



# El estado del compromiso con la Cobertura Universal de Salud: síntesis 2020

Acción urgente para lograr sistemas de salud que protejan a todas las personas - ya.



uhc2030

# Peticiones clave del movimiento a favor de la CSU



## Asegurar liderazgo político más

Comprometerse a alcanzar una CSU para lograr salud y bienestar para todas las personas en todas las etapas, como un contrato social.



## No dejar a nadie fuera

Buscar la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad y con protección financiera.



## Legislar y reglamentar

Generar un contexto regulatorio y legal fuerte y facilitador que responda a las necesidades de las personas.



## Sostener la calidad de la atención

Crear sistemas de salud de calidad en los que tanto las personas como las comunidades puedan confiar.



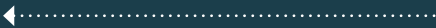
## Invertir más, invertir mejor

Sostener el financiamiento público y armonizar las inversiones en salud.



## Actuar en forma conjunta

Establecer mecanismos multisectoriales para comprometer a todos los actores de la sociedad en pro de un mundo más saludable.



Poner énfasis en la equidad de género, reorientar la dinámica de poder y asegurar que los derechos de las mujeres y las niñas sean principios fundacionales de la CSU.

## Equidad de género



Fortalecer los sistemas de salud aumentando su resiliencia para mejorar su capacidad de respuesta a las emergencias de salud.

## Capacidad de respuesta a las emergencias

Sesión con los actores clave de todos los sectores en la reunión de alto nivel, UN HLM

Foto: CSU2030 - Akihito Watabe



# Contenidos

<b>Reconocimientos</b>	<b>4</b>
<b>Abreviaturas y acrónimos</b>	<b>5</b>
<b>Preámbulo</b>	<b>6</b>
<b>Resumen Ejecutivo</b>	<b>9</b>
• Mensajes a los líderes políticos nacionales	10
• Mensajes a los líderes globales y a otros actores clave	17
<b>Introducción</b>	<b>19</b>
<b>Propósito</b>	<b>22</b>
<b>Metodología</b>	<b>23</b>
<b>Progreso hacia la CSU a nivel nacional durante una Emergencia Sanitaria Global</b>	<b>25</b>
• Priorizar la CSU para encarar la pandemia y su recuperación, aliviar la ansiedad y reconstruir la confianza	26
• Abordar las inequidades sistémicas que crecen debido al COVID-19, creando redes más fuertes de contención social y financiera, priorizando la equidad en cada etapa del proceso	28
• Expandir y fortalecer la legislación y regulación, fijar metas claras y comunicar adecuadamente de manera de convocar a las personas	32
• Respaldar, proteger y atender al personal de la salud e innovar para mejorar la calidad y sostener la calidad durante las emergencias	35
• Invertir en salud pública y en atención primaria en un esfuerzo conjunto de los ministerios de salud, de finanzas y gobiernos locales para asegurar la continuidad de los servicios esenciales de salud y proporcionar una primera línea de defensa contra brotes	40
• Construir alianzas a través de una participación genuina de la sociedad civil	42
• Empoderar a las mujeres, quienes demuestran un liderazgo muy efectivo durante las emergencias sanitarias	46
• Reforzar los principios de la CSU en cada respuesta a las crisis, e incorporar el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las emergencias en todas las reformas del sistema de salud	49
<b>Contribuciones del Movimiento por la CSU durante la Emergencia Sanitaria Global</b>	<b>53</b>
<b>Perfiles de país</b>	<b>62</b>
<b>Portal de datos sobre CSU</b>	<b>63</b>
<b>Referencias</b>	<b>64</b>

# Reconocimientos

La alianza CSU2030 extiende su reconocimiento a los Estados miembro de las Naciones Unidas por encomendarnos la importante tarea de contribuir con las siguientes tareas: el desarrollo y fortalecimiento de la sustentabilidad de la CSU en los niveles nacionales (A/RES/72/139); el proceso preparatorio y la Reunión de Alto Nivel de las NU para la CSU en 2019, particularmente en relación a la diseminación de buenas prácticas, desafíos y lecciones aprendidas (A/RES/73/131); y la revitalización y promoción de alianzas globales fuertes entre todos los actores relevantes para respaldar de forma colaborativa los esfuerzos de los Estados miembro, lo cual incluyó soporte técnico, fortalecimiento de las capacidades y fortalecimiento de las acciones de abogacía (A/RES/74/2).

Agradecemos a Ilona Kickbusch y a Githinji Gitahi, presidentes del Comité de Dirección de la CSU2030 por su asesoría estratégica para iniciar este importante proyecto. Este proyecto fue coordinado por Akihito Watabe, quien lidera el Grupo de Trabajo para el Estado de los Compromisos en CSU, bajo la dirección de Marjolaine Nicod y Toomas Palu, líderes del Equipo Central de la CSU2030.

La síntesis 2020 y los perfiles de país fueron desarrollados conjuntamente entre el Grupo de Trabajo para el Estado de los Compromisos con la CSU, el Panel de Asesores Políticos del Movimiento CSU y otros expertos, y contó con apoyo en investigación del Centro para la Salud Universal de Chatham House. La CSU2030 agradece efusivamente a todas las personas por su fuerte compromiso con el trabajo, especialmente considerando que gran parte de él ocurrió bajo las desafiantes circunstancias impuestas por la pandemia de COVID-19. El Grupo de Trabajo aportó asesoría general, recolectó las fuentes, contribuyó con artículos, llevó a cabo consultas con los actores relevantes y formuló los mensajes para los líderes políticos. El Panel de Asesores Políticos para el movimiento CSU revisó los mensajes para los líderes políticos, luego de incluir los hallazgos clave y la evidencia de varios expertos. Las personas que contribuyeron con este documento fueron:

- Grupo de Trabajo: Khuat Thi Hai Oanh; Justin Koonin; Masaki Inaba; Itai Rusike; Logan Ansell; Matthew Guildford; Shyama Kuruvilla; Ilze Kalnina; Nono Ayivi-Guedehoussou; Alethea Dopart; Richard Cibulskis; Dheepa Rajan; Kira Koch; Gabriela Flores; Gang Sun; Kate Thomson;

Ann Keeling; Roopa Dhatt; Tara Brace-John; Jenny Yates; William French; Jessica Clark; Kazumi Iden; y Eliana Monteforte.

- Panel de Asesores Políticos: Elhadj As Sy; Emilia Saiz; Gabriela Cuevas Barron; Gro Harlem Brundtland; Keizo Takemi; María Fernanda Espinosa Garcés; y Vytenis Povilas Andriukaitis.
- Otros expertos que contribuyeron: Lenio Capsaskis; Taona Kuo; Ties Boerma; Yosuke Kita; y Satoshi Ezoe.
- Chatham House: Robert Yates; Claire Muñoz Parry; Emma Ross; Frini Chantzi; Gretchen Stevens; Nina van der Mark; Anna Socha, Ben Wakefield y Lara Hollmann.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento a Health Information For All, por su contribución con traducciones vinculadas al análisis de la encuesta para así poder incorporar una variedad de respuestas de las comunidades y los actores relevantes. También expresamos nuestro agradecimiento a Global Health Strategies por su apoyo a las comunicaciones estratégicas del trabajo: Alison Dunn and Mathew Kelley por el diseño y puesta en página, Elizabeth Haseltine por la corrección de estilo y edición, y

Françoise Lafourcade y María Faget por la traducción del documento al francés y el español respectivamente.

Valoramos enormemente las 400 respuestas a la Encuesta CSU2020 provenientes de 125 países, así como a las personas participantes de la Alianza CSU2030, quienes constituyeron una importante fuente de información para la Síntesis y los Perfiles de País.

Agradecemos a todos los aliados de CSU2030 que han respaldado el Pacto para el progreso hacia la CSU por su compromiso colectivo y sus esfuerzos para alcanzar la CSU antes de 2030 y por su apoyo al Movimiento para la CSU.

Finalmente, y lo más importante, agradecemos a todos los actores del movimiento por la CSU de todo el mundo, cuyas voces y experiencias deben guiar nuestro trabajo. Son quienes más se involucran cada día activamente, asegurando que la Declaración Política para la CSU sea una realidad en sus vidas, comunidades y países.

# Abreviaturas y Acrónimos

<b>ACT-A</b>	Acelerador del acceso a las herramientas contra el COVID-19
<b>COVAX</b>	El pilar referente a las vacunas del acelerador del acceso a las herramientas contra el COVID-19
<b>CSEM</b>	Mecanismo de Participación de la sociedad civil en la CSU2030
<b>CSU</b>	Cobertura Sanitaria Universal
<b>CSU2030</b>	Alianza Internacional de Salud para la CSU
<b>LGBTQ+</b>	Lésbico, gay, bisexual, transgénero, queer (o cuestionando) y otros
<b>ODS</b>	Objetivos de desarrollo sustentable
<b>RNV</b>	Revisión Nacional Voluntaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la sociedad civil
<b>NU</b>	Naciones Unidas

# Preámbulo

**El COVID-19 ha demostrado que la cobertura universal en salud, los sistemas de salud pública sólidos y la capacidad de respuesta ante las emergencias son esenciales para las comunidades, las economías, para todas las personas”**

António Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas (Resumen de políticas: COVID-19 y la CSU (1))

## 2020: Una evaluación global de la Cobertura Sanitaria Universal

El mundo luce hoy muy diferente a lo que era un año atrás, justo antes de que se informara sobre los primeros casos de COVID-19 a la Organización Mundial de la Salud

Apenas unos meses antes, en septiembre de 2019 se reunieron los líderes mundiales a firmar la declaración política más ambiciosa y más amplia de la historia de la salud. El día de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) rebozaba el optimismo mientras los líderes reafirmaban su compromiso de alcanzar la CSU y asegurar vidas saludables y bienestar para todas las personas para el 2030.

La crisis actual del COVID-19 es un desafío sin precedentes a la salud global, y una amenaza a la seguridad humana. Ha sido una prueba de tensión para los sistemas de salud de todo el mundo. A medida que los países enfrentan el doble desafío de manejar la propagación del virus y mantener los demás servicios de salud funcionando, se ha puesto a prueba la capacidad de cada país para alcanzar a todas las personas con servicios esenciales de alta calidad, sin una carga financiera. Los líderes de todo el mundo y en todos los niveles del sistema de gobierno se han enfrentado con innumerables decisiones complicadas. En muchos lugares, el COVID-19 ha explotado y exacerbado profundas inequidades y brechas que ya impedían el acceso a la salud de las personas, mucho antes de que golpeará el virus.

### Sobre esta síntesis

Esta primera síntesis sobre el Estado del compromiso hacia la CSU, y los perfiles de países publicados en ocasión del Día Internacional de CSU en 2020, se basan en las miradas seleccionadas de diversos actores sobre la situación y el compromiso actual de los países, resumiendo los desafíos y las oportunidades para avanzar con la CSU desde la óptica de un mundo que lidia con la pandemia de COVID-19. Está basada en fuentes diferentes, que incluyen una consulta y una encuesta con actores importantes, una revisión de la literatura, análisis de medios, declaraciones políticas de Estados Miembro de las Naciones Unidas en diferentes foros globales, y también un análisis de acciones emprendidas por iniciativas globales. El informe se estructura en las ocho áreas de compromiso de la Declaración Política de la CSU (2), tomadas de las “Demandas Clave” del movimiento para la CSU con las que los actores acordaron durante la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas en 2019 (3).

A la hora en que se estaba finalizando este informe en noviembre de 2020, la pandemia – y las respuestas que exige – aún están desplegándose, por lo cual no se puede identificar cuáles han sido los enfoques más exitosos. Sin embargo, van emergiendo algunos hallazgos clave y varios aprendizajes.

## Mensajes para los líderes políticos

La CSU no es apenas una iniciativa de largo alcance que puede aplazarse hasta que la pandemia se termine. Es una prioridad urgente para acabar con esta crisis y construir un futuro más seguro y saludable. En análisis del Estado del Compromiso con la CSU hace una pregunta sencilla: ¿están los gobiernos implementando acciones para cumplir con sus compromisos con la CUS? Esta síntesis presenta hallazgos y tendencias de todo el mundo a partir de las experiencias vividas por las personas durante estos tiempos difíciles. **El actual estado de la CUS presenta enormes desafíos.** En muchos países, los grupos pobres y vulnerables son, nuevamente, dejados de lado, y las inequidades se profundizan debido a la crisis del COVID-19. Las personas se angustian por su salud, sus finanzas y su futuro, y la confianza en los líderes políticos se muestra erosionada en algunos países. La pandemia del COVID-19 también expone y exagera las debilidades de los sistemas de salud, mostrando que muchos países descuidaron sus inversiones en salud, en redes sociales de contención, y en la capacidad de los sistemas de emergencias cuando todo esto importaba realmente: antes de que golpeará la crisis. Incluso los países con sistemas de salud más sólidos podrían haber estado mejor preparados para esta emergencia. Aún hay mucho que hacer para asegurar un respaldo adecuado a los trabajadores de salud de la primera línea, para involucrar significativamente a todos los actores en la toma de decisiones y para asegurar respuestas con perspectiva de género. Más aun, muchos países no han adoptado metas nacionales medibles, y la percepción del público en general sobre los compromisos adoptados por sus gobiernos es muy limitada.

**Sin embargo, también hay esperanza.** Los países que han tenido un resultado mejor en relación al COVID-19 tienden a tener líderes que interactúan con la comunidad científica, escuchan las recomendaciones de los expertos de salud pública e implementan acciones rápidas y decisivas para proteger a todas las personas.

**Instamos a todos los líderes y actores a lo largo y ancho de la sociedad a implementar acciones urgentes en los sistemas de salud para proteger a todas las personas – ya.**

## Presidentes del Comité de Dirección del CSU2030 y miembros del Panel de Consultores Políticos del movimiento por la CSU



**Ilona Kickbusch,**  
Co-chair



**Githinji Gitahi,**  
Co-chair



**Elhadj As Sy,**  
Political Advisor



**Emilia Saiz,**  
Political Advisor



**Gabriela Cuevas,**  
Political Advisor



**Gro Brundtland,**  
Political Advisor



**Keizo Takemi,**  
Political Advisor



**María Espinosa,**  
Political Advisor



**Vytenis Andriukaitis,**  
Political Advisor

## En especial, instamos a todos los líderes políticos a:



**Dar prioridad a la CSU para encarar la pandemia de COVID-19 y su recuperación, aliviar la angustia y reconstruir la confianza.** La salud pública, las economías y las sociedades sufren cuando las personas están ansiosas sobre su salud, sus finanzas y su futuro, y pierden confianza en su gobierno y sus líderes políticos.



**Abordar las inequidades sistémicas que crecen con el COVID-19, creando redes de contención social y financiera más fuertes, priorizando la equidad en cada etapa del proceso.** Las comunidades pobres y vulnerables que ya estaban sufriendo antes de la pandemia, son ahora las más fuertemente golpeadas por el impacto sobre la salud y la economía.



**Expandir y fortalecer la legislación y las regulaciones relativas a la CSU, fijar metas claras y comunicar adecuadamente para congregar a las personas.** Muchos países no han adoptado metas nacionales medibles en relación a la CSU, y el conocimiento del público general sobre los compromisos de su gobierno con la CSU es muy limitado.



**Respaldar, proteger y cuidar al personal de la salud e innovar y sostener la calidad durante las emergencias.** Los trabajadores de salud de la primera línea no han recibido un respaldo adecuado durante la pandemia, afectando la calidad de los servicios prestados.



**Invertir en salud pública y en atención primaria en un esfuerzo conjunto de los ministerios de salud y de finanzas y los gobiernos locales, para asegurar la continuidad de los servicios esenciales de salud y proporcionar una primera línea de defensa contra brotes.** La población desea una mayor inversión en salud por parte de sus gobiernos, pero tiende a olvidarse de los servicios de salud pública y de la capacidad de respuesta, que representan bienes públicos esenciales.



**Construir alianzas a través de una participación genuina de la sociedad civil.** La sociedad civil frecuentemente siente que solamente es consultada para cumplir con los requisitos. Esto es un error. La sociedad civil es un puente importantísimo entre los gobiernos y las personas postergadas en la respuesta a las emergencias.



**Empoderar a las mujeres, quienes demuestran un liderazgo muy efectivo durante las emergencias sanitarias.** Los procesos ligados a la CSU aún son indiferentes al género, y el COVID-19 ha demostrado que todavía se deja fuera a las mujeres y las niñas.



**Reforzar los principios de la CSU en cada respuesta a las crisis, e incorporar el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las emergencias en todas las reformas del sistema de salud.** Algunos países han tenido un buen desempeño en su respuesta a la pandemia y su enfoque de CSU ha sido crucial en esto, pero muchos otros países no han invertido suficiente en fortalecer su capacidad de respuesta.

**Mirando hacia adelante, instamos a todos los líderes globales y otros actores clave a trabajar juntos de manera de asegurar una acción coherente, y a construir la confianza y la rendición de cuentas mediante un aumento de la participación en la gestión de salud en todos los niveles.**



# Resumen Ejecutivo

**Instamos a todas las personas en posición de liderazgo y otros actores relevantes a lo largo y ancho de la sociedad a implementar acciones urgentes en los sistemas de salud para que todas las personas tengan protección – ya.**

Pasado apenas un año desde la reunión de alto nivel de las NU sobre CSU, El Estado del Compromiso con la CSU analiza una pregunta sencilla: ¿están los gobiernos implementando acciones para cumplir con sus compromisos con la CSU?

Los hallazgos principales muestran que, en muchos países, los grupos más pobres y vulnerables son, nuevamente, dejados de lado, y que las inequidades se profundizan debido a la crisis del COVID-19. Las personas están ansiosas sobre su salud, sus finanzas y sus futuros, y la confianza en los gobiernos y los líderes políticos se ve erosionada en algunos países. La pandemia del COVID-19 está también exponiendo y exacerbando las debilidades de los sistemas de salud, mostrando que muchos países han descuidado su inversión en salud, en redes sociales de contención y en la preparación para responder a las emergencias justo cuando más importaba, o sea, antes que esta emergencia golpeará. Incluso aquellos países con sistemas de salud más fuertes podían haber estado mejor preparados para esta emergencia. Hay mucho que hacer aún para asegurar un respaldo adecuado para los trabajadores de la salud de la primera línea de atención, para involucrar a todos los actores relevantes en la toma de decisiones, y para asegurar respuestas que sean equitativas del punto de vista de género. Más aun, muchos países no han fijado metas nacionales medibles, y el conocimiento del público sobre los compromisos de sus gobiernos sigue siendo limitado.

**Sin embargo, también hay esperanza.** Los países que se han desempeñado mejor hasta ahora con el COVID-19 tienden a tener líderes que interactúan con la comunidad científica, escuchan las recomendaciones de los oficiales de salud pública y actúan rápida y decisivamente para proteger a todas las personas.

En la medida en que el miedo y la desconfianza entre las personas crezca en los próximos meses cuando se intensifique la pandemia, los líderes políticos deberán tomar medidas decisivas para atacar la pandemia de manera que tenga un impacto rápido y evidente en la vida de las personas.

Dado que muchos de los miedos de las personas están relacionados con el impacto negativo de la crisis sobre la salud y la economía, una política obvia a considerar es intensificar las reformas del sistema de salud para alcanzar la CSU, para así beneficiar simultáneamente la seguridad sanitaria y financiera protegiendo a las personas de los costos del cuidado de la salud. El hecho de que la CSU puede aliviar los miedos vinculados con las consecuencias negativas de la enfermedad fue reconocida por Aneurin Bevan, el arquitecto de las reformas de salud del Reino Unido quien puso como título a su libro sobre la creación del Servicio Nacional de Salud (NHS), “En lugar del miedo”.

Muchos de los mejores sistemas de salud del mundo fueron creados por líderes al finalizar, o incluso en medio de una crisis nacional, a menudo en un intento por reducir el miedo, disminuir las tensiones sociales y restaurar la confianza en el Estado. Entre ellos se incluyen los progresos hacia la CSU de Francia, Japón, Nueva Zelanda, Ruanda, Sri Lanka y Tailandia, que implementaron reformas en sus sistemas de salud luego de una devastadora epidemia de malaria (4).

En un mundo dominado ahora por la mayor crisis sanitaria en más de un siglo, sería recomendable que los líderes sigan esa estrategia, y aun cuando se enfrentan a recortes fiscales debidos al impacto económico del COVID-19, inviertan fuerte y rápidamente en reformas de salud que no sólo ayuden a enfrentar esta crisis, sino que protejan a las personas de futuras crisis de salud pública o de otro tipo. Esta estrategia también reconstruiría la confianza en el estado y fortalecería la demanda de contratos sociales más sólidos que respalden los servicios universales, no solamente en salud sino también en otros sectores sociales vitales. Esta es probablemente una de las mejores estrategias para la recuperación de la crisis creada por el COVID-19, y para retomar el camino hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS).

## Mensajes para los líderes políticos nacionales

Es poco probable que los líderes políticos que tienen la responsabilidad de cumplir con los compromisos de su país con la CSU se involucren con información detallada sobre los hallazgos y recomendaciones. Por lo tanto, es importante que estos detalles se resuman en mensajes clave que los líderes políticos puedan tener en cuenta a la hora de implementar sus respuestas al COVID-19 y sus estrategias de largo plazo para la CSU. Los siguientes mensajes y hallazgos clave – que consideran la crisis del COVID-19 - para la síntesis 2020 fueron identificados a partir de una consulta y una encuesta a los actores clave, y una revisión de la literatura y de informes de los medios, además de considerar los compromisos políticos hechos en diferentes foros internacionales. Este informe sobre El Estado de los Compromisos sobre la CSU se estructura alrededor de las ocho áreas de compromiso presentes en la Declaración Política de la CSU que a su vez se basó en las Demandas Clave del movimiento por la CSU, que los actores clave acordaron durante la reunión de alto nivel de las NU en 2019.



### Asegurar el liderazgo político más allá de la salud

**Dar prioridad a la CSU para encarar a la pandemia de COVID-19 y su recuperación, aliviar la angustia y reconstruir la confianza.** La salud pública, las economías y las sociedades sufren cuando las personas están ansiosas sobre su salud, sus finanzas y su futuro, y pierden confianza en su gobierno y sus líderes políticos.

En todo el mundo, tanto en países pobres como países ricos, el nivel de miedo en la población está creciendo. Las personas temen por su salud y la de su familia (miedo a la muerte y al impacto de largo plazo sobre su salud); tienen miedo al desempleo y a la pérdida de ingresos, a la pobreza, al hambre, al aislamiento y a la discriminación. También generan miedo las inequidades en salud que han sido expuestas por la pandemia y que seguramente crezcan. Es de hacer notar que, en muchos países, aquellos que temen por el desempleo y la pérdida de ingresos o la pobreza, son los mismos que no podrán acceder a servicios de salud.

Estos miedos individuales y colectivos están alimentando los niveles de enfermedad mental –sobre todo ansiedad y depresión - lo cual resulta en pérdidas significativas de bienestar. Los miedos acrecentados también están dividiendo a las poblaciones, por ejemplo, los grupos de edad mayor y de jóvenes, o grupos con diferente vulnerabilidad frente al COVID-19. Esto representa un desafío significativo a la cohesión social que sería esencial para sostener lo que podría ser una crisis muy larga.

Estos miedos adicionalmente alimentan la creciente insatisfacción con las respuestas de algunos gobiernos al COVID-19 y erosionan la confianza en los gobiernos y sus líderes. A su vez, esto erosiona el cumplimiento con las medidas de salud pública, tales como la restricción de encuentros sociales y el uso de máscaras faciales, generando incluso escepticismo en relación a la seguridad y eficacia de las vacunas. Todo esto es a la vez exacerbado por las campañas de desinformación que circulan por las redes. Las protestas en contra de las políticas de los gobiernos para combatir el COVID-19 están poniéndose violentas en algunas instancias, lo que constituye un peligro para la estabilidad social (5)

El desgaste de la confianza en el estado puede tener consecuencias profundas a largo plazo, e incluso afectar el progreso hacia la CSU si socava los contratos sociales gracias a los cuales las personas están dispuestas a pagar impuestos más altos por servicios públicos universales. También hay necesidad de que los líderes reconozcan la importancia de la CSU en la capacidad y efectividad de la respuesta al COVID-19 y avancen con la agenda de la CSU al tiempo que construyen la resiliencia en la etapa de recuperación de la pandemia

Desde ya es evidente que los niveles de caída de la confianza en los líderes políticos cuyo desempeño en la pandemia es percibido como mediocre, está teniendo consecuencias políticas negativas para ellos, lo cual se ve reflejado en niveles de aprobación decrecientes (6,7), o en impacto potencial sobre los resultados electorales (8-10).

Así que es de interés de los propios políticos el priorizar aliviar los miedos de sus poblaciones frente al COVID-19, reconstruir la confianza en su liderazgo y encontrar maneras rápidas y efectivas de llevar a cabo esto. Las reformas de los sistemas de salud para la CSU pueden ser una manera efectiva de conseguir esto, por lo cual es un buen momento para que las OSC y los socios destaquen los beneficios sanitarios, económicos y societales que la CSU ofrece a los líderes políticos.



## No dejar a nadie fuera

**Abordar las inequidades sistémicas que crecen con el COVID-19, creando redes de contención social y financiera más fuertes y priorizando la equidad en cada etapa del proceso.** Las comunidades pobres y vulnerables que ya estaban sufriendo antes de la pandemia, son las más fuertemente golpeadas por el impacto sobre la salud y la economía.

En la reunión de alto nivel sobre CSU, los líderes globales acordaron alcanzar la CSU de forma equitativa, y agregaron un comentario específico: “Asegurar que nadie quede fuera, empeñándose en alcanzar primero a los más rezagados...”(11).

Las encuestas realizadas a nivel global sobre las experiencias de las personas y los informes de los medios (12) indican que no se contempló este compromiso, y que los más pobres y vulnerables son los más golpeados por los efectos directos e indirectos de la pandemia. Los

grupos específicos que están sufriendo desproporcionadamente incluyen a los mayores, las personas más pobres de la sociedad, las mujeres y las niñas, las personas que viven con discapacidad o con condiciones crónicas de salud, las personas que viven en áreas remotas y las poblaciones de migrantes.

Incluso en los países de altos ingresos los grupos vulnerables están siendo relegados, en particular las personas mayores que viven en hogares residenciales, personas que requieren cuidados paliativos, migrantes que habitan en condiciones precarias y carecen de protección laboral, y personas en condición de calle que se cuelan de las redes de contención social.

A medida que los niveles de desempleo crecen, y los niveles de ingreso descienden, más y más personas han estado luchando para acceder a servicios de salud efectivos, particularmente donde los sistemas de salud están dominados por gasto de bolsillo, y donde predominan esquemas de seguros asociados al empleo. Esto amenaza con reducir tanto la cobertura como la protección financiera frente a los gastos en salud, lo cual aumenta la brecha de inequidad entre los ricos y los pobres. Todo esto no solamente socava el progreso hacia la CSU, sino que también amenaza la seguridad colectiva en salud, reflejando la frase de la OMS: “Nadie está seguro hasta que todos estemos seguros” (13).



## Regular y legislar

### **Expandir y fortalecer la legislación y las regulaciones relativas a la CSU, fijar metas claras y comunicar adecuadamente para congregarse a las personas.**

Muchos países no han adoptado metas nacionales medibles en relación a la CSU, y el conocimiento del público general sobre los compromisos de su gobierno con la CSU es muy limitado.

Uno de los hallazgos importantes de la encuesta CSU2020 (14) es que los actores clave no tienen claro qué constituye un compromiso en CSU, y cuáles - si es que aplica - son los compromisos recientes o pasados de sus gobiernos con la CSU. Cuando se habla de compromisos las personas encuestadas se refieren a menciones a la salud en la constitución de su país o en leyes vigentes, o a vagas políticas o declaraciones hechas en reuniones o en los medios.

Más aun, pocos países han fijado metas específicas para CSU buscando aumentar la cobertura de servicios esenciales de salud, o incrementar la protección financiera, o sino, han fracasado en la comunicación sobre esas metas a los grupos de actores clave, incluyendo las OSC. Aunque todos los países acordaron monitorear el progreso hacia la CSU usando dos indicadores específicos – los indicadores 3.8.1, cobertura de los servicios esenciales y 3.8.2, protección financiera – la mayoría no han fijado aún metas nacionales explícitas para mejorar esos indicadores, o incluso no han informado nunca sobre ellos. Cuando existen metas relacionadas con la CSU, éstas tienden a enfocarse en grupos de población específicos, o en aumento en el uso de servicios selectivos para enfermedades específicas o en la disponibilidad de determinados insumos, como ser en servicios de salud y personal de salud, aumento de la inscripción en esquemas de seguros o promesas para aumentar el financiamiento público. Generalmente nada de esto se materializa en la meta final de asegurar que todas las personas en todos lados tengan acceso a servicios esenciales de calidad sin temor a la carga financiera.

Estos asuntos llevan a la confusión de la población en relación a cuáles son los compromisos sobre los cuales deben pedir cuentas, y cuáles han sido los progresos en relación a su consecución.

Los parlamentarios, la sociedad civil y otros actores clave pueden actuar por sí solos también, informándose sobre la legislación existente o sobre la falta de legislación, y compartiendo esta información con la población. Es más probable que la CSU avance si las personas son proactivas tanto en conseguirla como en exigir la rendición de cuentas de su gobierno para que la brinde.



## Mantener la calidad de la atención

**Respaldar, proteger y cuidar al personal de salud e innovar y sostener la calidad de los servicios durante las emergencias.** Los trabajadores de salud de la primera línea no han recibido un respaldado adecuado durante la pandemia, lo cual ha afectado negativamente la calidad de los servicios prestados.

En casi todos los países la pandemia del COVID-19 ha puesto a los trabajadores de la salud de la primera línea bajo inmensa presión, dejando en evidencia la deficiencia en el número de trabajadores y su distribución, sus niveles de remuneración y la inadecuada disponibilidad de recursos necesarios para brindar una atención de alta calidad. Una gran falla ha sido la falta de provisión de equipamiento de protección personal adecuado.

En algunas áreas es necesario mejorar la eficiencia de los sistemas de contratación de recursos humanos. Los países deberían asegurar que los servicios de atención en la primera línea cuentan con personal óptimo para responder a las necesidades de la población.

Si bien esta crisis ha generado muchos desafíos, también ha creado oportunidades para innovar y mejorar la entrega de servicios de salud, como ser en el crecimiento rápido de los servicios de teleatención y telemedicina para mantener e incluso crear acceso a servicios vitales sobre todo para personas que viven en áreas remotas o están aislados para evitar infección.



## Invertir más Invertir mejor

**Invertir en salud pública y en atención primaria a través de un esfuerzo conjunto de los ministerios de salud y de finanzas con los gobiernos locales, para asegurar la continuidad de los servicios esenciales de salud y proporcionar una primera línea de defensa contra brotes.** La población desea una mayor inversión en salud por parte de sus gobiernos, pero tiende a olvidar a los servicios de salud pública y su capacidad de respuesta, los cuales representan bienes públicos esenciales.

Cuando en la encuesta se pregunta a los diferentes actores en qué aspectos del sistema de salud les gustaría que sus gobiernos aumenten el gasto, la tendencia de las respuestas es priorizar los servicios dirigidos hacia los individuos (los servicios de salud, medicamentos, personal de salud de la primera línea). Los servicios públicos colectivos casi no fueron mencionados excepto por alguna referencia a la preparación para enfrentar la pandemia. Dado el impacto devastador del COVID-19 es de esperar que la población comience a demandar un mejor desempeño de sus sistemas de salud pública, y que se les dé una mayor prioridad en el proceso de la CSU. Los gobiernos de todo el mundo están invirtiendo ahora enormes sumas de dinero en sistemas de vigilancia, rastreo de contactos y testeo, y parece haber signos de una

mayor demanda de rendición de cuentas para saber de qué manera se gastan los fondos (15). Incluso existiendo restricciones financieras para paliar los efectos económicos de la pandemia, los gobiernos deben priorizar tanto la CSU como la capacidad de respuesta a las emergencias en sus reformas del sistema de salud, propiciando una mejor colaboración entre los ministerios de salud y de finanzas. Este es un compromiso que firmaron los líderes del G20 en la cumbre de Osaka, Japón, en 2019 (16).

Una de las lecciones clave de 2020 es que la salud y la economía no son mutuamente excluyentes, sino que están inextricablemente interconectadas. La pandemia nos da una razón convincente para priorizar inversiones en salud ya – por razones tanto de salud como económicas. Los costos de no actuar sobrepasan ampliamente los costos de inversión en funciones de salud pública y en capacidad de respuesta frente a un brote (17). Los costos de responder a la pandemia y la recesión económica resultante fueron y continúan siendo inmensos, socavando los esfuerzos de las últimas décadas para reducir la pobreza y la inequidad. Por lo tanto, las políticas de salud deben priorizar el financiamiento público y eliminar las barreras financieras a los servicios en el punto de uso. No se puede negar que los parlamentarios están enfrentando unas decisiones difíciles, navegando entre el control de la pandemia y el cuidado de otros servicios de salud esenciales, la mitigación de los efectos “indirectos” del COVID-19, y la restauración de la economía. Sin embargo, la experiencia muestra que el control efectivo de la pandemia y la protección de las personas más vulnerables a la larga benefician la economía.



## Actuar en forma conjunta

**Construir alianzas a través de una participación genuina de la sociedad civil.** La sociedad civil siente que solamente es consultada para cumplir con los requisitos. Esto es un error. La sociedad civil es un puente importantísimo entre los gobiernos y las personas más postergadas durante la respuesta a las emergencias.

Muy a menudo las recomendaciones y peticiones de las OSC son ignoradas por los niveles altos de decisión política. En algunas áreas, solamente algunos actores no gubernamentales seleccionados son incluidos en consultas sobre políticas, mientras que otros actores clave quedan fuera, según reportan grupos de pacientes en Francia (18). Nuestra investigación confirma que las voces de las personas y las organizaciones comunitarias no siempre son escuchadas en los espacios de decisión sobre políticas en CSU o en la respuesta al COVID-19. Aun en los casos en que las personas dan voz a sus preocupaciones, éstas no son tenidas en cuenta por los decisores políticos, o lo son relativamente.

Una respuesta equitativa al COVID-19 requiere que la sociedad civil mantenga su rol y facilite la voz de las comunidades más relegadas durante la respuesta a la emergencia pública. La crisis hace que la respuesta de la sociedad civil sea más difícil, ya que el cierre del espacio cívico, las restricciones de movimiento, y las políticas cada vez más autoritarias en muchos países son muy poco propicias para la incidencia política y la rendición de cuentas. Es necesario que los gobiernos generen mecanismos de participación de la sociedad civil y cívica para permitir que aprovechen mejor las oportunidades.



## Equidad de género

**Empoderar a las mujeres, quienes han demostrado un liderazgo muy efectivo durante las emergencias sanitarias.** Los procesos ligados a la CSU aún son indiferentes a las cuestiones de género, y el COVID-19 ha demostrado que todavía se deja de lado a las mujeres y las niñas.

La pandemia de COVID-19, al igual que otras pandemias y brotes de enfermedades infecciosas anteriores exacerba las inequidades de género de diversas maneras. Globalmente, las mujeres representan una proporción significativa del personal de salud en la primera línea de atención que está expuesta a un nivel muy alto de contagio. Como resultado, se han alejado deliberadamente de sus hijos para reducir el riesgo de contagiarlos. Las mujeres fuera del sector salud también fueron afectadas de una manera desproporcionada por la pandemia. En muchos países, las mujeres trabajan en sectores que fueron tremendamente afectados por la pandemia o trabajan en el sector informal, por lo que es más probable que hayan sufrido pérdidas económicas. Además, muchos países impusieron toques de queda o cuarentenas sin tener en cuenta la continuidad de los servicios de salud materna, poniendo en riesgo a las mujeres embarazadas. Asimismo, ha habido informes de aumento de la violencia de género durante las cuarentenas en numerosos países.

La naturaleza patriarcal de los sistemas de salud globales y los sistemas de salud pública ha sido objeto de atención durante el 2020. Una investigación reciente (19) encontró que 85.2% de los equipos de trabajo nacionales de COVID-19 son hombres, y en promedio, apenas 25% de los integrantes de los primeros tres Comités del Reglamento Sanitario Internacional de Emergencia eran mujeres. Es fundamental desplegar una respuesta sensible al género frente a los brotes de enfermedades. Es más probable que las respuestas sean efectivas para todos si hay más mujeres en los paneles de liderazgo. Además, los países liderados por mujeres muestran menos muertes relacionadas con el COVID-19, y el liderazgo fuerte de las mujeres en la política está recibiendo mucha atención internacional.



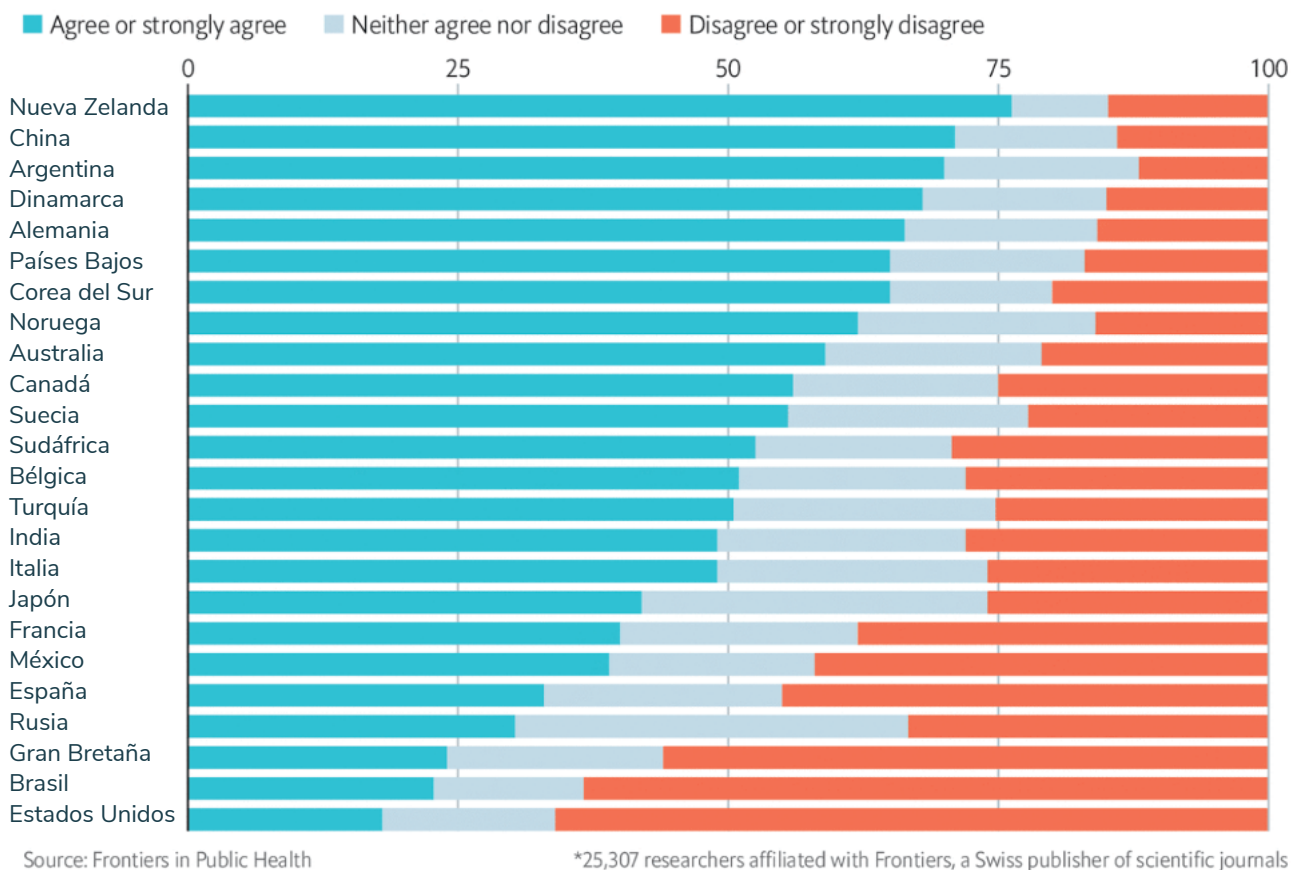
## Capacidad de respuesta frente a emergencias

**Reforzar los principios de la CSU en cada respuesta a las crisis, e incorporar el fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las emergencias en todas las reformas del sistema de salud.** Algunos países han tenido una buena respuesta a la pandemia y su enfoque de CSU ha sido crucial en esto, pero muchos otros países no han invertido lo suficiente en fortalecer su capacidad de respuesta.

Si bien es muy temprano para decidir definitivamente qué países y qué respuestas al COVID-19 han sido más efectivas y por qué, los informes de los medios globales y las encuestas de percepción pública muestran consenso en que algunos países se han desempeñado mejor que otros. En particular, países en el sudeste de Asia y Australasia han llamado la atención y han sido alabados por sus estrategias. Los expertos comentan que la respuesta dada en algunos países asiáticos tiene que ver con la inversión de sus gobiernos en el fortalecimiento de la capacidad de respuesta después de la experiencia de la epidemia del SARS en 2003, que afectó más significativamente esta región (20). Algunos gobiernos y organizaciones regionales de África han sido elogiados por desplegar respuestas al COVID-19 basadas en lecciones aprendidas de los brotes epidémicos anteriores.

## ¿El método científico?

Decisores políticos que tomaron en cuenta las recomendaciones científicas durante el COVID-19, % de respuesta. Encuesta a los científicos de cada país. Mayo-junio de 2020.



The Economist

**Figura 1. Los gobiernos ¿están acatando la ciencia en relación al COVID-19?** Fuente: referencia 21

Un factor común a todos los países que han tenido buen desempeño ha sido la disposición de los líderes políticos a acatar los consejos de la ciencia y de la evidencia, y la acción rápida y decisiva para proteger la salud pública. Al actuar, adoptaron estrategias consistentes con los principios de la CSU, en especial, la universalidad, no dejar a nadie fuera, y la asignación de la ayuda y los servicios de forma equitativa según las necesidades. Esto contrasta fuertemente con líderes de otros países que han minimizado consistentemente el impacto de la pandemia, y a menudo han desestimado los consejos de sus propios oficiales de salud, priorizando la actividad económica por sobre la protección de la salud pública. Un gráfico publicado en The Economist, en noviembre de 2020 (Fig.1) muestra hasta qué punto los científicos de alrededor del mundo pensaban - en mayo-junio de 2020 - que los líderes políticos de sus países tomaron en cuenta los consejos científicos. El puntaje más bajo fue dado por científicos de países (21) que muestran el máximo de muertes acumuladas totales a noviembre de 2020 (22)..

Para que el mundo enfrente futuras epidemias más efectivamente necesitamos líderes empáticos tomando decisiones basadas en la ciencia y no en impulsos populistas. Una población bien informada, capaz de demandar rendición de cuentas de sus líderes podría facilitar esta situación.

La pandemia ha puesto en evidencia enormes debilidades en los sistemas de respuesta multilaterales y en el acatamiento de las Regulaciones Sanitarias Internacionales (RSI)



(2005). Para mejorar la capacidad de respuesta global se requerirá invertir en alianzas y en organizaciones multilaterales, sobre todo se requerirá fortalecer a la OMS y asegurar que su financiamiento está a la altura de su mandato global y sus responsabilidades..

## **Mensaje para los líderes globales y otros actores relevantes**

**Instamos a todos los líderes globales y otros actores clave a trabajar juntos de manera de asegurar una acción coherente, y a construir la confianza y la rendición de cuentas mediante un aumento de la participación en la gestión de salud en todos los niveles.**

La sociedad civil cumple un rol fundamental en el proceso hacia la CSU, poniendo el tema en la agenda política, interviniendo en la implementación y monitoreo de las políticas y exigiendo rendición de cuentas al gobierno. Aunque la participación de actores no gubernamentales tales como los medios, las organizaciones de pacientes, las organizaciones de investigación y los auditores en la esfera global ha crecido mucho y han emergido nuevos modos de gobernanza donde la sociedad civil y otros actores no estatales han conformado grupos de interés, su participación y su capacidad para demandar rendición de cuentas aún es puesta en duda.

El proceso de Revisión Nacional Voluntaria (RNV) debe ser transformado. Según nuestros hallazgos, aunque más países y sociedades civiles han informado progreso hacia la CSU en años recientes, se requiere de un esfuerzo mayor para que el proceso de revisión de los ODS a nivel de los países funcione apropiadamente, de manera de lograr un análisis más objetivo y preciso del progreso vis a vis los compromisos medibles de CSU.

La participación de las OSC se ve también limitada por falta de medidas claras y estandarizadas para hacer los informes y falta de metas nacionales de CSU medibles. Nuestra encuesta encontró que muchas OSC desconocían los mecanismos de rendición de cuentas globales y no sabían dónde o cómo participar en la toma de decisiones, especialmente a nivel global. También enfrentaron barreras de gerencia, técnicas y de financiamiento para poder participar.

Mejorar la participación de las OSC no es sólo responsabilidad de los gobiernos y de las instituciones de salud global, también requiere que las mismas OSC de salud sean más proactivas y se involucren en los procesos de rendición de cuentas tales como la RNV y demanden un lugar en la mesa en dichos procesos.

Sin acceso a las plataformas globales y una mayor comprensión de los mecanismos de rendición de cuentas globales donde los países hacen sus compromisos y donde se informa sobre sus progresos, la sociedad civil no puede dar seguimiento a la implementación de las metas nacionales o pedir a sus gobiernos que rindan cuentas por sus palabras y sus acciones. Los tipos de compromiso y de acciones que los gobiernos generan deben comunicarse tanto a nivel nacional, como regional y global. Un análisis de las declaraciones sobre CSU de la reunión de alto nivel de las UN y de la septuagésima primera Asamblea Mundial de la Salud muestra que aproximadamente la mitad de las declaraciones políticas carecían de compromisos claros que guiaran el camino hacia la CSU a nivel nacional.

También persiste la preocupación de que la participación de las OSC y del sector privado y otros actores en la respuesta al COVID-19 se ha visto limitada por el desvío de los fondos de

las plataformas nacionales y regionales de abogacía hacia la respuesta a la pandemia.

Debe fortalecerse la participación de múltiples actores en la rendición de cuentas política y social relacionada con la CSU en todos los niveles, incluyendo el acceso a los mecanismos de gobernanza, las plataformas, y las leyes y normativas para la participación efectiva de la sociedad civil. Dicha participación debe institucionalizarse como una relación formal y reconocida para el monitoreo, análisis, soluciones y recomendaciones, además de las soluciones y acciones que se proponen. Asimismo, debería democratizarse tal como aparece en las recomendaciones del informe reciente del Panel Independiente de Rendición de Cuentas, de forma que todos los niveles de liderazgo político, los gobiernos y otros actores escuchen las necesidades y prioridades expresadas por las personas y actúen en consecuencia. Las organizaciones multilaterales y las alianzas de múltiples actores deben aportar sus recomendaciones científicas y brindar apoyo institucional a la participación activa de la ciudadanía, creando un puente entre la política y la ciencia de forma que los líderes tomen las decisiones políticas correctas basándose en la ciencia y la evidencia (23).

**Sesión con actores clave  
de todos los sectores en la  
reunión de alto nivel sobre  
cobertura sanitaria universal,  
UN HLM**

Foto: CSU2030 - Akihito Watabe



# Introducción



Foto: @WHO - Fanjan Combrink



Foto: @WHO - Jim Holmes

# Introducción

El 23 de septiembre de 2019, los líderes de todo el mundo se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas y gestaron la Declaración Política sobre CSU (11) que es el compromiso en salud más completo que se conoce hasta ahora para alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU). Al respaldar este documento, los líderes reafirmaron la promesa que hicieron cuando acordaron los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS), que incluyen una meta para asegurar vidas saludables y bienestar a todas las personas en todas las edades. La Declaración Política representa un hito para el movimiento CSU dado que, además de prometer alcanzar la CSU en 2030, los líderes se comprometieron a implementar una amplia gama de acciones e inversiones en sus sistemas de salud para acelerar el progreso y no dejar a nadie fuera. Por esto es que la OMS llamó al acuerdo “el conjunto de compromisos de salud más amplio que se haya adoptado jamás a este nivel” (24).

La declaración política incluyó clara referencia al aumento de las inversiones en servicios de salud preventiva, incluyendo las funciones vitales de salud pública necesarias para abordar la diseminación de enfermedades infecciosas. Es notable que pocos líderes globales mencionaron los servicios de salud pública, o siquiera la atención primaria en sus discursos en las NU, a pesar de los avisos de una pandemia potencial dados por la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación para las emergencias en su informe “Un mundo en riesgo”, publicado justo antes de la reunión sobre CSU.

Menos de cuatro meses después, la pandemia del COVID-19 - un desafío sin precedentes en la salud global y una amenaza a la seguridad humana - acometía. Ha significado una prueba extrema para los sistemas de salud del mundo entero en términos de su capacidad para asegurar que todas las personas reciben los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos que necesitan, sin padecer penurias financieras - que es la definición de CSU. Lamentablemente el daño global debido al COVID-19 y el impacto colateral en la salud y la economía de la crisis indican que el mundo ha tenido dificultades para cumplir con sus compromisos relativos a la CSU. Un sistema resiliente – en términos de CSU - implica un sistema capaz de proteger a la población vulnerable, no solamente del COVID-19 sino también de efectos colaterales, y poder mantener activos los servicios esenciales para aquellas personas que los necesiten. La experiencia del COVID-19 nos enfrenta a la realidad de que los sistemas de salud de muchos países no estaban preparados adecuadamente para proteger la salud de su población, ni frente al COVID.19, ni frente a otras amenazas frecuentes a la salud. Sin embargo, al momento de escribir, en noviembre de 2020, parecería que detrás de estos números globales, algunos países se han desempeñado mejor que otros al enfrentar el COVID-19 y a la vez mantener su progreso hacia la CSU a pesar de la pandemia. Se están llevando a cabo múltiples análisis en este momento para llegar a entender cuáles son los factores detrás de esta variedad de experiencias y cuáles son las lecciones que podemos aprender para guiar las políticas de fortalecimiento de la seguridad en salud en el futuro con reformas más amplias para alcanzar la CSU.

**La Alianza Internacional de Salud para la CSU** es un movimiento global para construir sistemas de salud más sólidos para la CSU. Proporciona una plataforma de múltiples actores relevantes para convocar y crear vínculos, y promover un mayor compromiso político y financiero con la CSU, un fortalecimiento de los sistemas de salud más coherente por parte de todos los socios, enfoques inclusivos, y rendición de cuentas por resultados. Todo esto basado en una concepción común de servicios de salud que protegen a todos por igual, y un compromiso compartido de no dejar a nadie fuera.

# Propósito

El objetivo de este análisis del Estado de los compromisos con la CSU apunta a presentar las perspectivas seleccionadas de una amplia gama de actores sobre la situación actual y sobre el avance en los compromisos para alcanzar la CSU para el 2030. Hace una pregunta muy sencilla: ¿Están los gobiernos implementando acciones para cumplir con sus compromisos con la CSU? El análisis es político, enfocado en los países y orientado a la acción por lo cual complementa muy bien los informes más técnicos como el Reporte Global de monitoreo sobre la CSU (26), que aborda los indicadores de CSU para la cobertura de servicios y protección financiera.

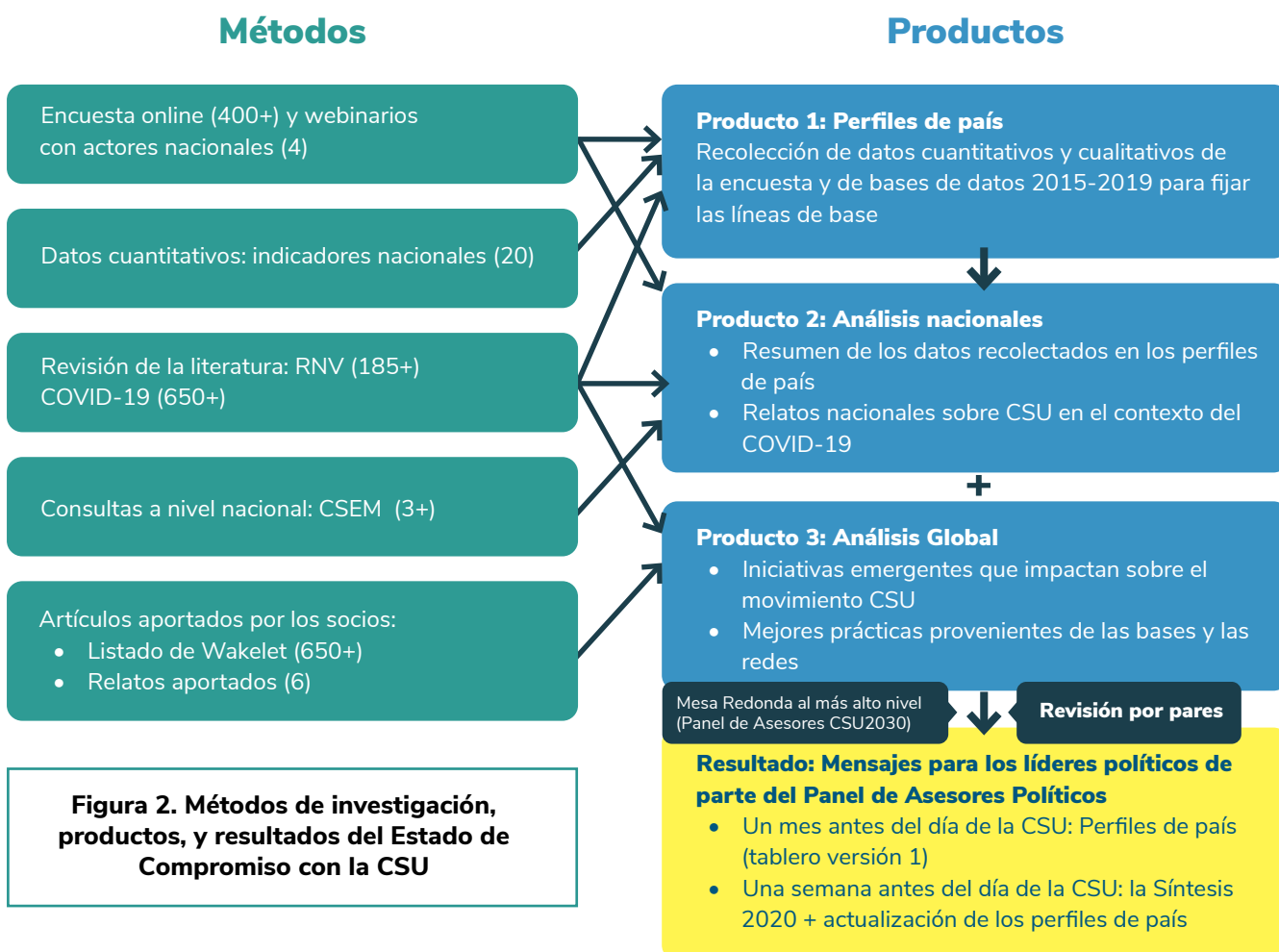
Para encarar el monitoreo del progreso en CSU y responsabilizar a los gobiernos para que encaminen las acciones necesarias se necesita acceder a datos sobre la dimensión política de los derechos, la gobernanza y la equidad, que no siempre son recolectados por las instituciones nacionales. Implica ir más allá del panorama ideal que los documentos de políticas presentan, y proporcionar valoraciones empíricas sobre las experiencias de las personas, especialmente las vulnerables, para acceder a los servicios de salud.

Reconociendo la naturaleza inherentemente política de la reforma de salud, los perfiles individuales de los países aquí incluidos apuntan a brindar a los actores nacionales la información necesaria para que trabajen en procesos inclusivos y participativos de evaluación del progreso y los compromisos hacia la CSU en el tiempo. Los perfiles proporcionan la base para aportar a los procesos preparativos regulares para las cumbres regionales y para el foro político de alto nivel de las NU para los ODS, tales como las revisiones nacionales voluntarias (RNV). Se proporcionan breves síntesis de los mensajes políticos clave y los hallazgos del análisis de los actores clave, para aportar a la reunión de alto nivel de las NU para la CSU, incluyendo el informe de progreso del Secretario General de las NU.

Esta primera síntesis incluye los desafíos y oportunidades para progresar en la CSU tomando en cuenta qué tan bien el mundo ha lidiado con la pandemia del COVID-19 hasta la fecha (noviembre 2020). Dado que la CSU es una elección política que cada nación hace, y que su consecución depende de prioridades emergente de los líderes políticos y las personas, este documento busca adicionalmente contribuir e influir en el debate sobre cómo recuperar terreno en esta batalla y salir mejor.

# Metodología

Este análisis del Estado del compromiso con la CSU proporciona una síntesis de la visión de muchos actores sobre el estado del compromiso de alcanzar la CSU al 2030, tanto a nivel global como a nivel nacional, además de información proveniente de fuentes académicas y de los medios. Se adoptaron métodos mixtos para triangular las fuentes de datos del sistema de NU, los gobiernos y los actores no estatales. La Figura 2 resume el enfoque adoptado. Éste combina una encuesta online, análisis de datos cuantitativos, revisión de informes de la junta de RNV y fuentes adicionales, incluyendo un repositorio Wakelet (27) de más de 700 artículos, aportes de las consultas nacionales del mecanismo de participación de la sociedad civil para CSU2030 (CSEM), y artículos sobre la alianza internacional para la salud sobre CSU, CSU2030 presentados por sus integrantes.



La encuesta a los actores relevantes fue estructurada para poder obtener información sobre las metas clave, los compromisos y las acciones de seguimiento propuestas de la Declaración Política generada en la reunión de alto nivel de NU sobre la CSU. Además de los expertos nacionales y los gobiernos, participaron en la encuesta OSC, representantes de la academia, parlamentarios, el sector privado y los medios. El análisis se realizará con una actualización de los perfiles de país de algunos países seleccionados, y un breve resumen de los mensajes políticos clave y de los hallazgos del análisis de los actores clave. Esta primera revisión analiza

los datos disponibles desde 2015 al presente, así como otras fuentes de información, y tiene como objetivo establecer una línea de base para el estado del compromiso con la CSU en los 193 Estados Miembro de las NU, independientemente de los datos disponibles. Esta primera síntesis incluye solamente unas pocas historias de los países, que están disponibles públicamente o que fueron extraídas de la encuesta. De 2021 en adelante, la revisión indicará los progresos. Cada año el foco estará en los países que proporcionen RNV al foro político de alto nivel de NU, permitiendo que nuestra evaluación sea un respaldo y un aporte a incorporar en los diálogos nacionales entre actores clave a la hora de la evaluación sobre el desarrollo sustentable, en lugar de crear un mecanismo paralelo de rendición de cuentas sobre CSU.

En la encuesta se pidió a los actores que opinaran sobre el desempeño de sus países en las 8 áreas de compromiso tomadas de la Declaración Política sobre CSU de 2019 (2) (Fig.3) y seleccionadas en base a las “Demandas clave” del movimiento por la CSU.



**Fig. 3. Metas clave, compromisos y acciones de la Declaración Política de CSU**



# El progreso de los países hacia la CSU durante una emergencia global de salud



Foto: @WHO - Lisette Poole



Foto: @WHO - Fabeha Monir

# El progreso de los países hacia la CSU durante una emergencia global de salud



## Asegurar el liderazgo político más allá de la salud

### Mensaje para los líderes políticos nacionales

**Priorizar la CSU para enfrentar la pandemia del COVID-19 y la recuperación, aliviar la ansiedad y reconstruir la confianza.**

### Recomendaciones para políticas

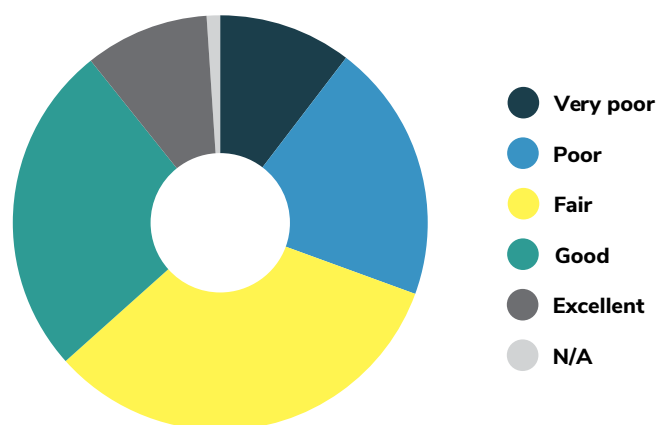
- Para enfrentar el COVID-19 y recuperarse adecuadamente es necesario implementar un enfoque multisectorial genuino y efectivo que atraviese todo el aparato de gobierno, incluyendo los gobiernos locales, municipales y regionales; no debe ser dejado solamente a los ministerios de salud.
- Los gobiernos deben ser proactivo en lugar de reactivos y deben adoptar estrategias para el COVID-19 que sean inclusivas y convoquen a las personas a trabajar por una meta común con un sentido de solidaridad nacional.
- Para construir la confianza y asegurar que se acatan las medidas vitales de salud pública es necesario que los mensajes sean claros, que los datos que se presentan sean transparentes, y que las medidas que se tomen estén basadas en la evidencia. Los gobiernos deben detener la diseminación de desinformación y rumores falsos sobre el COVID-19 o sobre la seguridad de la vacuna.
- Más allá de la respuesta inmediata al COVID-19, los gobiernos deben comunicar el progreso alcanzado y las acciones que se están tomando para lograr la CSU. Esto debe incluir el fijar metas claras para mejorar la cobertura de los servicios y la protección financiera, y comunicarlas a todos los actores clave.
- Los gobiernos deben considerar fortalecer sus sistemas de seguridad en salud en sus estrategias de CSU de largo plazo, y lograr una mejor recuperación de manera de acelerar el progreso en todos los Objetivos de Desarrollo Sustentable, ODS..

### Hallazgos

- **En todas partes, personas de todos los niveles de ingresos tienen miedo y están ansiosas debido a la crisis del COVID-19.** Sobretudo les preocupa el posible impacto de

la pandemia en su salud y en su bienestar económico. Reconocen que esto es una crisis de salud pública cuyas implicaciones van más allá del sector salud y recurren a sus jefes de gobierno para que resuelva la crisis y alivie sus miedos. Las personas han sentido miedo de forma recurrente de acercarse a los servicios de salud durante la pandemia debido al riesgo de contagio. La ansiedad, el estrés y el miedo fueron repetidamente mencionados en la encuesta. La estigmatización también fue una barrera para acceder a los servicios de salud. La encuesta y los informes de los medios internacionales indican que, si bien se percibe que algunos líderes han mostrado un desempeño adecuado, otros han sido lentos en su respuesta o incluso han desestimado la pandemia, lo cual ha erosionado la confianza en su liderazgo.

- El desempeño de los países ha sido variable.** En relación al desempeño de sus gobiernos en el combate a la epidemia reciente, las personas encuestadas desplegaron una variedad de opiniones. La opinión más corriente (33%) fue regular, y un número algo menor y similar opinó que el desempeño fue bueno (26%), y que fue malo (20%). Los dos extremos, muy malo y excelente se llevaron los porcentajes menores (10%). Estas respuestas fueron independientes del nivel de ingresos, con una distribución de valoraciones excelente y muy mala bastante pareja en países de ingresos bajos y altos. Las críticas más comunes a la respuesta de los líderes políticos frente a la crisis son: la falta de capacidad de respuesta; mensajes muy poco claros o incluso confusos, corrupción y falta de transparencia, politización del COVID-19 y abandono de otros servicios de salud y de la atención a otras enfermedades fuera del COVID-19.



- La encuesta mostró que la falta de mensajes claros y basados en la evidencia de parte de los gobiernos genera miedo y desconfianza en la población.** El personal de salud también expresó miedo al COVID-19 y en muchos casos se ha quejado por las condiciones de trabajo y la falta de equipos de protección, incluso, hasta se han negado a tratar a los pacientes. Estas situaciones definitivamente exacerban el miedo de las personas y socavan la confianza en el sistema de salud, el gobierno y sus líderes políticos.
- La respuesta de los líderes políticos en cuanto a implementar medidas para contener la diseminación del coronavirus e iniciar políticas económicas de emergencia para proteger los comercios, los empleos y el nivel de vida de las personas tuvo un alcance muy variado.** También varió mucho la velocidad con que los líderes actuaron. Algunos fueron acusados de ser muy lentos en su reacción, mientras que otros fueron acusados de haber tomado medidas draconianas muy rápidamente que generaron dificultades a las personas forzadas a una cuarentena o teniendo que mudarse (Recuadro 1).

- **La respuesta dentro de los países también ha sido variada.** En algunos países donde los gobiernos locales tienen independencia de poder, ha habido diferencias significativas de enfoque entre los líderes nacionales y los líderes estatales locales, lo cual ha generado fuertes debates en relación a qué estrategia es la mejor para las personas. Por lo tanto, los líderes políticos están bajo un escrutinio severo y reconocen cada vez más que dada la importancia de lo que está en juego, su desempeño en la batalla contra el COVID-19 puede impulsar o destruir sus carreras políticas.

### **Recuadro 1. La comunicación inclusiva basada en la evidencia es clave para generar confianza**

El liderazgo político del gobierno de Nueva Zelanda ha recibido muchos elogios durante la crisis del COVID-19, tanto dentro del país como internacionalmente. En febrero de 2020, cuando aparecieron los primeros casos en Nueva Zelanda, en respuesta a la recomendación de los expertos de salud pública el gobierno implementó una estrategia de cuarentena temprana y total (go hard, go early) para detener la diseminación del virus. El gobierno también implementó una estrategia de comunicación inclusiva, refiriéndose a la población como “el equipo de 5 millones” y usando mensajes claros para explicar por qué eran necesarias esas medidas de salud pública para el bienestar de las personas en el largo plazo. La estrategia recibió altos niveles de aceptación y cumplimiento del público, lo cual se cree redundó en el éxito de Nueva Zelanda en contener tempranamente el virus, con solamente 35 muertes informadas hasta finales de octubre de 2020.

En contraste, la primera respuesta del gobierno de los EEUU fue subestimar la importancia de la amenaza del COVID-19. La conflictividad ha sido una característica de la respuesta de EEUU, y ha habido polarización entre la población sobre temas tales como el uso de máscaras faciales. Se reconoce que la falta de un acatamiento uniforme a las medidas de salud pública y las divisiones en la sociedad han contribuido a la dificultad del país para controlar la transmisión del virus.

Fuentes: referencia 8-10, 28-30



## **No dejar nadie fuera**

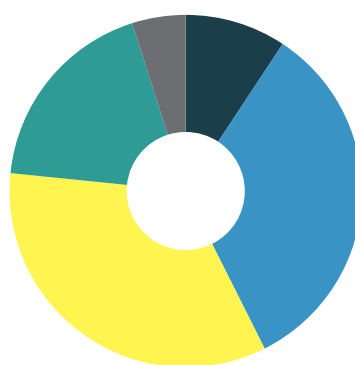
### **Mensaje para los líderes políticos nacionales**

**Abordar las inequidades sistémicas que están creciendo con el COVID-19 mediante la generación de redes de contención social y financiera más fuertes y priorizando la equidad en todas las etapas del proceso.**

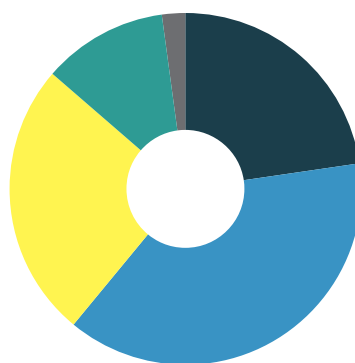
## Recomendaciones para políticas

- La CSU es por definición universal, o sea nadie puede quedar fuera del acceso a servicios de salud vitales, especialmente en una pandemia de una enfermedad infecciosa que nos amenaza a todos. Dado que el acceso a los servicios de salud debe estar determinado por la necesidad y financiado de acuerdo a la capacidad de pago, debe darse mayor atención a conseguir la CSU de manera equitativa, priorizando las necesidades de las personas más vulnerables.
- Los gobiernos deberían seguir los consejos de las UN de eliminar las cuotas de usuario de los servicios de salud durante la pandemia y abandonar los esquemas de seguros de salud selectivos a favor de esquemas que garantizan el derecho universal a servicios de salud financiados públicamente (1).

- Ninguna persona debería enfrentar barreras financieras, geográficas o culturales de acceso a servicios esenciales relacionados con el COVID-19, incluyendo testeo, tratamiento, cuidados paliativos y vacunas una vez estén disponibles. Deberán tomarse medidas especiales para asegurar la equidad y en proteger a aquellos más vulnerables y con mayor riesgo, incluyendo los trabajadores de la salud en la primera línea. Dado que estos principios también aplican a otros servicios vitales de salud, el alcanzar acceso universal a los servicios vinculados con el COVID-19 debe ser visto como un trampolín para acelerar el progreso hacia la CSU a nivel mundial.

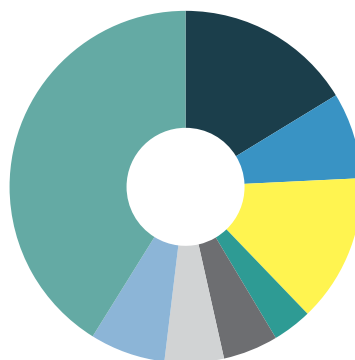


- Very poor access
- Good access
- Poor access
- Fair access
- Excellent access



- No access without financial hardship
- Fair access without financial hardship
- Excellent access without financial hardship
- Some access without financial hardship
- Good access without financial hardship

- Asegurar redes de contención adecuadas, más allá de los servicios de salud, para proteger el sustento y el bienestar de los grupos vulnerables, incluyendo los pobres, los mayores, las personas que viven con discapacidad, las poblaciones migrantes, las personas en situación de calle, y aquellas que viven en lugares remotos.



- Women and girls
- LGBTQ+ individuals
- People living with disabilities
- People living with HIV
- People who use drugs
- Youth
- Migrants
- Other (please specify)

- Los gobiernos y la comunidad internacional deben aprovechar el momento para proteger la salud y el bienestar de los más vulnerables; no estamos seguros a menos que todos estemos seguros.

## Hallazgos

- **Un tercio de las personas encuestadas opinaron que el acceso de la gente a los servicios de salud en sus países es malo**, y 10% de ellas opinaron que el acceso era muy malo. Menos de 25% consideraron que el acceso a los servicios era bueno o excelente.
- **Las personas enfrentan dificultades financieras para acceder a los servicios de salud.** Solamente 14% de los encuestados dijeron que el acceso sin barreras financieras era “bueno” o “excelente”. La gran mayoría respondieron que era “regular” o que había poco acceso. Un 23% respondió que no existía el acceso sin barreras financieras.
- **El COVID-19 ha aumentado desmesuradamente las inequidades.** La encuesta global concuerda con otros análisis que muestran que las personas más vulnerables son las más fuertemente golpeadas por los efectos directos e indirectos del COVID-19. Los encuestados identificaron grupos específicos que han sido postergados tales como las mujeres y las niñas, personas que viven en áreas remotas y contextos rurales, los más pobres, personas padeciendo HIV o tuberculosis, personas con enfermedades poco comunes, individuos LGBTQ+, migrantes, personas con enfermedades no transmisibles y personas con capacidades diferentes.
- **Incluso en países de altos ingresos, se ha postergado a los grupos vulnerables**, sobre todo a las personas mayores que viven en geriátricos, individuos que requieren cuidados paliativos, poblaciones migrantes que viven en condiciones habitacionales precarias sin protección laboral, y personas en situación de calle, que se cuelan fuera de las redes de contención social (Recuadro 2).

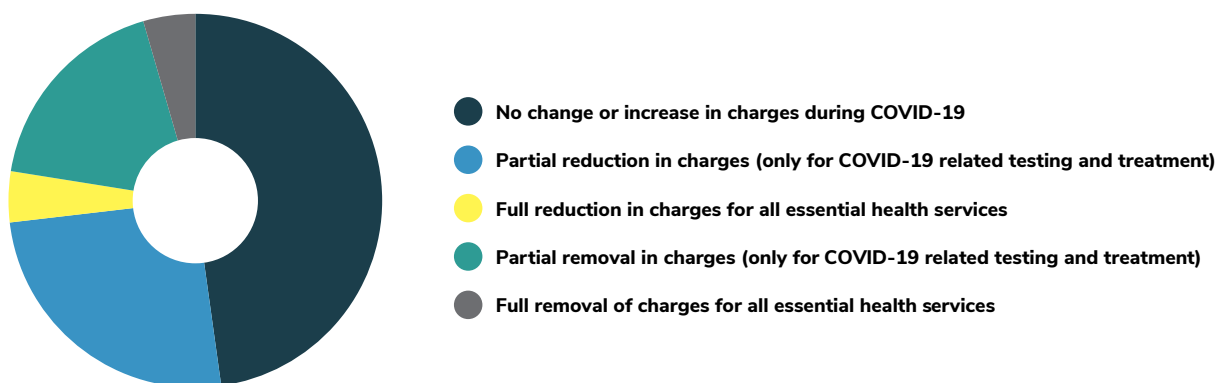
### Recuadro 2. Los migrantes y refugiados son grupos vulnerables postergados

A lo largo y ancho del mundo, los migrantes y los refugiados han sido particularmente vulnerables a los efectos del COVID-19 sobre su salud y su economía. Esto se debe en parte a las altas tasas de contagio del virus en poblaciones que viven en condiciones de hacinamiento, con poco acceso a servicios de salud y de saneamiento, que limita su capacidad de cumplir con las medidas de salud pública, incluyendo el lavado de manos, el distanciamiento social, y el auto aislamiento cuando tienen síntomas. Más aun, debido a su estatus legal y laboral precario, los migrantes y los refugiados tienen más dificultades para acceder a los servicios de salud (esto aparece en la encuesta), lo cual a su vez socava su capacidad de ser testeado y recibir un tratamiento adecuado para el virus. Esto no solamente representa una amenaza para su propia salud y bienestar, sino que también resulta una amenaza a la seguridad colectiva en salud, ya que reduce la capacidad de las comunidades y los gobiernos de controlar la transmisión del virus.

Incluso en países ricos que han mostrado un desempeño relativamente bueno en la contención del COVID-19, tales como Alemania y Singapur, han estallado brotes en las comunidades de migrantes, que tienen salud más precaria y menor protección social. Grandes poblaciones de trabajadores migrantes y sus familias han padecido dificultades económicas enormes y se han expuesto a riesgos mayores a su salud con medidas tales como las cuarentenas que forzaron el retorno de los trabajadores urbanos a sus aldeas rurales en India.

Fuentes: referencias 31-33

- **El personal de salud de la primera línea no siempre recibe la protección que necesita.** Dada su vulnerabilidad, debería ser prioridad de los gobiernos dar protección al personal de salud en la primera línea de atención. Pero las tasas de mortalidad más altas (34) que exhiben, y numerosas historias que aparecen en los medios de sobre deficiencias en el equipo de protección personal para los trabajadores de salud, muestran que éste no es el caso.
- **En los países que tienen esquemas de aseguramiento de la salud selectivos muchas personas quedan postergadas.** En algunas regiones, por ejemplo, en el sur asiático, América Latina, en algunos países de África y América del Norte, para acceder a los servicios de salud las personas deben estar afiliadas a un esquema de aseguramiento de salud vinculada con sus empleos, o ser beneficiarias de un esquema para la población pobre financiada por sus gobiernos. Esto deja a cientos de millones de personas sin una cobertura de salud eficiente, y este número va creciendo a medida que crecen las tasas de desempleo como consecuencia de la pandemia.
- **Los países están haciendo muy poco para eliminar las barreras financieras.** Casi la mitad de las personas encuestadas informaron que no ha habido cambios en los costos de la atención durante el COVID-19, o incluso que ha habido aumentos. Sin embargo, algunos países como, por ejemplo, la República Islámica de Irán y Turquía han eliminado o reducido las tarifas de las prestaciones de servicios de manera de aumentar el uso de servicios vitales de salud (Recuadro 3).



### **Recuadro 3: Algunos países eliminaron las tarifas de las prestaciones de salud para mejorar el acceso a los servicios**

Hoy en día está ampliamente reconocido que poner tarifas a las prestaciones de salud es la peor manera de financiar un sistema de salud, y es incompatible con la CSU porque impide que las personas pobres y vulnerables accedan a los servicios. Dado que es particularmente importante que todas las personas accedan a servicios de salud durante una pandemia, la OMS publicó una recomendación para todos los países, exhortando a que eliminen las tarifas para el COVID-19 y otras atenciones esenciales de salud. Pocos países que cobran tarifas han atendido a este pedido, y los donantes internacionales han hecho poco para ayudar. En una investigación de Oxfam, solamente 8 de 71 proyectos nacionales del Banco Mundial sobre COVID-19 tenían un plan para eliminar las tarifas de atención en salud. Esto a pesar de que 80% de los países tienen niveles de gasto de bolsillo en salud por encima de lo que la OMS considera seguro, representando 20% del gasto total en salud. Los siguientes países son ejemplos por haber eliminado las tarifas de las prestaciones en salud:

**La República Islámica de Irán**, que anunció que va a extender los servicios de salud vinculados al COVID-19 a todos los migrantes y refugiados del país.

**Turquía**, que brinda servicios universales de atención al COVID-19 incluso a personas que no están cubiertas por el programa de aseguramiento nacional, y provee máscaras faciales de forma gratuita a toda la población.

Fuente: referencias 35-37



## **Regular y legislar**

### **Mensaje a los líderes políticos nacionales**

**Ampliar y fortalecer las leyes y regulaciones, fijar metas claras, y comunicar mejor para convocar a las personas.**

### **Recomendaciones para políticas**

- Los gobiernos deben mejorar la percepción de la población en relación a la CSU, su legislación, sus normativas y sus mecanismos de rendición de cuentas. Esto es esencial para que las personas y el electorado pida cuentas a sus gobiernos sobre el cumplimiento de los compromisos en CSU.



- Los gobiernos deben comprometerse a fijar metas para la CSU y comunicarlas claramente a las audiencias de actores de todos los sectores a nivel local, nacional y global. La rendición de cuentas requiere un entendimiento común de los compromisos adquiridos. Pocos gobiernos presentan metas claras y medibles en sus RNV o en sus declaraciones políticas. Por lo tanto, las metas nacionales deben ser publicitadas abiertamente, y poder ser comprendidas y accedidas por toda la población mundial.
- Donde no existen leyes y normativas relativas a la CSU, el parlamento tiene el rol fundamental que consiste en traducir los compromisos adquiridos en la UN HLM de 2019 y transformar las expectativas del electorado en legislación relevante.
- Los gobiernos deben institucionalizar y exigir mecanismos de rendición de cuentas e implementar planes concretos para monitorear el impacto de las leyes y políticas de CSU.
- Al planificar e implementar las medidas para combatir el COVID-19, los gobiernos deben asegurar que las leyes y normativas son compatibles con los principios de derechos y de equidad de la CSU.
- Los gobiernos deben mejorar la regulación de los prestadores y las compañías de salud privadas, de manera que los individuos vulnerables no sean explotados.
- La crisis del COVID-19 puede ser una excelente oportunidad para que los gobiernos aprueben leyes que contribuyan a acelerar el progreso hacia la CSU.

## Hallazgos

- **Nuestra encuesta mostró que el conocimiento de las personas sobre las leyes, políticas y mecanismos de rendición de cuentas relativas a la CSU es muy limitado.** Esto es un problema si queremos que las personas pidan a sus gobiernos que den cuenta sobre la CUS. ¿Qué le van a exigir a sus gobiernos, y a través de qué mecanismos? Al preguntar si conocían alguna ley o política nacional relativa a la CSU, solamente 35% respondió que sí, mientras que 65% respondió que “no”, o “no sabía la respuesta”, o no contestó.
- **Cuando se pidió ejemplos de leyes vinculadas con la CSU, las personas encuestadas hicieron referencia al lugar de la salud en sus constituciones y a leyes relativamente viejas en lugar de mencionar legislación reciente creada para extender la cobertura en salud.** Encuestados de todos los niveles de ingreso comentaron que, aunque en el papel existían leyes y políticas relativas a la CSU, éstas no eran implementadas adecuadamente. La falta de conocimiento fue mucho más llamativa en relación a los mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo de la CSU. Solamente 18% de los individuos encuestados respondió que conocía algún mecanismo de ese tipo en su país.
- **El conocimiento sobre metas específicas de CSU fue marginalmente mejor.** Treinta por ciento de los encuestados dijo conocer que su gobierno había fijado metas específicas para la CSU.
- **En el 2020 casi todos los países aprobaron medidas de salud pública de emergencia, incluyendo nuevas leyes, con la finalidad de detener la diseminación del virus y así proteger la salud de la población.** Estas medidas incluyeron la prohibición de viajar, el uso compulsivo de máscaras faciales, la restricción de encuentros sociales, el cierre de

lugares de trabajo y escuelas y la obligación de aislamiento de las personas que dieron positivo y sus contactos cercanos. Estas políticas fueron acompañadas por medidas económicas, incluso legislación, para reducir el costo financiero asociado con la reducción de la actividad económica. En general, ha habido un buen acatamiento de este tipo de normativas en todo el mundo, que como son universales y basadas en las necesidades, también son compatibles con los ideales de la CSU.

- **Algunos países han implementado o anunciado nueva legislación** específica para acelerar el progreso hacia la CSU (Recuadro 4).

#### **Recuadro 4. Países que han acelerado sus reformas durante la pandemia del COVID-19**

El 1ro de junio del 2020, Chipre presentó la segunda fase de su sistema nacional de aseguramiento de salud, sumando los servicios hospitalarios, incluyendo proveedores privados al paquete de beneficios financiados públicamente. En un discurso público, el Presidente dijo que la crisis del COVID-19 representaba el mejor momento para lanzar las reformas, a las que llamó, “las más grandes reformas en la historia de la República de Chipre”.

A lo largo de toda la pandemia de COVID-19, el Presidente de Sudáfrica ha señalado su intención de acelerar la reforma del seguro nacional de salud del gobierno. Temprano en la crisis, el gobierno promulgó nueva legislación que obliga a los proveedores privados a hacer contratos con compradores para mejorar el acceso a los servicios de aquellos ciudadanos que no contaban con seguro de salud. Esto representa un “ensayo” de las reformas incluidas en un proyecto de ley que se está debatiendo en el parlamento. Si esta alianza público-privada tiene éxito, el plan del gobierno es alcanzar la cobertura de toda la población con aseguramiento de salud nacional para el 2025.

Fuentes: referencias 38, 39

- **Un área de preocupación destacada en algunos países es la inadecuada regulación de los proveedores privados de salud**, especialmente durante la crisis del COVID-19 ya que hay evidencia de que algunos proveedores privados han cobrado tarifas excesivas a pacientes que requerían tratamientos intensivos (Recuadro 5).

## Recuadro 5. Una legislación y regulación inadecuada encarece excesivamente la atención en salud.

En meses recientes, han aparecido numerosos relatos en los medios sobre el cobro abusivo de los servicios relacionados con el COVID-19 por parte de proveedores privados en sistemas de salud dominados por hospitales financiados privadamente. Este ha sido el caso particular en India donde existe un sistema de aseguramiento y hospitales privados muy mal regulados, donde los pacientes informan haber pagado excesivamente por sus tratamientos. En estos casos, las compañías aseguradoras se han negado a pagar las cuentas dejando que las familias enfrenten deudas devastadoras. En algunas instancias, las demandas han terminado en largas y costosas batallas legales. Algunos estados de la India, aprobaron legislación de emergencia para poner un tope a los costos hospitalarios de servicios costosos de COVID-19 (por ejemplo, tarifas diarias en unidades de cuidados intensivos), pero los medios informan de hospitales que continúan cobrando excesivamente.

De igual manera, en los Estados Unidos han aparecido relatos sobre cobros excesivos a pacientes de COVID-19 vulnerables, en un sistema de salud con prevalencia de financiamiento privado. Durante las primeras etapas de la pandemia, las personas en EEUU sin seguro podían tener que pagar cuentas de hasta US\$74310 si debían ser hospitalizados por COVID-19. Las personas aseguradas que usaban proveedores de su red podían, aun así, tener que pagar de su bolsillo sumas de hasta US\$38755 dependiendo de su plan de salud. Si bien el 18 de marzo de 2020 se aprobó la ley **Las familias primero, respuesta al coronavirus**, que garantiza el análisis diagnóstico gratuito independientemente del estatus de aseguramiento, muchas personas aún enfrentan gastos de sus bolsillos para testearse debido a un tecnicismo de la legislación.

Fuentes: referencias 40-43



## Sostener la calidad de la atención en salud

### Mensaje para los líderes políticos nacionales

**Respaldar, proteger y cuidar al personal de salud, e innovar para mejorar la calidad de la atención y sostenerla durante las emergencias.**

## Recomendaciones para políticas

- Aumentar el gasto público en una gama de servicios de salud –desde cuidados preventivos hasta paliativos– de forma de mantener y mejorar la calidad de los servicios y responder a las demandas adicionales para mantener los servicios existentes que implica el COVID-19. Para esto se deberá invertir en todos los pilares del sistema de salud que son la base de un sistema universal y de calidad.
- Invertir fuertemente en el fortalecimiento de los recursos humanos en salud, que representan el activo más importante en la lucha contra el COVID-19, y para mantener la buena calidad de los servicios de salud.
- Implementar medidas especiales para mejorar el acceso a medicamentos esenciales, particularmente para personas con enfermedades no transmisibles cuyas vidas peligran si no reciben su medicación. Las medidas podrían implicar eliminar todos los costos de las medicinas esenciales y proporcionar recetas de largo plazo para dar a los pacientes mayores provisiones de medicinas, o introducir sistemas de recetas digitalizados.
- Mejorar la comunicación tanto dentro del sistema de salud como hacia la población. Esto debe incluir elaborar guías operacionales para mantener funcionando los sistemas esenciales de salud y así asegurar el acceso a servicios esenciales de calidad para todas las personas.
- Reforzar la rendición de cuentas y combatir la corrupción. La participación de la ciudadanía es fundamental para garantizar que los recursos se distribuyan eficiente y equitativamente, y se gasten apropiada y efectivamente. Para esto, se debe convocar a los actores sociales a la vez que se habilita a la ciudadanía para solicitar información y para informar sobre irregularidades en el proceso de procurar tratamiento para el COVID-19. Incentivar una rendición de cuentas abierta y transparente de los fondos dedicados a los proveedores de insumos de salud, contratos y adquisiciones de emergencia y asegurar que los datos de servicios de salud están en formatos que permiten un análisis complejo, comparaciones y reutilización.

## Hallazgos

- **El COVID-19 ha puesto en evidencia la fragilidad de los sistemas de salud y otros sectores en la mayor parte de los países.** La capacidad de base de muchos países ya era baja, con servicios faltos de personal e infraestructura y carencia de insumos de salud. Muchas personas encuestadas mencionaron la existencia de sistemas de salud mal financiados y administrados que ya padecían dificultades antes de la pandemia.
- **El acceso a los servicios de salud y a medicamentos se ha visto afectado significativamente en todos los países.** Las restricciones de movimiento (cuarentenas, cierre de fronteras) fueron la fuente de dificultades para acceder a los servicios de salud más mencionada en la encuesta. Por ejemplo, muchos mencionaron el cierre de los servicios de atención ambulatoria, la postergación de procedimientos y de consultas, y la imposibilidad de acceder a medicamentos debido a diferentes razones (por ejemplo, cortes en la cadena de suministro).

- **No se ha respaldado adecuadamente a los trabajadores de salud de la primera línea de atención, afectando así la calidad de la atención.** La pandemia de COVID-19 puso inmensa presión sobre el personal de salud de la primera línea en virtualmente todos los países, exponiendo las carencias en cantidad, su distribución ineficiente e inequitativa, su nivel inadecuado de remuneración y la falta de recursos disponibles para que puedan brindar una atención de calidad. Se suma a esto el enorme fracaso en la provisión de equipos de protección personal adecuados.

## **Recuadro 6. La falta de inversión en recursos humanos afecta la calidad de los servicios.**

Malawi siempre brindó atención en salud gratuita y universal a sus habitantes. Estos servicios sin embargo están bajo presión considerable debido a niveles muy bajos de financiamiento público y ahora a la presión del COVID-19, lo cual claramente afecta su calidad.

Durante la pandemia, se interrumpieron servicios de salud vitales en gran parte del país, y la mayor carga recayó sobre personal de salud de la primera línea, ya carente de recursos. Temprano en la pandemia los trabajadores de salud no recibieron sus compensaciones ya pactadas por riesgo y por sobretiempo, y carecían de equipo de protección personal que les permitiera trabajar en forma segura. Como resultados, mucho personal de salud fue a la huelga, lo cual redujo aún más la disponibilidad y la calidad de los servicios de la primera línea de atención. El personal se quejó de que algunos servicios vitales de salud materna e infantil se veían comprometidos por la falta de fondos que se dedicaron en vez a financiar servicios vinculados con el COVID-19. La disrupción de estos servicios está socavando los derechos sexuales y reproductivos y demuestra la necesidad de una estrategia nacional de CSU en el país que pueda resistir a las crisis.

Estos retos no son exclusivos de Malawi, sino que han sido registrado también en países de todos los niveles de ingresos como por ejemplo Francia, Nigeria y Perú.

Fuentes: referencias 44-47

- **La mala comunicación ha llevado a la confusión y ha limitado el acceso a los servicios.** Las personas encuestadas señalaron que a veces no se informó a la comunidad sobre la disrupción de los servicios por causa del COVID-19 o estuvo claro dónde podrían acceder a los servicios. La falta de comunicación también propició la circulación de información falsa sobre el COVID-19. Los encuestados informaron que: “las personas estaban confundidas” (Burundi); “las personas no sabían, una vez cerrado el hospital, dónde podían ir a chequear su salud con seguridad, o dónde acceder a un servicio de salud cuando fuera necesario” (Vietnam); y, “las personas en mi país no creen en la pandemia. Dicen que es falso. Siguen con sus vidas normalmente. Nada ha cambiado y todo es como era antes” (Nigeria).

- **Las personas encuestadas tuvieron diferentes definiciones sobre lo que consideraban servicios de salud de calidad y los indicadores para monitorearlos.** La mayor parte se refirió a los factores que integran los pilares propuestos por la OMS para un sistema de salud: recursos humanos, disponibilidad de medicamentos, infraestructura, equipamiento, acceso geográfico a los servicios, diferencias entre urbano y rural, tiempos de espera largos, acceso dependiente de la capacidad de pago, y la gobernanza del sistema de salud, lo cual incluye la corrupción (Recuadro 7). Los usuarios regulares de los servicios de salud, por ejemplo, pacientes con tuberculosis o con VIH, usuarios de los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos y servicios de planificación familiar y pacientes con enfermedades no transmisibles, fueron quienes informaron de la mediocridad de los servicios.

## **Recuadro 7. La corrupción socava la entrega de servicios de buena calidad**

Cuando la corrupción agota los escasos recursos financieros públicos, la calidad, inevitablemente sufre. Esto se manifiesta en una infraestructura dilapidada, un número inadecuado de trabajadores de la salud, la escasez de medicamentos y pagos extraoficiales que tornan la atención prohibitiva para algunas personas. Todo esto aumenta las inequidades y socava la confianza de la población en los servicios de salud pública.

Brasil tiene un sistema de salud universal y gratuito financiado por el estado desde 1988, que garantiza el acceso a todos los niveles de servicios en salud, desde atención primaria hasta servicios especializados. De acuerdo a una persona encuestada, “aunque la calidad de los servicios públicos no siempre es buena, su amplia cobertura permite a todos los brasileños satisfacer sus necesidades básicas y acceder a tratamientos más complejos”. Sin embargo, su desempeño ha mermado debido a años y años de corrupción que ha continuado durante la pandemia de COVID-19, cuando se evidenció violación del derecho de las personas a acceder gratuitamente a la salud. El Barómetro Global 2019 de Transparencia Internacional reveló que 5% de los encuestados habían pagado un soborno para acceder a servicios de salud en hospitales y centros de salud. Se ha abierto cerca de 1500 causas judiciales criminales por casos de corrupción vinculados al coronavirus, alcanzando todos los niveles de gobierno. Entre ellas se incluyen investigaciones sobre el mal uso de fondos federales, fraude, sobreprecio y lavado de dinero.

En Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú algunos investigadores sostienen que hay oficiales de gobierno que se han beneficiado con negocios ilícitos vinculados con la pandemia. Aunque existen mecanismos oficiales para combatir la corrupción (consejos federal, estatal y municipal, y en Brasil, un defensor del pueblo), no se ha popularizado la supervisión social donde la ciudadanía puede denunciar estas prácticas y contribuir así a un mejor sistema de salud.

Fuentes: referencias 48, 49

- **Si bien la crisis ha generado muchos desafíos, también ha creado oportunidades para innovar y mejorar la entrega de servicios de salud.** Esto se ha visto reflejado en el aumento rápido de la teleatención y los servicios de telemedicina para mantener e incluso aumentar el acceso a servicios vitales, particularmente para personas que viven en áreas remotas o que se han auto aislado para evitar el contagio (Recuadro 8).
- Dadas las dificultades para acceder a equipamiento y productos en el mercado internacional, la crisis ha incentivado la inversión en manufactura local de bienes de salud. Por ejemplo, Kenia está aumentando la producción de equipos de protección personal (50).

## **Recuadro 8. La innovación en la respuesta al COVID-19 está mejorando la calidad**

El gobierno de Australia fue muy veloz en incorporar la atención en salud virtual en respuesta al COVID-19. El 20 de julio de 2020, el ministro federal de salud anunció varios servicios temporales de Medicare para asegurar que los profesionales médicos pudieran ofrecer servicios de teleatención por teléfono o por video conferencia. La meta era proteger a los profesionales de la salud, sus ayudantes y los pacientes de riesgos innecesarios a la vez que se llevaban a cabo las consultas igual que siempre, pero en un nuevo entorno remoto.

El país también adoptó y cambió rápidamente la legislación para permitir al personal médico crear recetas digitales de manera de asegurar el abastecimiento de sus medicamentos. En este arreglo temporal, el profesional médico convierte una receta de papel en una imagen digital que puede ser enviada a la farmacia preferida por el/la paciente. El gobierno está trabajando ahora con los proveedores en un software clínico que será introducido en 2021 para apoyar el cambio total y completo para recetar electrónicamente.

Australia ha logrado un nivel de innovación local en el sistema de salud que ayudó a sostener y mejorar la calidad. En Victoria, el estado con el brote más grande, Monash Health y el Hospital Alfred, en alianza con la Universidad de Deakin, están probando el uso de inteligencia artificial para hacer triage de pacientes con un monitoreo vía una aplicación digital. El hospital Royal Prince Albert en Sydney abrió el primer pabellón virtual de Australia. Es muy pronto para saber si estas innovaciones se traducirán en cambios sistémicos a nivel estatal o nacional.

Fuentes: referencias 51, 52



## Invertir más, invertir mejor

### Mensaje para los líderes políticos

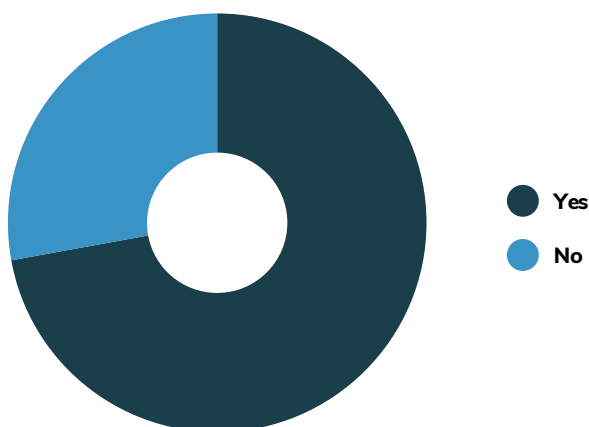
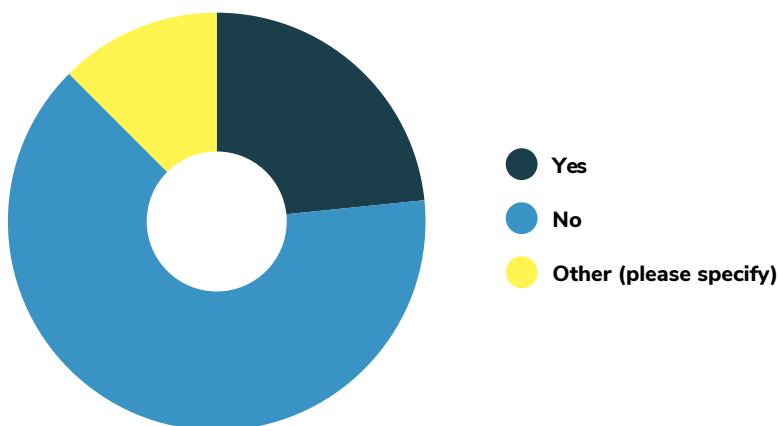
**Invertir en atención primaria en un esfuerzo conjunto de los ministerios de salud y de finanzas y los gobiernos locales para asegurar la continuidad de los servicios esenciales de salud y montar una primera línea de defensa frente a un brote.**

### Recomendaciones para políticas

- En medio de la peor crisis de salud global en más de un siglo, los gobiernos deben responder a las necesidades manifiestas de sus pueblos e invertir en salud. En particular, dado que las personas tienen tanto temor por su salud y la salud de sus seres queridos, y por potenciales dificultades financieras asociadas a la pandemia, esta es la oportunidad ideal para aumentar el gasto público dirigido a acelerar la reforma de salud de manera de mejorar el acceso a servicios vitales de salud y reducir así la carga financiera para los hogares.

- El aumento del gasto público sin embargo no será suficiente. Habrá que gastar los recursos existentes y los nuevos de una mejor manera. Esto se verá facilitado por reformas de salud para la CSU que priorizan el gasto en atención primaria costo efectiva, incluyendo servicios en la comunidad.

- Se deberá asignar más financiamiento público a los servicios de salud colectiva (incluyendo la capacidad de respuesta a la pandemia) para asegurar que están bien integrados en la reforma amplia del sistema de salud. Durante demasiado tiempo, el fortalecimiento de los servicios de salud consistió casi exclusivamente en mejorar los servicios individuales (a través de centros de salud y hospitales). Esto debe cambiar y deberá darse mayor importancia y mayor financiamiento a las funciones de salud pública.





- Los gobiernos deben demostrar un mayor compromiso con la reducción de la ineficiencia en los sistemas de salud, especialmente con el combate a la corrupción en el gasto público en salud. Los escándalos de corrupción durante la crisis del COVID-19 están atrayendo una cobertura de los medios muy poco favorable que socava seriamente la credibilidad del compromiso de algunos gobiernos con el combate a la pandemia y la consecución de la CSU.

## Hallazgos

- **Cuando se pregunta “¿Su gobierno está gastando lo suficiente en servicios de salud y, este gasto está aumentando?” casi dos tercios (64%) de las personas encuestadas contestaron “no”, y solamente 24% respondió “sí”.** Las respuestas indican que los gobiernos estaban fallando en cumplir con los niveles de financiamiento público que prometieron, mostrando una ruptura con sus compromisos hacia la CSU.
- **Las personas deben pagar la atención en salud de su bolsillo.** Como consecuencia de la falta de inversión de los gobiernos, cerca de tres cuartos de las respuestas informaron que las personas debían pagar directamente por los servicios de salud en sus países.
- **Algunos gobiernos han ido aumentando los presupuestos públicos en salud, pero otros los han reducido.** Si bien no ha habido mucha investigación sobre los cambios en el gasto público en salud en el 2020, los medios han informado sobre aumento en las asignaciones al presupuesto para salud en respuesta a la pandemia (Recuadro 9).

### Recuadro 9. Aprovechar el COVID-19 para priorizar el gasto en salud

**Irlanda** ha aumentado su presupuesto en salud en 12% en este año fiscal en respuesta al COVID-19 y en octubre de 2020 anunció que el presupuesto para 2021 aumentaría en 24%, siendo el mayor aumento en la historia del país. Además del financiamiento para emergencias vinculadas a la pandemia, los recursos serán utilizados para acelerar la estrategia CSU del país (Sláintecare), con grandes aumentos en el financiamiento de los servicios de salud mental y de promoción de la salud.

**Marruecos** ha aumentado sustancialmente el gasto público en salud en respuesta a la pandemia del COVID-19, y ha asignado casi un tercio de un fondo especial para COVID-19 de US\$1.1 mil millones establecido en marzo de 2020. Esto representa un aumento en 19% del presupuesto anual de salud. Adicionalmente el gobierno ha anunciado que el año entrante el presupuesto nacional en salud aumentará en 11% específicamente para mejorar el acceso equitativo a servicios de salud, incluyendo la cobertura de 22 millones de personas adicionales con seguro obligatorio de salud para finales de 2022.

Fuentes: referencias 53-56

- **Cuando se preguntó a las personas encuestadas en qué deberían sus gobiernos gastar más, apareció una gama de respuestas** que incluyeron instalaciones de salud, personal de salud, medicamentos, atención primaria (sobre todo prevención), promoción de la salud, educación en salud y servicios comunitarios.
- **Solamente unas pocas personas encuestadas mencionaron gasto público en el sector privado y en servicios secundarios y terciarios de salud.** Algunos pidieron una respuesta local al COVID-19 e inversiones en el fortalecimiento de la capacidad de responder a los brotes de enfermedades infecciosas.
- **Llamativamente, pocos encuestados mencionaron específicamente la inversión en funciones vitales de salud pública para controlar las enfermedades infecciosas,** aunque algunas referencias a “prevención” pueden haber incluido este aspecto. Globalmente las respuestas sugieren que las personas (o sea, el electorado) prefieren un mayor gasto de gobierno en servicios de salud visibles que ellos y sus familias usen como individuos, en lugar de servicios públicos colectivos que son vitales y benefician a todas las personas.
- **Unas cuantas personas encuestadas se refirieron a mejorar la eficiencia del gasto público y a la importancia de erradicar la corrupción que socava directamente las reformas para la CSU.** La corrupción en el gasto público en salud fue identificada como un problema significativo en Brasil, Kenia, Mozambique, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania.



## Actuar en forma conjunta

### Mensaje a los líderes políticos

**Construir alianzas mediante el involucramiento genuino de la sociedad civil.**

### Recomendaciones para políticas

- Las revisiones de los avances en CSU deben involucrar a múltiples actores clave. Las personas, las comunidades y el sector privado deberían tener oportunidades formales para aportar ideas a las decisiones sobre salud.
- No se debe subestimar el rol que tiene la sociedad civil en impulsar la agenda de la CSU, y promover medidas de salud, sociales, y políticas efectivas durante la pandemia del COVID-19. La sociedad civil actúa como un puente facilitador entre el gobierno y el público y sirve como una barrera protegiendo el espacio cívico de las intervenciones represivas del estado.
- **La sociedad civil debe** estar incluida en las estrategias de rendición de cuentas vinculadas con la CSU. Es hora de democratizar la rendición de cuentas como un proceso que valora y responde a las experiencias vividas por las personas.

- Las OSC que representan cada sector de la población, a grupos minoritarios, a aquellos discriminados debido al género, grupo étnico, edad, orientación sexual, creencias religiosas o estatus socioeconómico deben estar involucradas en la participación social vinculada al avance de la CSU y combate al COVID-19. No debe ser un mero ejercicio de chequeo.
- Los gobiernos deben trabajar con las OSC y los actores clave de todos los sectores y fortalecer sus vínculos con ellos ya que pueden ser instrumentales en alcanzar a las poblaciones durante una crisis de salud.
- Deben formalizarse unos procesos transparentes y participativos de toma de decisiones que afectan a las comunidades. Las OSC deben involucrarse en debates sobre temas clave y en la fijación de prioridades. El sector privado también debe ser sensibilizado a las necesidades y problemas que afectan a las comunidades.

## Hallazgos

- **Aproximadamente 40% de las personas encuestadas opinaron que las personas, comunidades y organizaciones del sector privado tenían oportunidades formales de contribuir a las decisiones sobre políticas de salud.** Por otra parte, 30% consideró que este no era el caso en sus países, 7% respondió que no sabía y 15% no respondió. Las OSC profesionales y las internacionales tienen mayor probabilidad de ser invitadas a participar para contribuir con la toma de decisiones.
- **Las organizaciones del sector privado tienen una influencia significativa sobre las políticas de salud y participan en la provisión de servicios,** especialmente durante el COVID-19. Por otro lado, las organizaciones que representan a las personas más afectadas por las políticas de salud tienen muy pocas oportunidades para influir sobre ellas.
- **Cerca de 10% de los encuestados, la mayoría de países de ingresos medio y bajos, comentó que la participación de actores clave en asuntos de planificación de la salud era baja o nula.** Otros señalaron que, aunque exista participación de la sociedad civil, ésta no necesariamente resulta en la implementación de políticas específicas.
- **Muy pocas RNV incluyen participación de la sociedad civil o el sector privado.** Los “informes sombra” representan una oportunidad para que la sociedad civil se involucre en el seguimiento a la CSU. Sin embargo, se han presentado muy pocos “informes sombra”: solamente 6 de 47 países (13%) que hacen RNV presentaron estos informes en 2019 y 2020.
- **Aquellos países que tienen una sociedad civil dinámica y activa tienen mayor posibilidad de interactuar con los legisladores y decisores políticos que se ocupan de la salud.** Pero incluso en países que muestran una participación fuerte de los actores no gubernamentales se identifican brechas en la redición de cuentas del sector salud.
- **Las OSC a menudo sienten que hablan consigo mismas y que son consultadas solamente para cumplir con un requisito o una formalidad.** Normalmente no se siguen los consejos y demandas de las OSC cuando se toma decisiones políticas de alto nivel. A veces, solamente se consulta a unos pocos actores no gubernamentales cuando se toman decisiones (Recuadro 10). Nuestra investigación confirma que las voces de las personas y

las organizaciones comunitarias no son escuchadas a la hora de tomar decisiones y hacer políticas de CSU en la respuesta al COVID-19. Cuando se da voz a las preocupaciones de las personas, los decisores políticos no las tienen en cuenta, o apenas las tienen en cuenta.

## Recuadro 10. Una participación limitada de las OSC en las respuestas al COVID-19

Varias fuentes evidencian que las OSC y las comunidades no han estado involucradas en las respuestas de sus gobiernos al COVID-19, con el riesgo que los planes de respuesta nacionales no tengan en cuenta los impactos desproporcionados de la pandemia.

Por ejemplo, en Francia, el gobierno no llamó a las OSC a pesar de la gran tradición de representación de la sociedad civil en las agencias de salud nacionales y regionales. Las organizaciones de pacientes no fueron invitadas a participar en ninguno de los dos comités oficiales de expertos del Consejo Científico para el COVID-19, y no fueron consultadas sobre las condiciones para imponer o levantar las cuarentenas. Esto ocurrió a pesar de que las asociaciones ofrecieron sus servicios para mejorar las comunicaciones y superar la desconfianza del público en las decisiones del gobierno.

Fuentes: referencias 18, 57

- **Los servicios de salud brindados por sectores privados no alcanzan a los niveles más pobres de la sociedad.** De manera consistente, los encuestados comentaron que debe aumentarse el presupuesto del sector salud para asegurar que todas las personas, incluyendo los más pobres, reciban servicios de salud.
- **Una respuesta equitativa al COVID-19 implica que la sociedad civil mantenga su rol y de voz a las comunidades que tengan mayor probabilidad de ser postergadas en la respuesta pública a la emergencia.** La crisis hace que la respuesta de la sociedad civil sea más difícil. El cierre de los espacios cívicos, las limitaciones al movimiento y las políticas cada vez más autoritarias en muchos países hacen que sea extremadamente complicado llevar a cabo acciones de abogacía o de rendición de cuentas (58).
- **Las OSC y las organizaciones de voluntariado han dado un paso al frente durante la pandemia de COVID-19 y están cubriendo muchas necesidades básicas de las comunidades tales como la provisión de agua y productos sanitarios.** También han alertado a los gobiernos sobre el aumento del riesgo para las comunidades, incluyendo el aumento de la violencia de género y de problemas de salud mental (Recuadros 11 y 12).
- **Cuando el estatus de las OSC es reconocido y respaldado por otros actores (gobiernos nacionales, agencias internacionales), la OSC pueden actuar como puente entre los gobiernos y las personas.** Dan voz a las personas más vulnerables y escuchan las preocupaciones de la sociedad.

## **Recuadro 11. Participación de la sociedad civil en la elaboración de políticas de salud**

En Argentina, las OSC y otros actores clave, tales como las asociaciones médicas, inciden en los debates sobre el establecimiento de un sistema de salud que sea más equitativo y universal. Representantes de la sociedad civil de todas las regiones del país se reunieron con oficiales de gobierno en 2019 para discutir las estrategias para la próxima reunión UN HLM sobre CSU y para exigir al gobierno un compromiso concreto y medible con la CSU, identificar desafíos y logros en la implementación de la CSU y abogar por la participación de la sociedad civil en la reforma de la CSU.

Durante la pandemia, las OSC continuaron con su lucha por la inclusión en los procesos de toma de decisión, y por la protección y cumplimiento con los derechos de los grupos más vulnerables y desfavorecidos, tales como aquellos que trabajan en la economía informal. Asimismo, las OSC han estado trabajando de cerca con líderes comunitarios, dándoles información sobre medidas de prevención frente al COVID-19 y otras enfermedades, cuestiones legales vinculadas al confinamiento, violencia institucional o de género y medidas de seguridad en espacios públicos.

Fuentes: referencias 59-65

## **Recuadro 12. Colaboración efectiva entre el gobierno y las OSC**

En Fiji la colaboración entre el gobierno y las OSC ha sido efectiva, dando como resultado una respuesta rápida e integral. El Ministerio para el manejo de desastres pidió explícitamente la asistencia de la sociedad civil para la respuesta nacional frente al COVID-19. El Consejo de Servicios Sociales de Fiji y su contraparte sub nacional, el Consejo de Servicios Sociales distrital son muy activos en el sistema nacional de manejo de desastres. El gobierno también solicitó ayuda de la organización Aliados para el Desarrollo Comunitario (Partners in Community Development Fiji) para la respuesta al virus, y su personal trabajó con el gobierno local y reportó resultados a la oficina local diariamente. La Alianza de OSC para la Respuesta Humanitaria al COVID-19 (una alianza de varias organizaciones de caridad de Fiji) ha proporcionado ayuda humanitaria a las familias y las comunidades a lo largo y ancho de Fiji y estableció un centro para distribuir raciones de comida y plantas de semillero, facilitar la capacitación y brindar consejería y servicios legales a aquellas personas golpeadas por el COVID-19

Fuentes: referencias 66-73



## Equidad de género

### Mensaje para los líderes políticos nacionales

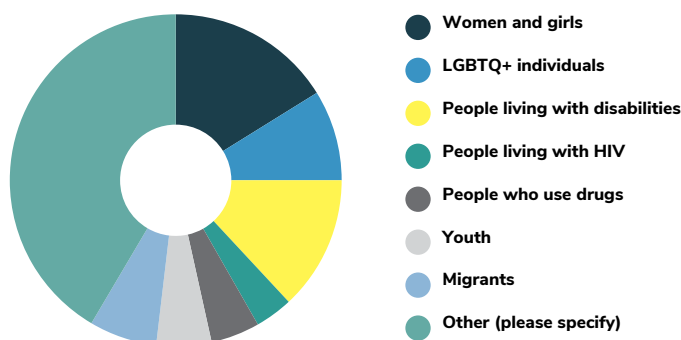
**Empoderar a las mujeres quienes están demostrando ser tremendamente efectivas en las emergencias de salud.**

### Recomendaciones para políticas

- La representación de la diversidad de género y la inclusión de personas expertas en género debe estar asegurada en todos los comités de salud nacionales relevantes para la respuesta al COVID-19.
- El género debe ser considerado en la preparación para la respuesta de emergencia, en la respuesta y en las acciones de rescate, de manera de garantizar un enfoque equitativo e inclusivo en las emergencias de salud.
- Las autoridades nacionales deben recolectar y publicar datos desagregados por sector y por género para basar en ellos la preparación para las emergencias, y los esfuerzos de respuesta y alivio.
- Debe mejorarse el conocimiento público de las barreras de acceso a los servicios de salud debido al género o a la orientación o identidad sexual.
- Los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar (acceso a anticonceptivos y aborto) son esenciales y no pueden ser interrumpidos debido a restricciones por el COVID-19.

### Hallazgos

- **Las mujeres y las niñas todavía tienen dificultades para acceder a los servicios de salud.** Cuando se preguntó a las personas encuestadas qué grupo podría tener dificultades para acceder los servicios, la respuesta más corriente fue “las mujeres y las niñas”<sup>1</sup> siendo 15.6 % de las personas que eligieron esta opción.



- **Las mujeres y las niñas se ven desproporcionadamente afectadas por barreras para acceder y usar los servicios de salud.** Las personas encuestadas destacaron las barreras estructurales que las mujeres y las niñas enfrentan, entre ellas dificultades financieras, falta de transporte (sobre todo si viven en zonas rurales) y falta de tiempo debido a la carga de cuidados u otro tipo de trabajo no remunerado. Los resultados indican que hay mucho por hacer para comunicar la importancia del género como una barrera de acceso. La existencia de servicios

<sup>1</sup> Las opciones de respuesta fueron: mujeres y niñas (15.6%, n=64), personas viviendo con discapacidad (13%, n=53), individuos LGBTQ+ (8.1%, n=33), migrantes (6.6%, n=27), personas jóvenes (5.1%, n=21), personas que usan drogas (4.9%, n=20), personas viviendo con VIH (3.4%, n=14), otros, (favor especifique) (39.9%, n=163), no responde (3.4%, n=14).

especializados de salud sexual y reproductiva para las mujeres (a menudo gratuitos en países sin CSU) parece indicar que las mujeres y las niñas reciben un tratamiento ventajoso. Esto es totalmente engañoso y no refleja las enormes barreras estructurales que experimentan las mujeres y las niñas de todo el mundo para acceder a la atención en salud (Recuadro 13).

### **Recuadro 13. Interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva durante el COVID-19**

Muchos encuestados mencionaron la interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia. Una persona de Kenia explicó así las estructuras de poder que impiden que las mujeres y las niñas accedan a servicios de salud:

**[...] a menudo tiene que pedir permiso a un miembro masculino de la familia para ir a la clínica y pagar por los servicios. Adicionalmente, dado que las mujeres son las cuidadoras del hogar y la familia, es difícil para ellas salir sin planificarlo de antemano. El acceso a servicios como la planificación familiar es complicado para las niñas menores de 18 años porque necesitan permiso.**

Además de las barreras sociales como las descritas, los países no tuvieron en consideración las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres en la respuesta a la pandemia y esto limitó severamente el acceso. Esto es particularmente dañino en países donde el aborto es ilegal. Otros países cerraron las clínicas donde se realizaban abortos por considerarlos servicios no esenciales –una decisión ideológica no basada en la ciencia. La falta de acceso a servicios de aborto no elimina los abortos, sólo los hace menos seguros y potencialmente letales para la madre. En emergencia de salud anteriores, la necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual y reproductiva resultó en 70% de aumento en la tasa de mortalidad materna.

Fuentes: referencias 74-78

- **Los sistemas de salud deberían ser intersectoriales y responder al género.** El género no es binario, y no todas las mujeres o los hombres experimentan los mismos problemas. Muchos encuestados mencionaron las dificultades financieras como una barrera para acceder a los servicios; otros mencionaron la discriminación contra la comunidad LGBTQ+ en el sistema de salud. Durante la pandemia y especialmente en conjunto con las protestas contra la discriminación racial del verano septentrional 2020 (Black Lives Matter), el sufrimiento desproporcionado de las personas de color, asiáticas y de las comunidades étnicas minoritarias acaparó la agenda política. La edad mostró ser un predictor importante de la severidad de los síntomas del COVID-19. Esta diversidad debería estar reflejada en un enfoque del sistema de salud realmente intersectorial, sensible al género e inclusivo, no solamente en relación al género sino también a la raza, identidad sexual, y estatus socioeconómico y geográfico, reflejando el compromiso de la CSU de no dejar a nadie fuera.

- **Muchas respuestas al COVID-19, como a otras emergencias de salud anteriores han sido insensibles al género.** La pandemia del COVID-19 ha exacerbado las inequidades de género de la misma manera que lo hicieron otras pandemias y brotes infecciosos anteriores. Los efectos primarios y secundarios difieren según sea la identidad de género. Una respuesta ciega frente al género no puede abordar adecuadamente las diferentes experiencias y dificultades de las mujeres, los hombres y los géneros no binarios (79). Las respuestas no sensibles al género ignoran información crucial, necesaria para evaluar los patrones de transmisión de la enfermedad de forma apropiada. Los impactos vinculados con el género de la pandemia del COVID-19 han sido numerosos. Globalmente, un número alto del personal de salud de la primera línea de atención son mujeres, con un riesgo mayor de infección. Las mujeres en otros sectores también han sido golpeadas desproporcionadamente por la pandemia. Por ejemplo, en muchos países las mujeres trabajan en rubros fuertemente afectados por la pandemia, o en el sector informal, y por lo tanto es más probable que sufran pérdidas económicas. Más aun, la pandemia ha profundizado las normas de género, y son sobre todo las mujeres quienes asumen tareas de cuidados no remuneradas, a menudo a costa de trabajo remunerado. Como casi todos los países tuvieron algún tipo de confinamiento obligatorio, muchas familias han debido quedarse en casa durante un período por demás estresante, y la incidencia de violencia doméstica ha aumentado en todo el mundo, casi siempre con las mujeres como víctimas.
- **No hay disponibilidad de datos intersectoriales y desagregados por sexo en que basar las respuestas a la pandemia y medir el éxito.** La incapacidad de reconocer las dimensiones de género de la salud, particularmente durante una pandemia ha resultado en la falta de datos intersectoriales desagregados por sexo. Ya en 2012 Eklund y Tellier (80) mencionaron una profunda falta de datos desagregados por sexo para evaluar las respuestas a las crisis. Según el monitor de datos desagregados por sexo del COVID-19 (Global Health 50/50) (81), 126 países han publicado números de casos confirmados desagregados por sexo; solamente 92 países han publicado números de muertes desagregadas por sexo hasta octubre de 2020, y solo cerca de la mitad de los casos globales y aproximadamente 70% de las muertes globales están desagregadas por sexo. Deben establecerse sistemas de recolección de datos intersectoriales ya, y los países deben comprometerse a su uso y mantenimiento para futuras emergencias de salud.
- **Mujeres que lideran durante la pandemia.** La naturaleza patriarcal de los sistemas de salud tanto nacionales como global recibió considerable atención en el 2020. Van Daalen et al. (19) encontraron que 85,2% de los miembros de los grupos de tarea nacionales para el COVID-19 son varones. Un equilibrio de poder semejante se encuentra en el escenario global. Por ejemplo, solamente un cuarto de las personas que participaron en los primeros tres comités internacionales de emergencia para la regulación de la salud (International Health Regulations Emergency) fueron mujeres. Como se explicó anteriormente, es crucial que la respuesta al brote de una enfermedad sea sensible al género, y es más probable que la respuesta sea más efectiva para todas las personas si hay diversidad en los paneles de liderazgo. Es más, está emergiendo evidencia de que los países liderados por mujeres experimentan menos muertes vinculadas con el COVID-19, y el liderazgo de las mujeres en la política está llamando la atención a nivel global (Recuadro 14).



## Recuadro 14. Mujeres en rol de liderazgo durante la pandemia de COVID-19

A nivel global, solamente 19 de 193 países tienen una mujer como cabeza de estado o gobierno, y tan solo 30% de los jefes ejecutivos de 200 organizaciones globales de salud son mujeres. Sin embargo, de manera desproporcionada, más países con mujeres al frente han demostrado las mejores prácticas en el manejo de la pandemia de COVID-19, con indicios de reacciones más rápidas y decisivas basadas en la ciencia (por ejemplo, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Nueva Zelanda y la República de Corea). Los países no son necesariamente exitosos porque sus líderes son mujeres, sino porque existe una cultura y unas instituciones que facilitan la elección de mujeres para ocupar posiciones de poder.

Fuentes: referencias 83-87



## Estado de preparación para las emergencias

### Mensaje para los líderes políticos nacionales

**Recaltar los principios de la CUS en la respuesta a cada crisis, y fortalecer la capacidad de respuesta en todas las reformas del sistema de salud.**

### Recomendaciones para políticas

- Un actuar rápido y decisivo por parte de los líderes políticos es esencial en la respuesta a las emergencias: “la velocidad es más importante que la perfección en emergencias” (88).
- El mensaje de los gobiernos sobre las intervenciones en salud pública durante las emergencias debe ser claro y consistente.
- Los planes de acción nacionales para la seguridad en salud y la preparación para las emergencias debe vincularse con las estrategias para la CSU, y los servicios de salud públicos deben ser un compromiso político y estar mejor financiados. La seguridad global en salud y la CSU son dos lados de la misma moneda.
- El fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las pandemias debe incluir planes para que puedan mantenerse todos los servicios brindados en situación normal sin pandemia. Estos deben abarcar toda la gama de servicios en atención primaria, secundaria y terciaria, así como el reforzamiento del personal médico y del equipamiento para asegurar la continuidad de la atención.
- Durante la pandemia, los gobiernos deben eliminar todas las tarifas cobradas a los usuarios, de manera de facilitar el acceso a los servicios esenciales de salud, especialmente si se trata de testeo y tratamiento de COVID-19.

- Los planes nacionales de seguridad en salud y preparación para las emergencias deben incluir referencias al género, que puedan vincularse a la Resolución 1325 de las UN sobre las Mujeres, la paz, y la seguridad, para mejorar las metas sobre participación, protección, prevención, alivio y recuperación, que se refuerzan mutuamente (89).
- Deberá tomarse medidas a nivel de las comunidades e implementarse programas de diagnóstico universales en las comunidades para mejorar la efectividad de la estrategia de vigilancia, aislamiento de casos, rastreo de contactos y cuarentena.

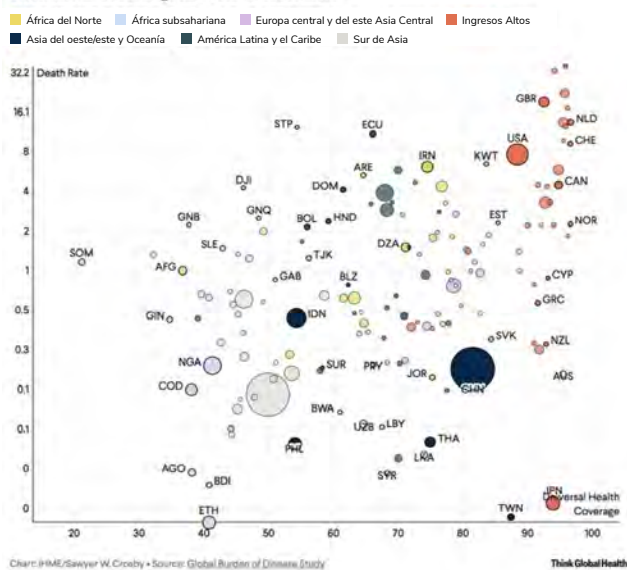
## Hallazgos

- **El liderazgo político es crucial durante una emergencia.** Algunos países que mostraron un nivel alto en el índice global de preparación para una emergencia (Global Health Security Index) han tenido unas de las tasas más altas de infección y muerte durante la pandemia de COVID-19 (Fig. 4). Si bien las tasas altas de contagios pueden explicarse en parte por la cantidad alta de testeos, y las muertes se cuentan de manera diferente en cada país, esto no explica necesariamente esos números, particularmente las diferencias en el número de casos reportados (90, 91). De manera similar, los países con puntaje alto en CSU tampoco tuvieron un desempeño mejor durante la pandemia (92). Si bien estos indicadores son importantes para identificar brechas en la capacidad de respuesta y para justificar respaldo financiero o político, no son una garantía para un buen desempeño. La variación en la calidad del desempeño es, en parte, resultado del liderazgo político y consecuencia de las decisiones tomadas en los niveles más altos. Los líderes políticos que han ignorado las recomendaciones de los expertos en salud pública han tendido a tener resultados peores que aquellos que han seguido el consejo de los científicos (21).

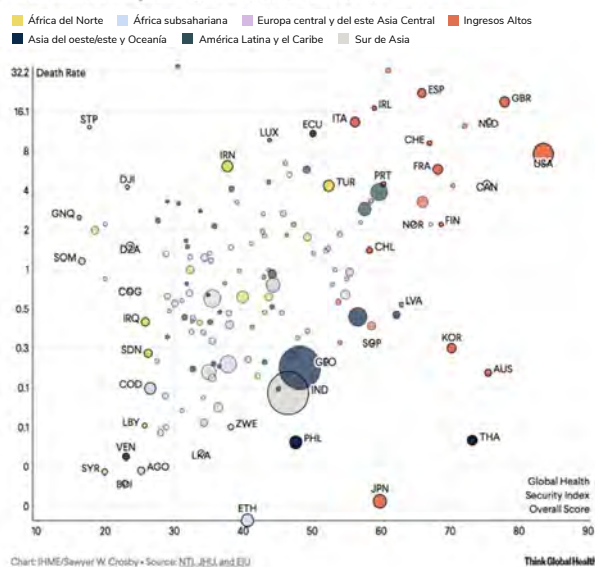
**Fig. 4. CSU vs tasas de mortalidad por COVID-19, e índices de Global Health Security Index vs tasas de mortalidad por COVID-19**

Fuente: referencia 92

**Universal Health Coverage vs. COVID-19 Death Rates**



**Global Health Security Index Scores vs. COVID-19 Death Rates**



- **Una buena comunicación y mensajes claros son elementos cruciales durante la pandemia.** Nuestra investigación muestra que es difícil para las personas acceder a los servicios de salud debido a la falta de información confiable, la restricción de movimiento, el miedo a buscar servicios de salud y falta de acceso a productos de salud esenciales. Adicionalmente, los mensajes complicados o ambiguos pueden llevar a la confusión y a la falta de cumplimiento con las medidas de prevención de emergencia. La falta de coordinación entre el gobierno nacional y los gobiernos sub nacionales ha exacerbado los efectos de la mala comunicación. Esto parece haber sido un factor que explica las diferencias en el desempeño de China y el Reino Unido en la respuesta a la pandemia del COVID-19.
- **El COVID-19 exacerbó los desafíos ya existentes en los servicios de salud,** poniendo en evidencia sus carencias en insumos vitales, incluyendo personal de salud, medicamentos, equipamiento e infraestructura (Recuadro15). Millones de personas con problemas de salud se han visto privadas de tratamientos no vinculados con el COVID-19 (93), lo cual generó muchos miles de muertes. La CSU por definición debe ser universal y estar a disposición en todo momento, incluso durante las emergencias. Los planes de preparación para las emergencias deben incluir la continuidad de los servicios de salud habituales.

## **Recuadro 15: El impacto financiero sobre las personas de las medidas de salud pública**

Cumplir con las medidas de salud pública puede significar un impacto financiero para las personas. Cuando el gobierno no actúa para mitigar este impacto, se dan efectos no deliberados sobre la vida de las personas. Las medidas de salud pública tienen la intención de proteger la vida de las personas.

Una encuesta en Mongolia dio una vívida imagen de la presión que sufren los ciudadanos comunes y corrientes frente a los altos costos en una situación de emergencia:

**“Mi país tuvo que reducir parcialmente las tarifas de los servicios médicos. Incluso las personas que tenían seguro médico tenían que pagar toda la tarifa de sus bolsillos y las personas que venías del exterior fueron presionadas para pagar por los servicios de atención médica y por la cuarentena. Como fueron puestos en cuarentena por 21 días, el costo del hotel y los servicios fue más alto que sus salarios. Por ejemplo, una mujer llamada A tuvo un intento de suicidio porque no podía solventar el costo de 21 días de cuarentena. Venía del exterior, y todos sus ahorros se gastaron en la cuarentena. El gobierno debió dar alguna ayuda a las personas que no puedan solventar el costo de la cuarentena.**

Sources: Survey

- **La tarifa para el uso de los servicios de salud sigue siendo una barrera importante para acceder a servicios esenciales de salud.** A pesar de una reciente política de la OMS para renunciar al cobro de tarifas de manera de mejorar el acceso durante la pandemia, muchos países no lo han seguido, lo cual disuade la búsqueda de exámenes y tratamientos y lleva a dificultades financieras.
- **De 409 personas encuestadas solamente 5 comentaron que la salud pública era un área de inversión priorizada en su país,** aunque 40 mencionaron algunas actividades de salud pública y servicios asociados como la promoción de la salud y la prevención. La salud pública es parte integral de la CSU, y la comunidad internacional tienen la responsabilidad de sensibilizar sobre la importancia de invertir para mejorar la salud pública para enfrentar desafíos en el futuro. Cuando se invierte en fortalecer la capacidad de respuesta se invierte en sistemas de salud pública sólidos a nivel nacional, regional y global.
- **El costo de responder a la emergencia es mucho mayor que el costo de invertir en mejorar la capacidad de respuesta y la presteza.** En países de ingresos medios y bajos, el costo de mejorar la capacidad de respuesta se estima en US\$13.8 mil millones al año, mientras que el costo de la respuesta a una emergencia es más de US\$ 500 mil millones al año (94). El Fondo Monetario Internacional advirtió que la pandemia del COVID-19 costará US\$ 28 mil millones en pérdidas (95).
- **Es de vital importancia formar alianzas con las OSC y la comunidad más amplia para generar confianza y asegurar el cumplimiento de las medidas de salud pública de emergencia.** Entre otras cosas, esto puede incluir participación a nivel comunitario, planeación descentralizada e implementación de medidas de salud pública que abarquen prevención, atención y respaldo.

# Contribución del movimiento para la CSU durante una emergencia de salud global



Foto: @UHC2030 - Akihito Watabe



Foto: @UHC2030 - Akihito Watabe

# Contribución del movimiento para la CSU durante una emergencia de salud global

**Todos los líderes globales y otros actores relevantes deben juntarse para asegurar una acción coherente y para construir confianza y fortalecer la rendición de cuentas a través de una participación amplia en la gobernanza de salud a todos los niveles.**

## Recomendaciones para políticas

- Los gobiernos, las organizaciones multilaterales, la sociedad civil y el sector privado deben trabajar juntos para transformar la rendición de cuentas social y política vinculada a la CSU. Esto incluye informar a las OSC sobre los mecanismos globales de rendición de cuentas y mejorar su acceso a plataformas dentro y más allá del sector salud, fortaleciendo las oportunidades para la participación institucionalizada de una variedad de actores clave.
- El proceso de revisión nacional voluntaria (RNV) que constituye un mecanismo clave para monitorear el progreso hacia la CSU y otros ODS debe ser mejorado fortaleciendo la recolección de datos en los países, con datos desagregados, de manera de tener una guía estandarizada y detallada para las revisiones nacionales. Asimismo, se debe fortalecer el involucramiento del sector salud con otros actores vinculados con los ODS, y respaldar a la sociedad civil para que contribuya más proactiva y efectivamente a mejorar las revisiones nacionales de la CSU dentro de los mecanismos formales de rendición de cuentas.
- Las respuestas al COVID-19 será más efectivas cuando los equipos de respuesta estén compuestos por una variedad de actores. La composición, la comunicación, y la participación de las OSC y otros actores no estatales en los equipos de respuesta nacionales debe ser transparente.
- Las iniciativas globales en salud para acelerar la colaboración en la respuesta al COVID-19 (El Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 y el mecanismo COVAX) deben recibir un financiamiento y respaldo adecuado y no ser socavados por intereses nacionales, regionales, o comerciales, ni por arreglos bilaterales y multilaterales para las vacunas.

## Hallazgos

- **El nivel de conocimiento sobre las metas nacionales o globales de CSU es muy bajo.** Conocer y acceder a las plataformas globales y mecanismos de rendición de cuentas y metas y plataformas nacionales para la CSU es muy importante para los actores no estatales, sobre todo si van a pedir rendición de cuentas a sus gobiernos y a las organizaciones internacionales sobre la realización progresiva de la CSU hacia 2030. Sin acceso a las plataformas globales y comprensión de los mecanismos de rendición de cuentas globales donde se toman y justifican los compromisos y donde los países reportan sus progresos, la sociedad civil no puede dar seguimiento de las metas nacionales y responsabilizar efectivamente a sus líderes por sus palabras y acciones. Esto también es válido para los compromisos y acciones realizadas por los gobiernos y de qué forma se comunican a nivel regional, nacional y global. Una decisión de las declaraciones hechas en la reunión de alto nivel en CSU, UN HLM y en la 71ª Asamblea Mundial de Salud muestra que casi la mitad de las declaraciones políticas carecen de compromisos<sup>2</sup> claros para progresar en CSU a nivel nacional.
- **Las RNV no capturan los compromisos en CSU.** Todos los Estados miembro que firmaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sustentable se comprometieron a preparar un marco de trabajo para la RNV. Nuestra investigación (Recuadro 16) muestra que la RNV debería modificarse para que incluya la CSU. Si bien muchos países y sociedades civiles han informado sobre progresos en la consecución de la CSU en años recientes hace falta un esfuerzo mayor para que el proceso de revisión de los ODS funcione adecuadamente, para asegurar un informe más objetivo y más preciso del progreso en el cumplimiento de la CSU.

### Recuadro 16. Evaluación del proceso de RNV (2016-2020) y diseminación de conocimiento en los foros políticos de alto nivel de las UN (2018-2020)

Con el objetivo de comprender las oportunidades y desafíos que los mecanismos oficiales de rendición de cuentas de los ODS ofrecen para la salud, evaluamos los procesos de RNV y de diseminación de conocimiento en los foros políticos de alto nivel de las UN de los últimos dos años. Presentamos aquí los hallazgos principales.

- La mayor parte de los Estados miembro de las NU (173 de 193) presentaron informes en 2016-2020, y algunos presentaron más de uno. De los 187 informes de RNV presentados, 92% (171 informes) reportaron sobre los ODS, y 71% incluyeron algún tipo de análisis de CSU o de otras políticas vinculadas al sistema de salud. Solamente 37% (69 informes) incluyeron algún tipo de valoración numérica, pero la mayoría solamente describieron las políticas y estrategias de sus gobiernos.
- Solamente 13% (25 informes) usaron el índice de cobertura de servicios de CSU y/o el índice de protección financiera para evaluar el progreso en el seguimiento a los indicadores 3.8.1 y 3.8.2. Aunque el Banco Mundial y la OMS reportaron sobre estos indicadores en los informes de monitoreo de CSU globales de 2017 y 2019, la gran mayoría de los países no usó datos en sus informes de monitoreo sobre los ODS. Esto pudo deberse en parte al hecho de que estos indicadores no fueron aprobados como parte del marco de monitoreo formal de los ODS hasta 2017, y por lo tanto no hubo datos disponibles en el sistema estadístico formal de las UN hasta 2018.

Fuentes: referencias 96-100

<sup>2</sup> En un foro político global se define como compromiso en CSU a una declaración sobre las acciones que se están implementando en CSU, o unas metas claras, o planes para CSU. Relatos de logros anteriores o descripciones de la atención en salud o la situación de salud no son considerados compromisos en CSU.

- El involucramiento de la sociedad civil en los procesos de gobernanza de la salud y otros procesos de gobernanza a nivel global no es efectivo.** Las OSC a menudo participan en cumbres internacionales, conferencia, foros y deberían ser capaces de influir en la construcción de la agenda y la formulación e implementación de políticas de CSU y otras políticas relacionadas (101). Los gobiernos a menudo mencionan la participación de las OSC como evidencia de que se está cumpliendo con el compromiso de mejorar el monitoreo y la rendición de cuentas en asuntos de salud ((102). Sin embargo, la participación efectiva de las OSC está limitada por factores tales como insuficiente poder para influir sobre los procesos y las organizaciones de salud, falta de recursos financieros y acceso limitado a las plataformas y a decisores políticos clave. Aunque a veces contribuyen a dar forma a los marcos de gobernanza a través de una participación informal muy efectiva, hay poco reconocimiento formal de su rol en esa gobernanza ni de las reuniones globales como la Asamblea mundial de Salud. La Sociedad civil tiene ahora una oportunidad para participar en espacios de gobernanza global como el Foro político de alto nivel NU, las reuniones de alto nivel UN en CSU y las cumbres regionales sobre los ODS, pero no han podido introducir efectivamente la agenda de CSU en estos procesos. Para asegurar su participación efectiva, es necesario contar con más información sobre cómo pueden las OSC influir en la política y la efectividad de sus estrategias.
- El COVID-19 ha exacerbado las dificultades para la participación efectiva dado que el financiamiento a las OSC para las plataformas de abogacía en CSU se ha visto reducido** a nivel de los países, siendo que fue desviado a la respuesta al COVID-19- Según los aliados de la sociedad civil del mecanismo CSEM (Recuadro 17), las oportunidades para abogacía se han visto reducidas debido a restricciones por el COVID-19, y se ha construido una red de colaboración virtual a través de redes sociales y plataformas web para hacer abogacía a través de consultas virtuales.

## Recuadro 17. El Mecanismo de participación de la sociedad civil (CSEM)

El CSEM para la CSU2030 fue creado en 2017. Da voz a la sociedad civil que trabaja en CSU para asegurar que las políticas en CSU son inclusivas y equitativas y que se da atención de manera sistemática a las personas más postergadas y vulnerables, de manera de que nadie quede fuera. Para lograr esto, se deberá:

- influir sobre el diseño y la implementación de políticas
- hacer incidencia Incidir en por el desarrollo y la implementación participativa e inclusiva de las políticas
- fortalecer los mecanismos sociales de rendición de cuentas dirigidos por las comunidades
- promover la coordinación entre las plataformas y redes de las OSC que trabajan en asuntos de salud a nivel nacional, regional y global
- dar voz a la sociedad civil en el movimiento por la CSU.

Desde su creación la membresía de la CSEM ha crecido hasta 1000 individuos representando 900 organizaciones en más de 100 países. El CSEM es un medio para que la sociedad civil haga oír su voz en los procesos de CSU para que la colaboración sea efectiva. El mecanismo convoca y moviliza a la sociedad civil, respalda a las OSC, construye el conocimiento de la sociedad civil sobre CSU, y fortalece la alianza CSU2030 siendo parte de ella.

Fuente: referencia 103



- **La sociedad civil no está involucrada en la respuesta nacional al COVID-19** (104–107). El CSEM recoge evidencia sobre la inclusión de la sociedad civil en las respuestas al COVID-19 de varias maneras. Un informe apoyado por el CSEM encontró falta de transparencia en la toma de decisiones de los grupos de tarea para el COVID-19 y participación limitada de la sociedad civil en la toma de decisiones y las respuestas de los gobiernos nacionales. Otra encuesta del CSEM confirmó que la mayor parte de la sociedad civil estaba trabajando independientemente de los gobiernos en la respuesta al COVID-19 (105). EL CSEM lanzó una estrategia llamada “la sociedad civil llama a la acción” para el COVID-19, que aboga por la inclusión de la sociedad civil en las respuestas nacionales al COVID-19.
- **El sector privado ha tenido un rol muy importante durante el COVID-19 protegiendo las cadenas de suministro, extendiendo el acceso al test de COVID-19 y tratamiento, y cubriendo huecos en los servicios esenciales (Recuadro 18)**. Si bien este sector se enfoca en estimular la innovación y mejorar el acceso a productos y servicios de salud asequibles (108), algunas compañías también respaldan iniciativas para fortalecer los sistemas de salud. Casi todos los países tienen sistemas de salud mixtos, y el rol del sector privado en la atención a la salud es amplio y significativo abarcando provisión de servicios, medicamentos y productos médicos, capacitación de personal de salud, tecnología, innovación, infraestructura y servicios de apoyo. Sin embargo, el involucramiento del sector privado en la respuesta nacional al COVID-19 ha sido más efectiva en los países donde la participación del sector privado es rutinaria en la gerencia de sus sistemas contando ya con marcos regulatorios bien establecidos y financiamiento directo o indirecto fuerte (114).

## Recuadro 18. Ejemplos de contribuciones del sector privado a la respuesta al COVID-19

En los dos últimos años, la CSU2030 convocó a empresas y asociaciones privadas, quienes se pusieron de acuerdo con las metas para la CSU. En la reunión del alto nivel UH HLM el sector privado para la CSU2030 presentó una declaración conjunta, listando siete principios que van a guiar la contribución del sector privado a la CSU. Dos de esos principios abordan el acceso a productos y servicios asequibles y a la innovación. De esta manera, el sector privado proporciona recursos adicionales para mantener los sistemas de salud nacionales funcionando, mientras los gobiernos aumentan su capacidad para testear, rastrear y tratar al COVID-19 y mantener los servicios de salud esenciales.

Algunos miembros del grupo del sector privado destacaron las contribuciones que están haciendo a la respuesta del COVID-19, alineadas con esos principios y compromisos. Estos ejemplos muestran de qué manera distintas organizaciones pueden trabajar juntas hacia metas compartidas de salud.

Mantener la entrega de insumos críticos:

- Asegurar el acceso continuo a medicamentos críticos, equipamiento médico y vacunas, aprovechando la tecnología avanzada para la provisión equitativa y la continuidad de insumos esenciales de salud.
- Aumentar la producción, manteniendo los inventarios en los centros de distribución más importantes, trabajando en planes para fortalecer la respuesta con los proveedores externos de manera de que no se corten las cadenas de suministro.

Aumentar el acceso a pruebas diagnósticas:

- Conducir testeos in situ a gran escala para las enormes poblaciones postergadas de trabajadores migrantes y apoyar la realización de tamizajes masivos en las residencias de los trabajadores migrantes en Singapur.

Salud móvil y soluciones digitales:

- Recolectar datos sobre las necesidades de salud y sobre los factores de riesgo de COVID-19 para guiar la vigilancia y el rastreo de casos en Asia rural.
- Aplicar un algoritmo de riesgo a los datos de población para identificar pacientes en riesgo y trabajar con los gobiernos para implementar intervenciones seleccionadas.
- Desarrollar y respaldar aplicaciones para la capacitación remota de personal de salud comunitario y para diseminar información en los hogares.
- Facilitar consultas virtuales para atención continua.
- Distribuir medicinas esenciales a través de cadenas de suministros virtuales a las comunidades rurales que se han tornado aún más aisladas con los confinamientos del COVID-19.

Fuente: referencia 104, 114

- **La pandemia de COVID-19 ha sacado a la palestra la salud y la diplomacia global en salud y ha reforzado la importancia de los compromisos hechos en el 2019 con la Declaración Política sobre CSU.** Por ejemplo, el Secretario General de las UN sacó un documento sobre COVID-19 y CSU donde demanda una mayor inversión en CSU. La pandemia de COVID-19 ha demostrado la importancia de un sistema de salud y una capacidad de respuesta fuertes para las comunidades y para las economías globalmente. Insta a todos los Estados miembro a acelerar y aumentar la inversión en CSU y en sistemas de salud más fuertes y a hacerlo inmediatamente. Con el liderazgo del Grupo de amigos de la CSU y la salud global (Group of Friends of Universal Health Coverage and Global Health)

(Recuadro 19), 120 Estados miembro aceptaron el desafío, reafirmaron su compromiso con la Declaración Política de la UN HLM y reconocieron la urgencia de acelerar la acción para alcanzar la CSU en 2030.

## **Recuadro 19. Grupo de amigos de la Cobertura Sanitaria Universal y la salud global**

El Grupo de amigos de la Cobertura Universal en Salud y la salud global es una plataforma informal de los Estados miembro de las UN en la sede de la organización para promover la CSU en el contexto de la Agenda 2030. Esta red de Estados miembro ha movilizó su capital político para apoyar la agenda de CSU y respaldó a la alianza CSU2030 para que tuviera un rol clave en la salud global y la política internacional. Fue instrumental para mantener el interés de la UN HLM en CSU a través de una serie de iniciativas, incluso durante la pandemia, con el evento sobre CSU y COVID-19 en el Foro político de alto nivel (julio 2020) y el encuentro ministerial sobre CSU durante la 75ª Sesión de la Asamblea General (octubre 2020). El grupo movilizó a 120 Estados miembro a difundir el documento político del Secretario General sobre COVID-19 y CSU, y la Declaración Política sobre CSU (octubre 2020).

Fuentes: referencias 109-112

- **La pandemia del COVID-19 ha incentivado una colaboración global sin precedentes en muchos campos.** Una iniciativa global que surgió es el Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (ACT-A) (Recuadro 20). El ACT-A fue presentado como una solución global para acelerar el fin de la pandemia del COVID-19, con la pericia técnica pública y del sector privado para acelerar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las herramientas para combatir el COVID-19, incluyendo las pruebas diagnósticas, los tratamientos y las vacunas, a la vez que se fortalecen los sistemas de salud. Asimismo, en este espíritu de colaboración, las redes de sistemas de salud y las alianzas que conforman la CSU2030 están promoviendo el conocimiento y aprendizaje relevante para respaldar las metas de CSU en el contexto del Covid-19.

## **Recuadro 20. Una iniciativa global de salud emergente: el Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (ACT-A)**

El ACT-A se basa en la premisa de que ningún país puede ganar/derrotar al COVID-19 por sí solo. Juntando las inversiones globalmente, el ACT-A da forma al mercado para las herramientas e incentiva a las empresas a invertir en el desarrollo y manufactura de herramientas clave, a la vez que habilita el acceso de los gobiernos al portafolio. De esta manera el riesgo de fracaso de las candidatas individuales se difunde. La iniciativa comparte los resultados del desarrollo de pruebas diagnósticas, tratamientos, y vacunas en muchas regiones y a través de varias plataformas técnicas.

El ACT-A implica una alianza amplia de diversos actores que aportan sus ventajas comparativas y sus bases para encontrar colectivamente soluciones al COVID-19. Está basado en 3 pilares: inmunización, tratamientos y pruebas diagnósticas.

El pilar de inmunización también llamado COVAX asegura que todos los países tienen un acceso equitativo a vacunas seguras para el COVID-19, sin importar su capacidad o su poder de compra. Incluye apoyo financiero para garantizar que las personas en los países más pobres no queden postergadas cuando estén disponibles las vacunas. Hasta mediados de noviembre 2020, 187 países habían ingresado al COVAX incluyendo 92 países de ingresos bajos, candidatos a recibir apoyo financiero.

El Grupo Conector Transversal del sistema de salud, liderado por el Fondo Global para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Mundial y la OMS, aborda los aspectos que atraviesan al sistema de salud para asegurar el despliegue rápido de nuevas herramientas ni bien están disponibles. Entre ellos, se ocupa de la capacidad y la infraestructura, que debe ser mejorada radicalmente para desplegar las herramientas para el COVID-19 y las inversiones en el sistema que serán necesarias para complementar las nuevas herramientas.

Fuente: referencia 113

## Recuadro 21. Iniciativas relacionadas con el sistema de salud y actores no estatales

Las iniciativas relacionadas con la CSU2030 comprenden un grupo de iniciativas, redes y plataformas que se enfocan en diferentes aspectos del fortalecimiento de los sistemas de salud. A medida que se desarrolló la pandemia, las iniciativas relacionadas han promovido el conocimiento y el aprendizaje sobre la contribución de los sistemas de salud a la respuesta. Proporcionan plataformas globales para compartir aprendizajes y construir colaboración sobre los sistemas de salud.

Algunas de estas iniciativas congregan a diferentes actores para aspectos específicos del fortalecimiento de los sistemas de salud. Por ejemplo, la Red P4H (Aliados por la salud) ha promovido mensajes sobre el financiamiento de la salud y la respuesta al COVID-19 que abarcan cómo preparar un presupuesto para la respuesta al virus, cómo adquirir servicios de salud y lecciones de los países. La Health Data Collaborative (Colectivo para datos en salud) está proporcionando orientación sobre el buen manejo de datos, datos desagregados y confianza en los datos. Otra red, la Red global de personal de salud (Global Health Workforce Network) destaca la importancia crucial de la contribución del personal de salud, informa a las asociaciones profesionales de salud sobre asuntos vinculados con el COVID-19 y respalda el diálogo entre las OSC y la OMS. La Iniciativa por el desempeño de la atención primaria (Primary Healthcare Performance Initiative) ha desarrollado mensajes destacando que la atención primaria es un componente clave de la respuesta al COVID-19, ha aportado recursos técnicos y también creó una comunidad de práctica virtual. El Colectivo para la gobernanza del sistema de salud (Health System Governance Collaborative) está explorando cómo alinear mejor la gobernanza global para la salud con acción colectiva hacia metas compartidas de salud.

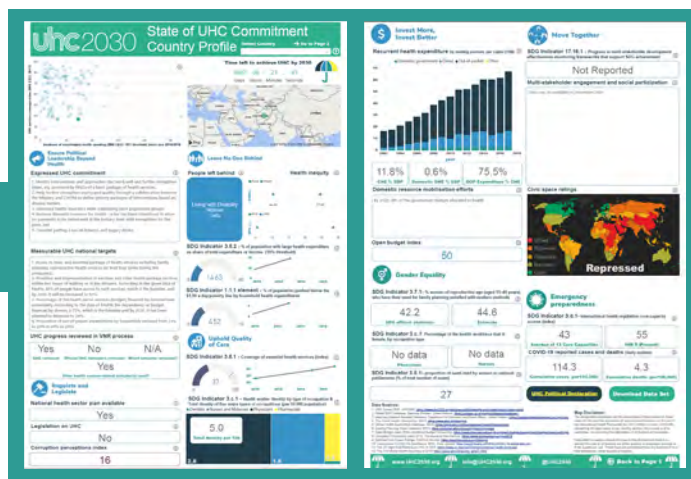
Otras iniciativas relacionadas tales como la Red de aprendizaje conjunto (Joint Learning Network), la organización Sistemas de salud globales (Health Systems Global), y la Alianza para la investigación sobre sistemas y políticas de salud (Alliance for Health Systems and Policy Research) están compartiendo sus conocimientos sobre las respuestas del sistema de salud y las políticas al COVID-19. Estos emprendimientos están ayudando a identificar y potenciar enfoques compartidos para fortalecer los sistemas de salud tanto para la CSU como para el COVID-19.

Fuente: referencia 107

# Perfiles de país

Junto con la síntesis 2020, el portal de datos sobre CSU administrado por CSU2030 trae un tablero online de perfiles de país.

An example of country profile



Éste muestra una “foto” del estado de los compromisos con la CSU en los países y facilita las comparaciones entre países. El tablero (versión 1) toma datos disponibles del período 2015-2020 para fijar una línea de base para el estado del compromiso en cada uno de los 193 Estados miembro de las UN, con datos cuantitativos y cualitativos en áreas clave de la Declaración Política sobre CSU. El tablero destaca los siguientes aspectos:

- la tendencia y el estado de cobertura de servicios del CSU y su protección financiera
- la tendencia y el estado de elementos seleccionados del sistema de salud
- movilización de recursos a nivel nacional
- estado de preparación para las emergencias de salud
- compromiso hacia la CSU expresado por líderes políticos de alto nivel
- evaluación del progreso analizado en los RNV
- metas medibles nacionales relacionadas con la CSU
- leyes, políticas y estrategias nacionales relacionadas con la CSU
- percepción de la corrupción, transparencia presupuestaria y disponibilidad de espacios cívicos
- progreso en lo que tiene que ver con la equidad, para identificar quien queda fuera en términos de acceso a servicios de salud y a protección financiera y por qué
- desafíos vinculados a la equidad de género y al liderazgo de las mujeres
- Progreso en el desarrollo colectivo de marcos lógicos para monitorear la efectividad, y
- lecciones aprendidas del involucramiento de actores variados y la participación social en el desarrollo de la política de salud y su rendición de cuentas.

Este año se incluyen estadísticas relacionadas con el COVID-19 de manera de reflejar el contexto global actual. En años futuros, se actualizarán los perfiles de país para ayudar a los actores nacionales a evaluar el último estado del compromiso con la CSU y monitorear las acciones de seguimiento.

# Portal de datos sobre CSU



**El objetivo del portal de datos sobre CSU es brindar una única interface que muestre un panorama del estado de los compromisos con la CSU en cada país, y acceder a datos sobre CSU y a visualizar los sistemas de salud y datos de estadísticas oficiales sobre los ODS y los aliados de CSU2030. Los datos que respaldan este estado de los compromisos con la CSU también están disponibles en el portal.**

# Referencias

1. Policy brief: COVID-19 and universal health coverage. New York City (NY): United Nations; 2020 ([https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_on\\_universal\\_health\\_coverage.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_universal_health_coverage.pdf), accessed 20 November 2020).
2. United Nations high-level meeting on universal health coverage in 2019. Key targets, commitments and actions. Geneva: UHC2030; 2020 ([https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN\\_HLM/UHC\\_key\\_targets\\_actions\\_commitments\\_15\\_Nov\\_2019\\_\\_1\\_.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_key_targets_actions_commitments_15_Nov_2019__1_.pdf), accessed 20 November 2020).
3. Key asks from the UHC movement. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/what-we-do/voices/advocacy/key-asks-from-the-uhc-movement/>, accessed 20 November 2020).
4. Rannan-Eliya RP, Sikurajapathy L. Sri Lanka: “Good practice” in expanding health care coverage. Research studies series 3. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 2009 (<http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, accessed 20 November 2020).
5. Covid: Protests take place across Italy over anti-virus measures. BBC News, 27 October 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-54701042>, accessed 20 November 2020).
6. Merrick R. Labour grabs five-point poll lead as public turns against Boris Johnson’s Covid-19 strategy. The Independent, 30 October 2020 (<https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/labour-conservative-polls-boris-johnson-keir-starmer-covid-free-school-meals-b1446533.html>, accessed 20 November 2020).
7. Savage M. Conservatives turn on Boris Johnson over handling of UK Covid crisis. The Observer, 4 October 2020 (<https://www.theguardian.com/politics/2020/oct/04/conservatives-turn-on-boris-johnson-over-handling-of-uks-covid-19-crisis>, accessed 20 November 2020).
8. Bennett B, Berenson T. How Donald trump lost the election. Time, 7 November 2020 (<https://time.com/5907973/donald-trump-loses-2020-election/>, accessed 20 November 2020).
9. Parker A, Dawsey J, Viser M, Scherer M. How Trump’s erratic behaviour and failure on coronavirus doomed his reelection. The Washington Post, 7 November 2020 (<https://www.washingtonpost.com/elections/interactive/2020/trump-pandemic-coronavirus-election/>, accessed 20 November 2020).
10. Menon P. New Zealand’s Ardern wins “historic” re-election for crushing COVID-19. Reuters, 16 October 2020 (<https://www.reuters.com/article/uk-newzealand-election-idUSKBN2712ZI>, accessed 20 November 2020).
11. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. New York City (NY): United Nations; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, accessed 20 November 2020).



12. Coronavirus: BBC poll suggests stark divide between rich and poor countries. BBC News, 10 September 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-54106474>, accessed 20 November 2020).
13. Tidey A, Bauomy J. Coronavirus: “No one is safe until everyone is safe”, says WHO director. Euronews, 18 August 2020 (<https://www.euronews.com/2020/08/18/coronavirus-19-european-countries-record-high-incidence-rates-as-surge-continues>, accessed 20 November 2020).
14. UHC data portal. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/what-we-do/knowledge-and-networks/uhc-data-portal/>, accessed 20 November 2020).
15. Brooks R. The failure of test and trace shows the folly of handing huge contracts to private giants. The Guardian, 13 October 2020 (<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/oct/13/failure-test-trace-folly-huge-contracts-private-giants-uk>, accessed 20 November 2020).
16. G20 Osaka leaders’ declaration (<https://g20.org/en/g20/Documents/2019-Japan-G20%20Osaka%20Leaders%20Declaration.pdf>, accessed 20 November 2020).
17. Kickbusch I, Gitahi G, Cuevas Barron G. To: presidents of parliaments. Geneva: UHC2030; 2020 ( [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About\\_UHC2030/mgt\\_arrangemts\\_\\_\\_docs/Political\\_Advisory\\_Group/UHC2030-IPU\\_joint\\_letter\\_to\\_all\\_Presidents\\_of\\_Parliaments\\_final.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts___docs/Political_Advisory_Group/UHC2030-IPU_joint_letter_to_all_Presidents_of_Parliaments_final.pdf), accessed 20 November 2020).
18. Casassus B. Covid-19: French side-lining of patient associations is a global trend. BMJ. 2020;371:m4082.
19. van Daalen KR, Bajnoczki C, Chowdhury M, Dada S, Khorsan P, Socha A, et al. Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. BMJ Global Health. 2020;5(10):e003549.
20. Hananto A. Global rank: Public approval of Covid-19 crisis management. Seasia, 9 May 2020 (<https://seasia.co/2020/05/09/global-rank-public-approval-of-covid-19-crisis-management>, accessed 20 November 2020).
21. Daily chart. Are governments following the science on covid-19? The Economist, 11 November 2020 (<https://www.economist.com/graphic-detail/2020/11/11/are-governments-following-the-science-on-covid-19>, accessed 20 November 2020).
22. WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard. Situation by country, territory and area. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://covid19.who.int/table>, accessed 20 November 2020).
23. 2020 report. Caught in the COVID-19 storm: women’s, children’s, and adolescents’ health in the context of UHC and the SDGs. Geneva: Independent Accountability Panel, World Health Organization; 2020 ([https://iapewec.org/wp-content/uploads/2020/08/IAP2020Report\\_web\\_sp.pdf](https://iapewec.org/wp-content/uploads/2020/08/IAP2020Report_web_sp.pdf), accessed 20 November 2020).
24. WHO welcomes landmark UN declaration on universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 23 September 2019 (<https://www.who.int/news/item/23-09-2019-who-welcomes-landmark-un-declaration-on-universal-health-coverage>, accessed 20 November 2020).

25. Global Preparedness Monitoring Board. A world at risk. Annual report on global preparedness for health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://apps.who.int/gpmb/assets/annual\\_report/GPMB\\_annualreport\\_2019.pdf](https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf), accessed 20 November 2020).
26. Primary health care on the road to universal health coverage. 2019 monitoring report. Conference edition. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2019/en/](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/), accessed 20 November 2020).
27. UHC in the context of COVID-19 pandemic. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://wakelet.com/wake/1a74cbb5-cd6e-42d4-812d-904501f4c076>, accessed 22 November 2020).
28. Cameron B. Captaining a team of 5 million: New Zealand beats back COVID-19, March–June 2020. Innovations for Successful Societies. Princeton (NJ): Princeton University; 2020 ([https://successfulsocieties.princeton.edu/sites/successfulsocieties/files/NewZealand\\_COVID\\_Final.pdf](https://successfulsocieties.princeton.edu/sites/successfulsocieties/files/NewZealand_COVID_Final.pdf), accessed 20 November 2020).
29. Givetash L. Coronavirus: Trump says “Some governors have gone too far” on lockdown measures. NBC News, 20 April 2020 (<https://www.nbcnews.com/news/world/coronavirus-trump-says-some-governors-have-gone-too-far-lockdown-n1187596>, accessed 20 November 2020).
30. Mason J, Holland S. Trump calls Fauci “a disaster” and seeks to reassure his team he can win. Reuters, 19 October 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-usa-election-trump-idUSKBN2742AD>, accessed 20 November 2020).
31. Aravindan A. Singapore grapples with coronavirus in migrant workers’ dormitories. Reuters, 14 September 2020 (<https://uk.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-singapore-dormitor/singapore-grapples-with-coronavirus-in-migrant-workers-dormitories-idUKKBN26502A>, accessed 22 November 2020).
32. Karnitschnig M. German labor minister pledges to better protect migrant workers. Politico, 28 June 2020 (<https://www.politico.eu/article/german-labor-minister-hubertus-heil-pledges-to-better-protect-migrant-workers-coronavirus/>, accessed 22 November 2020).
33. Kazmin A, Singh J. India: the millions of working poor exposed by pandemic. Financial Times, 30 April 2020 (<https://www.ft.com/content/dec12470-894b-11ea-9dcb-fe6871f4145a>, accessed 22 November 2020).
34. Garari K. Death due to coronavirus higher among doctors, healthcare workers. Deccan Chronicle, 11 September 2020 (<https://www.deccanchronicle.com/nation/current-affairs/110920/death-due-to-coronavirus-higher-among-doctors-healthcare-workers.html>, accessed 20 November 2020).
35. Marriott A, Malouf Bous K. People can’t afford to pay for health care in a pandemic. Why isn’t the World Bank doing more to help? Oxford: Oxfam; 2020 (<https://views-voices.oxfam.org.uk/2020/10/people-cant-afford-to-pay-for-health-care-in-a-pandemic-why-isnt-the-world-bank-doing-more-to-help/>, accessed 20 November 2020).
36. All foreign nationals in Iran receive free COVID-19 treatment. Tehran Times, 23 August 2020 (<https://www.tehrantimes.com/news/451616/All-foreign-nationals-in-Iran-receive-free-COVID-19-treatment>, accessed 20 November 2020).

37. Soylu R. Coronavirus: Turkey makes treatment and medicine totally free of charge. Middle East Eye, 14 April 2020 (<https://www.middleeasteye.net/news/coronavirus-turkey-free-hospital-treatment-medicine>, accessed 20 November 2020).
38. Psyllides G. Anastasiades calls full implementation of Gesy a “historic day”. Cyprus Mail, 1 June 2020 (<https://cyprus-mail.com/2020/06/01/anastasiades-calls-full-implementation-of-gesy-a-historic-day/>, accessed 20 November 2020).
39. Hunter Q. Ramphosa says govt’s Covid-19 response is preparing country for NHI. news24, 1 June 2020 (<https://www.news24.com/news24/southafrica/news/ramaphosa-says-govts-covid-19-response-is-preparing-country-for-nhi-20200601>, accessed 20 November 2020).
40. Bhuyan A. Covid-19 patients forced to pay out of pocket as insurers and hospitals fight over bills. Scroll.in, 1 October 2020 (<https://scroll.in/article/974411/covid-19-patients-forced-to-pay-out-of-their-pocket-as-insurers-and-hospitals-fight-over-bills>, accessed 20 November 2020).
41. Kliff S. A \$52,112 air ambulance ride: coronavirus patients battle surprise bills. The New York Times, 13 October 2020 (<https://www.nytimes.com/2020/10/13/upshot/coronavirus-surprise-medical-bills.html>, accessed 20 November 2020).
42. Jaliha S. India coronavirus dispatch: Pvt hospitals overcharge despite govt orders. Business Standard, 11 August 2020 ([https://www.business-standard.com/article/current-affairs/india-coronavirus-dispatch-pvt-hospitals-overcharge-despite-govt-orders-120081100888\\_1.html](https://www.business-standard.com/article/current-affairs/india-coronavirus-dispatch-pvt-hospitals-overcharge-despite-govt-orders-120081100888_1.html), accessed 20 November 2020).
43. Covid-19: Hospital in Maharashtra’s Jalna asked to deposit overcharged amount in CM’s Relief Fund. Hindustan Times, 8 September 2020 (<https://www.hindustantimes.com/mumbai-news/covid-19-hospital-in-maharashtra-s-jalna-asked-to-deposit-overcharged-amount-in-cm-s-relief-fund/story-6rkfwilrX9CFvzXpIC6K6l.html>, accessed 20 November 2020).
44. Mhango H. Malawi’s public hospitals close as medics strike over lack of funding for Covid-19. The Telegraph, 24 April 2020 (<https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/malawis-public-hospitals-close-medics-strike-lack-funding-covid/>, accessed 20 November 2020).
45. Nigerian health workers end strike despite no coronavirus hazard pay. Reuters, 21 September 2020 (<https://uk.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-nigeria/nigerian-health-workers-end-strike-despite-no-coronavirus-hazard-pay-idUKKCN26C2B7>, accessed 20 November 2020).
46. Rapalo M. Peru COVID-19: Healthcare workers strike, demanding better conditions. Al Jazeera, 1 October 2020 ([https://www.youtube.com/watch?v=1\\_Masij32lw](https://www.youtube.com/watch?v=1_Masij32lw), accessed 20 November 2020).
47. <https://www.france24.com/en/france/20201015-health-workers-in-france-go-on-strike-as-coronavirus-cases-surge>, accessed 20 November 2020).
48. Slattery G, Brito R. The ventilators never came. How graft hampered Brazil’s COVID-19 response. Reuters, 25 September 2020 (<https://uk.reuters.com/article/us-health-coronavirus-brazil-corruption-idUKKCN26G1EW>, accessed 20 November 2020).

49. Pedroso R, Reverdosa M, Barnes T. As coronavirus cases explode in Brazil, so do investigations into alleged corruption. CNN, 8 July 2020 (<https://edition.cnn.com/2020/07/08/americas/brazil-coronavirus-corruption-intl/index.html>, accessed 20 November 2020).
50. Maylie D. As apparel orders drop, one manufacturer in Africa turns to PPE. Washington DC: International Finance Corporation; 2020 ([https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/region\\_\\_ext\\_content/ifc\\_external\\_corporate\\_site/sub-saharan+africa/news/as+apparel+orders+drop%2C+one+manufacturer+in+africa+turns+to+ppe](https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/region__ext_content/ifc_external_corporate_site/sub-saharan+africa/news/as+apparel+orders+drop%2C+one+manufacturer+in+africa+turns+to+ppe), accessed 20 November 2020).
51. Providing health care remotely during COVID-19. Canberra: Australian Government; 2020 (<https://www.health.gov.au/news/health-alerts/novel-coronavirus-2019-ncov-health-alert/coronavirus-covid-19-advice-for-the-health-and-disability-sector/providing-health-care-remotely-during-covid-19>, accessed 20 November 2020).
52. Angus D, Connolly M, Salita M, Firor P. The shift to virtual care in response to COVID-19. Canberra: PriceWaterhouseCoopers; 2020 (<https://www.pwc.com.au/important-problems/business-economic-recovery-coronavirus-covid-19/shift-virtual-care-response.html>, accessed 20 November 2020).
53. Mebtoul T. Morocco allocates \$342 million to health sector amid COVID-19 crisis. Morocco World News, 20 October 2020 (<https://www.moroccoworldnews.com/2020/10/323203/morocco-allocates-342-million-to-health-sector-amid-covid-19-crisis/>, accessed 20 November 2020).
54. Ryan N. “We must grasp the nettle”: the health service is getting an unprecedented €4bn boost. Thejournal.ie, 13 October 2020 (<https://www.thejournal.ie/health-service-budget-2021-four-billion-5231673-Oct2020/>, accessed 20 November 2020).
55. Abu A, Jimoh AM, Olaniyi S, Omolaoye S, Nwannekanma B, Olatunji K, et al. Outrage over cut in health education budgets. The Guardian Nigeria, 4 June 2020 (<https://guardian.ng/news/outrage-over-cut-in-health-education-budgets/>, accessed 20 November 2020).
56. Carsten P, Eboh C. Nigeria proposes steep basic healthcare budget cuts despite coronavirus. Reuters, 5 June 2020 (<https://uk.reuters.com/article/health-coronavirus-nigeria/nigeria-proposes-steep-basic-healthcare-budget-cuts-despite-coronavirus-idUSL8N2DI3QF>, accessed 20 November 2020).
57. Coronavirus et précarité: ce que révèle la mobilisation de la société civile [Coronavirus and precariousness: what mobilization of civil society has shown]. Paris: Secours catholique–Caritas; 2020 (<https://www.secours-catholique.org/actualites/coronavirus-et-precarite-ce-que-revele-la-mobilisation-de-la-societe-civile>, accessed 20 November 2020).
58. Beardmore S, Gibbons M. Civil society has a crucial role to play in the response to the coronavirus pandemic. Washington DC: Global Partnership for Education; 2020 (<https://www.globalpartnership.org/blog/civil-society-has-crucial-role-play-response-coronavirus-pandemic>, accessed 20 November 2020).

59. “Leaving no one behind”: Delivering on the promise of health for all. Reflections of the civil society engagement mechanism for UHC2030 on the primary health care on the road to universal health coverage 2019 monitoring report. Geneva: UHC2030; 2019 ([https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key\\_Issues/UHC2030\\_civil\\_society\\_engagement/CSEM\\_GMR\\_Commentary\\_2019\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/UHC2030_civil_society_engagement/CSEM_GMR_Commentary_2019_EN_WEB.pdf), accessed 20 November 2020).
60. UN HLM on UHC country advocacy meetings. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://csemonline.net/un-hlm-on-uhc-country-advocacy-meetings-argentina/>, accessed 20 November 2020).
61. Brechenmacher S, Carothers T, Youngs R. Civil society and the coronavirus: dynamism despite disruption. Washington DC: Carnegie Endowment for International Peace; 2020 (<https://carnegieendowment.org/2020/04/21/civil-society-and-coronavirus-dynamism-despite-disruption-pub-81592>, accessed 20 November 2020).
62. Izcurdia J. Confronting COVID: how civil society is responding across countries. Argentina. Argentina: Comprehensive tax reforms necessary to overcome inequalities unearthed by the pandemic. New York City (NY): The Center for Economic and Social Rights; 2020 (<https://www.cesr.org/confronting-covid-how-civil-society-responding-across-countries-argentina>, accessed 20 November 2020).
63. Parravani E. How civil society overturned Buenos Aires’ age-based isolation policy. HelpAge International; 2020 (<https://www.helpage.org/blogs/ellie-parravani-30707/how-civil-society-overturned-buenos-aires-agebased-isolation-policy-1123/>, accessed 20 November 2020).
64. Argentina: We must counter any attempt to go back to the injustices and privileges of the pre-pandemic era. Johannesburg: Civicus; 2020 (<https://www.civicus.org/index.php/media-resources/news/interviews/4507-argentina-we-must-counter-any-attempt-to-go-back-to-the-injustices-and-privileges-of-the-pre-pandemic-era>, accessed 20 November 2020).
65. Tobas F. El modelo de salud argentino: historia, características, fallas [The Argentine health model: history, characteristics, failures]. Buenos Aires: Ministry of Health; 2020 (<http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/el-modelo-de-salud-argentino-historia-caracteristicas-fallas>, accessed 20 November 2020).
66. About us. Suva: Ministry of Health and Medical Services; 2020 ([www.health.gov.fj/about-us/](http://www.health.gov.fj/about-us/), accessed 20 November 2020).
67. Fiji celebrates 40 years of primary health care towards universal health coverage. Manila: World Health organization for the Western Pacific; 2018 (<https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/pacific-support/news/detail/07-04-2018-fiji-celebrates-40-years-of-primary-health-care-towards-universal-health-coverage>, accessed 20 November 2020).
68. How to build back better after the COVID-19 crisis? A practical approach applied to Fiji. Washington DC: The World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2020/09/17/how-to-build-back-better-after-the-covid-19-crisis-a-practical-approach-applied-to-fiji>, accessed 20 November 2020).
69. Media alert – opening ceremony of the COVID-19 CSO Alliance Humanitarian response Centre. Fiji Women’s Rights Movement; 10 August 2020 (<https://www.facebook.com/notes/fiji-womens-rights-movement/media-alert-opening-ceremony-of-the-covid-19-cso-alliance-humanitarian-response-/10222081003309536/>, accessed 20 November 2020).

70. Howes S. Australia leaves Fiji to flounder. DevPolicy Blog. Canberra: Development Policy Centre, Crawford School of Public Policy, College of Asia and the Pacific, The Australian National University, 23 September 2020 (<https://devpolicy.org/australia-leaves-fiji-to-flounder-20200923/>, accessed 20 November 2020).
71. Howes S, Surandiran S. What are Pacific governments spending on in response to COVID-19? DevPolicy Blog. Canberra: Development Policy Centre, Crawford School of Public Policy, College of Asia and the Pacific, The Australian National University, 24 August 2020 (<https://devpolicy.org/what-are-pacific-governments-spending-on-in-response-to-covid-19-20200824/>, accessed 20 November 2020).
72. Australian Humanitarian Partnership. Civil society integral to Fiji's COVID-19 response. PreventionWeb, 29 July 2020. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (<https://www.preventionweb.net/news/view/72959>, accessed 20 November 2020).
73. COVID-19: World Bank boost for Fiji's health sector. Press release, 25 June 2020. Washington DC: The World Bank (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/06/25/covid-19-coronavirus-world-bank-boost-for-fijis-health-sector>, accessed 20 November 2020).
74. European governments must ensure safe and timely access to abortion care during the COVID-19 pandemic. Joint civil society statement, 7 April 2020. London: Amnesty International; 2020 (<https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR0120872020ENGLISH.PDF>, accessed 20 November 2020).
75. Sobel L, Ramaswamy A, Fredericksen B, Salganicoff A. State action to limit abortion access during the COVID-19 pandemic. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; 2020 (<https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/state-action-to-limit-abortion-access-during-the-covid-19-pandemic/>, accessed 20 November 2020).
76. Mohdin A. Relaxation of UK abortion rules welcomed by experts. The Guardian, 30 March 2020 (<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/relaxation-of-uk-abortion-rules-welcomed-by-experts-coronavirus>, accessed 20 November 2020).
77. Tellier S, editor. Sexual reproductive health and rights. Agreements and disagreements. A background document of the evidence base. Seventh edition. Copenhagen: Working Group on Reproductive Health and Rights; 2016 (<https://womens.dk/wp-content/uploads/2015/11/SRHR-Background-paper-2016-Dec-kopi.pdf>, accessed 20 November 2020).
78. Smith J. Overcoming the "tyranny of the urgent": integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender Dev.* 2019;27(2):355–69.
79. Wenham C, Smith J, Morgan R, on behalf of the Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *Lancet.* 2020;395(10227):846–8.
80. Eklund L, Tellier S. Gender and international crisis response: do we have the data, and does it matter? *Disasters.* 2012;36(4):589–608.
81. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. The Sex, Gender and COVID-19 Project. London: University College London, Global Health 5050; 2020 (<https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/>, accessed 20 November 2020).

82. Weekly epidemiological update, 20 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---20-october-2020>, accessed 20 November 2020).
83. Vogelstein RB, Bro A. Women's power index. New York City (NY): Council on Foreign Relations; 2020 (<https://www.cfr.org/article/womens-power-index>, accessed 20 November 2020).
84. Garikipati S, Kambhampati U. Leading the fight against the pandemic: Does gender "really" matter? Rochester (NY): SSRN; 2020 ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3617953](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3617953), accessed 20 November 2020).
85. Maclean K. Women leaders and coronavirus: look beyond stereotypes to find the secret to their success. *The Conversation*, 29 June 2020 (<https://theconversation.com/women-leaders-and-coronavirus-look-beyond-stereotypes-to-find-the-secret-to-their-success-141414>, accessed 20 November 2020).
86. Lewis H. The pandemic has revealed the weakness of strongmen. *The Atlantic*, 6 May 2020 (<https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/05/new-zealand-germany-women-leadership-strongmen-coronavirus/611161/>, accessed 20 November 2020).
87. Wieler L, Rexroth U, Gottschalk R. Emerging COVID-19 success story: Germany's strong enabling environment. Seattle (WA): Exemplars in Global Health; 2020 (<https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>, accessed 20 November 2020).
88. COVID-19 press conference, 13 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-transcript-emergencies-coronavirus-press-conference-full-13mar2020848c48d2065143bd8d07a1647c863d6b.pdf?sfvrsn=23dd0b04\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-transcript-emergencies-coronavirus-press-conference-full-13mar2020848c48d2065143bd8d07a1647c863d6b.pdf?sfvrsn=23dd0b04_2), accessed 20 November 2020).
89. Asthana S, Davies SE, Dhatt R, Keeling A, Lal A, Phelan A, et al. Gender and COVID-19 project and women in global health. Strengthen gender mainstreaming in WHO's pandemic preparedness and response, policy brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.genderandcovid-19.org/wp-content/uploads/2020/10/Strengthen-gender-mainstreaming-in-WHOs-pandemic-preparedness-and-response.pdf>, accessed 20 November 2020).
90. Banik A, Nag T, Roy Chowdhury S, Chatterjee R. Why do COVID-19 fatality rates differ across countries? An explorative cross-country study based on select indicators. *Global Business Rev.* 2020;21(3):607–25.
91. Middelburg RA, Rosendaal FR. COVID-19: How to make between-country comparisons. *Int J Infect Dis.* 2020;96:477–1.
92. Crosby A, Dieleman JL, Kiernan S, Bollyky TJ. All bets are off for measuring pandemic preparedness. *Think Global Health*. New York City (NY): Council on Foreign Relations; 2020 (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/all-bets-are-measuring-pandemic-preparedness>, accessed 20 November 2020).

93. BMA Media Team. Thousands of doctors unable to offer patients the desperate care they need as a result of COVID-19 pandemic, BMA survey finds. London: British Medical Association; 2020 (<https://www.bma.org.uk/bma-media-centre/thousands-of-doctors-unable-to-offer-patients-the-desperate-care-they-need-as-a-result-of-covid-19-pandemic-bma-survey-finds>, accessed 20 November 2020).
94. Peters DH, Hanssen O, Gutierrez J, Abrahams J, Nyenswah T. Financing common goods for health: core government functions in health emergency and disaster risk management. *Health Syst Reform*. 2019;5(4):307–21.
95. Elliott L. IMF estimates global Covid cost at \$28tn in lost output. *The Guardian*, 13 October 2020 ([https://www.theguardian.com/business/2020/oct/13/imf-covid-cost-world-economic-outlook#:~:text=The%20International%20Monetary%20Fund%20has,21.5tn\)%20in%20lost%20output](https://www.theguardian.com/business/2020/oct/13/imf-covid-cost-world-economic-outlook#:~:text=The%20International%20Monetary%20Fund%20has,21.5tn)%20in%20lost%20output), accessed 20 November 2020).
96. Voluntary national reviews database. New York City (NY): United Nations, Division for Sustainable Development Goals; 2020 (<https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>, accessed 20 November 2020).
97. 2017 HLPF thematic review of SDG3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. New York City (NY): United Nations, High-level Political Forum on Sustainable Development; 2017 ([https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14367SDG3format-rev\\_MD\\_OD.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/14367SDG3format-rev_MD_OD.pdf), accessed 20 November 2020).
98. Knowledge exchange on approaches and tools for the voluntary national reviews. Summary of approaches and tools. New York City (NY): United Nations; 2020 ([https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/25361Knowledge\\_Exchange\\_Booklet\\_for\\_2020\\_VNR\\_Countries.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/25361Knowledge_Exchange_Booklet_for_2020_VNR_Countries.pdf), accessed 20 November 2020).
99. Knowledge exchange on approaches and tools for the VNRs. Summary of approaches and tools. 17 October 2018, Geneva, Switzerland. New York City (NY): United Nations; 2018 ([https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21099KNOWLEDGE\\_EXCHANGE\\_Leaflet\\_FINAL\\_for\\_distribution.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21099KNOWLEDGE_EXCHANGE_Leaflet_FINAL_for_distribution.pdf), accessed 20 November 2020).
100. Resources & toolkits. Action for Sustainable Development; 2020 (<https://action4sd.org/resources-toolkits/>, accessed 20 November 2020).
101. Gómez EJ. Civil society in global health policymaking: a critical review. *Globalization Health*. 2018;14:73.
102. Lee K. Civil society organizations and the functions of global health governance: What role within intergovernmental organizations? *Global Health Gov*. 2010;3(2):[http://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee\\_Civil-Society-Organizations-and-the-Functions-of-Global-Health-Governance\\_Spring-2010.pdf](http://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Lee_Civil-Society-Organizations-and-the-Functions-of-Global-Health-Governance_Spring-2010.pdf).
103. Civil Society Engagement Mechanism. Medford (MA): Management Sciences for Health; Nairobi: WACI Health; 2020 (<https://cseonline.net>, accessed 20 November 2020).



- 104.** World Economic Forum, on behalf of the UHC2030 private sector constituency. Blog: Access and innovation: two issues for the private sector's response to COVID-19, 18 May 2020. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/access-and-innovation-two-issues-for-the-private-sectors-response-to-covid-19-555360/>, accessed 20 November 2020).
- 105.** Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*. 2020;5(5):e002655.
- 106.** Koonin G, Rajan D, Monteforte E, Nicod M. Guest article: Covid-19 – a test for political leaders to truly leave no one behind. New York City (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2020 (<https://www.un.org/development/desa/en/news/nocat-uncategorized/covid-19-a-test-for-political-leaders.html>, accessed 20 November 2020).
- 107.** Blog: The UHC2030 related initiatives are promoting important messages and learning on health systems and the COVID-19 response, 22 September 2020. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-news/experiences-and-insights-on-health-policy-and-systems-responses-to-covid-19-555412/>, accessed 20 November 2020).
- 108.** Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schmetts G, Soucat A, Paviza A. The private sector and universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 2019;97:434–5.
- 109.** Group of Friends of UHC. Geneva: UHC2030; 2019 (<https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/group-of-friends-of-uhc/>, accessed 20 November 2020).
- 110.** Press release: Minister Motegi Toshimitsu co-hosted ministerial meeting of Group of Friends of Universal Health Coverage (UHC), 8 October 2020. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs of Japan; 2020 ([https://www.mofa.go.jp/press/release/press4e\\_002929.html](https://www.mofa.go.jp/press/release/press4e_002929.html), accessed 20 November 2020).
- 111.** Letter dated 26 October 2020 from the Permanent Representatives of Georgia, Japan and Thailand to the United Nations addressed to the Secretary-General and the President of the General Assembly (A/75/550). New York City (NY): United Nations; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/550>, accessed 20 November 2020).
- 112.** UHC joint statement to the UN Deputy Secretary-General. New York City (NY): Permanent Mission of Japan to the United Nations; 2020 ([https://www.un.emb-japan.go.jp/itpr\\_en/pressreleases\\_110920.html](https://www.un.emb-japan.go.jp/itpr_en/pressreleases_110920.html), accessed 20 November 2020).
- 113.** The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>, accessed 20 November 2020).
- 114.** Clarke D, Hellowell M, O'Hanlon B, Eldridge C. All hands on deck: mobilising the private sector for the COVID-19 response. Geneva: UHC2030; 7 April 2020 (<https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/all-hands-on-deck-mobilising-the-private-sector-for-the-covid-19-response-555347/>, accessed 22 November 2020).

# UHC2030



[www.UHC2030.org](http://www.UHC2030.org)



[@UHC2030](https://twitter.com/UHC2030)



[info@UHC2030.org](mailto:info@UHC2030.org)



© 2020 UHC2030

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UHC2030 concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by UHC2030 in preference to others of a similar nature that are not mentioned.

All reasonable precautions have been taken by UHC2030 to verify the information contained in the publications. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall UHC2030 be liable for damages arising from its use.

Materials featured on this publication are the copyright of UHC2030. They may be used freely for research and not-for-profit activities provided full credit is given.

UHC2030 encourages the use of the materials on this publication and the creation of hypertext links or references to this publication as appropriate.