

La situación de la Sanidad pública en América Latina Miguel Lago

▶ To cite this version:

Miguel Lago. La situación de la Sanidad pública en América Latina. Les Études du CERI, 2021, 252-253, pp.85 - 99. hal-03578902

HAL Id: hal-03578902 https://sciencespo.hal.science/hal-03578902

Submitted on 17 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La situación de la Sanidad pública en América Latina *Miguel Lago*

A fines de mayo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió América Latina como un nuevo epicentro de la epidemia de coronavirus en todo el mundo¹. A principios de septiembre, la región —que representa solo el 8% de la población mundial²— ya tenía el mayor número de víctimas, con un tercio de los muertos.

Ha sido la primera vez que el virus ocupa un lugar destacado en una región compuesta en su totalidad por países en desarrollo, cuyas capacidades estatales³ son inferiores a las de los países asiáticos y europeos. De hecho, la prevalencia del virus en el continente se debe a la trágica confluencia de tres defectos endémicos: las desigualdades sociales, la falta de capacidad estatal y el liderazgo político débil.

La mayoría de los gobiernos de América Latina reaccionaron con bastante rapidez a la epidemia, en comparación con sus homólogos europeos. Tuvieron tiempo de observar las decisiones tomadas en Asia y Europa, donde comenzó la epidemia, y pudieron implementar políticas ya testadas. En Perú, por ejemplo, se introdujo el *lockdown* en 16 de marzo⁴ —cuando solo habían ochenta y seis casos confirmados— un día después de España, que ya tenía once mil cuatrocientos cincuenta y uno. Chile, Colombia, Bolivia, Ecuador, El Salvador y Venezuela también se destacaron por la implementación de confinamientos estrictos desde mediados de marzo.

Argentina, que tuvo la primera muerte confirmada de Covid-19 en la región⁵, inicialmente ha sido un ejemplo de contención del virus. El 20 de marzo, cuando la cuarta muerte fue confirmada, el gobierno impuso un bloqueo nacional muy estricto. La política de aislamiento ha sido apoyada por medidas como el pago de ingresos familiares de emergencia y el otorgamiento de créditos a tipo cero para los autónomos. Tres meses después, el país contaba con poco más de mil muertos y la curva de transmisión parecía estar bajo control. Esa realidad ha cambiado en octubre.

Sin embargo, el número de casos confirmados de Covid-19 no está solamente relacionado a las políticas de aislamiento social. Algunos países como Perú no lograron contener el virus a pesar de estrictas medidas. Tomar decisiones políticas basadas en evidencias no ha sido suficiente para abordar las profundas brechas estructurales que han impedido a los ciudadanos quedarse en casa. Implementar un *lockdown* en América Latina no es lo mismo que en Europa. En gran parte de la región, los hogares enfrentan enormes problemas de saneamiento básico y suministro de agua, lo que complica la implementación de medidas higiénicas. A

¹ "Pan American Health Organization Response to COVID-19 in the Americas", 19 juin 2020 : www.paho. org/en/documents/pan-american-health-organization-response-covid-19-americas

² L. Horwitz, P. Nagovitch, H. K. Sonneland, C. Zissis, "The Coronavirus in Latin America", Americas Society/Council of the Americas (www.as-coa.org/articles/coronavirus-latin-america).

³ "Coronavirus en Perú: Gobierno anuncia cuarentena obligatoria por 15 días por coronavirus", *Gestión*, 15 mars 2020.

⁴ "As vantagens relativas da America Latina no combate a pandemia" BBC Mundo, **www.bbc.com/ portuguese/internacional-52796852**

⁵ "Que capacidad tienen realmente los paises de America Latina para hacer frente a la epidemia de Covid-19" BBC Mundo: www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51787545

esto se suma una alta densidad poblacional, no solo en aglomeraciones urbanas donde viven poblaciones vulnerables, pero también dentro de los hogares. Este es el caso de la favela da Maré, en Río de Janeiro, donde el 24% de los habitantes viven con más de cuatro personas por habitación. Una alta densidad acelera la transmisión del virus y la gran pobreza de estas poblaciones genera factores de riesgo para la salud.

Debido a las fuertes desigualdades que caracterizan a la mayoría de los países del continente, esta precariedad viene con serias vulnerabilidades económicas. Políticas de distanciamiento social sólo pueden funcionar si las personas son realmente capaces de aislarse. En países como Perú o Brasil, donde la tasa de informalidad alcanza el 71% y el 41% respectivamente, dejar el trabajo para quedarse en casa simplemente no es una opción⁶. En países como Perú y Ecuador, los principales polos de contagio son los mercados de alimentos, donde convergen los trabajadores rurales y los trabajadores urbanos. La falta de una alternativa dificulta considerablemente la posibilidad de diseñar una política eficaz.

En este sentido, no se puede concebir una política de distanciamiento social sin el pago de ingresos mínimos para los ciudadanos más vulnerables. Algunos países han tomado esta decisión, pero no han podido implementarlo debido a su débil capacidad estatal. En el Perú, la distribución de ayuda de 760 soles a familias vulnerables generó colas frente a los bancos, revelando así las deficiencias anteriores del estado en materia de políticas sanitarias y sociales.

Otros países, dotados de la capacidad de distribuir eficazmente los ingresos de emergencia, han sufrido de una falta de liderazgo. Este es el caso de Brasil, que durante las últimas tres décadas ha desarrollado mecanismos para identificar y localizar el tercio más pobre de su población (ochenta millones de personas), a través de programas de distribución de renta. La implementación de una política de ayuda eficaz que permitiera el respeto del distanciamiento social hubiera podido ser implementada de manera rápida. Sin embargo, el presidente Jair Bolsonaro se ha negado durante mucho tiempo a tomar cualquier medida, hasta que el Congreso lo obligara a establecer una renta básica de emergencia a fines de marzo. Aún así, el gobierno federal tardó semanas para aplicar esta decisión, sin aprovechar las habilidades de su administración. Brasil no ha sido capaz de implementar una política de contención eficaz. En octubre, el país contaba con más de ciento cuarenta mil muertos. Nicaragua ha sido otro país que ha sufrido el liderazgo fallido de su presidente, quien es el principal responsable de la mala gestión de la crisis.

Por tanto, los países de América Latina están paralizados por estos tres problemas crónicos, que a veces se cumulan: desigualdades extremas, falta de capacidad estatal y liderazgo deficiente. La complejidad de los sistemas de salud de los países de la región y sus deficiencias sistémicas deben analizarse a la luz de estos elementos de comprensión. Estudiando las respuestas de estos países a la epidemia de Covid-19 y la capacidad de liderazgo de sus representantes políticos nos llevará a emitir algunas recomendaciones con el fin de mejorar estos sistemas de salud.

⁶ "Rapid Response to Covid-19 under high informality?" International Labour Organisation: www.ilo.org/employment/units/emp-invest/informal-economy/WCMS 746116/lang--en/index.htm

Los sistemas de salud en América Latina

El derecho a la salud en América Latina

A diferencia del poder hegemónico del continente, la mayoría de los países latinoamericanos ven la salud como un derecho. En este sentido, Latinoamérica es más europea que norteamericana. En los países de habla hispana, donde la tradición jurídica es el derecho civil, el derecho a la salud está consagrado en la mayoría de las constituciones⁷.

Por otro lado, las constituciones de países anglosajones⁸ no dicen una palabra al respecto. Entre los países latinoamericanos que garantizan el derecho a la salud cabe destacar que Brasil, Ecuador, Venezuela, Cuba, Colombia, Chile, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú reconocen su universalidad, es decir, toda persona tiene derecho a acceder al sistema de salud. Sin embargo, como ocurre con muchos derechos en América Latina, no es tanto su reconocimiento lo que plantea un problema como su aplicación. En definitiva, sólo algunos países garantizan efectivamente la universalidad del derecho a la salud, y aún así con problemas graves de calidad y equidad.

Un panorama epidemiológico complejo

El discurso político sobre temas de salud tiende a centrarse en componentes de la oferta de servicios de salud (hospitales, médicos, medicamentos, etc.) y no de la demanda (enfermedades, demografía, etc.). Para comprender la génesis de los sistemas de salud, esta lógica debe invertirse favoreciendo un análisis de las necesidades de salud de la población, antes de abordar las cuestiones de equipamiento y acciones en materia de salud.

El panorama epidemiológico latinoamericano es más complejo que el de otras regiones del mundo. Mientras que, en los países europeos, los sistemas deben responder prioritariamente a las enfermedades crónicas no transmisibles, características de una población que envejece, algunos países del África subsahariana deben afrontar una prevalencia alta de enfermedades infecciosas y transmisibles. Cada categoría de enfermedad requiere acciones específicas. En este sentido, América Latina presenta características propias de ciertos países europeos mezcladas a las de algunos países africanos. Ante un envejecimiento de la población, los países de la región deben prepararse para hacer frente a las enfermedades crónicas. Pero al mismo tiempo, tuberculosis, virus Zika, sarampión, entre otros, siguen planteando problemas graves de salud en la región. De hecho, en 2019, América Latina rompió su récord histórico

⁷ Bolivia, Colombia, Cuba, Chile, República dominicana, Ecuador, Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam y Venezuela.

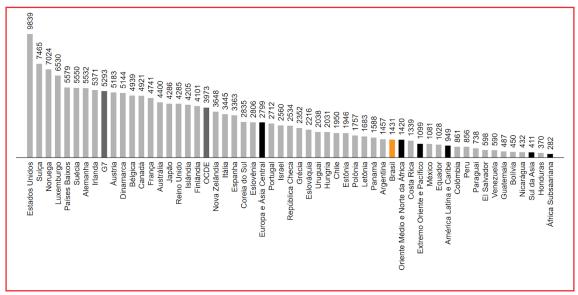
⁸ Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbado, Jamaica y Trinidad-y-Tobago.

de dengue, con más de tres millones de casos reportados. En junio de 2020, identificamos ya 1,6 millones de casos.⁹ Por último, las "causas externas": violencia y accidentes de transportes sobrecargan estos sistemas. De hecho, América Latina es la región más violenta del mundo, con casi un tercio de los homicidios registrados en todo el mundo, mientras que no representa el 8% de la población mundial.

Una oferta de servicios limitada

Los gobiernos de la región enfrentan una demanda por servicios de atención a la salud extremadamente diversa. Los sistemas de salud deben organizarse de modo que puedan apoyar simultáneamente enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas y las causas externas. En términos de salud, América Latina invierte poco en comparación con otras regiones donde la situación epidemiológica es menos compleja. Según un estudio del Instituto de Estudios de Políticas de Salud (IEPS), los países de América Latina y el Caribe invierten un promedio de novecientos cuarenta y nueve dólares en salud per cápita (sectores público y privado combinados)¹⁰, es decir, casi cuatro veces menos que los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta cantidad es más baja que la media de los países de Medio Oriente y África del Norte.

Gráfico 4
Gasto en salud per cápita en países de la OCDE y América Latina en 2015 (datos absolutos)

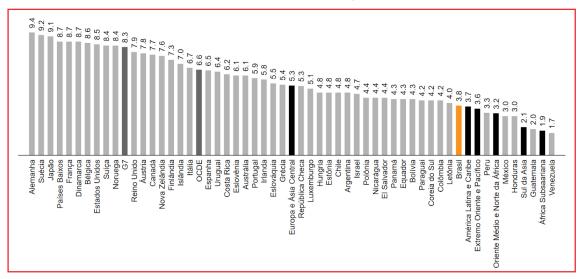


Fuente : R. Rocha, I. Furtado, P. Spinola, "Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos", Estudo Institucional, nº 1, noviembre 2019.

⁹ "Casos de Dengue nas Americas chegam a 1,6 milhão» in Pan American Health Organisation

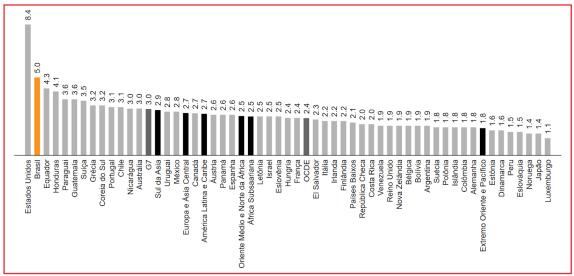
¹⁰ "Garantido o Futuro da Saude no Brasil" IEPS: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Garantindo-o-Futuro-da-Sau%CC%81de-no-Brasil.pdf

Gráfico 5
Gasto público en salud como porcentaje del PIB en 2015



Fuente: R. Rocha, I. Furtado, P. Spinola, "Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil.... informe citado,

Gráfico 6
Gasto privado en salud como porcentaje del PIB en 2015



Fuente : R. Rocha, I. Furtado, P. Spinola, "Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil..., informe citado.

El gasto total en salud (sector público y privado) representa en promedio el 6,4% del Producto interno bruto (PIB): un valor por debajo del promedio de la OCDE (9%). La salud no parece ser una prioridad en la región, como lo confirman los datos presentados anteriormente. Así, México dedica el 3% de su PIB a la salud pública, mientras que el promedio de los países de la OCDE es del 6,6%. El promedio de la región es casi la mitad: 3,7% solamente. Italia, por ejemplo, destina el 6,7% de su PIB a la salud pública. En los países donde los gobiernos tienen la obligación constitucional de proveer la salud de su población, la situación no es diferente: Ecuador gasta el 4,3% de su PIB en salud, frente al 1,7% en Venezuela, o 3.8% en Brasil,

donde el gasto privado es mayor que el gasto público a pesar de la existencia de un sistema público gratuito y universal para doscientos diez millones de habitantes.

Por lo tanto, la oferta de servicios de salud en América Latina es extremadamente insuficiente. La región sufre en particular de importantes déficits de mano de obra y equipo. De hecho, el promedio es de dos médicos por cada 1000 habitantes¹¹, y la mayoría de los países está por debajo del promedio de la OCDE (3,5 por mil habitantes). Cuba es, de lejos, la nación más bien dotada en este sentido (más de ocho por mil¹²). Argentina, Trinidad y Tobago y Uruguay son los únicos otros países que superan el promedio de la OCDE, con más de cuatro médicos por mil habitantes¹³. Por el contrario, Haití, Honduras y Guatemala tienen el menor número de médicos por mil habitantes (menor o igual a 0,5 por mil habitantes). Cuba también tiene la mayor cantidad de enfermeras (ocho por mil habitantes), seguido de San Vicente y las Granadinas (siete por mil). La oferta es mucho menor en Haití, Jamaica, Venezuela, Honduras y Guatemala (menos de una enfermera por mil habitantes). En promedio, los países de América Latina y el Caribe tienen menos de tres enfermeras por mil habitantes, lo cual es tres veces menor que el promedio de la OCDE (casi nueve por mil). En términos de equipamiento, Chile tiene el mayor número de tomógrafos (veinticuatro por millón de habitantes), seguido de Antigua y Barbuda (veintidós)14, pero se mantienen por debajo del promedio de la OCDE (veintisiete). San Vicente y las Granadinas tiene menos de una tomografía computarizada por millón de personas, al igual que Haití y Nicaragua. Ningún país de la región alcanza la densidad de unidades de radioterapia reportada en los países de la OCDE (siete unidades por millón de habitantes). Uruguay, Surinam y Barbados son los tres países con más de tres unidades por millón de habitantes, mientras que siete países declaran no tener ninguno. Dada esta situación general, América Latina estaba gravemente descapacitada para la respuesta al Covid-19.

LA RESPUESTA DE LA PAÍSES A LA PANDEMIA

Un panorama de la respuesta de los países al Covid-19

Casi todos los países de América Latina tomaron rápidamente medidas muy restrictivas: Argentina cerró sus escuelas e impuso el *lockdown*. Perú fue el primer país en imponer contención y toques de queda, y ha permitido que muy pocos sectores económicos continúen operando por un largo período de tiempo. Brasil es uno de los pocos países que no ha tomado medidas drásticas cuando, paradójicamente, es el único que tenía suficiente capacidad estatal para implementar eficazmente dicha estrategia. El gobierno podría haber tomado medidas en

¹¹ Base de datos del Banco mundial: https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS

¹² OECD, "Health at a glance: Latin American and the Caribbean in 2020": www.oecd-ilibrary.org/deliver/6089164f-en.pdf?itemId=/content/publication/6089164f-en&mimeType=pdf

¹³ Idem.

¹⁴ Idem.

marzo, como sus vecinos, utilizando dos de sus principales dispositivos: el programa de atención primaria de salud más grande del mundo, la Estrategia de salud de la familia (Estratégia Saúde da Família) y la infraestructura capilar para la distribución masiva de ayudas sociales.

En marzo, Bolivia, Ecuador, Argentina, Colombia, Perú, Cuba, República Dominicana, Costa Rica, El Salvador y Honduras, establecieron penas de prisión en caso de incumplimiento de medidas de seguridad o en caso de propagar información falsa sobre la pandemia. Paraguay y Guatemala optaron por imponer multas a los infractores. Nicaragua, México y Brasil no implementaron medidas estrictas¹⁵.

Argentina anunció el 18 de marzo que construiría ocho hospitales de emergencia para luchar contra el virus. Brasil ha anunciado la apertura de dos mil nuevas camas de unidades de cuidados intensivos (UCI), e impuso la prueba Covid-19 como procedimiento obligatorio en planes de seguro médico para portadores sospechosos. Además, el 11 de marzo, el Parlamento decidió consagrar al menos mil millones de dólares a la lucha contra el virus. Alrededor de ciento ochenta y cinco millones de dólares fueron transferidos a estados y municipios para cubrir las horas extraordinarias en los establecimientos de salud pública¹⁶. Chile limitó el precio de la prueba Covid-19 a treinta dólares en establecimientos de salud privados. Colombia anunció el 24 de marzo el desplazamiento de aproximadamente dos mil quinientos profesionales de salud mental, para apoyar las medidas nacionales de contención. Costa Rica ha implementado regulaciones de precios de geles hidroalcohólicos, desinfectantes líquidos y en aerosol, jabones, toallas sólidas o líquidas y desinfectantes. República Dominicana anunció que, a partir del 7 de abril, todos los trabajadores oficiales (y sus dependientes) cuyo trabajo fue interrumpido por la crisis seguirán inscritos en el programa nacional de seguros de enfermedad familiar durante los siguientes sesenta días. Ecuador ha garantizado pruebas gratuitas de Covid-19 para cualquier persona con síntomas. Panamá ha suspendido todas las cirugías no esenciales, así como visitas al hospital a partir del 16 de marzo para incrementar la capacidad de recepción de estos últimos. Uruguay ha lanzado una aplicación móvil para localizar casos en el país y un sitio web dedicado. El 28 de marzo, también anunció medidas para frenar el aumento de la violencia de género durante la cuarentena, lo que incluyó una campaña de concienciación en las redes sociales para el público, una línea telefónica de emergencia y un protocolo del Ministerio de Salud para personal encargado de detectar casos de violencia intrafamiliar¹⁷.

En definitiva, Latinoamérica no ha permanecido inactiva ante el virus. Sin embargo, los problemas estructurales del continente han impuesto límites importantes a la acción pública.

Las desigualdades y el Covid-19

Las desigualdades sociales y regionales endémicas en los países de América Latina han contribuido a la propagación del virus de manera decisiva, obstaculizando el éxito de los

^{15 &}quot;As vantagens relativas da America Latina", BBC Mundo, www.bbc.com/portuguese/internacional-52248493

¹⁶ The Coronavirus in Latin America, Council of the Americas, www.as-coa.org/articles/coronavirus-latin-america

¹⁷ OCDE, "Health at a glance in Latin America in 2020", informe citado.

confinamientos y el cumplimiento de las medidas básicas de higiene. La oferta desigual de servicios de salud ha alentado la propagación de la epidemia dentro de los países.

El coeficiente de Gini más bajo de la región es el de El Salvador (38,6) y el más alto alto es el de Brasil (53,9)¹⁸, mientras que los de los países de la OCDE (a excepción de México, Turquía y Chile) tienen menos de cuarenta. Debido a estas desigualdades, las respuestas a la pandemia se vieron limitadas por los efectos adversos del estrangulamiento económico debido a los confinamientos y las dificultades de acceso a la salud pública.

Los países latinoamericanos también experimentan profundas desigualdades geográficas que impactan la implementación de políticas públicas. En Brasil, por ejemplo, el acceso a estructuras esenciales se enrarece a medida en que uno se aleja de los principales centros urbanos y de las regiones sur y sureste. En las regiones norte y noreste, la falta de infraestructura y el aislamiento de ciertas áreas obligan a sus habitantes a viajar varios días para llegar a un centro de salud o un banco.

La capacidad limitada de los sistemas de salud y los altos niveles de informalidad amplifican el desafío de esta pandemia. Además, las políticas públicas son de difícil aplicación dada las características de la población. En vista del gran número de trabajadores informales o autónomos, grandes sectores de la población no se benefician de medidas dirigidas a las empresas. En Perú, por ejemplo, donde más del 70% de la población trabaja en el sector informal, medidas de ayuda que requieren una cuenta bancaria han demostrado ser totalmente ineficaces.

En algunos países, se han utilizado esquemas de asignación preexistentes para distribuir fondos de emergencia. Este es el caso de Argentina, que incrementó los montos recibidos por beneficiarios de la Prestación Universal por Hijo, o Brasil, que ha aumentado el número de beneficiarios del programa Bolsa Familia, además de otorgar una ayuda de emergencia de aproximadamente cien euros para las poblaciones más vulnerables. Esta estrategia de transferencias directas ha sido también adoptado por Paraguay, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala y Perú.

Otros países han optado por implementar medidas de protección como la suspensión de pagos por servicios públicos como agua, electricidad o internet (Colombia, México), la suspensión de despidos (Argentina), o la distribución de bienes de primera necesidad (Honduras, Colombia, República Dominicana).

El Brasil: récord de desigualdades y de muertes por Covid-19

Brasil ha experimentado un aumento continuo en el número de personas infectadas y muertas desde el primer caso registrado, el 25 de febrero de 2020. Desde junio, es el segundo país del mundo más afectado por la pandemia después de Estados Unidos. También es un caso único para el análisis de la propagación e impacto de la enfermedad con respecto a las desigualdades locales y la diversidad de contextos locales.

¹⁸ Dados del Banco Mundial 2018: https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SI.POV.GINI

De hecho, la propagación de Covid-19 está correlacionado con las condiciones socioeconómicas, más bien que con las vulnerabilidades de salud de las personas. Cuanto más pobres son las regiones, menos capacidad hospitalaria. En Brasil, la región norte conoce la mayor tasa de mortalidad por Covid-19, seguida por el noreste y sureste. Excepto la región sureste, que experimentó el primer caso confirmado en el país, estos son los más económicamente vulnerables. En estas regiones, hay una mayor escasez de recursos hospitalarios, tanto en el sector público como en el privado. El número de camas de UCI per cápita es aproximadamente el doble en el sur comparado con el Norte. La desigualdad es aún mayor cuando se trata de recursos humanos, como lo demuestra el número de médicos de cuidados intensivos por habitante¹⁹, cuya oferta laboral es generalmente inelástica a corto plazo.

La importancia del liderazgo en la gestión de la crisis

En una entrevista publicada en Folha de São Paulo²⁰, el epidemiólogo norteamericano Marc Lipsitch, profesor titular de la Escuela de Salud Pública TH Chan de la universidad de Harvard y uno de los principales referentes en su país, ha demostrado que el liderazgo es una variable que se debe tener en cuenta para evaluar la resiliencia de los sistemas de salud. De hecho, si observamos, por ejemplo, el índice de seguridad sanitaria global creado en 2019 por una de las escuelas de salud pública más prestigiosas del mundo (The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) y por la revista británica The Economist, no refleja el desempeño de las respuestas nacionales a la pandemia. Este ranking de hecho clasificó a los Estados Unidos y el Reino Unido en las primeras filas de los países mejor preparados para una epidemia. China no estaba siquiera entre los cincuenta primeros. Vietnam y Nueva Zelanda no figuraban entre los treinta primeros.

Según el profesor Lipsitch, la pandemia ha demostrado que el liderazgo, a nivel nacional y subnacional, puede pesar más que dispositivos sistémicos. Esto no significa que un buen liderazgo sea suficiente para enfrentar los desafíos de una crisis de salud. Un país sin infraestructura sanitaria seguirá siendo un país vulnerable a una pandemia. Pero donde hay capacidad sistémica, la calidad de liderazgo, tanto en términos de respeto por la ciencia y la investigación en salud pública, sino también la planificación y la coordinación estratégicas, pueden prevalecer sobre todas las demás consideraciones. Entonces, Estados Unidos no tenía ningún plan y la respuesta a nivel nacional fue más táctica que estratégica. Por tanto, el profesor considera que, en los índices futuros, la evaluación deberá tener en cuenta no solo la capacidad de cada país para responder a tal evento, sino también la capacidad del gobierno en el poder.

Brasil es uno de los casos más emblemáticos de liderazgo fallido que puede haber provocado un desastre sanitario. Además de las desigualdades estructurales que se observó, el sistema de salud brasileño ha sido doblemente obstaculizado por el gobierno federal: por la incapacidad del Ministerio de Salud para coordinarse y por decisiones del presidente de la República.

¹⁹ El IEPS estima que a una tasa de infección del 2% de la población, los estados del norte ya no tendrían médicos, mientras que en el sureste se necesitaría una tasa de infección del 8% (cf. IEPS).

²⁰ Entrevista Marc Lipsitch, Folha de São Paulo.

Desde el inicio de la crisis, la respuesta oficial ha sido inconsistente. El frecuente cambio en la administración —tres ministros de salud en tres meses— creó inestabilidad administrativa. El Ministerio de Salud no logró dirigir el sistema de salud de manera coherente y estructurada, teniendo en cuenta las peculiaridades regionales.

Sin embargo, Brasil es un país federal, donde los gobiernos estatales son los principales responsables de los equipos sanitarios y también tienen la autonomía necesaria para implementar políticas de distanciamiento social. Cada estado ha adoptado medidas para aplanar la curva de personas infectadas y aumentar las capacidades hospitalarias. La falta de coordinación del gobierno federal ha dado lugar a medidas heterogéneas en tiempo y espacio. Sin embargo, el sistema de salud ha sido activado por gobiernos estatales, cada uno a su manera, con su propia estrategia. Se las arreglaron para responder a la crisis de forma descoordinada.

El segundo desafío que planteó el gobierno federal fue el liderazgo ejercido por el presidente de la República. Jair Bolsonaro ha minimizado repetidamente la peligrosidad del virus, se opuso con entusiasmo a las medidas de distanciamiento social y abogó por el uso de hidroxicloroquina, un fármaco sin efecto probado. Animó a sus compatriotas a volver al trabajo y salir a la calle para apoyarlo, lo que ha resultado en varias manifestaciones contra el Congreso y la Corte Suprema.

En una situación como una pandemia, existen asimetrías de información entre gobierno y ciudadanos. Estos últimos no son necesariamente conscientes de las implicaciones de una enfermedad y las mejores prácticas posibles para controlarla. Por lo tanto, la comunicación coherente y eficaz por parte de los líderes es esencial para reducir estas asimetrías. Al contrario, Jair Bolsonaro las amplifica multiplicando mensajes confusos y contradictorios. Animó a los ciudadanos a impugnar las medidas impuestas por los gobiernos estatales.

LA NECESARIA ESTRUCTURACIÓN DE LOS SISTEMAS UNIVERSALES

¿Que sistema de salud después de la pandemia?

Los sistemas de salud son notablemente complejos, pero podemos clasificarlos utilizando criterios relativamente simples. Para ello, contamos con el trabajo de Katharina Böhm y sus colegas²¹, que moviliza tres preguntas: ¿Quién establece las regulaciones? ¿Quién proporciona la financiación? ¿Quién proporciona los servicios de salud? Para cada una de estas preguntas, tres respuestas son posibles: el Estado, los actores privados y los actores sociales (sindicatos, grandes empleadores y asociaciones médicas, entre otros). Combinando estos criterios, veintisiete tipos de sistema de salud teóricamente se pueden establecer. Sin embargo, solo

²¹ K. Bohm et al., "Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification", Health Policy, Vol. 113, n° 3, 2013, pp. 258-269.

cuatro están relacionados a los sistemas existentes en todo el mundo: el sistema Beveridge, seguro médico nacional, el sistema bismarckiano y el modelo liberal.

Diseñado en el Reino Unido durante la Segunda Guerra Mundial por Lord Beveridge, el sistema Beveridgiano se hizo realidad en 1948 cuando el Ministro de Salud Aneurin Bevan fundó el Sistema Nacional de Salud (NHS). Se basa en tres principios: servicio universal en el punto de entrega basado en la necesidad en lugar de habilidad para pagar. Este sistema se financia con impuestos y se encuentra en una situación de casi monopsonio en la contratación de profesionales sanitarios. Estos últimos son a menudo empleados por el estado, que fija y paga sus salarios, especialmente en los hospitales.

El Seguro Nacional de Salud (NHI) es una variación sutil del modelo de Beveridge. Si bien el estado sigue siendo responsable de regular y financiar el sistema, la prestación de servicios de salud es descentralizada y es manejada por el sector privado. En consecuencia, los estados financian organizaciones y profesionales privados, a menudo sin fines de lucro, para prestar los servicios de salud que se les debe a sus ciudadanos.

El sistema bismarckiano es el sistema de salud más antiguo y uno de los más extendidos entre los países desarrollados. Nació en el siglo 19 en Prusia, con la obligación para los empleadores de proporcionar seguro médico a sus empleados. En este modelo, la regulación puede ser establecida por el Estado o por los interlocutores sociales, pero la financiación corre a cargo de los trabajadores y el cuidado es principalmente privado (sin fines de lucro). Este modelo enfatiza la reciprocidad y las obligaciones mutuas. Beneficia a los trabajadores en el sector formal, pero puede marginar a los trabajadores desempleados e informales sin intervención activa del estado.

Finalmente, el modelo liberal es un sistema intrínsecamente fragmentado que combina un sistema privado y elementos de los sistemas beveridgiano o bismarckiano. En un sistema privado, los actores privados participan en intercambios de salud acordados de mutuo acuerdo sin intervención activa del Estado. Aunque a menudo se describe como un sistema privado, el modelo liberal, desarrollado por Estados Unidos y replicado por otros países de América Latina, se caracteriza más bien por la coexistencia de sistemas de salud paralelos.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de Veteranos brinda atención médica de tipo beveridgiano para excombatientes, gratuito, con hospitales públicos y profesionales de la salud pública. Al mismo tiempo, Medicare apoya a los ancianos, entre otros, como parte de un sistema nacional de seguro médico similar al modelo canadiense, donde los pacientes pueden elegir a sus proveedores privados.

Como en cualquier otro campo, la formulación de políticas de salud tiene sus raíces en la historia y la cultura de cada país. Analizar el sistema de salud adoptado por cada país puede ayudarnos a comprender sus ventajas y limitaciones socioeconómicas. El modelo beveridgiano prevalece en el Reino Unido, en los países escandinavos- donde hay estados fuertes y sociedades relativamente igualitarias —y en la península Ibérica— España y Portugal han adoptado este modelo décadas después de la creación del NHS británico. El Seguro Nacional de Salud (NHI) es adoptado principalmente por las antiguas colonias británicas, incluidas Canadá, Australia, Nueva Zelanda e Irlanda. Finalmente, el sistema bismarckiano es más

popular en Europa, particularmente en Alemania, Francia, Holanda y Bélgica, así como en Asia Oriental, en particular en Japón y Corea del Sur.

Con excepción de Cuba, los países de América Latina han optado por sistemas híbridos que combinan las características de los tres modelos principales: el sistema LBB (Liberal-Bismarck Beveridge) o el sistema LB (Liberal con Beveridge). En ambos casos, cada estrato social se ajusta a un patrón. En el primero, los más ricos disfrutan del modelo de salud liberal: pueden utilizar libremente los servicios de salud que quieran y pagar el acto. Las clases medias se benefician del sistema bismarckiano, es decir que los fondos o estructuras sindicales ofrecen servicios de salud a trabajadores formales. Esto significa que cada categoría de trabajadores tiene acceso a un sistema de asistencia sanitaria que se dedica exclusivamente a ello. Los casos de «obras sociales» en Argentina y México son un buen ejemplo de este funcionamiento. Finalmente, para las clases más pobres, el sistema beveridgiano: tienen acceso a equipos de salud del estado. En algunos países como Colombia o Uruguay, las personas que usan a los sistemas privados o bismarckianos no pueden ser tratados en el público. Este sistema híbrido genera importantes problemas de desigualdad y limita gravemente la cobertura sanitaria universal. En la combinación LB, particularmente favorecida en Brasil, los 22% más ricos utilizan el modelo liberal, mientras que el resto de la población cae bajo el sistema beveridgiano. Además de una importante selección adversa en el caso del seguro médico, el sector público se caracteriza por largas colas. La desigualdad se manifiesta en el hecho de que los gastos relacionados con el modelo liberal son en promedio seis veces superiores a los vinculados al modelo beveridgiano. Finalmente, cabe señalar que ambos sistemas favorecen la fragmentación de los servicios (en particular el LBB), que impide cualquier soporte integrado a la población y el establecimiento de una red eficaz de servicios de salud.

El sistema de salud unificado de Brasil, un ejemplo regional

A pesar de su caótica gestión de la epidemia y las fuertes desigualdades inherentes al modelo LB, el sistema de salud pública brasileño sigue siendo un ejemplo regional que seguir. En Brasil, la salud es un derecho universal y es responsabilidad del Estado. La cobertura médica universal se estableció allí con la creación del Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS) en 1990, con el objetivo de mejorar los resultados de salud y reducir desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria. A pesar de la insuficiencia crónica de financiación y de la frágil gobernanza, el SUS ha logrado sus objetivos. Estos avances han sido acompañados de una mejor cobertura de asistencia social y del desarrollo de sistemas de información que permiten la identificación de la población más vulnerable.

El SUS representa una enorme ambición. Brasil es ahora el único país con más de doscientos millones de habitantes que dispone de un sistema de salud universal, ocupando así el vigésimo segundo puesto (por delante de Italia, China y gran parte de Europa central) en el Ranking Universal de la Universidad John Hopkins que mide la resiliencia de sistemas de salud²². Si se hubiera activado esa capacidad estatal en marzo para combatir la epidemia, Brasil hubiera

²² Global Health Security Index, John Hopkins University: www.ghsindex.org/

podido evitar esta catástrofe sanitaria. El virus ha llegado a América Latina lo suficientemente tarde, dejando un poco de tiempo para que los gobiernos dibujasen soluciones a partir de las lecciones de las experiencias europeas y asiáticas. Brasil es uno de los pocos países que no ha tomado medidas radicales y, paradójicamente, el único en tener suficiente capacidad estatal para implementarlos de manera efectiva, en particular gracias a dos herramientas: el mayor programa de atención primaria de salud del mundo y su infraestructura capilar para la distribución masiva de asistencia social.

En Brasil, la atención primaria de salud es de competencia municipal, que para ello cuentan con profesionales de la salud de nivel intermedio y más de 150.000 trabajadores comunitarios de la salud²³, los cuales gozan de la confianza de comunidades en las que operan. Este elemento es un factor crucial tanto para difundir información útil y generar un mayor apoyo a las políticas implementadas. Además, tienen un conocimiento específico de las condiciones locales, lo que los convierte en activos para realizar campañas de información, para promover una buena higiene y distanciamiento social cuando sea posible, y también para recopilar datos sobre síntomas, preseleccionar pacientes que puedan necesitar ser testados y hacer el contact tracing. Los municipios proporcionan también instalaciones médicas que se pueden convertir en centros de pruebas estratégicos durante la epidemia. Asociado con políticas de detección eficaces y rastreo de contactos, estos dispositivos pueden reducir significativamente el costo de las pruebas y la cantidad de kits de prueba necesarios. Además, los éxitos de Brasil en programas de remesas como Bolsa Família²⁴ llevó al gobierno federal a crear un registro nacional de familias en situación de pobreza y extrema pobreza denominado «registro único» (Cadastro Único). La información de esta base de datos podría proporcionar rápidamente a los tomadores de decisiones datos valiosos para desarrollar políticas públicas efectivas: geolocalización de vulnerabilidades, número de habitantes por hogar, etc. También pueden hacer posible distribuir fácilmente ayuda financiera de emergencia a las poblaciones que sufren ya de las dificultades económicas. Brasil podría haber demostrado a los países en desarrollo los beneficios de un Estado fuerte en tiempos de crisis. Por el contrario, proporcionó pruebas de que ninguna capacidad estatal puede llenar las lagunas de un gobierno incompetente.

Sistemas de salud más públicos e integrados

América Latina debe iniciar una transformación de sus sistemas de salud. Si los latinoamericanos quieren beneficiarse de un entorno más accesible, equitativo y eficiente, el gasto en salud pública debe incrementarse significativamente para asegurar la cobertura universal. El modelo predominante en la región no satisface en la práctica el derecho a la salud que los estados otorgan legalmente a sus ciudadanos. Al aumentar la participación estatal en la salud, los países latinoamericanos convergerían hacia los modelos dominantes en todo el mundo. Sin embargo,

²³ Según la OIT, estos agentes "brindan educación en salud, derivación, prevención y manejo de casos, y seguimiento y visitas domiciliarias a comunidades específicas. Brindan apoyo y asistencia a las personas y las familias para orientarse en los sistemas de servicios sociales y de salud".

²⁴ Bolsa Familia es uno de los mayores programas de transferencia de ingresos que beneficia a más de 40 millones de brasileños.

es urgente actuar con rapidez: desde el cambio de siglo, el progreso en salud pública ha sido desigual y, en general, relativamente lento. Además, la experiencia de Estados Unidos sugiere un *path dependency* donde las decisiones y las condiciones del pasado han condenado el país a mantener un modelo demasiado caro y muy desigual. Aproximadamente treinta millones de ciudadanos estadounidenses no tienen cobertura de salud, mientras que el 60% de la población cree que el gobierno debe garantizar el acceso a la salud. Cuanto más se consoliden los sistemas híbridos, dando un lugar de honor al sector privado y a los seguros, mayor será el interés de las aseguradoras, empresas y profesionales privados para preservar el status quo.

Para cambiar esta trayectoria, la región debe fortalecer la salud pública para tender a un sistema Beveridgiano o Bismarckiano, con dispositivos dedicados a personas sin empleo y trabajadores informales. Para hacer esto, el estado debe incrementar considerablemente su inversión en salud. En América Latina, como en Estados Unidos, solo el 52% del gasto en salud es público, mientras que esta tasa se eleva al 80% en los países que optaron por el sistema beveridgiano y el 70% en los que eligieron el sistema bismarckiano.

El aumento del gasto público se compensa con una disminución del costo general en cuidados de la salud. Empíricamente, los costos administrativos son más altos en los sistemas más fragmentados. Ese ahorro económico iría acompañado de mejores resultados y más alta equidad, como lo demuestra la comparación entre el modelo híbrido estadounidense y los modelos beveridgianos y bismarckianos de otros países ricos. Por ejemplo, Estados Unidos, con un modelo híbrido, gasta el doble en salud que el promedio de los países de la OCDE (17% de su PIB frente al 8,8%), pero tienen una mayor mortalidad infantil y menor esperanza de vida²⁵. Aumentar la financiación y la cobertura efectiva para todos los ciudadanos latinoamericanos no significa ilegalizar al sector privado: la provisión de los servicios puede ser privada con financiación pública, como es el caso de Canadá.

La pandemia ha puesto de manifiesto la fragilidad de los sistemas de salud en América Latina, pero puede constituir una oportunidad para redefinir su diseño y estructura. Los Gobiernos deben invertir más para reducir la participación del sector privado y, por lo tanto, ganar en eficiencia, en calidad y en equidad.

²⁵ America's Health Rankings, United Health Foundation: www.americashealthrankings.org/learn/reports/2018-annual-report/findings-international-comparison

Para citar este capítulo: Miguel Lago, « Introducción. El año COVID: ¿una coyuntura crítica para América latina? », in O. Dabène (dir.), *América latina. El año político 2020/Les Etudes du CERI*, nº 252-253, Enero 2021 [en línea, www.sciencespo.fr/ceri/fr/papier/etude].