

## **Cobertura sanitaria universal**

### **Informa del Director General**

1. A mitad de camino hacia la meta de lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) para 2030, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, más de la mitad de las personas en el mundo aún no están totalmente cubiertas por servicios de salud esenciales, y una cuarta parte de la población mundial pasa dificultades económicas por tener que incurrir en gastos directos en atención de salud. El progreso hacia la cobertura sanitaria universal se ha estancado de manera alarmante en muchos países y la protección financiera ha empeorado progresivamente durante dos décadas.

2. Esta situación y los avances hacia el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) fueron debatidos en la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada el 21 de septiembre de 2023, con la posterior adopción el 5 de octubre del mismo año por la Asamblea General en su septuagésimo octavo periodo de sesiones de una nueva declaración política sobre la cobertura sanitaria universal: «ampliar nuestra ambición de salud y bienestar en el mundo posterior a la COVID». <sup>1</sup> Líderes de todo el mundo se comprometieron a redoblar los esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal mediante la reorientación de los sistemas de salud y de las inversiones a través de un enfoque de atención primaria de salud. A pesar de las crecientes complejidades que supone prestar servicios de salud para todos y garantizar el derecho a la salud en un momento de tendencias demográficas, ambientales y macroeconómicas difíciles, muchos países mostraron en sus declaraciones las formas en que puede avanzarse hacia la cobertura sanitaria universal invirtiendo en un enfoque de atención primaria de salud con un fuerte compromiso político. Se necesitan medidas e inversiones urgentes. En la declaración política, los Estados Miembros reafirmaron su determinación de proporcionar cobertura sanitaria a mil millones de personas más para 2025 y de adoptar medidas que ofrezcan protección contra los riesgos financieros y eliminen el empobrecimiento causado por los gastos en salud para 2030. También decidieron convocar una reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal en 2027 para examinar el cumplimiento de estos compromisos.

### **PROGRESOS REALIZADOS HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL**

3. El Informe de monitoreo mundial de la OMS para 2023 sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal, <sup>2</sup> publicado el 18 de septiembre de 2023 por la OMS y el Banco Mundial, muestra que el mundo no avanza al ritmo debido para lograr la cobertura sanitaria universal para 2030 (meta 3.8

---

<sup>1</sup> Resolución A/RES/78/4 (<https://www.undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2FRES%2F78%2F4&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>), consultado el 27 de noviembre de 2023.

<sup>2</sup> *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2023 y Washington D.C: Banco Mundial; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>), consultado el 24 de noviembre de 2023.

de los Objetivos de Desarrollo Sostenible). En total, 4500 millones de personas no estaban totalmente cubiertas por servicios de salud esenciales en 2021, y 2000 millones de personas sufrieron un gasto en salud catastrófico<sup>1</sup> o empobrecedor (es decir, cualquier forma de dificultad financiera) debido al gasto directo en salud incurrido en 2019, el año más reciente del que se dispone de datos.

4. Aunque el índice mundial de cobertura de los servicios de cobertura sanitaria universal aumentó de 45 a 68 (de un total de 100 posibles) entre 2000 y 2021, el progreso se ralentizó después de 2015, ya que la mayoría de los países experimentaron un estancamiento o deterioro de la cobertura de los servicios. En general, y según las estimaciones realizadas, el índice se ha igualado entre los países desde 2000 a medida que aquellos con puntuaciones más bajas han avanzado para alcanzar a sus homólogos con puntuaciones más altas. Con todo, después de 2015 se produjo un cambio brusco en esta tendencia en todas las regiones, excepto en las Regiones de África y Asia Sudoriental, donde las desigualdades siguieron reduciéndose. Por otra parte persisten las desigualdades dentro de los países, ya que las poblaciones rurales y más pobres tienen una cobertura de servicios inferior a la cobertura promedio nacional.

5. Los gastos directos catastróficos en atención de salud reducen la capacidad de los hogares para obtener otros bienes y servicios esenciales. Desde el año 2000, la proporción de población mundial que incurre en gastos directos en atención de salud que superan el 10% del presupuesto familiar no ha dejado de aumentar, hasta superar los mil millones de personas en 2019.

6. Para las personas que viven en la pobreza o prácticamente en la pobreza, cualquier gasto directo en atención de salud puede ser una fuente de dificultades financieras, aun cuando suponga menos del 10% del presupuesto familiar, ya que su capacidad para pagar por una atención de salud es menor. En 2019, 1300 millones de personas en el umbral de pobreza relativa incurrieron en un gasto empobrecedor en atención de salud y 344 millones de personas en el umbral de pobreza extrema de US\$ 2,15 al día en 2017, en paridad del poder adquisitivo, tuvieron que hacer frente a un gasto directo de esa índole.

7. Dentro de los países, las dificultades financieras se concentraron entre los más pobres (las personas que viven en los hogares menos acomodados), debido principalmente a las tasas más altas de gasto directo empobrecedor en atención de salud. Los gastos directos catastróficos en atención de salud fueron más frecuentes en los hogares con personas de mayor edad (de 60 años o más). Las personas que viven en zonas rurales y las más pobres son las que tienen menos probabilidades de estar totalmente cubiertas por servicios de salud esenciales y las que se enfrentan también a mayores dificultades financieras.

8. La falta de un doble progreso en cobertura de servicios y protección financiera es sistemática en todas las regiones geográficas y grupos de países según su ingreso. Desde el año 2000 se han registrado algunos avances importantes en la cobertura mundial de servicios de salud esenciales, en particular mejoras sustanciales en la cobertura de servicios para enfermedades infecciosas, principalmente en países de ingreso bajo y mediano bajo. Con todo, los avances en la cobertura de servicios para enfermedades no transmisibles y salud maternoinfantil fueron mínimos; la cobertura de servicios mejoró entre 2000 y 2015 en los países de ingreso bajo y mediano bajo, pero al mismo tiempo estos países experimentaron los mayores aumentos en gastos directos catastróficos en atención de salud. Desde 2015, todas las regiones han experimentado el mismo patrón de estancamiento de la cobertura de servicios y de empeoramiento de las dificultades financieras.

9. A pesar de las mejoras logradas hasta 2015, los avances en la cobertura de los servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible) se desaceleró y se estancó entre 2019 y 2021, mientras que los grandes gastos sanitarios (indicador 3.8.2) empeoraron continuamente entre 2000 y 2019.

---

<sup>1</sup> Se define como la superación del 10% del presupuesto familiar.

10. A pesar de la alarmante tendencia mundial de estancamiento en la ampliación de la cobertura sanitaria universal, el 30% de los países (42 de los 138 países con datos disponibles para ambos indicadores desde el año 2000) ampliaron la cobertura de los servicios, al tiempo que redujeron su respectiva proporción de población que incurría en gastos directos catastróficos en atención de salud. Ampliar la cobertura de servicios de calidad y avanzar en materia de protección financiera es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. Aunque en la mayoría de los países esto no se ha producido, las experiencias de países de todos los niveles de ingreso demuestran la viabilidad de aplicar estrategias eficaces para hacer frente a las dificultades financieras, en particular las que sufren los más pobres y vulnerables, al tiempo que se amplía la cobertura de servicios.

11. Los datos disponibles de un subconjunto relativamente pequeño de 23 países muestran un empeoramiento en los gastos directos catastróficos y empobrecedores en atención de salud y un aumento de la atención no prestada debido a obstáculos financieros en 2020-2021, durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) (cuando se realizaron menos encuestas de hogares).

12. La combinación de los efectos macroeconómicos, fiscales y de salud de la pandemia de COVID-19 y las nuevas pruebas del aumento de la pobreza provocaron el debilitamiento de la protección financiera en todo el mundo y el empeoramiento de la cobertura de servicios. Estos trastornos fueron el resultado de una combinación de factores relacionados con la oferta y la demanda y del desvío de una cantidad importante de recursos del sistema de salud a servicios relacionados con la COVID-19. A nivel mundial, el índice de cobertura de los servicios de cobertura sanitaria universal se estancó entre 2019 y 2021, durante la pandemia de COVID-19.

13. Es necesario actuar urgentemente desde la política para hacer frente al alarmante estancamiento en los avances hacia el logro de la cobertura sanitaria universal. Lograr avances significativos para 2030 en la dimensión de la CSU relativa a la cobertura de los servicios requerirá acelerar la expansión de todos los servicios de salud esenciales, en particular aquellos en los que los progresos han sido mínimos, como la cobertura de las ENT y la salud materna. Toda reducción en los niveles de cobertura podría provocar un rápido aumento de la carga de morbilidad, situación que podría verse agravada por múltiples crisis, como un aumento de los hábitat de los vectores de las enfermedades de transmisión vectorial a causa del cambio climático mundial.

14. Para reducir las dificultades financieras debe utilizarse el financiamiento público con miras a hacer frente a la gran dependencia que se tiene de los gastos directos en atención de salud para financiar los servicios de salud, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano bajo. Los gastos directos en atención de salud en los que incurren las personas que viven cerca de la línea de pobreza deberían reducirse al mínimo, y las personas que viven en la pobreza deberían estar exentas de dichos pagos. Suprimir los obstáculos financieros a los cuidados mejoraría también la cobertura de servicios, la protección financiera y los resultados de salud al reducir la cantidad de atención no prestada.

15. Las políticas anticipatorias, entre ellas el aumento y la armonización de las fuentes de financiación de la salud pública y de otros tipos de salud, la garantía de un uso eficiente y equitativo de la financiación, la ampliación y el fortalecimiento de los trabajadores de la salud y asistenciales, así como la ampliación de los servicios de atención primaria de salud y la orientación de los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de salud a lo largo de toda la vida, son fundamentales para avanzar hacia la CSU de aquí a 2030 en el actual contexto de crisis económica, geopolítica y climática.

## ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS: REUNIÓN DE ALTO NIVEL Y DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

16. Al aprobar la declaración política sobre la cobertura sanitaria universal por conducto de la Asamblea General (véase el anterior párrafo 2), los Estados Miembros se comprometieron a adoptar medidas nacionales clave y a redoblar los esfuerzos para acelerar el progreso hacia el logro de la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030. En la declaración política se reitera que la salud es un requisito a la vez que un resultado y un indicador de las dimensiones sociales, económicas y ambientales del desarrollo sostenible y de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En ella también se pide otorgar una mayor prioridad a la salud en los presupuestos de los gobiernos y en la acción parlamentaria, y a invertir de manera más inteligente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Los dirigentes coincidieron en que un enfoque de atención primaria de salud era el mejor camino para lograr la cobertura sanitaria universal y la resiliencia, y que reorientar los sistemas de salud basándose en ese enfoque era la forma más eficaz, eficiente y equitativa de cumplir la promesa de la CSU.

17. Los Estados Miembros subrayaron su compromiso con una amplia gama de cuestiones, incluido el aumento de la financiación pública para la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud y el aumento de las inversiones en formación teórica y práctica, empleo y trabajo decente y protección y fidelización de los trabajadores de la salud y asistenciales.

18. Los Estados Miembros también reiteraron su compromiso de velar por que nadie se quedase atrás en el camino hacia la cobertura sanitaria universal y de llegar primero a los más rezagados. Este objetivo implica enfoques de equidad y el establecimiento de políticas que influyan en la salud y el bienestar a través de la forma en que las personas viven, comen y trabajan. También requiere una gobernanza inclusiva de la salud con una participación social (la participación activa de las personas, las comunidades y la sociedad civil) en los procesos de toma de decisiones, incluido el diseño, la ejecución y la revisión de políticas, programas y planes de salud para lograr mejores respuestas a las necesidades de salud de cada individuo y comunidad y un fomento de la confianza como parte de un enfoque pansocial.

19. Los Estados Miembros también hicieron hincapié en que una visión clara y un compromiso político eran fundamentales para avanzar en la reorientación del sistema de salud hacia la cobertura sanitaria universal mediante un enfoque de atención primaria de salud en el que se incluyesen la legislación, las decisiones políticas y la financiación de la acción, así como la gestión, la participación social y la rendición de cuentas sobre la base de los principios de equidad, derechos humanos y justicia social.

20. En la declaración política se dispuso además que se presentasen informes de situación a la Asamblea General de las Naciones Unidas en su septuagésimo noveno periodo de sesiones (en septiembre de 2024) y en su octogésimo primer periodo de sesiones (septiembre de 2026) con el fin de servir de base para una reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal que se celebraría en 2027.

21. Para llevar adelante las recomendaciones de la declaración política sobre cobertura sanitaria universal, el Gobierno de Kazajstán, la OMS y el UNICEF organizaron conjuntamente una conferencia internacional (Astaná, 23 de octubre de 2023) sobre políticas y prácticas de atención primaria de salud con el fin de conmemorar, respectivamente, los aniversarios cuadragésimo quinto y quinto de la Declaración de Alma-Ata y la Declaración de Astaná. La conferencia puso de relieve la urgente necesidad de una acción colectiva en materia de atención primaria de salud y supuso una oportunidad importante para que el mundo examinara y evaluara los datos y las experiencias de los países. Se publicó un ejemplar preliminar del informe mundial titulado *Implementing the PHC approach: A primer*, donde figuran las experiencias de 50 países que destacan los cambios de política que sirven de apoyo a las vías para reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria de salud, así como las enseñanzas extraídas.

## CONCLUSIONES Y PRÓXIMOS PASOS

22. La Secretaría seguirá prestando apoyo a los Estados Miembros en la reorientación de los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de salud como el camino más equitativo, eficaz, inclusivo y eficiente hacia la cobertura sanitaria universal. Esta labor incluye la acción destinada a avanzar en los tres componentes básicos de la atención primaria de salud,<sup>1</sup> centrándose en la atención primaria y las funciones de salud pública; políticas y acciones multisectoriales, y el empoderamiento de las personas y las comunidades, acelerando la aplicación del Marco operacional conjunto para la atención primaria de salud de la OMS y el UNICEF.<sup>2</sup>

23. A través de la Alianza en pro de la Cobertura Sanitaria Universal, la mayor plataforma de la OMS para la cooperación internacional en materia de CSU y atención primaria de salud, la Secretaría está proporcionando apoyo estratégico y técnico, flexible y adaptado, para reorientar los sistemas de salud hacia un enfoque de atención primaria de salud en más de 120 Estados Miembros, con más de 150 asesores de política sobre CSU que trabajan en las oficinas en los países y las oficinas regionales de la OMS. En la práctica, su apoyo cubre una amplia gama de actividades destinadas a reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria de salud con el fin de acelerar el progreso hacia la CSU y la seguridad sanitaria.

24. La Secretaría seguirá colaborando con los Estados Miembros y los asociados para intentar acabar con todos los cuellos de botella del sistema de salud que obstaculizan el progreso hacia la CSU, incluidos los problemas relacionados con los trabajadores de la salud y asistenciales. Esta colaboración implicará dar prioridad a las inversiones estratégicas en la protección, la educación, el empleo y la fidelización de estos trabajadores, en particular en los países que se enfrentan a una escasez crítica de ellos y los que tienen problemas únicos en su género, como los pequeños Estados insulares en desarrollo. A través de su Programa «Trabajar en pro de la Salud»<sup>3</sup> y del Fondo Fiduciario Multipartito<sup>4</sup> (establecido en 2018) perteneciente a este programa, la Secretaría ha prestado apoyo directo a 23 Estados Miembros y dos grupos económicos regionales de la Región de África (la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo y la Unión Económica y Monetaria de África Occidental) para que elaboren, supervisen y orienten estrategias de inversión en materia de planificación y financiación de la fuerza de trabajo, educación y empleo, protección y desempeño. Además, la Secretaría seguirá colaborando con los Estados Miembros con miras a mejorar la gobernanza y la capacidad institucional de planificación y gestión de la fuerza de trabajo, entre otras cosas fortaleciendo el diálogo multisectorial sobre políticas a fin de llevar a cabo las medidas intersectoriales necesarias con las que fortalecer la educación y el empleo de los trabajadores de la salud y asistenciales. Sobre la base de datos obtenidos de 189 países en 2020 con los que se demuestra que el 67% de los trabajadores de la salud y asistenciales son mujeres, la Secretaría también seguirá facilitando la selección de intervenciones políticas con las que poder luchar contra las desigualdades sistémicas que tienen efectos perjudiciales en estos trabajadores y en los sistemas de salud y asistenciales.

---

<sup>1</sup> OMS, UNICEF. *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/328065>), consultado el 5 de diciembre de 2023.

<sup>2</sup> OMS, UNICEF. *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>), consultado el 25 de noviembre de 2023.

<sup>3</sup> El Plan de Acción 2022-2030 «Trabajar en pro de la salud» de la OMS fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 2022 en su resolución WHA75.17 (2022). En la resolución también se hizo un llamamiento a los Estados Miembros a, en caso de ser pertinente, utilizar el Pacto Mundial para los Trabajadores de la Salud y Asistenciales como guía de base para examinar cómo proteger y apoyar a los trabajadores de la salud y asistenciales y para adoptar y aplicar medidas destinadas a estos fines, en el ámbito nacional.

<sup>4</sup> Para obtener más información, véase el sitio web *Working for Health Multi-Partner Trust Fund: expanding and transforming the global health workforce* (<https://mptf.undp.org/fund/whl00>), consultado el 27 de noviembre de 2023.

25. Otro cuello de botella importante en el sistema de salud es la financiación insuficiente de la salud. En un momento de limitaciones fiscales y macroeconómicas a nivel mundial, la Secretaría trabajará en estrecha colaboración con los Estados Miembros para proteger o aumentar sus gastos en salud y otros gastos sociales y para gastar de manera más eficiente a fin de lograr una mayor cobertura de servicios y una mejor protección financiera, en particular para las personas en situación de pobreza, vulnerabilidad y marginación. La Secretaría también prestará apoyo a los Estados Miembros en la actualización y aplicación de estrategias de financiación de la salud a las que se ha otorgado prioridad para lograr un enfoque de atención primaria de salud, el cual sea multisectorial a la hora de trabajar en los determinantes de la salud y permita un acceso equitativo. La Organización seguirá supervisando los indicadores de CSU relativos a la cobertura de servicios y la protección financiera, y emitiendo informes al respecto, así como los gastos directos en salud y sus principales causas, para orientar la adopción de medidas.

26. La Secretaría está facilitando activamente la participación de Estados Miembros, instituciones financieras internacionales, bancos de desarrollo, asociados filantrópicos y la sociedad civil mediante plataformas y asociaciones de múltiples partes interesadas con miras a impulsar el progreso hacia la CSU a través de un enfoque de atención primaria de salud. Entre los mecanismos figuran la Plataforma de Inversión para el Impacto en la Salud, puesta en marcha el 23 de junio de 2023 por la OMS y bancos multilaterales de desarrollo para fortalecer la atención primaria de salud; la plataforma CSU2030 gestionada en colaboración con la OCDE y el Banco Mundial para promover el compromiso político y la acción colectiva en favor de la CSU, y el Acelerador de la Atención Primaria del Plan de Acción Mundial a favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos.

## **INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO**

27. Se invita al Consejo a que tome nota del informe y a que encuentre oportunidades de reorientar los sistemas de salud hacia la atención primaria de salud y promueva la aplicación de la declaración política sobre la cobertura sanitaria universal a fin de acelerar los progresos al respecto. Se proponen las siguientes preguntas como guía para el debate:

- ¿Cómo pueden los Estados Miembros, con el apoyo de la Secretaría, acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal, de manera que se llegue primero a los más rezagados, durante el proceso consistente en:
  - mejorar la financiación de la salud de una forma suficiente, equitativa, eficiente y sostenible para ampliar la cobertura de los servicios de salud de calidad a través de un enfoque de atención primaria de salud, y garantizar al mismo tiempo la protección financiera?
  - optimizar y aumentar las inversiones nacionales en la educación, el empleo y la fidelización de los trabajadores de la salud y asistenciales? ¿Existen necesidades particulares para grupos de países, por ejemplo, los pequeños Estados insulares en desarrollo, los países con una alta migración de entrada y salida de trabajadores de la salud y asistenciales, y los países con emergencias complejas?

= = =