

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

ÍNDICE

ACERCA DE ESTE DOCUMENTO DE POSICIÓN	1
RESUMEN	2
I. INFORMACIÓN GENERAL	3
¿Qué es la CSU?	3
La relación entre la SDRS y la CSU	3
II. PROMOCIÓN DEL ACCESO UNIVERSAL A LA SDRS EN EL MARCO DE LA CSU	5
La postura de la IPPF en relación con la CSU	5
La CSU desde la perspectiva de un sistema de salud centrado en las personas y en los derechos humanos	6
III. PRIORIDADES Y ACTUACIONES PARA PROMOVER LA INTEGRACIÓN DE LA SDRS EN LA CSU	8
1. Promover la integración de la SDRS en los planes nacionales estratégicos de CSU	8
2. Promover e implementar modelos de prestación de servicios innovadores para la SSR	9
3. Garantizar un financiamiento sostenible y eficiente de la SDRS en la CSU	10
4. Apoyar y proteger al personal sanitario	12
5. Garantizar la disponibilidad de productos y suministros básicos de SSR y el acceso a ellos	13
6. Reforzar los sistemas de información sanitaria y la recopilación sistemática de datos	14
7. Promover y garantizar la participación efectiva de la sociedad civil y las comunidades	15
IV. CÓMO AVANZAR	16
REFERENCIAS	17

ACERCA DE ESTE DOCUMENTO DE POSICIÓN

Propósito

La IPPF trabaja por un mundo en el que todas las personas, sin discriminación, puedan de tomar decisiones sobre su sexualidad y bienestar. Este documento de posición expone las prioridades de la IPPF en relación con la cobertura sanitaria universal (CSU) y la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDRS). Su finalidad es servir de guía a las Asociaciones Miembro (AM) de la IPPF y a la Federación en general. Para su preparación se llevó a cabo un proceso de consulta con representantes de las AM y del Secretariado de la IPPF a través de debates en talleres, entrevistas con informantes clave y revisiones documentales.

Este documento no pretende ser una herramienta con instrucciones operativas precisas. Por el contrario, su objetivo es ayudar a las AM de la IPPF y otras organizaciones a reforzar sus conocimientos sobre métodos para ampliar o institucionalizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) basados en la evidencia y a la atención en el marco de la CSU. Además, destaca puntos de partida para dirigir y apoyar dichos métodos.

Público objetivo

Este documento de posición está dirigido al Secretariado de la IPPF, empleados y voluntarios de las AM así como a un público externo, como otras organizaciones de la sociedad civil (OSC), gobiernos, donantes e instituciones multilaterales.

RESUMEN

La CSU implica que *todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos*.¹ Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales 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, tal como se acordó en la Declaración Política sobre la CSU aprobada en 2019.³

La CSU sienta las bases para el logro de los niveles 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.

Prioridades y acciones para promover la integración de la SDR en la CSU

Este documento de posición de IPPF propone promover la SDR dentro de la CSU a través de un nuevo marco basado en los derechos humanos y en un planteamiento de los sistemas sanitarios centrado en las personas.

Las prioridades y recomendaciones específicas de acción analizadas como parte de este planteamiento, subrayan la necesidad de: integrar la SDR en los planes estratégicos nacionales de CSU, implementar modelos integrados de prestación de servicios de SSR, garantizar estrategias efectivas de financiamiento para la SDR, respaldar y proteger a los trabajadores sanitarios del área de SSR, ampliar el acceso a productos y suministros de SSR, mejorar los sistemas de información sanitaria y de recolección sistemática de datos, y lograr la participación significativa de organizaciones de la sociedad civil y de las comunidades.

Mensajes principales

1. La CSU ofrece una oportunidad única para avanzar hacia el objetivo del acceso universal a la SDR para todas las personas. La IPPF, como organización mundial líder y proveedora de servicios de SSR, desempeña un papel importante para garantizar el avance hacia una CSU que sea inclusiva y que promueva el acceso universal a la SDR.
2. No existe un camino único hacia la CSU. Para avanzar en la integración de la SDR en la CSU son esenciales tanto los conocimientos del contexto como la experiencia.
3. Lograr el acceso universal a la SDR en el marco de la CSU solo es posible si se garantiza un enfoque basado en los derechos y centrado en las personas.
4. La participación significativa de la sociedad civil y las comunidades es fundamental para promover la capacidad de respuesta del sistema sanitario y la responsabilidad social con el objetivo de lograr una mayor integración de la SDR en la CSU.
5. Lograr el acceso universal a la SDR en la CSU supone no excluir a nadie, es decir, todos los países y todas las personas deberían lograr este objetivo, sin discriminación de ningún tipo.
6. A fin de abordar de forma efectiva las necesidades de SDR y, dado que esta y la CSU están interrelacionadas, no solo con todos los elementos constitutivos de los sistemas sanitarios sino también con varios sectores que participan en la gobernanza, es fundamental adoptar un enfoque integral para el refuerzo de los sistemas sanitarios y la promoción de la colaboración multisectorial.

I. INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es la CSU?

El mundo se ha comprometido a lograr la cobertura sanitaria universal (CSU) para el año 2030, tal como se acordó en la Declaración Política sobre la CSU aprobada en 2019.³ 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 de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, además del acceso a vacunas y medicamentos básicos que sean seguros, efectivos, de alta calidad y asequibles para todas las personas.²

La CSU está firmemente arraigada en el derecho a la salud establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948⁴, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976.⁶ 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 central en el progreso de los países hacia el desarrollo sostenible.

La relación entre la SDR y la CSU

La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR)ⁱ son una parte integral del derecho de todas las personas a la salud.⁷ A fin de poder ejercer este derecho, todas las personas deben tener la libertad de tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva (SSR), sin sufrir discriminación, estigmatización, violencia ni coerción. La información, la educación y la atención y los servicios de SSR de calidad deberían estar disponibles y ser accesibles y asequibles para todas las personas, independientemente de su edad, capacidad, estado civil, orientación sexual, estado de salud pasado o actual, identidad de género, raza, etnia, ubicación geográfica, situación socioeconómica y otras condiciones (p. ej., jurídica, religiosa, política). La salud y los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para la salud y el bienestar general de las personas y, por lo tanto, son un elemento esencial para impulsar el progreso hacia el desarrollo sostenible.

En este sentido, 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, decisiones y bienestar ocupen una posición central en el desarrollo sostenible.⁸

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) fijó en 2015 y que deberían alcanzarse para el año 2030 como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,⁹ reconocen la importancia de la SDR para mejorar la salud y el bienestar y para lograr la igualdad de género, así como para acelerar el progreso hacia el desarrollo sostenible. Además de la meta de lograr la CSU (ODS 3, meta 3.8), los países también se comprometieron a garantizar el *acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva* (ODS 3, meta 3.7) y el *acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos* (ODS 5, meta 5.6)

i En este documento se emplea la definición de salud y derechos sexuales y reproductivos utilizada por la Comisión Guttmacher-Lancet; cf. Starrs A.M. 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. <https://www.guttmacher.org/es/guttmacher-lancet-commission/acelerar-el-avance-resumen-ejecutivo>

con la ratificación de la Agenda 2030. También, con la aprobación de la histórica Declaración Política de la ONU sobre la CSU en 2019, los países acordaron que la SDR es un elemento fundamental de la CSU.³

Estos objetivos y compromisos ponen de relieve la estrecha relación que existe entre la CSU y la SDR, y que no es posible lograr la CSU sin incluir en ella la SDR. Los países deben definir pasos claros para incorporar la SDR en su proceso particular de avance hacia la CSU.

Durante las últimas tres décadas, desde la aprobación del Programa de Acción (PdA) en 1994, el mundo ha logrado grandes avances en la reducción de la mortalidad y las enfermedades relacionadas con la SSR.^{ii,10} No obstante, a pesar de estas mejoras, el progreso no ha sido uniforme¹¹ y muchas grandes iniciativas dirigidas a reforzar los sistemas sanitarios con frecuencia han dejado de lado la SDR. Como resultado, se han observado dificultades y desigualdades en relación con la prestación de servicios esenciales de SSR y el acceso a ellos; el alcanzar el nivel más alto de SSR y, por tanto, ejercer el derecho a la salud, sigue estando fuera del alcance de muchas personas. Esto es particularmente cierto en el caso de los países más pobres, que actualmente concentran tasas 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 métodos de anticoncepción y cada año hay 25 millones de abortos inseguros.¹² Hay más de 350 millones de mujeres y hombres que necesitan tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) curables y se calcula que la violencia sexual y basada en el género (VSBG), cuya magnitud e impacto son alarmantes, afecta a una tercera parte de las mujeres en algún momento de sus vidas¹⁰.

Más recientemente, la pandemia de la COVID-19 ha repercutido de forma negativa sobre la prestación de servicios, atención e información esenciales en el área de SDR y la continuación de la pandemia amenaza con limitar aún más el acceso a estos servicios. Desde numerosos contextos llegan informes que describen el desvío de recursos que debían dedicarse a servicios de SDR y que se están destinando a respuestas relacionadas con la COVID, así como interrupciones en los servicios educativos, sanitarios y comunitarios e rupturas en las cadenas de suministro. Además, la crisis ha frenado iniciativas dirigidas a prevenir y combatir la VSBG, lo que ha dado lugar a una pandemia paralela de violencia contra la mujer y se calcula que las tasas de matrimonio infantil, embarazos adolescentes y mutilación genital femenina aumentarán de forma exponencial.^{13,14} Esta crisis, sin parangón en nuestra historia reciente, ha amplificado la necesidad de acelerar los esfuerzos destinados a construir sistemas de salud robustos y resilientes y a avanzar hacia la CSU.

ii 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 1000 mujeres entre 1990-1995 y 2019), y las tasas de incidencia del VIH y de muertes relacionadas con el SIDA se han reducido en un 40% y un 55% respectivamente. La tasa mundial de uso de anticonceptivos ha aumentado un 25%.⁸

II. PROMOCIÓN DEL ACCESO UNIVERSAL A LA SDR EN EL MARCO DE LA CSU

Un creciente número de estudios describe la estrecha relación entre los malos resultados sanitarios y las desigualdades de género, la discriminación, la violencia y la falta de información y servicios de SDR.² Por lo tanto, la integración de la SDR en políticas y programas sanitarios nacionales desempeña un papel importante en la mejora de la salud y el bienestar de todas las personas.¹⁵ Esto debe estar apuntalado por los principios de la salud como derecho humano, no dejar a nadie atrás, la igualdad de género, la inclusión y la no discriminación.¹⁶

El actual impulso mundial a la CSU ofrece una oportunidad excelente para lograr esta integración.¹⁷ A fin de promover el acceso universal a la SDR en la CSU es necesario avanzar en la incorporación de la SDR en los marcos nacionales de CSU, ejecutar intervenciones esenciales de SDRⁱⁱⁱ que aborden las necesidades de SDR de todas las personas, en particular de las que actualmente están marginadas e insuficientemente atendidas, y aplicar estrategias de financiamiento que permitan mantener estos esfuerzos.

En países con recursos limitados, el acceso a estas intervenciones de SDR puede ampliarse de forma gradual, de conformidad con los principios de la realización progresiva^{iv},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 SDR— se llevan a cabo dentro del marco general de fortalecimiento del sistema sanitario. Esa perspectiva sistémica requiere acciones deliberadas en los seis elementos constitutivos interrelacionados del sistema de salud, según los define la OMS.¹⁹

iii El término «intervenciones esenciales» se emplea en este documento en referencia a la terminología aplicada por la Comisión Guttmacher-Lancet 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 este documento, el proceso de establecimiento de prioridades debe ser transparente y basarse en los principios de equidad, inclusión y no discriminación.

iv La realización progresiva de la CSU se refiere al proceso de clasificación de los servicios conforme a clases de prioridad, ampliando el acceso a servicios de prioridad alta para todas las personas y garantizando que no queden excluidos los grupos desfavorecidos.¹⁸

La postura de la IPPF en relación con la CSU

La IPPF, como organización líder en la prestación de servicios y la promoción^v del acceso universal a asistencia, servicios y derechos de SSR, considera que las acciones dirigidas a lograr una CSU inclusiva y que promueva la SDR deben estar ancladas en los principios de equidad, igualdad, justicia social y el derecho de todas las personas a la salud.

La IPPF respalda la adopción de la definición global de SDR propuesta por la Comisión Guttmacher-Lancet², que recomienda que cada país ofrezca un paquete integrado de intervenciones esenciales de SDR para atender las necesidades más urgentes de SSR de todas las personas (Tabla 1).

TABLA 1. PAQUETE ESENCIAL DE INTERVENCIONES DE SDR²

- Información correcta y asesoramiento sobre SSR y educación integral en sexualidad basada en la evidencia
- Información, asesoramiento y atención relacionados con la función y la satisfacción sexual
- Prevención, detección y manejo de la coerción y la VSBG
- Oferta de una variedad de métodos anticonceptivos seguros y efectivos
- Atención prenatal, del parto y postnatal segura y efectiva
- Servicios y atención del aborto seguros y efectivos
- Prevención, manejo y tratamiento de la infertilidad
- Prevención, detección y tratamiento de las ITS, incluido el VIH y las infecciones del tracto reproductivo
- Prevención, detección y tratamiento de cánceres del aparato reproductivo

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

La IPPF considera que para lograr la inclusión de servicios integrales de SDR en la CSU es necesario que los sistemas de salud se alejen del modelo existente: vertical, descendente y de tratamiento curativo, para adoptar uno que sitúe a las personas en el centro de la prestación de servicios de salud y que requiera colaboración intersectorial, por ejemplo, con ministerios nacionales de educación, finanzas y género. Otorgar una posición central a las personas es particularmente importante para las mujeres y niñas, los adolescentes y jóvenes, así como para los grupos marginados y con servicios insuficientes que a menudo se enfrentan a obstáculos físicos, socioculturales, jurídicos o económicos desproporcionados que les impiden acceder a servicios de SDR y, por lo tanto, ejercer sus derechos en materia de SDR.

La IPPF, como movimiento para el cambio, de implementación local y conexión global, enfatiza la importancia del papel de la sociedad civil y las comunidades, así como de su participación significativa en procesos relacionados con la CSU. Esta participación es esencial para diseñar sistemas de salud centrados en las personas que sean universales, igualitarios, responsables, sostenibles y de alta calidad.²⁰ Amplificar la voz de las AM de la IPPF, de otras organizaciones comunitarias y de la sociedad civil es fundamental para garantizar que la CSU se enfoque desde las perspectivas de los derechos y la igualdad de género. A menudo, las OSC se encuentran en una mejor posición para trabajar con grupos de población que están marginados o excluidos del acceso a los servicios de salud; y pueden representar de forma efectiva sus necesidades e intereses en el diseño, la ejecución y el monitoreo de programas e intervenciones de SDR, así como en reformas más generales de los sistemas de salud.

La CSU desde la perspectiva de un sistema de salud centrado en las personas y en los derechos humanos

Para ilustrar el planteamiento de la IPPF proponemos un *marco del sistema de salud centrado en las personas y en los derechos humanos* que articula las relaciones y los principios clave para avanzar y alcanzar el objetivo de lograr la inclusión de servicios integrales de SDR en la CSU (véase la Figura 1).

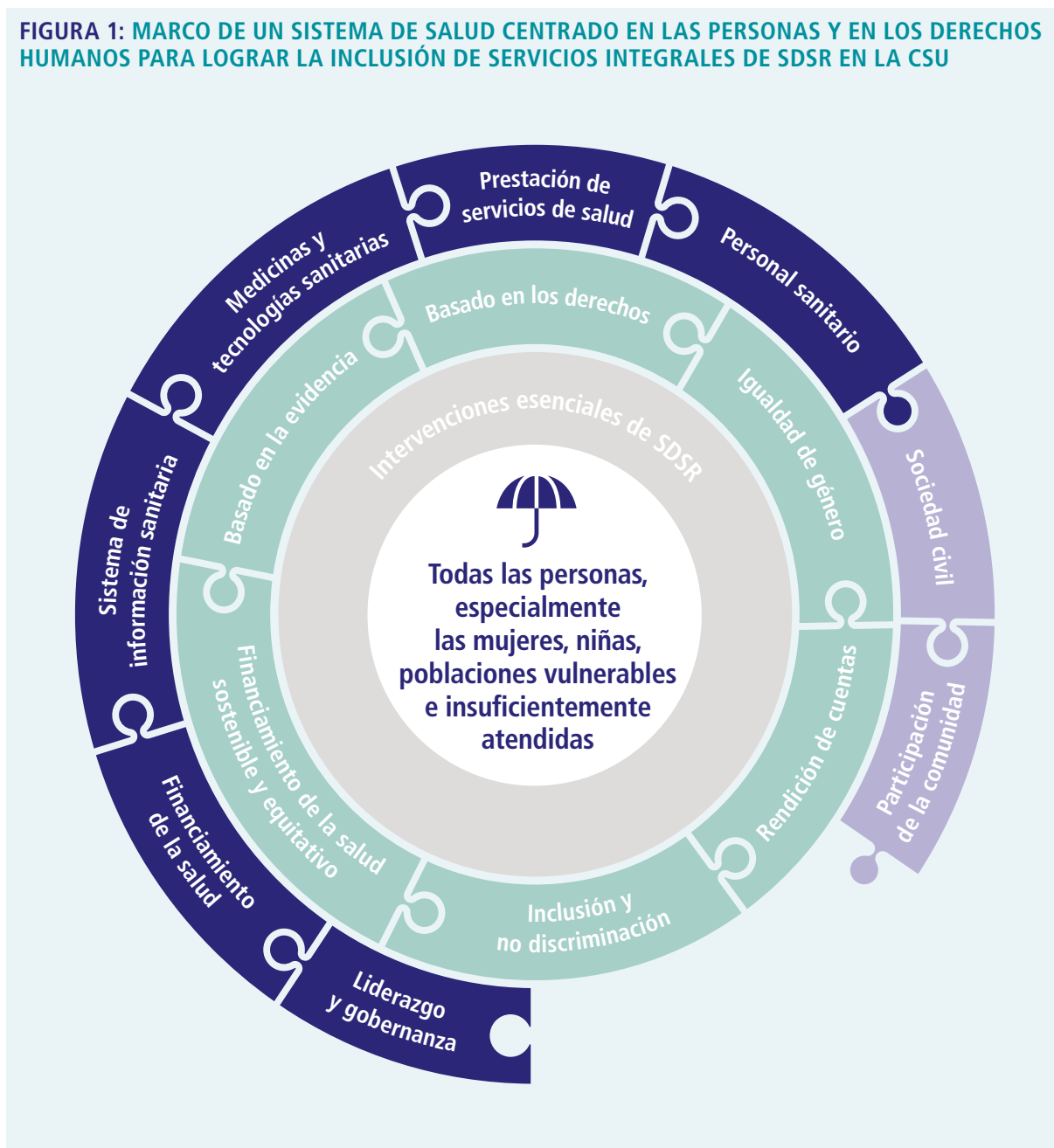
Al igual que sucede con el trabajo de la IPPF, en el centro de este enfoque están las personas y sus necesidades de salud, con especial atención a las mujeres, las niñas, las poblaciones vulnerables y las poblaciones con servicios insuficientes. El círculo más próximo al centro (en gris) representa las intervenciones esenciales de SDR que deben implementar los países para abordar y satisfacer las necesidades de SDR de todas las personas y lograr el objetivo de incluir servicios integrales de SDR en la CSU.

Al ofrecer intervenciones esenciales de SDR es necesario observar una serie de principios fundamentales, como se ilustra en el segundo círculo (en verde): la inclusión y la no discriminación, la igualdad de género, los datos, la rendición de cuentas, mecanismos sostenibles y equitativos para el financiamiento de la salud, y los derechos humanos. En particular, adoptar una perspectiva basada en los derechos con respecto a la prestación de servicios es esencial para proteger, respetar y hacer valer los derechos humanos de todas las personas que necesiten servicios de SDR.

Tal como lo ilustra el círculo más externo, la integración de la SDR en la CSU está supeditada al fortalecimiento de los sistemas sanitarios y a actuaciones en los seis componentes centrales de los elementos constitutivos del sistema de salud establecidos por la OMS^{vi, 19} así como (además de las actuaciones en dichos elementos constitutivos) a la participación de la comunidad y la construcción de una sociedad civil fuerte y próspera.

vi Los seis componentes centrales de los elementos constitutivos del sistema de salud establecidos por la OMS son: liderazgo y gobernanza; financiamiento de la salud; sistema de información sanitaria; medicamentos esenciales y tecnologías médicas; prestación de servicios de salud; y personal sanitario.

FIGURA 1: MARCO DE UN SISTEMA DE SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS Y EN LOS DERECHOS HUMANOS PARA LOGRAR LA INCLUSIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SDR EN LA CSU



El círculo sin cerrar refleja el hecho de que los sistemas sanitarios son sistemas abiertos; estos no funcionan dentro de una burbuja, sino que interactúan con su entorno político, económico, social y tecnológico, y se ven influenciados por ellos, así como por los comportamientos de las personas. Si bien los sistemas sanitarios son fundamentales para implementar

y ofrecer acceso a intervenciones esenciales de SDR, como refleja el círculo abierto, la SDR integral también va más allá del sistema de salud y es necesario un enfoque multisectorial con acciones en otros sectores (por ejemplo, en el de educación o en el de finanzas) para integrar la SDR en la CSU.

III. PRIORIDADES Y ACTUACIONES PARA PROMOVER LA INTEGRACIÓN DE LA SDR EN LA CSU

En base al marco propuesto, en los siguientes apartados se describen una serie de pasos y buenas prácticas dentro de cada uno de los seis elementos constitutivos definidos por la OMS, así como para lograr la participación de la sociedad civil y de la comunidad, que pueden dirigir el progreso hacia el acceso universal a la SDR dentro de la CSU.

Para cada área prioritaria, el documento presenta una serie de pasos y recomendaciones de acción. Estas recomendaciones se dirigen a las AM de la IPPF y a otras OSC afines que trabajen en el campo de la SDR y deben adaptarse a los contextos locales.

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

Lograr la inclusión de servicios integrales de SDR en la agenda de la CSU requiere de voluntad política, liderazgo, gobernanza y apoyos eficaces y coordinados a nivel regional, nacional y subnacional. Como defensora del acceso universal a servicios de SSR, la IPPF promueve de forma activa cambios en las leyes y en las políticas que favorezcan la disponibilidad de productos y servicios de SSR en todos los niveles de los sistemas de salud nacionales, así como iniciativas que respalden el diseño y la ejecución de programas e intervenciones de SDR, no estigmatizantes y que tengan en cuenta las cuestiones de género y culturales, tanto a nivel nacional como mundial.

Para la administración y ejecución de políticas de SDR definidas a nivel nacional y para transformar los actuales sistemas de prestación de servicios de SSR en sistemas capaces de ofrecer servicios de SDR integrales y basados en los derechos para todas las personas, es esencial que los países creen un plan nacional estratégico de SDR sólido y presupuestado que guíe a las autoridades sanitarias a todos los niveles. Dichos planes deben elaborarse a través de un proceso coordinado y multisectorial con una participación significativa de la sociedad civil y las comunidades, así como de otros sectores pertinentes, ministerios y departamentos gubernamentales de otros sectores además del sanitario, como los de género, justicia, educación y finanzas. La IPPF considera que esa participación garantizará que los planes

estratégicos de SDR y las prioridades definidas en ellos den respuesta a las necesidades de las personas, y que no se dejen de lado y se aborden de un modo integral cuestiones transversales como la educación integral en sexualidad (EIS) y la violencia sexual y basada en el género (VSBG). Además, dichos planes deben acompañarse de presupuestos y planes operativos anuales nacionales, y en este sentido las autoridades sanitarias deben esforzarse para lograr el compromiso y el apoyo financiero de todos los sectores pertinentes.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- 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.
- Contribuir a que la SDR tenga más visibilidad y proyección en los diálogos nacionales sobre CSU. Esto se puede hacer al aprovechar todas las ocasiones para informar sobre los éxitos, desafíos, oportunidades y buenas prácticas en materia de SDR, así como para subrayar la importancia de la SDR en la salud y la vida de mujeres y niñas.
- Mejorar la coordinación y colaboración entre los sectores para apoyar la integración de SDR en los planes de CSU —incluidos los sectores de educación, finanzas, género, protección, agua, saneamiento e higiene, medio ambiente, respuesta ante catástrofes, y otros— con socios nacionales, regionales y globales.
- Influir 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 género²¹, reduciendo así las barreras y aumentando el acceso a servicios esenciales de SSR. La liberalización de las leyes de aborto es uno de los pasos importantes necesarios 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.²²

2. Promover e implementar modelos de prestación de servicios innovadores para la SSR

La IPPF considera que es esencial garantizar la oferta de una variedad efectiva de servicios de SSR y que toda la población pueda acceder a ellos. Dicha oferta debe estar presente en cada punto de la trayectoria de los países hacia la inclusión de servicios integrales de SDRS en la CSU. Con una red de prestación de servicios sólida que consta de servicios y clínicas fijas, móviles y comunitarias, la IPPF trabaja para ayudar a los países a acelerar el progreso hacia la CSU y a incrementar el acceso universal a servicios de SSR y a información basada en los derechos, de modo que dichos servicios e información estén disponibles y sean accesibles (tanto en lo físico como en lo económico), de alta calidad, aceptables, seguros y que respeten el contexto cultural. Por ejemplo, el programa de franquicias sociales de la IPPF tiene la finalidad de incrementar el acceso a servicios de SSR para poblaciones de bajos recursos. Teniendo en cuenta la carga económica que suponen los pagos directos, las AM tienen por política no denegar servicios a nadie, de modo que todos los clientes reciban los servicios que necesiten independientemente de su capacidad de pago.

Además, los servicios ofrecidos también deben ayudar a transformar las cuestiones de género y deben ser confidenciales, amigables con los jóvenes, 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 LGBTI+. En muchos países, esto requiere abordar las diversas barreras económicas, políticas, socioculturales y geográficas que estén impidiendo o limitando el acceso a los servicios de SSR y a información basada en los derechos.

Junto a la atención sanitaria basada en la comunidad, la atención primaria de salud (APS) es, a menudo, el primer punto de contacto para los usuarios del sistema de salud. La mayoría de las intervenciones esenciales de SDRS pueden realizarse de forma efectiva en los niveles de atención comunitaria o primaria del sistema de salud con un bajo costo. La integración de la SDRS en el marco de la CSU requiere, por lo tanto, de un sistema de APS robusto⁸ que es crucial para garantizar el uso eficiente de recursos sanitarios escasos y lograr que los servicios de salud sean accesibles para quienes viven en las regiones más remotas. Un sistema de APS incluye servicios de salud de alta calidad, seguros, integrales,

integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todas las personas en cualquier lugar. 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.²³

Se ha demostrado que los modelos de prestación de servicios integrados son efectivos para incrementar el uso de los mismos, reducir el estigma, mejorar la calidad de la atención y hacer un uso más eficiente de los recursos del sistema de salud.²⁴ Por lo tanto, en la medida en que sea factible para el sistema de salud y aceptable para los clientes, la IPPF promueve la integración de servicios complementarios tanto como sea posible, siempre manteniendo los estándares de calidad, seguridad y derechos humanos. Por consiguiente, debe prestarse especial atención a servicios que actualmente estén descuidados, como los de planificación familiar, aborto seguro y atención del aborto inseguro, así como servicios y atención de SSR amigables con los jóvenes, incluida la EIS, que tiene una importancia vital. La IPPF destaca la importancia de la prevención, así como de la atención y el apoyo a sobrevivientes de VSBG. La IPPF tiene el compromiso firme de emprender acciones efectivas con otras organizaciones para confrontar normas sociales y de género arraigadas que aprueban la VSBG, así como para respaldar iniciativas que permitan a las personas de todos los géneros ejercer su autonomía y disfrutar de su vida sin violencia.

Además, la IPPF subraya que los derechos humanos deberían estar garantizados incluso en épocas de crisis, una necesidad que ha cobrado relevancia en particular durante la actual pandemia de COVID-19. La IPPF urge a todos los actores involucrados en acciones de ayuda humanitaria a comprometerse con la implementación plena del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) y, al mismo tiempo, apoyar una transición lo más rápida posible a los servicios integrales de SDRS para garantizar que todas las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

En muchos países las limitaciones presupuestarias conllevan restricciones en la atención sanitaria que pueden ofrecer a través de un modelo de prestación de servicios basado en instalaciones. Por lo tanto, la IPPF considera que para incrementar el acceso a servicios integrales de SDRS en la CSU es indispensable contar con modelos innovadores de prestación de servicios. A través de la combinación de experiencia local con conocimientos globales, la IPPF tiene el compromiso de fomentar la innovación dentro de la Federación, tanto para tener una ventaja competitiva dentro del complejo

y dinámico panorama de la SDR como para contribuir al conjunto global y local de enfoques efectivos basados en evidencias para abordar las necesidades de SDR. A través del programa de innovación de la IPPF, las AM han estado innovando con éxito en una variedad de áreas, por ejemplo, en el uso de herramientas de salud digital y de modelos innovadores para la autoatención que permitan ampliar el acceso en contextos de recursos limitados, zonas de difícil acceso o para grupos de población particularmente marginados y vulnerables.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- Dado que la mayoría de las intervenciones esenciales de SDR pueden realizarse en los niveles de atención comunitaria o de APS del sistema de salud con un costo relativamente bajo para los gobiernos, las AM de la IPPF y otras OSC pueden contribuir y liderar la prestación de toda la gama de servicios señalados en el Paquete Integrado de Servicios Esenciales de la IPPF. Esto incluye servicios de asesoramiento en SSR, anticoncepción, aborto seguro, ITS/infecciones del tracto reproductivo, VIH, ginecología, salud materna y VSBG.²⁵
- Las AM de la IPPF y otras OSC 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.²⁶
- Se necesitan nuevos modelos de prestación de servicios para mejorar el acceso a los servicios esenciales de SSR y a información basada en los derechos. Gracias a su amplia experiencia en la prestación de servicios de SDR, las AM de la IPPF tienen la capacidad de desarrollar y promover el uso de herramientas y métodos innovadores y de bajo costo (p. ej., herramientas de salud digital y telemedicina), que se puedan integrar dentro de los sistemas de APS y se puedan ampliar mediante el traspaso de tareas y trabajadores sanitarios de la comunidad a fin de ofrecer servicios en zonas de difícil acceso y a grupos de población marginados o insuficientemente atendidos.²⁷ Estos métodos novedosos siempre deben basarse en recomendaciones fundamentadas en la evidencia, si las hay, y deben ensayarse y probarse en el terreno para garantizar la seguridad y la efectividad de las intervenciones.

3. Garantizar un financiamiento sostenible y eficiente de la SDR en la CSU

El instrumento estratégico clave para conducir los sistemas sanitarios hacia el logro de la CSU es un paquete de prestaciones sanitarias (PPS)^{vii} 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.²⁸ Para aumentar el acceso a la SDR en el marco de la CSU es necesario dar prioridad a las intervenciones esenciales de SDR y que estas se incluyan en los paquetes, lo que supondría que los servicios se financien con fondos públicos, parcial o totalmente, para reducir la carga de pagos directos que deben efectuar las personas al acceder a estos servicios.

La priorización inicial y la ampliación deben basarse en un análisis exhaustivo de las actuales necesidades de SDR en la población de un país, con especial atención a las poblaciones más desprovistas, vulnerables y marginadas, que con frecuencia son las que tienen mayores necesidades. Gracias a sus lazos estrechos con las comunidades locales, las AM de la IPPF se encuentran en una buena posición para ayudar a los gobiernos en este sentido.

A medida que aumentan los recursos disponibles, tanto financieros como humanos y de otro tipo, la IPPF urge a los países a incrementar gradualmente el número de intervenciones de SDR incluidas dentro de su PPS hasta que el conjunto entero de intervenciones esenciales pueda ofrecerse de manera confiable a toda la población. En cada etapa de ampliación de la cobertura deben realizarse análisis de costos para calcular los recursos anuales necesarios para garantizar el acceso universal e igualitario a las intervenciones de SDR incluidas en el PPS.

En este contexto, y de conformidad con el objetivo de protección financiera de la CSU, la IPPF insta a los gobiernos a destinar recursos adecuados a la salud y a garantizar que el sector sanitario reciba fondos de forma estable y predecible. Cada vez en mayor medida, el financiamiento debería provenir de fuentes públicas, incluidas combinaciones de ingresos fiscales nacionales directos e indirectos y prepagos de seguros médicos.

vii Puede recibir varios nombres: paquete de prestaciones sanitarias, paquete básico de asistencia sanitaria, o paquete esencial de asistencia sanitaria.

Esto es esencial para reducir los pagos directos y sus efectos negativos, como los obstáculos que crean para el acceso a los servicios o los gastos catastróficos que empobrecen a las personas, en particular a las mujeres, niñas y a los grupos más pobres y marginados. Las autoridades sanitarias nacionales deben trabajar en colaboración estrecha con las autoridades financieras y otras agencias gubernamentales que participen en las decisiones sobre las partidas presupuestarias del gobierno a fin de promover un mayor gasto público en salud y para lograr que las intervenciones de SDRS sean una prioridad tanto en los presupuestos de salud nacionales como en los regionales.

Una sociedad civil fuerte desempeña un papel central en este sentido al obligar a los gobiernos a rendir cuentas y al garantizar que se preste atención de forma sistemática a las necesidades de las poblaciones más marginadas y vulnerables, de manera que nadie quede excluido. Además, las AM pueden respaldar análisis que demuestren que la inversión en SDRS genera importantes beneficios y dividendos a lo largo de muchos años,¹ lo que ofrece un argumento relevante y potente para incrementar las inversiones en esta área.

En países con recursos públicos escasos, y que en consecuencia aún dependen de ayuda al desarrollo externa para financiar los sistemas de salud, el panorama de financiamiento de la salud a menudo está muy fragmentado. Esto implica, con frecuencia, líneas de financiamiento verticales de distintos donantes y socios de desarrollo con distintos mandatos e intereses.²⁹ Las AM pueden pedir a los socios externos que ofrezcan financiamiento de conformidad con las prioridades de SDRS del país y sus planes de CSU, así como con los principios de efectividad de la ayuda expuestos en la Declaración de París y en el Programa de Acción de Accra.³⁰ Es necesario que el financiamiento esté mejor alineado para promover una coordinación efectiva de las partes interesadas y dirigir los recursos hacia las prioridades de SDRS del gobierno, según se estipula en el PPS.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- Promover un aumento del gasto nacional/público en salud en particular en países de ingresos bajos y medios.^{2,31} Instar a los gobiernos a reunir y reservar recursos adecuados para la CSU a fin de garantizar que el sector sanitario reciba fondos de forma estable y predecible. Las OSC pueden promover la introducción de mecanismos de prepago junto con la creación de reservas de fondos, que son esenciales para reducir los pagos directos y su efecto negativo sobre el acceso a los servicios y para mejorar la protección financiera.²⁹
- Promover el aumento de los fondos destinados a la SDRS. Las inversiones en SDRS ahorran costos y pueden lograr una rentabilidad importante.³²
- Promover la inclusión de intervenciones de SDRS en los PPS de los países y en los planes de preparación para que los servicios no se vean perjudicados ni reciban fondos insuficientes a causa de cambios en las prioridades de donantes externos, en particular en épocas de crisis como la ocasionada por la actual pandemia. 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 SDRS, según lo dispuesto en el PPS.

4. Apoyar y proteger al personal sanitario

El personal sanitario es la columna vertebral de todo sistema sanitario y constituye la base para el logro de la CSU, que incluye el acceso universal a los servicios de SDR. Para proporcionar servicios e información de SDR de calidad, basados en los derechos y que tengan en cuenta las cuestiones de género, es fundamental disponer de trabajadores sanitarios con una buena capacitación y una distribución equitativa, incluidos profesionales médicos, educadores inter pares, trabajadores sanitarios en la comunidad y voluntarios.

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.³³ 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 vacíos en la capacitación, motivación y el desempeño.³⁴

El marco analítico AAAQ³⁵ —acrónimo en inglés de *disponibilidad* (p. ej., existencias y producción), *accesibilidad* (p. ej., en los aspectos espacial, temporal y financiero), *aceptabilidad* (p. ej., género, sociocultural) y *calidad* (p. ej., competencias/habilidades y regulación)— ha demostrado ser una herramienta útil para la toma de decisiones y la formulación de políticas basadas en la evidencia y relacionadas con el personal sanitario para respaldar la CSU. Además de la necesidad de emplear a más personal, el marco subraya la importancia de garantizar una distribución geográfica adecuada y una variedad de aptitudes efectiva para satisfacer de forma igualitaria las necesidades sanitarias de la población en áreas urbanas, rurales y remotas, así como para ofrecer a las comunidades servicios de atención apropiados y sensibles culturalmente.³⁶

La IPPF subraya la importancia de los trabajadores sanitarios de la comunidad y de los distribuidores sanitarios de la comunidad para compensar la escasez de trabajadores sanitarios y mejorar el acceso a servicios integrales de SDR al prestarlos en comunidades de difícil acceso. Estos trabajadores sanitarios, que están asentados en las comunidades, a menudo resultan más accesibles y aceptables para los clientes de dichas comunidades.³⁷

La IPPF ve positivamente que cada vez haya más pruebas confiables y se reconozca que el traspaso de tareas de trabajadores sanitarios de jerarquías más altas a trabajadores de jerarquías más bajas resulta

seguro y rentable. Con suficiente capacitación, recursos y mecanismos de referencia podrían, por ejemplo, traspasarse tareas de médicos a enfermeras (auxiliares) y matronas, y a trabajadores sanitarios legos.³⁸ A través de sus AM, la IPPF trabaja con gobiernos y otras organizaciones de SDR para contribuir a la ejecución de programas de traspaso de tareas que permitan una redistribución racional de responsabilidades entre el personal sanitario para aprovechar mejor los recursos humanos y aliviar los cuellos de botella en el sistema de prestación de servicios.

Dado que la mayoría de los trabajadores sanitarios de menor jerarquía son mujeres, es importante que los países desarrollen, implementen y monitoreen políticas para remediar la infravaloración actual de las trabajadoras sanitarias. Los gobiernos deben garantizar que las mujeres y los grupos marginados que trabajen en el sector sanitario disfruten de igualdad de oportunidades, protección social y capacitación continua. La IPPF insta a los países a basar su respuesta en un concepto ampliado de salud femenina que reconozca el papel de las mujeres, no solo como usuarias sino también como proveedoras de atención sanitaria.¹⁷ Esto mejorará la eficacia del sistema sanitario y la retención del personal sanitario y, además, fomentará la igualdad de género y el progreso económico y social.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- Participar en actividades de incidencia política para la contratación y capacitación de un número suficiente de trabajadores sanitarios, incluidos los necesarios para la prestación de servicios de SDR, y así contribuir al avance de la CSU tanto a nivel nacional como subnacional.³⁹ La distribución de trabajadores sanitarios, su formación y variedad de capacidades deben ajustarse a las necesidades de la población y permitir una atención centrada en las personas y culturalmente apropiada.³⁶
- Para mitigar de forma rápida y eficaz la escasez crítica de trabajadores sanitarios, las OSC deberían instar a los gobiernos a considerar traspasar o compartir ciertas tareas entre los trabajadores sanitarios de las jerarquías más altas con los trabajadores de jerarquías medias y más bajas.³⁸ También deberían promover una distribución más equitativa de los servicios, tanto en las distintas áreas geográficas como en los distintos niveles de atención, así como garantizar que los trabajadores sanitarios, incluidos los de la comunidad, reciban suficiente reconocimiento y apoyo.

5. Garantizar la disponibilidad de productos y suministros básicos de SSR y el acceso a ellos

A fin de avanzar hacia el acceso universal a intervenciones esenciales de SDRS se debe garantizar la disponibilidad continua de suministros, equipos y medicamentos esenciales de SSR en los puntos de prestación de servicios pertinentes del sistema de salud.

Esto requiere que los países lleven a cabo una revisión de sus sistemas actuales de la cadena de suministro que abarque desde la previsión y la adquisición hasta la administración logística y la distribución para cada uno de los componentes del paquete de SDRS. A la vez, requiere que subsanen las deficiencias que encuentren. Por ejemplo, existen datos de África subsahariana que indican que en los centros de salud públicos continuamente se agotan las existencias de métodos anticonceptivos modernos,⁴⁰ lo que obliga a las pacientes a pagar directamente por los productos en el sector privado o renunciar a la anticoncepción.

Para garantizar un suministro continuo también es necesario conocer cómo se mantienen los servicios esenciales en épocas de crisis. La actual pandemia de la COVID-19 ha ocasionado interrupciones en las cadenas de suministro mundiales, incluidas las de medicamentos y productos de SSR, y ha puesto de relieve las fragilidades de las cadenas de distribución mundiales. Esto podría tener consecuencias que ponen en riesgo la vida y revertir los avances hacia el acceso universal a SDRS.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- Instar a los ministerios de salud a revisar los actuales sistemas de cadena de suministro de los productos y de otras provisiones necesarios para la prestación de servicios esenciales de SDRS, y a subsanar las deficiencias que se encuentren.
- Participar en las actividades del Plan Nacional de Suministro a fin de identificar y abordar las dificultades a las que se enfrentan las OSC para obtener productos de SSR.
- 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 SDRS, tanto para estimular la aceptación en la comunidad como para promover su participación en la mejora del acceso.
- Promover que medicamentos esenciales 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 que se adopten medidas que permitan el acceso universal y asequible a esos medicamentos.

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

Para avanzar en la inclusión de servicios integrales de SDR en la CSU son esenciales 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, están desglosados por edad, sexo, capacidad mental y física, y otros factores pertinentes a los contextos locales y a las poblaciones a las que se prestan servicios, y se analizan en relación con el género. Los datos desglosados permiten monitorear y analizar el uso de los servicios de SSR y el desempeño del sistema de salud para diferentes grupos de población a nivel nacional y subnacional. Por este motivo, los datos desagregados resultan cruciales para la toma de decisiones y la formulación de políticas relacionadas con programas y presupuestos, así como para el monitoreo y la evaluación. Además, los datos desglosados de alta calidad también se usan como base para la rendición de cuentas de los gobiernos, de modo que estos cumplan con sus compromisos en relación con la CSU, incluida la SDR, y así garantizar que nadie quede excluido.

Muchos países de ingresos medios y bajos tienen múltiples problemas en relación con sus sistemas de información sanitaria, por ejemplo, datos de mala calidad, escasez de recursos humanos cualificados, poca capacidad de administración, infraestructura inadecuada (como un suministro eléctrico irregular), espacio insuficiente para el sistema de información sanitaria, dificultades técnicas (como software que no funciona bien y pérdida de datos), etc.⁴¹ A fin de promover servicios integrales de SDR en el marco de la CSU, los países necesitan realizar inversiones adecuadas en sistemas de información sanitaria que permitan mejorar la recopilación sistemática de datos y realizar estudios de alta calidad, oportunos y confiables, sobre indicadores clave de SDR.

La IPPF enfatiza la importancia de generar y recopilar datos desglosados por sexo, identidad de género, edad, raza, etnia, condición migratoria, discapacidad, ingresos, ubicación geográfica y otras características, con la debida consideración de la privacidad y los derechos humanos. La IPPF también cree que es esencial adoptar un planteamiento que tenga en cuenta las cuestiones de género en relación con la recopilación de datos de SDR, siempre que esto no genere más discriminación hacia las personas, dado que se ha demostrado que, al ignorar aspectos del género, como la identidad de género y la orientación sexual, quedan velados factores de riesgo y tendencias importantes de SDR.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- 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.¹⁶
- Contribuir a actividades de monitoreo y evaluación del cumplimiento de los compromisos en materia de CSU, garantizando que se lleve a cabo la recopilación de datos relacionados con SDR y que estas iniciativas sean además inclusivas y tengan en cuenta las cuestiones de género. Además, que se pueda desarrollar y mantener la capacidad de supervisión y análisis de los datos pertinentes desglosados por sexo. La recopilación y el desglose de datos son fundamentales para que los gobiernos rindan cuentas con respecto a los compromisos asumidos en la Agenda 2030 y en la Declaración Política sobre CSU.

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

La participación efectiva y activa 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 a nivel subnacional que satisfagan las necesidades locales.⁴²

La IPPF y otras OSC afines son esenciales para obligar a los gobiernos a rendir cuentas y desempeñan un papel importante para promover e implementar mecanismos de rendición de cuentas que garanticen el progreso hacia la CSU, incluido el acceso universal a servicios integrales de SDRS. Esto podría incluir la promoción de procesos participativos y transparentes para los PPS de los países, basados en datos desglosados y de alta calidad y en experiencias documentadas de actores y comunidades locales, así como el trabajo para integrar la SDRS en esos paquetes. La contribución significativa de las OSC al desarrollo de mecanismos efectivos de planificación, monitoreo y evaluación también es clave para guiar el desarrollo y la implementación de políticas y estrategias de CSU. Igualmente, las evaluaciones participativas con OSC y beneficiarios previstos han demostrado ser útiles para evaluar la aceptabilidad de los planes nacionales estratégicos de SDRS y la combinación de intervenciones incluidas en los PPS de los países.

La IPPF y otras OSC desempeñan un papel esencial para el respaldo de reformas legales y políticas dirigidas a integrar la SDRS en la CSU, con base en experiencias de integración exitosa en otros países. Esto incluye la promoción de políticas, leyes e iniciativas que respalden programas y servicios de SDRS que no estigmaticen y que tengan en cuenta a los jóvenes y las cuestiones de género. También incluye iniciar el diálogo sobre reformas para la proscripción del matrimonio infantil y de la discriminación de personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas, así como promover la igualdad de género y la autonomía física.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN:

- La participación efectiva de 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 OSC, en particular las organizaciones (de derechos) de la mujer, desempeñan un papel importante para garantizar que las mujeres y las niñas formen parte de procesos de participación y toma de decisiones a fin de reflejar sus necesidades específicas en las intervenciones de SDRS.
- Garantizar el establecimiento de procesos de toma de decisiones transparentes y participativos, dentro de los gobiernos, dirigidos a incluir y dar prioridad a intervenciones esenciales de SDRS en los PPS. Esto puede llevarse a cabo en base a datos desglosados de alta calidad y a las experiencias documentadas de los actores y las comunidades locales.⁴³
- 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 potenciarse.⁴⁴ 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.⁴³
- 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 SDRS⁴⁵ que se ofrezcan 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.⁴⁶

IV. CÓMO AVANZAR

El logro de la CSU supone un ambicioso esfuerzo global que en la actualidad disfruta de un impulso político importante. Como movimiento para el cambio de implementación local y conexión global en el área de la SDR, la IPPF está totalmente comprometida con el respaldo de estas iniciativas en cada país a través de su amplia red de AM.

No existe un camino único hacia la CSU y cada país se encuentra en una etapa distinta de la implementación. En la medida en que los países avanzan en el camino hacia la CSU, surgen nuevas oportunidades para promover e integrar un enfoque global con respecto a la SDR, incluida la oferta de servicios esenciales de SSR y de información basada en los derechos. Las reformas relacionadas con la CSU son complejas por naturaleza, pero el enfoque de sistemas de salud centrados en las personas propuesto en este documento puede ayudar

a determinar cuáles son las áreas clave y las acciones que pueden emprender los países y otros actores y organizaciones de SDR para promover la integración de esta en la CSU.

Si bien este documento de posición tiene la finalidad de ayudar a determinar cuáles pueden ser esas áreas y acciones, es importante tener en cuenta que estas dependen de cada contexto, lo que exige un mejor conocimiento de las circunstancias locales y de las necesidades específicas de las personas que actualmente están excluidas. Como proveedores de servicios y defensores de derechos con presencia local y conexión global, la IPPF y sus AM se encuentran en una buena posición para desempeñar un papel de liderazgo ayudando a los países a llevar a cabo las acciones necesarias para el logro de la CSU.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (2010): *World Health Report: Health Systems Financing – the road to universal health coverage*. Ginebra: OMS.
2. Starrs A.M. 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.
3. Naciones Unidas (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.
4. Naciones Unidas (1948): *Universal Declaration of Human Rights*, en *Asamblea General de la ONU 302(2)*.
5. Organización Mundial de la Salud (1948): *World Health Organization constitution*. Basic documents. 1, p. 22.
6. Naciones Unidas (1976): *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Nueva York: ONU.
7. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000): *The right to the highest attainable standard of health*. Ginebra: ONU.
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014): *Programme of Action adopted at the international conference on population and development Cairo, 5-13 September 1994, 20th Anniversary Edition*. Nueva York: UNFPA.
9. Naciones Unidas (2015): *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Nueva York: División para los Objetivos de Desarrollo Sostenible
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (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.
11. 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*. 396(10258), pp. 1250-1284.
12. Sully E. et al (2019): *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health*. Nueva York: Guttmacher Institute.
13. 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». *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 46, pp. 73-76.
14. UNFPA (2020): *Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage*. UNFPA.
15. Kangudie D.M. 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. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2019): *Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential element of Universal Health Coverage*. Nueva York: UNFPA.
17. Ravindran T.K.S. y 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.
18. Organización Mundial de la Salud (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. Organización Mundial de la Salud (2010): *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Ginebra: OMS.
20. Kiény M.P. et al (2017): «Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development». *Bulletin of the World Health Organization*. 95(7), p. 537.
21. 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.
22. Berer M. (2017): «Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization». *Health and Human Rights*. 19(1), pp. 13-27.
23. Global Conference on Primary Health Care (2018): *Declaration of Astana*. Astana.
24. Hopkins J. y Collins L. (2017): «How linked are national HIV and SRHR strategies? A review of SRHR and HIV strategies in 60 countries». *Health Policy and Planning*. 32 (suppl 4), pp. iv57-iv66.
25. IPPF (2019): *IMAP Statement on Expanding Access and Contraceptive Choice through Integrated Sexual and Reproductive Health Services*. Londres: IPPF.
26. IPPF (2020): *Declaración del IMAP sobre la cobertura sanitaria universal y la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Londres: IPPF.
27. Bacchus L.J. 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.

28. Glassman A., Giedion U. y Smith P. (2017): *What's in, What's out? Designing Benefits for Universal Health Coverage*. Washington DC: Center for Global Development.
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. OCDE (2005), *Paris Declaration on Aid Effectiveness*.
31. Xu K., Soucat A. y Kutzin J. (2018): *Public Spending on Health: A closer look at global trends*, en *WHO/HIS/IHGF/HFWorkingPaper/18.3*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
32. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2019): *Supplement to background paper on universal access to sexual and reproductive health and rights as an essential element of universal health coverage*. UNFPA.
33. Organización Mundial de la Salud (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.
34. Sturchio J., Kickbusch I. y Galambos L. (2018): *The road to universal health coverage. Innovation, equity and the new health economy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
35. Organización Mundial de la Salud (2018): *What do we mean by availability, accessibility, acceptability and quality (AAAQ) of the health workforce*. OMS, Global Health Workforce Alliance. Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en>.
36. 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.
37. Bhutta Z.A. et al (2010): *Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems*. OMS, Global Health Workforce Alliance.
38. Organización Mundial de la Salud (2012): *Optimizing health worker roles for maternal and newborn health*. Ginebra: OMS.
39. Organización Mundial de la Salud (2011): *Sexual and reproductive health – core competencies in primary care*. Ginebra: OMS.
40. Family Planning 2020 (2020): *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>.
41. Upadhaya N. et al (2016): «Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis». *International Journal of Mental Health Systems*. 10(1), p. 60.
42. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010): *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. Nueva York: UNFPA.
43. 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*.
44. 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.
45. Denno D.M., Hoopes A.J. y 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.
46. Santhya K.G. y Jejeebhoy S.J. (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.



Publicado en diciembre de 2021 por la Federación Internacional de Planificación de la Familia

4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Reino Unido

tel +44 (0)20 7939 8200

fax +44 (0)20 7939 8300

web www.ippf.org

correo-e info@ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido con el número 229476