



UHC2030

# El estado del compromiso con la cobertura sanitaria universal: síntesis 2021



# Contenido

Reconocimientos.....	3
Glosario .....	5
Resumen ejecutivo .....	7
Introducción .....	10
Metodología .....	13
Hallazgos .....	15
Referencias .....	29

[Anexos](#)

# Reconocimientos

La alianza CSU2030 extiende su reconocimiento a los Estados miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) por confiarnos la importante misión de contribuir con las siguientes tareas: el desarrollo y fortalecimiento de la sustentabilidad de la cobertura sanitaria universal (CSU) a nivel nacional (A/RES/72/139); la preparación y el funcionamiento de la reunión de alto nivel de la ONU para CSU en 2019, particularmente en relación a la diseminación de la evidencia, buenas prácticas, desafíos y lecciones aprendidas (A/RES/73/131); la revitalización y promoción de alianzas globales fuertes con todos los interesados de forma de asegurar la colaboración para el trabajo con los Estados miembros, incluyendo el apoyo técnico, la construcción de capacidades y el fortalecimiento de la abogacía (A/RES/74/2).

Agradecemos a Graciela Cuevas y Justin Koonin, presidentes del Comité de Dirección de la alianza CSU2030, por su conducción estratégica del secretariado. Este proyecto fue coordinado por Akihito Watabe, líder del grupo de tareas para el Estado del compromiso con la CSU, bajo la dirección de Marjolaine Nicod y Tomas Palu, líderes de la alianza CSU2030.

Esta síntesis y los perfiles de país fueron actualizados por el grupo de tareas del Estado del compromiso con la CSU, con la contribución de otros participantes de la alianza CSU2030, y con el apoyo para la investigación de parte del Instituto Suizo para el Trópico y la Salud Pública en Basilea, Suiza. La alianza CSU2030 agradece a todas las personas por su compromiso con el trabajo, sobre todo teniendo en cuenta que parte de él fue realizado durante la pandemia de COVID-19. El grupo de tareas aportó con la dirección general, apoyó la diseminación de la encuesta sobre CSU y la recolección de historias, consultó con los interesados clave y revisó todas las versiones en borrador.

- Contribuyeron individualmente con el trabajo del grupo de tareas, Katie Husselby, Masaki Inaba, Itai Rusike, Oli Henman, Aminu Garba, Ravi Ram, Logan Ansell, Toomas Palu, Faraz Khalid, Gabriela Flores, Gang Sun, Ann Keeling, Roopa Dhatt, Tara Brace-John, Ammara Khan, Aishling Thurow, Waiswa Nkwanga, Carthi Mannikarottu y Jessica Clark.
- Por parte del Instituto Suizo para el Trópico y la Salud Pública: Daniel Cobos y Anna Socha como líderes técnicos del proyecto; Dell Saulnier, como gerente para la recolección y análisis de datos; Anna Socha, Daniel Cobos, Dell Saulnier, Jana Gerold, Katarina Dudová, Salma Elgamal, Laura Monzon, Jinxiu Wang y Fabrizio Tediosi hicieron aportes al informe. Anindita Rochili, Kirubel Mussie, Metti Girma Temesgen, Sana Khan, Kyaw Htun Naing, Khin Sandar Bo y Rose Nadege Mbaye apoyaron la recolección y análisis de los datos. Luis Felipe Patiño Velásquez como experto en PowerBI desarrolló el tablero de control para los perfiles de país.

Este trabajo no hubiera podido hacerse sin la contribución de un grupo de interesados clave a la encuesta CSU 2021 y las historias. Apreciamos enormemente sus comentarios y su tiempo. En particular, agradecemos al Grupo Consultivo del Mecanismo de Participación de la Sociedad Civil y a los siguientes aliados por la organización de los grupos focales sobre la CSU en los países: el Consejo de Organizaciones de servicios en Sida del Asia Pacífico; el Consejo Global de Salud, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Medialuna Roja, la Alianza NCD, el Movimiento de Salud de las personas, Save the Children y el Programa Conjunto de la ONU para VIH/sida.

Asimismo, manifestamos nuestro reconocimiento a Paloma de la Cruz por las comunicaciones estratégicas, a Moncef Zinaï por optimizar los datos del portal, a Jennifer Rose por la puesta en página y el diseño, y a Françoise Lafourcade y María Faget por las traducciones al francés y al español de esta publicación.

Agradecemos a todos los aliados de la CSU2030 que han respaldado el compacto global de progreso hacia la CSU por su compromiso colectivo y su trabajo para alcanzar la CSU para el 2030.



©The Global Fund / John Rae

# Glosario

## **Cobertura Sanitaria Universal**

(CSU): Asegurar que todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesiten, incluyendo servicios de promoción, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos, de calidad suficiente para ser efectivos, y que no expongan a los usuarios a dificultades financieras. La cobertura sanitaria universal tiene tres dimensiones: la cobertura de los servicios de salud (qué servicios están disponibles), la protección financiera (cuánto deben pagar los usuarios para recibir el servicio), y la cobertura de la población (quienes están cubiertos) (1).

## **No dejar a nadie atrás**

El principio de la ONU de “no dejar a nadie atrás” implica no solamente llegar a los más pobre entre los pobres, sino además combatir la discriminación y la inequidad creciente -y sus causas- entre los países y dentro de ellos. El no dejar a nadie atrás significa moverse más allá de evaluar el progreso promedio y agregado, y asegurar el progreso de todos los grupos poblacionales en niveles desagregados.

## **Población vulnerable**

la población vulnerable incluye a las personas usuarias que pertenecen a minorías raciales o étnicas, personas mayores, personas que tienen limitaciones socioeconómicas, que no acceden a aseguramiento en salud, o que tienen determinadas condiciones médicas. Las personas en este grupo a menudo tienen condiciones de salud que se ven exacerbadas por una inadecuada atención en salud (2).

## **Determinantes sociales de la salud**

Son las condiciones ambientales en las que una persona nace, vive, estudia, trabaja, juega, ora y envejece que impactan sobre amplio espectro de resultados y riesgos para la salud, el funcionamiento y la calidad de vida. También contribuyen a amplias disparidades e inequidades en salud (3).

## **Enfoque de todo gobierno**

Es un enfoque de sistema total que contribuye al abordaje de los desafíos en la salud y el bienestar, que trasciende los límites sectoriales tradicionales y que promueve la buena gobernanza, fortaleciendo la rendición de cuentas en todos los sectores, promoviendo la participación más amplia en la política, mejorando su coherencia y fortaleciendo la colaboración y las alianzas.

## **Enfoque de salud en todas las políticas**

Implica la protección de la salud de las personas, abordando de forma integral los determinantes sociales, económicos, ambientales y otros, y trabajando con todos los sectores.

### Actores no estatales

Organizaciones e individuos que no están afiliados, dirigidos o financiados a través de organizaciones de gobierno, pero aun así pueden estar involucradas en las políticas de salud para la CSU. Incluyen la sociedad civil, el sector privado, la academia, las comunidades y los prestadores de salud.

### Enfoque multisectorial

El involucramiento con uno o más sectores adicionales al sector salud.

### El compromiso de múltiples actores

El involucramiento de actores fuera del gobierno nacional y de los partidos políticos gobernantes, incluyendo la ciudadanía, la sociedad civil, organizaciones y entidades no gubernamentales e internacionales, aliados para el desarrollo, el sector privado, los gobiernos locales, los sindicatos, parlamentarios y la academia. La participación puede tomar diferentes formas.

### Pago del bolsillo

Se refiere al pago directo al proveedor de salud por parte de las personas a la hora de usar el servicio, excluyendo el prepago de los servicios de salud por ejemplo en la forma de impuestos o primas de seguros o contribuciones, y cuando sea posible la ganancia de cualquier reembolso al pago que realizó la persona.



©WHO / Blink Media - Hilina Abebe

# Resumen Ejecutivo

## 2021: Una lección sobre la urgencia de la cobertura sanitaria universal

A dos años del comienzo de la pandemia, el COVID-19 sigue revelando y exacerbando inequidades y empujando a millones de personas en la pobreza. El informe de monitoreo de la CSU 2021 sugiere que los desafíos previos al COVID-19, combinados con las dificultades adicionales surgidas de la pandemia otorgan aún más urgencia a la lucha para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) (4).

“Es probable que todo el progreso alcanzado en los últimos 20 años en la cobertura sanitaria universal sea anulado por la pandemia de COVID-19, alejando más al mundo de la meta de lograr que un millón adicional de personas alcancen la cobertura universal en salud para el 2023. Si bien la cobertura de servicios aumentó durante la pandemia, la reducción de las dificultades financieras continuó siendo un desafío con inequidades persistentes. Sin tener en cuenta el impacto de la pandemia de COVID-19, y con las tasas actuales de progreso, tanto para la cobertura de servicios como para las dificultades financieras, se estima que para 2023, solamente 270 millones de personas adicionales serán cubiertas por servicios esenciales de salud sin sufrir gastos de bolsillo catastróficos. Esto significa un déficit de 730 millones de personas”.

La lección de la pandemia es clara: la salud es una inversión para el bienestar y la seguridad futura para todas las personas. El logro de la CSU nunca fue tan urgente. Todas las personas en todas partes deben tener acceso a servicios de salud de calidad - incluyendo vacunas, pruebas y tratamiento para el COVID-19 - sin sufrir dificultades financieras. La pandemia también ha reforzado la conclusión de que, para alcanzar tanto la CSU como la seguridad en salud, los países deben invertir en sistemas de salud resilientes y equitativos, basados en la atención primaria en salud (APS). Se necesita un enfoque integral, multisectorial e inclusivo que ponga a las comunidades en el centro de la toma de decisiones.

## Es Estado del compromiso con la CSU de 2021

**El Estado del compromiso con la CSU aporta una visión única de todos los actores interesados sobre una pregunta simple. ¿Qué medidas están adoptando los gobiernos para cumplir sus compromisos en materia de CSU?** El análisis muestra que los países han realizado un amplio abanico de compromisos en relación a la CSU, han fijado metas nacionales y han reconocido la importancia de la CSU para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sustentable (ODS) 3: “asegurar una vida saludable y el bienestar a todas las personas en todas las edades”. Muchos han priorizado la equidad en sus compromisos con la CSU; sin embargo, persisten brechas entre la política, la implementación y los resultados. El COVID-19 ha traído desafíos adicionales, ya que

los servicios de salud han sido impactados y los países enfrentan fuertes sacudidas económicas. Los hallazgos señalan la importancia de desarrollar enfoques estratégicos claros para el logro de la CSU, basados en servicios de salud resilientes y equitativos y la participación creciente de actores no gubernamentales, usando mecanismos multidimensionales para identificar y alcanzar a las comunidades más vulnerables, y mejorar la colaboración con otros sectores además del sector salud.

La reunión de alto nivel de la ONU sobre la CSU que se llevará a cabo en 2023 constituirá un hito significativo. A medio camino del plazo para alcanzar los ODS, los jefes de Estado y los gobiernos llevarán a cabo un análisis exhaustivo sobre lo que se ha hecho a la fecha, para identificar las brechas y los medios para acelerar el progreso hacia el logro de la CSU para el 2030. Previo a la reunión, los líderes tienen una oportunidad crucial y urgente para convertir las lecciones aprendidas de la pandemia del COVID-19 en acciones concretas para proteger a las personas, particularmente a las más vulnerables, y para proteger el derecho a la salud. Los hallazgos del Estado del compromiso con la CSU de 2021 proveen una base muy útil para construir hacia el futuro sistemas de salud equitativos y resilientes que no dejen a nadie atrás, ya sea en períodos de crisis o de calma.

## **Sobre la revisión del Estado del compromiso con la CSU**

Todos los países se comprometieron en los ODS con alcanzar la CSU en el 2030. Fortalecieron este compromiso en la reunión de alto nivel de la ONU sobre la CSU en septiembre de 2019, y aprobaron la más ambiciosa declaración sobre salud de la historia. Es crucial, especialmente teniendo en cuenta el COVID-19, que los países rindan cuentas sobre este compromiso y cumplan con su obligación de no dejar a nadie atrás.

La revisión de este año está basada en 45 perfiles de país actualizados, a los que se puede acceder a través del portal de la CSU. La síntesis toma información de varias fuentes, desde encuestas online y análisis de políticas, al monitoreo de medios y consultas con actores no gubernamentales. Provee una reseña sobre los hallazgos clave de 45 países, consolida perspectivas diversas, y resume el progreso, las brechas, los desafíos y las oportunidades para el logro de los compromisos y las acciones para la CSU.



### **Hallazgo clave 1**

La mayoría de los países hicieron compromisos fuertes y fijaron metas para la CSU, y un número creciente de ellos está analizando su progreso. Para alcanzar la CSU en 2030, los gobiernos deben cumplir con sus compromisos.

### **Hallazgo clave 2**

Los compromisos con la CSU y los reportes muy a menudo no están vinculados con una estrategia clara para alcanzar la CSU. Los gobiernos deben desarrollar y saber comunicar sus mecanismos y caminos para alcanzar la CSU en las estrategias nacionales de salud, basadas en sistemas de salud equitativos y resilientes.

### **Hallazgo clave 3**

Los planes y los informes de los gobiernos sobre la CSU a veces se enfocan en determinadas enfermedades o servicios de forma fragmentada. La CSU es una oportunidad para acelerar los resultados positivos a lo largo y ancho de las prioridades de salud, basándose en un enfoque integral hacia el fortalecimiento de los servicios.

### **Hallazgo clave 4**

Los actores no gubernamentales no siempre tienen oportunidades para participar en los análisis de progreso o la implementación de planes liderados por los gobiernos. Los gobiernos por sí solos no conseguirán alcanzar la CSU, y deben crear las condiciones para la participación significativa de actores no gubernamentales en los procesos relevantes de gobierno.

### **Hallazgo clave 5**

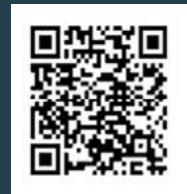
La importancia de la equidad está fuertemente reconocida en las iniciativas vinculadas con la CSU, pero necesita ser operacionalizada de forma integral. Los gobiernos deben identificar y alcanzar a todos los grupos de la sociedad que estén en peligro de ser desatendidos, incluyendo los grupos en la intersección de múltiples vulnerabilidades.

### **Hallazgo clave 6**

Los gobiernos se comprometieron con la acción multisectorial para abordar los factores por fuera del sistema de salud. La colaboración con sectores diferentes al sector salud puede mejorar significativamente, y así asegurar una acción colectiva y sistemática para abordar los determinantes de salud sociales, económicos, ambientales y comerciales.

### **Infórmate sobre el estado del compromiso de tu país con la CSU**

El portal de datos sobre CSU es una interfaz única para obtener reseñas del estado del compromiso de cada país, acceder a datos sobre la CSU y los sistemas de salud, y para visualizar las estadísticas oficiales sobre los ODS, y otras fuentes seleccionadas de los aliados de la CSU2030.



# Introducción

En 2019, durante la reunión de alto nivel de la ONU sobre la CSU, los líderes mundiales firmaron la declaración política sobre la salud más ambiciosa y más comprehensiva de la historia: Movernos juntos para construir un mundo más saludable (5). Con esa firma, los países se comprometieron a asegurar que para el año 2030, todas las personas en todas partes van a poder recibir los servicios de salud de calidad que necesiten, sin sufrir dificultades financieras. Los países se comprometieron asimismo a cubrir a más de mil millones de personas nuevas hacia 2023 con servicios esenciales de buena calidad, y medicamentos esenciales, vacunas, pruebas diagnósticas y tecnologías de salud que sean seguras, efectivas y asequibles (6).

El objetivo de este análisis fue la selección cuidadosa entre diversas visiones de una gama de actores clave sobre la situación actual del compromiso con el progreso para alcanzar la CSU en 2030. **Hicimos una pregunta simple: ¿Qué medidas están adoptando los gobiernos para cumplir sus compromisos en materia de CSU?** Este análisis es político, enfocado en los países y orientado a la acción, y por lo tanto complementa el enfoque más técnico de los informes globales de monitoreo de la CSU, que analizan los indicadores de cobertura de servicios y de protección financiera.

La pandemia de COVID-19 hizo más urgente la creación de servicios de salud equitativos y resilientes, que satisfagan las necesidades de las comunidades (7, 8, 9). Durante la pandemia, los países de todo el mundo y en los diferentes niveles de ingresos, han luchado para asegurar una atención en salud adecuada y el acceso a insumos médicos, pruebas diagnósticas, y atención especializada. Aquellos países con sistemas de salud débiles, disparidades en salud significativas y redes de contención social y financiera inadecuadas, han debido enfrentar los mayores desafíos (9,10). El primer análisis Estado del compromiso con la CSU, publicado en diciembre de 2020 (11), encontró que los grupos más pobres y vulnerables fueron desatendidos en mayor medida en muchos países, y que las inequidades aumentaron con el COVID-19. La pandemia expuso y exacerbó las debilidades en los sistemas de salud, destacando la falta de inversión y de redes de seguridad social, y la escasa capacidad de respuesta frente a las emergencias.

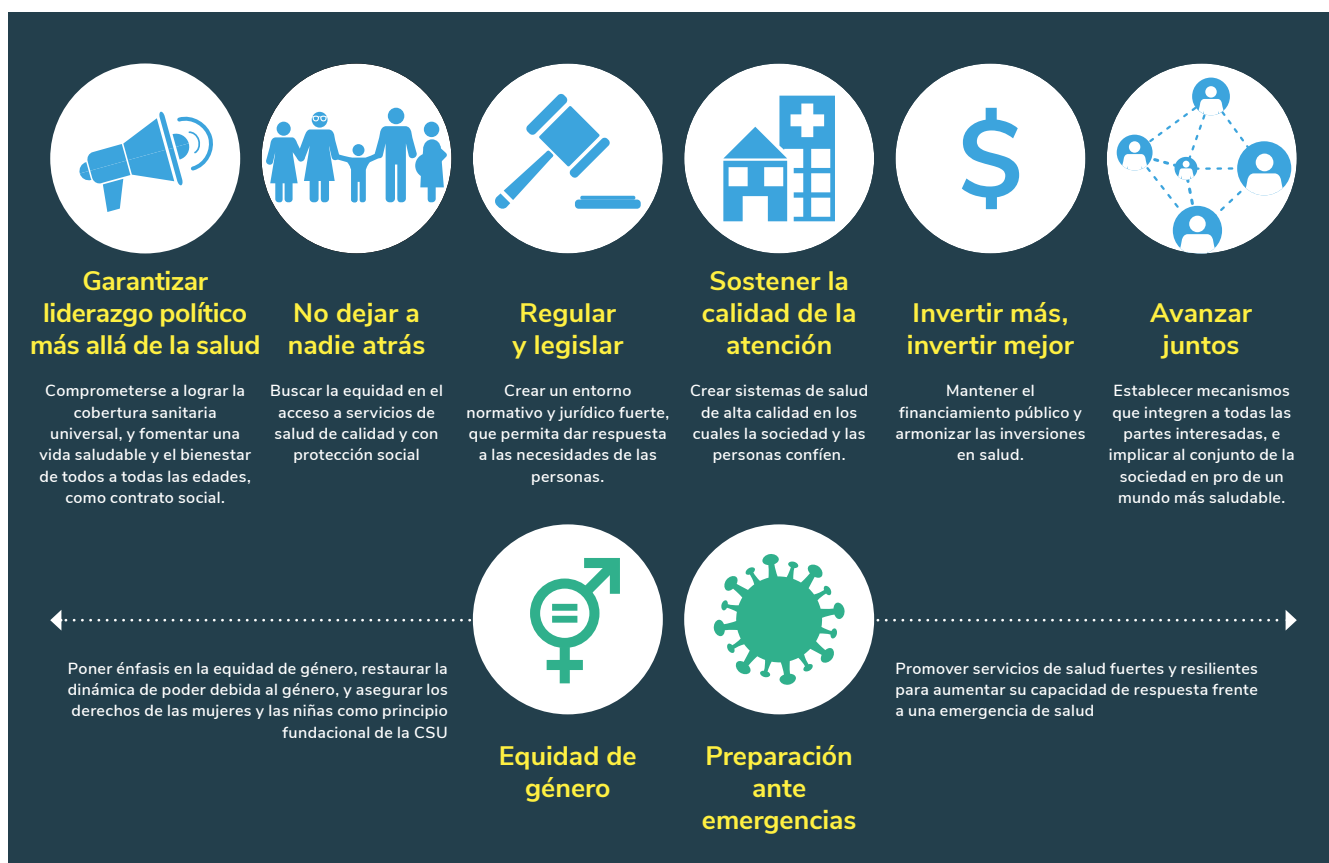
Los compromisos con la CSU en cada país están influenciados por el contexto nacional y las políticas, la gobernanza y los mecanismos de rendición de cuentas (12). Aunque el principio de “muchos caminos, una dirección” hacia la CSU impone algunos desafíos para evaluar el progreso en los compromisos, debe ser adoptado para conseguir avances significativos en la comprensión y en los enfoques hacia la CSU.

La salud es una opción política (13), y es fundamental que los líderes políticos rindan cuentas por sus compromisos con la CSU. Una dirigencia política inadecuada y las dificultades financieras siguen siendo los mayores obstáculos para lograr un progreso equitativo (14). Para mantener el

impulso de la CSU y asegurar la rendición de cuentas, los compromisos políticos deben medirse y monitorearse con una acción correspondiente, tal como se ha hecho con las enfermedades tales como el VIH/sida y con temas específicos de algunos grupos particulares, tales como la salud de las mujeres, la niñez y la adolescencia (14-18). Más aun, dada la complejidad de los sistemas de salud y su ecosistema más amplio, el filtrar los datos a través de la perspectiva de un grupo particular no va a asegurar la rendición de cuentas. La toma de decisiones, el monitoreo, el análisis y la acción correctiva deben involucrar a todos los actores interesados clave para asegurar de este modo la legitimidad, y para poder compartir la responsabilidad por las decisiones tomadas.

La alianza CSU2030 comenzó a analizar el estado del Compromiso con la CSU 2020 de manera de contar con una visión consolidada de todos los actores sobre los compromisos nacionales y globales para alcanzar la CSU en 2030. Su objetivo es respaldar la rendición de cuentas y la abogacía a nivel nacional, y así asegurar que los líderes políticos se responsabilicen y rindan cuentas de por sus compromisos con la CSU. Específicamente, el análisis da seguimiento a las metas, los compromisos y las acciones de seguimiento acordadas en la reunión de alto nivel de la ONU sobre la CSU y la Declaración Política sobre la CSU (5). La alianza CSU2030 resumió algunos párrafos relevantes contenidos en la Declaración Política en relación con las Peticiones Clave del Movimiento para la CSU en un documento que provee un esquema para la abogacía estratégica y la rendición de cuentas por parte de los actores clave, que permita traducir en acciones los compromisos de la reunión de alto nivel (Fig.1).

**Fig. 1. Áreas clave de compromisos con la cobertura sanitaria universal (6)**



El Estado del compromiso con la CSU tiene dos elementos principales. El primer elemento es el portal de datos que provee un tablero de control donde se muestran los compromisos nacionales con la CSU y el progreso a lo largo del tiempo. El [tablero de control de la CSU 2020](#) fijó una línea de base de los compromisos con la CSU para todos los 193 países miembro de la ONU. El [tablero de control de la CSU 2021](#) muestra el progreso hacia los compromisos de 45 países<sup>1</sup> seleccionados que presentaron o se comprometieron a presentar un análisis nacional voluntario (ANV) de su progreso en 2021. El ANV es una alianza nacional conformada por múltiples actores para dar seguimiento y analizar los logros de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

El segundo elemento del análisis es esta síntesis global de los mensajes clave sobre los compromisos y las acciones para la CSU. Los propósitos de esta síntesis son:

- diseminar los hallazgos de alto nivel sobre el estado del compromiso de 2021 en 45 países;
- destacar ejemplos nacionales de brechas y de progresos en el camino hacia la CSU; y
- complementar los perfiles de país en el portal de datos sobre la CSU con las “historias detrás de los datos” del tablero.



©The Global Fund / Kuni Takahashi

1 Afganistán, Alemania, Angola, Antigua y Barbuda, Azerbaiyán, Bahamas, Bután, Bolivia, Cabo Verde, Chad, China, Colombia, Cuba, Chequia, Chipre, Dinamarca, Yibuti, Egipto, España, Guatemala, Indonesia, Iraq, Islas Marshall, Japón, Madagascar, Malasia, México, Myanmar, Namibia, Nicaragua, Níger, Noruega, Pakistán, Paraguay, Catar, República Democrática de Corea, República Popular de Corea del Norte, República Popular de Lao, República Dominicana, San Marino, Sierra Leone, Suecia, Tailandia, Túnez, Uruguay y Zimbabue.

# Metodología

**El objetivo de El estado del compromiso con la CSU es contestar la siguiente pregunta: ¿Qué medidas están adoptando los gobiernos para cumplir sus compromisos en materia de CSU?**

El proceso reúne un conjunto de fuentes de datos y de perspectivas de actores no gubernamentales y gobiernos para evaluar qué ha pasado con los compromisos con la CSU durante el año 2021. Esto incluye: i) la medida en que se han iniciado las acciones sobre los compromisos en los países incluidos en este análisis; y ii) las áreas de compromiso con la CSU que han sido priorizadas.

Este análisis está basado en varias fuentes de datos, entre ellas, la revisión de políticas y documentos, encuestas con actores de gobierno y actores no gubernamentales, una colección de indicadores relacionados con la CSU provenientes de bases de datos globales, el monitoreo de los medios y consultas con actores no gubernamentales en países seleccionados. Un [anexo separado](#) describe la metodología en detalle. En resumen, se analizaron 113 documentos de políticas de salud de los 45 países, se llevaron a cabo consultas con actores no gubernamentales en nueve países, y se analizaron 12 informes ANV o “informes paralelos”, que corresponden al monitoreo de los ODS liderado por la sociedad civil. Siete gobiernos y 76 actores no gubernamentales respondieron a la encuesta sobre CSU adaptada, y se incluyeron 759 medios (redes sociales y de noticias) en el análisis. El documento resultante tiene entonces una buena base para identificar desafíos y avances comunes en países diversos y desde miradas diferentes, a la vez que se reconoce que estos hallazgos no pueden representar el progreso de todos los países hacia la CSU.

Al inicio del análisis de este año, los participantes señalaron la importancia de desagregar el continuo de “compromiso” que va desde la voluntad política de alto nivel hasta las reformas institucionales y la implementación de cambios. En el Recuadro 1, mostramos de qué manera se describieron tres categorías de compromiso, considerando el progreso de los países hacia la CSU y los datos presentados en el tablero de los perfiles de país.

## Recuadro 1. Continuo de compromisos con la CSU<sup>a</sup>

### **Compromiso retórico (voluntad política)**

Una declaración abierta (verbal o escrita) hecha por miembros de un gobierno que reconoce la importancia de la CSU y que la acción es necesaria. Un compromiso retórico puede ser un “gesto simbólico”, o puede llegar a integrar la “agenda de decisión” del gobierno y convertirse en acción a través de orientaciones para la acción por parte del gobierno o la sociedad de uno de los dos tipos de compromiso.

### **Compromiso institucional (reforma institucional)**

Implica la conversión de un compromiso retórico en infraestructura política sustantiva, incluyendo el traspaso de la responsabilidad de coordinar las acciones y adoptar legislación, políticas, e instrumentos de política pertinentes.

### **Compromiso operacional (implementación)**

Implica la conversión de un compromiso retórico e institucional a la acción en el terreno, que puede incluir la asignación de recursos humanos, técnicos o financieros; la coordinación efectiva de los actores a lo largo de la implementación a nivel nacional o sub nacional, y el compromiso de los gerentes de programas y equipos implementadores.

<sup>a</sup> Adaptado de (19)

# Hallazgos

Se encontró una gran diversidad entre los países en términos de sus compromisos con la CSU. La mayor parte tienen compromisos nacionales fuertes y metas de CSU. Un creciente número de países está analizando su progreso. Otros pocos países han articulado una visión clara y estratégica para lograr la CSU, especialmente en vista de la pandemia de COVID-19 y sus efectos sobre la salud y la economía.

El mensaje general claro es que los países no lograrán la CSU en 2030 a menos que actúen en función de sus compromisos. Hay que acelerar la traducción de la voluntad política en impactos sanitarios para lograr la CSU para el 2030.

Aunque no existe un modelo que sirva para todos los países, los hallazgos muestran la importancia de algunas estrategias: desarrollar enfoques estratégicos claros para el logro de la CSU, basados en sistemas de salud resilientes y equitativos; aumentar la participación de la sociedad civil; usar enfoques multidimensionales para identificar y alcanzar las comunidades más vulnerables, y; fortalecer la colaboración con sectores fuera del sector salud. Estas estrategias se detallan más abajo.



©The Global Fund / Petteñik Wiggers / Panos

**Hallazgo clave 1:** La mayoría de los países hicieron compromisos fuertes y fijaron metas para la CSU, y un número creciente de ellos está analizando su progreso. Para alcanzar la CSU en 2030, los gobiernos deben cumplir con sus compromisos.

**Los países han hecho una amplia gama de compromisos alineados con la Declaración Política sobre la CSU (5), fijando metas nacionales e incluyendo la CSU en sus análisis de logros hacia los ODS.** La mayor parte de los países han acordado compromisos en línea con las áreas clave de compromisos (Fig.1). El área en la cual la mayoría de los países han trabajado más es “no dejar a nadie atrás”, sugiriendo una clara comprensión de parte de los gobiernos sobre la centralidad de la equidad para alcanzar la CSU.

**Comparado con años anteriores, en 2021, una proporción mayor de los informes ANV analizaron la CSU de manera descriptiva o cualitativa, en función de los indicadores oficiales para CSU de los ODS (3.8.1 y 3.8.2).** Los informes de progreso hacia la CSU son críticos para comprender y compensar las brechas. El análisis de todos los informes ANV de 2021 muestra una tendencia positiva comparada con los años anteriores. La CSU fue analizada descriptivamente en 90% de los informes; y cuantitativamente en 55% de ellos, y 25% analizaron los OSD 3.8.1 o 3.8.2 en el año 2021. De 2016 a 2020, 71% de los informes ANV analizaron la CSU; 37% lo hicieron de manera cuantitativa, y solamente 13% de los informes llegaron a analizar las metas de 3.8.1 o 3.8.2 (10). Asimismo, se ha notado una mejora en los “informes paralelos” sobre la implementación de los ODS presentados por la sociedad civil y actores no gubernamentales, ya que 25% de los países incluyeron un análisis sobre la CSU en sus informes en 2021, comparado con solamente 13% en 2019 y 2020.

**Muchos países están cumpliendo con sus compromisos políticos de alto nivel a través de reformas institucionales y su implementación.** En los 45 países los compromisos parecen haber superado las declaraciones retóricas de alto nivel, visionarias, para alcanzar el desarrollo de infraestructura en política. De acuerdo con la tipología de compromisos descrita en el Recuadro 1, los compromisos con la CSU están ahora más en la esfera institucional, moviéndose hacia lo operacional. Específicamente, en los 45 países analizados por la alianza CSU2030 en 2021, 20% de los compromisos fueron retóricos, 44% fueron institucionales y 36% fueron operacionales. Por lo tanto, la mayor parte de las declaraciones sobre la CSU estuvieron relacionadas con el desarrollo o la existencia de infraestructura política, o con una visión retórica para el futuro, en lugar de brindar evidencia sobre la implementación de la CSU. Esto puede ser interpretado como un progreso prometedor en el relativamente corto tiempo desde que se acordaron los compromisos globales en 2019. Sin embargo, las instituciones y las políticas pueden no tener suficiente poder o recursos, y por lo tanto tener un impacto relativo. Un nivel alto de compromiso institucional puede también indicar una reetiquetación superficial de las políticas existentes como si fueran compromisos con la CSU (esto se discute más a fondo en el hallazgo 3). De hecho, las consultas con actores no gubernamentales y la revisión de los informes paralelos ANV, muestran una brecha clara entre la política y la realidad. Por lo tanto, los gobiernos deben acelerar el trabajo hacia la consecución de los compromisos adquiridos. Hacer compromisos institucionales no significa necesariamente cumplirlos.



**Durante la pandemia del COVID-19, algunos gobiernos dieron menor prioridad a mantener servicios de salud esenciales a costos asequibles.** Las consultas realizadas en los países<sup>2</sup> y los informes paralelos ANV de la sociedad civil indican que, como consecuencia del COVID-19, se ha reducido el acceso a la atención en salud y a los subsidios del gobierno. Muchos gobiernos han desplazado su foco hacia la respuesta a la pandemia, posponiendo el trabajo en CSU, lo cual ha exacerbado aún más las inequidades en salud y las dificultades financieras. Las consultas de país y los informes paralelos describen una reducción de los servicios de salud para condiciones y enfermedades no vinculadas al COVID-19, haciendo que las comunidades y poblaciones vulnerables se vuelvan aún más vulnerables. En algunos países, la desviación de personal de salud para la atención del COVID-19 ha resultado en el cierre de centros de salud públicos donde se prestaba servicio de testeo de VIH, consejería en salud mental, y servicios de salud sexual y reproductiva a comunidades vulnerables sin cargo alguno.

**Los gobiernos no están abordando adecuadamente la equidad de género en sus compromisos con la CSU, especialmente con relación a la representación de las mujeres en el liderazgo político y en salud.** Entre los 45 países analizados, hay pocos compromisos gubernamentales relativos a aumentar el empoderamiento y la representatividad de las mujeres en el liderazgo político y de salud, en línea con la Declaración Política sobre la CSU. De hecho, solamente 6 gobiernos lo han hecho así. Debería ser del interés de todos los gobiernos el promocionar la representación y el liderazgo de las mujeres y las personas no binarias para asegurar una toma de decisiones inclusiva, que aborde sus necesidades (21). Si bien hay muchos esfuerzos para la CSU que se centran en la salud de la madre, el niño y el recién nacido, se necesita un enfoque más integral para abordar las necesidades en salud de las mujeres y las niñas. Las mujeres comprenden 70% de la fuerza de trabajo en salud a nivel mundial, pero todavía quedan fuera de los roles de liderazgo (22,23).

La Fig.2 muestra la proporción de países que han hecho compromisos específicos en línea con un área de los compromisos con la CSU: liderazgo político más allá de la salud; no dejar a nadie atrás; asegurar la calidad de la atención<sup>3</sup>; regular y legislar; invertir más, invertir mejor; avanzar juntos; preparación ante emergencias; y, equidad de género.

<sup>2</sup> Pronto saldrá una síntesis de las consultas a los países. Mecanismo de Participación de la Sociedad Civil. MPSC Online

<sup>3</sup> Los indicadores para el área de compromiso "Asegurar la calidad de la atención" están listados en el tablero de 2021, sin embargo, la calidad y cantidad de los datos fue insuficiente para ser incluidos en este informe.

**Fig.2. Resumen de los compromisos específicos de la CSU asumidos por los países examinados en 2021**

Área de compromiso con la CSU	Indicador	Proporción de países examinados en 2021
Liderazgo político más allá de la salud	1.1. Compromiso con el enfoque de todo gobierno	58%
	1.2 Analiza en progreso en la CSU en el informe ANV	90%
	1.3 Se definen metas nacionales para CSU	71%
	1.4 Acciones multisectoriales en salud	84%
No dejar a nadie atrás	2.1 Se operacionaliza el "no dejar a nadie atrás"	93%
	2.2. Se reducen la barreras financieras	82%
Regular y legislar	3.1 Existen políticas y/o estrategias dirigidas a la CSU	45%
	3.2 Aparecen iniciativas para la CSU en las políticas/los planes nacionales de salud	78%
Mantener la calidad de la atención	4.0 (N/A)	
Invertir más, invertir mejor	5.1 Metas nacionales para gastos en salud	80%
Avanzar juntos	6.1 Participación de actores múltiples en la CSU	87%
Equidad de género	7.1 Compromisos con la representación de las mujeres	13%
Preparación ante emergencias	8.0 (N/A)	



©The Global Fund/Saiful Huq Omi

**Hallazgo clave 2:** Los compromisos con la CSU y los reportes muy a menudo no están vinculados con una estrategia clara para alcanzar la CSU. Los gobiernos deben desarrollar y saber comunicar sus mecanismos y caminos para alcanzar la CSU en las estrategias nacionales de salud, basadas en sistemas de salud equitativos y resilientes.

**Por lo general, las políticas nacionales de salud y los informes ANV no incluyeron referencias a una estrategia clara para lograr la CSU.** Muchos informes ANV y políticas nacionales de salud mostraron iniciativas para CSU desconectadas entre sí, indicando que los países analizados no tenían planes estratégicos claros para la CSU, o no estaban comunicando sus planes de una manera efectiva. Aunque se identificaron muchos compromisos institucionales, puede ocurrir que los países simplemente estén reetiquetando políticas de salud y programas verticales existentes como si fueran compromisos con la CSU, en lugar de desarrollar una planificación clara y coherente en sí misma para alcanzar la CSU. En términos de la comunicación de los planes, las iniciativas para la CSU no siempre están descritas explícitamente como tales, y hubo que inspeccionar e interpretar las políticas para poder identificar iniciativas planificadas para lograr la CSU. Muchos actores no gubernamentales describieron la falta de planificación, presupuestación y evaluación clara en relación a las iniciativas para la CSU. De manera similar, las consultas nacionales y la encuesta a los actores no gubernamentales indicaron que había más énfasis en la CSU como una meta, que en la implementación y evaluación de esquemas para alcanzarla. Un hallazgo clave de la encuesta de 2020 fue que los propios actores no tenían muy claro qué constituía un compromiso con la CSU, y qué compromisos habían hecho sus gobiernos recientemente o en el pasado (11). El análisis de este año reitera que es necesario lograr una mejor rendición de informes sobre la CSU, con detalles claros y explícitos de los planes estratégicos para la CSU. Los países deben comunicar sobre políticas claras y efectivas para asegurar una mejor rendición de cuentas y mayor transparencia en las acciones relativas a la CSU.

De acuerdo a actores no gubernamentales que respondieron a la encuesta, **algunos gobiernos parecen priorizar las metas y los socios globales en desmedro de los locales a la hora de diseñar e implementar estrategias para la CSU.** Los gobiernos pueden priorizar los marcos y metas globales para desviar la priorización de la CSU en sus propios países (24,25). Esta perspectiva se ve respaldada por informes ANV donde se muestra que los gobiernos informan sobre la inclusión de la CSU en sus políticas que se enfocan en áreas de enfermedad priorizadas el marco global de indicadores para la CSU<sup>4</sup>. Este es un conjunto de indicadores que fueron acordados entre los estados miembros de la ONU para analizar e informar sobre los progresos en el camino hacia la CSU. Si bien es esencial contar con un marco de indicadores globales estandarizados para el análisis global sobre la CSU y las comparaciones entre los países, esto no debería afectar las prioridades nacionales de los países en relación a la CSU.

4 <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=3&Target=3.8>

**Hallazgo clave 3:** Los planes y los informes de los gobiernos sobre la CSU a veces se enfocan en determinadas enfermedades o servicios de forma fragmentada. La CSU es una oportunidad para acelerar los resultados positivos a lo largo y ancho de las prioridades de salud, basándose en un enfoque integral hacia el fortalecimiento de los servicios.

**Los compromisos e informes de los gobiernos para la CSU a menudo se basan en programas múltiples e iniciativas vinculadas con enfermedades específicas, sin una alineación clara.**

Esto es probablemente el resultado de la ausencia de estrategias coherentes para alcanzar la CSU, lo cual inevitablemente lleva a que los planes e informes se enfoquen en enfermedades o servicios específicos (hallazgo clave 2). Esto es también un legado de la cooperación internacional durante la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuando a menudo se crearon estructuras verticales enfocadas en enfermedades o intervenciones específicas que resultaron en subsistemas que funcionaban independientemente del resto del sistema de salud, duplicando las responsabilidades, comprometiendo la eficacia en el uso de recursos y a menudo la efectividad de la gerencia (25).

En 35 países de los 45, la política nacional de salud aplicó la CSU a través de una de sus dimensiones de cobertura de servicios, protección financiera o cobertura poblacional. El análisis de los planes, los informes y la retroalimentación de numerosos actores involucrados sugiere que **pocos países están aplicando un enfoque integral a lo largo de estas dimensiones**. Los gobiernos están informando sobre sus iniciativas y progresos en CSU de una manera fragmentada, de acuerdo a programas específicos para determinadas enfermedades, con acciones de entrega de servicios de salud dirigidas a esas enfermedades en lugar de utilizar un enfoque integral, sistémico y de ciclo de vida que asegure la cobertura de todas las áreas de enfermedad y todos los grupos poblacionales.

En los informes de los gobiernos sobre la CSU, la mayor parte de los compromisos está enfocados en áreas de enfermedades específicas en lugar de priorizar enfoques integrales tales como la APS o la extensión de los paquetes de servicios esenciales de salud. Específicamente, de todos los compromisos para la CSU centrados en los servicios de salud, solamente 14.5% (96 de 662 compromisos revisados) estaban relacionados con la APS o con paquetes de servicios esenciales de salud. El resto estaban enfocados en servicios específicos de salud. Esto está respaldado por las voces de varios de los actores no gubernamentales en consultas de país e informes paralelos ANV que destacaron la falta de integración en los servicios de salud, el acceso a APS, y enfoques y planificación integrales para la CSU.

Esto es una oportunidad perdida. **La CSU refleja un enfoque integral y sistemático al aseguramiento de la cobertura para todas las áreas de enfermedad y todos los grupos poblacionales a lo largo del curso de vida.** El informar sobre programas para enfermedades individuales y/o servicios trazadores – por ejemplo, indicadores de programas nacionales de malaria o de inmunización, o proporción de mujeres que tienen un número mínimo de consultas prenatales – no es en sí mismo un problema, y estos programas y servicios son, por supuesto, importantes. Sin embargo, puede también reflejar (o peor aún, incentivar) una planificación, presupuestación e implementación aislada. De igual manera, permanece la tendencia a decir, "no hay CSU sin...." para cualquier enfermedad dada, en lugar de ver los beneficios de un enfoque más completo y alineado.

**Los países que han hecho un progreso rápido hacia la CSU han demostrado que un enfoque integral beneficia los resultados a lo largo y ancho de múltiples áreas de salud y enfermedad.** Esto implica un foco coherente en el fortalecimiento de los sistemas de salud, asociado a la expansión de la cobertura de los servicios, y la protección financiera a través de las áreas de salud y enfermedad y para diferentes grupos poblacionales.



**Hallazgo clave 4:** Los actores no gubernamentales no siempre tienen oportunidades para participar en los análisis de progreso o la implementación de planes liderados por los gobiernos. Los gobiernos por sí solos no conseguirán alcanzar la CSU, y deben crear las condiciones para la participación significativa de actores no gubernamentales en los procesos relevantes de gobierno.

**Nuestros resultados dan fuerza a los hallazgos anteriores (11, 28) sobre la participación limitada de actores de la sociedad civil en las acciones para la CSU, e indican una falta global de progreso en el cumplimiento del compromiso de “avanzar juntos”.**

El involucramiento de toda la sociedad a través de mecanismos de participación social es básico para hacer que los gobiernos rindan cuenta por sus obligaciones en relación a la CSU. Es clave para mejorar la respuesta y la legitimidad de las políticas de CSU, asegurando la participación de la sociedad civil en la formulación e implementación de políticas (28). En los 45 países que presentaron informes en 2021, para la mayoría de los actores no gubernamentales la oportunidad mayor de participación en acciones para la CSU fue la implementación de la política. Un ejemplo positivo de participación social fuerte en el desarrollo e implementación de políticas en CSU, es la decisión del gobierno de Tailandia de involucrar otros actores en la política sobre la CSU. Se otorgó sitios a representantes de la sociedad civil en el Consejo Nacional de Seguridad en Salud, desde donde contribuyeron a la presentación al Parlamento en 2001 de la Ley Nacional sobre la Seguridad en Salud (29).

Los resultados de la encuesta muestran claramente **la falta de apoyo de los gobiernos en general para la participación social**. Menos de la mitad de los 76 encuestados de la sociedad civil informaron que habían tenido oportunidad de desarrollar políticas nacionales de salud; 45 (67% del total) respondieron que sus gobiernos no apoyaban la participación o lo hacían mínimamente. Aunque 43 actores no gubernamentales estuvieron involucrados en la implementación de la política sobre la CSU, solamente 35 reportaron haber participado en el desarrollo de la política. Los actores no gubernamentales comentaron a menudo que no tuvieron oportunidad de evaluar formalmente las políticas. Algunas organizaciones de la sociedad civil (OSC) tienen la capacidad para evaluarlas y a veces lo hacen, pero las iniciativas quedan en el ámbito de las OSC y no forman parte de los procesos estatales de evaluación. En Túnez, por ejemplo, una asociación realizó una evaluación rápida de la respuesta del sector público al impacto del COVID-19 sobre el trabajo de las parteras, sus percepciones y sus necesidades, como parte del programa nacional de salud sexual y reproductiva y las estructuras de entrega de servicios de salud pública a lo largo del país.

**La toma de decisiones sobre políticas de salud para la CSU parece ser liderada por los gobiernos en estructuras verticalistas.** La mayor parte de las decisiones son discutidas y tomadas por los gobiernos junto con una minoría de actores influyentes y grupos tal como las agencias internacionales de desarrollo y ONG bien establecidas que no necesariamente representan a todos los actores no gubernamentales. Por ejemplo, en Sierra Leona los actores no gubernamentales participan en las discusiones sobre los asuntos de salud, pero las decisiones se toman en un nivel del Estado y pueden no reflejar sus intereses.

Muchas personas entrevistadas describieron las oportunidades para involucrarse en actividades lideradas por los gobiernos como esporádicas y superficiales. Es un hecho común a muchos países de todos los niveles de ingreso que la participación ciudadana es cada vez más escasa. De acuerdo con los puntajes globales sobre espacios cívicos tomados por CIVICUS (30), 21 de los 45 países de este informe muestran un espacio cívico cerrado o reprimido. Las respuestas de actores no gubernamentales, y la consulta de país en Japón muestran un enfoque hacia la participación de actores no gubernamentales en la CSU muy controlado por el gobierno. Esto implica que, aun en países en los que se observa mucho progreso en algunos indicadores de la CSU, puede haber brechas y desafíos para asegurar una CSU inclusiva y equitativa. Según lo que se dijo, el gobierno no tiene un mecanismo permanente o formal para la participación de la sociedad y las comunidades en la planificación, la presupuestación, la evaluación o el análisis de las acciones sobre la CSU del sector salud. Más bien, las oportunidades de participación para estos grupos son temporales, limitadas y ad hoc.

Cuando surgen las oportunidades, éstas están “dominadas por expertos y representantes de la industria”, tales como asociaciones médicas y proveedores, excluyendo a las comunidades y a las personas que no son “profesionales expertos” y que no tienen los recursos para desafiar los arreglos acordados. Para los actores no gubernamentales, las consecuencias de estos sistemas verticalistas son políticas que no reflejan las necesidades de la población o de los grupos más vulnerables. Ninguna de las personas de la sociedad civil que respondieron a la encuesta informó de la existencia de canales oficiales para hacer llegar sus solicitudes a nivel nacional.

Si bien las OSC trabajando a nivel local reportaron la existencia de oportunidades locales para desarrollar e implementar políticas, igualmente tuvieron dificultad para participar en las iniciativas nacionales para la CSU, en parte debido a la falta de influencia, recursos e información sobre cómo y cuándo involucrarse. Sin embargo, se manifestó algún progreso. Las personas que participaron de España reportaron que se hicieron consultas públicas sobre una nueva ley universal de salud, y los actores no gubernamentales de Pakistán se refirieron a estrategias de abogacía llevadas a cabo por grupos de pacientes como forma de establecer una mejor cultura de participación social.

Como se mencionó más arriba, estos resultados refuerzan los hallazgos previos (11,18) y también las discusiones sobre el espacio limitado que tienen los actores no gubernamentales en las acciones de CSU de los gobiernos. Indican que **no se ha conseguido progresar en la participación social para la CSU**. Esto es una preocupación ya que tanto los actores gubernamentales como los no gubernamentales deben estar comprometidos en la implementación de políticas para alcanzar la CSU para el 2030. Si no se incluye la participación de actores no gubernamentales en la gobernanza, si no se les empodera para involucrarse, entonces el logro de la CSU seguirá siendo una quimera. Esto es una gran preocupación para los grupos que quedan atrás y que a menudo se dejan fuera de la creación, implementación y evaluación de políticas para la CSU (28).

**Hallazgo clave 5:** La importancia de la equidad está fuertemente reconocida en las iniciativas vinculadas con la CSU, pero necesita ser operacionalizada de forma integral. Los gobiernos deben identificar y alcanzar a todos los grupos de la sociedad que estén en peligro de ser desatendidos, incluyendo los grupos en la intersección de múltiples vulnerabilidades.

La salud es un derecho humano fundamental, y es esencial llegar a las poblaciones más marginadas y vulnerables (31). **De los 45 gobiernos, 31 identificaron a poblaciones vulnerables específicas y el “no dejar a nadie atrás” ocupó el segundo lugar en cantidad entre los compromisos, lo cual significa que la equidad es reconocida como fundamental en las iniciativas de los gobiernos para la CSU.** Aun así, la operacionalización de este compromiso no parece ser completa, ya que los países identificaron inequidades entre grupos de población específicos siguiendo las líneas tradicionales, unidimensionales, lo cual es un enfoque para abordar las inequidades en salud que ha fallado de forma continua (32). Por lo que se ve en los documentos de política, los países no parecen haber adoptado enfoques multidimensionales para identificar quienes están quedando fuera de alcanzar los ODS, como se sugiere en la guía de la ONU (31).

Un ejemplo de enfoque multidimensional para identificar y tratar de alcanzar las comunidades vulnerables es el compromiso de Egipto en su ANV (34), de extender el seguro de salud a 42000 pescadores que son vulnerables desde varias perspectivas. Los determinantes de salud (y de poca salud) son clave para abordar las barreras de equidad, tal como mencionan muchos actores no gubernamentales. La colaboración multisectorial para la CSU es claramente necesaria, tal como se describe en el hallazgo clave 6. Cada comunidad vulnerable tiene necesidades específicas y desafíos para acceder y beneficiarse de los servicios de salud. Aquellos temas que, de acuerdo a las consultas de país, los ANV y los informes paralelos de la sociedad civil, requieren una atención particular, aparecen listados en el Recuadro 2.





## **Recuadro 2. Respuestas de los actores no gubernamentales a la pregunta, ¿qué temas quisiera la sociedad civil ver priorizados en las acciones para CSU?**

### **Discriminación**

Varios grupos de población, entre ellos las personas viviendo con VIH/sida, las que usan drogas, las comunidades LGBTQIA+, migrantes, víctimas de violencia doméstica y personas que trabajan con el sexo frecuentemente mencionaron que la discriminación afecta su salud. La estigmatización y la discriminación durante las interacciones con el personal profesional de salud, la falta de confidencialidad, y las leyes discriminatorias fueron comúnmente descritas como desafíos. El miedo a la persecución y las dificultades con el sistema de justicia también fueron consideradas barreras claras a la CSU.

### **Desafíos que enfrentan las mujeres y las niñas**

El acceso al aborto, los costos vinculados con el parto y los servicios de salud sexual y reproductiva fueron las cuestiones de salud mencionadas más a menudo para ser incluidos en la CSU. Se solicitó también mejoras en varios servicios que no son estrictamente de salud pero que afectan la salud de las mujeres y las niñas, tales como educación en salud y planificación familiar, que a menudo son inalcanzables debido a costumbre y tradiciones restrictivas y la falta de conocimientos sobre salud.

### **Violencia basada en género**

Las víctimas y sobrevivientes de violencia basada en género, específicamente violencia doméstica, sufrieron prejuicio en los programas sociales, así como discriminación y estigmatización. Se iniciaron llamados para aumentar el conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios, promover la confidencialidad y proveer en general una mayor protección para las víctimas.

### **Barreras que enfrentan las personas viviendo con discapacidades**

Las personas viviendo con discapacidades tienen dificultades para obtener protección financiera y para acceder a los servicios. Los actores no gubernamentales citaron la importancia de reducir el gasto de bolsillo y los costos del seguro de salud, además de cambios en las regulaciones, como políticas de seguro ilimitados, sin límite de acceso. Más aun, para mejorar el acceso a servicios, la infraestructura y los sistemas de salud deben ser más sensibles y apropiados.

### **La CSU para migrantes y refugiados**

En los países analizados, los esquemas de seguro excluían a los migrantes (ya sea documentados o no) y refugiados, o les imponían una carga administrativa extrema para acceder a los servicios de salud. Los niños migrantes y los niños migrantes no acompañados tienen una mayor necesidad de protección y acceso a la CSU, ya que están en la intersección de varias vulnerabilidades.

### **Un llamado a mejorar los servicios de salud mental**

Las personas que sufren trastornos de salud mental enfrentan altos costos, estigmatización y servicios de poca calidad. Es esencial contar con consejería en salud mental estandarizada y gratuita, brindada por personal especializado y con financiamiento adecuado. Por otra parte, los escasos recursos financieros y humanos para la salud mental han sido desviados durante la pandemia del COVID-19, lo cual redujo aún más estos servicios cuya demanda crece enormemente.

Tomado de las consultas de país y los informes paralelos ANV

La comparación entre los grupos poblacionales seleccionados por los gobiernos para las iniciativas de CSU con otros que quedaron atrás y que fueron mencionados por otras fuentes, **muestra una exclusión general clara de las personas que trabajan con el sexo y víctimas de violencia basada en género.** Fuentes no gubernamentales mencionaron estos grupos que fueron señalados en las consultas con actores no gubernamentales y los informes paralelos ANV. Esta brecha es una preocupación, ya que las mujeres y las niñas han estado mucho más expuestas al riesgo de la violencia doméstica durante la pandemia de COVID-19 (35). Es más, los gobiernos pocas veces abordan los problemas de salud mental en sus iniciativas de CSU a pesar de los llamados de la sociedad civil para que se aumente el acceso a la salud mental en la CSU. Esto se corrigió en parte con la priorización de las personas viviendo con discapacidad que fue el grupo que obtuvo el tercer lugar en menciones por los gobiernos, después de las mujeres y los niños. Los actores no gubernamentales identificaron a este grupo como uno que requiere la atención de la CSU. Los grupos que los gobiernos y otras fuentes dejan atrás son comparados para cada país en el [tablero de control](#).

Las iniciativas gubernamentales no pueden limitarse a la entrega de servicios específicos a poblaciones específicas, o enfocarse en la atención curativa, a expensas de los servicios preventivos o de promoción. Por el contrario, **los gobiernos deben comprometerse con políticas que promuevan un continuo de atención integrado y holístico, de forma de construir sistemas de atención primaria fuertes.** Los sistemas de salud deben asegurar una cobertura efectiva para que “las personas que necesitan servicios de salud accedan a ellos a tiempo, y con el nivel de calidad necesario para obtener el efecto deseado y ganancias potenciales en salud” (36, 37). O sea, un sistema de salud centrado en las personas<sup>5</sup> que provee atención de calidad a todas las personas todo el tiempo (37, 38). A lo largo de las consultas de país con los actores no gubernamentales y los informes paralelos, las voces señalaron una clara falta de atención a los servicios integrados de salud, y una falta de acceso a la atención primaria. En la consulta de Malasia, aparece una carencia de servicios integrados para las personas viviendo con discapacidad: “el contacto con las comunidades de personas viviendo con discapacidad fue de carácter aislado, teniendo en cuenta las discapacidades de forma selectiva y esporádica. Por ejemplo, aquellas personas con lesión en la espina dorsal fueron consultadas solamente en función de su rehabilitación, en lugar de contar con servicios e instalaciones de atención integral. Esto también aparece reflejado en el sector de la salud mental, donde muchas personas viviendo con discapacidad sufren en silencio debido a la falta de participación en programas organizados. A la vez, esto impide un enfoque integrado en la atención a aquellas personas con discapacidades múltiples”.

5 En un enfoque de los sistemas de salud centrado en las personas, la atención se adapta conscientemente a las perspectivas de los individuos, las familias y las comunidades, que son como participantes y beneficiarios de sistemas sanitarios de confianza que responden a sus necesidades y preferencias de forma humana y holística. La atención centrada en las personas requiere que éstas tengan la educación y el apoyo necesarios para tomar decisiones y participar en su propia atención. Se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas y no de las enfermedades.

Las consultas de país en el Caribe señalaron muchas críticas a la falta de énfasis en la atención primaria: “la motivación política favorece productos del tipo de infraestructura muy visible, como hospitales, más que enfocarse en el fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel de la atención primaria” y “la prevención y promoción de salud a nivel primario no son considerados importantes por los gobiernos. La mayor parte de este trabajo está en manos de la sociedad civil”.



**Hallazgo clave 6:** Los gobiernos se comprometieron con la acción multisectorial para abordar los factores por fuera del sistema de salud. La colaboración con sectores diferentes al sector salud puede mejorar significativamente, y así asegurar una acción colectiva y sistemática para abordar los determinantes de salud sociales, económicos, ambientales y comerciales.

**Los países reconocieron que deben poner en marcha estrategias multisectoriales para avanzar con las políticas para la CSU.** Aproximadamente la mitad de los gobiernos (23 de 45 países) se comprometieron a poner en marcha políticas de “gobierno total” y de “salud en todas las intervenciones”<sup>6</sup>, y 36 de ellos desarrollaron enfoques multisectoriales de salud y bienestar. Muchos de éstos abordaron los determinantes sistémicos de la salud, incluyendo políticas para ciudades saludables, creando ambientes que promuevan el bienestar en Catar, y políticas para abordar las inequidades mediante el aumento de la protección social en Antigua y Barbuda. Por lo tanto, emergen algunos ejemplos de colaboración multisectorial para la CSU, aunque las voces de los actores no gubernamentales indican que aún persisten las barreras a la salud, más allá del sector salud.

Tal como puso en evidencia el hallazgo 5, la mayoría de las barreras que enfrenta la población tienen que ver con desafíos que no están vinculados con el sector salud. Esto significa que los actores de la salud deben trabajar de forma más cercana con otros sectores para operacionalizar sus compromisos con la CSU. Se necesita un enfoque integral tanto dentro como fuera del sector salud para poder abordar de manera sistemática los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud.

Por ejemplo, con el Plan Nacional de Desarrollo en Salud, el gobierno de Angola desarrolló un enfoque intersectorial integral y coordinado para enfrentar los determinantes de la salud, en el cual el Ministerio de Salud interactúa con otros sectores gubernamentales tales como finanzas, educación, familia, empleo y defensa. Se creó una comisión intersectorial para monitorear y evaluar el Plan, con representantes de las estructuras provinciales de salud (39). El Plan Estratégico Multisectorial Nacional 2014-2024 para prevenir las enfermedades y no transmisibles incluye compromisos institucionales y operacionales para la seguridad en la calle y reducir la violencia, lo cual involucra a muchos sectores en la promoción de estilos de vida y hábitos saludables. En la República Dominicana se mencionaron otras estrategias para involucrar sectores diferentes en el desarrollo e implementación de políticas, tales como la colaboración entre los sectores en políticas de salud mental (40), y en Colombia, se mencionó un “modelo de trabajo integrado” con un enfoque multidisciplinario para asegurar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, y a programas efectivos de salud pública (41).

6 La política “salud en todas las intervenciones” protege la salud de las personas y aborda de manera integral los determinantes sociales, económicos, ambientales, etc. de salud, involucrando a todos los sectores.

# References

1. Universal health coverage (UHC). Fact sheets. Geneva: World Health Organization; 1 April 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), accessed 14 November 2021).
2. Waisel DB. Vulnerable populations in healthcare. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013;26(2):186–92 (doi: 10.1097/ACO.0b013e32835e8c17; PMID: 23385323).
3. Social determinants of health. Rockville (MD): Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2021 (<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>, accessed 14 November 2021).
4. The Global monitoring report on UHC (2021, forthcoming). Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/data/monitoring-universal-health-coverage>).
5. 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 (2, accessed 14 November 2021).
6. 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 14 November 2021).
7. OECD policy responses to coronavirus (COVID-19). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic. Paris: organization for Economic Co-operation and development; 2021 (<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>, accessed 14 November 2021).
8. WHO's 7 policy recommendations on building resilient health systems. Departmental news. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news/item/19-10-2021-who-s-7-policy-recommendations-on-building-resilient-health-systems>, accessed 14 November 2021).
9. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: Changing perspectives on preparation and mitigation. *Commentary. NEJM Catalyst.* 2020 (<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080#.XncKDCUU8M8.twitter>).
10. Schneider CH. Health system governance and the UHC agenda: Key learnings from the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health.* 2021;6:e006519 (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006519>).
11. State of commitment to universal health coverage: synthesis, 2020: Urgent action for health systems that protect everyone – now. Geneva: UHC2030; 2020 ([https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key\\_Issues/State\\_of\\_UHC/SoUHCC\\_synthesis\\_2020\\_final\\_web.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/SoUHCC_synthesis_2020_final_web.pdf), accessed 14 November 2021).
12. Many paths, one direction: Strategies for achieving universal health coverage. Brussels: European Union, Capacity4dev; 2018 (<https://europa.eu/capacity4dev/articles/many-paths-one-direction-strategies-achieving-universal-health-coverage>, accessed 14 November 2021).
13. Tedros Ghebreyesus: Health is a political choice. *The BMJ Opinion*, 12 July 2019 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/07/12/tedros-ghebreyesus-health-is-a-political-choice/>, accessed 14 November 2021).
14. Stakeholder voices: on tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Conference draft. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240029040>, accessed 14 November 2021).
15. The Policy Project. HIV/AIDS toolkit, Measuring political commitment. Washington DC: US Agency for International Development; 2020 (<http://www.policyproject.com/pubs/bookblue.pdf>, accessed 14 November 2021).
16. Every Woman Every Child. Commitments to advance the Global strategy for women's, children's and adolescents' health, New York City (NY): United nations; 2016 (<https://www.everywomaneverychild.org/commitments/>, accessed on 14 November 2021).
17. Commitments to Every Woman Every Child's (EWEC) global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva: World Health Organization, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2018 ([https://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2016\\_2030/commitments-report/en/](https://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2016_2030/commitments-report/en/), accessed 14 November 2021).
18. UN Decade of action on nutrition: Commitments. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-action-on-nutrition/commitments>, accessed on 14 November 2021).
19. Baker P, Brown AD, Wingrove K, Allender S, Walls H, Cullerton K et al. Generating political commitment for ending malnutrition in all its forms: A system dynamics approach for strengthening nutrition actor networks. *Obesity Rev.* 2019;20(S2):30–44 (<https://doi.org/10.1111/obr.12871>).
20. Civil society reports. Resources and toolkits – Action for Sustainable Development; 2021 ([action4sd.org](https://action4sd.org), accessed 11 November, 2021).

21. Meagher K, Singh NS, Patel P. The role of gender inclusive leadership during the COVID-19 pandemic to support vulnerable populations in conflict settings. *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e003760.
22. Linde A, Gonzalez A. The pandemic's gender imperative. Kings Park (NY): Project Syndicate; 2020 (<https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-pandemic-gender-differences-by-ann-linde-and-arancha-gonzalez-2020-05>).
23. Papp S, Hersh M. A gender lens for COVID-19. Kings Park (NY): Project Syndicate; 2020 (<https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-response-requires-a-gender-lens-by-susan-papp-and-marcy-hersh-2020-03>).
24. Byskov J, Maluka S, Marchal B, Shayo EH, Blystad A, Bukachi S et al. A systems perspective on the importance of global health strategy developments for accomplishing today's Sustainable Development Goals. *Health Policy Plann*. 2019;34:635–45 (doi:10.1093/heapol/czz042).
25. Kutzin J, Sparkes S, Soucat A, Barroy H. From silos to sustainability: transition through a UHC lens. *The Lancet*. 2018 V 392, Issue 10157, P1513-1514 - (DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32541-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32541-8)).
26. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Kulthanmanusorn A, Saengruang N, Kosiyaporn H. The political economy of UHC reform in Thailand: Lessons for low- and middle-income countries. *Health Syst Reform*. 2019;5(3):195–208 (doi: 10.1080/23288604.2019.1630595. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31407962).
27. The World Bank data. Washington DC: The World Bank; 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TH>, accessed 14 November 2021).
28. Voice, agency, empowerment: Handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027794>, accessed 14 November 2021).
29. Thaiprayoon S, Wibulpolprasert S. Political and policy lessons from Thailand's UHC experience (ORF Issue Brief, Issue No. 174). New Delhi: ObserverResearch Foundation; 2017 ([https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2017/04/ORF-IssueBrief\\_174\\_ThailandUHC.pdf](https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2017/04/ORF-IssueBrief_174_ThailandUHC.pdf)).
30. Monitor tracking civic space. Johannesburg: CIVICUS; 2021 (<https://monitor.civicus.org/>, accessed 11 November 2021).
31. Moving together to build a healthier world. Key asks from the UHC movement. UN high-level meeting on universal health coverage. Geneva: UHC2030; 2019 ([https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN\\_HLM/UHC\\_Key\\_Ask\\_final.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_Key_Ask_final.pdf), accessed 14 November 2021).
32. Holman D, Salway S, Bell A, Beach B, Adebajo A, Ali N et al. Can intersectionality help with understanding and tackling health inequalities? Perspectives of professional stakeholders. *Health Res Policy Syst*; 2021;19:97 (doi:10.1186/s12961-021-00742-w).
33. Leaving no one behind: A UNSDG operational guide for UN country teams. New York City (NY): The United Nations Sustainable Development Group.; 2019 (<https://unsdg.un.org/resources/leaving-no-one-behind-unsdg-operational-guide-un-country-teams>, accessed on 14 November 2021)
34. Egypt's 2021 voluntary national review report. Cairo: Ministry of Planning and Economic Development; 2021 ([https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/279512021\\_VNR\\_Report\\_Egypt.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/279512021_VNR_Report_Egypt.pdf), accessed 14 November 2021).
35. In focus: The shadow pandemic: Violence against women during COVID-19. New York City (NY): UN Women; ([https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19?gclid=Cj0KCQjw5oiMBhDtARIsAJi0qk2I7A\\_reoEJ9vNlruFAHA5OP04si4yQolcRrBUkc8S2RUWnAEBBggMaAnyWEALw\\_wcB](https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19?gclid=Cj0KCQjw5oiMBhDtARIsAJi0qk2I7A_reoEJ9vNlruFAHA5OP04si4yQolcRrBUkc8S2RUWnAEBBggMaAnyWEALw_wcB), accessed 14 November 2021).
36. WHO Constitution. Geneva: World Health Organization; 1946 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, accessed 14 November 2021).
37. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 ([www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration](http://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration), accessed 14 November 2021)
38. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–252.
39. Angola. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012–2025 [National Plan for Health Development 2012–2015]. Lusaka: Ministry of Health; 2016 (<https://www.mindbank.info/item/3460>, accessed 14 November 2021).
40. Dominican Republic. Plan nacional plurianual salud 2017–2020 [Multi-year national health plan 2017–2020]. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2016 (<https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1390>, accessed 14 November 2021).
41. Colombia. Plan Decenal de Salud Pública, 2012–2021 [Ten-year public health plan, 2012–2021]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 (<https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/documentos/plan-decenal-de-salud.pdf>, accessed 14 November 2021); 2016 (<https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1390>, accessed 14 November 2021).