



Alcanzar la cobertura universal de salud en América Latina: el papel de la investigación sobre la calidad de la atención

Reunión virtual

llevada a cabo los días 6 y 7 de octubre de 2020



The National Academy of Medicine is an autonomous non-profit entity founded in 1822. Their members represent different disciplines of medical sciences. The Academy studies scientific and technical issues related to the field of medicine, answers queries made by the public authorities, devotes preferential attention to problems related to public health, promotes scientific research, provides an opinion on ethical matters, promotes the cult of dignity and ethics in professional practice and offers its platform to experts who wish to present their research.



The Academy of Medical Sciences is the independent body in the UK representing the diversity of medical science. Our mission is to promote medical science and its translation into benefits for society. The Academy's elected Fellows are the United Kingdom's leading medical scientists from hospitals, academia, industry and the public service. We work with them to promote excellence, influence policy to improve health and wealth, nurture the next generation of medical researchers, link academia, industry and the NHS, seize international opportunities and encourage dialogue about the medical sciences.

Opinions expressed in this report do not necessarily represent the views of all participants at the event, the Academy of Medical Sciences, or its Fellows.

All web references were accessed in December 2020

This work is © The Academy of Medical Sciences and is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International

Alcanzar la cobertura universal de salud en América Latina: el papel de la investigación sobre a calidad de la atención

Contents

Prefacio	4
Resumen Ejecutivo	5
Introducción	7
Temas de debate.....	10
Contribuciones potenciales a la investigación.....	12
Conclusión.....	14
Anexo 1: Miembros del comité directivo.....	15
Anexo 2: Resúmenes por subgrupos	16
Anexo 3: Lista de participantes.....	21

La cobertura universal de salud (CUS), que proporciona a todos acceso a los servicios de salud esenciales sin riesgo de sufrir dificultades financieras, está integrada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Sin embargo, aunque el ODS 3.8 incluye el compromiso de brindar acceso a servicios de atención médica esenciales de “calidad”, en muchos países de ingresos bajos y medios, la calidad de la atención brindada dista de ser óptima.

La mala calidad de la atención repercute en la salud y el bienestar de las personas y de las poblaciones, y tiene implicaciones más amplias. Desperdicia recursos que podrían ser mejor utilizados y retarda el avance hacia el logro de otros ODS.

Muchos países de América Latina han alcanzado altos niveles de cobertura de atención médica, pero la calidad de la atención varía significativamente entre y dentro de los países. Esto contribuye a la existencia de importantes desigualdades en los resultados de salud.

En octubre de 2020, la *UK Academy of Medical Sciences (AMS)* y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Argentina) organizaron una reunión virtual conjunta para discutir los avances hacia el logro de una CUS de alta calidad en América Latina y el papel que la investigación podría desempeñar para mejorar la calidad de la asistencia proporcionada. La reunión fue financiada por la AMS, a través del *Global Challenges Research Fund* (Fondo de Investigación de Desafíos Globales).

El programa del taller fue desarrollado por los organizadores y un comité directivo presidido por el **Dr. Roberto Chuit**, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas (Argentina), y la **Profesora Catherine Law FMedSci**, *University College London*, (Reino Unido) (Anexo 1). Este informe proporciona un resumen de los temas clave que surgieron en el taller. Refleja las opiniones expresadas por los participantes en el taller, pero no necesariamente representa las opiniones de todos los participantes, ni de todos los miembros del Comité Directivo, ni de la AMS o la Academia Nacional de Medicina.

Resumen Ejecutivo

La cobertura universal de salud (CUS), es decir, la prestación de servicios esenciales de salud para todos sin riesgo de empobrecimiento financiero, es un elemento central de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como tal, es un objetivo clave de todos los países, incluidos los de la región latinoamericana.

Además del acceso a los servicios de salud, CUS también incorpora el compromiso de garantizar la calidad de esos servicios. Si bien el acceso y la cobertura tienden a recibir la mayor atención, la calidad de la atención también es parte integral de la definición de CUS.

Sin embargo, la calidad de la atención es un concepto complejo que abarca múltiples dimensiones, incluidas la eficacia, la seguridad y la satisfacción del paciente. También se puede ver desde múltiples perspectivas, ya sea desde el nivel del sistema de salud o de la institución, o desde la mirada de los usuarios del servicio. Esto puede dificultar el establecimiento de indicadores para evaluar la calidad de la atención, a fin de que se pueda monitorear el progreso hacia una CUS de calidad y que aquellos que toman las decisiones puedan ser considerados responsables.

A pesar de algunas mejoras en los indicadores de salud, como la esperanza de vida, los resultados de salud en América Latina son generalmente inferiores a los de los países de ingresos altos. Además, los países de América Latina muestran niveles particularmente altos de desigualdad en salud, y las comunidades en desventaja socioeconómica y otras comunidades marginadas muestran resultados de salud notablemente peores. Estas comunidades se han visto especialmente afectadas por la pandemia de COVID-19. A pesar de los compromisos con la CUS, las inversiones gubernamentales en salud no han alcanzado, en su mayoría, los objetivos acordados de ingresos nacionales.

En octubre de 2020, un taller virtual organizado conjuntamente por la *UK Academy of Medical Sciences* y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Argentina) buscó evaluar el estado actual de la CUS en la región, discutir cómo se podría avanzar en la consideración de la calidad en la agenda de la CUS e identificar las contribuciones potenciales que podrían realizar las comunidades de investigación tanto regionales como mundiales. A continuación de los grupos de trabajo y de las presentaciones y discusiones plenarias, los participantes identificaron una serie de cuestiones prioritarias:

- **Factores políticos:** los participantes identificaron la necesidad de garantizar un fuerte compromiso político con la CUS, la inversión en esa cobertura y en la atención primaria, el abordaje de las desigualdades en salud y la garantía de un apoyo adecuado para la investigación. Se consideró fundamental promover la toma de decisiones basada en la evidencia y abordar el problema de la corrupción dentro del sistema de salud, para generar confianza pública y asegurar el uso eficiente de los recursos.
- **Desigualdades:** la exposición desigual a los riesgos para la salud y el acceso no equitativo a una atención de alta calidad se consideraron fundamentales para las desigualdades en salud que afectan a las poblaciones desfavorecidas y crean brechas críticas en la CUS.
- **Definiciones:** se consideró que los desafíos para definir la "calidad" en la atención médica y la falta de métricas estandarizadas y acordadas eran percibidos como obstáculos importantes para la priorización de la calidad; los participantes sostuvieron que las iniciativas de la CUS deben centrarse en los resultados y la calidad más que solo en el acceso.
- **Datos:** los datos limitados dificultan el seguimiento del progreso hacia la CUS de calidad y hacen que las autoridades sean responsables por los compromisos de la CUS. También se consideró que la debilidad de los sistemas de información sanitaria era un problema importante.

- **Compromiso de la comunidad:** se consideró esencial involucrar a las comunidades en el desarrollo de la CUS, por ejemplo, para informar el desarrollo de definiciones, métricas y estándares de atención. Se consideró que el envío de mensajes relativos a la salud a las comunidades no era óptimo, particularmente en el contexto de COVID-19.
- **COVID-19:** además de su impacto directo, la pandemia de COVID-19 ha tenido un efecto altamente disruptivo en los sistemas de salud. También ha exacerbado los problemas existentes, como las desigualdades en salud, y ha destacado la importancia de la atención primaria de la salud y la necesidad de contar con sistemas de salud sólidos. Pero también ha catalizado innovaciones en la atención, como un mayor uso de “mhealth” o Salud móvil a través de dispositivos móviles (tablets, teléfonos móviles, etc), y puede crear las condiciones para la reingeniería de los sistemas de salud a fin de alcanzar mejor los objetivos de calidad de la CSU.

Los participantes también identificaron una variedad de formas en que la comunidad de investigación podría abordar estos desafíos y potenciar la agenda de calidad de la CSU en la región:

- **Marco de métricas:** existe una necesidad urgente de métricas adecuadas para el monitoreo de la CSU, incluida la calidad, así como de sistemas de datos / TI para la recolección y análisis de datos.
- **Equidad:** es necesaria la investigación para conocer las barreras existentes para el uso de la atención médica, particularmente entre las comunidades desfavorecidas, así como para desarrollar y evaluar las intervenciones a fin de superarlas.
- **Implementación / investigación operativa:** es necesaria la investigación sobre la adaptación e introducción de intervenciones comprobadas y mejoras del sistema en contextos locales.
- **Investigación económica de la salud:** además de los análisis de costo-efectividad para generar la evidencia que sirva de base al diseño de políticas, se requieren estudios más amplios sobre el financiamiento de la salud para garantizar que los recursos se utilicen de manera inteligente, adecuada y eficiente.
- **Innovación:** se necesita más investigación para desarrollar y evaluar innovaciones, como “mhealth” e intervenciones digitales, para promover la CSU y la atención primaria centrada en el paciente.
- **Compromiso político:** la comunidad de investigación tiene un papel importante que desempeñar en la comunicación con los políticos y con los hacedores de políticas para promover la CUS y las prácticas basadas en la evidencia.

El COVID-19 ha tenido un impacto devastador en América Latina. Además de las muertes atribuidas directamente al virus, las complicaciones asociadas con la infección y las alteraciones de los servicios de salud tendrán, inevitablemente, un impacto a largo plazo, al aumentar la demanda de servicios de salud en los próximos años. La pandemia también acentuó el impacto económico de las emergencias sanitarias y las consecuencias de una inversión inadecuada en los sistemas de salud. Esta experiencia puede incentivar un mayor compromiso con los sistemas sanitarios, mientras que los inevitables desafíos a las finanzas públicas también resaltarán la necesidad de hacer el mejor uso posible de los limitados recursos sanitarios. En estos tiempos difíciles, la comunidad de investigación tiene un papel clave que desempeñar en la entrega de la evidencia para garantizar que los sistemas de salud brinden atención de calidad a todos, de manera efectiva y eficiente.

Según la OMS, la cobertura sanitaria universal (CUS) es un medio para garantizar que todas las personas y comunidades puedan utilizar los servicios de salud (de promoción, preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos) que necesiten con la calidad suficiente para ser eficaces y que, al mismo tiempo, aseguren que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades económicas.¹ La CUS es una parte integral de la constitución de la OMS acordada en 1948, que declaró la salud como un derecho humano fundamental, y de la agenda de “Salud para todos” establecida en la Declaración de Alma Ata en 1978². La CUS se menciona específicamente en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3)³ y, al garantizar la salud de las poblaciones, también hace una contribución fundamental para el cumplimiento de otros ODS.

El concepto de CUS se basa en tres dimensiones fundamentales:

- **Equidad:** los servicios deben estar disponibles para todos, independientemente de su capacidad de pago.
- **Calidad:** los servicios deben ser de la más alta calidad posible.
- **Protección financiera:** el uso de los servicios de salud no debe poner a las personas en riesgo de sufrir dificultades financieras.

A menudo, los debates sobre la CUS se centran en el acceso y la equidad, y en la necesidad de que los servicios de salud estén disponibles para todos. Sin embargo, el ODS 3.8 también destaca la calidad de dichos servicios. Cada vez más, la comunidad de investigación y los creadores de políticas destacan la importancia de la calidad del servicio de atención médica, lo que se refleja en el hecho de que el 60% de las muertes por afecciones tratables ocurren entre quienes realmente obtuvieron acceso a la atención.^{4,5} De manera similar, un informe conjunto de la OMS, el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha defendido la importancia de la calidad de la atención desde las perspectivas de la salud, la economía y la justicia social⁶.

1. WHO. *Universal health coverage (UHC)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
2. WHO. *Declaration of Alma Ata*. 2018. Geneva: WHO: Disponible en: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
3. United Nations. *Sustainable Development Goals: Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
4. Kruk ME, et al. *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*. *Lancet Glob Health*. 2018;**6(11)**:e1196–e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
5. Kruk ME, Pate M. *The Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems 1 year on: progress on a global imperative*. *Lancet Glob Health*. 2020;**8(1)**:e30–e32. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30485-1.
6. WHO, World Bank, OECD. *Delivering quality health services: A global imperative*. 2018. Washington DC: World Bank. <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage>

La “calidad” de los servicios de salud abarca múltiples elementos diferentes y puede verse desde una variedad de perspectivas. El *US Institute of Medicine (ahora la US National Academy of Medicine)*⁷, la OCDE⁸ y la OMS⁹, por ejemplo, han propuesto varias definiciones de calidad. La definición de calidad suele ser amplia, y abarca tanto la seguridad como la eficacia de un medicamento u otra intervención, pero también cómo se realiza esa intervención y cómo se organiza un sistema de salud en general (Cuadro 1).

Además, la calidad se puede considerar a diferentes niveles. Por ejemplo, los pacientes tendrán una perspectiva particular sobre la calidad de la atención, basada principalmente en sus interacciones con los trabajadores de la salud. Pero la calidad también se puede ver a nivel organizacional o institucional, enfocándose en cómo se administra y brinda atención un establecimiento y, a nivel de sistema que incorpora factores adicionales de nivel superior, cómo operan juntos los diferentes elementos de un sistema de salud y la variación geográfica en los resultados de la atención y de la salud. Sin embargo, cualquiera que sea la perspectiva que se adopte, una característica clave de la calidad es que los servicios deben prestarse de manera que estén diseñados en torno a los pacientes: un enfoque centrado en el paciente¹⁰.

Cuadro 1: Dimensiones de la calidad en la atención sanitaria⁴

- **Segura:** evitar a los pacientes daños causados por la atención con la que se pretende ayudarlos.
- **Efectiva:** brindar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse, y abstenerse de proporcionar servicios a quienes, probablemente, no se beneficiarían (lo que evita la infrautilización y el mal uso, respectivamente).
- **Centrada en el paciente:** brindar atención que sea respetuosa y que responda a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente, y que garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.
- **Oportuna:** reducir las esperas y, a veces, los retrasos perjudiciales tanto para quienes reciben atención como para quienes la brindan.
- **Eficiente:** evitar el desaprovechamiento de equipos, de suministros, de ideas y de energía.
- **Equitativa:** proporcionar atención que no varíe en calidad debido a características personales como género, etnia, ubicación geográfica y nivel socioeconómico.

A pesar de este enfoque global en la calidad, esta sigue siendo difícil de alcanzar en muchos entornos, en particular (aunque no exclusivamente) en los países de ingresos medios y bajos (PIMB). La OMS estima que la atención de mala calidad provoca hasta 9,4 millones de muertes al año, mientras que uno de cada tres pacientes experimenta una atención desconsiderada y una mala comunicación⁶. Los efectos colaterales de estas deficiencias son sustanciales: la atención de mala calidad genera, cada año, entre USD 1,4 y USD 1,6 billones en pérdida de productividad en los PIMB⁶.

7. Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001. Disponible en: <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>

8. OECD. *Health Care Quality Framework*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-framework.htm>

9. WHO. *Quality Health Services*. <https://www.who.int/servicesafety/areas/qhc/en/>

10. WHO. *What are integrated people-centred health services?* <https://www.who.int/servicesafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>

América Latina ha logrado algunos éxitos notables en salud en las últimas décadas. El gasto nacional en salud ha aumentado y se ha mejorado la protección social, lo que ha permitido mejorar el acceso a los servicios de salud. Esto ha contribuido a la caída de las tasas de mortalidad en la región: la mortalidad evitable se redujo en un 46,9 % entre 1990 y 2016 en América Latina y el Caribe¹¹. Sin embargo, la mayoría de los países no han cumplido sus compromisos de gastar el 6 % del PBI en salud, y solo cuatro países han reducido, a los niveles previstos, el gasto de bolsillo en salud.

Además, las transiciones demográficas están provocando cambios en los patrones de enfermedad, en particular el crecimiento de enfermedades no transmisibles¹²; al mismo tiempo, se prevé que el aumento de la longevidad conducirá al envejecimiento de la población con necesidades sanitarias adicionales. En el corto plazo, el COVID-19 ha tenido un gran impacto en la región, directa e indirectamente. Además de las muertes causadas por COVID-19, la pandemia ha interrumpido tanto la prestación de atención médica como la conducta de demanda de atención médica.

Para analizar el progreso hacia la CUS en América Latina, particularmente teniendo en cuenta la pandemia de COVID-19 y para considerar el papel que podría desempeñar la investigación en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica, en octubre de 2020 la *UK Academy of Medical Sciences* (AMS) y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires (Argentina) organizaron una reunión conjunta de debate virtual. Además de las presentaciones, los grupos de trabajo analizaron tres temas clave: salud pública, acceso y cobertura de atención médica, y salud y otros sectores (resumidos en el Anexo 2).

11. GBD 2017 Mortality Collaborators. *Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. Lancet 2018;**392**(10159):1684-1735. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31891-9.

12. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Lancet 2020;**396**(10258):1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

De las presentaciones y de las discusiones plenarias surgieron una variedad de temas convergentes:

Factores políticos: los participantes argumentaron que se requieren altos niveles de **compromiso político** para lograr una CUS de alta calidad en América Latina. Esto debe incluir el compromiso de abordar las marcadas desigualdades en salud. Los participantes instaron a los gobiernos latinoamericanos a aumentar el gasto en salud, en particular para fortalecer los sistemas de atención primaria de la salud, que son los cimientos de la CUS. El gasto de bolsillo es alto en comparación con los países de la OCDE y, en los últimos años, se ha reducido solo un pequeño grado en la mayoría de los países; en algunos, ha aumentado¹³.

También se argumentó que los países latinoamericanos necesitan mejorar la **gobernanza** de los sistemas de salud para enfrentar la corrupción existente en múltiples niveles¹⁴. En muchos países, la percepción pública de la corrupción es superior al promedio de la OCDE.

Otro desafío es la necesidad de adoptar una **perspectiva a largo plazo**. En muchos países de América Latina, un panorama político volátil puede conducir a frecuentes cambios de gobierno y a modificaciones en la política de salud o a la desarticulación de las reformas de salud implementadas por una administración anterior.

Abordar las desigualdades: se reconoció que el logro de la CUS en la región dependería de un mejor acceso a la atención médica primaria de calidad entre las **poblaciones desfavorecidas**. Dado que la salud está fuertemente influenciada por factores ambientales y sociales, las poblaciones desfavorecidas suelen tener una mayor carga de enfermedad. Esta carga desigual se ve agravada por el menor acceso a la atención y la menor calidad de la atención en general.

Las poblaciones pueden verse desfavorecidas por múltiples razones. Además de las desventajas socioeconómicas, las poblaciones de las zonas urbanas pobres y las zonas rurales remotas pueden estar poco atendidas por los sistemas de salud. Las poblaciones también pueden verse marginadas por razones socioculturales y, en muchos países¹⁵, las poblaciones de minorías étnicas suelen tener peores resultados de salud. Los conflictos civiles pueden conducir al desplazamiento, que también tiende a tener impactos perjudiciales en la salud, en el bienestar y en el acceso a la atención médica.

Los participantes sugirieron que, en la región, otro desafío es la **fragmentación** de los servicios de salud, con múltiples mecanismos de prestación en los sectores público y privado. La fragmentación es un obstáculo para el desarrollo de estrategias para brindar una atención de mayor calidad para todos.

Definiciones: los participantes señalaron que no es sencillo **definir "calidad"** en la atención médica. El concepto de calidad abarca múltiples aspectos diferentes de la atención y puede ser considerado desde varios niveles distintos: el clínico, el de los sistemas y desde la perspectiva de las personas. Debido a estos desafíos, hay una falta de métricas acordadas y estandarizadas para evaluar la calidad.

En cuanto a la CUS, se sugirió que las métricas debían cubrir los resultados y la calidad de la salud, y no solo centrarse en el acceso y los gastos de bolsillo en salud (la base de los dos principales indicadores de los ODS de la CUS)^{16,17}. Sin embargo, en muchos países de la región, los datos de que se dispone sobre los resultados son limitados.

13. OECD and World Bank. *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*. 2020. Paris: OECD. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020-6089164f-en.htm>

14. García PJ (2019). *Corruption in global health: the open secret*. Lancet. 2019; **394(10214)**:2119-2124. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32527-9.

15. Mesenburg MA, et al. *Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries*. Lancet Glob Health 2018; **6(8)**:e902-e913. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30300-0.

16. https://www.sdg.org/datasets/f6c3182a119748dcb8db841cfce94e95_0

17. <https://www.sdg.org/datasets/indicator-3-8-2-proportion-of-population-with-large-household-expenditures-on-health-greater-than-10percent-as-a-share-of-total-household-expenditure-or-income-percent-5>

Datos: una consecuencia de la falta de métricas acordadas es la **escasez de datos** sobre el progreso hacia la CUS y las mejoras en la calidad de la atención en la región. Se sugirió que la falta de datos también contribuye a una responsabilidad limitada para alcanzar la CUS y los objetivos de calidad de la atención.

Los participantes también sugirieron que los **sistemas de información** de la región para recoger, compartir y analizar datos eran, en general, débiles. Una infraestructura de TI más sólida debe estar respaldada por mecanismos efectivos de gobernanza de datos y capacidad para su uso, de modo que los resultados de las actividades de control informen los cambios en las políticas y en las prácticas para alcanzar la CUS y los objetivos de calidad de la atención.

Compromiso de la comunidad: los participantes argumentaron que las **comunidades** deben estar íntimamente involucradas en las conversaciones sobre la CUS y la calidad de la atención. Dada la importancia de la atención centrada en el paciente, se manifestó que se requiere la participación del público para dar forma a las definiciones de calidad de la atención, los estándares de calidad de la atención y los métodos para evaluarla. Las comunidades informadas y comprometidas también podrían desempeñar un papel fundamental en hacer que los gobiernos rindan cuentas sobre la CUS y los compromisos de calidad de la atención.

Particularmente en el contexto del COVID-19, se argumentó que las comunidades habían estado sometidas a **mensajes** confusos y, a veces, contradictorios. Se requiere una mejor coordinación y un envío de mensajes basados en la evidencia para asegurar una mayor claridad y coherencia en la comunicación pública.

COVID-19: Se consideró que el COVID-19 había tenido un **impacto muy disruptivo en la prestación de servicios de salud** en la región. Además de la pérdida directa de vidas -América Latina ha sido una de las regiones más afectadas por la COVID-19-, la pandemia ha socavado tanto la capacidad del sistema de salud para brindar atención como la disposición o capacidad de las personas para hacer uso de los servicios de salud.

En particular, el COVID-19 ha enfatizado dramáticamente los problemas existentes, especialmente las desigualdades en salud ya que, nuevamente, la carga de la enfermedad recae, en forma desproporcionada, sobre los desfavorecidos. También ha destacado la importancia de la atención primaria de la salud, la necesidad de contar con sistemas de salud sólidos y el catastrófico impacto financiero de los desafíos sanitarios como las epidemias.

De manera más positiva, el COVID-19 también ha catalizado innovaciones en la prestación de atención médica, incluidos modelos de prestación más flexibles y centrados en el paciente. Las consultas virtuales y el suministro directo de medicamentos a los pacientes desde las farmacias, para apoyar los cuidados paliativos, se destacaron como áreas donde la práctica ha cambiado significativamente.

Contribuciones potenciales a la investigación

Los debates y las sesiones de trabajo identificaron una variedad de formas en las que la comunidad de investigación podría acelerar en la región el progreso hacia la CUS enfocada en la calidad:

Marco de métricas: se sugirió que los investigadores podrían ayudar a desarrollar un **conjunto de métricas acordadas** para monitorear el progreso hacia la CSU, incluida la calidad de la prestación de atención médica. Estas métricas deberían tener en cuenta las múltiples dimensiones de la calidad, así como los niveles en los que se aplican: nivel de sistema, nivel de institución y nivel de paciente o comunidad. Idealmente, estas medidas se estandarizarían internacionalmente para apoyar las comparaciones entre países.

Respaldando este trabajo, la comunidad de investigación podría apoyar el desarrollo de sistemas de **gestión de la información** para recopilar, compartir y analizar datos sobre la CUS y la calidad de la atención. Se señaló que era fundamental el acceso oportuno a los datos con fines de investigación. Los investigadores también podrían ayudar a garantizar que se establezcan sistemas apropiados para la gobernanza de datos, a fin de garantizar que estos se manejen de manera ética, y para generar apoyo público para la recopilación y el análisis de datos.

Equidad: los participantes argumentaron que garantizar un acceso equitativo a la atención médica de calidad requiere un buen conocimiento de las **barreras al uso de la atención médica**, muchas de las cuales probablemente sean específicas de los contextos locales. Se sugirió que un papel fundamental de la investigación era analizar las razones subyacentes a los malos resultados de salud, el acceso limitado a los servicios y la calidad inadecuada de los servicios entre las poblaciones desfavorecidas. Esto significaría trabajar con las comunidades directamente afectadas, así como con las estructuras de salud involucradas en brindarles servicios.

Otro papel importante de la investigación sería **desarrollar y evaluar las intervenciones** para mejorar el acceso y la calidad del servicio. Nuevamente, se argumentó que el desarrollo de las intervenciones debe ser efectuado mediante un fuerte compromiso con las comunidades y la participación de los trabajadores de la salud. Establecer relaciones con los **hacedores de políticas** también podría promover la aceptación y aumentar la probabilidad de implementación de nuevas prácticas.

Implementación/investigación operativa: se sugirió que, en muchas áreas, como la de la salud materno-infantil, ya existían intervenciones comprobadas que podrían mejorar la calidad de la atención y los resultados en el ámbito de la salud. El desafío clave es **mejorar la adopción y la ampliación de estas intervenciones** y acentuar su aplicación dentro de las estructuras de los sistemas de salud existentes, teniendo en cuenta los factores contextuales locales. Existe una gran necesidad de investigación operativa y de implementación para apoyar la introducción de intervenciones basadas en la evidencia y para mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Análisis económicos de la salud: para fundamentar la formulación de políticas, se requieren evidencias sobre la relación de **costo-rendimiento** de las intervenciones. Los análisis económicos de la salud pueden generar dicha evidencia y ayudar a acelerar la introducción de nuevas intervenciones y mejoras de la calidad. Idealmente, tales análisis deberían incluir una imagen lo más completa posible de las implicaciones financieras de las intervenciones, incluidos los beneficios sociales secundarios. Es probable que este tipo de estudios requieran **enfoques interdisciplinarios**, en particular el trabajo con economistas de la salud y científicos sociales.

En términos más generales, los participantes argumentaron que era necesario revisar **el uso de los recursos financieros en los sistemas de salud** para identificar las ineficiencias, la asignación sesgada de los recursos y la malversación de fondos. Dado que es probable que, después del COVID-19, los recursos se vean sometidos a presiones cada vez mayores, es esencial que el dinero se gaste en las áreas correctas, en el momento correcto y de la manera correcta.

Innovación: como ha ejemplificado la respuesta al COVID-19, existe un margen considerable para introducir **nuevas prácticas innovadoras** en la atención médica, en particular “mhealth” (o “eSalud”) y otras innovaciones digitales para promover la CSU y la atención primaria centrada en el paciente. Los participantes señalaron que es necesario desarrollar una sólida **base de evidencias** sobre estas innovaciones para respaldar su implementación y ampliación. También será importante apoyarse en la extensa literatura existente sobre innovaciones digitales para identificar aquellas con mayor relevancia para el contexto regional local. La investigación de la implementación (ver arriba) será importante para una mayor aceptación de intervenciones efectivas.

Compromiso político: se argumentó que los investigadores también debían **comprometerse con los políticos y los hacedores de políticas** para promover la agenda de la CSU, abogar por servicios de atención primaria de salud de calidad y defender la reducción de las desigualdades en salud, por ejemplo, haciendo hincapié en los aspectos económicos y sociales como beneficios para la salud obtenidos por la reducción de las desigualdades. Hubo algunas sugerencias de que sería beneficioso promover **legislación** para consagrar el derecho universal a la salud, pero también hay evidencia de que el escollo para la CSU rara vez es la base legislativa o política, sino la implementación de estos compromisos en la práctica.

También se requiere compromiso político para promover la **toma de decisiones basada en la evidencia** y la capacidad de las estructuras gubernamentales para utilizar la evidencia de la investigación. Estos enfoques podrían ayudar a abordar la cuestión de la continuidad entre las administraciones gubernamentales, si el compromiso de actuar sobre la base de la evidencia es compartido por todo el espectro político.

Conclusión

Si bien la CUS está insertada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible como una ambición global clave, la reunión reforzó la necesidad de que los gobiernos consideren no solo el acceso a los servicios de salud, sino también su calidad. Esto requiere un conocimiento común de la calidad entre las partes interesadas, que incorpore las percepciones de la comunidad sobre la calidad, así como las métricas acordadas para poder evaluar y monitorear la calidad de la atención.

La investigación tiene un papel facilitador potencialmente clave que desempeñar en el establecimiento de un fundamento para los enfoques basados en la calidad de la CUS, incluida la formulación de métricas adecuadas. Los participantes argumentaron que esto requería el reconocimiento nacional de la importancia de la investigación, la priorización de la investigación y el desarrollo de capacidades.

También se consideró importante aplicar una amplia gama de enfoques, que incluyan estudios cuantitativos y cualitativos, a través de colaboraciones interdisciplinarias. También se consideraron fundamentales las colaboraciones internacionales, incluidas las asociaciones Sur-Sur y las colaboraciones entre países de ingresos medios de otras regiones para apoyar las comparaciones internacionales y el intercambio de experiencias.

Si bien la generación y el análisis de datos fueron considerados críticos, también se señaló que tales actividades solo tendrían impacto si los gobiernos se comprometieran con la formulación de políticas basadas en la evidencia. Un mayor compromiso con los responsables de la formulación de políticas ayudaría a estimular el apetito por la evidencia y también contribuiría a garantizar que las actividades de investigación fueran impulsadas por las necesidades de los responsables de la formulación de políticas, lo que aumentaría la probabilidad de que se actúe sobre la evidencia.

Finalmente, se señaló que la región se ha visto gravemente afectada por la pandemia de COVID-19. Aunque el COVID-19 presenta grandes desafíos, también ha sido un catalizador para el cambio y puede brindar una oportunidad para promover la CUS y la agenda de calidad de la atención para que la región esté mejor preparada para futuras emergencias de salud.

Anexo 1: Miembros del comité directivo

Copresidentes:

- Dr. Roberto Chuit, Academia Nacional de Medicina e Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Argentina
- Profesora Catherine Law, miembro de la Academia de Ciencias Médicas, University College de Londres, Reino Unido

Miembros:

- Dra. Helena Legido-Quigley, Saw Swee Hock School of Public Health, Singapur/Reino Unido
- Dr. Jorge Daniel Lemus, Academia Nacional de Medicina, Argentina
- Dra. Maria Carmen Lucioni, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina
- Dr. Juan Antonio Mazzei, Academia Nacional de Medicina y Universidad de Buenos Aires, Argentina
- Dra. Diana Pinto, EE.UU.

Anexo 2: Resúmenes por subgrupos

Acceso a la atención médica y cobertura de salud

¿Qué establece la investigación sobre la calidad de la atención existente acerca de las barreras y los desafíos para alcanzar una CUS de alta calidad?

- Falta de rendición de cuentas.
- Problemas de continuidad: específicamente, las altas tasas de rotación de los hacedores de políticas implican que un titular puede iniciar la investigación y su sucesor nunca la llega a implementar.
- La “calidad” no tiene una definición o interpretación acordada:
 - Las distintas expectativas de los pacientes respecto de la calidad pueden distorsionar los resultados.
 - El acceso suele utilizarse como una medida sustituta, que genera un desajuste entre quienes pagan y los proveedores.
- La calidad clínica y la calidad del sistema no se reconocen como entidades separadas y la calidad del sistema está particularmente poco investigada.
- Falta de infraestructura para realizar investigaciones (por ejemplo, instituciones y recursos humanos).

Historias de éxito: muchos ejemplos en progreso

- Desarrollo de una herramienta estandarizada para medir la percepción de la calidad de la atención que tienen los pacientes para comprender qué tan bien la CUS está siendo implementada en diferentes lugares dentro y fuera de América Latina.
- Un centro de tratamiento residencial para revisar el acceso y las prácticas de tamizaje para pacientes con enfermedades cardiovasculares y cáncer.
- Gran recopilación de información para brindar una respuesta enfocada en la enfermedad de Chagas.
- Comprensión de las barreras para la aceptación de las vacunas: problemas de educación, religiosos, acceso físico o cadena de suministro.

¿En qué desafíos ha puesto énfasis la pandemia de COVID-19 con respecto a las investigaciones sobre la calidad de la atención en América Latina?

- Hay un enfoque significativo en el COVID-19, lo que significa que están siendo desatendidas las investigaciones sobre la CUS, están descontinuándose los proyectos existentes y no es posible realizar el trabajo de campo.
- La calidad de la atención ha disminuido y las percepciones que tienen los pacientes sobre la atención podrían haberse reducido, de manera que es posible que las investigaciones cualitativas futuras tengan fallas.
- La demora en el acceso a la información es un problema: los datos en tiempo real no se obtienen en tiempo real (información no específica sobre el COVID-19).

¿Qué oportunidades brinda la pandemia de COVID-19 para mejorar las investigaciones sobre la calidad de la atención en América Latina?

- En algunos casos, la importancia de la investigación ha subido en el nivel de importancia en la agenda como consecuencia del COVID-19, pero este no es el caso de la investigación sobre la calidad de la atención.
- El COVID-19 ha puesto en relieve las fragilidades de la calidad del sistema de atención médica y las investigaciones podrían ayudar con los futuros desafíos.
- Un aumento en la financiación en algunos países.

¿Qué prioridades de investigación existen en la calidad de la atención?

- El desarrollo de una lista de las 10 principales áreas de prioridad en las que se debe enfocar.
- La disparidad entre las necesidades y la investigación realizada.
- Los recursos deben centrarse en la manera de mejorar la implementación y adopción, en lugar del desarrollo de más intervenciones. La mejora de la implementación beneficiaría a todos los proyectos futuros.
- Las necesidades culturales y de liderazgo que están afectando la implementación y, por lo tanto, la calidad de la atención necesitan ser entendidas.

¿Qué enfoques y metodologías de investigación diferentes se necesitan para mejorar la calidad de la atención y cómo se puede desarrollar la capacidad de investigación para ponerlos en práctica?

- Se deben identificar los beneficios máximos que pueden rescatar de una intervención y los beneficios reales que se observan en el mundo real para resaltar los problemas de implementación.
- Se deben recopilar datos cualitativos, junto con datos cuantitativos, para explicar los “por qué” detrás de dicha información.
- Se debe incluir los resultados como una medición de calidad, más que simplemente el acceso a la atención.
- Diagnóstico, intervención, política.

Salud y otros sectores

¿Qué establece la investigación sobre la calidad de la atención existente acerca de las barreras y los desafíos para alcanzar una CUS de alta calidad?

- Determinantes sociales de la salud:
 - Educación, entorno, condiciones de vida, etc.
- Principales riesgos y barreras respecto de la atención médica de alta calidad:
 - Falta de infraestructura para las poblaciones vulnerables (por ejemplo, poblaciones indígenas y otros).
 - Información errónea que conlleva una desconfianza significativa en la ciencia.
 - Fragmentación de la asistencia de la salud.
- Puntos clave para alcanzar una alta calidad en la CUS:
 - Integralidad en la atención médica a través de la financiación adecuada.
 - Enfoque intersectorial a través del trabajo colaborativo.
 - Coherencia en la comunicación desde la ciencia, el sector salud y los gobiernos.

Historias de éxito

- Estrategias de eSalud/mHealth:
 - Servicios de salud proporcionados por medio de formas distintas.
 - Medicamentos de cuidados paliativos enviados directamente a los pacientes desde las farmacias.
- Empoderamiento de las poblaciones:
 - Autoidentificación de problemas médicos.
 - En algunos casos, el COVID-19 permitió que algunos países mejoren la manera de brindar la atención.

¿En qué desafíos ha puesto énfasis la pandemia de COVID-19 con respecto a las investigaciones sobre la calidad de la atención en América Latina?

- Resistance to change:
 - En particular, por parte de los profesionales de la salud.
- Manejo de la muerte y acceso a la medicina paliativa.
- Falta de comunicación sustentada por medio de evidencia e información:
 - La transparencia y la confianza son requisitos indispensables para permitir que se recopile información significativa.
- La división digital y la pobreza conducen a resultados deficientes:
 - Acceso a TI para comunidades en desventaja.
 - Falta de recursos para costear la atención médica.

¿Qué oportunidades brinda la pandemia de COVID-19 para mejorar las investigaciones sobre la calidad de la atención en América Latina?

- Puso énfasis en el rol de la atención médica.
- Creó un enfoque en el acceso a la atención primaria en lugar de la atención secundaria:
 - Promoción del acceso a las campañas de vacunación.
 - Esfuerzos continuos para desarrollar relaciones con las poblaciones vulnerables (por ejemplo, poblaciones indígenas y otras comunidades que carecen de apoyo).
- El uso de información real en colaboraciones a gran escala.
 - Colaboración en la investigación para mejorar la calidad en la CUS.
 - El rol de los métodos computacionales, lo que incluye la inteligencia artificial.

¿Qué prioridades de investigación existen en la calidad de la atención?

- Se debe explorar la disparidad entre la ciencia y la política/los políticos.
- Medicina preventiva:
 - Clave en la atención primaria.
 - Monitoreo e impacto de las enfermedades crónicas.
- Cooperación internacional:
 - Consideración de los aprendizajes provenientes de otros países.
- Presiones financieras:
 - Se necesita un enfoque en las estrategias rentables.

¿Qué enfoques y metodologías de investigación diferentes se necesitan para mejorar la calidad de la atención y cómo se puede desarrollar la capacidad de investigación para ponerlos en práctica?

- Se necesita un enfoque centrado en el paciente.
- Investigación cualitativa sobre:
 - La prevención y el camino del diagnóstico.
 - Recursos humanos dentro de las organizaciones de atención médica.
 - Estrategias de comunicación para la participación de la comunidad.
- Investigación cuantitativa sobre:
 - Establecer técnicas de modelado aplicadas a la calidad en la atención médica.
 - El análisis de las diferencias entre los países.

Salud pública

¿Qué establece la investigación sobre la calidad de la atención existente acerca de las barreras y los desafíos para alcanzar una CUS de alta calidad?

Liderazgo político – necesidad de promover que los líderes prioricen la salud

- Cada ministro de salud decide sus propias políticas. Cuando no hay un buen liderazgo, existe una gran desigualdad (demostrada a través del COVID-19, por ejemplo, en Brasil). Debe haber un mensaje político claro (promovido por la opinión de expertos) y debe ser el mensaje correcto.
- El deseo político mejorará el acceso a la atención médica de **calidad** (eficaz, segura, oportuna, adecuada). La salud pública de calidad también es clave.

Factor económico

- No hay suficiente inversión (exacerbada por la pandemia) y no se prioriza la atención médica de calidad.
- Faltan recursos o no son eficaces.
- La salud pública tiene un presupuesto muy bajo.
- Corrupción: “No hay dinero que sea suficiente para la salud si hay corrupción”.

Factor tecnológico

- Sistemas de información ineficaces.

¿En qué desafíos ha puesto énfasis la pandemia de COVID-19 con respecto a las investigaciones sobre la calidad de la atención en América Latina?

- La pandemia nos ha mostrado la prioridad actual de la atención médica. Ha puesto en relieve las fallas en la estructura actual de la atención médica y la obtención de recursos/tecnología de la información que la rodea.
- La intersección de la salud pública y la política es clave (por ejemplo, en Brasil, los políticos ignoraron a los expertos en salud). Existe la necesidad de consagrar los derechos humanos en la legislación, lo cual facilitaría el establecimiento de la CUS.
- Hay mucha desinformación/falta de confianza en el gobierno.
- El sistema de monitoreo ha fallado: hay problemas graves con la manipulación de la información, una completa falta de transparencia y, por lo tanto, un gran impacto en la calidad. El “test, test, test” no ha funcionado.

¿Qué oportunidades brinda la pandemia de COVID-19 para mejorar la investigación sobre la calidad de la atención en América Latina?

- El movimiento forzado hacia el mundo virtual y la TI ha sido útil para acceder a los servicios de atención médica.
- Sin embargo, la implementación de la TI también ha mostrado sus debilidades durante la pandemia (por ejemplo, una falla demostrable en Argentina, y en el Reino Unido, ¡la pérdida de 20.000 casos de COVID-19 por una planilla de Excel!).
- El COVID-19 ha demostrado que, en países organizados donde hay una TI buena, se puede tener conteos diarios de casos/fallecimientos. Los supermercados vuelven a abastecer sus góndolas todos los días en función de la demanda, lo que demuestra que es posible, pero la TI de la atención médica se está quedando rezagada.
- La TI de la atención médica no está organizada, financiada ni cuenta con apoyo político. La pandemia ha ayudado a exponer este importante problema.

¿Qué prioridades de investigación existen en la calidad de la atención?

- Se necesita una revisión total de las estructuras del sistema de atención médica y de gobierno para la prestación de servicios de salud, que incluye la relación entre los sectores primarios, secundarios y terciarios.
- Los temas de investigación ayudan a las decisiones políticas:
 - Cómo resolver las desigualdades.
 - Acceso: rural versus urbano (y cómo evitar un sistema de dos niveles).
 - Sectores público/privado: su relación y cómo trabajan juntos (por ejemplo, en España/Reino Unido, los gobiernos usaron al sector privado para obtener equipos y camas. El sector privado podría estar más integrado con los sistemas públicos, de manera que no se necesiten leyes nuevas todo el tiempo)
 - Cómo atraer profesionales a las regiones inseguras o áreas rurales y cómo incentivar/aplicar mecanismos de pago para los profesionales de la salud. En la actualidad, los médicos están principalmente en ciudades grandes, lo que promueve aún más la desigualdad.

¿Qué enfoques y metodologías de investigación diferentes se necesitan para mejorar la calidad de la atención y cómo se puede desarrollar la capacidad de investigación para ponerlos en práctica?

- Se necesitan investigaciones sobre la "eficacia". No siempre se trata de una falta de recursos, sino de cómo se utilizan. Se trata de los gastos frente a los resultados, y se debe realizar una evaluación y un seguimiento de la calidad de las herramientas.
- La investigación sobre la relación entre las sociedades desiguales y la salud es fundamental, lo que incluye los factores que impiden el acceso en las áreas más pobres.
- La infraestructura de TI. La investigación debe responder a las necesidades de la salud pública, estar orientada al bienestar público y promoverse a través de programas de investigación nacionales. Se necesitan planillas de datos digitales.

Anexo 3: Lista de participantes

Dr Ximena Aguilera

Universidad del Desarrollo, Chile

Professor Ricardo Araya

King's College London, UK

Dr Alejandro Arrieta

Florida International University, USA

Luisa Arroyave

International Center for Equity in Health
- Federal University of Pelotas, Brazil

Dr Oscar Arteaga Herrera

School of Public Health, Universidad de Chile, Chile

Dr David Aruachan

Superintendency of Health Services, Argentina

Professor Mauricio Barreto

Senior Investigator at the Oswaldo Cruz Foundation
- FIOCRUZ, and Emeritus Professor at the Federal
University of Bahia, Brazil

Dr Oscar Bernal

Tenured Professor, School of Government,
University of Andes, Bogota, Colombia

Dr Abigail Bloy

Senior International Policy Officer,
Academy of Medical Sciences, UK

Elizabeth Bohm

Head of International Policy,
Academy of Medical Sciences, UK

Fern Brookes

International Policy Officer,
Academy of Medical Sciences, UK

Dr Carla Castillo Laborde

Centro de Epidemiología y Políticas de Salud,
Facultad de Medicina Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo, Chile

Dr Oscar Cetrángolo

Interdisciplinary Institute of Economic Studies
of Buenos Aires (IIEP BAIREs), University of
Buenos Aires, Argentina

Professor Kalipso Chalkidou

Professor of Practice in Global Health,
Imperial College London, UK

Dr Roberto Chuit

Executive Director of Epidemiology Research Institute
of National Medicine Academy, BsAs, Argentina

Professor Michel Coleman

London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK

Dr Maria Sofia Cuba Fuentes

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Peru

Dr Walter Humberto Curioso Vilchez

University of Washington, USA

Dr Liliana De Lima

International Association for Hospice and
Palliative Care

Dr Gerardo della Paulera

Fundacion Bunge Born, Argentina

Dr Svetlana Doubova

Mexican Institute of Social Security, Mexico

Dr Pamela Eguiguren

University of Chile, Chile

Jane Ellis

International Policy Officer,
Academy of Medical Sciences, UK

Dr James Fitzgerald

Director Health Systems and Services (HSS)
Pan American Health Organization/World Health
Organisation (PAHO/WHO)

Professor Pedro Franke

Professor, Economics department, Pontificia
Universidad Católica del Perú, Peru

Professor Patricia Garcia

School of Public Health, Cayetano Heredia
University, Peru

Dr Ezequiel Garcia-Elorrio

Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy,
Argentina

Dr Carmen García-Peña

Instituto Nacional de Geriatria, Mexico

Dr Cesar Gattini Collao

Instituto de Salud Poblacional Facultad de Medicina
Universidad de Chile, Chile

Dr Silvia Gold

Fundacion Mundo Sano, Argentina

Dr Octavio Gómez-Dantés

Center for Health Systems Research of the National
Institute of Public Health, Mexico

Dr Jonas Gonseth
Pan American Health Organization (PAHO)

Dr Catalina González-Uribe
Universidad de los Andes, Colombia

Dr Cecilia Hackembruch Fleitas
Uruguay

Dr Cristian Herrera
Health policy analyst, Health Division, OECD, France

Professor Dame Anne Johnson FMedSci
Academy of Medical Sciences, UK

Dr Elzo Pereira Pinto Junior
Centre for Data and Knowledge Integration for Health, Oswaldo Cruz Foundation, Brazil

Hayley Kane
Vivari Communications, UK

Rachel Kelly
Vivari Communications, UK

Dr Asa Cristina Laurell
Mexico

Professor Catherine Law FMedSci
Academy of Medical Sciences, UK

Dr Helena Legido-Quigley
London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK

Dr Jorge Daniel Lemus
Director Científico – Instituto de Investigaciones Epidemiológicas – Academia Nacional de Medicina, Argentina

Professor Dra Maria Carmen Lucioni
Profesora Titular de Salud Pública UCES/ Profesora Titular de Epidemiología USAL, Argentina

Dr David Lugo Palacios
Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, UK

Dr Maria Soledad Martinez Gutierrez
University of Chile, Chile

Dr Juan Antonio Mazzei
National Academy of Medicine of Buenos Aires, Argentina

Dr Jaime Miranda
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru

Dr Rodrigo Moreno-Serra
Centre for Health Economics, University of York, UK

Professor Flávia Mori Sarti
University of Sao Paulo, Brazil

Dr Zulma Ortiz
Epidemiological Research Institute, Argentina

Dr Domingo Palmero
Head Professor of Pulmonology, University of Buenos Aires, Head of Pulmonology Division, Hospital F. J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Dr Diana Margarita Pinto Masis
USA

Dr Rogelio Pizzi
Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Dr Margareth Portela
Sergio Arouca National School of Public Health, Fiocruz, Brazil

Marsha Raynes
Vivari Communications, UK

Dr Felix Rígoli
NETHIS-FIOCRUZ, Brazil

Dr Antonieta Rojas de Arias
Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica (CEDIC), Paraguay

Dr Odet Sarabia-Gonzalez
General Directorate for Quality of Healthcare and Education, Mexico

Dr Rafael Sepulveda
University of Chile, Chile

Dr Lely Solari
National Institute of Health, Peru

Professor Giorgio Solimano Cantuarias
University of Chile, Chile

Dr Manuela Villar Uribe
Health Specialist, PHCPI team, Health Nutrition and Population Global Practice, World Bank Group

Dr Fernando Wehrmeister
International Center for Equity in Health, Federal University of Pelotas, Brazil

Dr Jessica Zafra Tanaka
CRONICAS Center of Excellence in Chronic Diseases – UPCH, Peru

Dr Pedro Zitko Melo
King's College London, UK



Academy of Medical Sciences
41 Portland Place
London W1B 1QH

 @acmedsci

+44 (0)20 3141 3200
info@acmedsci.ac.uk
www.acmedsci.ac.uk

Registered Charity No. 1185329
Incorporated by Royal Charter.
Registration No. RC000905



Academia Nacional de Medicina
Jose Andres Pacheco de Melo 3081
1425 AUM
CABA
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina

+5411 4809 1000
www.anm.edu.ar