

# América Latina y el Caribe. Equidad y calidad frente al desafío de la segmentación

## Latin America and the Caribbean. Equity and quality in the face of the challenge of segmentation

Daniel Maceira

Recibido 16 julio 2021 / Enviado para modificación 27 septiembre 2021 / Aceptado 20 diciembre 2021

### RESUMEN

Por primera vez en la historia reciente somos testigos de cómo los sistemas de salud ocupan un lugar central en la agenda política. Ello ocurre bajo las peores circunstancias: una epidemia global que golpea a todos los países, sobre la cual, en un principio, no había información suficiente sobre cómo combatirla efectivamente. Intentando identificar aprendizajes y oportunidades de la adversidad, propongo esbozar algunos elementos que contribuyan al debate sobre cómo fortalecer la capacidad de respuesta de los esquemas de cobertura en salud de América Latina y el Caribe ante estos fenómenos que ponen a prueba la capacidad de las redes de atención sanitaria y desnudan las limitaciones de los mecanismos de protección financiera. La segmentación sistémica solo permite una respuesta equitativa y de calidad para la pandemia, si la coordinación entre las partes involucra todas las dimensiones del modelo organizacional, particularmente vigilancia epidemiológica, funcionamiento en red y gestión de la información.

**Palabras Clave:** Sistemas de salud; América Latina y el Caribe; equidad; calidad; Covid-19 (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

For the first time in recent history, we are witnessing health systems taking center stage on the political agenda. This is happening under the worst circumstances: a global epidemic that is hitting all countries, about which, at the beginning, there was not enough information on how to fight it effectively. To identify lessons learned and opportunities from adversity, I propose to outline some elements to contribute to the debate on how to strengthen the response capacity of health coverage schemes in Latin America and the Caribbean to these phenomena that test the capacity of health care networks and expose the limitations of financial protection mechanisms. Systemic segmentation only allows an equitable and quality response to the pandemic if the coordination between the parties involves all the dimensions of the organizational model, particularly epidemiological surveillance, networking and information management.

**Key Words:** Health care systems; Latin America and the Caribbean; equity; quality; Covid-19 (*source: MeSH, NLM*).

Por primera vez en la historia reciente somos testigos de cómo los sistemas de salud ocupan un lugar central en la agenda política. Ello ocurre bajo las peores circunstancias: una epidemia global que golpea a todos los países y regiones, sobre la cual en un principio no había información suficiente sobre cómo combatirla efectivamente.

Intentando identificar aprendizajes y oportunidades de la adversidad, propongo en este artículo esbozar algunos elementos que contribuyan al debate necesario sobre cómo fortalecer la capacidad de respuesta de los esquemas de cobertura en salud de América Latina y el Caribe ante estos fenómenos que atentan contra la vida, ponen a

DM: Ph.D. Economía. Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Investigador Independiente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Argentina. Investigador Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Miembro del Consejo Directivo y Representante de las Américas de Health Systems Global. Buenos Aires, Argentina.  
[danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

prueba la capacidad de las redes de atención sanitaria, y también desnudan las limitaciones de los mecanismos de protección financiera en salud.

El COVID-19 devela en alguna medida problemas que se expresaban de otras maneras y que se encontraban presentes en los diagnósticos sectoriales previos, agravados ante la necesidad de responder con urgencia ante una amenaza de abordaje desconocido. Fallas en los procesos de referencia y contrarreferencia entre distintos niveles de atención, ausencia de un mecanismo sistémico de contención de los recursos humanos del sistema (incluyendo remuneraciones, formación, rotación del personal), inconsistencias en el flujo de información para la toma de decisiones y, fundamentalmente, la ausencia de mecanismos coordinadores de la gestión entre subsistemas con diferentes demandas y recursos ya formaban parte del paisaje sectorial. La pandemia agudizó estos desafíos, que tienen implicancias graves en la equidad y en la eficiencia en el uso de recursos.

En estas páginas se parte de un diagnóstico sobre los sistemas de salud regionales y la presencia de brechas entre países (1-4) para avanzar en un planteo sobre cómo abordar el análisis organizacional del sector y los espacios y tipos de intervención por parte del Estado, con foco en aquellos elementos asociados con la gestión de pandemia. Posteriormente, se resumen algunas referencias que aportan a la identificación de diferenciales de calidad, tanto entre países como al interior de ellos, a fin de caracterizar la asociación entre segmentación, acceso y calidad de los servicios de salud, un espacio donde los sistemas regionales aún no cuentan con evidencia suficiente para guiar un debate informado de políticas.

### Motivación

La información disponible para 2017 exhibe las marcadas brechas entre países de América Latina y el Caribe. La diferencia entre ingresos per cápita, medidos en dólares internacionales (o PPA, paridad de poder adquisitivo) es de 12,5 veces entre Bahamas y Haití, los dos países extremos, con 36238 y 2902 dólares, respectivamente. Dentro de este espectro, se encuentran Trinidad & Tobago (US 27 909) y Panamá (US 27 438), que contrastan con los valores de Honduras (US 5284) y Nicaragua (US 5387) (5).

La distribución del ingreso, asimismo, se hace reflejo de estas diferencias. Del análisis del índice de Gini surge que los valores extremos se encuentran en Surinam, Brasil, Belice y Colombia (57,9, 53,4, 53,3 y 51,3, respectivamente) donde se evidencian las referencias más desiguales, en contraposición con El Salvador (38,0), Uruguay (39,7) y Trinidad & Tobago (40,3). La diferencia entre extremos en este caso es alarmante,

alcanzando el 50% sobre un promedio regional, ya particularmente alto, de 45,87 (5).

Estos índices refuerzan la idea de que el acceso a servicios y bienes asociados con el cuidado y mantenimiento de la salud no cuentan con recursos similares, y que tales diferencias se reproducen al interior de cada país, lo cual lleva a la segmentación de sus sistemas y, por tanto, a cristalizar diferencias ya existentes entre grupos sociales. La llegada de la pandemia solo expresa otra dimensión de la misma problemática: países relativamente ricos brindan mejores soluciones o mejores respuestas organizacionales al COVID-19 que países pobres —en términos de test, seguimiento de contactos, vacunas, despliegue comunicacional—.

Cuanto más fragmentados sean los sistemas de salud, más atomizada es la forma en que se hace vigilancia epidemiológica; asimismo, serán mayores los requerimientos de coordinación. En la medida que no existan rutinas previas en esta dirección, la urgencia que supone actuar ante la emergencia de una pandemia solo afecta la calidad de la respuesta, y, por tanto, su desigualdad.

En un continente donde la limitación de recursos es una realidad incontestable en la acción cotidiana, la inversión sanitaria debe reconocer esta restricción y traducirla en mecanismos responsables de priorización, donde la planificación y no la improvisación y las expresiones de deseos sean la norma. De la sistematización de estos mecanismos surgirán herramientas para una gestión responsable, de modo que el derecho a la salud no sea solo un tema de declamación, sino también de garantía real y explícita, con capacidad de igualar oportunidades, convirtiéndose en un instrumento democratizador.

Asimismo, los países de América Latina y el Caribe (ALC) son testigos de que más allá de las limitaciones financieras mencionadas, existen otras restricciones institucionales u operativas que hacen que las personas tengan diferente acceso a un sistema de salud eficaz. Diferencias en esquemas de cobertura —explícita o implícita—, en localización geográfica, etnia o edad, agregan barreras al cuidado necesario. Más aún, en tanto estas diferencias también involucren al sistema educativo, las brechas de coordinación entre sectores sociales y las limitaciones a espacios de prevención, promoción y comunicación, potencian la disparidad.

Previamente a la llegada de la pandemia, los sistemas de salud de la región se enfrentaban a cuatro grandes desafíos: demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y ambientales. En primer lugar, la población exhibe una mayor tasa de envejecimiento con una esperanza de vida más alta y una tasa de fecundidad más baja. A su vez, los países migran hacia una transición epidemiológica donde sus habitantes se enferman, sufren y fallecen por

enfermedades cardíacas y crónicas no-transmisibles. Sin embargo, el peso de las enfermedades contagiosas vinculadas a la pobreza aún sigue siendo relevante. La acumulación epidemiológica impone un desafío en la asignación de recursos sectoriales: ¿debe priorizarse el cuidado de las enfermedades con mayor proporción de años de vida perdidos (crónicas) u orientarse a desterrar enfermedades contagiosas que aún aquejan a una parte significativa, aunque no-mayoritaria, de la sociedad? Tal dilema sobre eficiencia asignativa en el uso de recursos sanitarios es probablemente imposible de responder satisfactoriamente.

Concomitantemente, las industrias asociadas a los sistemas de salud despliegan innovaciones en medicamentos, equipamientos e insumos médicos, así como en procesos y tratamientos que buscan brindar soluciones que mejoren la calidad y la duración de la vida. Este círculo virtuoso no necesariamente redundará en decisiones efectivas por parte de las autoridades sanitarias, en tanto interactúan con la búsqueda de amortización de inversiones en investigación y desarrollo asociadas con la innovación, lo cual lleva a instancias de negociación y conflicto de intereses. Ante la ausencia de marcos normativos que promuevan la protocolización de los espacios de evaluación rigurosa e insesgada de tecnologías sanitarias, pueden inducirse demandas no deseadas, e incluso llevar a la judicialización de las decisiones de cobertura, donde la capacidad de definir políticas y prioridades sanitarias es ejercida por instituciones sin capacidad técnica para hacerlo.

Complementariamente, enfrentamos el desafío global del cambio climático, definido por decisiones individuales y colectivas sobre el cuidado del entorno, con impacto negativo sobre nuestro futuro y el de próximas generaciones. La miopía en la toma de decisiones prioriza la acción presente a pesar de los riesgos futuros, y los efectos de tales conductas son cada vez más explícitos.

Este último concepto de cómo las conductas individuales afectan al conjunto, poniendo en peligro su salud y supervivencia, permite un paralelo con la situación actual. La falsa discusión entre libertades individuales y cuidado colectivo se potencia ante la aparente necesidad de profundizar las antinomias políticas, con lo cual se fomenta la desinformación en lugar de la difusión de buenas prácticas, así como el enfrentamiento antes que la búsqueda de consensos y el aprendizaje ante un riesgo externo observable.

En otras palabras, la segmentación sistémica, la atomización en la toma de decisiones, la limitación de recursos y los desafíos de atender necesidades sanitarias en competencia exigen de mecanismos de *enforcement*

eficaces y pautas transparentes en la toma de decisiones. Más desafiante, nos muestra que el verdadero cambio en los sistemas de salud se traduce en una toma de responsabilidad colectiva, especialmente de aquellos grupos con mayor capacidad de voz.

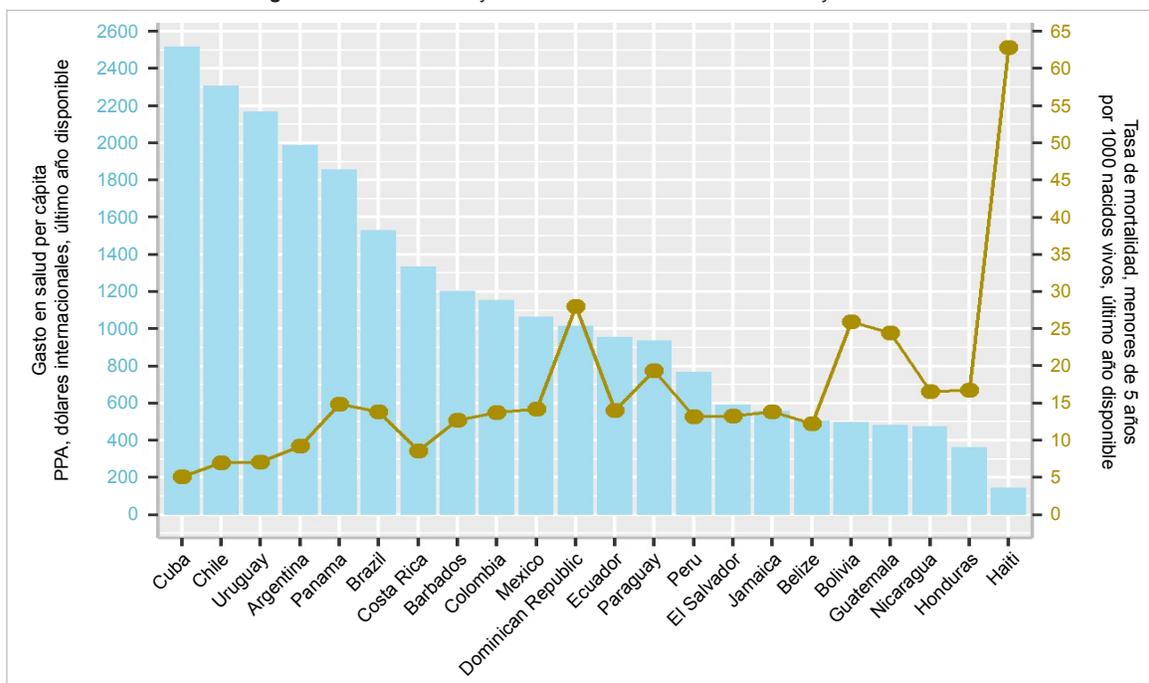
### Resultados sanitarios y organización sectorial

El mapa de perfiles epidemiológicos de la región muestra a Haití en un extremo, con más del 70% de sus años de vida perdidos vinculados con enfermedades transmisibles, una proporción menor al 20% asociado con enfermedades crónicas, y 10% por accidentes y violencia. En el otro extremo, Cuba, Chile y Uruguay tienen menos del 20% de los años de vida perdidos asociados a enfermedades contagiosas, mientras que con mayor relevancia emergen las muertes por dolencias crónicas y, más recientemente, con accidentes. Esta profunda diferencia entre países amerita una discusión que excede los límites nacionales y abre un debate multilateral sobre sus motivos y abordajes.

Inicialmente, tal diferencial podría vincularse con la desigual inversión sanitaria. Para abordar esta hipótesis, la Figura 1 exhibe la relación entre el gasto total en salud per cápita y la tasa de mortalidad en menores de cinco años. Nuevamente la brecha entre países es marcada: Cuba, Chile, Uruguay y Argentina cuentan con los mayores desembolsos unitarios, superiores a los USD (PPA) 2 000, y los mejores resultados; en cambio Haití, Honduras, Nicaragua y Guatemala muestran erogaciones per cápita inferiores a los USD (PPA) 600, con una diferencia de veinte a uno entre extremos. Los resultados sanitarios también son dispares (5°/00 en Cuba y 65°/00 en Haití) y expresan una correlación inversa con el gasto, aunque no parecieran justificar la totalidad del fenómeno.

Algunos factores que contribuyen a explicar estas diferencias descansan en los determinantes sociales de la salud (ingreso, educación, acceso a agua potable y saneamiento), así como a la densidad poblacional y la extensión geográfica, que facilitan/dificultan el acceso a servicios. Otros factores reflejan los usos alternativos de los recursos sanitarios: en naciones de bajos ingresos y perfiles epidemiológicos intensivos en enfermedades transmisibles, el valor de un dólar invertido en salud tiene una productividad medida en sobrevida mayor que en una nación de mayores ingresos, donde “ahorrar” un año de vida implica desafiar patologías de más difícil resolución.

Asimismo, altos (bajos) niveles de gasto no necesariamente se correlacionan con mayor (menor) eficiencia en su uso, pues existen dos vectores de motivos a considerar: la eficiencia en el uso de fondos y la calidad de los servicios involucrados.

**Figura 1.** Gasto en salud y mortalidad infantil en América Latina y el Caribe

Fuente: elaboración con base en datos del World Development Indicators del Banco Mundial (datos disponibles al 2020)

### Eficiencia y equidad en los sistemas de salud. Un marco conceptual

La inversión sanitaria puede tomar la forma de pagos directos de las familias o sostenerse mediante mecanismos de aseguramiento social (canalizados por el Estado o por instituciones de seguridad social). La red de aseguramiento social muestra el nivel de protección financiera en salud que, con mayor o menor efectividad, procuran reducir los desembolsos de los bolsillos familiares para atender la enfermedad.

Como complemento de estas fuentes se encuentra la ayuda externa, con donaciones a gobiernos o filiales nacionales o instituciones de la sociedad civil que implementan actividades propuestas por agencias de cooperación.

Más allá de los modos en que se instrumenta la prestación de servicios, la equidad sistémica se traduce en cuál es la entidad (Estado, familias, fuentes externas) que se hace cargo del financiamiento de la atención de la salud. La estructura de protección financiera, junto con el diseño del modelo de atención, constituyen los dos pilares de cualquier sistema de salud.

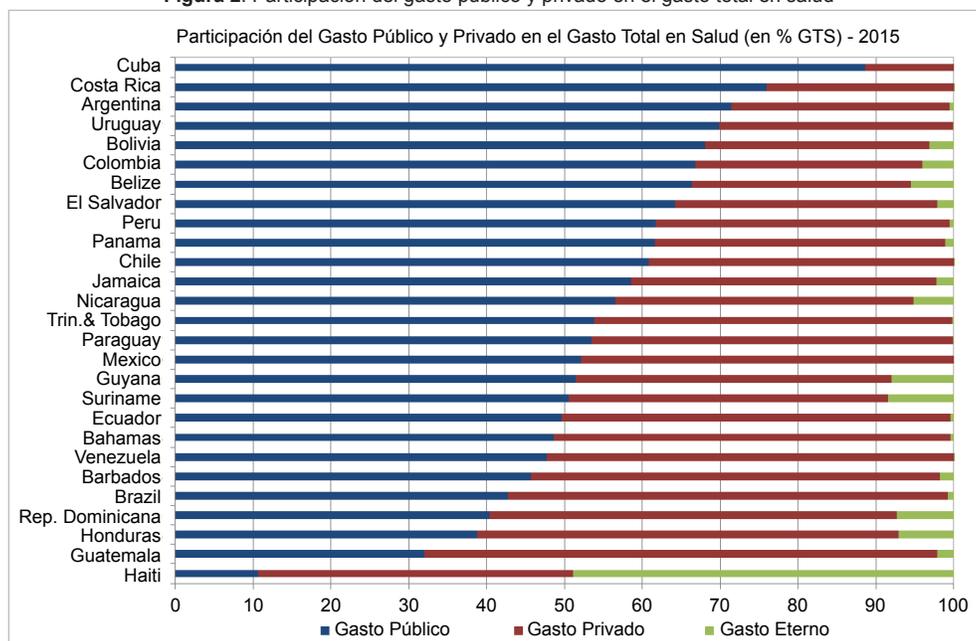
La Figura 2 ordena a los países de la región a partir de las fuentes mencionadas, ubicándolos de mayor a menor participación pública y de seguridad social. Cuba lidera con la mayor participación estatal en los recursos sectoriales (cerca al 90%), en tanto Haití se ubica en la base de la figura (menos del 10%). Salvo excepciones, los espacios públicos de las naciones ubicadas en la parte

superior reflejan mayor cobertura que aquellas localizadas debajo. También la estructura del sector privado entre un grupo y otro difiere: la presencia de seguros privados y abono de copagos es más frecuente en la mitad superior, donde la posibilidad de generar provisiones ante la eventual enfermedad es más frecuente que su pago directo. Hacia abajo, la presencia privada es menos institucionalizada, intensiva en pagos directos a proveedores, en algunos casos informales (farmacias como primera fuente de atención y medicina tradicional). En esos casos, la falta de recursos posterga el momento de búsqueda de cuidado, afectando no sólo la cobertura sino también la calidad resultante. Esta lógica entre naciones se reproduce al interior de los países: el gasto del bolsillo de las familias relativamente pobres es mayor que el de las familias ricas, y sus mecanismos de cuidado y acceso son más informales y esporádicos.

Siguiendo trabajos anteriores (6), se propone el estudio de los sistemas de salud en términos de dos dimensiones (Figura 3): una dimensión horizontal, que refleja la presencia de subsistemas diferenciados, y una dimensión vertical, donde surgen las funciones a desplegar al interior de cada uno de ellos.

La dimensión horizontal muestra la segmentación público-seguridad social-privado que —con distintas características— representan el 80% de los países de la región. Esta separación entre subsistemas afecta claramente la equidad sectorial en su conjunto, en

**Figura 2.** Participación del gasto público y privado en el gasto total en salud



Fuente: elaboración con base en World Development Indicators.

tanto diferencia a la salud pública —relativamente más desprovista de recursos y orientada a la población relativamente más pobre— de la seguridad social, que cubre a contingentes con empleos formales y niveles medios de ingresos. El sector privado, por su parte, se concentra en los quintiles ricos. De este modo, la calidad, la oportunidad y el acceso de los sistemas de salud difieren entre grupos poblacionales, y la segmentación del sistema refleja la distribución del ingreso.

Cada subsistema cuenta con distintas funciones, que pueden sintetizarse en cinco:

La función regulatoria, que define las reglas del juego de todos los actores sectoriales, estableciendo pautas de producción, innovación y prescripción; la segunda función es de financiamiento, donde se originan los recursos que sustentan cada subsistema; en tercer lugar, la función de aseguramiento, que establece las funciones de garantías de derechos a las que cada ciudadano/a de

**Figura 3.** Dimensiones horizontales y verticales de los sistemas de salud



Fuente: Maceira (6).

cada subsistema está adscrito, y define qué servicios se brindan, a quiénes y bajo qué circunstancias.

Por debajo, la función de gerenciamiento o gestión identifica los modos de utilización de los recursos, dadas las pautas regulatorias existentes y dentro del marco de aseguramiento del subsistema: mecanismos de pago, estructura de redes prestacionales, descentralización geográfica y autonomía hospitalaria, estrategias de prevención y promoción de la salud son todas herramientas que confirman el menú de opciones gerenciales.

Finalmente, la quinta función muestra a la red prestacional de servicios, la que establece el contacto directo con el/la paciente. Usualmente, los niveles de cobertura, calidad y efectividad del sistema se atribuyen a este último eslabón, cuando en realidad son producto del encadenamiento de acciones del conjunto de las cinco funciones, que se traduce en un vector de indicadores resultante de esta cadena de responsabilidades.

En conclusión, la relación horizontal identifica la equidad sectorial en tanto que la dimensión vertical explica su eficiencia, condicionando los niveles observados de inversión en salud. Ello refleja que mayores

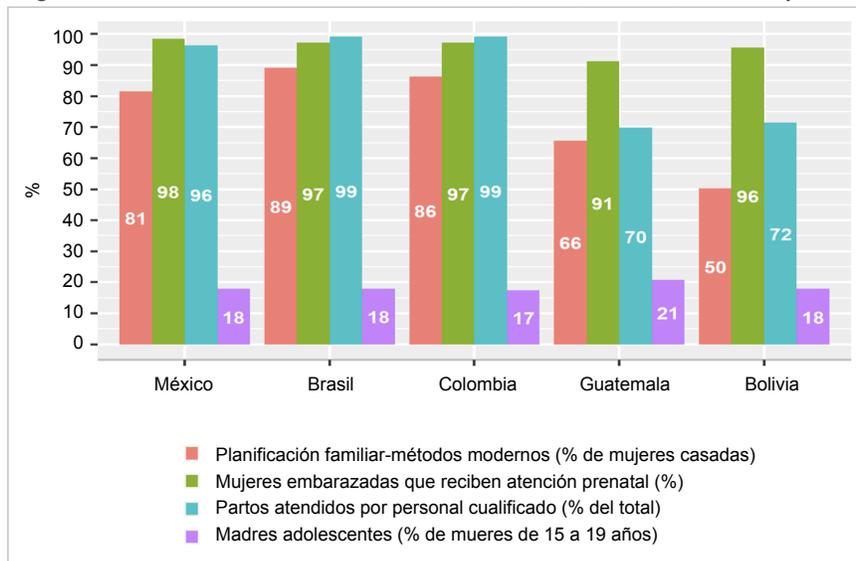
niveles de fragmentación horizontal y de desarticulación vertical atentan contra la efectividad del gasto.

#### La calidad de atención en la discusión sectorial

Más allá de los desafíos planteados previamente, América Latina y el Caribe ha logrado expandir el acceso en las últimas dos décadas, afectando claramente la calidad prestacional: el porcentaje de partos institucionalizados alcanza más del 85% en 21 de 26 países, la tasa de inmunización contra el sarampión se encuentra por encima del 90% en el promedio regional, y 18 de 26 países afirman brindar atención prenatal precisa a sus mujeres embarazadas. Por su parte, y considerando el Índice de Cobertura Universal de los Servicios de Salud (*World Development Indicators*), diecinueve países tienen cubierta al menos al 70% de su población, y en seis la cobertura se sitúa entre el 60% y el 70%. Solo Haití no puede alcanzar al menos la mitad de su población.

La Figura 4 resume comparativamente algunos resultados que contribuyen a la calidad sistémica para cinco países de la región con características distintivas: México, Brasil, Colombia, Guatemala y Bolivia,

**Figura 4.** Indicadores de atención de la salud en México, Brasil, Colombia, Guatemala y Bolivia



Fuente: elaboración con base en datos del Banco Mundial (2021)

refiriendo algunas de las conclusiones presentadas en el párrafo anterior.

Más allá de la extensión de cobertura, la calidad también puede considerar los tiempos de espera o la distancia al centro de salud más cercano. Una vez que se ha establecido un diagnóstico o una necesidad de atención médica, el siguiente paso en la cadena entre la disponibilidad de servicios y los resultados de salud es que el paciente pueda acceder realmente a los servicios necesarios. En este caso, la información disponible no

permite las comparaciones intrarregión, lo cual deja abierta la posibilidad de una agenda de trabajo a futuro.

Una encuesta de percepción implementada en adultos en Brasil y México (7) muestra que los tiempos de espera fueron reportados como la segunda razón más importante para no buscar atención en Brasil (38% de los encuestados) y la tercera razón más importante en México. El acceso a procedimientos intensivos en tecnología o a consultas de un especialista pueden considerarse como variables proxy de calidad de la atención. Según una revisión de la

OPS (2000), solo seis de los 25 países encuestados tenían procedimientos formales para la acreditación de servicios e instalaciones de salud (8), y la proporción de especialistas sobre enfermeros/as es mayor en Uruguay, Chile, Costa Rica y Argentina, con resultados opuestos en países más pobres.

Una visión sistémica puede considerar la calidad como la forma en que se asignan los recursos sanitarios para llegar de forma eficiente al mayor número de personas posible. Por ejemplo, un trabajo realizado en Colombia y México (9) revela que a la mitad de las personas con diabetes o hipertensión nunca se les ha diagnosticado su afección, lo que impide un manejo efectivo de dichas condiciones. En Argentina, varios estudios muestran que la descentralización provincial conduce a un acceso desigual al financiamiento público y a una menor cobertura formal, impactando en resultados básicos de salud, como la mortalidad infantil (10,11). Resultados similares sobre las desigualdades sociales y geográficas en el acceso a los servicios de salud para niños y adultos —aunque decrecientes en el tiempo— han sido confirmados para Brasil (12). En la misma dirección, el 75% de las jurisdicciones subnacionales mexicanas mantuvieron o aumentaron sus niveles de inequidad de acceso entre 1995 y 2002 (13).

Las cuestiones relacionadas con la equidad étnica constituyen una barrera clave para evaluar la calidad de los servicios en muchos países de ALC. Refiriéndose al caso colombiano, “hay violación de derechos, discriminación, falta de adaptación y reconocimiento de las diferencias (...) La etnia determina los niveles de vulnerabilidad social (...) convirtiéndose así en un determinante estructural del estudio de la equidad étnica para acceder a los servicios de salud” (14). Un estudio reciente sobre atención de salud perinatal y población indígena en Argentina, México y Perú (15) muestra que las dificultades geográficas y las barreras de transporte constituyen la primera razón por la que las mujeres indígenas de la provincia de Salta —noroeste de Argentina— no asisten a los puestos de salud pública (44% de las mujeres encuestadas), mientras que la brecha de acceso geográfica entre aquellas y las mujeres blancas es del 74%. En Oaxaca, las condiciones de pobreza imponen restricciones de oferta y demanda para brindar y recibir servicios de salud. No solo la insuficiencia de recursos limita la posibilidad de brindar servicios precisos y de calidad a la población, sino que también barreras geográficas como la distancia y los costos de transporte impiden que las mujeres indígenas asistan a los centros de salud pública.

En sistemas de salud segmentados, las brechas de calidad —en términos de cobertura, oportunidad o incluso comodidad— también se identifican en los subsistemas, más allá de las pérdidas de eficiencia descritas en la sección anterior. Las diferentes capacidades de

cada subsistema de recaudación de fondos reducen las posibilidades de brindar servicios de igual calidad entre sus grupos de población. Además, los paquetes de servicios definidos explícitamente —presentes en varios países y subsistemas— pretenden brindar un patrón de calidad que debe cubrirse con base en los derechos y la capacidad de voz en caso de que no se cumplan. Siguiendo a (16), una regulación “receptiva” —el uso por parte de los reguladores de mecanismos que responden al contexto, la conducta y la cultura de quienes están siendo regulados— es una estrategia prometedora para mejorar la calidad y seguridad de la atención al paciente: “(...) Si bien abundan las definiciones de regulación, usamos el término para referirnos a la gobernanza en el sentido amplio de dirigir el flujo de eventos, en lugar del sentido estricto de cumplimiento obligatorio de las reglas”. Más allá de eso, todavía hay un debate pendiente sobre cómo implementar estrategias sólidas de atención primaria de salud destinadas a mejorar el uso eficaz de los servicios.

### Discusión sistémica en el contexto del COVID-19

Los datos difundidos a lo largo del último año y medio reflejan una fuerte correlación entre el gasto en salud per cápita y la cantidad de testeos por cada cien mil habitantes, así como del ritmo de vacunación. Siguiendo con el planteo previo, el gasto en salud cristaliza desigualdades, y la reacción ante la emergencia no muestra diferencias con respecto a ese patrón.

Ningún sistema de salud puede prever una pandemia. Por tanto, es comprensible que su irrupción muestre limitaciones tanto en la respuesta de su modelo de atención como en sus mecanismos de protección financiera, producto de la reacción ante un evento extraordinario. Sin embargo, es posible identificar intervenciones o herramientas de política sanitaria que permitan estar mejor preparados para mitigar sus efectos, incrementando la equidad, la efectividad y la calidad de sus resultados.

Particularmente, un sistema eficaz de vigilancia epidemiológica permite recoger información temprana para la toma de decisiones, aislando grupos contagiados y contactos estrechos, evitando la difusión de la enfermedad. Históricamente, la región ha sido ejemplo de coberturas de vacunación exitosas, las cuales se han apoyado en espacios de vigilancia probados. Sin embargo, la información recogida para el promedio regional mostró que aún debe transitarse por un proceso de aprendizaje para ajustar rutinas existentes a riesgos emergentes.

Del mismo modo, modelos de atención basados en la articulación entre niveles favorecen la gestión de la pandemia, en la medida en que la enfermedad se ve enfrentada a un esquema cohesionado y compacto en el tratamiento de las necesidades de salud. Expandingo el

análisis más allá del sistema, un plan de acción pública comprehensivo en el diseño de políticas sociales involucra otras cuestiones tales como control de fronteras, políticas de compensación de empleo e ingresos, liberación fiscal a pequeñas empresas y la necesaria coordinación entre el sistema educativo con una agenda sistemática de prevención y promoción de la salud.

Por su parte, y siguiendo una tradición regional, la falta de mecanismos sistemáticos de generación de información y uso de la misma para la toma de decisiones, expone al campo sanitario la carencia de evidencia para reaccionar ante la pandemia. Una limitada experiencia de evaluación de experiencias debilita el aprendizaje y los mecanismos de priorización para la acción.

Finalmente, la segmentación discutida párrafos arriba solo permite una respuesta equitativa y de calidad si los espacios de discusión entre subsistemas y la coordinación entre ellos forman parte de la rutina operacional. Este fenómeno involucra la totalidad de las dimensiones verticales señaladas, como también los ejes de acción planteados: vigilancia, funcionamiento en red y gestión de la información.

Aprender de esta experiencia es clave para reorganizar los sistemas de salud a futuro. La agenda sanitaria como nunca antes emerge en la discusión política, y esta realidad debe ser capitalizada como un efecto colateral beneficioso de la crisis epidemiológica global, más allá de los colores políticos a cargo de la administración de los gobiernos nacionales o subnacionales. En tal discusión deben participar activamente el Estado y la academia, el sector público y el privado, especialistas locales, regionales e instituciones multilaterales que faciliten un diálogo estratégico sobre cómo fortalecer los sistemas de salud de América Latina y el Caribe ♣

## REFERENCIAS

- Maceira D. Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina, Documento de Trabajo no. 122 [Internet]. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2014 [cited 2021 Oct 18]. <https://bit.ly/3xkVgdS>.
- Knaut F, Wong R, Arreola-Ornelas H. Eds. Financing health in Latin America. Household spending and impoverishment. Global Equity Initiative, Harvard University. Massachusetts: Harvard University Press; 2012.
- Baeza C, Packard T. Beyond Survival. Protecting Household from health shocks in Latin America. Washington: Stanford University Press - The World Bank; 2006.
- Maceira D. Fragmentación e Incentivos en los Servicios de Salud de Latinoamérica y el Caribe. Documento de Trabajo No.335. Washington DC: Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo; 1996.
- World Bank. World Development Indicators [Internet]. Washington: World Bank; updated 2021 [cited 2021 Oct 18]. <https://bit.ly/2XIV9sO>.
- Maceira D. Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe. Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID). Buenos Aires: CEDES; 2001.
- Deloitte Center for Health Solutions. 2011 Survey of Health Care Consumers in Mexico: Key Findings, Strategic Implications. Deloitte; 2011.
- Ross AG, Zeballos JL, Infante A. [Quality and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean]. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2000 [cited 2021 Oct 18];8(1-2):93-8. <https://bit.ly/3MR73q0>.
- Gakidou E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Villalpando S, Lopez Ridaura R, Aekplakorn W, Naghavi M, Lim S, Lozano R, Murray JLC. Management of Diabetes and Associated Cardiovascular Risk Factors in Seven Countries: A Comparison of Data from National Health Examination Surveys. Bull. WHO. 2011; 89:172-83. <https://doi.org/10.2471/blt.10.080820>.
- Cetrángolo O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista de Economía Política de Buenos Aires [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 18];8(13):145-83. <https://bit.ly/3twxWv>.
- Maceira D. Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 18];IV(14):155-79. <https://bit.ly/3zGhqVW>.
- Travassos C, de Oliveira EX, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11:975-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>.
- Linares-Pérez N, López-Arellano O. Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. Salud colectiva [Internet]. 2009 [cited 2021 Oct 18];5:237-57. <https://bit.ly/3NTsvMu>.
- World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Oct 18]. <https://bit.ly/2ApRuUa>.
- Nigenda GD, Maceira C, Juárez OL. Mejorando la calidad de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en Argentina, México y Perú [Internet]. Morelos: Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 2020 [cited 2021 Oct 18]. <https://bit.ly/3xuYZFU>.
- Healy J, Braithwaite J. Designing safer health care through responsive regulation. Medical journal of Australia. 2016;184(S10):S56-S59.