

Editorial

Abordando la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe

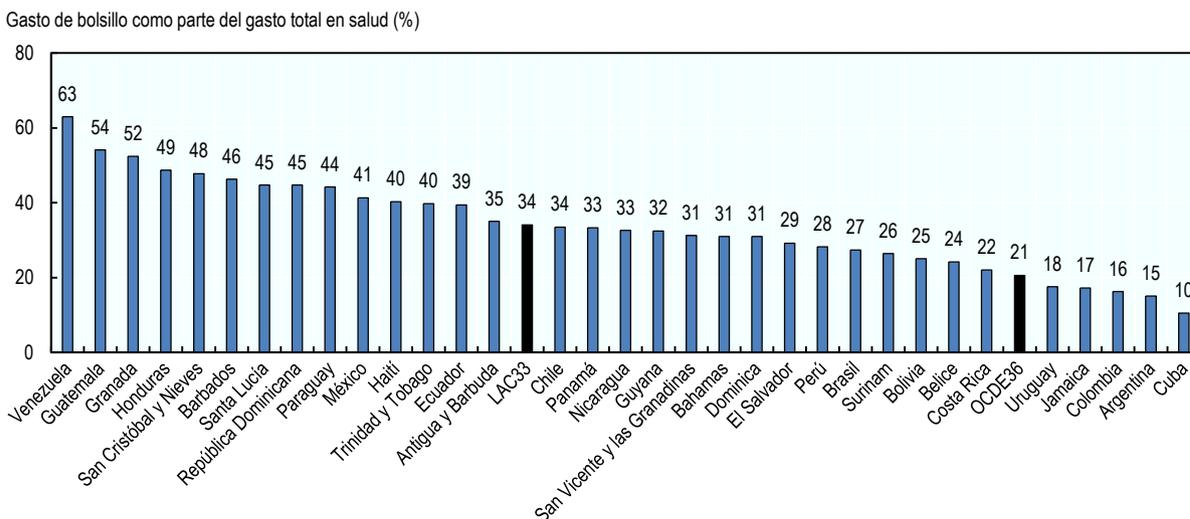
Al escribir la primera edición de *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe*, muy pocos de nosotros podríamos haber imaginado que una pandemia expondría al mundo a la mayor emergencia sanitaria en un siglo, con costos humanos, económicos y sociales masivos. La región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) se vio afectada por la epidemia unas semanas después que Europa, con los primeros casos de COVID-19 registrados en Brasil a fines de febrero de 2020. Desde entonces, se ha extendido a todos los países de la región, con el mayor número de casos reportados en Brasil, Perú, México y Chile al momento de escribir este Editorial.

El recuento completo de los costos humanos, sociales y económicos de la crisis de COVID-19 en LAC tendrá que esperar, pero ya sabemos que sus impactos son profundos. Los altos niveles de desigualdad e informalidad laboral en la región hacen que la situación sea potencialmente más catastrófica que en otras partes del mundo. Quienes no tienen acceso a protección social no tienen más remedio que seguir trabajando para cubrir sus necesidades básicas, lo que limita su capacidad para cumplir las medidas de distanciamiento social y así protegerse a sí mismos y a sus familiares. Aquellos que no tienen cobertura de salud enfrentan barreras para acceder a servicios de salud cuando los necesitan. Además, casi el 8% de las personas tienen 65 años o más, más del 80% de la población vive en zonas urbanas y el 21% de la población urbana vive en barrios marginales, asentamientos informales o viviendas inadecuadas donde los servicios básicos no están disponibles. Esta combinación exacerba los riesgos de la epidemia entre los grupos más vulnerables.

Una tarea crítica para los sistemas de salud que se enfrentan con la propagación de COVID-19 es proteger la salud de todos los ciudadanos. Esto requiere que tanto las pruebas de diagnóstico como la atención adecuada estén disponibles, sean asequibles y se brinden en un ambiente seguro, y que se adopten otras medidas de higiene y protección para prevenir infecciones. Una barrera principal para acceder a tales servicios de salud surge de los gastos de bolsillo en salud, que en LAC representan en promedio el 34% del gasto total en salud, muy por encima del 21% en los países OCDE. El alto nivel de gastos de bolsillo en LAC es una indicación de sistemas de salud más débiles, niveles más bajos de cobertura de servicios y, en general, un peor escenario de referencia para enfrentar esta pandemia en comparación con la mayoría de los países de la OCDE (Figura 1).

Las desigualdades en salud también se vislumbran como un aspecto crítico que afecta la respuesta y los resultados de los sistemas de salud de LAC a lo largo de la pandemia. En 10 países de LAC, en promedio, la tasa de mortalidad de menores de 5 años para el quintil de ingresos más bajo excede la del quintil de ingresos más altos en 21 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que muestra grandes desigualdades persistentes en los resultados de salud de la población. Además, en 12 países LAC, los niños de 15 a 23 meses en hogares de bajos ingresos tienen un 11% menos de cobertura de inmunización completa que aquellos en hogares de altos ingresos, lo que indica las dificultades que los países podrían tener para poner a disposición una futura vacuna COVID-19 de manera equitativa.

Figura 1. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud en 33 países de LAC, 2017



Fuente: Repositorio Global de Gasto en Salud, OMS 2020; Estadísticas de Salud de la OCDE 2019. Ver Capítulo 6.

Tales desigualdades delimitan un escenario donde las poblaciones vulnerables probablemente se verán afectadas de manera desproporcionada por la pandemia.

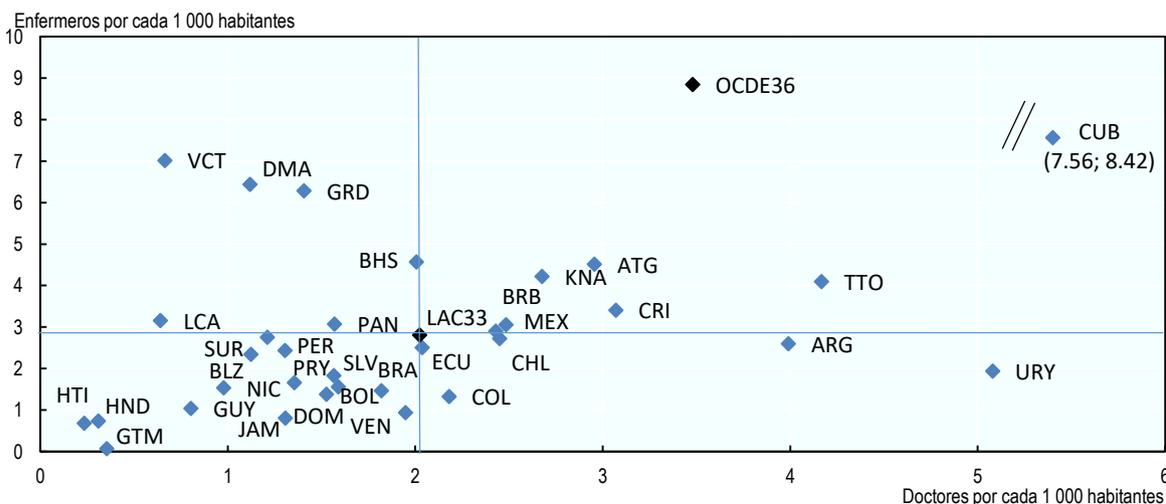
Recursos del sistema de salud para enfrentar el aumento de demanda a causa del COVID-19

La fuerza laboral de salud es clave para dar una respuesta oportuna y efectiva al COVID-19. Los médicos y las enfermeras no solo deben tratar los casos de COVID-19, sino que también deben mantener la continuidad de los servicios en todas las demás necesidades de atención médica. En promedio, LAC tiene dos médicos por cada 1.000 habitantes, pero varios países se encuentran muy por debajo del promedio de la OCDE de 3,5, con solo Cuba, Argentina y Uruguay por encima de este número (Figura 2). En particular, Haití, Honduras y Guatemala tienen el número más bajo de 0,3 por 1.000 habitantes o menos. La brecha en la disponibilidad de enfermeras es aún más pronunciada: el número promedio de enfermeras por cada 1.000 habitantes es un tercio del promedio de los países de la OCDE (3 versus 9). El número de enfermeras por población es más alto en Cuba, San Vicente y las Granadinas y Dominica, y el más bajo está en Venezuela, Jamaica, Haití, Honduras y Guatemala, donde hay menos de una enfermera por cada 1.000 habitantes.

El número de camas es otro marcador clave sobre cuán bien preparados están los sistemas de salud para abordar la creciente demanda de servicios hospitalarios debido a la pandemia de COVID-19. En LAC, el número promedio de camas hospitalarias es de 2,1 por 1.000 habitantes, menos de la mitad del promedio OCDE de 4,7 (Figura 3). Barbados, Cuba y Argentina están por encima del promedio OCDE, mientras que el stock está por debajo de una cama por cada 1.000 habitantes en Guatemala, Honduras, Haití, Venezuela y Nicaragua.

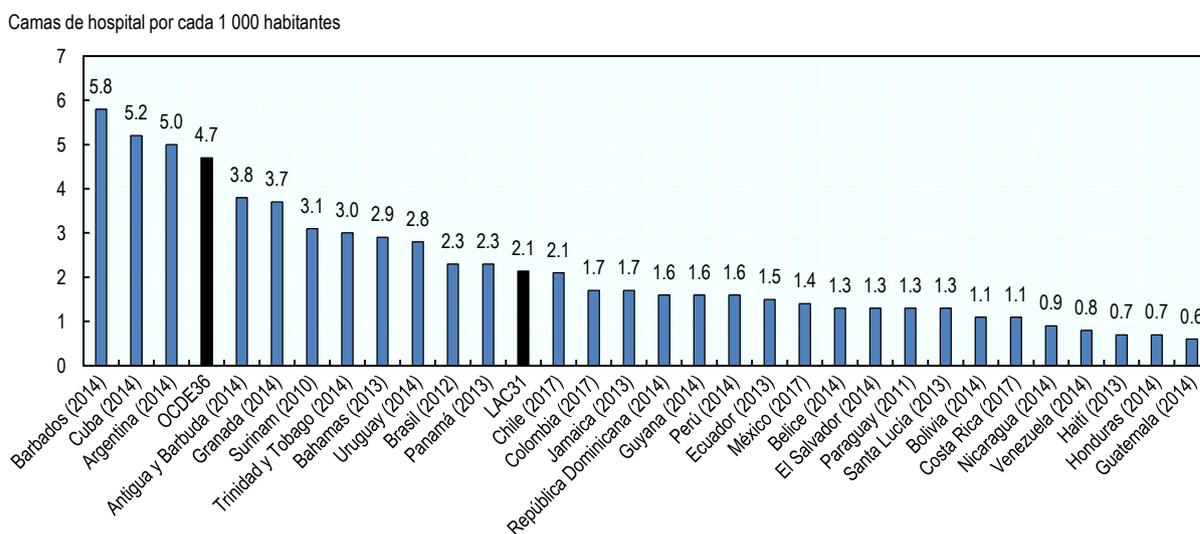
Aún más importante para hacer frente a la mayor demanda de pacientes con COVID-19 con enfermedad respiratoria grave es la capacidad de cuidados críticos, como las camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI), que generalmente están equipadas con ventiladores. Según los datos recopilados al inicio de la pandemia, el promedio de camas UCI en 13 países de LAC es de 9,1 por cada 100.000 habitantes, más bajo que el promedio de 22 países de la OCDE de 12. Brasil, Uruguay y Argentina están por encima del promedio regional, mientras que las tasas más bajas se observan en El Salvador, Costa Rica y Perú (Figura 4). Sin embargo, debido a la naturaleza fragmentada de la

Figura 2. Número de médicos y enfermeras en 33 países de LAC, 2017 o último año disponible



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2019; Observatorio Global de Salud, OMS 2020. Ver Capítulo 5.

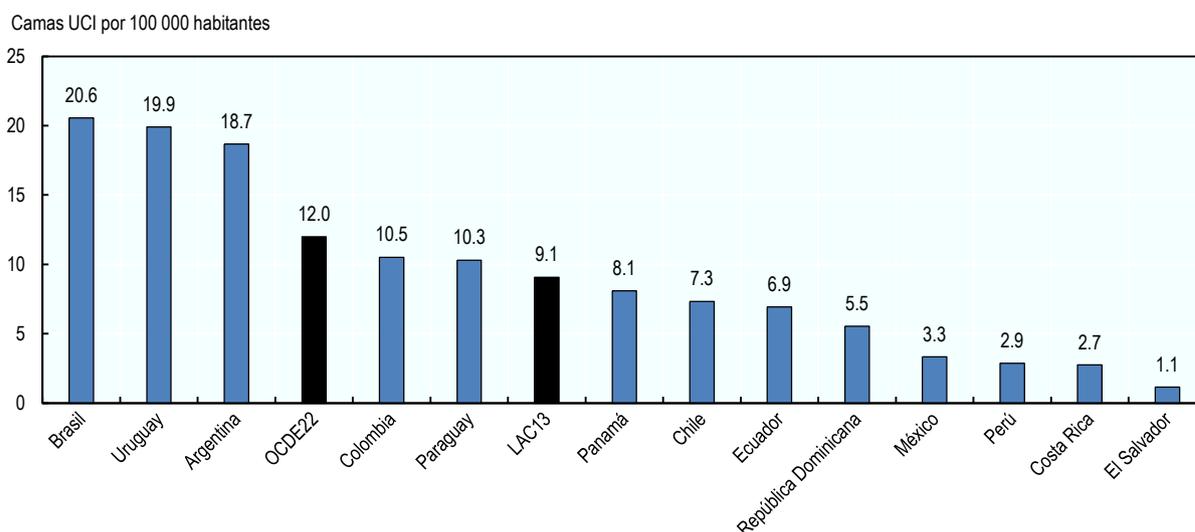
Figura 3. Número de camas hospitalarias en LAC y promedio OCDE, último año disponible



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2019; Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial 2019. Ver Capítulo 5.

mayoría de los sistemas de salud en LAC, no todas estas camas pueden estar fácilmente disponibles para pacientes cubiertos por esquemas públicos. La mayoría de las camas de propiedad privada se concentran geográficamente en áreas urbanas más grandes y de mayores ingresos, y a menudo son inaccesibles para una gran parte de la población. En Brasil, por ejemplo, solo el 40,6% del total de las camas UCI son administradas por el *Sistema Único de Saúde* (SUS), el sistema de salud financiado con fondos públicos. Del mismo modo, en Ecuador y Paraguay, el 53,2% y el 41,4% de las camas UCI, respectivamente, están presentes en el sector público de los sistemas de salud.

Figura 4. **Capacidad de camas de cuidados intensivos en países LAC seleccionados y promedio OCDE, 2020 (o año más cercano)**



Nota: Puede haber diferencias en la definición de cuidados intensivos que afectan la comparabilidad de los datos. Los datos se refieren a camas UCI de adultos solo en Perú. Los datos incluyen solo camas públicas de UCI en Costa Rica, República Dominicana, Perú, El Salvador y Uruguay, y tanto públicas como privadas en los otros países. Se recopiló información para reflejar la situación de las camas UCI antes de las medidas de emergencia debido a la pandemia de COVID-19.

Fuente: Fiscalía General de la Nación REPS Colombia 2020; Ministerio de Salud de Argentina 2020; RUSNIS-Ministerio de Salud del Perú 2020; DATASUS Brasil 2020; Sociedad Chilena de Medicina Intensiva 2020; Ministerio de Salud de México 2020; Diario La Nación, informado por Leticia Pintos, División de Terapias del Ministerio de Salud de Paraguay 2020; Ministerio de Salud de Uruguay 2018; Diario Delfino, reportado por el Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) 2020; Ministerio de Salud del Ecuador 2018; Diario El Salvador, reportado por Milton Brizuela, Presidente del Colegio Médico de El Salvador 2020; Diario Acento, reportado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) - Ministerio de Salud de la República Dominicana 2020; Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá 2018.

En LAC, gastar mejor en salud es tan importante como gastar más

La pandemia actual está imponiendo una enorme carga sobre las personas y la economía de todo el mundo, a lo que varios gobiernos han respondido con paquetes de apoyo público sin precedentes. Esto presenta una oportunidad para una necesaria expansión del gasto público en salud en LAC, que actualmente se sitúa en 3,8% del PIB, más bajo que los países de la OCDE en 6,6% del PIB. Además, la proporción del gasto total en salud cubierto por esquemas gubernamentales y seguros obligatorios es mucho menor en LAC en comparación con la OCDE (54,3% versus 73,6%). Un cambio hacia un mayor énfasis en el gasto público, en lugar del privado, puede ayudar a aumentar la equidad y la eficiencia del gasto en salud.

Una expansión en los niveles de gasto también debe venir asociado con una reducción en el malgasto, es decir, un gasto que no ofrece ninguna mejora en los resultados de salud. Tal malgasto significa que la región de LAC está logrando resultados sub-óptimos, en términos de calidad de vida de las personas, seguridad y eficacia de la atención, dados los recursos que destina a los sistemas de salud.

Como se destaca en el capítulo 2 de esta publicación, hay varias áreas y actividades donde se podría abordar el malgasto en los sistemas de salud de LAC. A pesar de que se realizan ampliamente, actividades como las amigdalectomías en niños y las histerectomías o prostatectomías en condiciones benignas no tienen efectos demostrados para mejorar la salud y el bienestar de la mayoría de los pacientes e incluso pueden ser una fuente de daño. Estas pueden representar una fuente de malgasto de recursos públicos. Además, problemas en la gobernanza de los sistemas de salud puede generar malgasto, por ejemplo, en el hecho que el 42% de las personas en 12 países de LAC considera que el sector de la salud es corrupto (mayor que el 34% en 28 países de la OCDE); y

por la presencia de sobornos en los centros de salud pública que alcanzan un 11% en 18 países de LAC.

A nivel estructural, es probable que la naturaleza fragmentada de los sistemas de salud en LAC afecte la respuesta a la epidemia. Es clave garantizar que todos los recursos se puedan canalizar para abordar la emergencia. Por ejemplo, la capacidad no utilizada en laboratorios y hospitales privados puede coexistir con la escasez en los públicos, creando inequidades en la salud y representando una fuente importante de malgasto. La crisis brinda la oportunidad de considerar reformas a más largo plazo para construir sistemas más fuertes e integrados en el camino hacia una cobertura de salud universal de alta calidad.

Construyendo capacidad para enfrentar las epidemias actuales y futuras

La epidemia actual está poniendo a prueba los sistemas de salud en LAC. En los próximos meses, junto con las políticas de contención y mitigación para limitar la propagación de COVID-19, los principales desafíos para los sistemas de salud de LAC serán:

1. garantizar el acceso de las poblaciones vulnerables a diagnósticos y tratamientos, tanto para diagnosticar a los contagiados, rastrear pacientes y trazar contactos, como para brindar atención a pacientes en diferentes niveles del sistema de salud. Particularmente importante será considerar las desigualdades sociales y de salud existentes para asegurar la distribución más equitativa de recursos y acciones dentro de los países y en toda la región;
2. fortalecer las capacidades de salud pública y, particularmente, la vigilancia de enfermedades infecciosas, de modo que las poblaciones, especialmente las más vulnerables, no se vean afectadas por otros brotes. Las insuficiencias en la vigilancia y el control de vectores, la inmunización y otros servicios básicos de salud pública podrían poner a las poblaciones vulnerables en riesgo de enfermedades como el dengue y patógenos como la difteria, la tos ferina u otros. Avanzar, invertir y desarrollar sistemas de salud pública de mayor rendimiento debería ser una prioridad importante para los países, no solo para controlar el COVID-19, sino también para la influenza pandémica, la resistencia a los antimicrobianos y otros riesgos potenciales para la salud pública que exponen la salud de las poblaciones y economías en general;
3. reforzar y optimizar la capacidad del sistema de salud, a través de la movilización de personal (para diagnosticar, rastrear y tratar a los pacientes), los suministros y equipos (para diagnosticar a las personas de manera segura y brindarles un tratamiento cuando sea necesario) y los espacios (para diagnosticar a las personas de manera rápida y segura, aislar casos sospechosos y confirmados, y tratar pacientes en el hospital o en su hogar);
4. aprovechar las soluciones digitales y la información recopilada para detectar, prevenir, responder y recuperarse mejor de los problemas asociados al COVID-19, mientras se gestionan los riesgos de desviar recursos a herramientas digitales potencialmente ineficaces, exacerbar las desigualdades y violar la privacidad, tanto durante como después el brote;
5. generar la mejor inteligencia sanitaria y social posible mediante una estrecha coordinación con otros sectores, como finanzas, educación, transporte, entre otros, para mejorar la toma de decisiones en torno a la crisis; mientras se promueve la transparencia y el reporte público sobre cómo se toman las decisiones;
6. fomentar la cooperación internacional dentro de la región y a nivel global para impulsar y acelerar la I + D, asegurando al mismo tiempo que los esfuerzos coordinados garantizarán un acceso equitativo a nuevos diagnósticos, tratamientos y vacunas en el futuro cercano.

La pandemia de COVID-19 es la prueba más grande que los sistemas nacionales de salud y las instituciones de salud global han tenido que enfrentar en generaciones. A la larga, esta pandemia puede ofrecer una oportunidad para priorizar la salud como una buena inversión para los países y

reforzar los sistemas de salud en su conjunto. Si bien es necesario destinar más recursos a la salud, la identificación y reducción del malgasto también ayudaría a asignar mejor los recursos adicionales al sector de la salud, al tiempo que mejora la calidad de la atención y los resultados para la población.

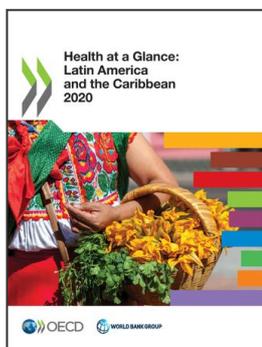
Esperamos que los datos y el análisis reportados en esta publicación ayuden a los formuladores de políticas y otros actores clave para avanzar hacia la cobertura universal de salud a través de sistemas de salud más equitativos, de alta calidad y centrados en las personas en toda la región de LAC.

Stefano Scarpetta

Director, Directorado de Empleo, Trabajo y Asuntos
Sociales
OCDE

Muhammad Pate

Director Global de Salud, Nutrición y Población
Director, Fondo de Financiamiento Global para
Mujeres, Niños y Adolescentes (GFF)
Banco Mundial



From:
Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2020), "Editorial", in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/d6f552e5-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.