



**nswp** Global Network of Sex Work Projects  
Promoting Health and Human Rights

## NOTA INFORMATIVA:

# Cobertura sanitaria universal

### ¿Qué es la cobertura sanitaria universal ?

La cobertura sanitaria universal (CSU) no es una idea nueva. Quienes abogan por la salud han estado haciendo un llamado durante mucho tiempo a que todas las personas tengan acceso a servicios de salud integral, de calidad y asequibles. No existe una sola estrategia que lo logrará. Algunos países ya cuentan con sistemas integrales de salud financiados con fondos públicos que cumplen con los aspectos clave de la CSU, y cada vez más países han estado avanzando en incrementar la gama de servicios bajo cobertura y en reducir las tarifas de usuario necesarias para financiarlos.

Sin embargo, en muchas partes del mundo, el acceso a los servicios de salud sigue siendo extremadamente pobre, particularmente para las poblaciones criminalizadas y marginadas, tales como las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave. Los que enfrentan mayor vulnerabilidad en materia de salud son los que a menudo no tienen la capacidad de pagar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el informe de 2017 del Banco Mundial:

**“al menos la mitad de la población del planeta sigue careciendo de acceso a los servicios de salud esenciales. Además, unas 800 millones de personas gastan más del 10 % del presupuesto familiar en atención sanitaria y casi 100 millones se ven sumidas cada año en condiciones de extrema pobreza por causa de desembolsos sanitarios directos.”<sup>1</sup>**

La OMS considera la CSU bajo la siguiente definición:

**“La cobertura sanitaria universal significa que todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesitan (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) sin el riesgo de dificultades financieras al pagarlos.**

**El acceso a los servicios de salud garantiza personas más saludables; mientras que la protección contra riesgos financieros evita que las personas sean empujadas hacia la pobreza. Por lo tanto, la cobertura sanitaria universal es un componente crítico del desarrollo sostenible y de la reducción de la pobreza, y un elemento clave para reducir las inequidades sociales.”<sup>2</sup>**

La CSU es parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015 para el año 2030. El ODS No. 3 se concierne con la buena salud y el bienestar y, bajo este objetivo, la **Meta 3.8** busca:

**"Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.”<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial, 2017, “[Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017](#)”, v.

<sup>2</sup> OMS, “[Questions and Answers on Universal Health Coverage](#)”.

<sup>3</sup> OMS, “[Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas](#)”.



La 71ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó un objetivo: que **para el 2023, mil millones más de personas se beneficien de la CSU.** <sup>4</sup>

### ¿Qué hace falta para lograrla?

La OMS resume los elementos que hacen falta para lograr la CSU:

- Un sistema de salud eficiente y bien gestionado
- Asequibilidad
- Disponibilidad de medicinas y tecnologías esenciales
- Personal de salud motivado y bien formado
- Acciones que aborden los determinantes sociales de la salud

De gran importancia, la OMS confirma que los servicios esenciales (incluyendo VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades no transmisibles y salud mental, salud sexual y reproductiva, y cuidado infantil) **deben de estar disponibles a todos que los necesiten.** Además, detalla que:

- El objetivo debe ser proporcionar una cantidad de servicios que incremente a lo largo del tiempo y que, al mismo tiempo, reduzcan los gastos personales para los pacientes
- Un elemento clave del financiamiento para la cobertura sanitaria universal es difundir recursos para poder compartir los costos financieros de la mala salud entre toda la población.
- Los países que han avanzado más en el suministro de la cobertura sanitaria universal han implementado contribuciones obligatorias para las personas que las pueden pagar mediante la implementación de impuestos y / o contribuciones obligatorias destinadas al seguro de salud.
- Reducir la dependencia en los gastos personales y directos reduce las barreras financieras al acceso y reduce el impacto empobrecedor de los gastos en salud.<sup>5</sup>

**“Un compromiso claro con el ‘no dejar a nadie de lado’ debe de ser implementado en todas las comunidades. Acercarse a las comunidades marginalizadas requiere de asociaciones y colaboración con estas comunidades afectadas y con la sociedad civil en general”**

- Declaración del Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, ante la Reunión de Sociedad Civil sobre la CSU, el 22 de marzo de 2018<sup>6</sup>

**“Si la cobertura sanitaria universal se puede considerar verdaderamente universal, debe de incluir a todos, especialmente a quienes tienen la mayor dificultad en acceder a los servicios de salud, como los migrantes, poblaciones rurales, personas encarceladas, la comunidad LGBT y personas que ejercen el trabajo sexual, usan drogas o son pobres #SaludParaTodos”**

- Tuit del Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus inmediatamente después de una reunión paralela durante la 72ª Asamblea de Salud Mundial organizada por GNP+, NSWP y Aidsfonds <sup>7</sup>

### ¿Cuáles son los grandes desafíos?

En septiembre de 2019, la Asamblea General de la ONU acordará una declaración política sobre la CSU durante una alta reunión.

<sup>4</sup> OMS, 25 de mayo de 2018, "[Proyecto de 13.º programa general de trabajo, 2019-2023](#)", 7.

<sup>5</sup> OMS, "[Questions and Answers on Universal Health Coverage](#)".

<sup>6</sup> OMS, 2018, "[HIV, hepatitis, TB, STIs and UHC, Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable. Civil society meeting | 22-23 March 2018](#)".

<sup>7</sup> Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, [Twitter, 24 de mayo de 2019](#).



## Financiando la CSU

Inevitablemente, uno de los principales desafíos será la financiación, ya que es poco probable que la declaración política incluya compromisos nacionales específicos.

El Banco Mundial en junio de 2019 estimó que:

"Para 2030, la brecha en el financiamiento de la CSU en los **54 países más pobres** será de alrededor de **\$176 mil millones por año**".<sup>8</sup>

Persuadir a los gobiernos a que asignen niveles tan significativos de financiamiento para satisfacer las necesidades esenciales de salud de sus poblaciones, y en particular las poblaciones criminalizadas como las personas que ejercen el trabajo sexual, será un desafío e involucrará tanto un liderazgo político difícil como opciones audaces, particularmente en países del sur global. Los compromisos a largo plazo a menudo son un desafío que los políticos rechazan a corto plazo, por temor a la impopularidad entre sus electorados. Incluso en países de altos ingresos, la cobertura sanitaria universal no está garantizada. En 2017 en los EE. UU., 28.5 millones de personas no tenían seguro médico en ningún momento del año.<sup>9</sup>

El problema en torno a la financiación de la CSU no es solo una cuestión de dónde proviene el dinero, sino también de cómo se distribuye. Por ejemplo, en un sistema de salud descentralizado, las comunidades necesitan investigar cómo se distribuyen los recursos, ya que entre más capas de gestión, menos dinero se destina a la prestación real de servicios.

## Sistemas de salud versus sistemas para la salud

La CSU requiere sistemas de salud amplios y bien administrados. Estos abarcan más que los sistemas de salud administrados por el gobierno y basados en instalaciones para poder incorporar sistemas basados en y liderados por la comunidad para la entrega, manejo y monitoreo de servicios de educación en salud, prevención, apoyo y tratamiento.

Las respuestas de la comunidad complementan otros sectores. Aportan un valor agregado único— en particular su alcance y aceptación entre los más marginados y vulnerables que tienen necesidades específicas que no se satisfacen en otros contextos. Las respuestas de la comunidad son dinámicas— pueden responder a desafíos inmediatos y a necesidades reales, y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. Las comunidades afectadas por el VIH han: movilizadas a millones de personas; influenciado políticas y leyes; mejorado el acceso a los servicios; y desafiado el estigma y la discriminación. Esto, a su vez, ha conllevado a mejores resultados de salud. Las respuestas de la comunidad también han demostrado su capacidad de ofrecer el tipo de programas amplios e integrados que son esenciales para la ampliación y la eficiencia de los costos requeridos por la CSU. Por ejemplo, las intervenciones originalmente centradas en el VIH y la tuberculosis ya han evolucionado para agregar otras preocupaciones críticas, como son la violencia de género y la salud y derechos sexuales y reproductivos. Muchos programas de pruebas de VIH administrados por la comunidad han expandido su alcance para incluir exámenes de diabetes y de presión arterial.

Para ser efectivas, las estrategias de cobertura sanitaria universal deben basarse en sistemas diversos y multisectoriales para la salud que integren y agrupen las respuestas comunitarias como un componente esencial, en lugar de plantearlas como una "opción extra".

## ¿Quién y qué está incluido bajo la CSU?

<sup>8</sup> Banco Mundial, 2019, "[Financiamiento de alto rendimiento para alcanzar la cobertura universal de la salud: Impulsar un crecimiento sostenible e inclusivo en el siglo XXI](#)".

<sup>9</sup> US Census Bureau, 2018, "[Health Insurance Coverage in the United States: 2017](#)".

“El reto ahora radica en animar **un abordaje basado en derechos humanos que incluya un enfoque en la descriminalización de las poblaciones clave** y que asegure que cualquier persona en cualquier comunidad tenga acceso a los servicios preventivos y de salud que necesite.”<sup>10</sup>

La Red Global de Personas Viviendo con VIH (GNP+) ha exigido<sup>11</sup> que la CSU **“Ponga a los últimos de primero.”** Afirman:

**“La lógica y la obligación moral son claras. Si la Cobertura Universal de Salud funciona para los más pobres y marginalizados –incluyendo a las personas viviendo con VIH y otras comunidades vulnerables y clave (quienes son directa y desproporcionadamente afectadas por la enfermedad y la mala salud)–, entonces funciona para todos.”**

El desafío más grande es de asegurar que los gobiernos pongan a los últimos de primero y que las **poblaciones clave**, incluyendo a las personas que ejercen el trabajo sexual, no queden atrás bajo la CSU como resultado de la criminalización, el estigma y la discriminación.

Históricamente, muchos gobiernos han exhibido la tendencia de "hacerse de la vista gorda" cuando se trata de las necesidades de las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave. Los ministros gubernamentales saben que los prejuicios, el estigma y la discriminación contra los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas que usan drogas, personas que ejercen el trabajo sexual y personas transgénero siguen siendo altos entre el público de muchos países. Esto ha significado que no hay ningún incentivo para que los políticos persuadan a su propio público a apoyar las políticas destinadas a mejorar los resultados de salud para las poblaciones clave. En muchos países de bajos y medianos ingresos, la mayoría de los fondos para los servicios prestados a poblaciones clave provienen de fuentes externas, como el Fondo Mundial, y los gobiernos son reacios a apoyar los programas dirigidos a comunidades estigmatizadas y criminalizadas. Un paso hacia la CSU podría arriesgar estos servicios aún más con un enfoque reducido en la financiación específica para las enfermedades, si no se mantiene o prioriza la financiación externa.

Un borrador final<sup>12</sup> de la declaración política revela que no existe **ni una sola mención de las poblaciones clave**, incluidas las personas que ejercen el trabajo sexual, los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero o personas que usan drogas, ni aborda su criminalización. Estas personas se "sanean" y se vuelven invisibles dentro de un lenguaje inespecífico como el de grupos "vulnerables" y "marginados", lo que deja demasiada libertad para que los gobiernos ignoren sus necesidades y no lleguen a tomar acción.

Desafortunadamente, esto tiene ecos familiares de la Declaración Política de 2016<sup>13</sup> sobre ponerle fin a la epidemia de SIDA para 2030. Esa declaración no logró abordar de manera significativa la epidemia de VIH entre las poblaciones clave, y careció de un compromiso explícito de apoyar y financiar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo personalizados y dirigidos por las poblaciones clave. Inmediatamente después de su adopción, numerosas delegaciones, incluidas las de Egipto, Irán, Arabia Saudita, Sudán, Indonesia y la Santa Sede, hicieron declaraciones condenando las (dos) menciones explícitas de las poblaciones clave en la declaración, y expresaron su consternación porque la Declaración de 2016 ya no llamaba a la inclusión de la abstinencia y la fidelidad dentro de los programas de prevención del VIH.<sup>14</sup>

<sup>10</sup> OMS, 2018, [“HIV, hepatitis, TB, STIs and UHC. Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable Civil society meeting | 22-23 March 2018”](#).

<sup>11</sup> Red Global de Personas Viviendo con HIV, 2019, [“Universal Health Coverage: Putting the Last Mile First”](#).

<sup>12</sup> Naciones Unidas, julio de 2019, [“Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage”](#).

<sup>13</sup> Asamblea General de la ONU 2016, [“Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA y las Declaraciones Políticas sobre el VIH/SIDA”](#).

<sup>14</sup> NSWP, 2016, [“A High-Level for the United Nations on Key Populations”](#).

Los informes que emergen de las negociaciones entre los estados-nación que trabajan el borrador de la declaración de CSU ya exponen disputas sobre los detalles y el lenguaje que se incluirán.

Un área particularmente controvertida se refiere al lenguaje en torno a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). *Health Policy Watch* informó que:

**"Ese lenguaje se ha vuelto controvertido en vista de la oposición de los Estados Unidos y de algunos países en desarrollo a cualquier referencia a la salud sexual y reproductiva que pueda implicar el acceso al aborto. Además, el Grupo de los 77 (G77), una coalición de 134 países en desarrollo, ha tenido fuertes diferencias de opinión sobre el acceso al aborto y a los anticonceptivos."**<sup>15</sup>

Esto ha generado inquietud entre las organizaciones lideradas por la comunidad y muchos proveedores de salud a nivel mundial, quienes ya están lidiando con las restricciones dañinas a su financiación impuestas luego del restablecimiento de la Política de la Ciudad de México por parte de los EE. UU. (la 'Ley Mordaza') en 2017.<sup>16</sup> Esta política prohíbe otorgar fondos internacionales de desarrollo y salud provenientes de los EE. UU. a organizaciones no estadounidenses que realizan, o activamente brindan información o promueven, la despenalización del aborto.

En la reunión de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la CSU en mayo de 2019, los Estados Unidos ya había presionado para que la próxima declaración enfatizara que un país "debería desarrollar abordajes para avanzar en la CSU acorde a sus propias realidades y prioridades culturales, económicas, políticas y estructurales".<sup>17</sup>

La CSU ya permite que cada país decida qué contendrá el "paquete de atención." A nivel nacional, esto podría ser muy problemático para las poblaciones clave que ya están excluidas deliberadamente en muchos países. Las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave aún no están invitadas a la mesa donde se discuten las estrategias de salud y donde se tomarán las decisiones sobre estos paquetes de atención.

Las organizaciones dirigidas por personas que ejercen el trabajo sexual siguen luchando para que la orientación normativa internacional que ya existe, como la SWIT<sup>18</sup>, se inaugure e implemente significativamente a nivel nacional. La CSU no debe significar un debilitamiento de los compromisos internacionales y de los pocos logros que se han hecho con dificultad. Todavía "faltan kilómetros por andar"<sup>19</sup> para garantizar que los principios contenidos en la orientación normativa internacional, como la programación dirigida por la comunidad y la participación significativa en el diseño, implementación y entrega de servicios, se cumplan realmente. Las personas que ejercen el trabajo sexual en muchos países aún tienen grandes desafíos para acceder a los antiretrovirales y a lugares donde se administran pruebas, además del desabastecimiento de medicamentos y condones / herramientas de prevención.<sup>20</sup>

La Actualización Global 2019<sup>21</sup> sobre el SIDA de ONUSIDA, lanzada en julio de 2019, reveló alarmantemente que:

- Las poblaciones clave y sus parejas sexuales ahora representan más de la mitad (54%) de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial

<sup>15</sup> Health Policy Watch, 19 de julio 2019, "[Drug R&D, Sexual & Reproductive Health Scrutinised In Draft UHC Declaration](#)".

<sup>16</sup> NSWP, 2017, "[Expansión de la Ley Mordaza Global de EEUU](#)".

<sup>17</sup> Health Policy Watch, 19 de julio 2019, "[Drug R&D, Sexual & Reproductive Health Scrutinised In Draft UHC Declaration](#)".

<sup>18</sup> OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, Banco Mundial y PNUD, 2013, "[Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas](#)".

<sup>19</sup> ONUSIDA, 2018, "[Global AIDS Update: Miles to go – closing gaps, breaking barriers, righting injustices](#)".

<sup>20</sup> NSWP, 2018, "[Documento informativo: Las experiencias de personas que ejercen el trabajo sexual con los desabastecimientos de productos básicos y tratamientos para el VIH/ITS](#)".

<sup>21</sup> ONUSIDA, 2019, "[Global AIDS Update 2019 – Communities at the centre](#)".



- En 2018, las poblaciones clave representaron alrededor del 95% de las nuevas infecciones por VIH en Europa Oriental, Asia Central, Oriente Medio y en África del Norte
- En más de la mitad de los países que informaron, se llegó a menos del 50% de las poblaciones clave con servicios combinados de prevención del VIH.<sup>22</sup>

Ese informe indica claramente que "el ritmo de progreso en la reducción de nuevas infecciones por el VIH, el aumento en el acceso al tratamiento y la eliminación de las muertes relacionadas con el SIDA se está ralentizando." Dados los desafíos financieros y políticos descritos anteriormente, es vital que la CSU brinde servicios a las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave, que la respuesta al VIH no se diluye aún más, y que se aborden y eliminen las barreras legales y estructurales que resultan en malos resultados de salud y limitan el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a los servicios de salud.

### **Asegurando que las personas que ejercen el trabajo sexual no se queden atrás en la CSU**

No se logrará la CSU a menos que se aborden los determinantes legales, políticos y sociales de la salud. El derecho a la salud ha sido reconocido como un derecho humano básico, articulado en muchas declaraciones y pactos internacionales. Por lo tanto, la CSU debe adoptar un enfoque basado en derechos humanos que garantice el acceso equitativo a los servicios de salud para todos. Para lograrlo, debemos poner a los últimos de primero y asegurar que las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave no se queden atrás.

ONUSIDA ha reconocido públicamente los desafíos potenciales que plantea la CSU para las poblaciones clave y las personas viviendo con VIH. En una reunión de la Junta Coordinadora del Programa en junio de 2019,<sup>23</sup> señalaron que:

**"La respuesta al VIH ha priorizado la eliminación de los obstáculos legales y políticos para el acceso a la atención médica y el cumplimiento de los derechos y la dignidad de todas las personas, incluso para las poblaciones clave marginalizadas".**

ONUSIDA identificó que para participar activamente en los procesos de la CSU, el Programa Conjunto, como acción clave, debería:

**"Apoyar a los países en implementar y aplicar leyes y políticas no discriminatorias, derogando las leyes punitivas y asegurando el acceso a la justicia"**

**Las personas que ejercen el trabajo sexual y demás poblaciones clave necesitan que sus aliados y socios dentro del sistema de la ONU y en la sociedad civil en general se pronuncien, con voz alta y clara, para apoyar el llamado a poner los últimos de primero en las negociaciones y la implementación de la CSU.**

Esto debería implicar exigir que **la CSU tenga, como demanda "de primera línea"**:

- Un nuevo compromiso público e inequívoco con las recomendaciones para la despenalización del trabajo sexual y otras poblaciones clave, así como la despenalización de la transmisión, exposición y no divulgación del VIH.
- Una clara reafirmación de que las barreras legales y estructurales para la salud, incluidas las leyes, políticas y prácticas punitivas, la violencia, el estigma y la discriminación, deben abordarse a través de un enfoque basado en derechos, **sino la CSU fallará**

<sup>22</sup> ONUSIDA, 16 de julio 2019, "[ONUSIDA exige tomar medidas urgentes contra la ralentización de las ganancias mundiales y los resultados dispares de los países para lograr los objetivos de VIH en 2020](#)".

<sup>23</sup> ONUSIDA Junta Coordinadora de Programas, 25 al 27 de junio de 2019, "[Delivering on SDG3: Strengthening and integrating comprehensive HIV responses into sustainable health systems for Universal Health Coverage](#)", 19 (38), 25 (51).



- Un compromiso de inversión en los servicios de salud dirigidos por personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave, incluido el apoyo técnico y financiero y el fortalecimiento de capacidades.
- La inclusión de servicios clave para el VIH en el paquete de beneficios de la CSU, incluidos los servicios de prevención y servicios dirigidos por la comunidad, con una focalización efectiva de servicios para el VIH, por y para las poblaciones clave y las personas viviendo con VIH.
- El compromiso que las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave, y las personas viviendo con VIH, participarán de manera significativa en la planificación de las respuestas nacionales de salud, en las discusiones donde se decidirán los 'paquetes de atención' de la CSU y en el monitoreo de la respuesta del CSU, para garantizar que los gobiernos rindan cuentas.

### ¿Qué pueden hacer las personas que ejercen el trabajo sexual?

- **Mantenerse informadas.** Averiguar qué planes de CSU se están desarrollando en su país.
- **Asegurar que sus gobiernos rindan cuentas.** Exigir un puesto en la mesa donde se están desarrollando las discusiones sobre la CSU.
- **Promover el conocimiento** sobre la CSU en su comunidad
- **Construir alianzas** con otras organizaciones lideradas por poblaciones clave, organizaciones de personas viviendo con VIH y otros aliados para exigir la inclusión dentro de la agenda de CSU.



Este proyecto ha sido apoyado por:



**ROBERT  
CARR  
FUND**  
for civil society  
networks

La NSWP es un socio aliado de Bridging the Gaps—salud y derechos para poblaciones clave. Este programa único aborda los retos comunes que enfrentan las personas que ejercen el trabajo sexual, las personas que usan drogas y las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero en materia de violaciones a los derechos humanos y acceso a los muy necesitados servicios de VIH y salud. Para más información, visite [www.hivgaps.org](http://www.hivgaps.org).