



Unión Interparlamentaria
Por la democracia. Para todos.

Versión original: inglés/francés - Traducción: Lic. Carina Galvalisi Kemayd
www.secretariagrulacuiip.org

Acción Parlamentaria sobre la cobertura universal de salud en tiempos de COVID-19

Implementación de la resolución de la UIP titulada *Lograr la cobertura universal de salud para 2030: el papel de los parlamentos para garantizar el derecho a la salud*

La resolución de la UIP titulada *Lograr la cobertura universal de salud para 2030: el papel de los parlamentos para garantizar el derecho a la salud* fue adoptada en octubre de 2019 y proporciona una hoja de ruta para que los parlamentos aceleren el progreso hacia la cobertura universal de salud (CUS). Este es el primer informe sobre la acción parlamentaria en materia de cobertura universal de salud de conformidad con la resolución. Hace un balance de diferentes experiencias nacionales e identifica lecciones aprendidas y desafíos en la implementación de la resolución. En el contexto de la pandemia de COVID-19, el informe documenta cómo la pandemia está dando forma a la acción parlamentaria sobre la cobertura universal de salud. En consonancia con el compromiso de larga data de la UIP con la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, se presta especial atención a estos grupos.

1. Introducción

1.1. Contexto

La resolución *Lograr la cobertura universal de salud para 2030: el papel de los parlamentos para garantizar el derecho a la salud* fue adoptada en la 141ª Asamblea de la UIP en octubre de 2019. Es la primera resolución parlamentaria mundial sobre la cobertura universal de salud (CUS) y pide a los parlamentos que tomen acciones específicas en términos de legislación, asignación presupuestaria, rendición de cuentas y promoción para lograr la CUS. La cobertura universal de salud hace hincapié en el derecho de toda persona a tener igualdad de acceso a los servicios de salud de calidad según sea necesario, sin causar dificultades financieras.

La resolución de la CUS fue una progresión natural, basada en el impacto positivo observado del trabajo de la UIP asociado con su resolución histórica de 2012 titulada *El acceso a la salud, un derecho fundamental: el papel de los parlamentos para garantizar la salud a mujeres y niños*, y el posterior apéndice de 2017. Los parlamentos tienen un papel vital que desempeñar en el avance de la cobertura universal de salud y los resultados positivos para la salud, especialmente durante los desafíos de una pandemia mundial.

La implementación de la resolución de la CUS requiere un enfoque especial en los obstáculos para acceder a la atención médica y las dificultades que enfrentan los grupos vulnerables y marginados. La resolución debería ser examinada junto con la resolución de la UIP de 2012 y su adenda de 2017. También debe tenerse en cuenta que la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil es uno de los indicadores clave para medir la implementación de la cobertura universal de salud.

Se pueden utilizar varios modelos o enfoques para implementar con éxito la cobertura universal de salud, siempre que se cumplan los principios clave de calidad, equidad y acceso universal a los servicios de salud necesarios y protección del riesgo financiero. La determinación del financiamiento de la atención médica es fundamental para abordar dicha protección. Con algunas excepciones (como Tailandia, un país en desarrollo de ingresos medios), los sistemas de financiación pública se basaron históricamente en impuestos generales o específicos, y fueron adoptados por un número selecto de países de ingresos altos (como el Reino Unido, los países nórdicos, España, Italia y Nueva Zelanda). El financiamiento de la atención médica también se implementa comúnmente a través de un régimen de seguro de salud obligatorio (como en Australia), seguro médico privado (Países Bajos) o una combinación de ambos (Alemania).

Los parlamentos tienen un papel importante que desempeñar en la financiación. Esto se debe a la influencia que tienen a través de funciones legislativas, de supervisión y de asignación presupuestaria específicas, así como a la influencia general sobre la gobernanza.

Es cierto que se ha logrado un progreso mundial en la mejora de diversos resultados de salud, como la reducción de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, los recién nacidos y las madres. Sin embargo, incluso antes de la pandemia de COVID-19, era evidente que persistían desafíos importantes. En 2017, aproximadamente 295.000 mujeres (808 mujeres al día) murieron por complicaciones derivadas del embarazo y el parto. Casi todas esas muertes se pudieron prevenir y la mayoría ocurrieron en entornos de bajos recursos. La mortalidad de menores de cinco años también sigue siendo un problema importante en África, donde la tasa era más de ocho veces superior a la de la región europea en 2018.¹

Al menos la mitad de la población mundial todavía no tiene una cobertura completa de los servicios de salud esenciales y alrededor de 100 millones de personas se ven empujadas a la pobreza extrema al tener que pagar por la atención médica. La esperanza de vida sigue estando profundamente influenciada por los ingresos y otros factores socioeconómicos interrelacionados. El Informe de la OMS “La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura universal de salud: informe mundial de seguimiento” 2019, indica que si bien el progreso ha sido mayor en los países de ingresos más bajos, los países más pobres y los afectados por conflictos generalmente se quedan atrás. En 2017, los grupos de población más grandes que carecían de cobertura para los servicios de salud esenciales se encontraban en países de ingresos medios. El informe de 2019 (antes de la pandemia de COVID-19) ya había señalado que el ritmo actual de progreso haría imposible alcanzar la meta de los ODS de cobertura universal de salud para todos en 2030.

A pesar de las lagunas en los datos, han comenzado a surgir tendencias que ilustran el impacto indirecto y probable a largo plazo de la pandemia en la salud en general. Esto retrasará el progreso ya realizado hacia la cobertura universal de salud. En particular, las mujeres, las niñas, los adolescentes y los niños se han visto afectados de manera desproporcionada por la interrupción de los servicios de salud esenciales, incluida la salud sexual y reproductiva, la salud materna y los programas de inmunización. Las posibles consecuencias incluyen un aumento de las tasas de mortalidad infantil y materna, embarazos no deseados de mujeres adultas y adolescentes y una mayor vulnerabilidad a una variedad de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Los impactos secundarios adversos en la salud materna e infantil asociados con las emergencias de salud pública ya han sido bien documentados en el contexto de la epidemia de ébola en África Occidental (2014-2016). El número de decesos maternos y neonatales y

¹ OMS, *Mortalidad materna* (2019): www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.

los mortinatos causados indirectamente por la epidemia finalmente superaron en número a las muertes que estaban directamente relacionadas con el ébola. En ese momento, el uso de los servicios de salud reproductiva y materna había disminuido. Esto se debió a que los proveedores de atención médica les negaron la atención a las mujeres o evitaron las instalaciones por temor a contraer la infección o por razones financieras.²

Si bien existe una presión significativamente mayor sobre los países de ingresos bajos y medios para lograr la cobertura universal de salud, también persisten serios desafíos para los países de ingresos más altos, especialmente en lo que respecta a la equidad en salud. Estos incluyen países reconocidos por haber logrado una cobertura universal de salud avanzada (como Canadá, Alemania, Singapur y el Reino Unido). En estos países, la pandemia afecta de manera desproporcionada a grupos vulnerables y marginados, como minorías étnicas, indígenas, trabajadores migrantes, ancianos, mujeres, niños y personas con discapacidad. Varios factores contribuyen a estas disparidades, incluida la ocupación, las condiciones de vida, el país de nacimiento y el acceso a la atención médica.

Además, la evidencia indica que los países de todas las categorías de ingresos deben abordar otros aspectos de la protección del riesgo financiero. Por ejemplo, según el informe de la OMS y el Banco Mundial titulado *WHO/World Bank 2019 Global Monitoring Report on Financial Protection in Health*, los datos de las regiones de Europa y Asia sudoriental de la OMS y algunos países, principalmente en el continente africano, indican que los pagos directos por medicamentos son una de las principales causas de gasto sanitario catastrófico y empobrecedor.

1.2. El marco de rendición de cuentas

La cobertura universal de salud y el derecho a la salud tienen un papel central en el avance de las agendas nacionales de salud y en la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Por lo tanto, se ha establecido un marco de rendición de cuentas detallado, con el Grupo Consultivo de Salud de la UIP como punto focal. El objetivo de este marco es promover y revisar la implementación de la resolución de la UIP sobre la cobertura universal de salud, incluida la facilitación del intercambio de buenas prácticas entre los parlamentos. Uno de los mecanismos del marco consiste en un informe anual que resume las acciones y actividades parlamentarias sobre la cobertura universal de salud, incluidas las relacionadas con la legislación, la supervisión, el trabajo presupuestario y la consulta pública y la sensibilización.

Este informe fue preparado basándose en la información proporcionada por los Parlamentos Miembros a través de: el ejercicio de presentación del informe anual de 2020; el seminario web de la UIP sobre *La cobertura universal de salud en tiempos de la COVID-19 - buenas prácticas y desafíos parlamentarios* (17 de noviembre de 2020); y otras contribuciones a través de otros procesos de la UIP. Se recibió información de 22 parlamentos y cerca de 100 participantes de 36 países participaron en el seminario web. Los términos de referencia de este resumen anual se limitan a documentar únicamente la acción parlamentaria desde que fue adoptada la resolución de la UIP. Por lo tanto, no se pudo informar del trabajo realizado antes de este período. Desafortunadamente, esto excluyó algunos casos de acción parlamentaria positiva en los que se aprobaron leyes clave relacionadas con la cobertura universal de salud en el período previo a la adopción de la resolución. No

² L. Sochas, A.A. Channon y S. Nam, "Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone", *Health policy and planning*, 32 (suppl_3) (2017), iii32–iii39.

Véase también, Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo – África Occidental y Central, *Socio-economic impact of Ebola virus disease in West African countries: A call for national and regional containment, recovery and prevention* (2015): www.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/ebola-west-africa.pdf, pp. 24 y 54.

obstante, estos informes de los parlamentos nacionales seguirán sirviendo de base a otros trabajos de la Secretaría de la UIP y del Grupo Consultivo de Salud de la UIP.

La pandemia de COVID-19 planteó desafíos para las actividades parlamentarias y la capacidad de la Secretaría de la UIP para acceder a los informes de los Parlamentos Miembros. Por lo tanto, era necesario complementar estos informes con información sobre las actividades parlamentarias obtenida a través de la investigación documental de los sitios web oficiales de los Parlamentos Miembros y los datos de socios internacionales, incluidos la OMS y CUS2030.

El efecto perturbador de la pandemia de COVID-19 planteó desafíos considerables para las funciones parlamentarias normales, que incluyen:

- limitaciones prácticas de las actividades de muchos parlamentos nacionales a través de requisitos de distanciamiento social;
- restricciones legales o constitucionales al movimiento debido a la legislación de emergencia o desastre;
- la extensión de la autoridad y los poderes ejecutivos (incluido el poder legislativo en algunos casos) a través de la legislación de emergencia o desastre que, en circunstancias normales, no se habría permitido sin la supervisión o aprobación parlamentaria;
- calendarios legislativos y parlamentarios retrasados o reorganizados que limitaban las funciones legislativas y de supervisión;
- la interrupción de la interacción parlamentaria con el público, las partes interesadas o los distritos electorales que limitó la consulta pública y la rendición de cuentas.

2. Acciones parlamentarias nacionales en materia de CUS

2.1. La CUS y la seguridad sanitaria mundial

Párrafo 29, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

También pide a los parlamentos que tomen todas las medidas posibles para garantizar la seguridad sanitaria mundial mediante la prevención de la propagación de enfermedades y otros eventos de salud pública, en particular mediante campañas de inmunización sistemáticas, así como el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y respuesta, y que aboguen por la implementación de la Reglamento Sanitario (2005) y para la asignación de recursos apropiados para cumplir con las obligaciones de los países y abordar las brechas críticas en sus respectivas capacidades básicas de salud pública para prevenir, detectar y responder a los riesgos para la salud pública.

En reconocimiento de la conexión entre la seguridad sanitaria mundial y la cobertura universal de salud, el párrafo 29 de la resolución de la UIP de 2019 contiene disposiciones detalladas sobre el papel de los parlamentos en respuesta a las emergencias de salud pública o situaciones sanitarias graves, como epidemias o desastres naturales. La seguridad sanitaria se relaciona con la necesidad de sistemas de salud pública fuertes y resilientes que puedan prevenir, detectar y responder a emergencias sanitarias a gran escala.

Por lo general, las cuestiones relacionadas con la seguridad sanitaria y las emergencias sanitarias han tendido a estar geográficamente restringidas a países o regiones específicos que eran propensos a desastres naturales, brotes de enfermedades o emergencias humanitarias. Esto se refleja en el hecho de que en 2018, el Fondo de Contingencia para Emergencias de la OMS proporcionó 37,5 millones de dólares para responder a 28 emergencias sanitarias, entre ellas: dos brotes de ébola en la República Democrática del Congo (RDC); el mayor brote de fiebre de Lassa registrado en Nigeria; y apoyo para la

respuesta al terremoto en Papúa Nueva Guinea³. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha demostrado que la seguridad sanitaria es globalmente relevante como principio y componente integral de la cobertura universal de salud.

i) Perturbaciones de los servicios esenciales y retroceso de la CUS

La pandemia ha revertido muchos de los avances en materia de desarrollo logrados durante los últimos 25 años, en particular para la salud y la cobertura universal de salud. Esto fue confirmado en informes de los parlamentos de Bangladesh, la República Árabe Siria y la República Democrática del Congo, en los que los parlamentos reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud, pero también señalaron varios retrocesos en sus iniciativas nacionales de cobertura universal de salud.

- El progreso hacia la cobertura universal de salud ya había comenzado en Bangladesh antes de la pandemia. Sin embargo, desde entonces, muchos recursos de salud se han desviado de los servicios de salud esenciales hacia la respuesta a la pandemia. Esto ha aumentado los riesgos para la salud de los pacientes con ENT (como enfermedades cardíacas, respiratorias, cáncer y diabetes), que constituyen comorbilidades si estos pacientes contraen COVID-19. A pesar de estos desafíos, y para indicar su compromiso continuo, el Parlamento de Bangladesh está creando un foro sobre la cobertura universal de salud.
- Incluso antes de la pandemia de COVID-19, el progreso hacia la cobertura universal de salud en la República Árabe Siria ya se había visto limitado por la destrucción de la infraestructura de salud pública después de muchos años de guerra civil. La respuesta a la pandemia ha agotado el presupuesto nacional de salud y ha interrumpido otros servicios de salud esenciales, como los programas de inmunización para niños y la atención prenatal para las madres embarazadas y en el posparto. No obstante, el Parlamento sirio persevera y ha centrado sus funciones de supervisión en la respuesta del gobierno a la pandemia, incluidas las estrategias de prevención del Ejecutivo y la preparación de las instalaciones de atención de la salud.
- La República Democrática del Congo se había comprometido activamente a avanzar hacia la cobertura universal de salud, y su gobierno había lanzado un plan de cobertura universal de salud en febrero de 2020. Sin embargo, este impulso se desaceleró debido a la pandemia. Se interrumpieron los servicios de salud esenciales, incluido el tratamiento de la diabetes, la hipertensión arterial, la malaria y las enfermedades transmitidas por el agua. El acceso a la atención médica para las comunidades vulnerables y marginadas se ha visto aún más obstaculizado, y la desinformación las ha llevado a evitar los servicios de salud por temor a contraer la COVID-19.

ii) Promover la resiliencia frente a las pandemias mediante la inversión en la CUS

Las inversiones en las funciones de atención primaria de salud y salud pública pueden: permitir que un país construya un sistema de salud resiliente capaz de seguir proporcionando a su población los servicios de salud que necesita; y permitir una mejor respuesta a los principales eventos de salud pública, emergencias o amenazas a la seguridad sanitaria. Esto supone la implementación de modelos de CUS que se enfocan en los mismos temas que enfatizan las iniciativas de seguridad en salud: prevención, intervenciones tempranas y sistemas de preparación y vigilancia. El progreso general en la atención primaria de salud y la cobertura universal de salud también contribuye a generar confianza pública, lo que facilita la cooperación pública y las respuestas conductuales

³ OMS, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Vol. 97, Nº 4 (Abril de 2019), 248–249: www.who.int/bulletin/volumes/97/4/en/.

adecuadas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la seguridad sanitaria.

Se recibieron informes de los parlamentos de Tailandia y Trinidad y Tobago a este respecto.

- Desde 2002, Tailandia ha implementado un plan de cobertura universal de salud financiado con fondos públicos. Sin embargo, las reformas e inversiones sustanciales en la atención primaria de salud que se remontan a la década de 1970 también han producido resultados positivos en la salud. En 2017, Tailandia obtuvo 80 sobre 100 en un índice de la OMS para medir la cobertura de servicios de CUS.⁴ Las tasas de infección y las muertes relacionadas con la COVID en Tailandia se han mantenido bajas, con altas tasas de recuperación, a pesar de que el primer caso conocido de transmisión de COVID-19 fuera de China se confirmó en Tailandia en enero de 2020. La estrategia de seguridad sanitaria de Tailandia se implementó rápidamente e incluye medidas como localización de contactos, puesta en cuarentena o autoaislamiento cuando corresponda, y hospitalización de quienes presenten síntomas graves. Tailandia también puede utilizar su sistema de atención primaria de salud a nivel comunitario (como los voluntarios de salud de las aldeas) para la vigilancia de la salud, el intercambio de información y la promoción de conductas preventivas.
- En respuesta a la pandemia, Trinidad y Tobago estableció un sistema de salud pública “paralelo”, con 400 camas para pacientes con COVID-19. Esto se cubrió con el presupuesto normal de salud financiado con el impuesto general sobre la renta, sin necesidad de aumentar la asignación anual del presupuesto de salud. Las pruebas y el tratamiento son parte de los servicios de salud pública gratuitos estándar que se brindan a todos los habitantes en Trinidad y Tobago. Los servicios básicos de atención de la salud han seguido funcionando sin obstáculos. Tanto las tasas de infección como las muertes relacionadas con COVID se han mantenido bajas.

La Asamblea Legislativa de África Oriental (EALA) comparó la respuesta de Ruanda con la de otros Estados asociados de África Oriental y reflexionó sobre cómo Ruanda había podido responder y gestionar mejor el impacto de la pandemia.

- Desde su primer caso confirmado de COVID-19 en marzo de 2020, Ruanda ha implementado con éxito una variedad de medidas de seguridad sanitaria, incluidos bloqueos parciales y en todo el país, rastreo de contactos, pruebas gratuitas, centros de tratamiento dedicados y educación pública sobre prevención. Como resultado (y a pesar de su condición de país de bajos ingresos), Ruanda ha logrado mantener bajas tasas de infección y muertes relacionadas con la COVID. En particular, Ruanda comenzó a implementar un sistema de seguro de salud basado en la comunidad en 1999-2000 como parte de la implementación de la cobertura universal de salud. Esto ha contribuido a una mejora en varios indicadores de salud, incluido un aumento en las tasas de cobertura de inmunización del 30% al 94% entre 1995 y 2015. Aunque quedan muchos desafíos en materia de salud y desarrollo, el progreso de Ruanda hacia la cobertura universal de salud ya ha producido resultados sanitarios positivos, que sientan las bases para una mayor confianza pública en el sistema de salud pública. Esto, a su vez, permite una mayor cooperación pública con

⁴ El índice de la OMS mide la cobertura de los servicios de CUS entre el público en general y las comunidades más desfavorecidas. Se basa en 14 indicadores de seguimiento relacionados con cuatro categorías de servicios esenciales: salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; enfermedades infecciosas; ENT; y capacidad de servicio y acceso.

OMS, *Global health observatory data repository*:
<https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGE>.

la seguridad sanitaria y las iniciativas de prevención de la salud en general implementadas a nivel nacional y dentro de las comunidades.

iii) Supervisión y rendición de cuentas

La información recopilada a través de la campaña de la UIP “*Los parlamentos en tiempos de pandemia*” muestra que la mayoría de los parlamentos miembros de la UIP han estado activos e involucrados en los procesos nacionales y las respuestas a la pandemia. Se les ha pedido que implementen una serie de procesos parlamentarios extraordinarios en apoyo de sus gobiernos y ministerios de salud. Esto ha incluido la adopción de legislación sobre desastres o emergencias, la aprobación de fondos y asignaciones presupuestarias para emergencias de salud pública y el ejercicio de la supervisión. Dicho esto, la medida en que los parlamentos han podido defender activamente y ejercer sus prerrogativas de supervisión ha sido muy variable. En ocasiones, los ejecutivos han pasado por alto a los parlamentos al adoptar e implementar leyes de salud de emergencia, incluso cuando esto ha implicado decisiones sobre la prestación continuada o la suspensión de servicios de salud esenciales. Por ejemplo, el Parlamento de Sudáfrica experimentó algunos desafíos en torno a la supervisión del gasto público en la respuesta a la pandemia. Sin embargo, en una nota más positiva, la encuesta y el seminario web de la UIP también reflejaron los pasos activos de varios parlamentos para formalizar y establecer comités, estructuras u otros procesos dedicados a garantizar la supervisión y la rendición de cuentas de la respuesta de su Ejecutivo a la pandemia, incluso en Canadá y Gambia, Rumania y Tailandia.

El seminario web reveló un fuerte énfasis en la necesidad de enfoques colaborativos para responder a la pandemia y avanzar hacia la cobertura universal de salud en su conjunto. Esto implicaría la cooperación parlamentaria a través de las divisiones políticas de los partidos, el apoyo a los gobiernos cuando sea apropiado y la participación e inclusión de la sociedad civil y el público en general en el desarrollo de programas alineados con la CUS. Estos enfoques estarían en línea con la cláusula 16 de la resolución sobre la cobertura universal de salud de 2019, que exige un enfoque basado en asociaciones a nivel de todo el gobierno y de toda la sociedad.

2.2. Estado general del compromiso en favor de la CUS

Párrafo 1, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Reafirma que la dedicación del máximo de recursos disponibles para la realización progresiva de la cobertura universal de salud es posible y alcanzable para todos los países, incluso en entornos desafiantes, y pide a los parlamentos y parlamentarios que tomen todas las medidas legales y políticas aplicables a fin de ayudar a sus respectivos gobiernos a lograr la cobertura universal de salud para 2030 y para garantizar una atención médica de calidad, asequible y accesible.

El párrafo 1 de la resolución sobre la cobertura universal de salud de 2019 de la UIP describe los principios generales y fundamentales de la cobertura universal de salud. También insta a todos los parlamentos a promover la cobertura universal de salud mediante la adopción y garantía de la implementación de varias leyes de cobertura universal de salud. Las disposiciones restantes de la resolución son una guía más detallada del tipo y rango de leyes requeridas para eventualmente lograr la cobertura universal de salud.

Desde la adopción de la resolución de la UIP sobre la CUS y la Declaración Política de 2019 de la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre la Cobertura Universal de Salud, varios parlamentos han adoptado sus propias resoluciones, o incluso han aprobado leyes, sobre la CUS.

En febrero de 2020, el Congreso de los Estados Federados de Micronesia adoptó una resolución en la que declaraba que su objetivo era “alcanzar la cobertura sanitaria universal para 2030” y pedía al Presidente que “tomara medidas para lograr ese objetivo”. Los Estados Federados de Micronesia han avanzado en la prestación de atención primaria de salud a los sectores rurales, remotos y vulnerables de su población dispersa⁵. Aunque el Congreso aún no ha aprobado la legislación sobre la cobertura universal de salud⁶, la resolución representa un paso inicial significativo. Es de esperar que indique nuevas acciones parlamentarias concretas sobre la cobertura universal de salud, en particular acciones legislativas.

El ejercicio de presentación de informes de la UIP 2020 proporcionó información sobre dos iniciativas prometedoras relacionadas con un proyecto de legislación sobre cobertura universal de salud. La Asamblea Nacional de Benín estaba examinando un proyecto de ley sobre el derecho a la salud, que se aprobó en diciembre de 2020; y la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa de El Salvador está discutiendo un proyecto de ley sobre un sistema nacional integrado de salud.

Como Benín no tiene actualmente una legislación sobre cobertura universal de salud⁷, los hogares individuales proporcionan la mayor parte del financiamiento de la salud. Los indicadores de mortalidad y morbilidad son relativamente altos⁸. La nueva ley refleja el potencial para promover el objetivo de Benín de lograr la cobertura universal de salud, particularmente cuando se combina con las iniciativas del gobierno de Benín para poner a prueba un proyecto de seguro médico obligatorio.⁹

Por el contrario, El Salvador ya cuenta con legislación relacionada con la CUS. Incluye la provisión de servicios de atención primaria de salud gratuitos y un sistema de seguro de salud financiado con fondos públicos. Sin embargo, el país está experimentando serios desafíos para satisfacer las necesidades del público debido a la escasez de suministros y mano de obra y una creciente carga de las enfermedades no transmisibles¹⁰. El proyecto de ley que está siendo examinado por la Asamblea Legislativa tiene como objetivo regular la calidad de la atención en los hospitales públicos y otras instalaciones, y asegurar una cobertura equitativa y oportuna.

En su informe de síntesis de 2020, *Estado del compromiso con la cobertura sanitaria universal*, CUS2030 pidió a todos los gobiernos que se comprometieran con las metas nacionales de CUS y las comuniquen a todas las partes interesadas. CUS2030 señala que, a pesar de sus compromisos globales existentes, muy pocos gobiernos están proporcionando metas de CUS claras y mensurables en sus informes de ODS a través de revisiones nacionales voluntarias o en declaraciones políticas globales. La ausencia de objetivos claros hace que el monitoreo, la rendición de cuentas y la implementación sean más desafiantes, especialmente si no existe un entendimiento común de lo que los compromisos significarían en la práctica. Los parlamentarios, en particular, tendrán un papel clave en traducir los compromisos en leyes de cobertura universal de salud, supervisar su implementación y aprobar presupuestos y financiamiento de salud adecuados.¹¹

⁵ OMS, *Universal Health Coverage Partnership annual report 2019. In practice: bridging global commitments with country action to achieve universal health coverage* (Ginebra, 2020):

www.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2020/11/UHC-annual-report-2019_V23_WEB_SINGLE.pdf. p. 12.

⁶ Portal de datos de la CUS: www.uhc2030.org/what-we-do/knowledge-and-networks/uhc-data-portal/.

⁷ *Ibid.*

⁸ OMS, *Benín: Country cooperation strategy at a glance* (2009):

www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Benin-ccsbrief-en.pdf.

⁹ OMS, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Vol. 97, Nº 9 (Julio de 2019):

www.who.int/bulletin/volumes/97/9/18-222638/en/.

¹⁰ OMS, *Global Health Workforce Alliance: respuesta de los países – El Salvador*:

www.who.int/workforcealliance/countries/slv/en/.

¹¹ CUS2030, *El estado del compromiso a favor de la cobertura universal de salud: informe de síntesis, 2020* (2020): www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/

2.3. No dejar a nadie atrás – la equidad en materia de salud y la discriminación

Párrafo 2, Resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Insta a los parlamentos a que establezcan un marco jurídico sólido para la cobertura universal de salud, para garantizar la aplicación efectiva de la legislación sobre la cobertura universal de salud en la realidad y para garantizar que el derecho de todas las personas a la salud pública y la atención médica esté garantizado para todos en la ley y en la práctica, sin discriminación.

Canadá proporcionó información útil que ilustra los desafíos de la equidad, incluso para los países de altos ingresos con una larga historia de CUS avanzada. En 2017, Canadá obtuvo 89 de 100 en el índice de la OMS para la cobertura de servicios de CSU¹². Sin embargo, antes de la pandemia de COVID-19, ya se estaban llevando a cabo investigaciones sobre varias brechas de cobertura en el sistema de salud pública canadiense.

Las investigaciones analizaron las disparidades en la cobertura de salud para las comunidades vulnerables, como los pueblos indígenas, los migrantes y los refugiados, los ancianos, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, las personas que viven en la pobreza y las poblaciones geográficamente dispersas. Se señaló que estos grupos se vieron afectados de manera desproporcionada por la pandemia de COVID-19, junto con los canadienses que se identificaron como negros o de origen asiático, latinoamericanos, árabes o del Medio Oriente.

El informe de síntesis de la CUS2030 confirma la experiencia canadiense y señala que, incluso en los países de altos ingresos, las personas mayores, las poblaciones migrantes, los hogares más pobres, las personas sin hogar y otros grupos vulnerables se están quedando atrás. Países como Alemania y Singapur, que han tenido un desempeño relativamente bueno en contener la COVID-19, han experimentado brotes más severos en las comunidades de migrantes, que estaban sujetas a peores condiciones de salud, menor protección social y viviendas hacinadas.¹³

2.4. Prevención, Educación, iniciativas en materia de comportamientos

Párrafo 7, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Alienta a los Estados a implementar programas de prevención y educación para promover la educación sanitaria de sus ciudadanos y abordar los problemas de salud relacionados con el comportamiento, como el consumo de alcohol y tabaco, la salud y seguridad ocupacional, la obesidad y las enfermedades de transmisión sexual.

El párrafo 7 destaca la necesidad de abordar la promoción y prevención de la salud como parte de la cobertura universal de salud, con énfasis en las enfermedades no transmisibles y las condiciones de salud relacionadas con el estilo de vida. Según la OMS, casi el 70 por ciento de todas las muertes en todo el mundo están asociadas con afecciones como enfermedades cardíacas, accidentes cerebro vasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Las ENT o enfermedades crónicas afectan de manera desproporcionada a las personas en los países de ingresos bajos y medianos, donde ocurren más de las tres cuartas partes de las muertes por ENT (32 millones) a nivel mundial. Esto destaca la necesidad de intervenciones públicas para abordar los cuatro

[SoUHCC_synthesis_2020_final_web.pdf](#). p. 30.

¹² OMS, *Global health observatory data repository*:

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGE>.

¹³ CUS2030, *El estado del compromiso a favor de la cobertura universal de salud: informe de síntesis, 2020* (2020): www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/SoUHCC_synthesis_2020_final_web.pdf. p. 28.

factores de riesgo principales: consumo de tabaco, inactividad física, consumo nocivo de alcohol y dietas poco saludables.

En diciembre de 2019, el Congreso de Filipinas aprobó la Ley de la República No. 11346, que aumenta el impuesto al consumo sobre los productos de tabaco y vapor. La legislación tiene como objetivo desalentar los comportamientos y estilos de vida que contribuyen a la mala salud. También complementa los impuestos existentes sobre los productos del tabaco, el alcohol y el azúcar. Una parte de los ingresos fiscales se protegerá para financiar la implementación de la Ley de atención médica universal de 2019 y el Programa nacional de mejora de las instalaciones de salud. Por lo tanto, la legislación aborda el objetivo adicional de facilitar la financiación de la CUS.¹⁴

Por otra parte, el Parlamento de Rumania ha indicado que adoptó una propuesta legislativa sobre la prevención y detección precoces de la diabetes en 2020.

Según un informe de la OMS de 2018 (Salvar vidas gastando menos: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles (ENT)), por cada dólar estadounidense invertido en abordar las ENT en países de ingresos bajos y medianos bajos, el rendimiento social es de al menos siete dólares estadounidenses en aumento del empleo, la productividad y una vida más longeva. Sin embargo, las ENT reciben menos del 2% de la financiación sanitaria mundial. Esto pone de relieve la necesidad de un mayor enfoque parlamentario para garantizar una financiación específica que se dirija al tratamiento y la prevención de las ENT.¹⁵

2.5. Servicios de salud sexual y reproductiva, y servicios de salud de la madre, el niño y el adolescente

Párrafo 9, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Exhorta a los parlamentos a fortalecer los sistemas de salud para reducir la mortalidad y morbilidad materna, neonatal, infantil y adolescente mediante el fortalecimiento de los servicios de salud y nutrición sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente, promoviendo en particular la lactancia materna, campañas de inmunización sistemáticas e intervenciones de desarrollo de la primera infancia, así como proporcionando información y acceso a la gama más amplia posible de métodos modernos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

El párrafo 9 de la resolución se centra en la salud sexual y reproductiva, así como de manera más amplia en la salud materna, neonatal, infantil y adolescente, y el papel de la inmunización. En este caso, el papel de los parlamentos incluye funciones legislativas, de supervisión y asignación presupuestaria, por un lado, y actividades de sensibilización del público y de los electores, y actividades educativas y de cambio de comportamiento, por el otro.

El compromiso de larga data de la UIP en estos temas incluye el apoyo a los parlamentos nacionales para fortalecer su acción sobre la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Tras las elecciones al Parlamento de Ruanda, y aprovechando la colaboración exitosa con el Parlamento, un taller de desarrollo de capacidades celebrado en enero de 2020 permitió a los parlamentarios identificar las deficiencias en las disposiciones legales existentes que restringían el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes. El taller también hizo hincapié en la necesidad de reforzar las campañas de movilización sobre educación sexual integral para todas las categorías de

¹⁴La información sobre la Ley de Impuestos al Tabaco de Filipinas se obtuvo mediante una investigación documental: Departamento de Finanzas de la República de Filipinas: <https://taxreform.dof.gov.ph/tax-reform-packages/package-2plus-sin-taxes/>.

¹⁵OMS, *Saving lives, spending less: A strategic response to non communicable diseases* (Ginebra, 2018): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf>.

jóvenes y de fortalecer la capacidad de los hombres para combatir la violencia de género. Esto también respondió al párrafo 10 de la resolución, que enfatiza la necesidad de proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de un enfoque multisectorial que aborde los determinantes de género de la salud.

El informe de síntesis de la CUS2030 advierte que los servicios de salud sexual y reproductiva son servicios esenciales y, por lo tanto, no deberían haber sido interrumpidos como resultado de las restricciones de la COVID-19. Sin embargo, se informaron interrupciones del servicio en varios países de todos los niveles de ingresos, incluidos Francia, Kenia, Malawi, Nigeria y Perú¹⁶. Como se señaló anteriormente, es probable que estos trastornos hayan tenido graves consecuencias en cuanto a revertir los avances anteriores logrados en la reducción de la mortalidad materna e infantil. Esto destaca la necesidad de que los parlamentos investiguen la naturaleza y el alcance de la interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y otros servicios de salud esenciales durante este período. Idealmente, esto también debería incluir la identificación de acciones para prevenir la interrupción de los servicios esenciales durante cualquier emergencia de salud pública en el futuro.

En este contexto, vale la pena señalar un ejemplo de trabajo parlamentario en materia de SSR que continuó en medio de la pandemia. El Parlamento de Namibia organizó un taller de desarrollo de capacidades sobre la SSR, VIH y SIDA para un grupo de sus miembros en julio de 2020. Fue parte de la segunda fase de un proyecto financiado por la embajada sueca. El seguimiento parlamentario previsto incluirá la presentación de mociones y el escrutinio de proyectos de ley relevantes sobre: violencia sexual y de género y desigualdad de género; embarazo precoz e involuntario y abortos seguros; seguridad de los productos básicos y cobertura universal de salud; educación integral en sexualidad; no discriminación y protección de poblaciones clave.¹⁷

2.6 Nutrición

Párrafo 12, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Pide a los parlamentos que garanticen que las políticas nacionales para implementar la cobertura universal de salud aborden la malnutrición en todas sus formas, con especial atención a las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y los niños durante los primeros 1.000 días.

El párrafo 12 de la resolución se centra en la nutrición. Una buena nutrición es fundamental para la salud y el bienestar, y el acceso a los servicios de nutrición de calidad es esencial para lograr la cobertura universal de salud. En una carta a todos los parlamentos, el Secretario General de la UIP instó a los legisladores a mantener los esfuerzos y la inversión en nutrición.

En 2020, Zambia adoptó la Ley de Alimentación y Nutrición, que preveía la implementación de un programa nacional de alimentación y nutrición. En respuesta al llamado del Secretario General de la UIP, el Parlamento de Zambia organizó un seminario sobre cómo hacer de la nutrición una prioridad parlamentaria transversal mediante el fortalecimiento de la supervisión de la implementación de la Ley de Alimentación y Nutrición de 2020.

¹⁶ *Ibid*, pp. 34 y 42-43

¹⁷ Parlamento de Namibia, "Lawmakers to put SRHR issues under scrutiny", (julio de 2020): www.parliament.na/index.php/component/content/article?layout=edit&id=473.

2.7. Acceso a los medicamentos esenciales, a los dispositivos médicos, etc. y reglamentaciones en la materia

Párrafo 13, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Pide también a los parlamentos que promuevan y fomenten el acceso a los medicamentos, los dispositivos médicos, los anticonceptivos, las vacunas, los medios de diagnóstico y otras tecnologías esenciales, asequibles, seguros, eficaces y de buena calidad, sin discriminación, para combatir la falsificación de medicamentos o los medicamentos falsos, y para apoyar la innovación; investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas para enfermedades transmisibles y no transmisibles

Según la OMS, “los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de la salud de la población”. Los medicamentos y otros productos farmacéuticos tienen importantes repercusiones en los costos tanto para los países en desarrollo como para los hogares de bajos ingresos. Las leyes y políticas en materia de CUS que requieren una acción parlamentaria sobre este tema pueden incluir: la publicación de listas nacionales de medicamentos esenciales para regular los precios y orientar la adquisición; regular las industrias farmacéuticas para abordar los precios, el acceso, la calidad y la seguridad; y la promoción de la capacidad de fabricación local.¹⁸

Actualmente se encuentra ante el Parlamento canadiense un proyecto de ley Pharmacare (medicamentos en venta con receta), y la primera votación se espera para febrero de 2021. El proyecto de ley proporcionaría acceso universal a los medicamentos recetados, cuya falta se ha considerado durante mucho tiempo una brecha en las leyes federales de cobertura universal de salud de Canadá. Si fuera aprobado, el proyecto de ley abordaría las preocupaciones sobre la asequibilidad y, por lo tanto, el acceso a los medicamentos recetados o esenciales.

2.8. Inmunización

Párrafo 14, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Insta a los parlamentos a promover los programas de inmunización de sus respectivos gobiernos, como la medida preventiva más eficaz contra las enfermedades infecciosas, y a adoptar medidas que endurezcan las normas de seguridad de los pacientes durante las pruebas clínicas de nuevas vacunas para disipar los temores del público a la vacunación.

El párrafo 14, junto con los párrafos 9 y 29, establece varias disposiciones para orientar el papel de los parlamentos en los programas de inmunización, que son vitales para promover el objetivo preventivo de la cobertura universal de salud. Además de implementar sus responsabilidades legislativas y de supervisión, los parlamentos tienen un papel valioso que desempeñar en la sensibilización y la promoción del apoyo a la inmunización entre los distritos electorales, las comunidades y el público. Esto incluye el lanzamiento mundial de las vacunas COVID-19 que está actualmente en curso.

En términos legislativos, además de regular la industria farmacéutica por seguridad, calidad y acceso, algunos parlamentos pueden optar por la inmunización obligatoria. En 2019, el Parlamento de Pakistán y el Bundestag alemán aprobaron leyes sobre la vacunación obligatoria, a saber, la Ley de vacunación obligatoria y protección de los trabajadores de la salud de Islamabad y la Ley de protección contra el sarampión y fortalecimiento de la prevención de vacunas (Ley de protección contra el sarampión).¹⁹

¹⁸ OMS, *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* (Geneva, 2016): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, capítulo 10, p. 17.

¹⁹ El Parlamento de Pakistán presentó un informe en el marco de la encuesta de la UIP. Se encontró información sobre la Ley de Protección contra el Sarampión de Alemania a través de una investigación documental: Ministerio Federal alemán de la Salud, “The Bundestag adopts the Measles Protection Act”, (noviembre de 2019): www.bundesgesundheitsministerium.de/measles-protection-act.html.

Además de la inmunización contra enfermedades transmisibles como el sarampión y la rubéola, la vacunación de niñas de entre 9 y 13 años contra el virus del papiloma humano y el cribado de mujeres entre 30 y 49 años serían intervenciones clave de atención primaria de salud para reducir la incidencia mortalidad por cáncer de cuello uterino. En 2018, Asia y África representaron alrededor del 76% de los nuevos casos de cáncer de cuello uterino y el 80% de las muertes por cáncer de cuello uterino. Si bien la mayoría de los países de ingresos altos implementan ahora de manera rutinaria la vacuna contra el virus del papiloma humano en sus programas de inmunización para niñas adolescentes, no se ofrece en muchos países de ingresos bajos y medianos.²⁰

2.9. Financiamiento sostenible de la salud y protección financiera

Párrafo 19, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Pide a los parlamentos que tomen en consideración la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre el Financiamiento del Desarrollo y que asignen suficientes recursos internos para la realización progresiva de la cobertura universal de salud a través del financiamiento sostenible de la salud, incluso mediante el aumento de los presupuestos cuando sea necesario, así como mediante medidas para promover la eficiencia, la equidad y la calidad, contención de costos y una base estable para la financiación, teniendo en cuenta el objetivo mínimo nominal de recursos internos identificado por la OMS como equivalente al 5% del PBI

Párrafo 22

También pide a los parlamentos que garanticen la protección financiera para reducir los pagos directos por los servicios de salud y eliminar las barreras financieras que impiden el acceso a la salud.

Los párrafos 19 y 22 tratan sobre la financiación sostenible de la cobertura universal de salud y la protección de las personas contra los riesgos financieros o las dificultades vinculadas a las tarifas de los usuarios de servicios de salud. Los parlamentos tienen un papel fundamental que desempeñar para influir en la adopción de presupuestos que estén alineados con los objetivos de la cobertura universal de salud y, como se estipula en la resolución, para garantizar un objetivo mínimo equivalente al 5 por ciento del PIB.

Los Miembros de la UIP presentaron informes sobre el aumento de las asignaciones a los presupuestos de salud para 2020 y 2021, especialmente a la luz de la pandemia de COVID-19. Estos incluyeron:

- La Asamblea Nacional de Nicaragua, que aprobó el presupuesto general anual 2020 de su país en diciembre de 2019. El presupuesto asignó 16.022.872.579 córdobas a la salud. Esto superó el presupuesto de 2019 de 14.051.812.191 córdobas y posicionó la salud como una prioridad presupuestaria clave.
- El Consejo Shura de Qatar, que asignó el 11% del gasto total en 2020 al sector de la atención de la salud.
- La Asamblea Nacional de Tailandia, que aprobó una asignación presupuestaria para 2021 de US\$ 4.672.000.000 para la cobertura universal de salud, que representa el 4,33% del presupuesto total.

El informe de síntesis de la CUS2030 también señaló que varios gobiernos habían aumentado significativamente sus presupuestos, en particular para garantizar suficientes recursos para gestionar la respuesta a la pandemia. Estos incluyeron:

²⁰ OMS, *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report* (Geneva, 2019): www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/. p. 67.

- Irlanda, que aumentó su presupuesto anual de salud para 2020 y 2021 en un 12% y un 24%, respectivamente.
- Marruecos, que asignó alrededor de un tercio de los US\$ 1.100 millones a un fondo especial de COVID-19. Este fue un aumento del 19 por ciento en el presupuesto anual de salud de 2020. Se prevé que el presupuesto nacional de salud de 2021 aumente en un 11%, con los objetivos específicos de promover el acceso equitativo a los servicios de salud y extender el seguro médico obligatorio a 22 millones de personas adicionales para fines de 2022.

Todos los ejemplos anteriores ilustran el compromiso de garantizar los recursos sanitarios nacionales adecuados, como se requiere en el párrafo 19. Sin embargo, a pesar de la pandemia de COVID-19 en curso, es importante que los parlamentos continúen con su labor de supervisión presupuestaria para que también se asignen suficientes recursos a los servicios de salud esenciales, incluidos los temas prioritarios y desatendidos, como las ENT y la SSR. La asignación presupuestaria adicional de Marruecos para ampliar el seguro médico obligatorio se ajusta al párrafo 22 sobre la protección contra los riesgos financieros; y al mismo tiempo, también es una ilustración eficaz de cómo la pandemia de COVID-19 puede utilizarse como una oportunidad para acelerar la implementación de la cobertura universal de salud.

En una nota diferente, en julio de 2020, el Parlamento rumano aprobó una ley sobre la organización y financiación de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades. La ley exige que la asignación presupuestaria para esos servicios no sea inferior al 3% del gasto total en salud. Esto permite realizar pagos para la promoción de la salud, además de los servicios generales de atención médica pagados a través del sistema de seguro social de salud existente. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son elementos clave de la estrategia de CUS, que está diseñada para reducir los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y otras morbilidades. Si bien estos elementos permiten un uso más eficiente de los recursos sanitarios, siguen sin tener la suficiente prioridad sobre otros servicios, como el tratamiento y el diagnóstico.

Un colaborador del seminario web describió cómo todos los partidos políticos del Parlamento sudafricano habían apoyado una propuesta para la introducción acelerada del seguro médico nacional obligatorio. Este ejemplo enfatizó que la legislación sobre cobertura universal de salud debe estar bien elaborada para que los recursos públicos sean utilizados adecuadamente y se protejan de la corrupción.

Por lo tanto, es relevante que el informe de 2020 del Grupo Independiente del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la responsabilidad (*Independent Accountability Panel* - IAP) para la iniciativa *Cada mujer, cada niño, cada adolescente*, subraya la importancia de asignar suficientes recursos de salud y garantizar la buena gobernanza y la rendición de cuentas sobre el gasto en salud. El IAP señala que, durante los últimos 10 años, las ineficiencias y la corrupción han provocado que se desperdicie entre el 20 y el 40 por ciento del gasto mundial en salud. Sin una administración adecuada e inversiones bien dirigidas, los países pueden registrar resultados de salud divergentes, incluso si su gasto en salud per cápita es similar.²¹

Estos hallazgos destacan que, si bien es importante hacer asignaciones adecuadas al presupuesto de salud, los parlamentos deben desempeñar un papel igualmente crucial en la promoción de la transparencia y la rendición de cuentas presupuestarias a través de la legislación y la supervisión.

²¹ IAP, *Caught in the COVID-19 storm: women's, children's, and adolescents' health in the context of UHC and the SDGs* (2020): <https://iapewec.org/reports/annual-reports/iap-2020-report/>. pp. 32 y 37.

3. Compromiso interparlamentario e internacional en favor de la obligación de la rendición de cuentas y la capacidad de los países

Párrafo 32, resolución de la UIP sobre la CUS (2019)

Solicita a los parlamentos que faciliten y apoyen el aprendizaje y el intercambio de experiencias, buenas prácticas, desafíos y lecciones aprendidas en materia de CUS entre los Parlamentos Miembros de la UIP y sus parlamentarios

Párrafo 33

Solicita también a los organismos del sistema de las Naciones Unidas, en particular a la OMS, que brinden a los países un apoyo coordinado y multifacético para lograr la cobertura universal de salud, que colaboren en el seguimiento del logro de la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta el mandato de la OMS de evaluar los indicadores de salud y que refuercen la capacidad de los parlamentos y los parlamentarios para desarrollar y monitorear las políticas nacionales relativas a la CUS mediante el establecimiento de sistemas de salud sólidos y evolutivos

Los principios de la cobertura universal de salud se basan en un enfoque de todo el gobierno y de toda la sociedad. Exigen a los parlamentos no solo involucrar a los electores, las partes interesadas, el público y las agencias internacionales, sino también a participar en intercambios interparlamentarios para permitir el desarrollo de capacidades. Además de las actividades promovidas por la UIP, ha habido varias iniciativas emprendidas por organizaciones parlamentarias regionales. Estos han buscado respaldar la cobertura universal de salud, mejorar la capacidad de los parlamentos nacionales y promover su rendición de cuentas, particularmente en respuesta tanto a la Declaración Política de la Asamblea General de la ONU como a la resolución de la UIP sobre la cobertura universal de salud.

Ejemplos de acciones interparlamentarias regionales a favor d la CUS:

- 1) En diciembre de 2019, la Asamblea Parlamentaria Asiática adoptó una resolución detallada, *Collaboration on Health Equity in Asia*.²²
- 2) En septiembre de 2020, el Foro parlamentario Asia-Pacífico sobre la salud mundial convocó una reunión virtual titulada “Invertir en la cobertura universal de salud para el futuro”. Los objetivos de la reunión fueron: obtener información actualizada de la OMS sobre la situación de la COVID 19 en las regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental de la Organización; compartir experiencias sobre la importancia de invertir en la CUS para la COVID-19 y compartir conocimientos sobre la acción parlamentaria para asegurar inversiones nacionales en salud; y considerar cómo el Foro podría apoyar las inversiones en la cobertura universal de salud, incluida la respuesta y la preparación en materia de seguridad sanitaria.
- 3) El Parlamento Europeo ha emprendido una serie de actividades que pueden contribuir o apoyar la acción y la capacidad parlamentarias nacionales sobre la cobertura universal de salud, que incluyen:
 - a. Adopción de una resolución en abril de 2020 sobre la acción coordinada por la UE para combatir la pandemia de COVID-19. Pidió a los Estados miembros y a las instituciones de la UE que monitoreen y mantengan el acceso a la SSR, incluida la anticoncepción de emergencia y el aborto. También rechazó enérgicamente cualquier intento de los Estados miembros de dar marcha atrás en los derechos de SSR y LGBTI.²³

²² Asamblea Parlamentaria Asiática (2019):

www.asianparliament.org/uploads/Documents/Resolutions/2019/1-Social%20and%20Cultural/3-Resolution%20on%20Collaboration%20on%20Health%20Equity%20in%20Asia.docx.

- b. Adopción de una resolución en julio de 2020 que pedía un mecanismo europeo de respuesta sanitaria, que respondería a todo tipo de crisis sanitarias mediante una mejor coordinación y gestión de la reserva estratégica de medicamentos y equipos médicos.
 - c. Adopción de una resolución en noviembre de 2020 sobre el programa EU4Health. El objetivo era establecer un programa de financiación específico para 2021-2027 diseñado para construir sistemas de salud resilientes en la UE.
 - d. Iniciativas de sensibilización y educación, incluida la publicación del Atlas de políticas de prevención del cáncer cervicouterino 2020²⁴ y el Atlas de políticas de anticoncepción Europa 2020.²⁵
- 4) En el seminario web de la UIP, EALA informó que había desarrollado una herramienta de evaluación de impacto, que examina la preparación de los Estados socios individuales y la gestión y mitigación de la pandemia de COVID 19. La EALA también indicó que, para diciembre de 2020, produciría un informe con recomendaciones a los Estados socios sobre el fortalecimiento de sus sistemas de salud, aumentando las asignaciones presupuestarias para la salud a un mínimo del 15% del presupuesto anual general y asegurando la participación de las partes interesadas pertinentes.
- 5) El Foro Parlamentario de la Comunidad de Desarrollo de África Meridional ha emprendido una serie de actividades que pueden contribuir o apoyar la acción parlamentaria nacional sobre la cobertura universal de salud, que incluyen:
- a. Adopción de una resolución sobre la cobertura universal de salud en sus 46ª y 47ª sesiones de la Asamblea Plenaria (diciembre de 2019²⁶ y octubre de 2020, respectivamente).
 - b. La publicación de directrices tituladas *Guidelines for SADC National Parliaments to Address the COVID-19 Outbreak*²⁷ (Directrices para los parlamentos de los países de la Comunidad de Desarrollo del África Austral sobre la pandemia de COVID-19), que indican que:
 - i. *El objetivo de lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS) y cumplir el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 relacionado con la salud y el bienestar para todos debe seguir siendo principios rectores generales para informar las respuestas normativas y legislativas en toda la SADC.*
 - ii. *Si bien se debe dar prioridad a la movilización de recursos para abordar el brote de COVID-19, no se debe mitigar el acceso a otros servicios de atención médica igualmente esenciales.*
 - c. Se distribuyó una nota conceptual con el esbozo de una ley modelo de la SADC sobre gestión de las finanzas públicas. La ley modelo se publicará en 2021 e incluirá disposiciones para garantizar que los compromisos internacionales, como los ODS, la cobertura universal de salud o la presupuestación basada en el género, sean integrados en los presupuestos nacionales por los ministerios y departamentos públicos.²⁸

²³ Fondo parlamentario europeo para los derechos sexuales y reproductivos, "European Parliament calls on Member States to guarantee safe and timely access to SRHR", (abril de 2020): www.epfweb.org/node/530.

²⁴ Fondo parlamentario europeo para los derechos sexuales y reproductivos, *Cervical Cancer Prevention Policy Atlas 2020* (enero de 2020): www.epfweb.org/node/553.

²⁵ Fondo parlamentario europeo para los derechos sexuales y reproductivos, *European Contraception Policy Atlas 2020* (octubre de 2020): www.epfweb.org/node/669.

²⁶ Foro parlamentario de la Comunidad de Desarrollo del África Austral, comunicado de prensa (diciembre de 2019): www.sadcpf.org/index.php/en/media-release/press-release/148-universal-health-coverage-tops-as-sadc-pf-plenary-meets.

²⁷ Foro parlamentario de la Comunidad de Desarrollo del África Austral, comunicado de prensa (abril de 2020): www.sadcpf.org/index.php/en/media-release/press-release/161-sadc-pf-guidelines-for-sadc-national-parliaments-to-address-the-covid-19-outbreak.

²⁸ Foro parlamentario de la Comunidad de Desarrollo del África Austral, nota conceptual: <https://new.sadcpf.org/index.php/en/secretariat/procurement/262-concept-note-for-a-sadc-model-law-on-public>.

- 6) En 2019, la Unión Africana adoptó el Tratado para el establecimiento de la Agencia Africana de Medicamentos. La Agencia está diseñada para proporcionar un sistema regulatorio armonizado y fortalecido para medicamentos y productos médicos, con énfasis en el acceso a tecnologías sanitarias y medicamentos esenciales seguros, eficaces, de buena calidad y asequibles en el continente africano²⁹. El tratado aún no está en vigor, ya que requiere la ratificación (es decir, no meramente la firma) de un mínimo de 15 Estados miembros de la Unión Africana. Este proceso requiere la aprobación parlamentaria y la transposición del tratado a la legislación nacional. El ritmo de ratificación ha sido más lento debido a la pandemia de COVID 19, y hasta ahora cinco países lo han ratificado: Burkina Faso, Ghana, Malí, Ruanda y Seychelles.

4. Conclusión

“No existe un plan ni una receta secreta para gestionar la COVID-19. El aprendizaje y la adaptación son la clave para una prevención y un control eficaces y exitosos de la pandemia. Cada país debe aprender de su experiencia. Cada país debe adaptar y corregir su respuesta en tiempo real en base a condiciones complejas y cambiantes”.

Sra. Pechdau Tohmeena, parlamentaria de Tailandia, miembro del Grupo Consultivo sobre Salud de la UIP

Las contribuciones de los miembros de la UIP, el seminario web sobre la cobertura universal de salud y la investigación documental sobre las actividades parlamentarias dejan en claro que la mayoría de los parlamentos siguen comprometidos con la realización de la cobertura universal de salud. A pesar de las limitaciones, algunos países han podido utilizar la pandemia como una oportunidad para acelerar la cobertura universal de salud, como lo demuestran varios ejemplos en este resumen. Sin embargo, siguen existiendo muchos desafíos, incluso para países con sistemas de CUS bien desarrollados.

Teniendo en cuenta la rapidez con la que el mundo se sumergió en una pandemia mundial y las limitaciones que esta impuso, era de esperar que el impulso parlamentario sobre la cobertura universal de salud disminuyese (especialmente en la legislación sobre cobertura universal de salud). Sin embargo, todavía se necesitan programas de acción diseñados para lograr la cobertura universal de salud para 2030.

No existe un enfoque único para la cobertura universal de salud. Esto se evidencia por factores que incluyen: variabilidad de recursos; factores sociales, económicos y geográficos; diferencias en los sistemas constitucionales y de gobierno; y asegurar que los modelos de CUS respondan a las necesidades específicas de los diferentes grupos de población. Los intercambios interparlamentarios son una parte vital del proceso para impartir lecciones y brindar apoyo.

La UIP continuará promoviendo la implementación de la resolución de la CUS en colaboración con sus socios, y con énfasis en el derecho a la salud de los grupos vulnerables y marginados. Como punto focal para la rendición de cuentas sobre la resolución de la CUS, el Grupo Consultivo de Salud de la UIP continuará evaluando las experiencias nacionales para facilitar los intercambios y brindar recomendaciones sobre las mejores prácticas de la CUS. La UIP también desarrollará herramientas específicas para apoyar y promover la capacidad de los parlamentos nacionales. Los próximos ejemplos incluyen una asociación con la OMS para desarrollar manuales sobre la cobertura universal de salud y la seguridad sanitaria mundial, y una línea de trabajo sobre impuestos sanitarios. La UIP también ha integrado la red *Legal Solutions Network*, una iniciativa para apoyar a los

[financial-management-by-the-sadc-parliamentary-forum](#).

²⁹ Unión Africana, *Treaty for the Establishment of the African Medicines Agency*: <https://au.int/en/treaties/treaty-establishment-african-medicines-agency>.

gobiernos y los responsables políticos en el desarrollo de herramientas legales para la cobertura universal de salud. Otros miembros de la Red son el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ONUSIDA, la OMS y el Instituto O'Neill de la Universidad de Georgetown.

Debido a las limitaciones del período actual, no fue posible emprender una revisión tan completa de la acción parlamentaria sobre la resolución de la cobertura universal de salud como hubiera sido deseable. No obstante, la información recopilada ha proporcionado conocimientos y lecciones útiles. También ha ayudado a identificar iniciativas y programas de CUS interesantes para el seguimiento y la presentación de informes adicionales en 2021. Estos incluyen:

- Datos actualizados de países con proyectos de legislación sobre cobertura universal de salud que no se habían finalizado a fines de 2020. Los ejemplos incluyen Canadá y El Salvador.
- Países que adoptaron legislación antes de la resolución de la UIP, por lo que no se pudieron incluir en este resumen. La acción parlamentaria sobre implementación y supervisión puede presentarse para el resumen de 2021, o para otros procesos bajo el marco de rendición de cuentas.
- Acción parlamentaria sobre otros párrafos de la resolución de CUS que no han sido cubiertas en este resumen.
- Acción parlamentaria sobre la cobertura universal de salud para grupos de población marginados, vulnerables y clave, con énfasis en los principios de equidad en salud.
- Indicadores de salud de la CUS en general, y específicamente en relación con la SSR y la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.
- Análisis de los retrocesos en la cobertura universal de salud asociados a la pandemia y programas parlamentarios para revertirlos.