

Informe de políticas:

**La COVID-19 y  
la cobertura sanitaria  
universal**

OCTUBRE DE 2020

# Resumen

---

En el transcurso de nueve meses, la COVID-19 se propagó a más de 190 países, que notificaron más de 30 millones de casos y más de un millón de muertes. La pandemia dejó al descubierto riesgos que llevaban muchos años desatendidos, como la capacidad insuficiente de los sistemas de salud, las deficiencias de protección social y las desigualdades estructurales. También hizo patente la importancia de la salud pública básica y de que los sistemas de salud y de preparación para emergencias fueran sólidos, así como de la resiliencia de las poblaciones para hacer frente a nuevos virus o pandemias, lo que torna aún más urgente lograr la cobertura sanitaria universal.

La salud es un derecho humano fundamental y la cobertura sanitaria universal es crucial para lograr la salud para todos. Se entiende por “cobertura sanitaria universal” la situación en la que todas las personas y comunidades reciben

los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Sin embargo, al menos la mitad de la población mundial sigue sin tener cobertura completa de los servicios de salud esenciales, y más de 800 millones de personas destinan al menos el 10 % del presupuesto familiar a gastos sanitarios<sup>1</sup>. Será importante eliminar, en la medida de lo posible, todos los impedimentos financieros que obstaculizan el acceso a los servicios de salud. Pese a que ello puede resultar complejo en el contexto de una recesión económica, la COVID-19 ha demostrado que el control eficaz de las epidemias es positivo para la economía. También ha hecho patentes los aspectos negativos que se derivan de que la cobertura sanitaria esté financiada principalmente mediante contribuciones salariales. En el contexto de una crisis económica mundial que aumenta el desempleo, y dado que el derecho a los servicios está

## ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?

**La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. En este sentido, tiene tres objetivos:**

- > **La equidad en el acceso:** todas las personas que necesiten servicios de salud deben recibirlos y no solo quienes puedan pagarlos.
- > **Una calidad suficiente:** los servicios de salud deben ser tan buenos que deben mejorar la salud de quienes los reciben.
- > **La ausencia de riesgo financiero indebido:** el costo de utilizar los servicios de salud no debe exponer a las personas a perjuicios financieros.

El concepto de la cobertura sanitaria universal está basado en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, y en el ideal de la salud para todos definido por la Declaración de Alma-Ata de 1978. Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han reiterado su firme determinación de lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (A/RES/74/2, octubre de 2019).

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), “Cobertura sanitaria universal”, 24 de enero de 2019. Puede consultarse en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

vinculado a esas contribuciones, el acceso a los servicios de salud disminuye en el momento en que las personas más lo necesitan.

El mundo se encuentra en un momento crítico de la pandemia de COVID-19. Pese a que inicialmente se lograra suprimir la transmisión en algunos países, en muchos están resurgiendo los casos una vez relajadas algunas restricciones. Al acercarse la temporada de gripe en algunas partes del mundo, y dado el aumento de los casos y las hospitalizaciones, muchos países se ven en la encrucijada de mantener el equilibrio entre proteger la salud pública, proteger las libertades personales y mantener la economía en funcionamiento.

Si los países contaran con una cobertura sanitaria universal, serían más eficaces y eficientes a la hora de hacer frente a las tres causas directas e indirectas de morbilidad y mortalidad derivadas de la crisis por la COVID-19: la primera obedece al propio virus; la segunda se deriva de la incapacidad de los sistemas sanitarios de prestar servicios de salud esenciales de forma ininterrumpida y la tercera está relacionada con las repercusiones socioeconómicas de la pandemia.

Hemos sido testigos de que las personas que están más expuestas al virus son aquellas que pertenecen a grupos que ya se encontraban en situaciones de gran vulnerabilidad: quienes viven en la pobreza, las personas mayores, quienes tienen problemas de salud preexistentes, las mujeres, los niños, los migrantes y quienes están en situación de desplazamiento forzado. Algunas regiones enteras que estaban logrando avances en la erradicación de la pobreza y la reducción de la desigualdad han experimentado, en cuestión de meses, un retroceso de años. El desarrollo humano ha retrocedido por primera vez desde 1990, cuando comenzamos a medirlo.

Ya son incuestionables los vínculos entre la salud pública y la resiliencia de las economías y las sociedades en un sentido amplio. La COVID-19 ha reforzado las pruebas existentes de que las inversiones en materia de salud tienen beneficios a largo plazo y de que la escasez de inversiones puede tener efectos sociales y económicos devastadores a gran escala que repercutan en todo el mundo durante años. La pandemia está costándole a la economía mundial 375.000 millones de dólares al mes y se han perdido 500 millones de puestos de trabajo desde que comenzó la crisis. Es preciso seguir centrándose en responder a la causa fundamental de la crisis económica, que es la COVID-19. A este respecto, ***la OMS ha proporcionado amplias orientaciones*** sobre las medidas de salud pública que son eficaces.

Las vacunas, las pruebas diagnósticas y las opciones terapéuticas inocuas y eficaces también serán vitales para acabar con la pandemia y acelerar la recuperación mundial. También ha quedado más que claro que, por el bien nacional y económico propio, todos los países deben colaborar ampliamente para aumentar el acceso a las pruebas y las opciones terapéuticas, así como respaldar que la vacuna sea considerada un bien público mundial, es decir, una “vacuna popular” a la que tengan acceso todas las personas, donde sea que se encuentren, a un precio asequible. [El Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 \(Acelerador ACT\)](#), uno de cuyos mecanismos es el denominado COVAX, es la mejor solución global para que el mundo llegue a esa meta.

A más largo plazo, cabe considerar que la preparación y la respuesta ante una pandemia constituyen un bien público mundial al que hay que destinar inversiones proporcionales, tanto mundiales como nacionales. Por consiguiente,

se necesita un sistema normalizado de alerta sobre los brotes vinculado a medidas concretas de las autoridades sanitarias nacionales y locales. Hasta la fecha, solo la tercera parte de los países dispone de las capacidades necesarias en su sistema de gestión de las emergencias de salud pública, como lo prescribe el *Reglamento Sanitario Internacional* (2005).

Para salir de la pandemia de COVID-19, será necesario adoptar una perspectiva coordinada a nivel mundial que sea pangubernamental y abarque a toda la sociedad. La experiencia obtenida con esta pandemia exige lograr una cobertura sanitaria universal que garantice el acceso igualitario a la atención sanitaria de calidad para todas las personas, sin exponerlas a riesgos financieros, y que proteja eficazmente a las sociedades de otra crisis sanitaria y de sus repercusiones devastadoras en la vida y los medios de subsistencia de las personas. Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han acordado tratar de lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de conformidad con la [declaración política](#) sobre la cobertura sanitaria universal de 2019.

Hay medidas claras que es posible tomar en el contexto de la respuesta a la COVID-19 y la recuperación para solventar las carencias que ha puesto de manifiesto la pandemia e invertir para aumentar la resiliencia de la salud pública de aquí en adelante. En última instancia, es una elección política hacer todo lo posible por que no vuelva a surgir una pandemia de esta escala y con estas repercusiones.

---

## MEDIDAS RECOMENDADAS

---

### 1. FRENAR CUANTO ANTES LA TRANSMISIÓN DE LA COVID-19:

- > Seguir reforzando las medidas de salud pública para reducir a cero la transmisión local de la COVID-19.
- > Disponer medidas universales sobre el suministro de pruebas de detección de la COVID-19, el aislamiento y el rastreo de contactos.
- > Garantizar el acceso de los enfermos de COVID-19 a la atención para reducir el número de muertes.

### 2. PROTEGER LA PRESTACIÓN DE OTROS SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES. Para reducir al mínimo la morbilidad y la mortalidad, es necesario continuar prestando servicios de salud prioritarios durante la fase aguda de la pandemia de COVID-19.

### 3. AMPLIAR DRÁSTICAMENTE EL ACCESO A LAS NUEVAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RÁPIDAS Y OPCIONES TERAPÉUTICAS Y VELAR POR QUE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 SEAN UN BIEN PÚBLICO MUNDIAL AL QUE PUEDAN ACCEDER DE MANERA EQUITATIVA TODAS LAS PERSONAS, DONDE SEA QUE SE ENCUENTREN:

- > Adoptar un enfoque mundial para velar por el acceso equitativo a las nuevas herramientas contra la COVID-19 aportando toda la financiación necesaria al Acelerador ACT.

- > Detener cuanto antes la propagación de la información errónea y los rumores falsos sobre la inocuidad de las vacunas.

### 4. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL:

- > Invertir en las funciones básicas de los sistemas de salud que son fundamentales para proteger y promover la salud y el bienestar, denominadas “bienes públicos para la salud”.
- > Suspender los copagos por los servicios relacionados con la COVID-19 y otros servicios de salud esenciales.

### 5. FORTALECER LA PREPARACIÓN NACIONAL Y MUNDIAL ANTE UNA PANDEMIA Y ASPIRAR A TENER SOCIEDADES SANAS EN EL FUTURO.

# 1. Repercusiones de la COVID-19 en la salud y respuesta a la pandemia

En el transcurso de solo nueve meses, la COVID-19 se propagó a más de 190 países. Hacia finales de septiembre de 2020, se habían registrado en todo el mundo más de 30 millones de casos y más de 1 millón de muertes. La morbilidad y la mortalidad de la COVID-19 obedece a tres causas directas e indirectas: 1) el propio virus, 2) la incapacidad de los sistemas sanitarios de prestar servicios de salud esenciales de forma ininterrumpida, 3) las repercusiones socioeconómicas de la pandemia.

## 1.1. LAS PERSONAS MÁS VULNERABLES A LA COVID-19 Y LA NECESIDAD DE UNA RESPUESTA MUNDIAL

Según la estructura etaria de la población, entre el 5 % y el 15 % de los enfermos de COVID-19 presentan complicaciones críticas que exigen ventilación mecánica, y entre el 15 % y el 20 % presentan síntomas graves por los que hay que administrarles oxigenoterapia o instituir otras intervenciones hospitalarias<sup>2</sup>. A esta altura, se sabe que los factores de riesgo que hacen a las personas propensas a padecer formas graves de la enfermedad son la edad mayor de 60 años y

los antecedentes de hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos asociados a inmunosupresión. Alrededor de una quinta parte de la población mundial, es decir, 1.700 millones de personas, padecen al menos una de estas afecciones de fondo y 350 millones (el 4 % de la población mundial) corren un alto riesgo de sufrir formas graves de COVID-19<sup>3</sup>. La proporción de la población que está expuesta a un alto riesgo es mayor en los países que tienen una población envejecida, los países africanos donde es alta la prevalencia del VIH/sida y los pequeños estados insulares donde es alta la prevalencia de la diabetes.

La COVID-19 suele afectar más a quienes tienen menos recursos para hacerle frente: los ancianos, las personas que padecen enfermedades crónicas y las que viven en condiciones precarias. Las tasas de morbilidad y mortalidad son altas entre las personas mayores que viven en centros de atención prolongada, donde también son altas las tasas de absentismo del personal a causa de la COVID-19. En varios países de la Unión Europea, la mortalidad registrada entre los ancianos que residen en estos centros ha

<sup>2</sup> OMS, "Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community". Puede consultarse en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF\\_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>3</sup> Andrew Clark *et al.*, "Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study", *The Lancet*, 15 de junio de 2020 ([www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930264-3](http://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930264-3)).

representado más de la mitad de todas las muertes causadas por la enfermedad<sup>4</sup>. Las personas que viven en espacios pequeños, en asentamientos hacinados o en prisión, al igual que los refugiados y migrantes, también corren un alto riesgo.

El personal sanitario corre gran riesgo de contraer la COVID-19 debido a que suele estar en contacto con enfermos (véase el [recuadro 1.1](#)). Los trabajadores de primera línea que se desempeñan en tareas esenciales, como el transporte público, la producción de alimentos y la aplicación de la ley, también están más expuestos. Algunas afecciones crónicas aumentan la propensión a contraer la infección por COVID-19, al igual que los efectos adversos. Por ejemplo, algunos datos indican que la infección por el VIH aumentó 2,5 veces la mortalidad por COVID-19 en la provincia sudafricana de Cabo Occidental. Además, es habitual que las personas hospitalizadas por COVID-19 padezcan angustia y depresión: en una cohorte de enfermos hospitalizados en Wuhan (China), más del 34 % de las personas presentaron síntomas de angustia y el 28 %, de depresión. Estos datos subrayan la importancia de que los servicios de salud mental sean considerados elementos esenciales de la respuesta nacional a la COVID-19, como se indica en el [informe de políticas sobre la COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental](#), publicado en mayo de 2020.

Las mujeres tienen una participación desproporcionada en la respuesta a la pandemia, ya sea como trabajadoras sanitarias, cuidadoras o movilizadoras comunitarias. En todo el mundo, las mujeres representan el 70 % de la fuerza laboral del sector de la salud<sup>5</sup> y, en algunos países, los casos de infección entre las trabajadoras sanitarias duplicaron los del personal masculino<sup>6</sup>. En el hogar, las mujeres dedican casi el triple del tiempo que los hombres al trabajo de cuidados no remunerado. Cuando los sistemas de salud están sobrecargados, aumenta la carga de los cuidados en el hogar y esa carga recae en gran medida en las mujeres y las niñas.

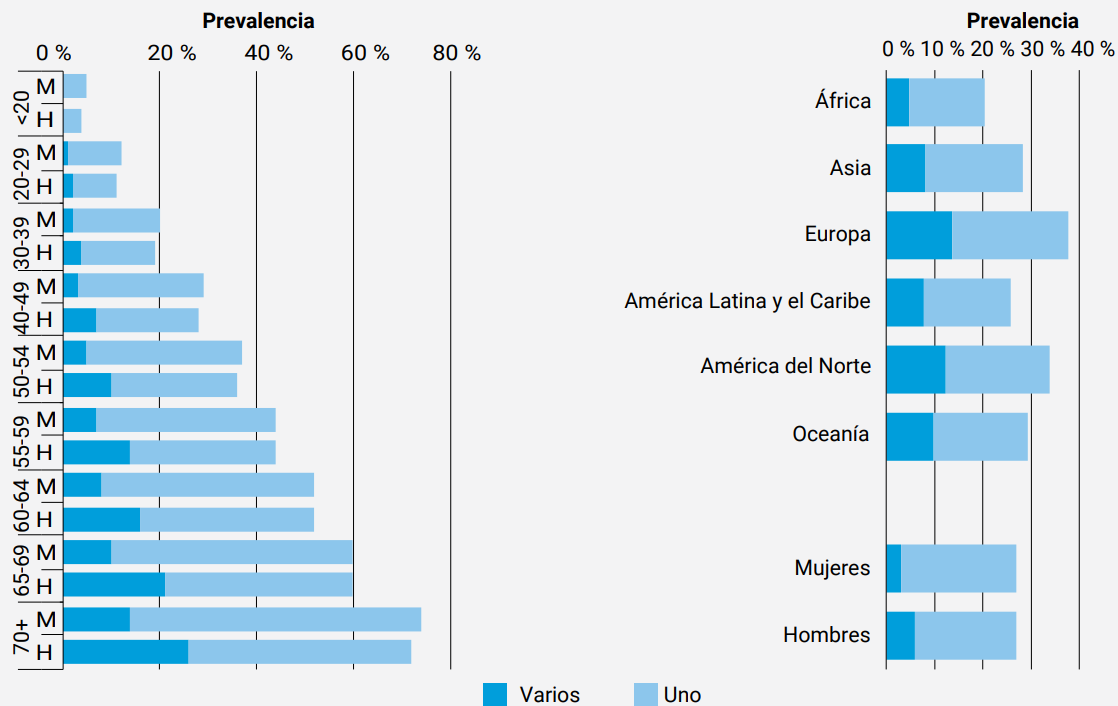
---

<sup>4</sup> Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, "Epidemiology of COVID-19", 15 de julio de 2020. Puede consultarse en [www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology](http://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/epidemiology).

<sup>5</sup> M. Boniol *et al.*, Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries, Health Workforce Working Paper 1, Ginebra, OMS, 2019; para consultar ejemplos de los casos de España y los Estados Unidos, donde más del 70 % del personal sanitario infectado fueron mujeres, véase ONU-Mujeres, "COVID-19: Emerging gender data and why it matters", 26 de junio de 2020, en <https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>.

<sup>6</sup> ONU-Mujeres, "COVID-19 And Women's Leadership: From An Effective Response to Building Back Better", Policy Brief no. 18, 2020. Puede consultarse en [www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-womens-leadership-en.pdf?la=es&vs=409](http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-womens-leadership-en.pdf?la=es&vs=409).

**FIGURA 1.1. LA PROBABILIDAD DE PADECER FORMAS GRAVES DE LA ENFERMEDAD, POR EDAD Y SEXO, Y POR REGIÓN, 2020**





El papel que desempeñan las mujeres en la pandemia y la carga que soportan por ella no están reflejados en los procesos decisorios. Hasta el 1 de enero de 2020, tres cuartas partes de los escaños parlamentarios del mundo estaban ocupados por hombres. Solo el 25 % de los ministerios de salud del mundo están encabezados por mujeres y las mujeres ocupan solo el 25 % de los cargos superiores en las instituciones de salud. Además, también son hombres el 72 % de los ejecutivos de las organizaciones de salud de todo el mundo<sup>7</sup>. En lugar de desempeñarse en funciones limitadas a la primera línea de la respuesta, las mujeres deben participar en la formulación, la aplicación y la vigilancia de las respuestas nacionales a la COVID-19. Está demostrado que, cuando las mujeres son Jefas de Estado y de Gobierno, la respuesta a la COVID-19 es considerada particularmente eficaz<sup>8</sup>.

Dado que la mayor parte del personal de primera línea está constituido por mujeres, es fundamental que las medidas de apoyo dirigidas a este personal tengan en cuenta las necesidades de las mujeres; por ejemplo, se pueden ofrecer modalidades de trabajo flexibles, transporte gratuito, pagos y servicios adicionales, además de reconocer la carga extra de trabajo no remunerado que han debido asumir las mujeres durante la pandemia.

#### RECUADRO 1.1. INCLUSION DE LOS REFUGIADOS

Los refugiados, los desplazados internos y los apátridas que se encuentran en una situación vulnerable están particularmente expuestos a las repercusiones sanitarias de la COVID-19. Los riesgos son aún mayores en los entornos frágiles, los afectados por conflictos y los humanitarios, en los que un gran número de refugiados y desplazados internos viven en condiciones de hacinamiento o insalubridad, que facilitan la propagación de la COVID-19. Más del 85 % de los refugiados se encuentran en países de ingreso bajo a mediano. En el pacto mundial sobre los refugiados, se pide a la comunidad internacional que vele por que no se deje atrás a los refugiados ni a las comunidades de acogida en los progresos de los países para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, entre otras cosas, promoviendo la incorporación de los refugiados en los sistemas nacionales de salud<sup>9</sup>. En el documento de políticas del Secretario General **La COVID-19 y las personas en movimiento** se pide, además, que se los incluya en los planes nacionales de respuesta a la COVID-19, que se protejan sus derechos humanos y que se reconozca su enorme potencial para aportar soluciones.

<sup>7</sup> ONU-Mujeres, "COVID-19 And Women's Leadership", véase, por ejemplo, Alemania, Dinamarca, Eslovaquia, Etiopía, Finlandia, Islandia y Nueva Zelanda.

<sup>8</sup> ONU-Mujeres, "Rapid gender assessment of the situation and needs of women in the context of COVID-19 in Ukraine", 2020. Puede consultarse en [https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/06/rapid%20gender%20assessment\\_eng-min.pdf?la=en&vs=3646](https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/06/rapid%20gender%20assessment_eng-min.pdf?la=en&vs=3646).

<sup>9</sup> Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Pacto mundial sobre los refugiados, <https://www.acnur.org/pacto-mundial-sobre-refugiados.html?query=pacto%20mundial>.

## RECUADRO 1.2. EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

### EN LA RESPUESTA A LAS REPERCUSIONES DE LA COVID-19 EN LA SALUD DE LOS REFUGIADOS Y LOS DESPLAZADOS INTERNOS

- En Ghana y Turquía, los refugiados están incluidos en el sistema sanitario nacional en igualdad de condiciones con los ciudadanos del país en el que se encuentran.
- En Rwanda, los refugiados que se encuentran en centros urbanos de Kigali fueron incluidos en el plan nacional de seguro médico social.
- En Mauritania, con el apoyo del Banco Mundial, se está haciendo la transición para desarrollar la capacidad del sistema nacional con el fin de incluir a los refugiados con todos los beneficios.
- En el Perú, se aprobó una cobertura sanitaria temporal tanto para los refugiados y migrantes presuntamente infectados por la COVID-19 como para los que tienen el diagnóstico confirmado.

Los Estados necesitan apoyo financiero y técnico para aplicar políticas públicas de atención sanitaria que sean totalmente inclusivas. Al adoptar esas políticas, los países que acogen a refugiados quizá tengan acceso a financiación humanitaria y de desarrollo y puedan planificar proyectos plurianuales.

### EN LA RESPUESTA A LAS REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA COVID-19 SOBRE LAS PERSONAS DESPLAZADAS POR LA FUERZA

- Recientemente, el Perú, Chile y la Argentina comenzaron a permitir que el personal médico y de enfermería y otras personas que hubieran recibido formación médica en el extranjero trabajasen durante la respuesta a la COVID-19. En Irlanda, el Consejo Médico anunció que permitiría que los refugiados y solicitantes de asilo con formación médica prestasen apoyo médico asumiendo funciones, por ejemplo, como auxiliares de enfermería.
- Los agentes humanitarios que prestan servicios en Burkina Faso, el Chad, Guinea y Liberia siguen pagando incentivos al personal docente para garantizar la continuidad de los ingresos de los docentes refugiados mientras estén cerradas las escuelas.
- El Gobierno de Sudáfrica confirmó que el 30 % de la ayuda financiera a los propietarios de pequeñas tiendas de autoservicio se destinaría a comercios que fueran propiedad de extranjeros, incluidos los pertenecientes a refugiados.

**Los Gobiernos de todo el mundo han ampliado las medidas de control para reducir la propagación de la COVID-19** cerrando las escuelas y los lugares de trabajo, cancelando los

actos públicos, restringiendo el tamaño de las reuniones, limitando el transporte público, imponiendo normas de resguardo domiciliario y limitando la circulación interna y los viajes

internacionales<sup>10</sup>. Esas medidas han logrado frenar el aumento del número de casos y muertes por la COVID-19. Por ejemplo, los países que impusieron medidas de confinamiento desde el principio registraron menos muertes en las semanas siguientes. Además, la tasa de mortalidad acumulada per cápita a causa de la COVID-19 se ha estabilizado a diferentes valores en los distintos países. Algunas personas expuestas a un riesgo particularmente alto, como las personas mayores, quizá necesiten más protección contra la posible exposición a la COVID-19. Otras personas, como los prisioneros no violentos recluidos en espacios cerrados, fueron puestos en libertad tras evaluar cada caso particular.

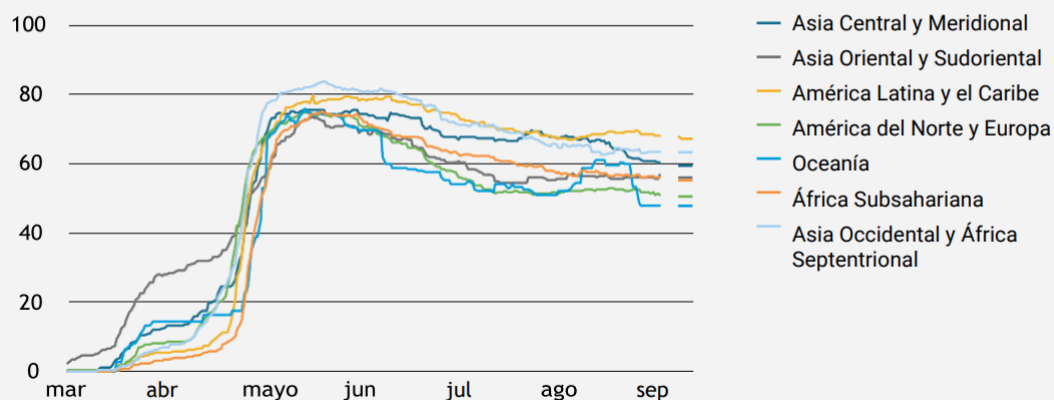
Las decisiones sobre el tratamiento y la atención médica no deben estar basadas en factores

discriminatorios, como el origen étnico, la nacionalidad, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad ni la filiación política, sino en la necesidad médica. Es esencial que los pacientes que presenten problemas de salud o síntomas similares reciban el mismo tratamiento y la misma atención.

Es fundamental que los pacientes y sus cuidadores participen en la toma de decisiones todo lo que sea posible, para lo cual hay que explicarles las opciones y limitaciones del tratamiento. Es importante que el tratamiento y la atención no aumenten las dificultades financieras de las personas, concepto que constituye un principio básico de la cobertura sanitaria universal.

**FIGURA 1.2. APLICACIÓN DE INTERVENCIONES DE CONTENCIÓN Y SALUD PÚBLICA POR REGIÓN, 2020**

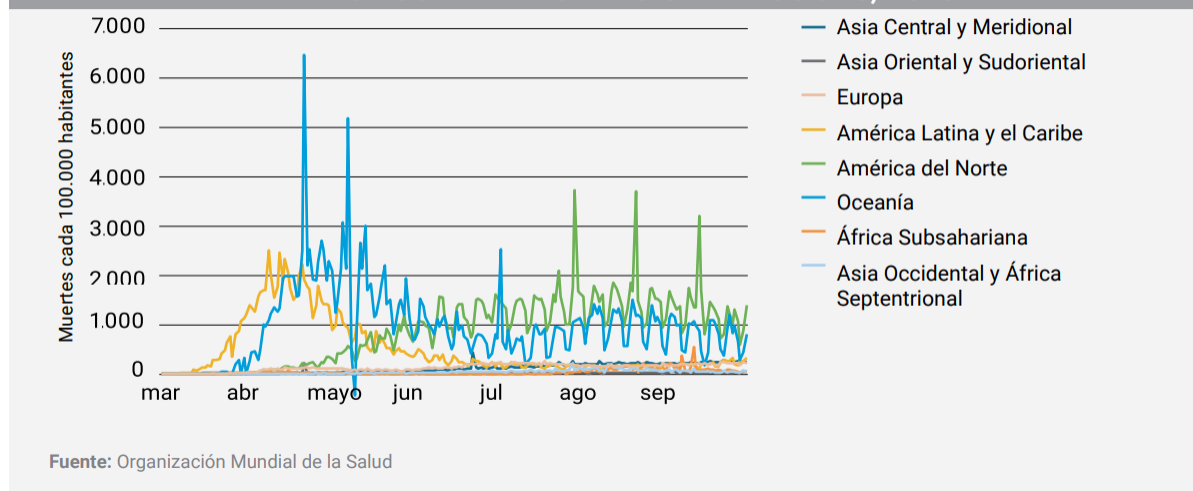
El índice puede tener valores de 0 a 100 y representa la potencia de la respuesta de salud pública por región.



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

<sup>10</sup> Blavatnik School of Government, University of Oxford, "US Government Response", 14 de septiembre de 2020. Puede consultarse en [www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker](http://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker).

**FIGURA 1.3. TENDENCIA DE LOS CASOS Y LAS MUERTES POR COVID-19 POR REGIÓN DE LOS ODS, 2020**



Fuente: Organización Mundial de la Salud

## 1.2. REPERCUSIONES EN OTROS SERVICIOS DE SALUD

**El número adicional de pacientes generado por la COVID-19 pone en riesgo la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer otros servicios esenciales.** En el plano local, este aumento puede motivar que se cancelen intervenciones quirúrgicas programadas y otros procedimientos no urgentes, pero también puede tener efectos más amplios debido a las restricciones impuestas a los viajes, la interrupción de las cadenas de suministro y la redistribución del personal<sup>11</sup>. Los efectos indirectos en ocasiones son más profundos que las repercusiones directas del propio brote de COVID-19. La pandemia ya ha ocasionado disrupciones en el 90 % de los

países. En general, las personas que no acceden a servicios de salud esenciales, al igual que los más afectados por la COVID-19, pertenecen a grupos pobres y desfavorecidos que tienen menos acceso a los servicios.

**A escala mundial, los efectos probablemente tengan repercusiones profundas o anulen los progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).**

Por ejemplo, si la cobertura de las intervenciones de salud reproductiva y materno-infantil, como la vacunación, disminuye entre el 9,8 % y el 18,5 %, y la emaciación aumenta un 10 %, podrían fallecer más de 250.000 niños y 12.000 madres más en el transcurso de 6 meses en 118 países<sup>12</sup>. Por otra parte, es probable que 47 millones de mujeres no tengan acceso a los anticonceptivos modernos, que tengan lugar 7 millones de embarazos no deseados y se

<sup>11</sup> OMS, *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*, 1 de junio 2020. Puede consultarse en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.2-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf).

<sup>12</sup> Timothy Robertson *et al.*, "Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study", *The Lancet: Global Health*, vol. 8, núm. 7, 1 de julio de 2020. Puede consultarse en [www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext).

añadan 31 millones de casos de violencia de género si los confinamientos continúan durante al menos seis meses en 114 países de ingreso bajo y mediano<sup>13</sup>. Si, en 2020, se suspende la distribución planificada de mosquiteros tratados con insecticida y disminuye el acceso a los tratamientos antimaláricos eficaces, la malaria podría cobrarse la vida de unas 769.000 personas antes de que termine el año<sup>14</sup>. Si, a nivel mundial, disminuyen un 25 % las actividades de detección de la tuberculosis durante tres meses, las muertes por la enfermedad podrían aumentar un 13 %, lo que nos retrotraería a las cifras de mortalidad por tuberculosis de hace cinco años<sup>15</sup>. Si, en África subsahariana, se interrumpe el tratamiento antirretrovírico durante seis meses, podrían fallecer 500.000 personas más a causa de enfermedades secundarias al sida entre 2020 y 2021: en 2018, fallecieron unas 470.000 personas en la región a causa del sida<sup>16</sup>.

**La COVID-19 puede tener una influencia negativa en la evolución de quienes padecen enfermedades no transmisibles**, como distintos tipos de cáncer y cardiopatías, si se retrasa su diagnóstico, dado que este se efectuaría a etapas más avanzadas de la enfermedad. Algunos países han registrado demoras en la solicitud de atención por

ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y cáncer<sup>17</sup>.

**A fin de reducir al mínimo la morbilidad y la mortalidad, los países deben decidir los servicios sanitarios esenciales que considerarán prioritario mantener durante la fase aguda de la pandemia de COVID-19.** En el **recuadro 1.3** se detallan las categorías más prioritarias<sup>18</sup>.

<sup>13</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic*, junio de 2020. Puede consultarse en [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA\\_Global\\_Response\\_Plan\\_Revised\\_June\\_2020.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Global_Response_Plan_Revised_June_2020.pdf).

<sup>14</sup> OMS, *The Potential Impact of Health Service Disruptions on the Burden of Malaria*, 23 de abril de 2020. Puede consultarse en [www.who.int/publications/i/item/the-potential-impact-of-health-service-disruptions-on-the-burden-of-malaria](http://www.who.int/publications/i/item/the-potential-impact-of-health-service-disruptions-on-the-burden-of-malaria).

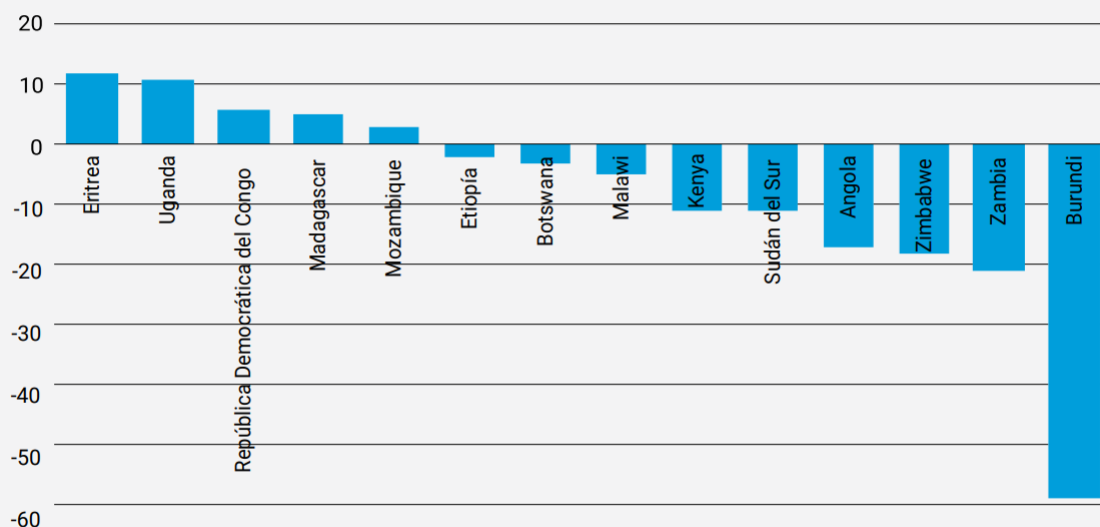
<sup>15</sup> OMS, "Tuberculosis and COVID-19", Information Note, 12 de mayo de 2020. Puede consultarse en [https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/infonote-tb-covid-19.pdf?sfvrsn=b5985459\\_18](https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/infonote-tb-covid-19.pdf?sfvrsn=b5985459_18).

<sup>16</sup> A. Hogan et al. "Spiral: Report 19: The Potential Impact of the COVID-19 Epidemic on HIV, TB and Malaria in Low- and Middle-Income Countries", 30 de abril de 2020. Puede consultarse en <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/78670>.

<sup>17</sup> Marion M. Mafham y cols., "COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England", *The Lancet*, vol. 396, núm. 10.248, 8 de agosto de 2020. Puede consultarse en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31356-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31356-8).

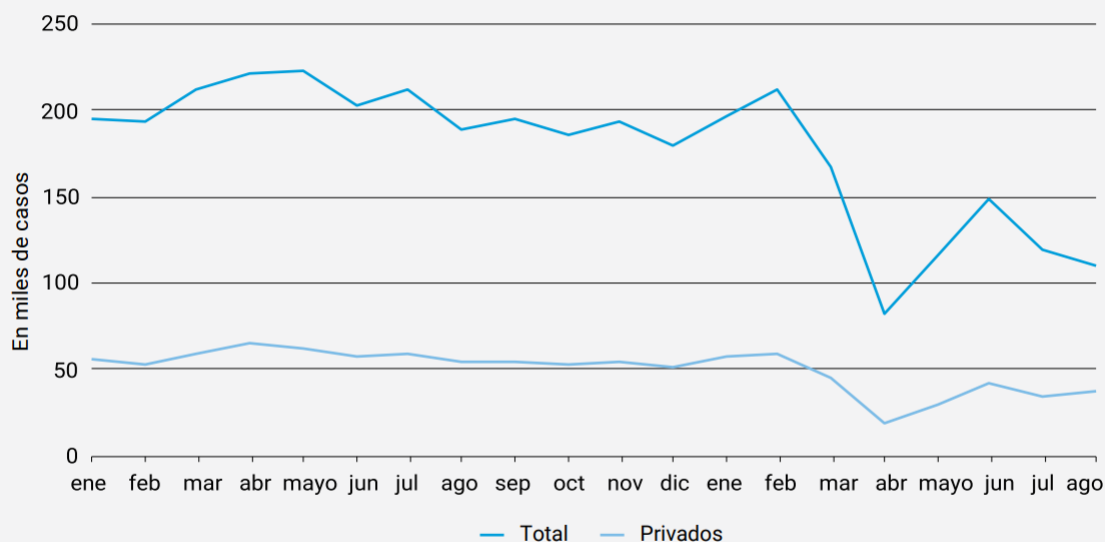
<sup>18</sup> OMS, *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales*.

**FIGURA 1.4. VARIACIÓN PORCENTUAL DE LOS PARTOS ATENDIDOS EN CENTROS DE SALUD PÚBLICA EN ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2020 FRENTE A 2019**



Fuente: Programa regional interinstitucional (UNFPA, ONUSIDA, UNICEF y OMS) "2gether 4 SRHR".

**FIGURA 1.5. DISMINUCIÓN DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS QUE ACUDIERON A CENTROS DE SALUD EN LA INDIA, 2019–2020**



El confinamiento nacional comenzó en la semana 12; algunos estados reanudaron parcialmente la actividad en la semana 16. Datos extraídos del sitio web público del sistema nacional de vigilancia sincronizada de la tuberculosis.

Fuente: <https://reports.nikshay.in/Reports/TBNotification>

### RECUADRO 1.3. SERVICIOS A LOS QUE HAY QUE DAR PRIORIDAD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

- > La atención de las dolencias y los cuadros clínicos agudos frecuentes que exigen intervención rápida, como la atención de las mujeres que son víctimas de violencia
- > Los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades transmisibles, en particular las vacunas
- > Los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, especialmente la atención durante el embarazo y el parto
- > Los servicios básicos para los grupos de población vulnerables, como los niños menores de un año y los adultos mayores
- > El abastecimiento de medicamentos y suministros y el apoyo de profesionales sanitarios como parte del tratamiento continuo de las enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales y
- > Los servicios auxiliares, tales como los servicios básicos de diagnóstico por imágenes, de laboratorio y de banco de sangre.

**A medida que disminuya el número de casos de COVID-19, habrá que restituir rápidamente muchos de los servicios que fueron suspendidos.** Las decisiones acerca de los cambios en la prestación de servicios deben estar fundamentadas con datos exactos y oportunos sobre la prestación de un conjunto básico de servicios esenciales. En los informes hay que destacar todo cambio que influya en el grado de preparación de los sistemas de prestación de servicios, tanto de los centros de salud como del ámbito de la comunidad, por ejemplo, la interrupción de los programas de prevención, como las campañas de vacunación no efectuadas, y el marcado agravamiento de las enfermedades no transmisibles o de las infecciones avanzadas. Es probable que los servicios se reanuden en el contexto de una “nueva normalidad”, cuyas características principales sean el riesgo continuo de

transmisión de la COVID-19 y la reaparición de brotes locales o de transmisión en la comunidad. Es preciso planificar para el caso imprevisto de que sea necesario volver a suspender los servicios e incluir disposiciones sobre el reabastecimiento de equipo y medicamentos y la capacitación del personal.

### 1.3. REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS

**Las diversas medidas utilizadas para limitar la propagación de la COVID-19 y aliviar la presión sobre los sistemas de salud han limitado los viajes, el consumo y las inversiones, además de haber restringido la oferta de mano de obra y la producción, lo que ha tenido enormes repercusiones socioeconómicas, en especial para los grupos más vulnerables<sup>19</sup>.** Estas repercusiones y las medidas instituidas para

<sup>19</sup> Banco Mundial, *Global Economic Prospects 2020*, “Chapter 1: Global Outlook, Pandemic, Recession: The Global Economy in Crisis”, junio de 2020. Puede consultarse en <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/211553-Ch01.pdf>.

mitigarlas se han descrito en detalle en los [informes de políticas](#) anteriores. El FMI y el Banco Mundial están financiando la Iniciativa de Suspensión del Servicio de la Deuda, en la que los prestatarios pueden utilizar los recursos liberados para aumentar el gasto social, sanitario o económico. Esta iniciativa es fundamental para la cobertura sanitaria universal en particular, ya que, para progresar en ese sentido, se necesita financiación pública<sup>20, 21, 22</sup>.

**A pesar de estas intervenciones de estímulo fiscal, los pronósticos indican que, en las economías avanzadas, la producción caerá un 7 % y que, en las economías de mercados emergentes y en desarrollo, la producción registrará la primera contracción en más de 50 años.** La pandemia está costándole a la economía mundial 375.000 millones de dólares al mes y se han perdido 500 millones de puestos de trabajo desde que comenzó la crisis. Es preciso seguir centrándose en responder a la causa fundamental de la crisis económica, que es la COVID-19, dando prioridad a las inversiones en materia de salud de manera inmediata. El costo financiero que entraña dar una respuesta sanitaria integral a la pandemia será pequeño frente a los costos que supondría una recesión mundial prolongada. Las políticas de financiación sanitaria deben dar prioridad a la financiación pública y eliminar los impedimentos financieros que obstaculizan el acceso a los servicios<sup>23</sup>.

**Otro de los pronósticos indica que la recesión mundial generará el primer aumento de la pobreza extrema mundial desde 1998.** Se estima que, a causa de la COVID-19, 70 a 100 millones de personas más podrían caer en la pobreza extrema en 2020, lo que anularía por completo los progresos realizados desde 2017. Las consecuencias para la salud humana también pueden ser serias, ya que es probable que se retroceda en todas las metas de los ODS relacionadas con la salud. Las metas en las que más influye el indicador de pobreza quizá sean las más afectadas (por ejemplo, hay menos probabilidades de que la tuberculosis reciba tratamiento y es más probable que disminuyan las tasas de partos asistidos por personal calificado).

**Una gran proporción de las personas que caerán en la pobreza extrema por primera vez se concentrará en los países que ya presentan altas tasas de pobreza y un gran número de pobres.** Se pronostica que casi la mitad de los nuevos pobres estarán en Asia Meridional y más de un tercio, en África Subsahariana. El aumento de la pobreza mundial hace peligrar la capacidad de las personas más vulnerables para acceder a los servicios de salud.

La incidencia de los gastos sanitarios catastróficos aumentó sin interrupción entre 2000 y 2015 y es posible que aumente aún más a causa de la pandemia de COVID-19<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> OMS, "Policy Brief No 1 Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers", 10 de noviembre de 2015. Puede consultarse en [www.who.int/publications/i/item/raising-revenues-for-health-in-support-of-uhc-strategic-issues-for-policy-makers](http://www.who.int/publications/i/item/raising-revenues-for-health-in-support-of-uhc-strategic-issues-for-policy-makers).

<sup>21</sup> Ajay Tandon et al., "From slippery slopes to steep hills: Contrasting landscapes of economic growth and public spending for health", *Social Science and Medicine*, vol. 259, agosto de 2020. Puede consultarse en [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620303907?dgcid=rss\\_sd\\_all](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620303907?dgcid=rss_sd_all).

<sup>22</sup> Joseph Kutzin, Winnie Yip y Cheryl Cashin, "Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage", *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*, 2016. Puede consultarse en [www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789813140493\\_0005](http://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789813140493_0005).

<sup>23</sup> Alianza Sanitaria Internacional UHC2030, "Living with COVID-19: Time to get our act together on health emergencies and UHC, documento de debate, 27 de mayo de 2020. Puede consultarse en [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key\\_Issues/Health\\_emergencies\\_and\\_UHC/UHC2030\\_discussion\\_paper\\_on\\_health\\_emergencies\\_and\\_UHC\\_-\\_May\\_2020.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf).

<sup>24</sup> OMS, *La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Informe de seguimiento 2019*. Puede consultarse en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328919/WHO-HIS-HGF-19.1-spa.pdf?ua=1>.



---

## 1.4. AMPLIAR DRÁSTICAMENTE EL ACCESO A LAS NUEVAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RÁPIDAS Y OPCIONES TERAPÉUTICAS Y VELAR POR QUE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 SEAN UN BIEN PÚBLICO MUNDIAL

---

Nos encontramos en un momento crítico de la pandemia de COVID-19. Pese a que inicialmente se lograra suprimir la transmisión en algunos países, en muchos están resurgiendo los casos una vez relajadas algunas restricciones. La OMS ha instado a los países a que continúen centrándose en la aplicación plena de las medidas sanitarias de eficacia demostrada y ha facilitado orientaciones integrales sobre formas de suprimir la transmisión del virus.

Las vacunas, las pruebas diagnósticas y las opciones terapéuticas inocuas y eficaces también serán vitales para acabar con la pandemia y acelerar la recuperación mundial. No obstante, estas herramientas vitales solo serán eficaces si están al alcance de las personas más vulnerables de una manera equitativa y simultánea en todos los países, lo que quiere decir que, en esencia, se las considera bienes públicos mundiales. El Acelerador ACT es la mejor solución global para acelerar el desarrollo de las herramientas que necesitamos para salvar vidas lo antes posible y para habilitar el acceso a ellas al mayor número posible de personas de la manera más equitativa posible.

El Acelerador ACT ya está teniendo resultados concretos: está evaluando decenas de nuevas pruebas diagnósticas rápidas que podrían dar un vuelco a la situación, el único tratamiento de eficacia comprobada contra los cuadros graves de COVID-19 y la mayor cartera de investigación de vacunas; ha creado un Mecanismo Mundial de Vacunas (COVAX), en el que ya están participando más de 156 economías y se están sumando más; y ha generado consenso sobre la distribución internacional de estos productos. Mediante este mecanismo, los países mancomunan los riesgos y aumentan las probabilidades de acceder a las vacunas más eficaces, estudiadas, efectivas e inocuas. Esta mancomunación de los riesgos y beneficios —a diferencia de las iniciativas nacionales de desarrollo de vacunas— es la única forma certera de reabrir rápidamente la economía mundial y restablecer los medios de subsistencia sin correr riesgos. En la primera fase, lo más importante es llevar las vacunas a quienes más las necesitan, como el personal de salud y asistencia social, los ancianos y otras poblaciones vulnerables al mismo tiempo en todo el mundo, independientemente de su riqueza. Es imprescindible que el Acelerador ACT salga ya mismo y rápidamente de su fase inicial a fin de aprovechar los impresionantes avances conseguidos para ampliar los efectos a gran escala.

Invertir en el Acelerador ACT permitirá a los países recuperarse con más rapidez. El Acelerador ACT necesita con urgencia 35.000 millones de dólares para pasar de la fase inicial a la fase de ampliación a fin de cumplir su cometido: producir 2.000 millones de dosis de vacunas, 245 millones de tratamientos y 500 millones de pruebas.

## 2. La cobertura sanitaria universal es importante para dar una respuesta eficaz a la COVID-19

---

La actual crisis derivada de la pandemia de COVID-19 dejó al descubierto riesgos sanitarios de alcance mundial que llevaban muchos años desatendidos, como la capacidad insuficiente de los sistemas de salud, las deficiencias de protección social y las desigualdades estructurales. También hizo patente la importancia de la salud pública básica y de los sistemas de salud en lo atinente a la resiliencia de las poblaciones para hacer frente a nuevos virus o pandemias, lo que torna aún más urgente lograr la cobertura sanitaria universal.

La salud es un derecho humano fundamental que abarca los servicios de salud y los determinantes subyacentes de la salud, y la cobertura sanitaria universal es crucial para lograr la salud para todos. Se entiende por “cobertura sanitaria universal” la situación en la que todas las personas y comunidades reciben los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. No obstante, al menos la mitad de la población mundial sigue careciendo de cobertura completa de los servicios de salud esenciales, y más de 800 millones de personas destinan al menos el 10 % del presupuesto familiar a gastos sanitarios<sup>25</sup>.

La pandemia de COVID-19 también puso de manifiesto incoherencias en cuanto a la aplicación. Conforme a su definición, la cobertura sanitaria universal abarca el acceso a toda la gama de servicios, es decir, los relacionados con la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Todos estos aspectos, al igual que los seguros médicos, forman parte del seguimiento de los progresos hacia el logro de la cobertura sanitaria universal, de conformidad con la meta 3.8.1 de los ODS (cobertura de los servicios). Sin embargo, en la práctica, la atención se ha centrado en gran medida en el tratamiento y se ha prestado atención escasa o nula a la promoción y la prevención<sup>26</sup>.

---

### 2.1. BIENES PÚBLICOS PARA LA SALUD

---

Para responder a la pandemia con eficiencia y eficacia, y sentar las bases de un futuro mejor, los Gobiernos deben aumentar las inversiones en las funciones básicas del sistema de salud que son fundamentales para proteger y promover la salud y el bienestar, denominadas

---

<sup>25</sup> OMS, “Cobertura sanitaria universal”. Puede consultarse en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

<sup>26</sup> UHC2030, “Living with COVID-19”. Puede consultarse en [www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key\\_Issues/Health\\_emergencies\\_and\\_UHC/UHC2030\\_discussion\\_paper\\_on\\_health\\_emergencies\\_and\\_UHC\\_-\\_May\\_2020.pdf](http://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf).

“bienes públicos para la salud” (véase el **recuadro 2.1**)<sup>27</sup>. Desde la perspectiva de los derechos humanos, ello significa que deben destinarse el máximo de los recursos con los que cuentan para cumplir las obligaciones básicas mínimas en lo referente al derecho a la salud, entre las que figuran el acceso a los medicamentos esenciales y la distribución equitativa de la totalidad de las instalaciones, los bienes y los servicios relacionados con la salud. Estas funciones son indivisibles de los compromisos que todos los Estados Miembros asumieron en el *Reglamento Sanitario Internacional* y en la declaración política sobre la cobertura sanitaria universal de 2019<sup>28,29</sup>. Es posible añadir la preparación a las capacidades existentes de los sistemas de salud en lugar de crear nuevas estructuras o contratar nuevo personal. La experiencia obtenida con la COVID-19 ha puesto en evidencia la realidad de que los sistemas de salud de muchos países no estaban bien preparados para proteger la salud de la población en toda su magnitud.

**Los sistemas sanitarios sólidos que están basados en la atención primaria de salud son primordiales tanto para dar una respuesta eficaz a la COVID-19 como para lograr la cobertura sanitaria universal.** En algunos países la respuesta a la emergencia ha estado más centrada en aumentar el número de camas de cuidados intensivos que en la atención primaria. Son necesarias tanto unas como la otra. Hay que prestar a distancia los servicios que se ofrecen en los centros de salud, con equipo de protección personal y respiradores, y es preciso, en la medida de lo posible, prestar a la vez varios servicios de atención primaria que normalmente se ofrecerían en varias consultas. Quizá sea

## RECUADRO 2.1. BIENES PÚBLICOS PARA LA SALUD\*

- > Coordinación en materia de políticas
  - >> Capacidad institucional (por ejemplo, centro de control de enfermedades, instituto de salud pública y centro de operaciones de emergencia)
  - >> Políticas relativas al mercado laboral del sector sanitario
  - >> Cadenas de adquisición y suministro de equipo de protección personal y otros artículos
- > Información y vigilancia (por ejemplo, centro de control de enfermedades, institutos de salud pública y vigilancia comunitaria de la COVID-19 mediante sistemas de información) y capacidad de laboratorio (por ejemplo, ampliación de la capacidad para efectuar pruebas de detección de la COVID-19)
- > Comunicación de los riesgos (por ejemplo, actividades de divulgación para empoderar a las personas y su familia a fin de que se ocupen mejor de su salud y para fortalecer la implicación y la confianza de la comunidad)
- > Reglamentación
  - >> Control de los alimentos y autorizaciones
  - >> Normas sobre la calidad de los medicamentos y productos sanitarios
- > Instrumentos fiscales (por ejemplo, impuestos para la salud y eliminación de los subsidios a la energía para reducir las enfermedades respiratorias)
- > Programas de salud pública
  - >> Agua y saneamiento en los centros de salud
  - >> Vacunación
  - >> Sanidad animal
  - >> Salud ambiental

\* Agua y saneamiento en los centros de salud.

<sup>27</sup> OMS, “Common goods for health”, 2019. Puede consultarse en [www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-topics/common-goods-for-health#tab=tab_1).

<sup>28</sup> OMS, *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, tercera edición, 1 de enero de 2016. Puede consultarse en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>.

<sup>29</sup> <https://undocs.org/es/A/RES/74/2>.

necesario adaptar los protocolos de hospitalización, ya que es probable que cambien los riesgos y beneficios asociados a la atención hospitalaria.

Es preciso incorporar con urgencia métodos alternativos para que las personas accedan a los medicamentos y servicios esenciales cuando estén restringidos los servicios que se prestan en los centros de salud. Por ejemplo, algunos mecanismos, como recurrir a la telemedicina para obtener información importante y entregar medicamentos por correo, indicar intervenciones de autocuidado y repartir tareas entre el personal de extensión, pueden aumentar el acceso a los servicios de salud esenciales cuando no es posible atender a los pacientes en los centros de salud.

**La comunicación eficaz y la implicación comunitaria son esenciales para mantener la confianza del público.** Si bien los encuentros entre pacientes y prestadores sanitarios deben respetar las recomendaciones de distanciamiento físico durante la pandemia de COVID-19, los pacientes no deben demorar la solicitud de atención para las afecciones urgentes ni interrumpir el tratamiento de las enfermedades crónicas. Una parte esencial de la respuesta a la pandemia consiste en transmitir mensajes claros sobre el momento y el lugar al que acudir para solicitar atención médica, la suspensión de los copagos y la garantía sobre la seguridad de la atención. Para que la respuesta a la COVID-19 sea más eficaz, también es esencial que la comunidad y la sociedad civil participen en los equipos de tareas de coordinación nacional.

**La participación en las decisiones y el acceso a la información y la educación sanitarias son fundamentales para el pleno disfrute del derecho a la salud.** Si reciben información verídica, oportuna y accesible en todos los idiomas locales, las personas de las comunidades afectadas pueden tomar decisiones fundamentadas sobre la forma de protegerse y proteger a los demás. En particular, cuando se solicita y facilita al mismo tiempo su participación activa y fructífera en los procesos decisivos en materia de salud, se empodera a las comunidades para que se impliquen positivamente en la respuesta sanitaria, algo que también es válido en el caso de las comunidades y los grupos que a menudo se encuentran al margen de la sociedad, como los migrantes, las personas con discapacidad, las personas que viven en la pobreza y las personas mayores.

**La COVID-19 subraya la importancia de que los Gobiernos consideren que las comunidades locales, las poblaciones afectadas, las partes interesadas y las organizaciones pertinentes, la sociedad civil y el sector privado son parte de la solución a la epidemia.** La equidad de género y el empoderamiento de la mujer son esenciales a la hora de definir la preparación y la respuesta frente a las emergencias sanitarias. La eficacia de la respuesta depende de la confianza en el Gobierno, de modo que las estrategias cuenten con el apoyo del público, al igual que de la buena gestión de los diversos interesados y organizaciones y de mecanismos claros de rendición de cuentas.

Se ha demostrado una y otra vez lo que aportan los grupos de la comunidad a la movilización, la sensibilización, la vinculación de los casos presuntos con la atención y los servicios, y el seguimiento durante la recuperación y el apoyo.

---

## 2.2. FINANCIACIÓN SANITARIA DURANTE LA CRISIS POR LA COVID-19

---

**La eliminación de los impedimentos financieros que obstaculizan el acceso a los servicios de salud es un paso crucial para mejorar la salud pública.** Pese a que ello puede resultar complejo en el contexto de una recesión económica, la COVID-19 ha demostrado que el control eficaz de las epidemias es positivo para la economía. La COVID-19 subraya la necesidad de eliminar los impedimentos financieros de las decisiones que toman las personas acerca de si solicitar o no atención médica<sup>30</sup>. Lo ideal sería que las personas no tuvieran ningún copago en el lugar de consulta al recibir servicios esenciales durante la pandemia de COVID-19, ya que la expectativa de pago puede suponer un importante obstáculo a la hora de solicitar y recibir la atención necesaria. Aunque se considera que esta situación dificulta el logro del acceso equitativo en general, resulta más importante en el contexto de una enfermedad tan contagiosa, que afecta no solo a la persona que podría necesitar atención, sino también a las que esta persona podría contagiar.

**Los prestadores sanitarios del sector público y los contratados del sector privado deben recibir, a modo de compensación, el pago anticipado de los servicios cuando sea posible.** En los entornos donde son habituales los pagos bajo la mesa (por ejemplo, para obtener suministros médicos o para el personal sanitario), quizá no baste con anunciar que los servicios son

gratuitos. Los Gobiernos podrían establecer mecanismos fiables para garantizar la prestación gratuita de servicios esenciales<sup>31</sup> y comunicar con claridad esta política al público. Si no se pueden eliminar los copagos u otros obstáculos financieros (por ejemplo, los costos de transporte), los ministerios de salud podrían trabajar junto con las autoridades que proporcionan transferencias sociales en efectivo para garantizar que los hogares vulnerables reciban la atención médica que necesitan<sup>32</sup>.

**La experiencia con la COVID-19 también refuerza los conceptos transmitidos acerca de la financiación sanitaria en pro de la cobertura sanitaria universal.** Sobre todo cuando la cobertura sanitaria está vinculada al empleo, cualquier conmoción económica que provoque la pérdida de puestos de trabajo en el sector estructurado también tiene consecuencias negativas para la cobertura sanitaria. Además, esta vinculación no se condice con el concepto de cobertura sanitaria universal, ya que el derecho a la cobertura sanitaria no es solo una prestación de los empleados. Por lo tanto, en los países que siempre han dependido de la cobertura sanitaria contributiva y vinculada al empleo, ha sido esencial reasignar ingresos presupuestarios generales al sistema, tanto para reducir la vulnerabilidad del sistema a la pérdida de puestos de trabajo como para velar por que se puedan poner en marcha las actividades

---

<sup>30</sup> UHC2030, "Living with COVID-19". Puede consultarse en [www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key\\_Issues/Health\\_emergencies\\_and\\_UHC/UHC2030\\_discussion\\_paper\\_on\\_health\\_emergencies\\_and\\_UHC\\_-\\_May\\_2020.pdf](http://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf).

<sup>31</sup> Prosper Tumusiime, "Domestic Health Financing for Covid-19 Response in Africa", *Social Health Protection Network*, 28 de abril de 2020. Puede consultarse en <https://p4h.world/en/bmj-domestic-health-financing-covid-19-response-africa>.

<sup>32</sup> Joe Kutzin, "Priorities for the Health Financing Response to COVID-19", *Social Health Protection Network*, 2 de abril de 2020. Puede consultarse en <https://p4h.world/en/who-priorities-health-financing-response-covid19>.

esenciales que son necesarias para responder a la COVID-19<sup>33</sup>.

---

### 2.3. EQUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, INCLUIDOS LOS SERVICIOS COMUNITARIOS

---

**La cobertura sanitaria universal encarna el objetivo de la equidad en el uso de los servicios necesarios y eficaces con protección financiera, así como los progresos para lograr ese objetivo evaluado en poblaciones enteras.** Los sistemas cuya organización procura mantener los progresos realizados para lograr la cobertura sanitaria universal centrándose en las personas y basándose en los derechos están mejor preparados para responder a los brotes de enfermedades.

**En relación con los distintos servicios, la experiencia obtenida con la COVID-19 revela que los sistemas de salud que presentan importantes desigualdades en materia de acceso y que están fragmentados en muchos planes y programas no solo resultan problemáticos para las personas que corren el riesgo de quedar rezagadas, sino para la sociedad y la economía en su conjunto.** Los sistemas fragmentados también son menos capaces de responder con eficacia a los brotes de enfermedades transmisibles que aquellos que ofrecen prestaciones más equitativas y que tienen subsistemas subyacentes importantes, en particular en lo que respecta a los datos epidemiológicos y de utilización de los servicios, que abarcan a todo el sistema y a los prestadores públicos y privados que sirven a toda la población.

**La financiación sanitaria mediante contribuciones salariales constituye un problema en sí mismo cuando el mundo está sumido en una crisis económica que aumenta el desempleo, ya que, si el derecho a los servicios está vinculado a esas contribuciones, puede disminuir el acceso a los servicios de salud en el momento en que las personas más lo necesitan.** Los países podrían asegurarse de que ya no tengan necesidades de salud insatisfechas las subpoblaciones concretas a las que más afectó la COVID-19, entre las que se cuentan las víctimas de violencia sexual, las personas con discapacidad (que representan el 15 % de la población mundial), las que tienen necesidades de salud mental, las personas que viven con el VIH/sida, las personas mayores, los refugiados y los desplazados internos y los migrantes.

---

<sup>33</sup> Por ejemplo, en Alemania ([www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section](http://www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section)) o en la República Checa ([www.covid19healthsystem.org/countries/czechrepublic/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section](http://www.covid19healthsystem.org/countries/czechrepublic/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section)).

# 3. La cobertura sanitaria universal es importante para dar una respuesta eficaz a la COVID-19

---

La COVID-19 ha revelado deficiencias peligrosas en la preparación, la cobertura sanitaria y el acceso a los servicios de salud. La preparación y la respuesta ante una pandemia exige un sistema normalizado de alerta sobre los brotes vinculado a medidas concretas de las autoridades sanitarias nacionales y locales. Solo la tercera parte de los países dispone de las capacidades necesarias en su sistema de gestión de las emergencias de salud pública, como lo prescribe el *Reglamento Sanitario Internacional*. Por consiguiente, las Naciones Unidas están ofreciendo orientaciones técnicas y operativas a los países, que abarcan desde instrumentos para planificar la respuesta de emergencia hasta orientaciones en materia de coordinación y financiación, comunicación sobre los riesgos e implicación de la comunidad, vigilancia sanitaria, prevención y control de infecciones y pruebas de laboratorio. Es necesario que los países del G20 y la OCDE se solidaricen con los países de ingreso bajo y los países frágiles y den un apoyo decidido a las iniciativas de prevención y preparación.

**Una de las principales dificultades será obtener datos oportunos en condiciones de seguridad.**

Los sistemas de información sanitaria ordinarios no han podido generar información actualizada sobre la prestación de servicios y las inversiones en materia de salud. La mayor parte de las encuestas de hogares previstas para 2020 se

han aplazado a 2021, por lo que actualmente están en curso menos de diez, y las encuestas sobre los centros de salud son casi inexistentes. Los Estados Miembros podrían invertir en sistemas de datos fiables, ya que los actuales sistemas de información no aportan datos actualizados sobre el estado de la implantación de los programas y las inversiones en materia de salud. Cuando sea posible, los sistemas de información sobre la gestión sanitaria podrían tratar de desglosar los datos en función del sexo, la edad, los ingresos, la raza, el origen étnico, la situación migratoria, la discapacidad, la ubicación geográfica y otras características pertinentes según el contexto nacional.

---

## 3.1. LAS SOCIEDADES SANAS Y PREPARADAS ADOPTAN PERSPECTIVAS PANGUBERNAMENTALES Y ABORDAN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

---

**Para salir de la pandemia de COVID-19, será necesario adoptar una perspectiva coordinada a nivel mundial que sea pangubernamental y abarque a toda la sociedad.** Cabe considerar que la preparación ante una pandemia constituye un

bien público mundial al que hay que destinar inversiones proporcionales, tanto mundiales como nacionales. Los sistemas de salud pública deben evolucionar y adoptar un planteo más holístico frente a la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud y la protección social. Es importante que las respuestas a la pandemia no se enzarquen en las desigualdades ni las empeoren. El mundo debe asegurarse de aprender de la experiencia y de convertir la COVID-19 en un momento decisivo para la preparación ante las emergencias sanitarias, abordando los determinantes sociales de la salud que exigen colaboración intersectorial, y para la inversión en los servicios públicos fundamentales del siglo XXI.

**Aunque la COVID-19 ha supuesto una tragedia para la humanidad, también ha abierto a las nuevas generaciones la posibilidad** de forjar un mundo más igualitario y sostenible. Para el sector de la salud de cada país, ello significa que, más que nunca, es esencial poner en marcha políticas adecuadas que propicien avances para lograr la cobertura sanitaria universal. La respuesta a la COVID-19 y la preparación para posibles pandemias en el futuro exigen una respuesta que abarque a toda la población y todo el sistema.

**La COVID-19 ha reforzado las pruebas existentes de que las inversiones en materia de salud tienen beneficios a largo plazo y de que la escasez de inversiones puede tener efectos sociales y económicos a gran escala en todo el mundo.** Los sistemas sanitarios nacionales sólidos son fundamentales tanto para velar por la preparación y la respuesta ante los brotes como para propiciar un progreso sostenido hacia el logro de la cobertura sanitaria universal. Para estar bien preparados ante una pandemia, no son menos importantes las inversiones acertadas, tanto dentro como fuera del sistema

sanitario, en los “bienes públicos para la salud”. Los países deben actualizar su plan nacional de salud a la luz de la experiencia obtenida con la COVID-19 a fin de que la capacidad de preparación y respuesta esté integrada en el apoyo a los sistemas sanitarios y en los preparativos pangubernamentales más amplios, y de que esté armonizado con el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta de la OMS, el Marco de las Naciones Unidas para la Respuesta Socioeconómica Inmediata ante la COVID-19 y el Plan Mundial de Respuesta Humanitaria a la COVID-19 de las Naciones Unidas. Los principales donantes mundiales podrían ayudar a los países a fortalecer su sistema sanitario para lograr la seguridad sanitaria y seguir avanzando hacia el logro de la cobertura sanitaria universal. En última instancia, es una elección política hacer todo lo posible por que no vuelva a surgir una pandemia de esta escala y con estas repercusiones.



# 4. Medidas recomendadas

---

## 1. FRENAR CUANTO ANTES LA TRANSMISIÓN DE LA COVID-19 PARA CONTROLAR LA PANDEMIA:

- a) **Seguir reforzando las medidas de salud pública para reducir a cero la transmisión local de la COVID-19.** Algunas de estas medidas han consistido en cerrar las escuelas y los lugares de trabajo, cancelar los actos públicos, restringir el tamaño de las reuniones, limitar el transporte público, imponer normas de resguardo domiciliario y limitar la circulación interna y los viajes internacionales, sin dejar de respetar los derechos fundamentales, incluido el acceso a los procedimientos de asilo. Estas medidas han sido eficaces para frenar el aumento del número de casos y muertes por la COVID-19.
- b) **Disponer medidas universales sobre el suministro de pruebas de detección de la COVID-19, el aislamiento y el rastreo de contactos.** Las medidas de rastreo y aislamiento de los contactos son esenciales para reducir la transmisión a cero y constituyen la base de los sistemas de vigilancia de la COVID-19. Los Gobiernos deben comunicar con claridad y coherencia la forma en que debe comportarse la población para controlar la propagación del virus.
- c) **Garantizar el acceso de los enfermos de COVID-19 a la atención para reducir el número de muertes.** Las intervenciones que se instituyen para tratar a los enfermos graves de COVID-19 pueden dar lugar a una

serie de alteraciones denominadas en conjunto “síndrome poscuidados intensivos”; cuando proceda, las intervenciones paliativas deberán estar integradas en el tratamiento curativo. Las decisiones sobre el tratamiento no deben estar basadas en factores discriminatorios, como el origen étnico, la nacionalidad, la religión, el sexo, la edad, la discapacidad ni la filiación política, sino en la necesidad médica. Una vez más, la aplicación de buenas prácticas depende de un liderazgo gubernamental eficaz.

## 2. PROTEGER LA PRESTACIÓN DE OTROS SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES.

Para reducir al mínimo la morbilidad y la mortalidad, los países podrían asegurarse de que, durante la fase aguda de la pandemia de COVID-19, se mantuvieran los servicios de salud prioritarios, entre ellos, la atención de las situaciones que exigen una intervención rápida, como la atención obstétrica de urgencia; los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades transmisibles; los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva; los servicios básicos para las poblaciones vulnerables; el suministro de medicamentos y los servicios auxiliares, como los servicios básicos de diagnóstico por imágenes, de laboratorio y de banco de sangre.

## 3. AMPLIAR DRÁSTICAMENTE EL ACCESO A LAS NUEVAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RÁPIDAS Y OPCIONES TERAPÉUTICAS Y

**VELAR POR QUE LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 SEAN UN BIEN PÚBLICO MUNDIAL AL QUE PUEDAN ACCEDER DE MANERA EQUITATIVA TODAS LAS PERSONAS, DONDE SEA QUE SE ENCUENTREN:**

- a) Por el bien nacional y económico propio, todos los países deben adoptar un enfoque **mundial para velar por el acceso equitativo a las nuevas herramientas contra la COVID-19**. La forma más eficaz de lograr este ideal es mediante el Acelerador ACT, que necesita 35.000 millones de dólares para pasar de la fase inicial a la fase de ampliación a fin de cumplir su cometido. El Acelerador ACT debe contar con toda la financiación que necesita, de la cual 15.000 millones de dólares son necesarios en los próximos tres meses para que pueda avanzar en su labor de inmediato.
- b) **Detener cuanto antes la propagación de la información errónea y los rumores falsos sobre la inocuidad de las vacunas**. Urge invertir específicamente en aumentar la confianza del público en la exhaustividad de los estudios sobre las vacunas y en la eficacia y la inocuidad de las vacunas, lo que será fundamental para que el público confíe en la inocuidad y la eficacia de las futuras vacunas contra la COVID-19 y efectuar campañas eficaces de vacunación.

**4. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL**

- a) **Invertir en** las funciones básicas de los sistemas de salud que son fundamentales para proteger y promover la salud y el bienestar, denominadas **“bienes públicos para la salud”**. Es necesario que los Gobiernos aumenten las inversiones en bienes públicos para la salud de manera

que el mundo no vuelva a encontrarse en esta situación cuando surjan nuevos brotes. Instituir estas funciones es indivisible de los compromisos que todos los Estados Miembros asumieron en el *Reglamento Sanitario Internacional* y en la declaración política sobre la cobertura sanitaria universal de 2019. Algunas de estas funciones son la coordinación en materia de políticas, la vigilancia, la comunicación, la reglamentación sobre la calidad de los productos, los instrumentos fiscales y los subsidios a los programas de salud pública.

- b) **Suspender los copagos por los servicios relacionados con la COVID-19 y otros servicios de salud esenciales**. La eliminación de los impedimentos financieros que obstaculizan la utilización de los servicios es una medida importante que deben tomar los países para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Lo ideal sería que los pacientes no tuvieran que preocuparse por los copagos en el lugar de consulta porque, sobre todo en este momento, las consideraciones financieras no deberían ser un factor que influya en si deben solicitar atención médica y el lugar al que acudir. Durante la pandemia de COVID-19, los prestadores sanitarios del sector público y los contratados del sector privado podrían recibir, a modo de compensación, el pago anticipado de los servicios cuando sea posible.

- 5. FORTALECER LA PREPARACIÓN NACIONAL Y MUNDIAL ANTE UNA PANDEMIA Y ASPIRAR A TENER SOCIEDADES SANAS EN EL FUTURO**. La COVID-19 subraya la importancia de que los Gobiernos adopten una perspectiva pangubernamental que abarque a toda la sociedad y que considere

que las comunidades locales, las poblaciones afectadas, la sociedad civil y el sector privado son parte de la solución a la epidemia. La preparación y la respuesta ante una pandemia exige un sistema normalizado de alerta sobre los brotes vinculado a medidas concretas de las autoridades sanitarias nacionales y locales. Será necesario destinar inversiones proporcionales e integradas, tanto mundiales como nacionales, para fortalecer los sistemas nacionales de salud en general y lograr la cobertura sanitaria universal.

# Conclusión

---

La cobertura sanitaria universal está cimentada en la equidad y puede funcionar como un poderoso igualador social si los países avanzan rápidamente hacia la cobertura plena y equitativa de toda la población. Se ha demostrado que actúa como catalizador del crecimiento económico en beneficio de las personas, las familias, las comunidades, las empresas y las economías. La buena salud es tanto un resultado como un factor que impulsa el progreso económico y social, motivo por el cual la cobertura sanitaria universal ocupa un lugar central en la Agenda 2030.

Lograr la seguridad sanitaria y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal no son líneas de acción alternativas, ya que el fortalecimiento de los sistemas sanitarios es fundamental para cumplir esos dos objetivos. Dar prioridad a la salud y a la equidad, y a los sistemas sanitarios que protegen a todas las personas, es una elección política. Los sistemas cuya organización procura continuar progresando hacia la cobertura sanitaria universal, puesto que tienen esta perspectiva que abarca a toda la población, también están mejor preparados para responder a los brotes de enfermedades.