

Los sistemas sanitarios de América Latina ante el SARS-COVID 19: acceso y equidad

En el anterior artículo, se puso de relieve el nuevo papel que, ineludiblemente, van a adquirir las políticas públicas en Latinoamérica, en el que se apuntaba tres líneas principales relacionadas con el ámbito de la protección social: la Seguridad Social y su acción protectora, la lucha contra la pobreza y los sistemas sanitarios y de salud.

En cada una de ellas, se iban a plantear tres momentos temporales, *ex ante* (cómo llegamos a la pandemia en cada uno de estos tres apartados), *durante* (cómo se enfrenta cada país combinando medidas públicas, respuesta económica y respuesta asistencial) y *ex post* (cómo es preciso abordar el futuro en estos tres ámbitos). Estos tres aspectos y estos tres momentos temporales constituyen un conjunto de combinaciones enormes de relaciones causa-efecto que convendrá analizar para que obtengamos aprendizajes, mejoras y guías de actuación futuras que configuren sociedades más inclusivas y articuladas.

En el presente análisis, y continuando con esta tres líneas de estudio y comprensión, quiero centrarme en la situación de las políticas y sistemas de salud desde una visión de más alto nivel (macro) y, desde una perspectiva no estrictamente ligada a lo que son los sistemas sanitarios, sino con una visión más amplia e integrada, esto es, atendiendo a la diferencia existente entre las formulaciones de modelo de salud, sistema de salud y articulación de los sistemas sanitarios, que son conceptos relacionados entre sí, pero, diferentes en lo que es su alcance y contenidos. Todo ello, desde una perspectiva de análisis de la situación de llegada en el ámbito sanitario al momento actual en el que se desata el azote de la pandemia.

Desde esta perspectiva, son muchos los aspectos que desde la acción pública y de las Administraciones influyen en la configuración de un sistema de salud en un país: desde las políticas generales de salud pública, criterios de salubridad pública, las políticas educativas, las políticas de acceso a la vivienda, de potabilización de las aguas, la forma de organizar desde las instancias públicas el urbanismo, las actuaciones en materia de medio ambiente etc.... Todas ellas, están relacionadas con la salud y precisan una definición adecuada, concreta y coordinada para que configuren un paquete congruente en el ámbito de la salud pública contextualizado en una sociedad.

A su vez, la eficiencia real de un sistema de salud se refleja en el rendimiento y en los resultados que el mismo es capaz de ofrecer ante unas determinadas condiciones ambientales, económicas y sociodemográficas (distribución, ubicación, composición de la población, etnias, cultura, costumbres, edad, distribución de la renta y la riqueza, factores de riesgo, etc...), incorporando (o partiendo de) unos insumos económicos y financieros, sus recursos materiales, su estructura asistencial, medios humanos profesionales y facultativos (incluyendo su nivel formativo y de especialización), su estructura asistencial, de investigación, de disposición de recursos farmacéuticos o en la capacidad de incorporación de tecnologías clínicas, terapias y tratamientos. Todo ello, ofreciendo como resultados mejoras en la esperanza de vida y en la calidad de vida general de la población.

En este sentido, también van a resultar muy relevantes en esta pandemia del Covid 19 cuestiones como la organización y adecuada coordinación de los sistemas sanitarios en sus tres niveles (primario, hospitalizado u hospitalario), la orientación del mismo en su relación con el paciente y con las comunidades (dado el carácter transmisible de la enfermedad), su propia organización focalizada hacia el tratamiento de enfermedades infecciosas o bien hacia la atención prologada de patologías crónicas (como es el caso europeo ocasionado por el envejecimiento poblacional, deviniendo en niveles de estrés no previstos para el sistema).

A partir de este escenario más o menos esquemático es preciso empezar a elaborar lo que sería una primera aproximación desde el punto de vista de las políticas públicas seguidas en el ámbito sanitario más recientes y próximas a la pandemia. Consecuentemente, tenemos que partir de lo que es la dedicación a la financiación de los servicios sanitarios desde el punto de vista de porcentaje de recursos económicos públicos con respecto al producto nacional bruto de un país (GDP).

Esto es una medida agregada y conjunta, puramente de partida, puesto que el gasto total no implica o no redundo en unas mejores medidas de eficiencia (per sé) y el óptimo también va a depender de todas las condiciones sociodemográficas anteriores, de su respuesta y sus resultados. De hecho, existe consenso sobre el enorme esfuerzo en determinados países en gasto sanitario que no tienen reflejo en unos mejores niveles de salud colectivos o poblacionales. El esfuerzo fiscal en este ámbito no determina su eficiencia, pero la condiciona.

En todo caso, según los datos oficiales, los sistemas de salud en los últimos años, han sufrido en sus carnes las crisis fiscales de los Estados que han ido reduciendo en los presupuestos públicos, en general, y el gasto fiscal en salud, en particular. Según los últimos datos publicados por la Organización Panamericana de Salud, la media de América Latina y Caribe se situaría en el entorno del 3,7% (Datos de 2018) existiendo un fuerte intervalo de oscilación sobre esta medida de esfuerzo fiscal sanitario entre países y acompañado, a su vez, de un gasto privado del 3,4%, lo que arrojaría una dedicación total de alrededor del 7,1 % del producto interior bruto.

Esta dedicación del gasto público en salud tiene como consecuencia diferentes niveles de la materialización cuantitativa de los recursos sanitarios entendidos en indicadores de capacidad asistencial, nivel de recursos puestos a disposición de la población y nivel de gastos como primera cuestión que define la potencial capacidad de respuesta del mismo.

En este apartado es en el que aparecen indicadores como número de camas por cada 1.000 habitantes cuya media se sitúa en el 2,2 en América Latina y Caribe según los últimos datos de la Banco Mundial (2014), el número de médicos por cada 1000 habitantes (también en el entorno de 2,1 en 1016 según la Organización Panamericana de la Salud) u otras cuestiones sobre las que en la actualidad no se tienen hoy cifras homogeneizadas (y que en esta pandemia están resultando especialmente relevantes como es el número de Unidades de Cuidados Intensivos en la medida que esta enfermedad cursa en un número de casos con fuertes complicaciones inflamatorias y respiratorias).

Un segundo aspecto a tener en cuenta es la equidad, entendiéndola en un doble sentido: diferencias apreciables en el acceso a los servicios de salud y, en segundo lugar, como el efecto que la enfermedad incide en la vida de los ciudadanos (necesidad de incurrir en mayores gastos, reducción de ingresos y posibilidad de entrada en niveles de pobreza derivada del padecimiento de enfermedades). Los problemas de equidad en el ámbito de la salud son en definitiva problemas de desigualdad en el acceso a la salud y la atención sanitaria.

En este sentido, los datos del Banco Mundial respecto a la tasa de cobertura de los servicios básicos de salud se sitúan en la región de América Latina en el 75,42 %, existiendo una fuerte variabilidad entre países en esta ratio y, constatando la existencia de grandes bolsas de población con dificultades de acceso a los servicios sanitarios, con mayor incidencia especialmente en ciertas

regiones o zonas geográficas bien por motivos físicos o étnicos. Si, a su vez, contemplamos el importante esfuerzo en términos de “gasto de bolsillo” que deben incurrir los ciudadanos, el panorama de la equidad y el acceso a la salud se completa, si cabe mucho más.

En conclusión, es preciso observar y detenerse en la diferente situación de llegada de los distintos sistemas de salud derivado de las diferencias y evolución reciente en el gasto público sanitario, así como las dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria de cara a revelar cómo incide esta situación de partida en la respuesta a la pandemia derivada del coronavirus Covid-19. Y, al a vez, comprender que son condicionantes de partida que pueden verse atenuados o incrementados en sus efectos con otras acciones y medidas de políticas de salud pública, como la gestión del confinamiento. Es un buen momento para comprender todas las interrelaciones y actuar en consecuencia, integrando las medidas de salud pública con las posibilidades económicas y asistenciales de los sistemas sanitarios.

Adolfo Jiménez

Economía, comunicación y políticas públicas.