

OBSERVATORIO DE LA OMS AL DÍA

La cobertura universal en salud se estanca mientras retrocede la protección financiera: La OMS ignora las desigualdades económicas que contribuyen al déficit de cobertura sanitaria universal

En el punto 13.1 del orden del día de la Asamblea Mundial de la Salud de esta semana, los delegados examinarán el informe ([A76/6](#)) sobre los progresos realizados en la aplicación de la "cobertura sanitaria universal", así como cuatro proyectos de resolución propuestos por el Consejo Ejecutivo (CE152) en enero y febrero de este año, incluido el proyecto de resolución [CE152\(5\)](#), que proporcionará orientaciones a la Secretaría y a los Estados Miembros en la preparación de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal que se celebrará en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2023.

El informe [A76/6](#) ofrece una evaluación de los avances hacia la CSU en el ecuador del periodo de los ODS (2015-2030), centrándose específicamente en la meta 3.8 sobre cobertura sanitaria universal. El informe señala que, según un indicador, el 3.8.1, se ha producido un aumento de la cobertura del 45% al 67% en el periodo comprendido entre 2000 y 2019, pero que se ha ralentizado desde 2019. (Este indicador de cobertura de servicios es extremadamente básico y [se califica como "solo indicativo"](#), signifique lo que signifique). El indicador 3.8.2, que se refiere a la protección financiera medida por la proporción de población que experimenta gastos sanitarios catastróficos (GSC), muestra un fuerte empeoramiento. (El informe comenta que no existe ningún indicador que mida la atención no prestada y las necesidades no cubiertas, y que esto sería necesario para tener una visión completa de los avances (o no) hacia la cobertura sanitaria universal). También se ha producido una falta de progreso similar en la mayoría de las metas específicas de enfermedad del ODS 3. Un mayor desglose de los datos entre países muestra que gran parte de la mejora se ha producido en los países de ingresos altos. Dentro de los países, los más pobres, los que tienen menos educación o los que viven en hábitats con menos servicios obtuvieron peores resultados. En conjunto, estos datos presentan un panorama muy decepcionante.

El informe afirma que las deficiencias en relación con la CUS (y otros ODS) son en parte consecuencia de la pandemia de COVID-19, incluida la falta de solidaridad internacional que se manifestó durante y después de la pandemia. Las desigualdades en el acceso a las vacunas contra el COVID-19 son flagrantes, con un 22% de la población totalmente vacunada en las economías de bajos ingresos frente al 75% en las economías de altos ingresos, a 19 de diciembre de 2022 (párrafo 13). Asimismo, el impacto de la pandemia en muchos países se vio exacerbado por la división social y la falta de confianza. El documento [A76/6](#) no explora los orígenes y el impacto de las deficiencias de la solidaridad internacional durante Covid en relación con el desarrollo de los sistemas sanitarios, ni los factores políticos, económicos y culturales fundamentales de este fracaso de la solidaridad. Comprender estos factores arrojaría una valiosa luz sobre el estancamiento del proyecto de cobertura sanitaria universal. El informe también destaca los obstáculos a la CUS que surgen de la intersección de las crisis del cambio climático y los desastres naturales, los conflictos regionales, la recesión económica y la desigualdad de ingresos, la

espiral de las tasas de inflación, la deuda pública y privada, y los crecientes problemas energéticos y de coste de la vida.

A pesar del reconocimiento de estas dinámicas en la primera parte del documento A76/6, las secciones posteriores del informe y los compromisos del proyecto de resolución propuesto (CE152(5)) se enmarcan en gran medida dentro de los límites conocidos de la política sanitaria, y apenas se abordan los obstáculos más fundamentales a la cobertura sanitaria universal. Esta miopía se expresa claramente en el párrafo 43, que sugiere que, al debatir este punto, la Asamblea se centre en cómo:

- fortalecer sus planes nacionales y aumentar la financiación gubernamental hacia la realización progresiva de la cobertura universal salud, con el apoyo de una priorización basada en la evidencia;
- reorientar sus sistemas nacionales de salud hacia la atención primaria como base para la cobertura universal en salud, la seguridad sanitaria y la mejora de la salud; y
- promover la equidad y la rendición de cuentas sobre la base de datos y datos empíricos nacionales, regionales y mundiales y de la participación de múltiples partes interesadas para garantizar que nadie se quede atrás en la realización progresiva de la cobertura universal en salud y de la Salud para Todos.

Es evidente que la OMS tiene una experiencia única en los aspectos técnicos específicos de la salud y el bienestar. Sin embargo, la OMS podría contribuir más eficazmente al proyecto intersectorial abordando las relaciones entre las variables políticas y económicas y los resultados sanitarios. Esto podría incluir: rastrear las tendencias y patrones de la deuda soberana y la capacidad fiscal; analizar el impacto en la atención sanitaria de los paquetes de ajuste estructural impuestos por el FMI; rastrear los vínculos entre el flujo de ayuda internacional para el cambio climático y la incidencia del hambre y la migración forzada; o rastrear las relaciones entre la evasión fiscal y la salud.

Incluso dentro de los límites institucionales de la "Salud", este informe y la resolución asociada no abordan la controversia básica sobre el papel de los mercados de seguros subvencionados y los proveedores privados frente a la prestación de asistencia sanitaria pública.

Las instituciones financieras internacionales y las grandes organizaciones filantrópicas han tratado de limitar el papel del gobierno a la prestación de un paquete muy selectivo de servicios (prestados por proveedores públicos y privados) con servicios más allá del paquete financiados en su totalidad a través de los pagos de los usuarios en el mercado privado, o parcialmente suscritos a través de seguros de salud. Este modelo no ha funcionado. La atención primaria debe organizarse como un bien público global y un derecho humano básico, y no como un bien comercializable. Los enfoques basados en el mercado no han funcionado para la atención primaria. La atención primaria debe ser universal e integral, donde "integral" significa que todos los servicios sanitarios esenciales están cubiertos.



Las carencias de la cobertura sanitaria universal se deben en parte a la limitación de los presupuestos, pero también reflejan un fallo de diseño al considerar la "cobertura" como la distribución de recursos a través de las fuerzas del mercado y la prestación de servicios a través de médicos privados. Se trata de un modelo impuesto a la OMS por el Banco Mundial y Estados Unidos, con el impulso de las grandes organizaciones filantrópicas estadounidenses.

La causa del acceso universal a una atención sanitaria integral sufrirá un nuevo revés si la Asamblea General de la ONU de septiembre sigue aprobando este mismo modelo.

En la mayoría de los países de renta baja y media se han introducido regímenes de seguros financiados con fondos públicos, sobre todo para la atención hospitalaria, pero no han logrado ofrecer una protección financiera eficaz. Estos regímenes de seguros no son como los marcos de seguridad social de Alemania, Japón o Australia. En los PBI y los PIM, estos programas de seguros subvencionados canalizan la financiación pública a través de los mercados privados para permitir que éstos crezcan, y en esto han tenido éxito, aunque a un gran coste. Sin embargo, no proporcionan una protección financiera significativa. En cuanto a la atención primaria, se ha optado por la compra mediante contratos, empaquetada y promocionada como "compra estratégica de atención primaria". No hay antecedentes de éxito en este enfoque.

Aunque la prestación de servicios públicos plantea problemas, sigue siendo el pilar de los objetivos de salud pública. Los servicios públicos, sin cuotas de usuario, tratan las intervenciones sanitarias como bienes públicos. Está claro que cuando la financiación y la capacidad administrativa son inadecuadas habrá grandes lagunas, pero encerrarse en mercados sanitarios desiguales e ineficaces no es una solución. Otro problema es la persistencia de intervenciones globales verticales, con una integración muy deficiente en un fortalecimiento general de los sistemas sanitarios y la atención primaria universal. Se está reproduciendo este modelo, en el que las intervenciones contra las ENT se conceptualizan como productos discretos que deben comprarse o aplicarse sin referencia al resto del sistema sanitario. La alternativa sería la integración de los programas de ENT dentro de una APS integral.

La próxima reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal es muy bienvenida, pero si la Declaración Política no aborda los obstáculos fundamentales para la financiación adecuada de la atención sanitaria y si no aborda las cuestiones de la arquitectura del sistema sanitario, será una oportunidad perdida. PHM hace un llamamiento a los Estados miembros y a la sociedad civil para que participen activamente en la elaboración de la Declaración Política de aquí a septiembre.

El MSP aprecia

- el reconocimiento por parte de la OMS de la necesidad de incluir indicadores de la atención no prestada y de las necesidades no cubiertas, así como de la calidad de la atención, como indicadores importantes del progreso hacia la cobertura universal en salud;



- el llamado a una medición más detallada y a la presentación de informes desglosados de estos indicadores, de modo que se midan y aborden las desigualdades en el acceso;
- el reconocimiento por parte de la OMS de la necesidad de mejorar los sistemas de registro civil y estadísticas vitales (estimaciones actuales que a menudo se basan en extrapolaciones burdas a partir de datos nacionales muy escasos o inexistentes)
- el llamado a una mayor inversión financiera en el personal sanitario, contratado en condiciones justas que cumplan las normas laborales
- el llamado para que se incluyan acciones de salud pública en la atención primaria de salud (al tiempo que se señala que el apoyo técnico prestado en este ámbito es inadecuado)
- el reconocimiento de los determinantes sociales en la resolución, pero la declaración política debe garantizar el seguimiento de los avances en todos los ODS relacionados con los determinantes sociales de la salud y dejar clara la responsabilidad de los organismos mundiales sobre comercio, medio ambiente y derechos humanos en estos ámbitos.

Sin embargo, el MSP pide que se redoblen los esfuerzos para garantizar que la declaración política de la ONU también incluya llamamientos para:

- Una mayor atención (análisis y política) a las raíces estructurales de las limitaciones fiscales. Debe encomendarse a la OMS que colabore con los organismos pertinentes de las Naciones Unidas para identificar y reducir los obstáculos estructurales a la capacidad de financiación nacional de la asistencia sanitaria en los PBI y los PIM;
- Papel central del sector público en la prestación de servicios. La atención primaria engloba la atención preventiva y promocional y las intervenciones de salud pública, ámbitos todos ellos en los que se sabe que el mercado falla. En consecuencia, requieren la prestación de servicios públicos (o programas administrados públicamente incluso cuando los servicios se contratan a proveedores del sector privado).
- Precaución sobre la mercantilización de la atención sanitaria. La toma de decisiones clínicas sobre la atención sanitaria no debe estar condicionada por incentivos económicos personales. Los regímenes de seguros, el "pago por resultados" y los enfoques de pago por servicio tienden a desplazar la prestación de asistencia hacia aquellos servicios y clientes que resultan más rentables para el proveedor privado y, por tanto, socavan el acceso equitativo a una asistencia sanitaria de calidad.
- Acceso asequible a todos los productos sanitarios esenciales. Los países o regiones deben tener la capacidad de obtener a precios asequibles todos los productos sanitarios esenciales necesarios para todos los servicios de atención primaria. Esto requeriría necesariamente una mayor capacidad de fabricación nacional, control de precios y contratación pública. Por ejemplo, en la mayoría de los PIBM, el acceso universal a la atención diabética no será posible hasta que la insulina humana y los sistemas de administración de insulina sean mucho más asequibles.



- Innovación en nuevas tecnologías para las prioridades públicas en condiciones no comerciales. Esto requiere un enfoque diferente de la innovación de productos, menos basado en regímenes de patentes restrictivos y más dependiente de la financiación pública y la cooperación entre el mundo académico, la industria y los gobiernos del Sur global.
- Estudios de rentabilidad para elegir la tecnología, no para racionar el acceso. Consideramos que los estudios de rentabilidad desempeñan un papel importante a la hora de determinar cuáles son las mejores tecnologías para abordar las necesidades sanitarias y si las nuevas tecnologías sofisticadas ofrecen una buena relación calidad-precio. En un enfoque integral de la atención primaria, el principio debe ser que deben incluirse todos los servicios básicos que sean eficaces y rentables. Sólo es necesario especificar las exclusiones. Las intervenciones que pueden ser prestadas por las categorías existentes de trabajadores sanitarios y que requieren productos sanitarios que ya figuran en las listas existentes de medicamentos y diagnósticos esenciales cubrirían el 90% de las necesidades de atención primaria.
- Reducir el papel de los programas verticales separados. A medida que se refuerzan las redes de atención primaria con recursos humanos y productos básicos esenciales, así como con competencias y apoyo, los programas verticales separados deben integrarse en una prestación sanitaria coherente, excepto cuando sean necesarios para el apoyo técnico, la investigación y la innovación, y la actuación sobre determinantes sociales y comerciales específicos.

[El comentario completo del MSP sobre este punto](#) ofrece más detalles y referencias. Véanse también los enlaces del Rastreador a [debates anteriores sobre la cobertura universal en salud](#).

Véase la página de seguimiento de esta sesión de la AMS76 ([aquí](#)). Para recibir alertas de actualización, [suscríbase](#) al Observatorio de la OMS Al Día.

El Rastreador de la OMS y los comentarios del MSP se producen como parte del Observatorio de la OMS, un proyecto del [Movimiento para la Salud de los Pueblos](#) en asocio con [Medicus Mundi International](#), la [Red del Tercer Mundo](#) y otras redes de la sociedad civil. El objetivo del Observatorio de la OMS es contribuir a la democratización de la gobernanza mundial en salud mediante nuevas alianzas, nuevos flujos de información y la ampliación del discurso político.

Usted puede apoyar el Observatorio de la OMS mediante la difusión del Rastreador; invitando a otros a suscribirse al Observatorio de la OMS Al Día; y siguiéndonos en Twitter a través de [@PHMglobal](#) y [@WorldHealthWatch](#).

Para hacernos llegar sus comentarios sobre este boletín, escriba a editor@phmovement.org.





Health for All Now!
People's Health Movement

Está recibiendo este correo electrónico porque se ha suscrito al boletín del Observatorio de la OMS (WHO Watch).

¿No está suscrito? Suscríbese [aquí](#).

Nuestra dirección postal es
WHO Tracker / Movimiento por la Salud de los Pueblos
PHM c/- Viva Salud
Chaussee de Haecht 53
Bruselas B-1210
Bélgica
[Añádanos a su libreta de contactos](#)