

## Punto 5 del orden del día Cobertura sanitaria universal

Informe político | Movimiento para la Salud de los Pueblos Equipo de Vigilancia de la OMS

---

### PUNTOS DE ACCIÓN

- Reforzar el sector público y abordar la escasez de personal sanitario para acelerar los avances en la consecución de la Cobertura Sanitaria Universal.
- Se necesitan indicadores más fiables para tener una visión completa del alcance de las barreras al acceso a la atención sanitaria.
- No basta con dar prioridad al acceso a la financiación sanitaria. Es necesario hacer más hincapié en la cobertura de los servicios y la población mediante una atención primaria integral que sea aceptable, accesible y asequible para las comunidades.

#### 1. 1. ¿Cuál es el problema?

##### Avances limitados en la consecución de la Cobertura Sanitaria Universal

El documento [EB152/5](#) informa sobre los avances en la aplicación de la declaración del UNGASS de 2019 sobre la cobertura sanitaria universal. El progreso hacia la cobertura sanitaria universal se sigue a través de dos indicadores (1) cobertura de los servicios sanitarios esenciales; y (2) gasto sanitario catastrófico. Con respecto al indicador (1), es importante señalar que la medición actual de la "prestación de servicios" se centra en intervenciones sanitarias selectivas, es decir, un paquete limitado de atención.

En cuanto a los avances hacia la consecución incluso de este paquete *mínimo* de atención, el informe señala que el mundo no está en vías de alcanzar las metas de los ODS sobre CSU para 2030 (párr. 6). Esto se ve agravado por el hecho de que "[h]ay una falta sistemática de prioridad y de inversión en la reducción de las barreras financieras a la atención sanitaria" (párr. 8) por parte de los Estados miembros.

##### Los indicadores existentes dan una imagen incompleta del alcance de los obstáculos para acceder a la atención sanitaria

En cuanto a los gastos catastróficos, el informe señala que:

"El gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto total de los hogares (...) aumentó continuamente entre 2000 y 2017, y se estima que la población total que afronta gastos sanitarios catastróficos o empobrecedores se sitúa entre 1.400 y 1.900 millones de personas en 2017." (par.6)

Resulta significativo que estos datos sobre el gasto catastrófico en atención sanitaria no incluyan el periodo pandémico (2020-en curso). Dadas las repercusiones socioeconómicas de la pandemia de Covid-19 y las desigualdades generadas por la respuesta mundial a la misma, es probable que el gasto catastrófico y los obstáculos a la asistencia se hayan deteriorado en los últimos tres años. El informe señala además que:

"el gasto sanitario catastrófico relacionado con los servicios esenciales no tiene en cuenta

la atención sanitaria a la que renuncian las personas que se enfrentan a barreras para acceder a esos servicios". (par.7)

Así pues, el indicador de gasto catastrófico capta el impacto económico de los pacientes que pueden acceder a la asistencia a un precio relativamente caro. No capta los costes físicos y socioeconómicos de no poder acceder a la asistencia en primer lugar.

*Las intervenciones existentes priorizan el acceso a la financiación sanitaria, pero esto puede no mejorar la equidad o el acceso a una atención sanitaria integral*

La cobertura sanitaria universal consta de tres dimensiones: cobertura de servicios, cobertura de la población y protección financiera. El informe señala que entre los Estados miembros,

"La mayoría de los compromisos se centran en la cobertura de los servicios (44%) y en la cobertura de la población (43%), y por término medio faltan compromisos y objetivos claros relativos a la dimensión de la protección financiera (13%)."  
(par.8)

Si bien es cierto que la dimensión de la financiación está rezagada, no es necesariamente cierto que un aumento de la financiación mejore el acceso a la atención sanitaria. Una mayor cobertura en la financiación de los servicios sanitarios tendrá un impacto poco significativo en el acceso a la atención sanitaria si (1) no hay proveedores de servicios accesibles o (2) no se dispone de los servicios o productos necesarios. Por ejemplo, si aumenta la financiación de la cobertura sanitaria universal pero se destina principalmente a la compra de un paquete limitado de "servicios esenciales" para todos, es muy posible que los pacientes carezcan de acceso a toda la gama de servicios que necesitan. Los pacientes más pobres serán los más afectados.

Una mayor financiación de la CSU no se traduce automáticamente en una mayor equidad dentro del sistema sanitario. Si una mayor proporción de la financiación pública de la cobertura sanitaria universal se destina a la compra de asistencia sanitaria a proveedores privados, se reduce la proporción de financiación destinada a los proveedores del sector público. Con el tiempo, esto conduce a un deterioro de los servicios sanitarios públicos y de las infraestructuras, con consecuencias negativas para los pacientes que no pueden acceder a los proveedores privados (por ejemplo, los de las zonas rurales). Esto aumenta la desigualdad dentro del sistema sanitario en lugar de reducirla.

## **2. 2. ¿Qué queremos?**

### *Atención primaria integral*

La recomendación del informe de paquetes más selectivos cuando el espacio fiscal es limitado debe rebatirse por abrir la puerta a la atención selectiva. Sabemos por ejemplos de muchos países que un enfoque integral de la atención primaria puede garantizar que la mayoría de las necesidades sanitarias puedan satisfacerse dentro de los sistemas sanitarios de distrito, incluso cuando el espacio fiscal es limitado. Para hacer frente a un espacio fiscal inadecuado, los más vulnerables deben recibir una cobertura más integral, no paquetes más selectivos. El paquete mínimo de servicios incluidos en la atención primaria integral debería cubrir más del 90% de las necesidades sanitarias.

### *Reforzar el sector público*

No es posible avanzar hacia la equidad en el acceso, la cobertura universal y la provisión asequible de asistencia sanitaria sin una provisión pública dominante. La compra a proveedores privados o a Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) no es la solución.

### Abordar la escasez de personal sanitario

Una laguna importante de este informe es su silencio sobre los cambios necesarios en la política de recursos humanos para la salud. Un enfoque de la CSU basado en la APS exige que los Estados miembros pongan en marcha planes integrales de desarrollo de los recursos humanos sanitarios para garantizar:

- un número adecuado y una distribución apropiada del personal sanitario, con una mano de obra mucho mayor desplegada en la atención primaria,
- que la formación del personal sanitario se oriente hacia la atención primaria,
- que el personal sanitario reciba la compensación, las prestaciones y la protección que necesita para poder trabajar en sus propios países y comunidades, y
- que los trabajadores sanitarios tengan voz en la toma de decisiones gubernamentales sobre política sanitaria y atención primaria de salud.

### Indicadores más fiables

Es necesario reforzar los mecanismos de registro y recopilación de datos primarios en los países y basar las proyecciones en esos datos fiables en lugar de en estimaciones modelizadas.

Es preciso reexaminar los indicadores y su utilización. Es poco probable que las medidas existentes de progreso en la consecución de la cobertura sanitaria universal reflejen la situación real y es probable que la situación sea peor de lo que indica el resumen.

Dadas las desigualdades en el avance hacia la digitalización de la información sanitaria, las comunidades marginadas son cada vez más invisibles en los datos oficiales, lo que conlleva un aumento de la carga de trabajo que soportan los trabajadores de primera línea.

## **3. 3. ¿Por qué es importante?**

Este año, la OMS celebrará su 75 aniversario. Los esfuerzos por implantar la cobertura sanitaria universal han dado prioridad al acceso a la financiación más que al acceso a una atención sanitaria integral. Como ya se ha dicho, centrarse únicamente en mejorar la financiación no nos acercará a su objetivo principal: hacer realidad el derecho a la salud para todos. Construir sistemas sanitarios en los que la gente confíe y que funcionen bien también proporciona una base sólida para contener y mitigar los efectos negativos de las emergencias de salud pública.

## **Punto 12.1 del orden del día Fortalecimiento de la arquitectura mundial de preparación, respuesta y resiliencia ante emergencias sanitarias**

Informe político | Movimiento para la Salud de los Pueblos Equipo de Vigilancia de la OMS

---

**Cuestiones que deben debatirse en la Arquitectura Global de HEPRR**

- **La solidaridad internacional, y no la caridad, debe estar en el centro de la preparación y respuesta mundial ante una pandemia.**
- **El acuerdo sobre la pandemia debe incluir disposiciones que exijan la aplicación del acceso y el reparto de beneficios de las contramedidas médicas.**
- **Hay que abordar los problemas subyacentes a las crisis de personal sanitario y evitar la fuga de cerebros.**
- **Debe anularse la congelación de las cuotas y reducirse los fondos asignados.**
- **Los mecanismos de financiación de la sanidad mundial deben cambiar radicalmente para romper el statu quo financiero y económico neocolonial imperante.**

### 1) ¿Cuál es el problema?

La Arquitectura Global de la OMS para la HEPRR se solapa con el trabajo que está llevando a cabo el INB sobre el desarrollo de un instrumento internacional contra las pandemias, pero el informe del EB (EB152/12) no incluye propuestas de coordinación ni muestra un plan para aunar estos procesos paralelos de forma coherente. Muchas cuestiones críticas relacionadas con la economía política de la salud pública mundial no se abordan en el informe. En la actualidad, las propuestas no infunden confianza en que las reformas que se están desarrollando vayan a producir el cambio necesario en la preparación y respuesta ante una pandemia.

- a) Sobre la GOBERNANZA: Añadir divisiones e ineficacia en lugar de fomentar la solidaridad.

La experiencia de Covid-19 ha demostrado que la solidaridad es una capacidad fundamental para una respuesta pandémica eficaz, tanto dentro de los países como entre ellos. Parece que no se ha reconocido este hecho, ni se han explorado las causas profundas de la falta de solidaridad que marcó la respuesta internacional a la pandemia. A nivel internacional, hemos visto una falta de solidaridad en relación con la adquisición de vacunas y en los conflictos sobre la suspensión o la aplicación de los derechos de propiedad intelectual sobre las tecnologías de vacunas. La falta de apoyo financiero suficiente para que los países en desarrollo inviertan en bienes globales (es decir, en la mejora de las capacidades básicas) sugiere que las expresiones de preocupación por *la seguridad sanitaria mundial* podrían entenderse mejor como una *seguridad sanitaria cerrada* (para el Norte global) que como el sentimiento de que "todos estamos juntos en esto". No está claro por qué esta idea no ha tenido cabida en este paquete de informes sobre el refuerzo de la prevención, la preparación y la respuesta ante emergencias. Tampoco se ha debatido en ninguna de las revisiones de expertos sobre las lecciones aprendidas o las vías de mejora. Por todo ello, la creación de comités/consejos adicionales parece más bien un intento de eludir los verdaderos problemas y corre el riesgo de crear una mayor división en lugar de fomentar la solidaridad.

- b) Sobre SISTEMAS: Se ignora la crisis del acceso a los medicamentos y del personal sanitario

El boicot del C-TAP, tanto por parte de las empresas farmacéuticas como de los Estados nacionales que las patrocinan, y la oposición de la Comisión Europea a la propuesta original de exención de los ADPIC ponen de manifiesto la primacía de los derechos de propiedad intelectual sobre los derechos humanos por parte de gran parte del Norte global. No hay nada en el actual paquete de informes que reconozca, y mucho menos que aborde, esta perjudicial asignación errónea de prioridades.

También se perdió la oportunidad de aclarar el marco de la atención primaria integral y comunitaria como parte vital de la preparación del sistema sanitario. No se reconoce la crisis de escasez de personal sanitario ni la crisis de salud mental que azota al personal sanitario tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, y que probablemente empeorará en los próximos años. Es probable que la propuesta de crear un Cuerpo Mundial de Emergencias Sanitarias no haga sino agravar la fuga de cerebros y reducir aún más la capacidad de los países que más lo necesitan.

- c) Sobre FINANCIACIÓN: ¿Obligar a las instituciones financieras internacionales en materia de salud?

Para los países menos desarrollados, el coste de oportunidad asociado a la aplicación de las capacidades básicas prescritas en el RSI puede ser muy significativo. Para los países con doble o triple carga de morbilidad, el gasto de recursos nacionales en lo que debería entenderse como un bien público mundial puede no ser el uso más racional de tales recursos. El reembolso de la deuda, los intereses de los préstamos y los recargos, así como los flujos financieros ilícitos, deben abordarse para crear el tan necesario espacio fiscal nacional para financiar la capacidad de HEPRR.

El Banco Mundial y el FMI no son actores nuevos en la financiación sanitaria mundial, pero existe el peligro de legitimar aún más su participación en la gobernanza sanitaria mundial. Las políticas que han promovido e impuesto, tanto sanitarias como no sanitarias, han contribuido a empeorar la salud y la equidad social, golpeando con mayor dureza a las poblaciones más vulnerables y marginadas. Y lo que es aún más preocupante, con el tiempo estas políticas han atrapado a los países en desarrollo en un círculo vicioso de deuda y han cimentado su dependencia del Norte global. Por no hablar de las implicaciones para la soberanía de los Estados miembros. Todo esto recuerda a la época colonial.

## 2) ¿Qué queremos?

El MSP insta a los Estados miembros a frenar la carrera por la rendición de cuentas en materia de seguridad sanitaria mundial a la espera de compromisos financieros y sociales férreos por parte del Norte global, por ejemplo, la cancelación de la deuda.

La PHM insta a los Estados miembros a insistir en la inclusión de disposiciones jurídicamente vinculantes sobre el acceso y el reparto de beneficios de las contramedidas médicas en el instrumento propuesto contra la pandemia, que deberán cumplir no sólo los Estados miembros sino también, y de manera crucial, las entidades comerciales.

Instamos a la OMS a que identifique los factores sistémicos que alejan a los trabajadores de los sistemas sanitarios antes de institucionalizar un ambicioso plan para un cuerpo mundial de emergencias sanitarias y a que proporcione orientaciones a los Estados miembros para rectificar la situación.

La OMS debe explorar mecanismos de financiación que rompan la dinámica financiera y económica neocolonial. Debe reconocer que la crisis de financiación de la institución se ha creado como parte de un proyecto más amplio que restringe la influencia del Sur Global en la gobernanza sanitaria mundial. La OMS debe tomar las medidas necesarias para revertir la congelación de las contribuciones señaladas y la estricta asignación de los fondos de los donantes, en lugar de potenciar aún más el sector privado.