos de trabajo como para velar por que se puedan poner en marcha las actividades esenciales que son necesarias para responder a la COVID-19³⁴. Por tanto, reducir al mínimo o eliminar el vínculo entre la cobertura sanitaria y el empleo es fundamental para crear resiliencia ante las crisis económicas que derivan en la pérdida de puestos de trabajo en el sector estructurado.

³³ Prosper Tumusiime, “Domestic health financing for COVID-19 response in Africa”, *Social Health Protection Network*, 28 de abril de 2020. [Error! Hyperlink reference not valid.](#)

³⁴ Por ejemplo, en Alemania y la República Checa: OMS, COVID-19 Health System Response Monitor, Countries, Policy responses for Germany and the Czech Republic, “Paying for services: health financing”; última actualización: 6 de noviembre de 2020. Puede consultarse en www.covid19healthsystem.org/.