

Declaración del IMAP

sobre la cobertura sanitaria universal y la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Esta es una declaración del Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP) aprobada en octubre de 2020.

Información general

El mundo se ha comprometido a lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) para el año 2030.¹ La CSU implica que *todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos*. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales y de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos², e incluye un compromiso explícito para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) a todas las personas.

La CSU es parte inextricable del derecho a la salud establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948³, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976⁵. La CSU sienta las bases para la promoción y el logro de los niveles más altos de salud y bienestar para todas las personas, de todas las edades y grupos sociales, sin discriminación de ningún tipo, y desempeña un papel fundamental en el avance de los países hacia el desarrollo sostenible y equitativo desde el punto de vista económico y social.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), como organización líder para la promoción^a del acceso universal a asistencia, servicios y derechos de SSR, considera que las acciones dirigidas a lograr la CSU deben estar ancladas en los principios de equidad,

igualdad, justicia social y el derecho de todas las personas a la salud.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR)^b son un elemento esencial de la CSU y una parte integral del derecho de todas las personas a la salud,⁶ según se acordó en la Declaración política sobre la CSU adoptada en 2019.¹ A fin de poder ejercer este derecho, todas las personas deben tener la libertad de tomar sus propias decisiones sobre sus cuerpos y SSR, sin sufrir discriminación, estigmatización, violencia ni coerción. La información, la educación y los servicios de calidad de SSR deberían estar disponibles y ser accesibles y asequibles para todas aquellas personas que los necesiten, independientemente de su edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, raza, etnia, ubicación geográfica, situación socioeconómica y otras condiciones (p. ej. jurídica, religiosa, política). Además, la SDSR es esencial para la salud y el bienestar general de las personas y, por lo tanto, es un elemento crucial para impulsar el progreso hacia el desarrollo sostenible.

La CSU sienta las bases para el logro de los estándares más altos de salud y bienestar para todas las personas, sin discriminación de ningún tipo, y desempeña un papel fundamental en el avance de los países hacia el desarrollo sostenible y equitativo desde el punto de vista económico y social.

a Véase también la Agenda Común de Incidencia Política de IPPF (2019) en: <https://www.ippf.org/resource/ippfs-advocacy-common-agenda>

b En esta declaración se emplea la definición de salud y derechos sexuales y reproductivos utilizada por la Comisión Guttman-Lancet; cf. Starrs, AM, et al (2018) Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttman-Lancet Commission. *Lancet*. 391(10140), pp. 2642-2692.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 supuso un cambio de paradigma hacia un enfoque centrado en las personas y situó a la salud y los derechos sexuales y reproductivos dentro de un marco de desarrollo más amplio. El Programa de Acción (PdA) de la CIPD consolidó la SSR como derecho humano fundamental y reivindicó que los derechos de las personas, sus elecciones y su bienestar ocupen una posición central en el desarrollo sostenible.⁷ Desde 1994 el mundo ha logrado muchos avances en la reducción de la mortalidad y las enfermedades relacionadas con la SSR.^{c,8}

Los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS)⁹ reconocen la importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para mejorar la salud y alcanzar la igualdad de género. Además de la meta de lograr la CSU (meta 3.8), la Agenda 2030 también compromete a los países a garantizar el *acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva* (meta. 3.7) y el *acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos* (meta 5.6).

A pesar de estas mejoras, el progreso no ha sido uniforme¹⁰ y muchas grandes iniciativas dirigidas a reforzar los sistemas sanitarios han dejado de lado la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Como resultado, la prestación de servicios de SSR y el acceso a estos presenta dificultades y desigualdades. Alcanzar el estándar más elevado de SSR y, por tanto, ejercer el derecho a la salud sigue estando

fuera del alcance de demasiadas personas. Esto es particularmente cierto en el caso de los países más pobres, que actualmente concentran tasas constantemente elevadas de mala salud reproductiva y sexual y de mortalidad asociada. Por ejemplo, no se han alcanzado los objetivos mundiales sobre la reducción de la mortalidad materna, 218 millones de mujeres y niñas en países de ingresos bajos y medios tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción¹¹ y cada año hay 25 millones de abortos inseguros. Más de 350 millones de mujeres y hombres necesitan tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) curables, y tanto la magnitud como los efectos de la violencia sexual basada en el género (VSBG) son alarmantes: se calcula que afecta a una tercera parte de las mujeres en algún momento de sus vidas.⁸ La pandemia de COVID-19 no solo está perjudicando la prestación de servicios de SSR, aún más, está exacerbando las dificultades para garantizar la prestación de una variedad de servicios de SSR y el acceso a ellos¹², así como dificultando las iniciativas para prevenir y combatir la VSBG¹³.

Tal como lo demuestra el creciente número de estudios, los malos resultados sanitarios están relacionados estrechamente con desigualdades de género, discriminación, violencia, y falta de información y servicios de SDR.¹⁴ La integración de SDR en intervenciones y programas sanitarios desempeña un papel importante en la mejora de la salud y el bienestar de todas las personas.¹⁵ La CSU ofrece la oportunidad de lograr esta integración¹⁶. El acceso universal a SDR no puede alcanzarse si los países no definen una vía hacia la CSU que incluya la priorización de recursos acorde con las necesidades sanitarias y apuntalada por los principios de la salud como derecho humano, no dejar a nadie atrás, la igualdad de género, la inclusión y la no discriminación.¹⁷

La integración de SDR en las intervenciones y programas sanitarios es importante para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas. La CSU ofrece esta oportunidad. El acceso universal a SDR no puede lograrse si los países no definen una vía hacia la CSU que incluya la priorización de recursos acorde con las necesidades sanitarias y apuntalada por los principios de la salud como derecho humano.

Propósito de esta declaración

El propósito de esta declaración es ofrecer orientación a las Asociaciones Miembros (AM) de la IPPF para fundamentar y reforzar sus actividades de incidencia relacionadas con la integración y prestación de servicios esenciales de SSR dentro de los planes nacionales de acción en materia de CSU. Esta declaración también reafirma el compromiso de la IPPF con la prestación de servicios de SSR basada en los derechos.

c La tasa de mortalidad materna disminuyó de 369 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1994 a 211 en 2017. Las tasas de natalidad entre adolescentes han disminuido (de 65 a 44 partos por cada 1.000 mujeres entre 1990-1995 y 2019), y las tasas de incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de muertes relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se han reducido en un 40% y 55% respectivamente. La tasa mundial de uso de anticonceptivos ha aumentado en un 25% (UNFPA, 2019).

Público objetivo

Esta declaración está destinada, principalmente, para ser usada por parte de las AM de la IPPF de todo el mundo y por el Secretariado. Se dirige también a todas las demás organizaciones de la sociedad civil, ministerios de salud, la comunidad del desarrollo en general, incluida la OMS y otras agencias de la ONU, así como a responsables políticos y de decisiones, activistas e investigadores que trabajen para mejorar el acceso a SDRS a través de su integración en los planes nacionales de salud y en las estrategias dirigidas a alcanzar la CSU.

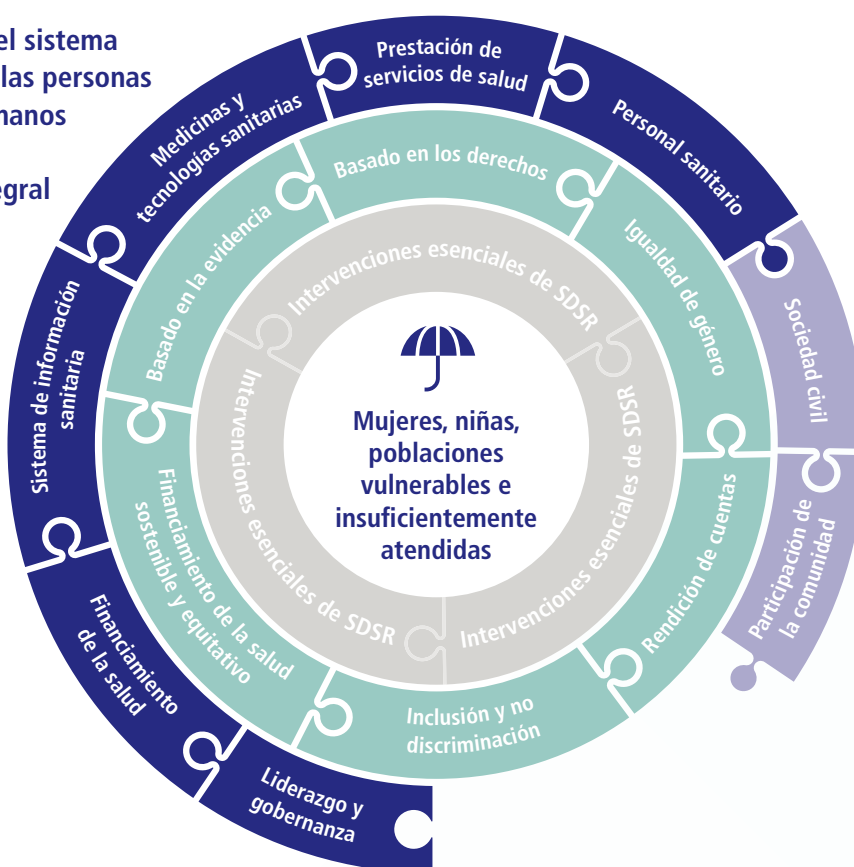
Una perspectiva de los sistemas sanitarios centrada en las personas para integrar la SDRS en la CSU

A fin de promover el acceso universal a SDRS dentro de la CSU es necesario ejecutar intervenciones esenciales de SSR^d que aborden las necesidades de SDRS de todas las personas, en particular de las

que han quedado excluidas, y aplicar estrategias de financiamiento que permitan mantener estos esfuerzos. En países con recursos limitados, el acceso a estas intervenciones puede ampliarse de forma gradual, de conformidad con los principios de la realización progresiva^{e,18} contenidos en la CSU. Al hacerlo así, todos los pasos —desde la planificación y elaboración de presupuestos hasta la introducción, ejecución, ampliación y monitoreo de las intervenciones esenciales de SDRS— se llevan a cabo dentro del marco general del fortalecimiento del sistema sanitario. Adoptar la perspectiva de los sistemas sanitarios requiere acciones deliberadas en los seis elementos constitutivos interrelacionados del sistema, según los define la OMS.¹⁹

Para ilustrar nuestro planteamiento proponemos un *marco del sistema de salud centrado en las personas y en los derechos humanos* (véase la figura 1 abajo), que expone las relaciones y los principios clave para avanzar hacia y alcanzar el objetivo de SDRS integral dentro de la CSU.

FIGURA 1: Un marco del sistema de salud centrado en las personas y en los derechos humanos para avanzar hacia el objetivo de SDRS integral dentro de la CSU



d El término «intervenciones esenciales de SDRS» se emplea en esta declaración en referencia a la terminología aplicada por la Comisión Guttmacher-Lancet sobre SDRS y se basa en el Programa de Acción de la CIPD y la Estrategia de Salud Reproductiva de la OMS. Cada país deberá establecer prioridades en cuanto a estas intervenciones esenciales en base a las necesidades y los recursos locales. Tal como se señala en esta declaración, el proceso de establecimiento de prioridades debe ser transparente y basarse en los principios de equidad, inclusión y no discriminación.

e La realización progresiva de la CSU se refiere al proceso de clasificación de los servicios conforme a tipos de prioridad, ampliando el acceso a servicios de alta prioridad para todas las personas y garantizando que no queden excluidos los grupos desfavorecidos (OMS, 2014).

En el centro de este marco están las personas y sus necesidades de salud, del mismo modo que lo están en el centro del trabajo que lleva a cabo la IPPF. El primer círculo representa la necesidad de ejecutar intervenciones que aborden las necesidades de SDR de todas las personas, incluidas mujeres, niñas, poblaciones vulnerables e insuficientemente atendidas.

El segundo círculo pone de relieve los principios clave de una integración de SDR en la CSU basada en la inclusión y la no discriminación, la igualdad de género, la evidencia, la rendición de cuentas, mecanismos sostenibles y equitativos para el financiamiento de la salud, y los derechos humanos. La adopción de un enfoque basado en los derechos es esencial en las intervenciones de SDR que deberían ser universalmente accesibles a todas las personas para satisfacer sus necesidades de SDR y, de ese modo, contribuir a que ejerzan su derecho a la salud.

El círculo exterior que no está cerrado ilustra que la integración de SDR en la CSU está supeditada al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y a actuaciones en los seis componentes centrales de los elementos constitutivos establecidos por la OMS (es decir, liderazgo y gobernanza; financiamiento de la salud; sistema de información sanitaria; medicamentos esenciales y tecnologías médicas; prestación de servicios de salud; y personal sanitario¹⁹), así como a la participación de la comunidad y la construcción de una sociedad civil fuerte y próspera.

El círculo exterior sin cerrar refleja el hecho de que los sistemas sanitarios son sistemas abiertos. También transmite la idea de que, si bien los sistemas sanitarios son fundamentales para implementar y ofrecer acceso a intervenciones esenciales de SDR, es necesario un enfoque multisectorial puesto que la salud y los derechos sexuales y reproductivos abarcan otros sectores además del sanitario, como el de la educación.

La integración de SDR en la CSU está supeditada al fortalecimiento de los sistemas de salud y a actuaciones en los seis componentes centrales de los elementos constitutivos establecidos por la OMS: liderazgo y gobernanza; financiamiento de la salud; sistema de información sanitaria; medicamentos esenciales y tecnologías médicas; prestación de servicios de salud; y personal sanitario; así como a la participación de la comunidad y la construcción de una sociedad civil fuerte y próspera.

Recomendaciones a las Asociaciones Miembros

En base a este marco, esta sección ofrece recomendaciones en relación con cada uno de los seis elementos constitutivos de los sistemas de salud definidos por la OMS, así como para lograr la participación de la sociedad civil y de la comunidad. Estas recomendaciones pueden servir de guía a las Asociaciones Miembros (AM) para sus acciones de incidencia y de apoyo dirigidas a ayudar a los países a elaborar hojas de ruta contextualizadas para lograr el acceso universal a SDR dentro de la CSU.

1. Promover y respaldar la inclusión y la integración de SDR en los planes nacionales estratégicos de CSU

Lograr la integración de SDR en la agenda de la CSU requiere de liderazgo, gobernanza y apoyo eficaces y coordinados a nivel regional, nacional y subnacional.

- Las AM deben promover la elaboración de un plan nacional estratégico de SDR sólido y presupuestado y apoyar a los gobiernos para que lo incluyan como parte de sus estrategias nacionales de CSU.
- Las AM tienen la capacidad de contribuir a que la salud y los derechos sexuales y reproductivos tengan más visibilidad y proyección en los diálogos

nacionales sobre CSU. Esto lo pueden hacer al aprovechar todas las oportunidades para informar sobre los éxitos, desafíos y buenas prácticas en materia de SDR, así como sobre el impacto de SDR en la vida y la salud de las mujeres y niñas.

- Las AM deberían intentar mejorar la coordinación y colaboración entre sectores para apoyar la integración de SDR en los planes de CSU —incluidos los sectores de la educación, la protección, agua, higiene y saneamiento, medio ambiente, respuesta ante catástrofes, y otros— con socios nacionales, regionales y globales.
- Las AM desempeñan un papel importante para seguir influyendo a nivel nacional a fin de que los gobiernos diseñen y ejecuten políticas, leyes e iniciativas que respalden intervenciones y programas de SDR basados en los derechos, no estigmatizantes y que tengan en cuenta las cuestiones de género²⁰, reduciendo así las barreras y aumentando el acceso a servicios esenciales de SSR. La liberalización de las leyes de aborto será necesaria para lograr el acceso universal a servicios de aborto seguro y de ese modo permitir a las mujeres ejercer su derecho a recibir servicios que protejan sus opciones reproductivas.²¹

Las Asociaciones Miembros desempeñan un papel importante para seguir influyendo a nivel nacional a fin de que los gobiernos diseñen y ejecuten políticas, leyes e iniciativas que respalden intervenciones y programas de SDR basados en los derechos, no estigmatizantes y que tengan en cuenta las cuestiones de género, reduciendo así las barreras y aumentando el acceso a servicios esenciales de SSR.

2. Promover e implementar un paquete integrado de servicios esenciales (PISE) de SSR

Para avanzar hacia la CSU los países deben garantizar la oferta de servicios prioritarios a toda la población y que todas las personas puedan acceder a ellos. Los servicios deben estar disponibles y ser accesibles —tanto desde el punto de vista físico como económico—, de alta calidad, aceptables, seguros y deben tener en cuenta los aspectos culturales. Además, los servicios ofrecidos también deben ayudar a transformar las cuestiones de género y deben ser confidenciales, respetuosos, no discriminatorios ni estigmatizantes, y deben tener en cuenta las necesidades de grupos de población diversos, como las mujeres, las niñas, los hombres, los niños, los grupos insuficientemente atendidos y marginados, las poblaciones migrantes y desplazadas, las personas que viven con discapacidad, y la comunidad LGBTQI+. Esto requiere abordar las barreras económicas, políticas, socioculturales y geográficas que estén impidiendo o limitando el acceso a los servicios de SSR.

Junto a la atención sanitaria basada en la comunidad, la atención primaria es, a menudo, el primer punto de contacto con los servicios sanitarios y la integración de SDR dentro de la CSU requiere un planteamiento sólido con respecto a la atención primaria⁷, algo crucial para garantizar el uso eficiente de recursos sanitarios escasos y hacer la atención sanitaria accesible en las regiones más remotas. El sistema de atención primaria debe incluir servicios de salud de alta calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todas las personas en cualquier lugar, y dichos servicios deben ser prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales sanitarios que hayan recibido una capacitación adecuada, y que estén cualificados,

motivados y comprometidos.²²

- Dado que la mayoría de las intervenciones esenciales de SDR pueden realizarse en los niveles de atención comunitaria o primaria del sistema de salud con un bajo costo para el gobierno, las AM pueden contribuir y liderar la prestación de toda la gama de servicios señalados en el Paquete Integrado de Servicios Esenciales (PISE) de la IPPF. Esto incluye servicios de asesoramiento en SSR, anticoncepción, aborto seguro, ITS/infecciones del tracto reproductivo, VIH, ginecología, salud materna, y de VSBG.²³
- Las AM pueden demostrar y promover los beneficios de los modelos de prestación de servicios integrados, que han demostrado ser efectivos para incrementar el uso de los servicios, reducir el estigma, mejorar la calidad de la atención, y hacer un uso más eficiente de los recursos del sistema de salud.²⁴
- Además, se necesitan nuevos modelos de prestación de servicios para mejorar el acceso a los servicios esenciales de SSR. Gracias a su experiencia, las AM tienen la capacidad de desarrollar y promover el uso de herramientas y enfoques innovadores que abaraten los costos (p. ej. herramientas de salud digital, telemedicina), que se puedan integrar dentro de los sistemas de atención primaria y ampliar mediante el traspaso de tareas y trabajadores sanitarios en la comunidad —que con frecuencia son mujeres— a fin de ofrecer servicios en zonas de difícil acceso y a grupos de población marginados o insuficientemente atendidos.²⁵ Estos enfoques nuevos siempre deben basarse en recomendaciones fundamentadas en la evidencia y garantizar la seguridad y la efectividad de las intervenciones.

Los países deben garantizar que toda la población pueda acceder a servicios prioritarios. Esto requiere abordar barreras económicas, políticas, socioculturales y geográficas que estén impidiendo o limitando el acceso a los servicios de SSR.

3. Promover un financiamiento sostenible y eficiente de la sanidad para la integración de SDR en la CSU

El instrumento clave para conducir a los sistemas sanitarios hacia el logro de la CSU es un paquete de prestaciones sanitarias (PPS) definido de forma explícita. Dicho paquete determina un conjunto de servicios sanitarios que se pueden financiar y prestar de forma sostenible, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada país y la capacidad de su sistema de salud.²⁶ Incluir la SSR en un PPS supondría que los servicios se financien con fondos públicos parcialmente o en su totalidad, lo que reduciría la carga de pagos directos que deben efectuar las personas para acceder a estos servicios. Por lo tanto, para incrementar el acceso a SDR dentro de la CSU es necesario dar prioridad a intervenciones esenciales de SSR e incluirlas en esos paquetes. A medida que los recursos disponibles (económicos y humanos) aumentan, los países deberían ampliar gradualmente el número de intervenciones de SSR incluidas en sus PPS. En cada etapa de ampliación de la cobertura deben realizarse análisis de costos para calcular los recursos necesarios por año para garantizar el acceso universal a los servicios incluidos en el PPS.

- Las AM deberían promover el aumento del gasto público/nacional en salud, en particular en países de ingresos bajos y medios.²⁷ El gasto en SDR no constituye un desembolso sino una inversión que ahorra dinero y que puede generar un rendimiento importante.²⁸
- Las AM deberían promover la inclusión de servicios de SSR en los PPS para evitar que dichos servicios queden excluidos o no reciban suficientes fondos como resultado de cambios en las prioridades de donantes externos. En países con recursos limitados, que a menudo dependen de los fondos de donantes externos, resulta crucial coordinar de forma efectiva a las partes interesadas y dirigir los recursos a las prioridades nacionales de SDR según lo dispuesto en el PPS.

- Las AM deberían promover que los gobiernos reúnan y reserven recursos adecuados para la CSU a fin de garantizar que el sector salud reciba fondos de forma estable y predecible. Las AM pueden promover la introducción de mecanismos de prepago junto con la creación de reservas de fondos, ambas opciones esenciales para reducir los pagos directos en vez de los gastos, así como su efecto negativo sobre el acceso a los servicios y los pagos catastróficos que llevan a una situación de pobreza.²⁹

El instrumento clave para conducir a los sistemas sanitarios hacia el logro de la CSU es un paquete de prestaciones sanitarias (PPS) definido de forma explícita. Determina un conjunto de servicios sanitarios que se pueden financiar y prestar de forma sostenible, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada país y la capacidad de su sistema de salud. Incluir la SSR en un PPS implica que los servicios se financien con fondos públicos parcialmente o en su totalidad, lo que reduciría la carga de pagos directos que deben efectuar las personas para acceder a estos servicios.

4. Promover la existencia de un número suficiente de trabajadores sanitarios de SSR cualificados, de buen desempeño y distribuidos equitativamente

El personal sanitario constituye la base para el logro de la CSU, incluido el acceso universal a los servicios de SSR. La escasez de trabajadores sanitarios está limitando la cobertura de servicios esenciales, en particular en los países de ingresos bajos y medios. Si persisten las tendencias actuales se prevé que esa escasez continúe y empeore.³⁰ Muchos países además tienen que hacer frente a desafíos adicionales, como una distribución desigual del personal sanitario, con diferencias en relación con las aptitudes y con lagunas en la capacitación, motivación y el desempeño.³¹

- Las AM deberían promover que se contrate y se imparta capacitación a un número suficiente de trabajadores sanitarios cualificados, también para la prestación de servicios de SSR, a fin de contribuir al avance de la CSU a nivel nacional. La distribución de los trabajadores sanitarios, su capacitación y aptitudes deberían ser adecuados para satisfacer las necesidades de la población y ofrecer una atención centrada en las personas y apropiada desde el punto de vista cultural.³² En cuanto a servicios específicos de SSR, deberían hacerse cargo de ellos los trabajadores sanitarios con capacitación adecuada.³³
- Para mitigar de forma rápida y eficaz la escasez de trabajadores sanitarios críticos, las AM deberían instar a los gobiernos a considerar el traspaso de cierta tareas de trabajadores sanitarios de los niveles más altos a aquellos de niveles medios y más bajos.³⁴ También deberían promover una distribución más equitativa de los servicios, tanto en las distintas áreas geográficas como en los distintos niveles de atención, y garantizar que los trabajadores sanitarios, incluidos los de la comunidad, reciban suficiente reconocimiento y apoyo.

El personal sanitario constituye la base para el logro de la CSU, incluido el acceso universal a los servicios de SSR. La escasez de trabajadores sanitarios está limitando la cobertura de servicios esenciales, en particular en los países de ingresos bajos y medios.

5. Garantizar la disponibilidad permanente de productos y suministros esenciales de SSR

A fin de avanzar hacia el acceso universal a intervenciones esenciales de SDDR en los puntos de prestación de servicios pertinentes del sistema de salud, se debe garantizar la disponibilidad continua de suministros, equipos y medicamentos esenciales de SSR. Por ejemplo, información sobre África subsahariana indica que en los centros de salud públicos continuamente se agotan las existencias de métodos anticonceptivos modernos.³⁵ Para garantizar un suministro continuo también es necesario conocer cómo se mantienen los servicios esenciales en épocas de crisis. La actual pandemia de COVID-19 ha ocasionado interrupciones en las cadenas de suministro de medicamentos de SSR y ha puesto de relieve las fragilidades de las cadenas de distribución mundiales.

- Las AM deberían instar a los ministerios de salud a revisar los actuales sistemas de cadena de suministro para cada uno de los componentes de las intervenciones esenciales de SDDR y subsanar las lagunas que se encuentren.
- Las AM desempeñan un papel importante para informar e influenciar las actividades del Plan Nacional de Suministro. A través de su participación en las estrategias nacionales de suministro y en los procesos de toma de decisiones, las AM pueden determinar a qué retos se enfrentan en relación con la seguridad de los suministros de SSR, informar sobre dichos retos y abordarlos.
- Las AM pueden participar en actividades de comunicación para generación de demanda, concientización y cambio de conducta en relación con los productos de SSR que formen parte de las intervenciones esenciales de SDDR, tanto para estimular la aceptación en la comunidad como para promover su participación en la mejora del acceso.
- Las AM pueden desempeñar un papel clave para promover que medicamentos de SSR de la lista de medicamentos esenciales de la OMS se incluyan en las listas nacionales de medicamentos esenciales de cada país, así como para que se adopten medidas que permitan el acceso universal a esos medicamentos.

6. Reforzar los sistemas de información sanitaria y la recopilación sistemática de datos

Para avanzar en la integración de SDRS en la CSU son esenciales unos sistemas de información sanitaria sólidos. Cuando dichos sistemas son eficientes, ofrecen datos confiables y oportunos sobre los servicios de salud, incluidos datos sobre las necesidades de atención sanitaria y las demandas de recursos relacionadas para el sistema de salud. Estos datos, además, están desglosados en base a las necesidades de la población, el sexo y la edad, y analizados según el género. El refuerzo de los sistemas de datos es importante para informar la toma de decisiones y crear políticas relacionadas, así como programas, presupuestos y evaluaciones. También forman la base de la rendición de cuentas de los gobiernos con respecto a sus compromisos en materia de CSU. Por lo tanto, los países necesitan realizar inversiones adecuadas en sistemas de información sanitaria a fin de facilitar estudios de alta calidad, oportunos y confiables, así como la recopilación sistemática de datos sobre indicadores clave de SDRS.

- Las AM deberían instar a los gobiernos a generar y ofrecer acceso abierto a datos desglosados de acuerdo con variables pertinentes al contexto. Dichas variables podrían ser, entre otras, ingresos, sexo, edad, raza, etnia, situación migratoria, discapacidad, ubicación geográfica y otras características que permitan analizar a grupos de población específicos para determinar cuáles están quedando excluidos.¹⁷
- Las AM, en asociación con organizaciones de la sociedad civil (OSC) afines, desempeñan un papel importante en el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de los compromisos en materia de CSU al garantizar que se lleve a cabo la recopilación de datos relacionados con SDRS, que estas iniciativas sean además inclusivas y tengan en cuenta las cuestiones de género, y que se pueda mantener la capacidad de supervisión y análisis de los datos pertinentes desglosados por sexo.

7. Promover la participación efectiva de la sociedad civil y las comunidades

La participación efectiva de las OSC y las comunidades es clave para el progreso hacia la CSU a nivel nacional, así como para contribuir a la planificación y ejecución de intervenciones de SDRS que respondan a las necesidades locales.³⁶

- La participación efectiva de las AM y las OSC es fundamental para garantizar que los mecanismos de toma de decisiones y rendición de cuentas reflejen las necesidades, prioridades y diversidad de los grupos de población. Las AM desempeñan un papel importante para garantizar que las mujeres formen parte de procesos de participación y toma de decisiones a fin de reflejar las necesidades específicas de las mujeres y las niñas en las intervenciones de SDRS.
- Las AM desempeñan un papel importante para garantizar el establecimiento de procesos transparentes y participativos dirigidos a incluir y dar prioridad a intervenciones esenciales de SDRS en los paquetes esenciales de salud. Esto lo pueden hacer en base a datos desglosados de alta calidad y a las experiencias documentadas de los agentes y las comunidades locales.³⁷
- Las AM y las OSC deberían intentar formar alianzas estratégicas con parlamentarios, comités parlamentarios y grupos de trabajo/comités técnicos nacionales/regionales sobre salud y CSU. La Unión Interparlamentaria ha manifestado un firme apoyo a la protección de SDRS que puede aprovecharse³⁸ y los parlamentos son importantes para las decisiones sobre asignaciones de recursos, el establecimiento de presupuestos participativos y para influenciar la toma de decisiones a todos los niveles.³⁷
- Las AM también pueden aprender de las experiencias de casos de éxito en la integración de SDRS —así como de las barreras y limitaciones— en otros contextos y países para informar y guiar la toma de decisiones sobre CSU y participar en ella. La movilización social a través de la participación de la sociedad civil y de la comunidad es un imperativo para generar demanda de servicios y productos de SDRS³⁹ que se ofrecen dentro de las intervenciones esenciales de SDRS; también es fundamental para conocer y documentar los factores sociales que actúan como barreras para el uso de los servicios de SSR existentes, como dinámicas de género perjudiciales, creencias religiosas y normas culturales.⁴⁰

Resumen y próximos pasos

El logro de la CSU supone un ambicioso esfuerzo global que en la actualidad disfruta de un impulso político importante. Aunque cada país se encuentra en una etapa diferente de la implementación, según van avanzando en el camino hacia la CSU van surgiendo nuevas oportunidades para promover e integrar un enfoque global con respecto a SDR y los servicios esenciales de SSR. Las reformas relacionadas con la CSU son complejas por naturaleza, pero un enfoque centrado en las personas y en los sistemas de salud puede ayudar a determinar cuáles son las áreas clave y las acciones que deben emprenderse para promover la integración de SDR en la CSU. Esta declaración ha subrayado algunas de estas áreas y acciones, pero dado que estas dependen del contexto es crucial lograr un conocimiento más profundo de las circunstancias locales y de las necesidades específicas de los grupos de personas que están quedando excluidos, y las AM de la IPPF están en una buena posición para desempeñar un papel primordial en este proceso.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Jesper Sundewall, Fabian Cataldo, Sarah Onyango y Andrea Hanna Kaiser por la redacción del borrador de esta declaración y a Ian Askew y Michael Mbizvo por sus aportaciones y asesoramiento técnico como revisores principales. También damos las gracias a los miembros del Grupo de Trabajo sobre CSU y a otros compañeros de la IPPF por revisar este documento. Por último, agradecemos el apoyo del Grupo Internacional para el Asesoramiento Médico (IMAP) de la IPPF: Ian Askew, Kristina Gemzell Danielsson, France Anne Donnay, Raffaella Schiavon Ermani, Anneka Knutsson, Oladapo Alabi Ladipo, Michael Mbizvo (Presidente), Janet Meyers, y Hextan Yuen Sheung Ngan por sus valiosos y oportunos consejos y revisiones durante la preparación.

En la medida en que los países van avanzando en el camino hacia la CSU van surgiendo nuevas oportunidades para promover e integrar un enfoque global con respecto a SDR y los servicios esenciales de SSR.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2019) *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world" A/RES/74/2*. Nueva York: ONU
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) *World Health Report: Health Systems Financing – the road to universal health coverage*. Ginebra: OMS.
3. ONU (1948) *Universal Declaration of Human Rights*, en *Asamblea General de la ONU 302(2)*.
4. OMS (1948) *World Health Organization Constitution*. Basic documents, 1, p. 22.
5. ONU (1976) *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Nueva York: ONU
6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2000) *The right to the highest attainable standard of health*. Ginebra: ONU
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014) *Programme of Action adopted at the international conference on population and development Cairo, 5–13 September 1994, 20th Anniversary Edition*. Nueva York: UNFPA.
8. UNFPA (2019) *Fulfilling the ICPD promise. Progress, gaps and working at scale. Review of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Nueva York: UNFPA.
9. ONU (2015) *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Nueva York: ONU
10. Lozano R, et al (2020) *Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. *Lancet*. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
11. Sully E, et al (2019) *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health*. Nueva York: Guttmacher Institute.
12. Riley T, et al (2020) Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 46, pp. 73–76.
13. UNFPA (2020) *Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage*. Interim Technical Note, abril de 2020. Nueva York: UNFPA.
14. Starrs AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 391(10140), pp. 2642–2692.
15. Kangudie DM, et al (2019) Effective integration of sexual reproductive health and HIV prevention, treatment, and care services across sub-Saharan Africa: where is the evidence for program implementation? *Reproductive Health*. 16(Suppl 1), p. 56.
16. Ravindran TKS and Govender V (2020) Sexual and reproductive health services in universal health coverage: a review of recent evidence from low-and middle-income countries. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 28(2), pp. 1–35.
17. UNFPA (2019) *Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential element of Universal Health Coverage*. Nueva York: UNFPA.
18. OMS (2014) *Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO consultative group on equity and UHC*. Ginebra: OMS.
19. OMS (2010) *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS.
20. Germain A, et al (2015) Advancing sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: implications for the post-2015 global development agenda. *Global Public Health*. 10(2), pp. 137–48.
21. Berer M (2017) Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. *Health and Human Rights*. 19(1), pp. 13–27.
22. OMS (2019) *Declaration of Astana* (Global Conference on Primary Health Care 2018). Ginebra: OMS.
23. IPPF (2019) *IMAP Statement on Expanding Access and Contraceptive Choice through Integrated Sexual and Reproductive Health Services*. Londres: IPPF.
24. Hopkins J and Collins L (2017) How linked are national HIV and SRHR strategies? A review of SRHR and HIV strategies in 60 countries. *Health Policy Plan*. 32(suppl_4), pp. iv57–iv66.
25. Bacchus LJ, et al (2019) Using Digital Technology for Sexual and Reproductive Health: Are Programs Adequately Considering Risk? *Global Health: Science and Practice*. 7(4), pp. 507–514.
26. Glassman A, Giedion U and Smith P (2017) *What's in, What's out? Designing Benefits for Universal Health Coverage*. Washington DC: Center for Global Development.

27. Xu K, Soucat A, and Kutzin J (2018) *Public Spending on Health: A closer look at global trends*, in *WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3*. Ginebra: OMS.
28. UNFPA (2019) *Supplement to Background Paper on Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. Nueva York: UNFPA.
29. Mathauer I, et al (2020) Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 98(2), pp. 132–139.
30. OMS (2016) *Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Background paper No.1 to the global strategy on human resources for health*. Ginebra: OMS.
31. Sturchio J, Kickbusch I and Galambos L (2018) *The road to universal health coverage. Innovation, equity and the new health economy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
32. Campbell J, et al (2013) Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 91(11), pp. 853–63.
33. OMS (2011) *Sexual and reproductive health – core competencies in primary care*. Ginebra: OMS.
34. OMS (2012) *Optimizing health worker roles for maternal and newborn health*. Ginebra: OMS.
35. Family Planning 2020. Measurement: Indicators 10-11: contraceptive stock-outs and availability. Disponible en: <http://2016-2017progress.familyplanning2020.org/en/measurement-section/contraceptive-stock-outs-and-availability-indicators-10-11> [Página visitada el 2 de julio de 2020]
36. UNFPA (2010) *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. Nueva York: UNFPA.
37. The Partnership for Maternal Newborn and Child Health (2019) *Prioritizing essential packages of health services in six countries in sub-Saharan Africa: implications and lessons for SRHR*. Sida.
38. Unión Interparlamentaria (2019) Achieving universal health coverage: the role of parliaments in ensuring the right to health. 141.^a Asamblea de la UIP, Belgrado, Serbia.
39. Denno DM, Hoopes AJ and Chandra-Mouli V (2015) Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health*. 56(1 Suppl), pp. S22–41.
40. Santhya KG and Jejeebhoy SJ (2015) Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. *Global Public Health*. 10(2), pp. 189–221.

¿Quiénes somos?

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es un proveedor mundial de servicios de salud sexual y reproductiva y líder en la defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento internacional de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y las personas.

IPPF

4 Newhams Row
Londres SE1 3UZ
Reino Unido

tel.: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
e-mail: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido con el número 229476

Publicado en octubre de 2020