



América Latina y el Caribe y sus sistemas de salud frente al COVID-19. Desafíos previsibles ante un escenario imprevisto

Daniel Maceira

Proponemos en este comentario acercar una mirada desde la organización de los sistemas y servicios de salud de la región latinoamericana y caribeña, aportando a partir de los datos disponibles una visión sistémica y algunas líneas para el debate a futuro.

El problema

En primer lugar, ningún sistema de salud puede estar preparado para un evento como el ocurrido durante el 2020. Tanto los esquemas sanitarios organizados desde una mirada de la “oferta prestacional” –como son los típicos sistemas públicos regionales que priorizan la

presencia de infraestructura y provisión de servicios desde centros de salud y hospitales estatales– y los relativamente más novedosos modelos basados en “incentivos a la demanda” –con pagos por desempeño, nominalidad de pacientes y paquetes definidos de servicios garantizados– parten de una base de planificación guiada por los eventos pasados. La estrategia de cuidado y la provisión de recursos en el presente se originan en la experiencia previa, la cual –de ser incorporada en el proceso de decisiones a futuro– identifica patrones epidemiológicos, incidencia y costos de necesidades prevalentes, estableciendo un plan de atención para abordarlas.

De este modo, la capacidad presupuestaria de atender las demandas observadas hoy está condicionada por el conocimiento de lo vivido. Por ello, una pandemia no aparece naturalmente en ningún proceso de planificación. Podríamos pensar que un modelo sanitario basado en la prevención, la promoción y la comunicación de conductas saludables estaría en condiciones de reaccionar más eficazmente ante una amenaza como la recibida y es posible que así sea. De todos modos, salvo un par de limitadas excepciones en la región, este no constituye el modelo prevalente.

Sin embargo, la particularidad de una pandemia de orden global es que la reacción no sólo recae en el sistema de salud, sino que involucra una serie de otros mecanismos de protección social, tales como el manejo de fronteras para evitar el contagio externo, la política de comunicación en medios masivos para mitigar los contagios internos y la habilidad de brindar respuesta a la necesidad de sustento a través de dispositivos de compensación financiera ocasionados por las pérdidas de empleo o producción ocurridas por los distintos modos de cuarentena implementados, entre otros aspectos a considerar. Ello requiere un plan inmediato de reacción combinada de medidas, que facilite la coordinación interinstitucional al interior del Estado y en articulación con la sociedad civil, el sector privado y la cooperación internacional.

Desde una perspectiva de economía de la salud, cualquier mecanismo de aseguramiento social debe garantizar un espacio de protección financiera que evite la exposición de los/as usuarios/as a gastos de bolsillo en salud financieramente empobrecedores, entendiendo como tales a aquellos que representan una porción insostenible del ingreso

familiar y, por tanto, colocan a los hogares por debajo de la línea de pobreza por un –“shock” de enfermedad (Lustig, 2008; Hsiao et al., 2001). Cómo producir tal espacio de protección financiera para los hogares si todo el país se encuentra sometido a la misma tensión –a la vez que se procura entender los mecanismos de transmisión y contagio del virus– sintetiza el desafío al que fueron expuestos los sistemas sanitarios nacionales.

Por tanto, ¿cuán resilientes han sido los sistemas de salud de la región para dar la respuesta rápida, eficaz y coordinada que ha exigido la hora?

En esta dirección, podemos listar una secuencia de elementos clave, que incluye: (i) el reconocimiento temprano del fenómeno de la pandemia y su incorporación en el proceso de toma de decisiones; (ii) la identificación de las herramientas de política a ser implementadas, aún bajo incertidumbre sobre la eficacia de cada una de ellas; (iii) la capacidad de coordinación con los otros actores del sistema, buscando alineamiento de conductas y (iv) la generación de empatía social con el plan de acción a aplicar.

La organización de los sistemas

Obviamente, la capacidad de respuesta de un sistema sanitario a una situación como la generada por la COVID-19 descansa, en buena medida, en su estructura previa. El modelo latinoamericano y caribeño típico se caracteriza por la inequidad, la segmentación y la crisis de financiamiento. Todos estos elementos cuentan como un factor determinante a la amplia dispersión en los niveles de ingreso, tanto al interior de cada país como entre países de la región.

Según datos del Banco Mundial (*World Development Indicators*), el Producto Bruto per cápita de Trinidad y Tobago, la nación más rica de la región, medido en dólares internacionales era, al 2018, más de diecisiete veces superior a Haití, el país más rezagado económicamente del continente. Por tanto, la capacidad de invertir en el sistema sanitario de unos y otros es muy distinta, oscilando entre los 1.900-2.200 dólares internacionales en el Cono Sur y los 400-600 dólares internacionales en naciones de Centroamérica como Honduras y Guatemala o Bolivia.

Asimismo, los patrones epidemiológicos y demográficos entre naciones son marcadamente diferentes. Los países de ingresos medios-altos de América Latina y el Caribe se caracterizan por una transición epidemiológica avanzada, donde los años de vida perdidos se vinculan con enfermedades crónicas no-transmisibles (cáncer, problemas cardíacos), mientras que el peso de las enfermedades infecciosas, usualmente evitables, se encuentra en retirada. Cuanto más pobre es el país, más se retrasa tal transición. En paralelo, las brechas de ingreso al interior de cada uno hacen que tal transición no se encuentre completa, generando una problemática referida como “acumulación epidemiológica”: aún no se erradicaron las muertes por infecciones y ya se observa la prevalencia de crónicas, realidad que genera inconvenientes de peso al momento de establecer prioridades en el gasto en salud. Paralelamente, la demografía regional también ha evolucionado, aumentando la esperanza de vida al nacer al tiempo que se reduce la tasa de fertilidad.

Tales transiciones demográficas y epidemiológicas afectan los procesos de asignación de recursos al interior del sistema de salud, al no existir un patrón homogéneo de necesidades. En la medida que una nación de recursos medios debe invertir en tecnología, insumos y talento humano para hacerse cargo de garantizar el derecho a la salud bajo este escenario, encuentra complejo contar con los recursos necesarios para hacerlo, provocando segmentación sectorial: la población con mayores ingresos puede contratar seguros privados mediante desembolsos de bolsillo, mientras que aquellos/as de menores recursos acuden al sistema público, si se encuentra disponible, o postergar el momento de la consulta a la espera de contar con los recursos para hacerlo. Un indicador clave en esta dirección es el porcentaje del gasto total en salud explicado por el pago de bolsillo de los hogares. A mayor este valor, menor es el nivel de protección financiera del sistema sanitario, con claras implicancias sobre la equidad. Según el Banco Mundial, el gasto de bolsillo de las familias constituye el 62,99 % del total del gasto sectorial en Venezuela, el 54,13 % en Guatemala y el 44,18 % en Paraguay, en contraste con Argentina, Colombia y Uruguay con el 15,02%, el 16,31% y el 17,55%, respectivamente (*Banco Mundial, WDI*).

Adicionalmente, la mayoría de las naciones de la región cuentan con otros subsistemas –más allá del público– que dan cobertura a las

poblaciones de ingresos medios y altos. Gran parte de estos esquemas se asocian con el mundo del trabajo: mediante contribuciones patronales y aportes salariales se alimentan fondos solidarios de seguridad social que brindan cobertura a trabajadores/as formales y sus familias, con parámetros de calidad generalmente superiores a los disponibles en el subsistema público. Si bien estas instituciones cuentan con espacios formales de control estatal (Superintendencias de Salud, por ejemplo), la coordinación entre ambos espacios de cobertura suele ser escasa. Si a ello se suma la presencia de un creciente sector privado –con y sin fines de lucro– brindando servicios mediante hospitales y clínicas, como también avanzando en el área de aseguramiento privado, encontramos una región con profundas brechas de acceso físico a servicios, barreras geográficas y culturales y restricciones financieras para recibir igual cuidado a igual necesidad. En ocasiones, los procesos de descentralización al interior de la esfera pública permiten distribuir recursos localmente para invertir en el sector, aunque provoca, al mismo tiempo, grandes desafíos de coordinación entre instancias de gobierno.

Este fenómeno de segmentación y fragmentación de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe y sus reformas ha sido profundamente estudiado en la literatura, así como sus efectos en la cobertura y el gasto de las familias (BID, 1996; Baeza et al., 2006; Knaul et al., 2012; Maceira, 2014, entre varios otros).

La pandemia demanda a las autoridades sanitarias nacionales un accionar eficaz y veloz para complementar la inversión en equipamiento, adquirir tests e insumos, facilitar la capacitación de los recursos humanos –y su reasignación a lo largo de las redes sanitarias– como, también, establecer parámetros comunes de acción y comunicación para informar y orientar a la comunidad ante un fenómeno contagioso masivo. Lograr esta operatoria en medio de una emergencia sanitaria provocada por una pandemia amerita niveles de coordinación entre subsistemas y los del gobierno, poco frecuentes en épocas normales, constituyendo un factor de conflicto para la gobernanza del sistema ante la emergencia.

La respuesta

Párrafos arriba mencionábamos una secuencia de cuatro elementos clave para analizar la reacción regional ante la pandemia: reconocimiento temprano traducido en plan de acción, identificación y uso de herramientas de intervención, coordinación intra e intersectorial y logro de empatía social.

La región mostró una amplia gama de reacciones de la clase política que abarcaron desde el cierre inmediato de fronteras y una rigurosa cuarentena con efectos profundos en la economía, como en los casos de Argentina y Colombia, hasta una demora en el diseño de respuestas claramente expuesto en Brasil y México, pasando por espacios intermedios en Chile y Perú. Ello se reflejó inicialmente en los niveles disímiles de contagio y muertes asociadas con la COVID-19, para luego mostrar una tendencia regional. Luego de los primeros dos meses en que éramos testigos de los efectos de la pandemia en Europa y se preparaban los sistemas para recibir la primera ola de contagios, los casos se incrementaron. Tomando la información de *Our World in Data* (Universidad de Oxford), para fines de mayo, Europa Occidental y Estados Unidos monopolizaban el ranking de naciones con más contagios por millón de habitantes, encontrando sólo a Chile en los primeros puestos, seguido más rezagado por Perú y Brasil en el lugar decimonoveno. La discusión sobre la intensidad de testeos y cómo la falta de insumos condicionaba la detección de infectados/as ganó el debate público, mostrando dos consideraciones clave: la falla sistemática en la recolección de información en salud y la limitada confianza de la población en los datos publicados y la segmentación sectorial convirtiéndose en una barrera para la gestión de la pandemia.

Cuatro meses más tarde, la realidad global había cambiado: ocho de los quince países con mayor número de infectados cada millón de habitantes pertenecían a la región: Perú, Chile, Brasil, Argentina, Colombia, Costa Rica, Bolivia y República Dominicana. Los niveles de infección más altos pasaron de las capitales nacionales a las grandes ciudades del interior y la adhesión a la cuarentena se redujo, incrementándose los contagios en casas y lugares cerrados. A pesar de ello, y medido en total de personas infectadas, la pandemia resultó más profunda en las naciones desarrolladas, lideradas por Estados Unidos, con más de 40.000 infectados por millón de habitantes a diciembre

de 2020, seguido por Europa Occidental, con valores superiores a los 25.000. América Latina y Europa Oriental con contagios cada millón de personas cercanos a los 20.000 escoltan a los países centrales, observando a Asia y África con distantes 2.500-3.000 casos por millón.

El uso de los tests ha resultado un elemento de debate. Con contadas excepciones se observó una región rezagada en términos de los promedios globales. Asimismo, existe poca correlación entre los niveles de gasto en salud per cápita previos a la pandemia, con respecto a la compra de estos insumos. Contrastan ejemplos de clara inversión en testeo –como Chile, Panamá y El Salvador– con otras naciones con niveles relativamente bajos, tales como Trinidad y Tobago, Brasil, México y, en menor medida, Argentina (fuente Oxford, diciembre 2020). Asimismo, los mecanismos de testeo no fueron homogéneos, incluso en el interior de cada país, con profundas diferencias entre ellos. Iniciativas asociadas con seguimiento de contactos estrechos fueron tardías en su implementación, a diferencia de la inversión en equipamiento que ganaban las portadas de todos los diarios. Siguiendo los indicadores generados por la Universidad de Oxford (*Contact Tracing Index*), Argentina, Cuba y Chile lideraban los procesos de seguimiento de contactos con valores de 97,61, 87,34 y 87,25 sobre cien, respectivamente, mientras que Haití, Guatemala y Bolivia no superaban los treinta y tres puntos sobre el mismo parámetro.

Las diferentes estrategias de abordaje también se evidenciaron en las restricciones a la circulación, vinculadas con clases presenciales, cierre de oficinas y fomento de trabajo domiciliario, como también en el transporte público, priorizando al personal esencial. Nuevamente, los indicadores diseñados por la Universidad de Oxford exhiben diferencias profundas en la estrategia de acción gubernamental: Honduras, Argentina y Perú lideran el índice de rigor normativo (*stringency index*) superando los tres los setenta puntos sobre un máximo de cien, mientras que Uruguay, Haití y Nicaragua no superaban los cuarenta puntos de restricción en movilidad comunitaria.

Finalmente, la región sufrió grandes contracciones en sus niveles de crecimiento económico, con valores negativos y del entorno del menos 10 %. Ello impacta directamente en el sistema de salud a través de los ingresos provenientes del mundo del trabajo, especialmente en aquellos países donde la cobertura de la seguridad social es históricamente alta (y

niveles significativos de empleo formal). Indirectamente, la caída de la actividad y su correlato en la afiliación a la seguridad social vuelca una demanda adicional sobre los establecimientos públicos, incrementando la tensión sobre los servicios, ya desafiados por el tratamiento de la pandemia.

Debate

Los modelos de organización de los sistemas de salud en la región se caracterizan por la fragmentación, requiriendo de altos niveles de coordinación para alcanzar una gobernanza eficaz en la definición de prioridades y en la gestión de los recursos invertidos en el sector. La pandemia ha colocado la discusión sanitaria en el centro de la escena política por primera vez en décadas, lo que debe ser aprovechado como una oportunidad para repensar su funcionamiento y la eventual convergencia a la cobertura universal en salud.

El tratamiento de la pandemia amerita la creación de dispositivos de generación y análisis de información sobre procesos y resultados sanitarios, sostenido en un sistema de seguimiento de contactos estrechos en consonancia con una agencia de vigilancia epidemiológica, a la espera de las vacunas que faciliten su control. Esta necesidad se potencia ante la presencia de comorbilidades y caída de la demanda de servicios por temor al contagio, incluso en intervenciones preventivas.

Movimientos hacia la eficiencia asignativa de los recursos sociales dirigidos al sector salud tendrán profundas implicancias en la equidad del sistema, ampliando cobertura, capitalizando el buen funcionamiento de redes sanitarias e identificando los espacios vacantes de intervención.

En esta dirección, la cooperación internacional está llamada a jugar un papel clave, consolidando experiencias, promoviendo buenas prácticas y sosteniendo reformas tendientes a facilitar la gobernabilidad sanitaria en tiempos de crisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baeza, C. and T. Packard (2006). *Beyond Survival. Protecting Household from health shocks in Latin America*. Standford University Press - The World Bank.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1996). *Cómo Organizar con Éxito los Servicios Sociales: Progreso Económico y Social en América Latina, Informe*. Johns Hopkins University Press.
- Hsiao, W.C. and P.R. Shaw (2008). *Social Health Insurance for Developing Nations*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Knaul, F., R. Wong, H. Arreola-Ornelas, editors (2012). *Financing health in Latin America. Household Spending and Impoverishment*. Harvard University Press.
- Lustig, N. (2001), *Shielding the poor. Social protection in the Developing World*. Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (2014) “Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina”, Documento de Trabajo no.122, Área de Economía, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/UNICEF LACRO. Diciembre.
- Banco Mundial (s/f) World Development Indicators. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
- University of Oxford (s/f) Our World in Data. Disponible en: <https://ourworldindata.org/>

