

# La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio

Avanzar hacia la salud universal  
en América Latina

Mauricio Matus-López



**COVID-19**  
**RESPUESTA**



 Instrumento regional  
de la Unión Europea para  
América Latina y el Caribe

# Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

**Deseo registrarme**



NACIONES UNIDAS



[www.cepal.org/es/publications](http://www.cepal.org/es/publications)



[www.instagram.com/publicacionesdelacepal](https://www.instagram.com/publicacionesdelacepal)



[www.facebook.com/publicacionesdelacepal](https://www.facebook.com/publicacionesdelacepal)



[www.issuu.com/publicacionescepal/stacks](http://www.issuu.com/publicacionescepal/stacks)



[www.cepal.org/es/publicaciones/apps](http://www.cepal.org/es/publicaciones/apps)

# La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio

Avanzar hacia la salud universal en América Latina

Mauricio Matus-López



Este documento fue preparado por Mauricio Matus-López, Consultor de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la supervisión de María Luisa Marinho, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, en el marco del proyecto “Protección social y vulnerabilidad”, financiado por la Unión Europea. Se agradecen los valiosos comentarios de Alberto Arenas de Mesa, Director de la División de Desarrollo Social de la CEPAL, Claudia Robles y Antonia Dahuabe, Oficiales de Asuntos Sociales de dicha División, y Daniela Huneeus, Asistente de Investigación de la misma División.

Ni la Unión Europea ni ninguna persona que actúe en su nombre es responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en esta publicación. Los puntos de vista expresados en este estudio son del autor y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Unión Europea.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de las Naciones Unidas o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas  
LC/TS.2023/22  
Distribución: L  
Copyright © Naciones Unidas, 2023  
Todos los derechos reservados  
Impreso en Naciones Unidas, Santiago  
S.23-00007

Esta publicación debe citarse como: M. Matus-López, “La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/22), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

## Índice

Resumen .....	5
Introducción.....	7
<b>I. Las debilidades históricas de los sistemas de salud y los impactos de la pandemia de COVID-19 en América Latina .....</b>	<b>9</b>
A. El profundo impacto social, sanitario y económico de la pandemia en América Latina .....	10
B. Las dificultades de los sistemas de salud frente a la pandemia y la recuperación .....	12
<b>II. Los sistemas de salud y sus reformas .....</b>	<b>15</b>
A. Una propuesta de análisis de los sistemas de salud latinoamericanos .....	16
B. Modelos transitados hacia la cobertura pública universal .....	18
C. Modelos tradicionales públicos fragmentados .....	24
1. Modelos duales con gestión financiera privada.....	28
2. El modelo societal.....	34
<b>III. Una visión regional del origen y las reformas de los sistemas de salud en América Latina.....</b>	<b>39</b>
A. Marco conceptual de las reformas a los sistemas de salud .....	39
B. Etapas históricas de los sistemas de salud latinoamericanos .....	41
C. Una revisión de la etapa reformista en América Latina, 1990-2020.....	44
1. Las reformas de competencia, 1990-2000 .....	44
2. Las reformas de equidad, 2000-2020.....	46
D. La pandemia: una oportunidad .....	48

<b>IV. Una propuesta de lineamientos estratégicos para una nueva ola de reformas hacia la salud universal</b> .....	51
A. Cambios que presionan a las reformas de los sistemas: los desafíos de contextos cambiantes .....	53
B. Pilares necesarios para el desarrollo social y la sostenibilidad de largo plazo de la protección social en el ámbito de la salud .....	54
C. Principales lineamientos de reforma de los sistemas de salud .....	54
<b>Bibliografía</b> .....	57
<b>Cuadro</b>	
Cuadro 1	América Latina (11 países): clasificación de los sistemas de salud según fuentes de financiamiento, gestión de los recursos y fragmentación del aseguramiento, 2022 .....
	17
<b>Gráficos</b>	
Gráfico 1	América Latina (20 países): fallecimientos por COVID-19, marzo 2020-octubre 2022 .....
	11
Gráfico 2	América Latina (20 países): variación anual del PIB, 2020-2021.....
	12
<b>Diagramas</b>	
Diagrama 1	Brasil: evolución e hitos del sistema de salud .....
	19
Diagrama 2	México: evolución e hitos del sistema de salud .....
	25
Diagrama 3	Chile: evolución e hitos del sistema de salud.....
	30
Diagrama 4	Argentina: evolución e hitos del sistema de salud .....
	36
Diagrama 5	Marco conceptual de las reformas a los sistemas de salud .....
	40
Diagrama 6	Etapas históricas de los sistemas de salud latinoamericanos.....
	43
Diagrama 7	Condiciones y prioridades generales de una estrategia para la salud universal en América Latina.....
	52

## Resumen

La pandemia ha recordado los argumentos que motivaron los primeros esfuerzos para crear sistemas nacionales de salud. La necesidad de mancomunar recursos, coordinar el accionar de las instituciones y facilitar el acceso a servicios, siguen siendo a ser vitales para salvar vidas. En esta coyuntura, el presente trabajo tiene como objetivo el desarrollo de una caracterización y análisis de las reformas de los sistemas de salud de América Latina, para extraer lecciones y desafíos de cara a avanzar hacia una recuperación transformadora con igualdad y sostenibilidad.

El trabajo entrega una estrategia de largo plazo que considera los pilares de sostenibilidad de las reformas, los principales cambios a los que deberán dar respuesta, y los énfasis organizacionales de cada uno. En el apartado final se presentan cuatro lineamientos generales que afectan al conjunto de la región, como son reducir la segmentación en el aseguramiento y financiamiento, fortalecer la atención primaria en la provisión, la integración sociosanitaria del cuidado integral en la gobernanza y fortalecer la captación de fondos para el sector.

Sólo una estrategia diseñada para el largo plazo, orientada hacia una lógica universal de la protección social y que cuente con garantías de sostenibilidad social y económica, podrá llevar a los países a lograr la salud universal que demandan las sociedades latinoamericanas del siglo XXI.



## Introducción

América Latina y el Caribe se vio especialmente afectada por la pandemia de COVID-19 (CEPAL, 2020, 2021a, 2022a), pues con el 8,4% de la población mundial concentró el 26,6% de las muertes acumuladas totales por la enfermedad (OMS, 2022a)<sup>1</sup>. Los sistemas de salud de los países de la región respondieron con todos los esfuerzos posibles los que, sin embargo, resultaron insuficientes dadas las carencias y debilidades históricas de financiamiento, dotación de recursos materiales y humanos, y la organización de los sistemas.

Si bien la situación de estos dos últimos años sumió a los países en una crisis sanitaria, económica y social, la pandemia es una oportunidad para dar pasos decisivos en favor de sistemas de salud universales, equitativos y sostenibles.

La situación actual de los sistemas de salud es producto de avances y retrocesos, por parte de los gobiernos para ampliar la atención a la población. A principios del siglo pasado, de forma paulatina los Estados habían asumido parte del financiamiento de la atención bajo un enfoque orientado a las poblaciones pobres y en situación de vulnerabilidad. Poco a poco fueron avanzando hacia un rol más activo, reorientándose desde la salud asistencial hacia la curativa, incluso preventiva, y ampliando la infraestructura pública de salud. En paralelo se fueron conformando sistemas de protección social contributiva para grupos de asalariados. Esta dualidad, entre seguridad social contributiva y no contributiva, era una característica común cuando a mediados de siglo se plantearon iniciativas de fusión en favor de un único sistema nacional de salud.

Los acontecimientos de la segunda mitad del siglo XX determinaron la dirección de estos avances. Dictaduras, crisis económicas y diversas voluntades políticas llevaron a modelos fragmentados, segmentados según capacidad de pago y generalmente subfinanciados. En este contexto se produjo la primera ola general de reformas en la región. Inspiradas en recomendaciones de instituciones internacionales como el Banco Mundial, se propuso una serie de medidas que impulsaron

---

<sup>1</sup> Muertes totales por COVID acumuladas hasta el 30 de octubre de 2022.

los cuasi mercados en aseguramiento y provisión de servicios, a la vez que promovieron una protección pública básica para aquellas personas que no disponían de ningún seguro de salud, social o privado (BM, 1987, 1993). No existe un consenso acerca del resultado de estas reformas en cada país pero, como se expone en este informe, existen críticas por la profundización de la segmentación entre ricos y pobres y el consecuente aumento del impacto desigual de la gradiente social en salud, como señala Almeida (2002). Sin embargo, otras evaluaciones señalan que se amplió la cobertura nominal, así como el acceso real de las personas más pobres, a la vez que se puso en el centro de la discusión pública el cómo mejorar los sistemas de salud de los países, tal y como señala el estudio de Frenk y otros (2019) para México.

El nuevo siglo trajo consigo otra ola de reformas que centraron su atención en generar espacios comunes, solidarios y equitativos para la atención en salud. Dichas reformas estuvieron suscritas a paquetes básicos de servicios o problemas de salud prioritarios, como el Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) en Chile o el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en México. Ello parece haber reducido en parte la desigualdad en el acceso a salud, al menos en lo más básico, pero sin llegar a resolver el problema estructural del bajo financiamiento público ni las ineficiencias de funcionamiento a causa de la segmentación y fragmentación.

Estos esfuerzos caracterizan los años previos a la pandemia. En la mayoría de los países de la región el cómo alcanzar mejores resultados en salud y un acceso más equitativo se encuentra presente en la discusión política. Los diagnósticos muestran la falta de financiamiento y las barreras de acceso de algunos grupos de población. Asimismo, existe voluntad política para aumentar el gasto público en salud que, aunque no siempre se traduce en mayores asignaciones de recursos, se sitúa junto a la discusión sobre eficiencia de los sistemas (Matus-López y Cid, 2020).

La pandemia aumentó la exigencia por disponibilidad de servicios sanitarios y ejerció presión en las políticas de salud pública acrecentando las debilidades estructurales de los sistemas latinoamericanos. Pero más allá de la crítica, luego del enorme esfuerzo económico y humano desplegado durante este período, es momento de plantearse cómo enfrentar el futuro.

El objetivo de este trabajo es desarrollar una caracterización y análisis de las reformas de los sistemas de salud de América Latina que permita extraer lecciones y desafíos, de cara a avanzar hacia una recuperación transformadora con igualdad y el fortalecimiento de los sistemas de protección social. Para ello, se realizó una revisión de fuentes secundarias para una selección de países de la región basada en dos criterios. El primero apuntaba a la existencia de una representación de los principales modelos teóricos. Estos modelos son una propuesta del autor basada en la revisión de la literatura científica y las clasificaciones realizadas por otros trabajos, que se citan en el texto, para periodos anteriores. El segundo criterio es que, dentro de cada modelo, se incluyeran los países de mayor dimensión territorial y económica, y al menos otros dos países, cuando fuera posible. Como resultado se definieron cuatro modelos. El primero fue denominado modelo "transitado hacia la cobertura pública universal" consideró al Brasil además de Cuba, Costa Rica y el Uruguay. En el segundo, denominado "tradicionales públicos fragmentados", se seleccionó a México, el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala. En el tercer modelo, denominado "duales con gestión privada" se seleccionó a Chile, Colombia y la República Dominicana. Finalmente, la Argentina representa un tipo/caso específico denominado "societal".

Junto con esta introducción, el documento se estructura en cuatro partes. A continuación, se realiza una revisión de los efectos sociales, sanitarios y económicos de la pandemia, así como su impacto en los sistemas de salud. Luego, se aborda un análisis descriptivo de la evidencia sobre la evolución de largo plazo de los sistemas de salud de América Latina, con énfasis en las dos últimas olas de reformas. En la tercera sección se realiza un análisis reflexivo de esta evidencia, para obtener algunas lecciones que permitan construir una estrategia de futuro. Finalmente, en el documento se proponen líneas estratégicas para avanzar hacia la salud universal en la región.

# I. Las debilidades históricas de los sistemas de salud y los impactos de la pandemia de COVID-19 en América Latina

Antes de la crisis sanitaria, los sistemas de salud de América Latina presentaban un financiamiento deficiente, problemas de disponibilidad de recursos clave y de organización de los servicios de atención, escasa capacidad para abordar los determinantes sociales, elevado gasto de bolsillo y desigualdades en el acceso real (CEPAL, 2022a; OMS, 2020a)<sup>2</sup>.

Pese a ello, existían algunas señales que permitían ser moderadamente optimistas. En lo que iba del siglo, varios países habían implementado reformas en favor de la unificación de la protección en salud, y habían realizado esfuerzos por aumentar la financiación del sector, impulsando mecanismos solidarios de riesgo compartido, como el Sistema Único de Salud del Brasil en 1990 y el Sistema Unificado del Uruguay en 2007. Entre 2000 y 2019, el gasto público en salud había pasado del 2,8% al 4% del PIB promedio en América Latina y el Caribe (OMS, 2022b). El mensaje era avanzar hacia un sistema universal de salud y la discusión acerca de cómo lograrlo estaba viva.

A comienzos de 2020 el estallido y la difusión de la pandemia en la región golpeó en especial a aquellos países con sistemas fragmentados e insuficientemente financiados (Cid y Marinho, 2022). Si bien no se podía prevenir cuándo ocurriría una pandemia, existían algunas alertas previas (GPMB, 2019; OMS 2005)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> A menos que se diga lo contrario, cuando se hace referencia a América Latina, se refiere a la clasificación de la CEPAL, compuesta por 20 países: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela.

<sup>3</sup> Un año antes de la crisis, la Junta de Vigilancia Mundial, convocada por la OMS y el BM, advirtió del riesgo de una pandemia (GPMB 2019). Antes, con la irrupción de la gripe aviar, a mediados de la década de 2000, la OMS advirtió sobre la necesidad de prepararse para una emergencia global como esta (OMS 2005).

La debilidad de la protección social, la insuficiente preparación y la velocidad de propagación global del virus determinó el tipo de respuesta de los gobiernos a nivel mundial. Si bien los primeros casos parecen haber sido detectados a fines de 2019, no fue sino hasta enero del año siguiente cuando la emergencia pública de salud internacional fue declarada. El mes siguiente, Italia decretó medidas de confinamiento en el norte del país. Al mismo tiempo, a fines de febrero de 2020, se detectó el primer caso en América Latina. En marzo, se declaró oficialmente la pandemia y en abril había casos en toda la región (OMS, 2020b).

## A. El profundo impacto social, sanitario y económico de la pandemia en América Latina

El impacto social que ha tenido la pandemia de COVID-19 es muy amplio, afectando a la educación, la seguridad alimentaria y las desigualdades, incluidas las de género, entre otros ámbitos. Sin embargo, posiblemente entre los más evidentes, tanto en América Latina como en otras regiones del mundo, ha sido el aumento de la pobreza y la desigualdad (CEPAL, 2021a, 2022a). Se estima que, en el mundo, más de 230 millones de personas cayeron en la pobreza y más de 100 millones, en la pobreza extrema (Gutiérrez-Romero y Ahamed, 2021). Se estima que, al salir de la crisis, la desigualdad habrá aumentado y se habrán revertido los pocos avances de las últimas dos décadas.

Según estimaciones de la CEPAL para 2021, entre 2019 y dicho año, 14 millones más de personas se encontraría en situación de pobreza y 26 millones más habrían estado en situación de pobreza extrema (CEPAL, 2022a). En 2021 la desigualdad de ingresos se incrementó por primera vez desde 2002 (CEPAL, 2022a). Esta dinámica amplía aún más las brechas entre los países de la región y las economías avanzadas (CEPAL, 2021a, 2022a). Una de las principales causas es el impacto en los ingresos familiares por la contracción del empleo, que se caracterizó por un incremento de desigualdad entre los quintiles de ingresos, así como también por profundos retrocesos en materia de igualdad de género. El mercado de trabajo sufrió el mayor retroceso de los últimos 70 años, con caídas del 9% en el número de ocupados, 4,9% en la participación laboral y alzas de 2,5% en la tasa de desocupación (CEPAL, 2021b).

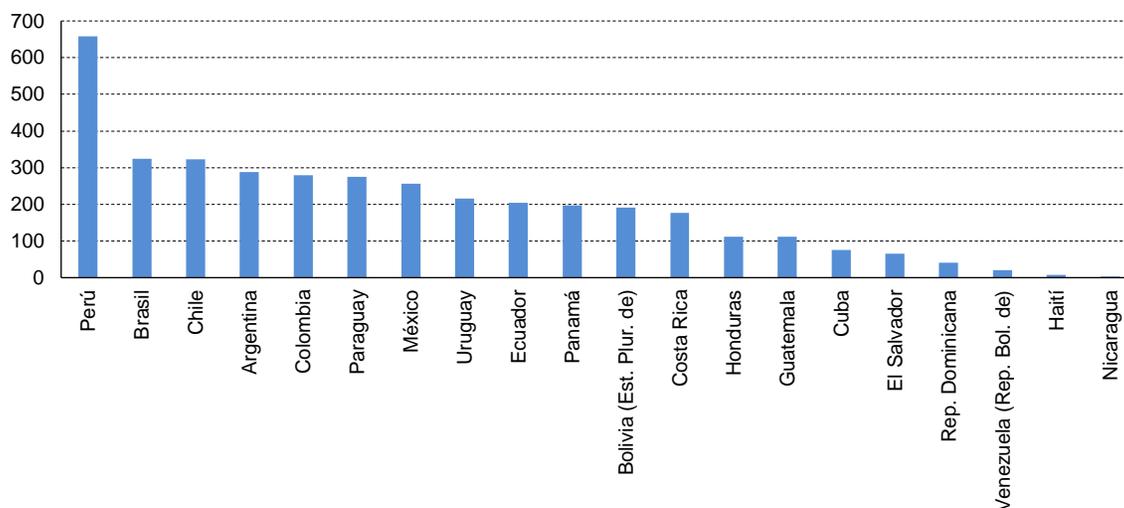
Sin embargo, el impacto más directo y dramático de la pandemia fue el que afectó a la salud de las personas: los contagios y las muertes. Las tasas por habitante fueron significativamente altas (CEPAL, 2022a; Cid y Marinho, 2022). A mediados de 2022, según las estadísticas oficiales habían fallecido 1,7 millones de personas en América Latina, aunque existen estimaciones de que el exceso de muertes fue mayor (OMS, 2022c; Benavides y otros, 2022)<sup>4</sup>. Es decir, pese a que la región sólo tiene el 8,4% de la población mundial, concentró el 27% de las muertes globales por la enfermedad (Cid y Marinho, 2022). De igual manera, el exceso de mortalidad durante los años 2020 y 2021 fue de 235 muertes por cada 100.000 habitantes en América Latina y el Caribe, frente a 107 muertes por 100.000 habitantes en Europa, evidenciando las brechas en los sistemas sanitarios de ambas regiones (Cid y Marinho, 2022). De los seis países con mayor número de muertes confirmadas por COVID-19 a nivel global, tres son latinoamericanos: el Brasil, México y el Perú, y este último registra la tasa más alta de letalidad del planeta (647,1 fallecidos por 100.000 habitantes). A nivel regional, le siguen el Brasil y Chile, con más de 300 por 100.000 habitantes, y la Argentina, Colombia, el Paraguay y México, entre 250 y 300 por 100.000 habitantes (OMS, 2022a) (véase el gráfico 1)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> El exceso de muertes se define como la diferencia entre el número total de muertes estimadas para un territorio y año determinado y el número que hubiese sido esperado en ausencia de la crisis. El estudio de Benavides y otros (2022) fue realizado para 9 países (Brasil, Est. Plur. de Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú y República Dominicana).

<sup>5</sup> Los bajos pueden estar sesgados por la baja capacidad de registro.

**Gráfico 1**  
**América Latina (20 países): fallecimientos por COVID-19, marzo 2020-octubre 2022**  
**(Acumulado por cada 100.000 habitantes)**



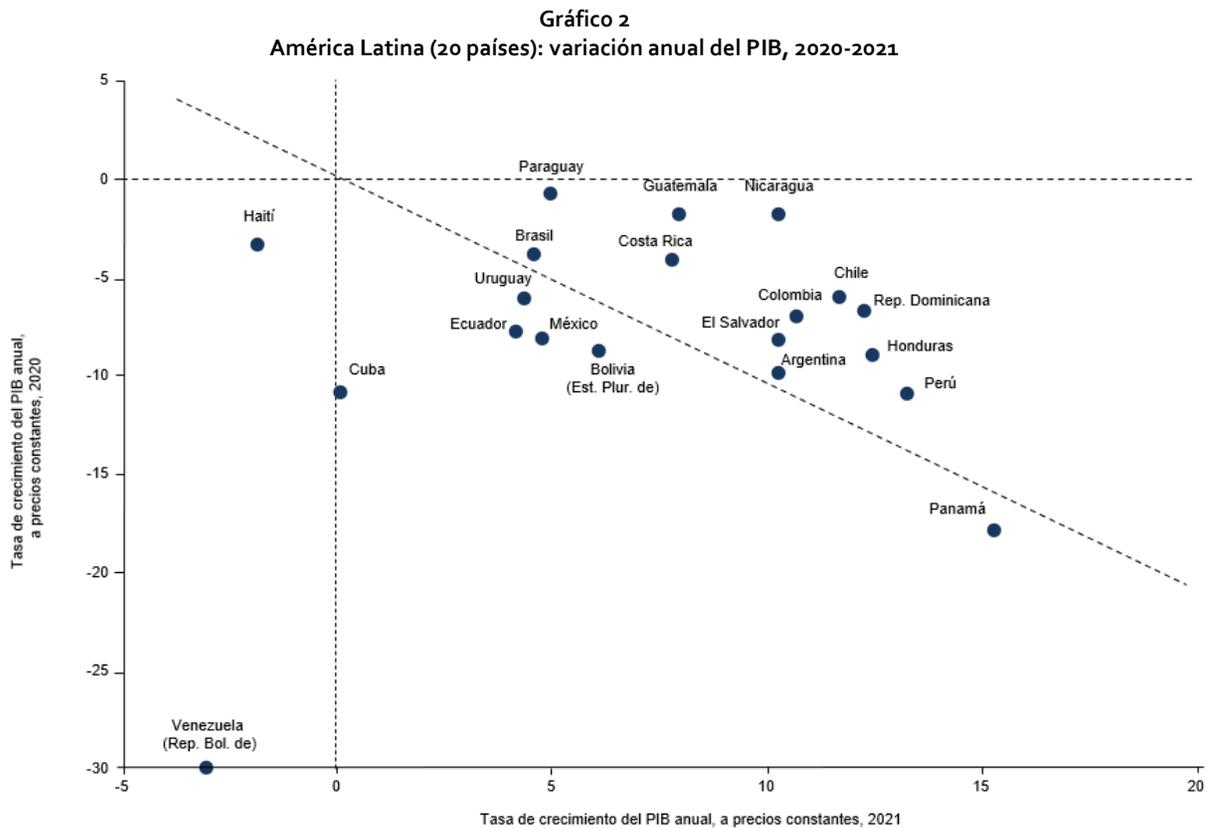
Fuente: Elaboración propia, sobre la base de OMS (2022a).

Además, la crisis sanitaria gatillada por la pandemia y las medidas de salud pública implementadas para detener la propagación del virus tuvieron un impacto económico global a causa de la paralización del turismo, la suspensión de actividades no esenciales y la disminución de remesas y caída del comercio internacional, entre otros (FMI, 2020a). Como consecuencia, la región retrocedió -6,9% en 2020 y creció algo menos el año siguiente; 6,5% en 2021. En comparación con las economías avanzadas, el retroceso fue mayor y la recuperación un poco más alta (-4,5% y 5,2%, respectivamente); lo mismo que en la comparación con el promedio global (-3,1% y 6,1%, respectivamente). Para el año 2022 se proyecta un crecimiento de 2,7% para la región de América Latina y el Caribe, un 2,6% para las economías desarrolladas y un 3,1% a nivel global (CEPAL, 2022c). Destacan como factores de la recuperación, la mayor flexibilización de las condiciones de oferta interna en los países, los aumentos de la demanda interna impulsados por las políticas fiscales y monetarias, y una dinámica favorable de la economía mundial (CEPAL, 2021b).

Pese a la caída del promedio regional del crecimiento económico, la mayoría de los países tuvo en 2021 un crecimiento mayor que el retroceso de 2020 (véase los puntos sobre la línea segmentada diagonal en el gráfico 2)<sup>6</sup>. Los peores resultados fueron para los países que más retrocedieron en 2020: la República Bolivariana de Venezuela y Panamá. Por el contrario, 12 países muestran una recuperación mayor que la caída del año anterior, destacando Nicaragua, Guatemala, Chile y la República Dominicana.

A comienzos de 2022 las proyecciones de crecimiento económico para América Latina eran favorables, aunque moderadas (en torno al 2,1%). Sin embargo, la crisis de Ucrania y los problemas de abastecimiento de combustible, así como las alzas de los precios internacionales, rebajaron las expectativas al 1,7%. Las últimas actualizaciones desplazan el freno de la actividad para el próximo año y prevén que 2022 cerrará con un aumento del PIB del 3,1%, mientras que en 2023 tan solo será del 1,3% (CEPAL, 2021b, 2021c, 2022c).

<sup>6</sup> El PIB regional considera el tamaño de las economías.



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de CEPAL (2022b).

## B. Las dificultades de los sistemas de salud frente a la pandemia y la recuperación

Después de las diversas olas de COVID-19, los impactos económicos de la pandemia son variados y globales. Las recuperaciones de las sinergias del comercio internacional están siendo complicadas y el flujo del turismo y las remesas no recuperan su nivel previo. Los problemas de abastecimiento y el alza de los precios de la energía han desacelerado la recuperación lo que, unido a la expansión de la deuda, genera presiones inflacionarias a nivel mundial (Bordo y Levi, 2021).

El panorama es complejo y los sistemas de salud enfrentan varios desafíos. En primer lugar, controlar la pandemia aumentando la vacunación en aquellos países con bajos niveles al tiempo de mantener las medidas de protección y prevención de riesgo. La distribución de las primeras dosis fue desigual, pues en los primeros meses la producción de vacunas fue concentrada por los países ricos. Solo a partir de agosto de 2021, América Latina y el Caribe logró superar el 10% de población con esquema completo, momento en que América del Norte ya superaba el 50% y Europa, el 45% del total de la población (Cid y Marinho, 2022). Un año y medio después de la inoculación de las primeras dosis en los países ricos, 7 países latinoamericanos aún no llegan al 55% de población protegida (OMS, 2022a)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Según (OMS, 2022a), al 21 de junio de 2022, la población totalmente vacunada en los distintos países era: República Dominicana (55,2%); Honduras (54,1%); Bolivia (Est. Plur. de) (51,4%); Venezuela (Rep. Bol. de) (50,2%); Paraguay (48,2%); Guatemala (35,2%) y Haití (1,3%).

El segundo desafío de los sistemas de salud está relacionado con el contexto económico en que se desenvolverán en los próximos años. Los gobiernos deberán gestionar el pago de la deuda que financió la respuesta a la crisis, impulsar la recuperación de la producción y el empleo y controlar la inflación (CEPAL, 2022a; BM, 2022a). Este panorama puede llevar a la adopción, como en otras crisis, de medidas de consolidación fiscal como la reducción del gasto público. En este marco, el sector salud deberá actuar estratégicamente para mantener la priorización de las reformas a los sistemas de protección social y la captación de recursos de las fuentes de espacio fiscal disponibles<sup>8</sup>.

Frente a estos desafíos, la CEPAL es contundente: a mediano y largo plazo es fundamental avanzar hacia sistemas de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes (CEPAL, 2022a; Cid y Marinho, 2022). Para ello, es necesario superar las dos debilidades estructurales de los sistemas de salud de la región: a) el subfinanciamiento crónico de los sistemas públicos de salud y el alto gasto de bolsillo de las personas, y b) la segmentación y fragmentación de la salud, que redundan en ineficiencia del financiamiento y problemas de coordinación (CEPAL, 2022a).

La crisis de la pandemia puede ser una oportunidad histórica para invertir en los sistemas de salud. La falta de coordinación regional quedó en evidencia en la compra de vacunas, perjudicando a los países más pobres de la región (Cid y Marinho, 2022). La capacidad de oferta sanitaria se reflejó en los excesos de mortalidad de algunos países, lo que indica que frente a emergencias sanitarias no existe suficiente capacidad de respuesta de los sistemas infradotados de capital y personal desde antes de la pandemia. La capacidad económica de las familias, y no la necesidad puramente sanitaria, sigue siendo un factor relevante para el acceso a salud en muchos países. Por último, la fragmentación y la segmentación de los sistemas de financiamiento y provisión debilitaron la respuesta a la crisis y se mostraron ineficaces para dar respuestas coordinadas a la emergencia.

Es muy difícil que un evento de otras características pueda poner tan claramente en evidencia dos cuestiones fundamentales para comprender la importancia de contar con sistemas sólidos de protección sanitaria. En primer lugar, que existe una estrecha relación entre el funcionamiento económico, la estabilidad política y la salud. Una población enferma no puede desplegar todas sus capacidades productivas. Sin salud no hay trabajo y sin trabajo no puede existir crecimiento sostenible. Las necesidades de salud insatisfechas pueden desestabilizar la paz social, generar crisis políticas y con ello, gatillar crisis económicas. En segundo lugar, los problemas sanitarios de una sociedad no se resuelven con estrategias individualistas. No sirve de nada tener el quintil más rico de la población con todas sus necesidades cubiertas si la mayoría no tiene asegurado el acceso efectivo a servicios ni medicamentos, ni una red de atención primaria de control y prevención. El rol de la atención primaria ha sido evidente en los procesos de seguimiento de la pandemia y en las campañas de vacunación.

No se enfrentan problemas nuevos, y los países latinoamericanos llevan décadas impulsando programas y reformando sus sistemas de salud, a veces de forma errática, para aumentar la cobertura, hacer efectivo el acceso, mejorar la eficiencia del gasto y, en definitiva, aumentar los niveles de vida de las personas. Sin embargo, distintos énfasis han guiado estas reformas y sus resultados no han sido tan exitosos como se esperaba. A continuación, se realiza un análisis regional de estos esfuerzos, para posteriormente generar una propuesta que permita alcanzar las metas deseadas.

---

<sup>8</sup> Kurowski y otros (2021) muestran escenarios donde los países de ingresos medios y bajos pueden disminuir el gasto público en salud en los próximos años. Por otra parte, para un análisis regional de la evidencia sobre fuentes de espacio fiscal para salud, véase Matus-López y Cid (2020).



## II. Los sistemas de salud y sus reformas

La historia de la salud de los países de América Latina se remonta a la época colonial y, en algunos casos, a la medicina tradicional de los pueblos originarios. Pero los sistemas nacionales de salud nacen con la conformación de los Estados-nación a comienzos del siglo XIX. El origen de la institucionalidad en salud fue, en términos generales, común para estos países: partieron de oficinas o consejo de salubridad, locales o regionales/federales, que tuvieron como principal misión dar respuesta a los problemas de higiene pública<sup>9</sup>.

A partir de la década de 1930 y hasta mediados del siglo XX se crearon las principales instituciones modernas, con objetivos sanitarios curativos y vocación nacional. Por ello, se puede considerar que es en este periodo donde comienzan a construirse los sistemas nacionales de salud latinoamericanos. Existe cierta coincidencia en la orientación de los primeros desarrollos de estos modelos. Por una parte, buscaron coordinar los servicios territoriales y, por otra, ampliar la infraestructura para aumentar el acceso.

En una segunda etapa, entre los años 1980s y 1990s, se producen cambios significativos, influidos por las recomendaciones de organismos internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). La Declaración Alma Ata, (OMS, 1978), llamó a los gobiernos a fortalecer la atención primaria de salud con un criterio de universalización en el acceso<sup>10</sup>. Poco después de una década, los documentos del BM (1987, 1993) relativos al financiamiento y organización de los sistemas fueron determinantes en las reformas estructuralistas, como se verá más adelante.

El nuevo milenio muestra evoluciones mixtas. Unos países avanzaron hacia la cobertura pública universal con fondos mancomunados, mientras que otros consolidaron sus modelos pluralistas. La pandemia encontró al continente en medio de un proceso de diagnósticos y reformas. Después de dos

---

<sup>9</sup> En algunos momentos, y de forma coyuntural, adquirieron trascendencia nacional y mayores atribuciones, cuando los países enfrentaron periodos de epidemias. Sin embargo, la mayor parte del tiempo, su funcionamiento fue principalmente local y estuvo escasamente coordinado a nivel nacional. Poco a poco, esta institucionalidad fue adquiriendo más importancia. Los consejos y oficinas pasaron a ser nacionales y luego se transformaron en Secretarías o Direcciones vinculadas al aparato público estatal.

<sup>10</sup> Para un análisis de la vigencia de Alma Ata a los 30 años y 40 años de la declaración, ver Lawn y otros (2008) y Hone y otros (2018).

años desde su inicio parece que se está recuperando la prioridad del principio de universalidad, aunque con problemas de recursos y la fragmentación y segmentación previas.

A continuación, se expone brevemente el desarrollo de algunos modelos de la región y luego se analizan sus reformas de forma comparada.

## A. Una propuesta de análisis de los sistemas de salud latinoamericanos

El análisis internacional de los sistemas de salud suele estar basado en un marco conceptual de clasificación de casos y países que se realiza cualitativa o cuantitativamente, según la información disponible<sup>11</sup>.

Los trabajos para los países de alto ingreso coinciden, a grandes rasgos, en tres ámbitos a considerar: financiamiento, regulación y provisión (Böhm y otros, 2013; Rothgang y otros, 2005). En sus resultados, la mayor parte de los casos/países son clasificados como Sistemas Nacionales de Salud (SNS, como el británico), con las tres funciones de responsabilidad pública/estatal. El segundo tipo son los Seguros Sociales de Salud (como el modelo alemán), con regulación y financiamiento de dominancia societal (entidades privadas sin lucro) y provisión mayoritariamente privada. El tercer tipo, los Seguros Nacionales de Salud (como Canadá o Australia) son similares al SNS, pero con provisión principalmente privada. Por último, en los Sistemas Privados de Salud (como Estados Unidos) la responsabilidad en las tres funciones es, como su nombre lo indica, principalmente privada.

La consideración de países latinoamericanos en las clasificaciones internacionales son pocas. Uno de los motivos, que afecta principalmente a países de ingreso medio y bajo, es que los estudios globales parten de la información disponible para construir conglomerados que no siempre existe para estos países y que, la mayor parte de las veces no representa las particularidades de estos sistemas (De Carvalho y otros, 2021)<sup>12</sup>.

Los estudios más aceptados para América Latina tienen como objeto de análisis únicamente a los países de la región y se construyen con criterios mixtos entre lo cualitativo y lo cuantitativo.

En esta línea, hace más de una década, la CEPAL (2006) propuso una clasificación de tres grupos, basada en la integración del financiamiento de los sistemas de salud. El primer grupo estuvo compuesto por aquellos no contributivos, donde destacaba el Brasil, la República Bolivariana de Venezuela y parte del Caribe. Un segundo grupo, con integración entre rentas generales y cotizaciones sociales, que a su vez se dividía en otros tres grupos que iban desde la integración total (Costa Rica) al modelo dual (Chile), con una categoría intermedia (Colombia y República Dominicana). Finalmente, el tercer grupo era el más amplio, y se definía como baja o nula integración (Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, México, Guatemala y Perú, entre otros).

Más o menos en la misma época, Mesa-Lago (2007, 2009) recuperó y actualizó una clasificación basada en la fecha en que los países introdujeron sus primeros programas de protección social y el grado de desarrollo alcanzado. El autor los clasificó en tres grupos: i) pionero, con inicios a comienzos del siglo pasado; ii) intermedio, con inicios a mitad de siglo y iii) tardío bajo, con inicios posteriores. Las características de cobertura y de estratificación disminuyen en este mismo orden<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Por las metodologías y los énfasis/objetivos de las propias clasificaciones existen diferencias en los resultados de estos estudios. Ver un análisis comparado de la investigación orientada por casos y la investigación orientada por variables en Della Porta (2010).

<sup>12</sup> Una de las pocas excepciones en incluir países de la región como una categoría aparte en los análisis globales fue el trabajo compilatorio de Roemer (1991).

<sup>13</sup> Esta es una de las categorizaciones más aceptadas y difundidas en la región. Consiste en: i) pioneros (1920-1930): Uruguay, Chile, Brasil, Cuba, Costa Rica y Argentina; ii) intermedios (1940-1950): Panamá, México, Perú, Colombia, Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y República Bolivariana de Venezuela; y iii) tardío bajo (1960-1970): Paraguay, República Dominicana, Guatemala, Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití.

La revisión de los estudios internacionales y regionales lleva a concluir que los sistemas latinoamericanos, así como otros del sur global, tienen características particulares que, muchas veces, no son capturadas en la selección de variables cuantificables (De Carvalho y otros, 2021). En parte, por ello, la CEPAL y Mesa-Lago utilizaron criterios cualitativos, vinculados a las especificidades de la región.

El análisis del presente trabajo sigue, de forma actualizada, los lineamientos de la CEPAL, y se centra, por tanto, en las características de las fuentes de financiamiento, la gestión de los recursos y la fragmentación de la cobertura. Cabe señalar que cuando se habla de cobertura se hace referencia a la vinculación nominal, de derecho, de protección social, mientras que cuando se habla de acceso, se refiere a la capacidad efectiva de recibir atención<sup>14</sup>. Como resultado, los modelos se pueden clasificar en cuatro grupos (véase el cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**América Latina (11 países): clasificación de los sistemas de salud según fuentes de financiamiento, gestión de los recursos y fragmentación del aseguramiento, 2022<sup>a</sup>**

Transitados hacia la cobertura pública universal	Tradicional públicos fragmentados	Duales con gestión financiera privada	Sociales
Impuestos generales:	México (INSABI, antes Seguro Popular, IMSS, ISSSTE)	Chile (Fonasa e ISAPRES)	Argentina (Obras Sociales)
Brasil (SUS)		Colombia (contributivo y subsidiado, EPS)	
Cuba (SNS)			
Contribuciones sociales:	Bolivia (Estado Plurinacional de) (SUS, Cajas de Salud)	República Dominicana (ARS)	
Uruguay (SNIS)			
Costa Rica (CCSS)	Guatemala (MSPAS, IGSS)		

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de literatura científica.

<sup>a</sup> Todos los sistemas tienen un sistema separado para las fuerzas armadas y en algunos casos, también para la policía nacional.

Los grupos pueden describirse de la siguiente manera:

- **Transitados hacia la cobertura pública universal.** Son sistemas de salud que han avanzado, aunque con complicaciones, hacia la cobertura pública universal, a través de seguro o servicio nacional de salud. En estos casos, la gestión financiera pública en salud está concentrada en un único organismo, que puede ser el Ministerio de Salud, una Caja o un Fondo Nacional. La cobertura universal puede estar financiada por impuestos generales, como en el Brasil y Cuba, o por contribuciones sociales, como en el Uruguay y Costa Rica.
- **Tradicional públicos fragmentados.** Son sistemas de salud con aseguramiento público predominante, pero fragmentado entre servicio público universal (financiado con impuestos generales) y seguro social (financiado con cotizaciones), como es el caso de México, el Estado Plurinacional de Bolivia o Guatemala, entre otros.
- **Duales con gestión financiera privada.** Son sistemas duales, con importante participación de mercado en la gestión de las contribuciones obligatorias. Existe un único fondo público que, además de las contribuciones, recibe aportes del Estado y una serie de entidades privadas, que se financian con contribuciones y otros ingresos propios. Los casos más representativos son los de Chile, Colombia y la República Dominicana.

<sup>14</sup> Por ejemplo, los sistemas de último recurso público, como el SIS peruano, el FONASA-A chileno o el Seguro Popular mexicano, brindan cobertura a toda la población sin seguros. Pero en la práctica, esto no garantiza el acceso, por motivos de insuficiencia de infraestructuras, falta de personal sanitario, distribución geográfica de los servicios u otras barreras.

- **Sociales.** Corresponde a sistemas donde la gestión y administración está muy fragmentada y organizada por agentes sociales (principalmente sindicales), de alcance geográfico limitado y a través de cotizaciones obligatorias. Es el caso de la Argentina.

Esta es una clasificación cualitativa no dicotómica. Es decir, existen matices en cada caso y se guía por la predominancia de las características señaladas. Como toda descripción, corresponde a una situación de un momento determinado, y varía según el momento de análisis.

A continuación, se presenta la evolución histórica de un caso representativo de cada tipo de sistema, y una breve mención a otros similares, con el objetivo de aportar una visión de largo plazo, los lineamientos de sus reformas, a veces en tendencia histórica y a veces rupturista, y los desafíos de su situación actual. Es un análisis descriptivo que sienta las bases para la discusión que se realiza en el siguiente capítulo.

## B. Modelos transitados hacia la cobertura pública universal

Los modelos transitados hacia la cobertura pública universal son sistemas de salud que han avanzado, aunque con complicaciones, hacia la cobertura pública universal a través de seguro o servicio nacional de salud. En estos casos, la gestión financiera pública en salud está concentrada en un único organismo, que puede ser el Ministerio de Salud, una Caja o un Fondo Nacional.

El Brasil es el ejemplo más claro de transición desde un modelo de seguro nacional *bismarckiano* a uno universalista desde un financiamiento con contribuciones sociales a uno de impuestos generales (nacional, federal y municipal) (Alonso, 2020; Almeida, 2014; Monteiro, 2018).

En perspectiva histórica, el primer evento de la institucionalidad que hoy existe en el país se remonta a la creación del Ministerio de Educación y Salud Pública en 1930 y más tarde, a la creación específica de un Ministerio de Salud en 1953 (véase el diagrama 1)<sup>15</sup>.

La diferencia en esta nueva institucionalidad es que el Estado comienza a asumir las acciones de medicina curativa y/o asistencial como parte de su rol. Hasta entonces, las Secretarías y Consejos tenían como principal responsabilidad los problemas de higiene pública, como limpieza de calles, y en momentos concretos, como epidemias, extendía sus facultades a labores de control público, cuarentenas y desinfección.

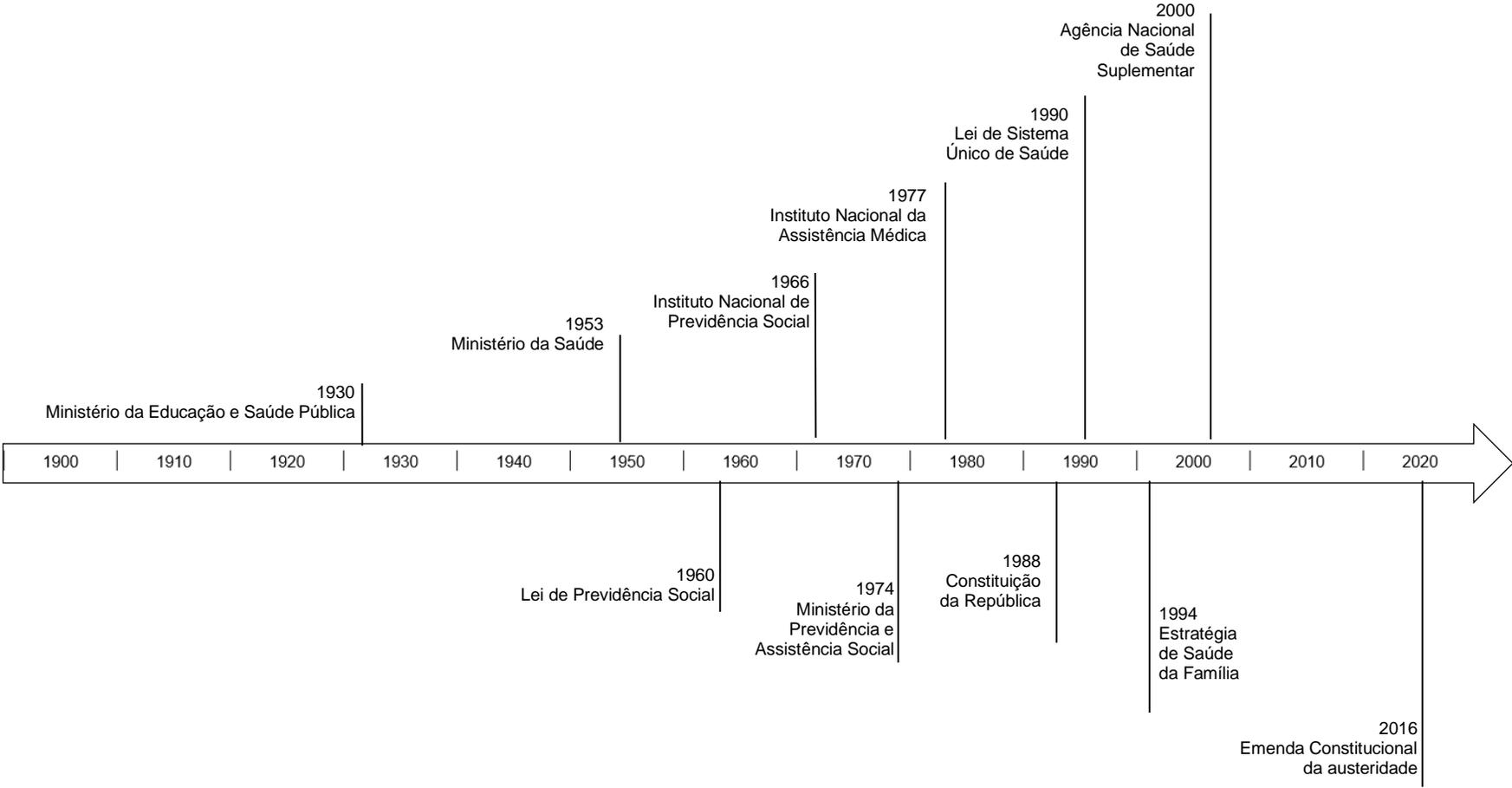
La siguiente ola de reformas se produjo durante las dictaduras militares entre 1964 y 1985. Los esfuerzos de este periodo estuvieron dirigidos a reducir el poder de las organizaciones sindicales y establecer un sistema de seguro social. Estas se consolidaron con la creación del Instituto Nacional de Previsión Social en 1966, del que más tarde se separan las funciones de salud y pensiones (1977), y un Ministerio de Previsión y Asistencia Social, en 1974. Con ello, se conformaron dos subsistemas públicos, uno curativo para la población trabajadora formal y otro asistencial para el resto de la población pobre<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Para un análisis del periodo previo, ver Hochman (2005).

<sup>16</sup> Los servicios médicos del Ministerio se reducían a acciones dirigidas básicamente a las campañas de vacunación, control de epidemias y limitados servicios asistenciales. El Instituto Nacional de Previsión Social resultó de la fusión de seis instituciones de previsión social de los trabajadores. Para más detalle de estas reformas, ver Monteiro (2018) y Paim y otros (2011).

**Diagrama 1**  
**Brasil: evolución e hitos del sistema de salud**



Fuente: Elaboración propia.

La estructura del sistema de salud cambió radicalmente con el fin de la dictadura y las primeras elecciones democráticas de 1985. La redacción de una nueva Constitución Política en 1988 estableció la salud como un deber del Estado a través de un Sistema Único de Salud (SUS), que fue regulado por la Ley 8.080 de 1990. EL SUS es un sistema público, unificado y de cobertura universal, descentralizado y financiado por los tres niveles del Estado<sup>17</sup>. No excluye al sector privado, que participa en la provisión de servicios a través de convenios y en el aseguramiento a través de seguros complementarios, gozando de beneficios tributarios<sup>18</sup>.

En atención hospitalaria, el SUS cuenta con 2.444 centros de naturaleza pública y tiene vínculo con más de la mitad de los 4 mil hospitales privados<sup>19</sup>. En atención primaria, el avance más importante se produjo con la creación, en 1994, de la Estrategia Salud de la Familia (*Estratégia Saúde da Família* (ESF)) y su posterior expansión a más de la mitad de los hogares. La EFS tiene como objetivo promover la expansión y resolución de la atención primaria de forma integrada y planificada, y ser la puerta de entrada al SUS. Ofrece servicios multidisciplinarios a las comunidades a través de Unidades de Salud de la Familia (*Unidades de Saúde da Família* (USF)), como consultas, exámenes, vacunas, acciones de prevención y otros servicios. Los equipos están compuestos en función de la vulnerabilidad de las familias que habitan el territorio asignado, y constan, al menos, de profesionales médicos y de enfermería, un auxiliar y/o técnico de enfermería y un agente comunitario de salud (ACS). Este último es un trabajador genérico, con residencia en la comunidad en la que actúa, que recibe formación sanitaria básica y cuya principal función es prevenir enfermedades y promover la salud mediante visitas domiciliarias. Una de las claves de éxito de las USF es la vinculación territorial específica y la asignación de una micro área de un máximo de 750 personas por ACS y 4.000 personas por equipo (MINSAU, s.f). Esta estrategia es uno de los puntos fuertes del SUS y las evaluaciones de su funcionamiento confirman que ha permitido avanzar en prevención y acceso real al sistema (Paim y otros, 2011; Carvalho y otros, 2016; Giovanella y otros, 2021).

La crisis de mitad de la década pasada tuvo impacto en las cuentas fiscales de varios países. En el caso del Brasil, el resultado primario del gobierno central había pasado de 1,9% a -2,0% del PIB entre 2012 y 2015, pero los gastos de capital e intereses de la deuda habían hecho que el resultado global fiscal se incrementara desde -1,8% a -9,3% del PIB, en el mismo periodo (CEPAL, 2016). En este marco, en 2016, una enmienda constitucional congeló el gasto público real durante los próximos 20 años, lo que tuvo efectos en el financiamiento del SUS, la atención de salud, los resultados sanitarios y la desigualdad territorial. Con este condicionante, durante la pandemia, el Brasil se convirtió en el segundo país con más fallecidos confirmados por COVID-19 en el mundo, haciéndose más fuertes las críticas a la austeridad en

---

<sup>17</sup> Las fuentes de financiamiento provienen del ámbito federal, estatal y municipal. La federal estaba constituida por la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros (vigente hasta 2007), Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, Recursos Ordinarios y Contribución sobre el Lucro de Personas Jurídicas. La estatal y municipal, por los traspasos de fondos del nivel superior e impuestos de cada nivel (principalmente sobre circulación de mercancías y servicios en el estatal e impuestos a propiedad urbana en el municipal) (Medici 2022; Becerril y otros, 2011). El término contribuciones no se refiere a cotizaciones sociales, sino a aportes de cada nivel. En la actualidad los aportes son: i) federal: 15% de los ingresos corrientes del gobierno; ii) estatal: 12% de los ingresos; iii) municipal: 15% de los ingresos (Massuda y otros, 2020). La distribución entre los tres niveles se sitúa en torno al 45%-50% de financiamiento federal, 25%-26% estatal y 25%-27% municipal.

<sup>18</sup> Como se verá en el siguiente capítulo, esto último, en la práctica, se ha traducido en un modelo cuasi-dual, ya que en 2021 casi 49 millones de personas (23% de la población) tenía asistencia médica de planes suplementarios. Esta proporción se ha mantenido más o menos estable desde 2011. En cuanto a su distribución, más del 80% se constituye de planes colectivos, principalmente empresas, y menos del 20% por planes individuales (ANSP, 2021).

<sup>19</sup> Los hospitales de naturaleza pública aumentaron desde 2.088 a 2.444 entre 2000 y 2020, mientras que los privados descendieron desde 4.827 a 4.198 establecimientos en el mismo periodo. No obstante, el porcentaje de establecimientos privados con vinculados al SUS aumentó del 33,1% al 56,5% en el mismo periodo (Sobral y Silva, 2018, 2020).

los últimos dos años. Como solución, el parlamento aprobó la suspensión temporal del techo de gasto, contabilizando aparte la financiación de la respuesta a la crisis<sup>20</sup>.

Las múltiples evaluaciones del SUS y de la ESF son claramente positivas. Existe un consenso mayoritario acerca de la ampliación de la cobertura y el acceso, así como de las mejoras de los indicadores de salud. Entre los retos pendientes se señalan las desigualdades territoriales, el insuficiente financiamiento del sistema público y su relación con el sector privado y público<sup>21</sup>.

Entre las principales debilidades se señalan las desigualdades territoriales y la falta de financiamiento. La extensión territorial del Brasil es un desafío a la hora de ampliar la red de servicios. Los problemas para dotar de infraestructura y personal sanitario son importantes. En 2013 se puso en marcha el Plan Más Médicos (*Plan Mais Médicos*) que pretendía dotar con 18 mil doctores a los municipios del interior y otras zonas con carencias de atención. Se contó para ello con un convenio con Cuba a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Sin embargo, cinco años más tarde, en 2018, los conflictos entre el nuevo gobierno brasileño y el gobierno cubano acabaron con esta cooperación. Se estima que, para entonces, cerca de 8.000 médicos abandonaron el país (OPS, 2016).

Por otra parte, la falta de recursos económicos ha sido un problema desde los inicios. Pese a que el gasto público en salud aumentó desde la creación del SUS hasta el 5,1% del PIB en 2019, este continuaba siendo menor que el gasto privado (mientras que el gasto público en salud correspondía al 42% del gasto total, el gasto privado representaba el 58% del gasto total en salud) (CEPAL, 2022b; OMS, 2022b). Esta característica estructural del SUS ha determinado una relación particular con el sistema privado. La normativa y los gobiernos han promovido la contratación de planes suplementarios que han generado ciertas distorsiones a la idea original de un sistema único universal con financiamiento progresivo<sup>22</sup>. Las últimas evaluaciones de los organismos internacionales recomendaban reformas al SUS que no pasaban por el aumento del gasto público sino por más incentivos a la productividad, mejores intervenciones sobre estilos de vida saludables y reducción de los gastos tributarios de los planes suplementarios (OECD, 2021; BM, 2017).

Otro país con modelo transitado hacia un diseño de cobertura pública universal, financiado a través de impuestos generales, es Cuba. El Sistema Nacional de Salud cubano se funda en 1961 luego del triunfo de la revolución. Se organiza y funciona según los principios de universalidad, gratuidad, accesibilidad, regionalización e integralidad, y está estructurado en tres niveles territoriales (nación, provincia y municipio). Los resultados sanitarios han sido positivos, cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo en el año 2015. Los principales desafíos son los cambios demográficos derivados del envejecimiento poblacional y de la baja fecundidad, las presiones asistenciales de las enfermedades crónicas y la falta de recursos financieros (OPS, 2017). Esta última ha sido una carencia histórica, agudizada después de la crisis de 1990<sup>23</sup>. Por último, se objeta que el modelo cubano es difícilmente comparable, por las particularidades de la organización económica y política del país.

---

<sup>20</sup> Ver un análisis del impacto del periodo de austeridad en OPS (2020a) y Massuda (2020), y algunas de las críticas más recientes en NU (2020) y Moretti y otros (2021). En la actualidad la situación es incierta, porque en las elecciones de este año, previstas para octubre, se enfrentan dos posturas contrarias que afectarán al financiamiento del SUS. El gobierno, que opta a la reelección, es partidario de retomar la norma fiscal una vez que la emergencia sanitaria haya acabado, mientras que el líder de la oposición propone revocar la enmienda 95/2016 y aumentar el gasto público.

<sup>21</sup> Ver evaluaciones y desafíos del SUS en Medici (2002), Paim y otros (2011), Gragnolati y otros (2013), y más recientes en Massuda y otros (2018), Paim (2018), Castro y otros, (2019) y OECD (2021).

<sup>22</sup> Los planes privados benefician a casi el 25% de la población, de los que el 80% pertenece a los grupos de mayor ingreso. El 80% tiene ingresos superiores a 20 salarios mínimos (Sobral y Schubert 2013). Además, los beneficios tributarios por su contratación implican una reducción de ingresos equivalentes al 12,5% del presupuesto total del Ministerio de Salud (Ocké-Reis 2018). Para las tensiones entre sector público y mercado privado ver Paim (2018) y Massuda y otros (2018).

<sup>23</sup> Ver descripciones del modelo cubano en Lamrani (2022), y particularmente sobre la crisis continua de financiamiento en Delgado (1998), De Vos y otros (2008) y Domínguez y Zacea (2011).

Costa Rica y el Uruguay también cuentan con modelos unificados de cobertura pública, pero a diferencia del Brasil y Cuba, estos sistemas son financiados principalmente a través de cotizaciones.

En el caso del Uruguay, el antecedente más directo es la creación del Ministerio de Salud en 1933. Desde entonces se pueden identificar diferentes etapas, marcadas por dos periodos de reformas más relevantes, una en la segunda parte del siglo XX, cuando se regulan las mutuales como Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en 1975, y una segunda reforma, más reciente, en 2007, que crea el actual Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Aran y Laca, 2013; Sbárbaro, 2015; OPS, 2021a)<sup>24</sup>.

Hasta antes de la última reforma el sistema estaba fragmentado en dos subsistemas, uno público compuesto por la ASSE, y uno privado gestionado principalmente por las IAMC, sin compensación entre ambos fondos. La diferencia entre los dos subsectores era relevante. Con similar número de beneficiarios, la entidad pública contaba con mayor dotación de infraestructura y recursos humanos, y menores ingresos que las IAMC. En 2006, el 50,8% estaba cubierto por un seguro público y un 45,7% por uno privado. Del total de gasto en salud, el 26% era gasto público y el 74% era gasto privado (González y Olesker, 2009), indicando de esta manera una gran desigualdad entre ambas entidades<sup>25</sup>.

La reforma de 2007 estableció un sistema unificado, con un Fondo Nacional de Salud (FONASA) que recauda las contribuciones sociales, y transfiere a las IAMC y ASSE un per-cápita ajustado por riesgo (sexo y edad) y metas asistenciales. Los usuarios cotizan al FONASA entre el 3% y 8%, según sus ingresos y el perfil de la familia (cónyuge, hijas, hijos e integrantes con discapacidad), y las empresas aportan el 5% del valor de los salarios. Asimismo, pueden elegir el prestador de salud, afiliándose a alguno de las 41 entidades privadas o a la ASSE. En la actualidad, la distribución corresponde a 60% y 40%, respectivamente (MSP, 2021). Por su parte, todas las instituciones tienen la obligación de ofrecer, al menos, un Plan Integral de Atención a la Salud (PIA) que define el Ministerio de Salud<sup>26</sup>.

Si bien es cierto que los resultados sanitarios y cobertura ya eran altos antes de las reformas, las evaluaciones de la reforma son mayoritariamente positivas. Se redujo significativamente la segmentación, mejoró la progresividad de la recaudación, disminuyeron las barreras de acceso, aumentó el gasto público, aseguró una canasta común universal y redujo las diferencias de financiación per cápita entre ASSE y IAMC<sup>27</sup>. La cobertura alcanzaba prácticamente el 100% en 2014, la asignación de recursos per cápita por riesgo redujo las diferencias de acceso y atención por nivel de ingresos y el gasto de bolsillo cayó del 23,8% al 15,5% del gasto en salud entre 2007 y 2019 (Bernales-Baksai, 2020; OMS, 2022b).

Sin embargo, aún quedan desafíos pendientes que no se han abordado. Estos tienen que ver con la demanda de mayor financiamiento, persistencia de desigualdades según prestador, las limitaciones del ajuste por riesgo basado únicamente en sexo y edad, el funcionamiento de los proveedores públicos

---

<sup>24</sup> Las IAMC tienen su origen en las mutuales y socorros mutuos de la segunda mitad del siglo XIX, pero comienzan a ser regulados como IAMC a fines de la década del sesenta, cuando comienzan a recibir fondos públicos y, sobre todo, a partir de 1980 (Buglioli y otros, 2002).

<sup>25</sup> El restante 3,5% de cobertura corresponde a "otro o no se atiende". El principal público era ASSE, con 1,44 millones de beneficiarios, 4.452 camas, 4.533 médicos y 5.668 personal de enfermería. El principal privado eran las IAMC, con 1,42 millones de beneficiarios, 3.471 camas; 664 médicos y 7.393 personal de enfermería. El gasto total de las IAMC era 3 veces superior a los de la ASSE (González y Olesker, 2009).

<sup>26</sup> Para más información del Programa Integral de Atención a la salud, ver MSP (2010), OPS (2021), Gallo (2015) y Oreggioni (2015). En cuanto a la cobertura, ya era alta antes de la reforma (menos de un 5% sin seguro en 2007). Esto, debido a que MSP-ASSE incluía a la población sin seguro de salud. Los datos más recientes corresponden a MSP (2021).

<sup>27</sup> Ver más análisis y evaluaciones en Olesker y otros (2010), Carrasco (2015), Gallo (2015), Bernales-Baksai (2020), Oreggioni (2015), OSSU (2017) y Báscolo y otros (2018).

y privados, cuestiones vinculadas con la formación y el ejercicio de los recursos humanos sanitarios y la integración con un débil sistema de atención a la dependencia<sup>28</sup>.

Por su parte, Costa Rica es uno de los primeros países que alcanzó un sistema integrado público y universal de salud. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue fundada en 1942-1943 y recauda el seguro social obligatorio, de aportación tripartita entre trabajadores, empleadores y Estado<sup>29</sup>. En 1980 ya tenía una cobertura del 85% de la población y representaba el 75% del gasto sanitario público<sup>30</sup>. A principios de los años 1990, además de los hospitales, tras pasados a la Caja en 1975, se asumió la gestión de la atención primaria, hasta entonces a cargo del Ministerio de Salud. Asimismo, se impulsó la contratación de proveedores privados, aunque en la práctica tuvo un desarrollo limitado principalmente a cooperativas. Una segunda ola de reformas se produjo poco después, en la segunda mitad de esta década. Esta puso énfasis en la promoción de la competencia regulada entre entidades públicas que terminó por expandir y consolidar la provisión pública y mejorar los indicadores de salud. Con ello, se fortalecieron los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que aumentaron su participación en el gasto sanitario<sup>31</sup>.

Los EBAIS se crearon en 1995 y son el pilar central de la atención primaria y la puerta de acceso al sistema. Abarcan temas de prevención, como atención de consultas de crecimiento y desarrollo en niñas, niños y adolescentes, control prenatal de la mujer embarazada, preparación para el parto, identificación de grupos de riesgo, anticoncepción, detección precoz de cáncer cérvico-uterino y mama, inmunizaciones, atención odontológica, detección y control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial crónica y la diabetes mellitus, y rehabilitación. De igual modo, tiene entre sus funciones referir a niveles de mayor complejidad los problemas de salud que exceden su capacidad resolutoria. Los equipos están asignados a un territorio específico, con una población de entre 2.500 y 6.000 habitantes, que se ajusta según criterios demográficos, accesibilidad y recursos humanos disponibles. Cuentan con personal sanitario (medicina, enfermería y otros) y asistentes técnicos de atención primaria (ATAP). Estos últimos son profesionales que realizan visitas domiciliarias en el territorio, actuando como enlace entre los hogares y el centro de salud, y permitiendo el seguimiento y la detección de riesgos individuales y de determinantes sociales de la salud. En el año 2021 había 1.080 EBAIS (un equipo por cada 4.630 habitantes, promedio), que recibieron el 75% de las consultas médicas de todo el sistema sanitario (el otro 24,3% se realizaron en hospitales y centros especializados) (CCSS, 2022).

Los resultados de Costa Rica han sido ampliamente reconocidos como positivos (OPS, 2018). Desde 1975 tiene la esperanza de vida más alta de toda América Latina y una de las menores tasas de mortalidad infantil de la región<sup>32</sup>.

Los desafíos económicos del modelo costarricense son similares a los de hace una década, en términos de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos, a través de mecanismos de pago como Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRD). A estos se han agregado otros derivados del envejecimiento poblacional, la integración sociosanitaria con el

---

<sup>28</sup> Según Fuentes (2019) y Ballart y Fuentes (2018), para lograr reunir los apoyos sociales y políticos necesarios para la reforma, estas cuestiones no se abordaron. Algunos de los desafíos se plantean en Bernales-Baksai (2020), González y Triunfo (2020), Bassano y otros (2019), Grau (2015), Matus-López y Cid (2016).

<sup>29</sup> Para un análisis previo de la evolución del sistema de salud de Costa Rica, ver Botey (2020). Entre 1973 y 1985 aumentó la contribución para el trabajador, desde el 4% al 5,5% de su salario; para el empleador, de 5% a 9,25% y el Estado disminuyó de 2% a 1,25% (Mesa-Lago, 1985). En la actualidad, la contribución para los trabajadores asalariados (Régimen de enfermedad y maternidad) es del 5,5%, 9,25% y 0,25%, respectivamente. Además, se contribuye para las Pensiones de Invalidez, Vejez y Muerte, con porcentajes de 4%, 5,25% y 1,41%, respectivamente.

<sup>30</sup> Otro 12% correspondía al Ministerio de Salud y un 13% a aguas y alcantarillado.

<sup>31</sup> Para más información de las reformas de los años 1990s, ver Bixby (2004), Carro y Espinoza (2016), Rodríguez, A. (2005), Martínez y Castro (2000) y Martínez (1999).

<sup>32</sup> Desde 1990 hasta ahora, sólo le supera Chile (UN, 2020).

recientemente aprobado sistema de atención a la dependencia y la discusión sobre la institucionalización de los EBAIS gestionados por cooperativas privadas<sup>33</sup>.

### C. Modelos tradicionales públicos fragmentados

Los modelos tradicionales públicos fragmentados son sistemas de salud con aseguramiento público predominante, pero fragmentado entre servicio público universal (financiado con impuestos generales) y seguro social (financiado con cotizaciones).

México configuró su sistema de salud entre 1943 y 1959, con la creación, al inicio del periodo, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y al final del periodo, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (véase el diagrama 2)<sup>34</sup>.

La cobertura y la capacidad hospitalaria de las tres instituciones se extendió en los años siguientes aunque para distintas poblaciones. Las primeras reformas relevantes se producen en la década de 1980 y 1990, con la intención de mejorar la coordinación de los servicios, a la vez que ampliar la cobertura de aquellos que quedaron fuera del modelo (Soberón, 2001; Barrera, 2004). En 1979 se creó el IMSS-COPLAMARCOPLAMAR (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), un programa financiero que buscó constituirse en un puente de solidaridad entre los no cotizantes, el IMSS y el SSA. Luego, un nuevo impulso vino dado por la declaración del derecho universal a la salud en la reforma a la Constitución en 1982 y por la promulgación de la Ley General de Salud de 1984. Finalmente, la SSA pasó a denominarse Secretaría Nacional de Salud y en 1989 se rediseñó el programa solidario del IMSS<sup>35</sup>.

En 1996 se realizó una reforma en la gestión que transfirió recursos y competencia a los estados pero manteniendo, en términos generales, la separación en el aseguramiento (Gropello y Cominetti, 1998). Así, a comienzos del milenio, el sistema nacional estaba segmentado en tres componentes. El primero, definido por un modelo de seguridad social laboral, cubría algo más del 50% de los casi 100 millones de habitantes. En este se enmarcaban los afiliados y beneficiarios al IMSS, el ISSSTE, las Fuerzas Armadas y los trabajadores petroleros. En segundo lugar, la población no cubierta por estos seguros, es decir, que no tenía acceso a la seguridad social laboral y que representaba cerca del 40% de la población. A ellos se orientaban los servicios de la SSA a nivel federal, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-Solidaridad. Por último, las personas que tenían cobertura o atención privada representaban menos del 10% (Gómez-Dantés y Frenk, 2019)<sup>36</sup>.

La tercera ola de reformas comenzó en 2003-2004, con una nueva Ley General de Salud que reconfiguró el modelo en el Sistema de Protección Social de Salud con la creación del Seguro Popular. Son las conocidas reformas de pluralismo estructurado, inspiradas en las recomendaciones del Banco Mundial (1987, 1993) y que consisten en la creación de cuasi mercados a través de la separación de funciones (regulación, pago y provisión), el establecimiento de servicios de salud básicos, como el Catálogo Universal de Servicios Esenciales (CAUSES) y la aportación de copagos (GOBMEX, 2019; Londoño y Frenk, 1997).

---

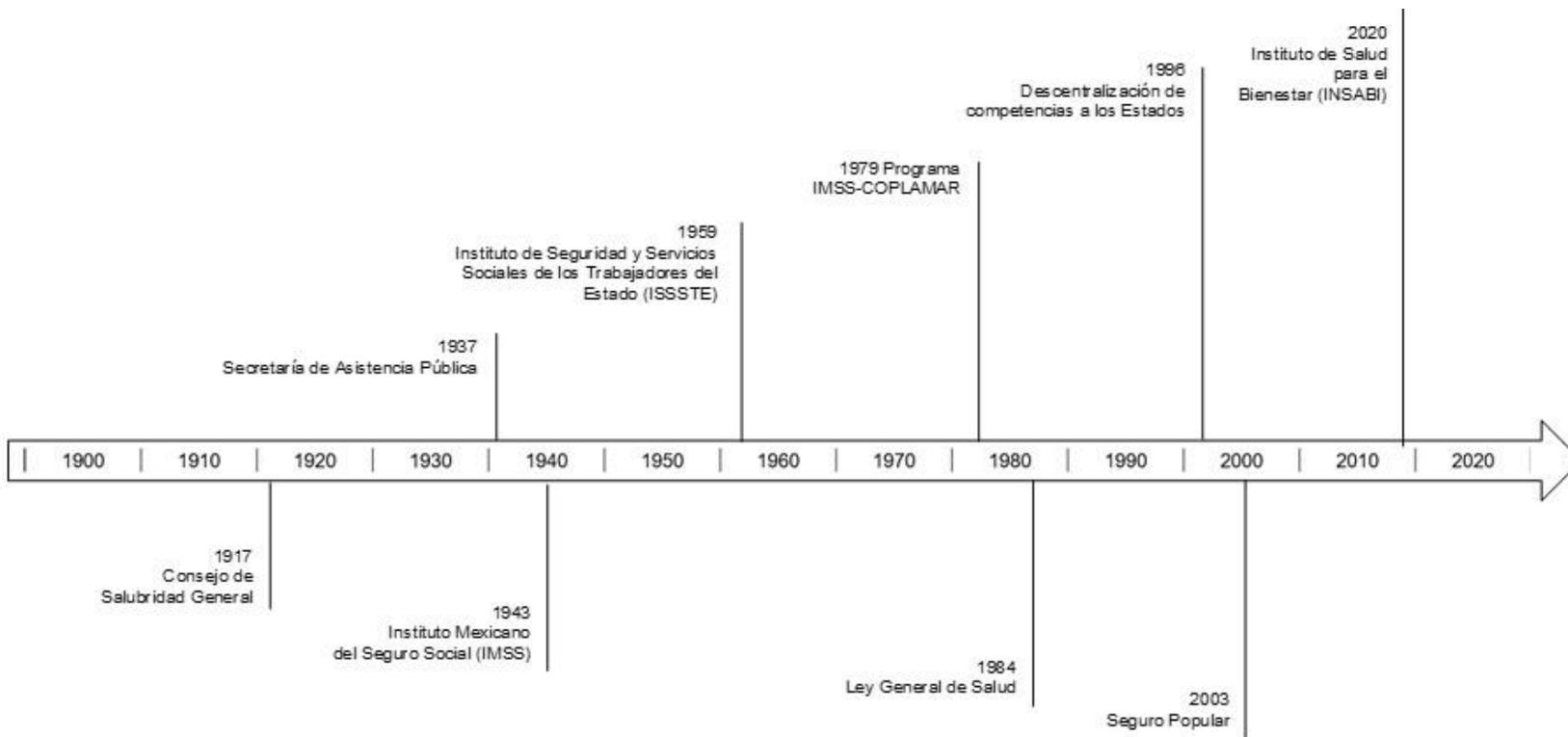
<sup>33</sup> En 2018 se expresó la voluntad de devolver los EBAIS administrados por cooperativas privadas a la gestión pública (OPS, 2018). Desde entonces, los centros de esta titularidad han disminuido de 135 a 114. Acerca de los desafíos del sistema, ver OPS (2018), Rodríguez (2005) y Jara-Males y otros (2021). Este último se centra en lo relativo a envejecimiento poblacional y demanda de servicios de dependencia.

<sup>34</sup> El SSA nace de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y de la Secretaría de Asistencia Pública. Ver la evolución histórica hasta este punto en Rodríguez y Rodríguez (1998), en Gudiño y Aguilar (2010) y Gutiérrez (2017).

<sup>35</sup> El programa pasó a denominarse IMSS-Solidaridad (1989); posteriormente, IMSS-Oportunidades (2002), IMSS-Prospera (2014) y a partir del año 2018, IMSS-Bienestar. Su función sigue siendo la misma, ampliar la cobertura a personas sin seguro, con énfasis en las zonas rurales.

<sup>36</sup> Según estos autores, el 10% restante es clasificado como privado. Pero no todo es privado, sino que una parte de esa población no reconocía ningún seguro. Según Canales (2004), sólo el 3% de la población tenía un seguro privado.

Diagrama 2  
México: evolución e hitos del sistema de salud



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de las evaluaciones de estas reformas son mixtos. Por una parte, algunos estudios realizados por los propios impulsores de la reforma señalan que existe evidencia de un mayor acceso a los servicios de salud, así como de una reducción de la prevalencia de gastos catastróficos, especialmente para los pobres, y aumento de la cobertura (Knaul y otros, 2012, 2006; King y otros, 2009; Frenk y otros, 2019)<sup>37</sup>. Por otra parte, desde una perspectiva menos optimista, se reconocen los avances en el aumento del gasto público en salud y la cobertura nominal, pero son menos positivos en la reducción del gasto de bolsillo (según grupos de población), en el acceso efectivo y en la eficacia y administración de los recursos públicos (Chemor y otros, 2018; García-Díaz y otros, 2018; Nigenda y otros, 2015).

Algunos autores son más críticos respecto de las implicancias de la reforma en el panorama de un sistema unificado de salud. Esto último, porque el Seguro Popular se implementó como una red de última instancia para personas sin acceso a la seguridad contributiva, la mayoría pobres, con un paquete básico de servicios menos generosos que el de los seguros sociales contributivos y sin mecanismos de solidaridad de estos últimos (Uribe y otros, 2013; Leal, 2013).

Finalmente, en 2019-2020, se lanzó la última reforma, con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y el fin del Seguro Popular. Este se planteó como un organismo descentralizado, perteneciente a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo objetivo es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social laboral, así como impulsar acciones de articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (INSABI, 2019)<sup>38</sup>.

Además de las críticas por la exclusión del sistema privado del proceso de reforma, se hace notar que el nuevo modelo no acaba con la segmentación en el sistema público (IMSS/ISSSTE-INSABI), no está respaldado por un marco legal propio y, en parte, vuelve a centralizar la gestión sanitaria (Reich, 2020; González y otros, 2020).

La pandemia y complicaciones de gestión retrasaron el desarrollo institucional del nuevo modelo. Durante 2022 se realizaron levantamientos de diagnóstico de los sistemas federales y, a la vez, se ha fortalecido al programa IMSS-Bienestar en algunos estados. Por esto último, es posible que INSABI termine siendo, en la práctica, la expansión del programa solidario del IMSS a toda la población sin seguro laboral (INSABI, 2022a, 2022b; González y otros, 2020)<sup>39</sup>.

Otros dos casos paradigmáticos de modelos tradicionales públicos fragmentados son los de Guatemala y del Estado Plurinacional de Bolivia, este último con una reforma reciente que ha ampliado la cobertura a través de este diseño.

Guatemala es uno de los países con peores indicadores de salud en América Latina y menores recursos económicos para el sector. Tiene un gasto público de aportación directa y contribuciones del 2,3% del PIB en 2019, una esperanza de vida de 73,9 años y una tasa de mortalidad infantil de 24,5 por cada 1.000 nacidos vivos (CEPAL, 2022b; OMS, 2022b). El sistema sanitario se puede clasificar en público y privado. El sistema público está compuesto por dos subsistemas: uno conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y las Fuerzas Armadas y financiado con impuestos generales. Su cobertura es universal, pero en la práctica actúa como red de última instancia. El segundo es un subsistema de seguridad social, gestionado por el Instituto Guatemalteco de

---

<sup>37</sup> Uno de los estudios de mayor impacto fue el de Knaul y otros (2006), sobre la reducción de gastos catastróficos. No obstante, algunos autores, como Victora y Peters (2009), advierten sobre los plazos de evaluación de la reforma. En el caso de González y otros, (2020), la evaluación es positiva, pero alerta sobre los persistentes problemas de segmentación.

<sup>38</sup> La población a la que va dirigida el INSABI es la que actualmente utiliza las 32 entidades federativas y el IMSS-Bienestar. Estas cubren al 55% de la población, pero contaban solamente con el 21% de los hospitales del país (INSABI, 2019).

<sup>39</sup> Los últimos hechos parecen circunscribir la estrategia del seguro a la expansión del IMSS-Bienestar, más que a la creación de una estructura nueva que sustente el INSABI.

Seguridad Social (IGSS), que se financia principalmente con cotizaciones de los trabajadores<sup>40</sup>. Por su parte, el sistema privado se compone del gasto directo de las familias a prestadores de servicios lucrativos, así como el pago de primas a seguros privados y, además, por servicios ofrecidos por ONG y la cooperación al desarrollo.

Las principales instituciones sanitarias del país se fundaron en la década de 1940. En 1944 se estableció el Seguro Social Obligatorio, un año más tarde se creó el Ministerio de Salud Pública y en 1946 nació el IGSS como una institución autónoma de derecho público.

Después de un largo periodo de conflictos armados internos, en 1996 el país firmó los Acuerdos de Paz y estableció las bases de sus esfuerzos sociales. Entre ellas, aumentar la cobertura en salud e impulsar el acceso a los servicios de salud en zonas rurales e indígenas. Para ello, el gobierno puso en marcha el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) que contrató servicios básicos de salud materna, infantil y de emergencia al sector privado, principalmente ONG. Sin embargo, los resultados no fueron lo esperado, pues no hubo diferencias significativas entre zonas apoyadas con estos recursos y zonas sin el apoyo, por lo que el respaldo social y político a este tipo de servicios terminó por suspenderse en 2014 (Bitrán, 2006; Lavarreda, 2019; Ávila y otros, 2015). En el año 2009 se mantenían los problemas de cobertura y financiamiento (Becerril-Montekio y López-Dávil, 2011).

En los años siguientes, los indicadores no han mejorado demasiado. Aunque la cobertura del MSPAS es universal, cuatro de cada cinco personas afirman no estar protegidas por ningún seguro de salud, público o privado, y sólo el 18,6% de la población económicamente activa está afiliada al IGSS (PNUD, 2016; IGSS, 2019), evidenciándose la diferencia entre ampliar cobertura y lograr acceso efectivo a los servicios.

Un 63% del gasto en salud es privado y un 37%, público. De este último, un 55% es a través de los esquemas del gobierno y el 45% por contribuciones sociales obligatorias (OMS, 2022b). Desde mediados de la década pasada se viene hablando de realizar una reforma de salud, pero no se han materializado cambios relevantes<sup>41</sup>. De este modo, los desafíos más urgentes son más o menos los mismos que hace una década; a saber, mantener un entorno de estabilidad y crecimiento económico junto con aumentar la capacidad recaudatoria del Estado para proveer recursos a la inversión y gasto público en salud, alcanzar la cobertura universal real y luchar contra la informalidad del mercado de trabajo que normalice la cobertura del IGSS (Matus-López y otros, 2021).

Por su parte, el sistema de salud del Estado Plurinacional de Bolivia ha descansado históricamente en las cajas de salud, también conocidas como seguros de corto plazo<sup>42</sup>. Estas se remontan a las primeras décadas del siglo XX, con las cajas vinculadas a ferrocarriles (1920). Casi una década después, en 1929, se crea el Ahorro Obrero Obligatorio para los trabajadores mineros, tranviarios, ferroviarios y asalariados en general, y más tarde, se crea la Caja de Seguro y Ahorro Obrero (1935). En relación con las instituciones públicas tradicionales, el Ministerio de Salud se crea en 1938 reemplazando a la Dirección General de Sanidad, vigente desde comienzos de siglo. A través del sistema de cajas se consolida la creación del Sistema de Seguridad Social para Trabajadores (1953) y la promulgación del Código de Seguridad Social (1956). En la reglamentación de este último cuerpo legal se establecen como gestoras y ejecutoras a las siguientes entidades: la Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Caja de Seguro Social de Ferroviarios y Anexos, la Caja de Seguro Social Militar, la Caja de Seguro Social Bancario y Ramas Anexas y la Caja de Seguro Social de Trabajadores Petrolero (Jiménez comp., 1995; Picado y Duran, 2009; Mendizábal, 2022).

---

<sup>40</sup> El IGSS organiza sus actividades en tres programas: i) Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA), ii) Invalidez y Supervivencia (IVS) y iii) Protección para Trabajadores de Casa Particular (PRECAPI). En salud se considera el gasto de IVS.

<sup>41</sup> Ver video divulgativo Reforma de Salud Guatemala en el canal informativo de OPS (2016). Más recientemente, un documento del MSPAS (2016) ha vuelto a ser retomado por el gobierno y ha tenido repercusión en los medios (Mata, 2019).

<sup>42</sup> Para diferenciarlas de los seguros de largo plazo, que están constituidos por las cajas de pensiones, vejez y muerte.

La primera ola de cambios se produce entre fines de la década de los ochenta y durante los noventa. La reforma de 1987 separa las funciones de salud y pensiones de la seguridad social. Las cajas pasan a ser conocidas como cajas de salud o seguros de corto plazo, y la CNSS es renombrada como Caja Nacional de Salud. Los aportes al sistema se fijan en el 10% del salario, pagado por el empleador<sup>43</sup>. Entre 1993 y 1998 se producen cambios importantes en el sistema: i) se crea el Instituto Nacional de Seguros de Salud como ente regulador de los seguros de salud; ii) se transfiere la infraestructura de salud a los gobiernos municipales; iii) se delegan las competencias de administración de los recursos humanos en salud a las prefecturas departamentales; iv) se crean el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Seguro Médico Gratuito de Vejez y el Seguro Básico de Salud, con acceso a 92 prestaciones<sup>44</sup>. Con ello, el sistema quedó conformado por el subsector público, a cargo del Ministerio de Salud, en coordinación con los departamentos y municipios, el subsector de Seguridad Social, compuesto por las cajas de Salud, los Seguros Universitarios y la Corporación del Seguro Social Militar, y un tercer subsector, privado<sup>45</sup>. Como resultado, aumentó la cobertura a través de la seguridad social, aunque en torno a 2010 tres de cada cinco personas afirmaban no disponer de ningún seguro de salud<sup>46</sup>.

La última reforma se llevó a cabo en 2018-2019, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) de acceso universal. En la práctica, está destinado a ofrecer servicios de salud gratuitos a todas aquellas personas sin cobertura sanitaria; cerca del 51% de la población (casi 6 millones de personas). Para ello, el gobierno destinó cerca de 3 mil millones de dólares del presupuesto nacional. Sus primeros objetivos fueron ampliar la infraestructura pública sanitaria y aumentar la dotación de personal facultativo (MSD, 2021).

Lamentablemente, la reforma ha enfrentado varias dificultades importantes. En el primer año de puesta en marcha el país sufrió una triple crisis: política, sanitaria y económica. En noviembre de 2019 la crisis política generó la renuncia del Presidente a un mes de haber asumido su cargo y en marzo de 2020 se detectó el primer caso de COVID-19. En junio de 2020 se convocaron nuevamente elecciones en las que ganó la coalición del gobierno anterior, lo que posibilitó la recuperación de las políticas interrumpidas. En su primer diagnóstico, reconocieron un fuerte déficit económico y social y ajustaron las expectativas de recuperación para 2021 y 2022 (MEFP, 2021). Con todo ello, las pocas evaluaciones del SUS apuntan a un claro aumento de la cobertura, financiamiento y recursos humanos, pero no logra mejorar significativamente los principales indicadores de dotación y recursos económicos por habitante (Alondra, 2022; Matus-López y otros, 2018).

## 1. Modelos duales con gestión financiera privada

Los modelos duales con gestión financiera privada tienen una importante participación de mercado en la gestión de las contribuciones obligatorias. Existe un único fondo público que, además de las contribuciones, recibe aportes del Estado, y una serie de entidades privadas, que se financian con contribuciones y otros ingresos propios.

---

<sup>43</sup> Ver la evolución histórica de la Seguridad Social (salud y pensiones) en Vásquez (2014). La división de la seguridad social establece los seguros a corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y los seguros a largo plazo (invalidez, vejez y muerte), a cargo de a los fondos complementarios.

<sup>44</sup> En un primer momento, con la ley de participación ciudadana (1994) no se transfiere la gestión médico-administrativa, que se mantuvo en la Secretaría Nacional de Salud, pero con la ley de descentralización (1996) se efectúa este traspaso de competencias a los gobiernos departamentales. Para cumplir con estas nuevas competencias el gobierno se compromete a transferir el 20% de los fondos del tesoro nacional a cada gobierno municipal, según población. En 2006 el Seguro Médico Gratuito de Vejez será renombrado como Seguro de Salud para el Adulto Mayor y el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez se refunda como Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en 2003. Ver descripciones de estos seguros en Picado y Durán (2009).

<sup>45</sup> La gestión del subsector público abarca el ámbito nacional del Ministerio de Salud, el departamental de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES); el municipal del Directorio Local de Salud (DILOS) y los establecimientos de salud locales y las Brigadas Móviles de Salud (BRISAS) como nivel operativo (Mendizábal, 2022).

<sup>46</sup> Para un análisis de las reformas de este período, ver Prieto y Cid (2010). La población sin seguro disminuyó desde un 73% a comienzos de siglo hasta 59% en 2009, gracias a la afiliación a las cajas y los seguros maternal y del adulto mayor (Ledo y Soria, 2011). Por su parte, las cifras de gasto indican que, entre 1995 y 2001, la fuente de empresas e instituciones aumentó del 39% al 43% del gasto total en salud, pero que la participación del gasto del gobierno se redujo del 18% al 12% (Cárdenas, 2004).

Uno de los ejemplos más claro es Chile. Los primeros cambios de la institucionalidad chilena se produjeron a comienzos del siglo XX, con el incremento de la participación del Estado en el financiamiento de la Beneficencia. No obstante, de forma análoga a los casos anteriores, se puede comenzar a hablar de institucionalidad moderna con la creación del Ministerio de Salud en 1939 y de la seguridad social del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) en 1942. Existe cierto consenso que en la historia de la institucionalidad sanitaria chilena hay tres momentos claves: i) la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1952, ii) las reformas neoliberales de la dictadura entre 1979-1981 y iii) las reformas de la democracia en 2005 (Illanes, 2010; Lavados, 1983; Molina, 2010; Urriola y otros, 2009; Cid y Matus-López, 2022) (véase el diagrama 3)<sup>47</sup>.

El modelo surgido a mediados de siglo estuvo inspirado en el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*–NHS) británico y nació de la fusión de los organismos e instituciones públicas vinculadas a la salud. Se basó en los principios de solidaridad y universalidad, pero no fue un sistema unificado. Cerca de una tercera parte de la población asegurada continuó bajo el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)<sup>48</sup>.

El SNS avanzó lentamente, pero de forma progresiva, durante las siguientes décadas hasta que, en 1979, la dictadura de Pinochet modificó la institucionalidad del sistema de salud. Los principios que guiaron el nuevo modelo fueron la antesala de lo que más tarde fundamentaría el pluralismo estructurado, es decir, la separación de funciones, la vinculación de servicios a la capacidad de pago y la creación de cuasi mercados que incentiven la participación privada (De Castro, 1992)<sup>49</sup>. En términos financieros se estableció la cotización obligatoria para salud, pagada íntegramente por los trabajadores, que pasó del 4% del salario en 1980 al 7% en 1988. Esta es gestionada por el sector público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) o por el sector privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). De esta forma, la función de compra (FONASA e ISAPRES) quedó separada de la función reguladora (Ministerio de Salud), y la provisión pudo ser pública (red del SNS) o privada (clínicas y particulares), con una modalidad cruzada para los afiliados de FONASA con mayores ingresos, quedando el sistema segmentado (Reichard, 1996; Jadue y otros, 2004)<sup>50</sup>.

Pese a que en 1991 se recuperó la democracia, los cambios estructurales del sistema de salud no fueron abordados. En los análisis del periodo post dictatorial se aprecia un aumento significativo de los recursos para el sector público pero, a la vez, la consolidación de los pilares del modelo dual (Montoya, 2013, 2014)<sup>51</sup>.

---

<sup>47</sup> Los primeros cambios de la institucionalidad moderna se produjeron a comienzos del siglo XX, con la gestión de los servicios de salud de la Beneficencia, en los que el Estado, progresivamente, aumentó su participación en el financiamiento (Illanes, 2010).

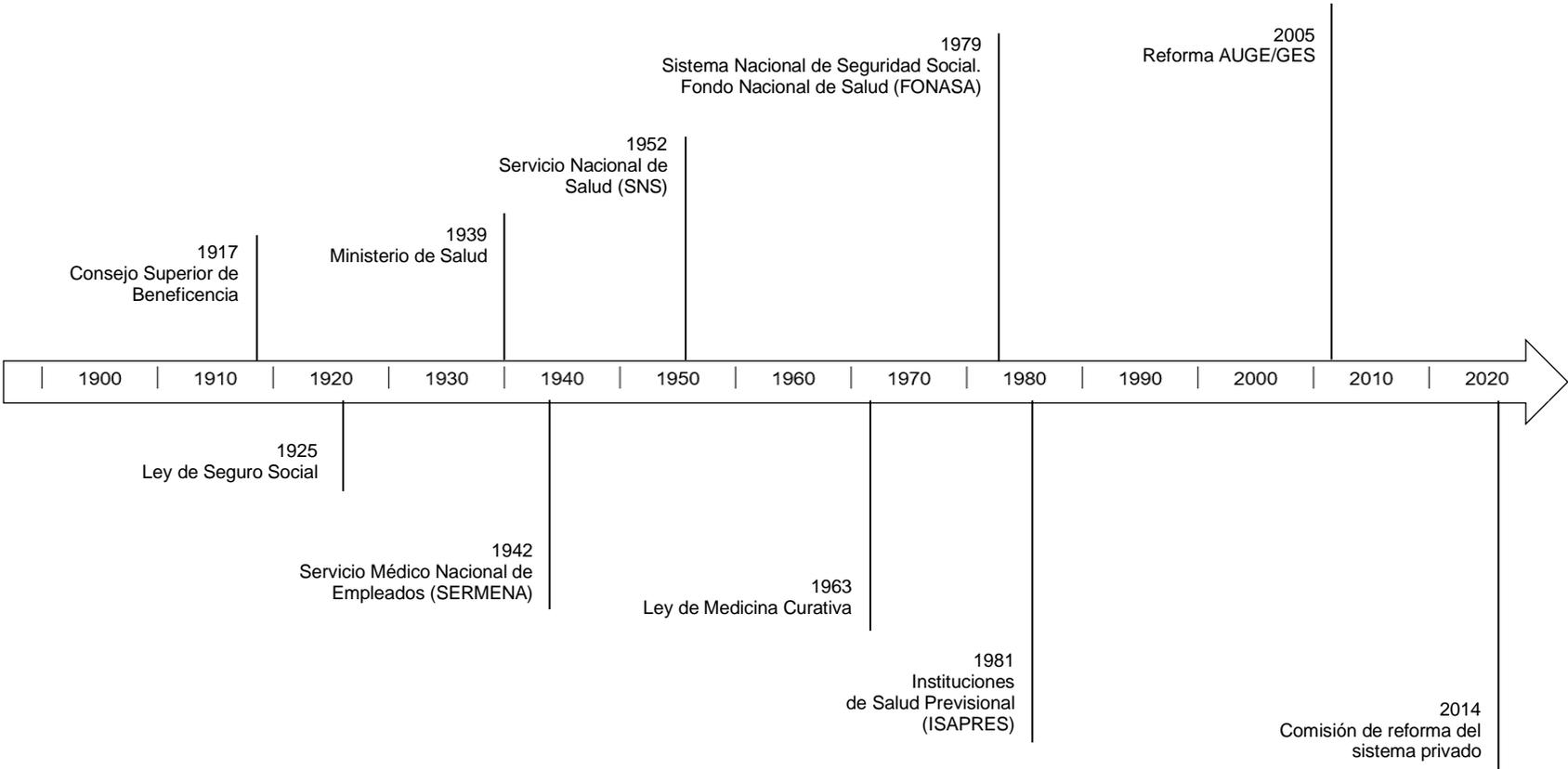
<sup>48</sup> El SNS nace de la fusión de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, Servicio Nacional de Salubridad, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obligatorio y Servicios médicos y sanitarios de las municipalidades. Quedó al margen el Servicio Médico Nacional de Empleados y el Servicio Médico de la Caja de Accidentes del Trabajo (Mardones, 1977; Molina, 2010). De esta forma, el SNS tuvo como población objetivo (de facto) a los obreros y al resto de la población. Sobre la motivación original de crear un SNS tipo británico, financiado con impuestos generales, ver Labra (2004). Sobre la exclusión del SERMENA, creado en la década anterior, ver Ilabaca (2005) y Titelman (1999).

<sup>49</sup> La referencia corresponde al programa de desarrollo económico que un grupo de economistas vinculados a las ideas de la escuela de Chicago entregó a los militares tras el golpe de Estado de 1973. En el capítulo sobre Reforma al sistema de Seguridad Social (pág. 125-127), se encuentran los lineamientos para salud (De Castro, 1992).

<sup>50</sup> La Modalidad Libre Elección permite a los afiliados de más altos ingresos de FONASA acceder a proveedores privados a través de un copago. El fondo público paga por servicios a dicho proveedor con ajuste a aranceles fijados en convenio, actualizados anualmente.

<sup>51</sup> En el primer sentido, el porcentaje de los ingresos de FONASA por aporte fiscal aumentó desde el 40,9% al 54,1%, entre 1990 y 2000. En el segundo, la población afiliada a seguros privados aumentó del 16% al 20,2% del total, en el mismo periodo (FONASA, 2001).

**Diagrama 3**  
**Chile: evolución e hitos del sistema de salud**



Fuente: Elaboración propia.

Se debió esperar hasta comienzos del año 2000 para el inicio de un proceso de reforma (Oliveira y otros, 2020), conocida como Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), la que tuvo como eje central la creación de una canasta básica común para los afiliados a ambos subsistemas que garantizaba condiciones de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad<sup>52</sup>. Acompañaba a esta propuesta la creación de un Fondo Solidario de Compensación (FCS) entre los seguros privado y público que implicara una transferencia financiera según el riesgo de gasto de las carteras de los seguros. De esta forma, existiría un espacio común de servicios, garantías y financiamiento, con independencia de la afiliación (Vargas y otros, 2005; Cid, 2011). No obstante, la iniciativa del FCS fue retirada durante la negociación parlamentaria (Infante y Paraje, 2010; Lenz, 2007).

En atención primaria, los avances fueron menores pero relevantes. La gestión de los establecimientos continúa siendo municipal y ha carecido, casi toda la década de los noventa, de financiación suficiente. Aunque el AUGE tuvo una orientación más hospitalaria de problemas de salud, el Ministerio de Salud lanzó el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en 2005, que tuvo un enfoque de APS basado en un sector poblacional específico por establecimiento/equipo. Con ello, se pasó de una atención por programas, principalmente materno-infantil, a uno centrado en las personas. Así, los centros de atención primaria, como los consultorios generales urbanos y rurales, se transformaron en Centros de Salud Familiar (CESFAM). Entre 2009 y 2020, estos aumentaron desde 282 a 589 centros. Asimismo, los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) pasaron de 129 a 218, en el mismo periodo<sup>53</sup>.

Las evaluaciones de la reforma AUGE han sido mayoritariamente positivas. Cinco años después de su aprobación, el 77,7% de la población daba una nota de aprobado a la reforma (4 sobre 7) y más de 1/3 de los encuestados le daba la nota máxima (7 sobre 7) (Superintendencia de Salud, 2010). De acuerdo con el estudio de Sgombich y Frenz (2008), el aspecto más valorado fue la protección financiera y el menos, las restricciones por edad en el acceso a los problemas de salud cubiertos.

Sin embargo, existen dos tipos de críticas. Una que apunta a las ausencias, como la carencia de una respuesta económica al déficit de profesionales del sector público o mayor fortalecimiento de la atención primaria, y un segundo tipo, que apunta a debilidades vinculadas a la propia filosofía de la reforma, como la segmentación de las enfermedades en su manejo integral, las consecuencias para los problemas de salud no priorizados, resultante en mayores listas de espera, la ausencia de solidaridad financiera debido a la exclusión del FCS y, en definitiva, el mantenimiento del sistema dual<sup>54</sup>.

Un último intento de reforma se produjo a mediados de la década pasada. Los problemas sin resolver en materia de desigualdades y los sucesivos fallos judiciales en contra de la gestión de las ISAPRES, propició un nuevo espacio de discusión (Cid y Uthoff, 2017; Artaza y Lastra, 2018). Así, en

---

<sup>52</sup> También conocido como Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). La canasta AUGE comenzó con la priorización de 25 problemas de salud MINSAL (2002) y llegó a 85 en 2022. La reforma se consolidó mediante cuatro cuerpos legales: i) Ley 19.966/2004, sobre el Régimen de Garantías; ii) Ley 19.937/2004 sobre autoridad sanitaria; iii) Ley 19.895/2003, sobre solvencia y protección de personas, y iv) Ley 20.015/2005 sobre ISAPRES.

<sup>53</sup> Los CESFAM "proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; y atienden en forma ambulatoria... [en él] se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas". Los CECOSF "brinda[n] atenciones básicas de salud y trabaja al alero de CESFAM, dependiendo de éstos para prestaciones más complejas. Pretende acercar la atención de salud aún más a las personas. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgan, el CECOSF pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo" (Minsal, 2019). Ver estadísticas de conversión de los tipos de centros APS en Minsal (2009), Minsal (2011) y las cifras más recientes y una evaluación de APS en Soto y otros, (2021).

<sup>54</sup> Para un análisis de los desafíos de la reforma, ver Valdivieso y Montero (2010), Román y Muñoz (2008), Infante y Paraje (2010), Urriola y otros, (2016), Ossandón (2014) y Bernal-Baksai (2020). Para las evaluaciones positivas, ver SUPER (2010), Sgombich y Frenz (2008) y Erazo (2011).

2014, se creó una Comisión Asesora Presidencial que tuvo como encargo principal proponer cambios al sistema privado (Cid y otros, 2014). Entre sus recomendaciones destacaron la creación de un plan único y universal de seguridad social, un fondo mancomunado con aportes de FONASA e ISAPRES, y un fondo de compensación de riesgos al interior del sistema privado. Las principales recomendaciones de esta iniciativa no fueron puestas en marcha y en el estallido social de 2019 la reforma del sistema de salud fue, nuevamente, una de las demandas más recurrentes en las movilizaciones (Artaza y Méndez, 2020).

En la actualidad pueden producirse cambios relevantes en el modelo. El país se encuentra en un momento constituyente. La propuesta de nueva Constitución rechazada en las últimas elecciones incluía en su articulado de derechos de salud un SNS de carácter universal, público e integrado, financiado con rentas generales de la nación, con posibilidad de cotizaciones obligatoria solidarias, que serían administradas por un organismo público<sup>55</sup>. En la misma línea, el gobierno propuso una reforma para crear un único Fondo Universal de Salud (FUS) que reemplazaría a FONASA y administraría todas las contribuciones de salud<sup>56</sup>. En esta línea, el gobierno anunció la ley de Copago Cero, la que establece que, a partir de septiembre de 2022, todos los usuarios de FONASA que reciban atenciones en su Centro de Salud Familiar, Hospital u otro recinto al que acceda en la Modalidad de Atención Institucional, es decir, en la Red Pública, tendrían gratuidad. En esta línea, se eliminaron los copagos para dos de los grupos de FONASA (los otros dos grupos ya tenían gratuidad)<sup>57</sup>.

Otros dos casos de modelos duales con gestión financiera privada son los de Colombia y la República Dominicana. En el caso de Colombia se distinguen cinco periodos históricos recientes. Uno que va hasta la Independencia, otro hasta el establecimiento del Régimen de Seguridad Social en 1945, un tercero hasta la reforma de 1975, que crea la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS). El cuarto periodo acaba con la promulgación de una nueva Constitución Política en 1991. A partir de los años 1990 se configura el modelo actual de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en la separación de funciones, con principios similares al modelo chileno y conceptos de la reforma de pluralismo estructurado de México (CEPAL, 2006; Céspedes, 2005).

Antes de esta reforma, el modelo estaba compuesto por tres subsistemas: i) uno público, gestionado por el Ministerio de Salud, financiado con impuestos generales y con una cobertura cercana al 40% de la población; ii) otro de Seguridad Social, a cargo de las cajas de salud, financiado con contribuciones y con una cobertura cercana al 20%, y iii) un tercer sector, privado, con gasto de bolsillo directo o planes voluntarios, cubriendo al 10% de la población.

El nuevo modelo impulsado en 1991/1993 separó las funciones de regulación, provisión y financiamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) continuó a cargo de la coordinación, dirección y control del sistema y la provisión es realizada por centros públicos y privados denominados

---

<sup>55</sup> El articulado aprobado en el pleno de la Convención Constituyente señala en su Artículo 14.- Derecho a la salud, con relación al sistema: "El Sistema Nacional de Salud será de carácter universal, público e integrado..." (Inciso tercero), "El Sistema Nacional de Salud será financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer el cobro obligatorio de cotizaciones a empleadoras, empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento de este sistema. La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema" (Inciso undécimo). María Elisa Quinteros Cáceres, Presidenta de la Convención Constitucional, comunica normas aprobadas por el Pleno que deberán incorporarse en el proyecto de Constitución. Santiago, 19 de abril de 2022. Disponible [en línea] <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/04/oficio-714-con-normas-aprobadas-segundo-informe-de-la-com.-sobre-derechos-fundamentales.pdf>.

<sup>56</sup> En la propuesta programática para Salud señala: "Generaremos un fondo universal de salud (FUS) que actuará como un administrador único de los recursos, a través de la universalización de la cobertura del FONASA a todas las personas que residan en el país. El FUS recaudará y administrará las cotizaciones de las y los trabajadores (7%), junto a los aportes del Estado. Con ello terminaremos con el negocio de las ISAPRES, las cuales se transformarán en seguros complementarios voluntarios". Disponible [en línea] <https://boricpresidente.cl/propuestas/salud/>.

<sup>57</sup> FONASA agrupa a sus beneficiarios según su ingreso en los tramos A, B, C y D, que se establecen según el ingreso imponible mensual y el número de cargas. Los grupos A y B corresponden a los de menores ingresos y ya incluían gratuidad. Los grupos C y D debían realizar algunos copagos por algunas atenciones hospitalarias en la red pública antes de esta medida.

Institutos Prestadores de Salud (IPS). Por su parte, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son empresas encargadas de la afiliación y aseguramiento, y de la contratación de IPS para brindar los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) (antiguamente Plan Obligatorio de Salud, POS). La población trabajadora tiene la obligación de contribuir con el 4% de su salario y el empleador, con un 8,5% de este, y debe afiliarse a una EPS (MSPS, 2021)<sup>58</sup>. La afiliación puede ser en régimen contributivo (RC) o en régimen subsidiado (RS), de ahí la dualidad. El primero se financia únicamente con contribuciones sociales y el segundo, con esta misma fuente más un aporte fiscal directo. Los recursos se recaudan a través de un Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA) más diversas cuentas de fondos territoriales. Estos recursos son asignados a las EPS a través de liquidaciones de la diferencia entre la recaudación de cotizaciones de las entidades y un per cápita fijo ajustado por riesgo (Unidad de Pago por Capitación, UPC), para cubrir el PBS. Para el régimen subsidiado, la Administradora de los Recursos del sistema General de seguridad Social en Salud (ADRES), recibe, además, impuestos de propiedad de los departamentos, distritos y municipios (Agudelo y otros, 2011; Calderón y otros, 2011; Guerrero y otros, 2011)<sup>59</sup>.

Entre 2007 y 2015 se producen una serie de reformas institucionales que consolidan los pilares del modelo y que tienen como principal objetivo ajustar la gestión de recursos y funcionamiento del sistema. Entre los principales cambios cabe señalar la creación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que consolida en una caja única los recursos provenientes de las cotizaciones (antiguo FOSYGA) y los aportes de recursos territoriales. Asimismo, se agrega una normalización del POS, ahora PBS, entre los diferentes regímenes, ampliando beneficios y estableciendo una lista explícita de exclusión de servicios.

En 2021 la distribución beneficiaria de ambos regímenes era similar; 45,6% en el contributivo y 48% en el subsidiado. Las EPS están compuestas por 32 entidades, 18 de ellas, compuestas en más de un 90% por afiliados al régimen subsidiado. Sólo 11 EPS tienen más afiliados del contributivo. En cuanto a su concentración, las cinco más importantes del RC cubren al 81% de los afiliados a este régimen, mientras que, en el RS, las cinco más grandes cubren el 54% del total<sup>60</sup>.

Los análisis del modelo colombiano de salud son mayoritariamente descriptivos, más que de evaluación del sistema. Sin embargo, existe cierto consenso en que la reforma de los años 1990 permitió ampliar la cobertura. Sobre las reformas posteriores se valora la normalización de beneficios entre ambos regímenes, la unificación de fondos y el aumento de la recaudación de contribuciones para salud. Entre las críticas, las más frecuentes son los problemas de equidad, la orientación hacia el mercado y los problemas de integración vertical. Pese a los ajustes al PBS y la capitación ajustada, sigue existiendo capacidad de segmentación de los seguros y barreras de acceso diferenciadas por los aportes complementarios, así como presiones de costos para asegurar la universalidad<sup>61</sup>. El último cambio

---

<sup>58</sup> El pensionado cotiza el 12% de su mesada pensional, excepto en algunos casos que debe pagar el 12,5%. Los trabajadores independientes deben pagar el 12,5% del ingreso para salud, con excepciones.

<sup>59</sup> ADRES comenzó su funcionamiento en 2017 como parte de una respuesta a problemas de gestión y suficiencia de recursos de principios de esa década. Esta institución gestiona los recursos para salud, incluyendo el antiguo Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA).

<sup>60</sup> Dato a diciembre de 2021. Otro 4,4% corresponde a régimen de excepción, que está constituido por quienes siguen rigiéndose por las normas de seguridad social anteriores a la reforma de 1993. En total, RC, RC y Excepción, suman 51,18 millones de personas. Según la Dirección Nacional de Estadísticas la población nacional era de 51,5 millones, por lo que la cobertura alcanzó al 99,35% del total (MSPS 2021).

<sup>61</sup> La capitación ajustada es una forma de asignar los recursos entre los distintos seguros. La capitación simple consiste en distribuir los recursos según el número de afiliados y sus cargas. La capitación ajustada incluye en la ecuación un ajuste por sexo, edad y zona que refleje los mayores riesgos de gasto de mujeres en edad fértil, adultos mayores y zonas alejadas. Para más información sobre el sistema colombiano, ver una revisión sistemática de la literatura en Merlano-Porras y Gorbanev (2013). Sobre integración vertical, ver Restrepo y otros, (2007). Acerca de los problemas de equidad y segmentación, ver Vargas y otros, (2010), Calderón y otros, (2011), Bernal y Barbosa (2015) y López y otros, (2017). Sobre el aumento de la cobertura tras las reformas, ver descripción de Guerrero y otros (2011) y Calderón y otros, (2011) y sobre gasto financiado con contribuciones obligatorias, OMS (2022b). Según esta última fuente las recaudaciones obligatorias para salud aumentaron desde el 3,8% del PIB en 2000 al 5,61% del PIB en 2017.

propuesto fue una reforma que buscaba profundizar el modelo en 2020 ampliando algunas competencias de los EPS, pero fue rechazada por el parlamento el año siguiente<sup>62</sup>.

El caso de la República Dominicana es algo similar, basado en la separación de funciones (Rathe, 2001; Rathe y Moliné, 2011; OPS, 2007; Castellanos y otros, 2009). Existe un régimen contributivo, financiado por cotizaciones del 10,13% del salario, 3,04% pagado por el trabajador y 7,09% por el empleador, y un régimen subsidiado, para las personas de menores ingresos, financiado con recursos del tesoro de la nación<sup>63</sup>. El sistema funciona a través de la recaudación de los fondos por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), que transfiere los recursos per capitados y ajustados por riesgo, a las entidades denominadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). Estas entidades están encargadas de la afiliación y de contratar los servicios médicos para sus afiliados, a los proveedores públicos y privados, llamados Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), para cumplir con los servicios incluidos en el Seguro Familiar de Salud (SFS). En el régimen contributivo funcionan 20 ARS, 13 privadas, 2 públicas y 2 de autogestión, que dan cobertura a 4,36 millones de afiliados (43% del total). En el no contributivo, la ARS es pública y corresponde al Seguro Nacional de Salud (SENASA), que también cubre el SFS a 5,77 millones de personas (57% del total) (ADARS, 2022). Con todo, la cobertura del sistema se sitúa en el 96,2% de la población. Por último, la fiscalización queda a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

Esta estructura es resultado del proceso de reforma ocurrido entre 2001 y 2007. Hasta antes de ello, el modelo del sistema descansaba en una red pública de última instancia, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y seguros privados llamados Iguales de Salud, algunas de las cuales son las actuales ARS<sup>64</sup>. Aquel modelo tiene su antecedente más directo en 1947-1948 con la creación del Sistema de Seguros Sociales, que estableció el seguro social obligatorio y, para su gestión, la Caja Dominicana de Seguros Sociales. Cerca de una década más tarde, en 1956, se creó la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y en 1962 la Caja se transformó en el IDSS.

Los resultados de la última reforma han sido positivos en términos de cobertura y en la capacidad de aumentar los recursos del sector. La población con cobertura del SFS pasó del 28% en 2007 al 91,8% en 2020. En gran parte, porque el régimen subsidiado aumentó del 11,8% al 53% de la población total, en el mismo periodo. Asimismo, el gasto total del SFS (contributivo y subsidiado) aumentó del 1,02% al 1,33% del PIB en el mismo periodo. Por otra parte, las principales críticas y desafíos se refieren a: i) el insuficiente financiamiento del régimen subsidiado, que en 2020 apenas alcanzaba al 0,21% del PIB; ii) la incapacidad para combatir la segmentación y las desigualdades, ya que, pese a que la población del subsidiado es un 36% mayor que la del contributivo, su gasto total es 5 veces menor, y por ende, el gasto per cápita es 7 veces menor; iii) la alta fragmentación del sistema; iv) el elevado gasto de bolsillo, que se sitúa en el 42,9% del gasto total en salud; y v) los problemas de acceso por la distribución territorial de servicios privados (SISALRIL, 2021; OMS, 2022b; OPD, 2019; OPS, 2020b).

## 2. El modelo societal

El modelo societal corresponde a sistemas donde la gestión y administración está muy fragmentada y organizada por agentes sociales (principalmente sindicales).

---

<sup>62</sup> Proyecto de Ley PL 010-20 Derecho Fundamental a la Salud. Disponible [en línea] <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos- radicados-senado/p-ley-2020-2021/1791-proyecto-de-ley-010-de-2020>.

<sup>63</sup> En la ley existe un modelo mixto subsidiado-contributivo para quienes no son asalariados, pero pueden contribuir al financiamiento, como trabajadores autónomos; sin embargo, pero esta figura no se ha desarrollado. Ver Díaz (2004).

<sup>64</sup> En 1994 el IDSS tenía 473 mil afiliados y móviles, y la obligación de brindar servicio obstétrico y pediátrico a las esposas e hijos recién nacidos. Contaba con una red de 18 hospitales, 24 policlínicas y 158 consultorios. Ver descripción del sistema en Santana (1997).

El sistema de salud argentino está compuesto por tres sectores: i) el público descentralizado hacia jurisdicciones provinciales, ii) el de la Seguridad Social, y iii) la medicina prepaga<sup>65</sup>. Como parte de la Seguridad Social, las Obras Sociales (OO.SS.) son su característica más distinguible. Estas son organizaciones, en su mayoría vinculadas a sindicatos, que tienen su origen en la creación de mutuales y sociedades de socorros mutuos a mitad del siglo XIX (Cetrángolo y Goldschmit, 2018; Pérgola, 2010).

El análisis durante el último siglo puede desagregarse en cuatro etapas. Una liberal anterior a los años cuarenta, otra centralizadora pública hasta mediados de la década siguiente, una tercera de regulación descentralizada hasta 1990 y una pluralista de competencia regulada, o con enfoque neoliberal, desde entonces. En este proceso se producen constantes fricciones entre el sistema público y las obras sociales, con al menos tres intentos de creación de un sistema nacional de salud durante el siglo XX (Tobar, 2012; Arce, 2013)<sup>66</sup>.

Los primeros esfuerzos de conformar un SNS se produjeron entre 1945 y 1955, con la promulgación de la Ley de sanidad pública y la Ley de servicios de salud, junto a la creación de un Ministerio de Salud Pública que reemplazó a la Dirección Nacional de Salud (Veronelli y Veronelli; 2004, Alonso, 2020) (véase el diagrama 4).

A partir de 1960 los esfuerzos se centraron en la normalización y organización de las OO.SS. Junto con el golpe de Estado de 1966, el Ministerio de Salud pasó a ser una Secretaría General del Ministerio de Bienestar Social y se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que estableció la obligatoriedad de la cotización de asalariados a estas organizaciones en 1971. Ese mismo año se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI, que es una de las Obras Sociales más importantes, centrada en personas mayores y veteranos de las Malvinas y que, a diferencia de la mayoría, opera bajo el control gubernamental.

En el periodo siguiente se mantuvo un modelo de salud dual, entre el público y las OO.SS., pero recuperando el nivel ministerial del sector público (1981), y nuevas instituciones. En 1989 se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). La ANSSAL tuvo en sus funciones la coordinación y fiscalización del sistema, a la vez que la gestión de este fondo, que se alimenta de los aportes de las OO.SS. y se distribuye para subsidiar a aquellas que perciban menores ingresos por beneficiario, y facilitar la incorporación de las personas sin cobertura (Montoya, 1997).

El principal periodo de reformas corresponde a la década de los años noventa. El nuevo modelo se perfila con la puesta en marcha de cuatro cambios: i) la libre elección de obra social por parte del afiliado, sin necesidad de pertenecer al gremio sindical de las entidades, ii) la creación de un programa médico obligatorio para todos los planes de las OO.SS.; iii) la fusión del ANSSAL y el INOS en una Superintendencia de Servicios de Salud encargada de regular y supervisar los servicios de todo el sistema, y iv) la puesta en marcha del modelo de hospitales autogestionados<sup>67</sup>.

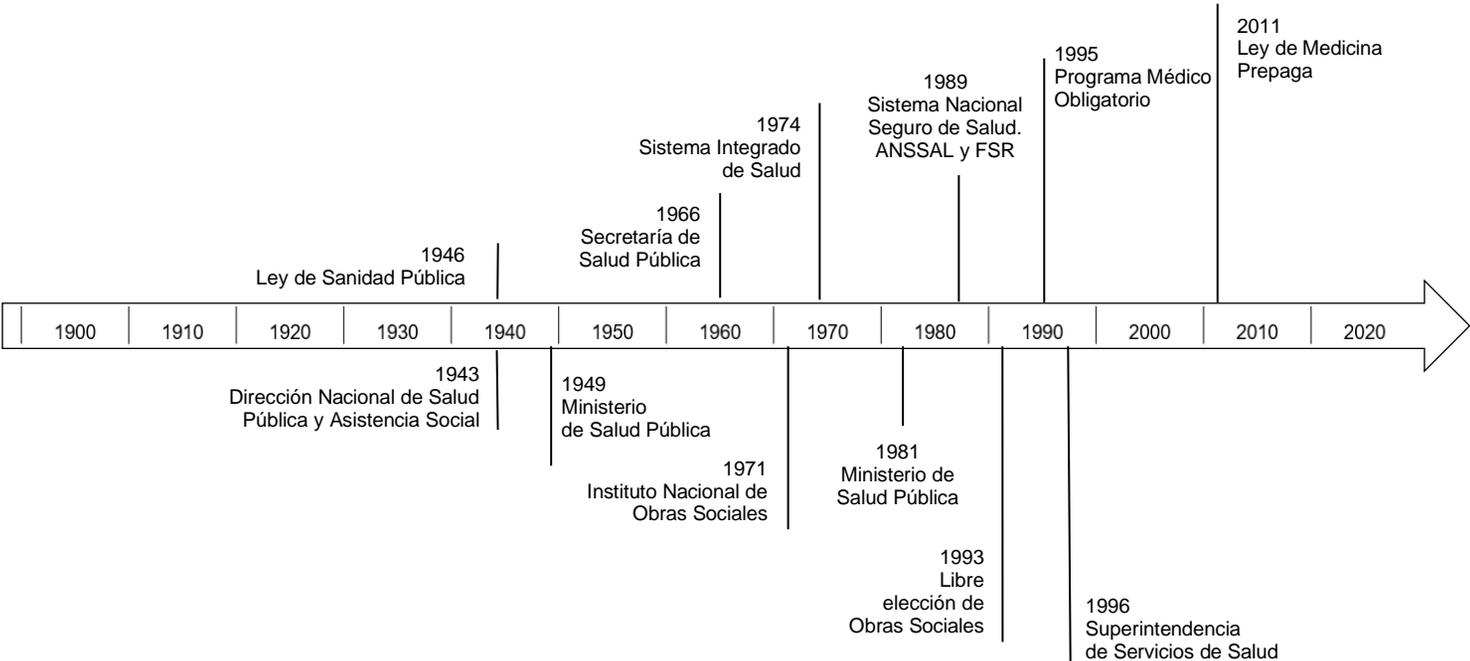
---

<sup>65</sup> La seguridad social está compuesta por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (conocido como PAMI), las Obras Sociales, el sistema de las Fuerzas de Seguridad, el de las Universidades, el del Poder Legislativo y el del Poder Judicial.

<sup>66</sup> La clasificación es discrecional. Veronelli y Veronelli (2004) presentan una historia del sistema sanitario argentino con mayor desagregación y una revisión desde la colonia. Tobar (2012) considera que el último periodo comienza a fines de la década de los setenta, y Arce (2013) parte de la delimitación de Tobar.

<sup>67</sup> Otra característica de este período fueron los intentos de algunas provincias para coordinar sus propios modelos territoriales, aunque sin demasiado éxito (Belmartino, 2005). Con la cesión de hospitales nacionales a la competencia provincial, algunos gobiernos propusieron y avanzaron hacia la configuración de sus propios sistemas sanitarios. En 2001, la provincia de Río Negro inició su propio sistema, en 2002 lo hizo Santa Fe, y en 2006, la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, ninguno de los tres se desarrolló más allá de algunos municipios o programas (Maceira y otros 2010).

**Diagrama 4**  
**Argentina: evolución e hitos del sistema de salud**



Fuente: Elaboración propia.

La evaluación de estas reformas reconoce el esfuerzo por regular el funcionamiento de los subsectores pero critica la carencia de una visión integradora y la ineficacia para reducir la fragmentación de las aseguradoras (Cetrángolo y Devoto, 2022; Cavagnero, 2008).

El tercer sector del modelo está compuesto por empresas privadas de medicina, conocidas como prepagas, que ofrecen planes individuales de salud. Actuaron en el marco de la regulación general de la actividad económica hasta 1997, cuando se les incluyó dentro de las instituciones obligadas a ofrecer, al menos, el Programa Médico Obligatorio (PMO). Más tarde, en 2011, se aprobó un marco específico para estas empresas, que estableció deberes y algunas normas de funcionamiento<sup>68</sup>.

En la actualidad, la composición del sistema de salud es la siguiente: el subsistema público, aunque declarado de cobertura universal, atiende a alrededor del 37,5% de la población, cerca de 17,2 millones de personas. La Seguridad Social cubre cerca del 60%, unos 28 millones, de los que 5,1 millones (11,3%) corresponden al PAMI y 22 millones (48,3%) a las Obras Sociales. Finalmente, la medicina prepaga alcanza al 13,8%; cerca de 6,3 millones de personas<sup>69</sup>.

En términos de gasto, la suma de todos los componentes de salud es uno de los más altos de la región, alcanzando el 9,5% del PIB. Más del 65% es gasto público, por la vía de contribuciones o aportes directos del gobierno y el restante es privado<sup>70</sup>.

Desde hace años existe cierto consenso acerca de la ineficiencia de la fragmentación y la necesidad de acometer reformas para integrar los tres subsistemas. Las propuestas apuntan a la creación de un nuevo sistema nacional integrado de salud, mejoras en la coordinación e integración a niveles provinciales y fortalecimiento de la atención primaria (Tafani, 1997; Belmartino, 2005; Rubinstein y otros, 2018; Artaza, 2017)<sup>71</sup>.

---

<sup>68</sup> Estableció obligaciones de las empresas, derechos de los clientes, el tratamiento de las preexistencias y los procedimientos de baja, entre otras cuestiones.

<sup>69</sup> La suma no es 100% porque la medicina prepaga no es excluyente de la afiliación a una Obra Social (cifras a junio de 2022) (CADIME, 2022). Cabe agregar en el sector público a los afiliados al Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA), Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación (DAS) y Consejo de Obras Sociales de Universidades Nacionales (COSUN), que suman un 2,10% de la población (975 mil beneficiarios).

<sup>70</sup> Existen algunas diferencias según la fuente. Para la OMS (2022b), en 2017 el gasto total fue de 10,4% del PIB, donde el 26% correspondió a aporte por esquemas del gobierno, 38,5% a contribuciones obligatorias y 35,5% a gasto privado por planes o pago directo. Según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS 2019), para ese mismo año, el gasto total fue 9,4% del PIB, un 28,7% del cual fue por esquemas del gobierno, 41,8% por seguros obligatorios contributivos y 29,5% de gasto privado. La diferencia principal se refiere a la valoración del gasto privado.

<sup>71</sup> La propuesta del actual gobierno es de un modelo mixto con obras sociales y prepagas, pero con el sector público en el centro de la coordinación, a la vez que mantendría el carácter federal y provincial, pero con una articulación nacional. Sobre la financiación, se propone la creación de un Fondo Nacional de Salud y un sistema de recuperación de gastos del sector público por atenciones de afiliados de los otros dos subsistemas (FCS, 2019). Véase otras demandas y propuestas de reforma en Tafani (1997), Belmartino (2005), Rubinstein (2021) y Artaza (coord.) (2017).



### **III. Una visión regional del origen y las reformas de los sistemas de salud en América Latina**

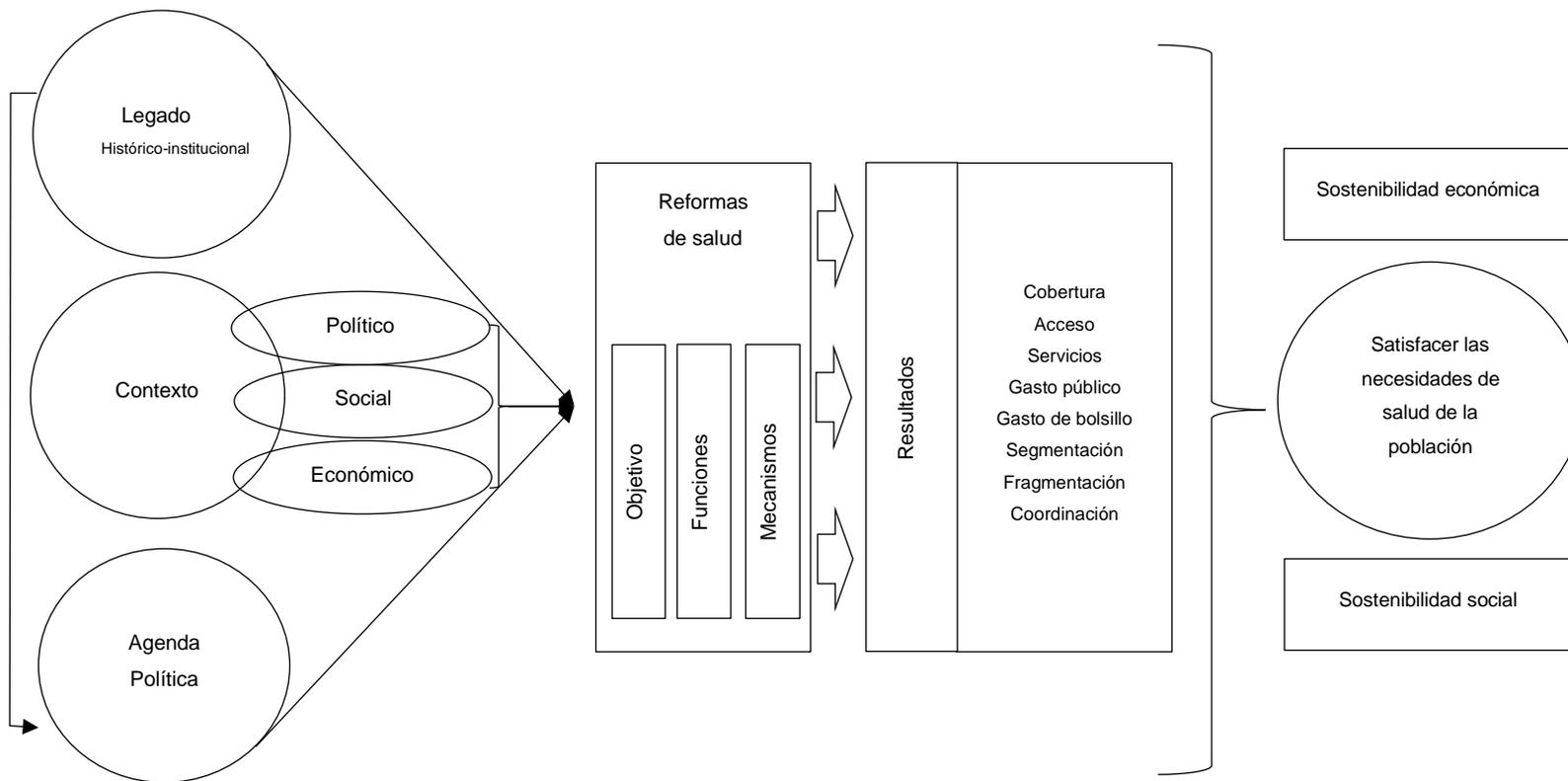
Hace aproximadamente un siglo que los países latinoamericanos iniciaron la creación de sus instituciones nacionales en salud. Durante todos esos años se han modificado, reformado y refundado los modelos. La tensión entre demanda, medios y voluntad política ha estado presente en cada impulso y cada crisis de los sistemas. En el análisis que se realiza a continuación se pretende valorar tres cuestiones sobre la experiencia descrita: i) retomar una breve definición del concepto de reforma; ii) identificar etapas más o menos comunes a nivel regional y comentar los últimos procesos reformistas, y iii) hacer una valoración de la situación actual, donde la pandemia es una crisis, pero también una oportunidad de cambio. Estos subapartados constituyen una mirada transversal de las experiencias regionales para, en el último apartado de este documento, abordar una reflexión general en el avance hacia la salud universal en América Latina.

#### **A. Marco conceptual de las reformas a los sistemas de salud**

El marco conceptual que sustente este trabajo parte de una aproximación de cambio institucional. Como otros autores, considera el contexto, los componentes de las reformas y sus resultados (Janovsky, 1996; Berman, 1995; Berman y Bossert, 2000; OPS, 1997b; CEPAL, 2006; Roberts y otros, 2008; Machado 2018) (véase el diagrama 5).

El contexto político, económico y social que define la coyuntura en la que se plantea una reforma ayuda a explicar el por qué y cuándo ocurre. Una reforma no se produce sin motivo y normalmente deviene de un proceso histórico de cambio o un agotamiento del modelo institucional previo, así como de una agenda política que lo pone en marcha. Estos elementos, así como el contexto, el legado histórico-institucional y la agenda política, se interrelacionan y se afectan unos a otros. Dicho de otro modo, las condiciones sociales, políticas y económicas están determinadas por la evolución histórica y la agenda política suele responder a las demandas de un contexto determinado.

**Diagrama 5**  
**Marco conceptual de las reformas a los sistemas de salud**



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Machado (2018), CEPAL (2006) y Roberts y otros (2008).

En cuanto a la reforma en sí misma existen al menos tres características que permiten identificar cuándo se habla de una reforma y no de un ajuste o cambio menor. Se habla de reforma cuando i) tiene uno o más objetivos explícitos (reducir las desigualdades, ampliar cobertura, establecer modelos de financiamiento y mejorar la eficacia técnica, entre otros); ii) es un proceso de cambios sustantivos en más de una función del sistema; es decir, afecta al financiamiento, prestación de servicios o provisión, regulación y/o gobernanza, y iii) establece mecanismos de implementación, como la creación o reestructuración de las instituciones, establecimiento de canales de participación ciudadana, promulgación de legislación y normas del nuevo sistema, entre otros.

La misión última de toda reforma es satisfacer de mejor manera las necesidades de salud de la población, y su éxito descansa en gran parte en su sostenibilidad económica y social. Pero, a la hora de evaluar los resultados de la reforma, los criterios se concretan en distintos aspectos como el impacto en la cobertura, en el acceso a servicios, en el gasto de bolsillo, la calidad de la atención, o la oferta de servicios, entre otros. Por ello, las evaluaciones de una misma reforma, como se verá en las páginas siguientes, suelen diferir entre sí.

En la práctica, aun haciendo esta acotación del concepto, quedan cuestiones subjetivas como qué se entiende por cambio sustantivo o hasta qué punto una reforma puede modificar lo existente, sin dejar de serlo. En la práctica, estas cuestiones son discrecionales y se basan en la interpretación de los cambios introducidos en un sistema. La mayoría de las veces, ello ocurre mediante cuerpos legales nuevos, pero otras, en la modificación de cuerpos legales existentes<sup>72</sup>.

En el análisis que sigue se utiliza esta definición poniendo al centro los cambios más importantes en organización, financiamiento e institucionalidad de los sistemas, para definir los procesos de cambio en el largo plazo.

## B. Etapas históricas de los sistemas de salud latinoamericanos

Las instituciones y sus reformas han estado determinadas, en mayor o menor medida, por la trayectoria o legado institucional-histórico de las naciones, la agenda política nacional o internacional y los contextos coyunturales (véase el diagrama 5).

A la vista del análisis descriptivo del apartado anterior, en salud parece existir cierta pervivencia de las estructuras y modelos de financiamiento y gestión del pasado, pero también es posible identificar intentos de ruptura con la vieja institucionalidad.

Las características de cada país y las especificidades de su historia hacen difícil proponer un marco de análisis regional uniforme. Más aún, en contextos de largo plazo tan disímiles como las tendencias de autarquía que siguieron a la gran depresión en la década de los treinta, o la globalización de fines del siglo XX y comienzos del presente.

Por ello se propone una clasificación de etapas históricas no excluyentes que a veces se superponen y que no se han desarrollado de la misma manera o con la misma profundidad en todos los países. Asimismo, algunos se han saltado etapas y en otros se han producido antes que en el resto<sup>73</sup>. Una primera etapa, que se puede denominar **institucionalista**, va desde el nacimiento de los Estados nacionales hasta la conformación de una organización formal de políticas de gobierno central en salud,

---

<sup>72</sup> A modo de ejemplo, es indiscutible que el SNS chileno que nace en 1952 es una reforma, como también lo es la de Pinochet en 1979/1981. Sin embargo, la primera nace de la modificación de la ley de seguros sociales de 1924, y la segunda surge de leyes creadas especialmente.

<sup>73</sup> Por ejemplo, la Argentina no registra un final claro de la etapa aseguradora. Las Obras Sociales continúan siendo la base principal del sistema. Por su parte, el Brasil enfrentó las reformas de competencia de los años noventa en una dinámica completamente opuesta, con la creación del sistema único de salud y Chile, por el contrario, implementó reformas de competencia antes que el resto, en los años 1979-1981.

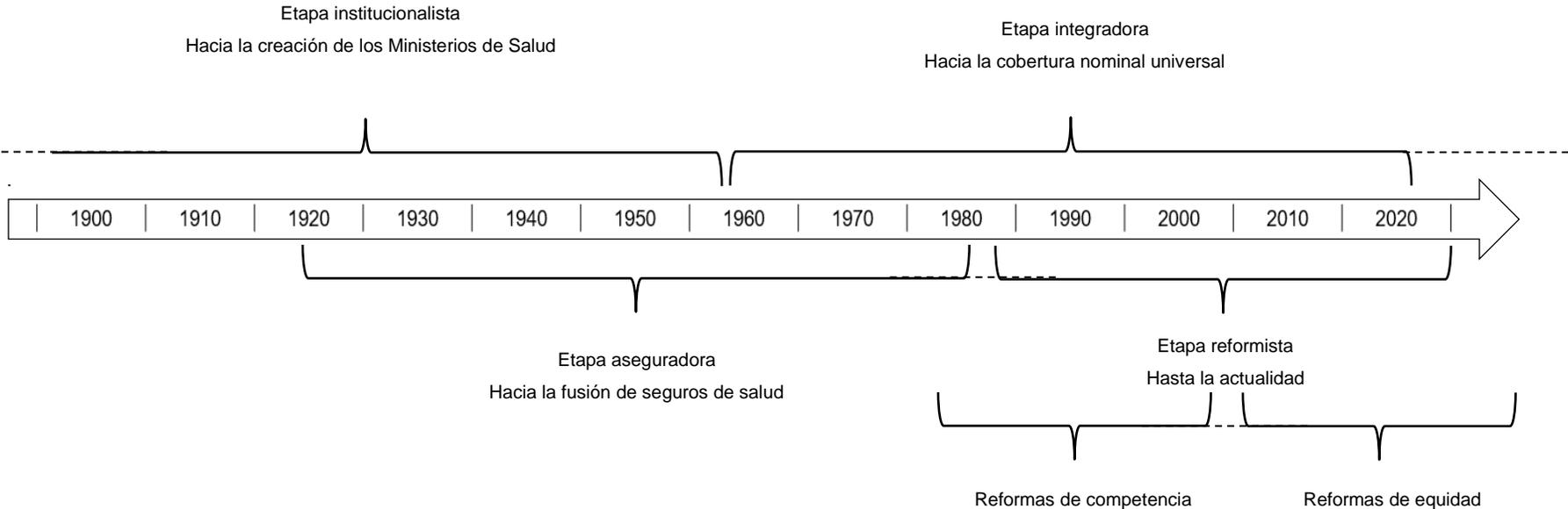
coronadas con la creación de un Ministerio de Salud. La segunda etapa, **aseguradora** abarca hasta la fusión de fondos segmentados en una seguridad social común o mayoritaria. Una tercera, **integradora**, a veces parcialmente superpuesta a la anterior, consistente en el impulso de la protección en salud para aquellas personas que no acceden a la seguridad social contributiva o a un seguro privado. Finalmente, una cuarta, **reformista**, consistente en cambios sustanciales sobre los modelos existentes hasta la fecha, crea espacios comunes para determinado número de problemas de salud, entre los subsistemas públicos (contributivo y no contributivo) y/o privado (véase el diagrama 6)<sup>74</sup>.

Esta última etapa se puede subdividir en dos periodos de reforma: una de competencia, orientada a la ampliación de cobertura e impulso de la participación privada, y otra de equidad orientada a la reducción de la segmentación y creación de espacios acotados con funcionamiento similar a servicios nacionales de salud. La primera, ocurrida principalmente en la década de 1990s y la segunda, a partir del año 2000.

---

<sup>74</sup> Esta clasificación coincide, en términos generales con la de otros autores. Cotlear y otros (2015) identifican cuatro fases: i) desde la independencia (1810-1922, según país); ii) desde la creación del Ministerio de Salud (1924-1946, según país); iii) desde la fusión de la Seguridad Social (1946-1982, según país); iv) desde la integración del sistema del Ministerio de Salud con la Seguridad Social (1952-2012, según país). Donato y otros (2021) diferencian tres etapas de reformas en salud: i) hasta 1990, con una lógica nacional, olidaria y regulada; ii) desde 1990 a 2000 con una lógica de mercado; iii) desde 2001 a 2015, con una lógica de programas públicos en un marco de competencia. Almeida (2002), para el siglo XX, propone: i) hasta principios del siglo XX, con implementación segmentada de seguros; ii) entre 1945 y 1960, de consenso teórico en torno al NHS británico, pero sin grandes avances en la implementación y iii) entre 1970 y 1980, influida por organismos internacionales y Estados Unidos, de gran difusión e implementación en la región.

**Diagrama 6**  
**Etapas históricas de los sistemas de salud latinoamericanos**



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Cotlear y otros (2015) y Donato y otros (2021).

## C. Una revisión de la etapa reformista en América Latina, 1990-2020

El periodo más estudiado de los sistemas de salud latinoamericanos es el que va desde 1990 a la actualidad. En él se han producido dos olas de reformas, en muchos aspectos antagónicas y con algunas características propias. A continuación, se analiza la situación inicial, el contenido, las especificidades y resultados generales de cada una.

### 1. Las reformas de competencia, 1990-2000

La mayor parte de los sistemas de salud latinoamericano se encontraba en crisis a fines de la década de los ochenta. Entre 1980 y 1990, el PIB de la región creció apenas un 1,5% anual promedio, cuatro veces menos que la década anterior. En términos per cápita, la producción por habitante descendió un 0,8% cada año, cuando venía creciendo a una tasa anual del 4%. El gasto público social cayó un 12% real per cápita entre 1980 y 1985, y el gasto público en salud pasó del 2,89% al 2,57% del PIB en el mismo periodo. Hasta 1990 no se recuperó este último y, aun así, apenas superó el 3% del PIB ese año (Cominetti y Ruiz, 1998; Almeida, 2002; Ocampo y otros, 2014; CEPAL, 2022b).

Este contexto es particular porque la mayor parte de los sistemas sanitarios llegan a este momento insertos en una débil protección social. Como se ha dicho, cada país tiene características únicas, pero también es cierto que existen líneas comunes evidentes. Durante el siglo XX, la mayoría de las naciones dio pasos sustantivos para organizar los servicios de salud, principalmente para la población trabajadora formal y sus familias. La formalización del mercado de trabajo, en parte por la extensión de la industria y servicios, permitió ampliar lentamente la cobertura de los sistemas de seguridad social financiados por contribuciones. No obstante, grandes grupos de población de trabajadores informales, rurales o pobres quedaron excluidos de estos sistemas, lo que resulta especialmente preocupante en la región dados los altos niveles de informalidad laboral. Los Ministerios de Salud ampliaron la red hospitalaria, tomando control sobre algunos centros gestionados por agencias religiosas de la beneficencia y construyendo nuevos establecimientos. Asimismo, se avanzó en una red de servicios de atención primaria focalizados en programas de salud materna e infantil. No obstante, esta infraestructura pública fue normalmente precaria, históricamente subfinanciada y generalmente mal valorada por la población. La fusión entre ambos sistemas públicos, contributivos y no contributivos no avanzó, salvo la creación del SNS en Chile y el proyecto de SNS argentino de mitad de siglo. Pero, como se ha descrito en la evolución de cada caso, el primero terminó cohabitando con la principal institución de seguridad social (SERMENA) y el segundo no llegó a consolidarse frente a las Obras Sociales.

Así, en las reformas que se desarrollaron el primer componente fue el desafío de ampliar la cobertura. Un segundo componente fue, debido a la crisis precedente, la limitación de recursos económicos. El tercero fue la influencia de las instituciones internacionales, principalmente el Banco Mundial, en los lineamientos de las reformas.

En cuanto a cobertura, en 1990 los trabajadores del sector informal representaban más de la mitad de las personas ocupadas, por lo que quedaban excluidos de los seguros sociales. Todavía en 1995, el 46% de la población no tenía acceso a protección social en salud (OIT/OPS, 1999). En cuanto al gasto en salud, los valores de 1990 muestran un gasto del gobierno en salud del 1,3% del PIB y un gasto contributivo de 1,5% del PIB, frente a un gasto privado del 2,9% del PIB (OPS, 1994)<sup>75</sup>. En cuanto a la influencia de las instituciones internacionales, existe amplia evidencia sobre la intervención que tuvo el Banco Mundial a través de los créditos condicionados en los planes de reforma del sector.

Esta influencia se enmarca en la preeminencia de los principios del Consenso de Washington en las instituciones de crédito internacionales. Dos documentos del Banco Mundial señalan cuáles son

---

<sup>75</sup> Cifras para 19 países de América Latina (no disponibles para Cuba) (OPS, 1994).

estos lineamientos: *Financing Health Services in Developing Countries, An Agenda for Reform* en 1987 e *Investing in Health* en 1983. Sus enunciados oficiales se pueden agrupar en cuatro: i) fomentar la mejora de los contextos de salud, a través del crecimiento económico, la protección de los más pobres y la inversión en educación; ii) aumentar la inversión del gobierno en salud, reduciendo la participación en servicios terciarios y especializados, centrándose en servicios esenciales y en poblaciones más vulnerables, lo que, a su vez, permitiría mejorar la eficiencia de los programas públicos y la administración de los servicios; iii) impulsar el financiamiento de quienes están dispuestos a pagar por servicios, con mayor participación privada en los seguros y establecimiento de copagos; iv) fomentar la participación del sector privado en el aseguramiento y la provisión, y v) impulsar la descentralización de los sistemas públicos.

Las propuestas de reformas pluralistas que se derivaron de esta inspiración se concretaron principalmente en cinco estrategias de la separación de funciones (Almeida, 2002; Mesa-Lago, 2005; Uribe y otros, 2013; Noy, 2017):

- i) Regulación: la regulación recayó principalmente en los Ministerios de Salud, que se limitaron a la coordinación asistencial de los servicios de salud, normalmente descentralizados, y a la promulgación de normas sanitarias.
- ii) Financiamiento: se consolidó un sistema basado principalmente en contribuciones sociales obligatorias de trabajadores formales. A ello se agregaron copagos como fuente de recursos y reductores de una posible demanda espuria. Los recursos de los presupuestos de la nación, provenientes de impuestos generales, se orientaron hacia los seguros públicos de la población sin ingresos y sin cobertura privada.
- iii) Aseguramiento y pago: el aseguramiento se abrió a la participación de instituciones financieras privadas que gestionaron parte de las contribuciones obligatorias, como las EPS en Colombia y las ARS en la República Dominicana. Chile había comenzado este modelo, con las ISAPRES, en la década anterior. En tanto, la administración pública de las contribuciones recayó en un ente pagador único, como fue el caso de FONASA en Chile o FOSYGA en Colombia.
- iv) Provisión: la provisión fue normalmente mixta, público-privada, impulsada en su vertiente de mercado con la compra cruzada entre el sector público y el privado.
- v) Fiscalización: la fiscalización recayó en las Superintendencias con competencias sobre el sector privado o sobre todo el sistema.

Estudios recientes muestran que, en la práctica, la implementación de estas prescripciones y medidas no fueron uniformes en la región y se adaptaron a los contextos mediante la influencia de actores e instituciones locales. Así, se identifica más coincidencia con los lineamientos del Banco Mundial en las reformas de Colombia en 1991/1993 y la Argentina en 1993/1998, que en el Estado Plurinacional de Bolivia en 1996/1998 o el Paraguay en 1996/1998 (Noy, 2017; De Carvalho, 2022; Machado, 2018). Asimismo, son coincidentes con las reformas que se habían realizado en Chile en 1979/1981 y con las que después realizaría México en 2003. Pero distan de las del Brasil en 1990 o el Uruguay en 2007, ya que estas últimas promueven la universalidad y los mecanismos de riesgo compartido (fondos mancomunados), más que en la separación de funciones y la competencia entre aseguradoras.

Las evaluaciones de este periodo son disímiles. Para algunos, el hecho de que las medidas se hayan implementado en países con escaso poder de regulación y fiscalización impidió que las instituciones supervisoras evitaran el descreme de mercado; es decir, que los gestores privados de las cotizaciones obligatorias pudieran seleccionar carteras de bajo riesgo y alto ingreso. Esto se tradujo en un aumento de la desigualdad de acceso y mayor segmentación entre ricos y pobres, y entre trabajadores formales y el resto (Almeida, 2002; Homedes y Ugalde, 2005). Este tipo de críticas apuntan

a los efectos del impulso de mercados y cuasi mercados en el sector. La separación de funciones tuvo un impacto evidente en esta materia, principalmente en la gestión financiera de los recursos y en la provisión. Pero esto no es un descubrimiento, la intención de fomentar la participación privada estaba en los lineamientos originales de las recomendaciones internacionales (BM, 1987, 1993). La separación de funciones propicia las condiciones para la generación de cuasi mercados, principalmente en la gestión financiera del riesgo y en la provisión de servicios (Sojo, 2001)<sup>76</sup>.

Por otra parte, es difícil saber si se produjo un aumento de la cobertura, y más aún si dicho aumento se tradujo en mayor acceso efectivo a servicios. Como ya se ha comentado antes, los sistemas públicos de salud pueden definirse como universales, con derecho para todas aquellas personas que no tienen un seguro social laboral o privado. No obstante, sin mayor financiamiento para infraestructura, personal sanitario, y disponibilidad en todo el territorio, esta universalidad se queda en algo nominal. Los estudios que abordan este punto no llegan a resultados concluyentes (Mesa-Lago, 2007)<sup>77</sup>.

En cuanto al gasto en salud, las cifras del BM (1993) mostraban que al inicio de la década de los noventa, América Latina tenía un gasto público en salud del 2,6% del PIB promedio y uno privado de 1,9% del PIB. Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2000 ambos habían aumentado, pero el doble en el caso privado, que había alcanzado casi el mismo nivel que el gasto público: 3,34% y 3,27% del PIB, respectivamente (OMS, 2002)<sup>78</sup>.

## 2. Las reformas de equidad, 2000-2020

Las reformas de los años noventa sirvieron para revitalizar la discusión acerca de cómo organizar la atención en salud y normalizó la obligación del Estado de asegurar mejores condiciones de acceso y protección. Es indudable que, más allá de los resultados, esto fue una revolución en el sector. Se conformaron grupos antagónicos y aliados casuales en discusiones sobre cómo proveer servicios y, particularmente, en cómo debía insertarse el sector privado. En casi todos los países se normalizó la relevancia de la provisión privada y los mecanismos de cooperación entre los dos sectores, que impulsaron los mercados de la salud. Se discutió la concesión de hospitales en construcción, gestión de servicios auxiliares e incluso se propuso la externalización de la gestión clínica.

No obstante, el diagnóstico a comienzos del milenio era pesimista. No se habían reducido las diferencias entre países; se habían implementado cambios en financiación y estructura de los sistemas, pero los aportes públicos seguían siendo bajos y la mayoría descansaba en compartimentos estancos de seguridad social (CEPAL, 2006). Las excepciones seguían siendo los SNS de Cuba de provisión pública, el Brasil y la República Bolivariana de Venezuela de provisión privada, y Costa Rica con la unidad de gestión de la Caja Costarricense de Seguridad Social. Otro grupo de países logró integrar parcialmente impuestos generales y contribuciones, ya sea en forma diferenciada para regímenes contributivos y no contributivos (Colombia y República Dominicana) o sólo en el contributivo público, como Chile. No obstante, la mayoría de los países seguía sin integración en el financiamiento para la salud.

---

<sup>76</sup> El trabajo de Sojo (2001) analiza la creación de cuasi mercados en provisión y/o aseguramiento en los sistemas de salud de Chile, Colombia, la Argentina y Costa Rica. Sus resultados muestran problemas para su funcionamiento. La autora parte de la premisa de que, en condiciones favorables, los cuasi mercados son una alternativa para alcanzar objetivos de mayor eficiencia, capacidad de respuesta y posibilidad de elección, sin consecuencias adversas en términos de inequidad.

<sup>77</sup> En una muestra de 8 países, en 4 no hubo cambios, porque ya existía cobertura universal nominal antes de la reforma. Estos son los casos de la Argentina, Costa Rica, México y Panamá. En otros tres países, Chile, el Uruguay y Guatemala, hubo incremento de la cobertura, pero los dos primeros también tenían cobertura casi universal al inicio de la década. Por último, los resultados de Colombia son variables según se considere o no la población vinculada al sector público (Mesa-Lago, 2007).

<sup>78</sup> Promedio simple para 19 países de América Latina en los años 1990 y 2000 (no disponible para Cuba). Las metodologías no son las mismas por lo que la interpretación no es lineal. Sí parece existir un aumento del gasto en salud y una cierta paridad entre el público y privado al final de la década. Lamentablemente, los reportes mundiales de la OMS no entregan información de gasto público y privado para años anteriores a 1995.

Luego del impulso de mercado se amplió el marco regulador de la atención pública y privada de salud y algunos aspectos de la calidad de la atención. Sin embargo, la competencia que se esperaba entre proveedores públicos y privados no se produjo, y en la gestión de recursos, el sector privado asumió la provisión y la gestión de las contribuciones obligatorias de las personas de mayores ingresos, y el sector público, con aportes fiscales directos, se quedó con aquellos con alto riesgo o bajos ingresos (Blackburn y otros, 2004). Las implicaciones no fueron sólo de posición social, sino que se tradujeron en desigualdades en salud a través de la gradiente social. Como señala Marmot (2016), las personas en las posiciones más bajas de la jerarquía social tienen menor esperanza de vida y mayor riesgo de enfermar que aquellos en la parte alta.

A comienzos del siglo XXI existía cierto consenso en la necesidad de hacer reformas a los sistemas de salud<sup>79</sup>. Las propuestas coincidían en cuatro grandes objetivos: integrar los sistemas de salud, reducir la desigualdad de acceso real y calidad del servicio, mejorar la protección financiera solidaria y preparar al sistema para la transición demográfica (Atun y otros, 2015; Donato y otros, 2021). Asimismo, aunque existían voces que llamaban a deshacer las reformas de impulso de mercado, los procesos que se iniciaron no tuvieron este objetivo. La estrategia consistió en desarrollar programas con lógicas de servicios públicos de salud, en igualdad de condiciones y protección para afiliados al sector público y privado, dentro del marco de competencia y participación privada (Donato y Rollemberg, 2020). Dicho de otra forma, crear espacios con funcionamiento similar a un servicio o seguro nacional de salud al interior del propio sistema fragmentado. El ejemplo más claro de esta reforma se aprecia en Chile. Como se ha explicado en la parte descriptiva, la reforma AUGE de 2005 estableció igualdad de derechos, protección y tiempos de atención para afiliados a ISAPRES y FONASA, limitado a un paquete específico de atención de problemas de salud. Paralelamente, se propuso un fondo de compensación que mancomunara los recursos y los distribuyera según riesgo de las carteras de seguros (que luego no sería aprobado). En tercer lugar, estableció una normativa y una regulación común para ambos subsistemas. Ese paquete mínimo o básico tuvo su símil, con diferencias, en el CAUSES de México, el PBS de Colombia, el PIA en el Uruguay y el PSS en la República Dominicana<sup>80</sup>.

El caso mexicano en 2003-2004 ha sido uno de los más estudiados, porque lo que hizo fue crear un seguro universal, el Seguro Popular, que en la práctica fue una cobertura nominal de toda la población excluida del ISSSTE y del IMSS; es decir, la población no contributiva. Esta reforma, conocida como parte del pluralismo estructurado, a diferencia de la chilena, mantiene más vinculación con el modelo anterior de competencia (Londoño y Frenk, 1997). Por ello, la creación del INSABI en 2020, sí se orienta en una dirección de mayor igualdad de derechos para los afiliados a cada subsistema. La cuestión es cómo se implementa y si termina siendo una extensión de la seguridad social pública o un nuevo modelo.

Las evaluaciones más recientes de estas dos olas, reformas de competencia y reformas de equidad, son mixtas y sus lecciones se pueden agrupar en cinco. En primer lugar, deben ser entendidas como parte de contextos históricos y políticos específicos. Los cambios que se producen en los años 1990 y 2000 no se dan de forma aislada y comparten espacio con otras reformas, como la del sistema de pensiones, vivienda social o financiamiento de la educación, entre otros.

En segundo lugar, existe cierto pragmatismo en las expectativas del sistema de salud deseado. Aunque el NHS británico sigue siendo considerado como un ideal, han adquirido importancia los ejemplos de Costa Rica y del Brasil como casos viables para analizar el acceso universal (Noy, 2021)<sup>81</sup>.

---

<sup>79</sup> Según algunos autores existió una relación entre las manifestaciones populares de la década de los noventa y el apoyo a partidos políticos que impulsaron reformas de equidad en la década siguiente (Guzmán-Concha y otros, 2022).

<sup>80</sup> Entre las reformas de este periodo se encuentran, las de Colombia en 2012, Chile en 2005, México en 2003, Perú en 2009, Uruguay en 2007, Paraguay en 2008 y 2013, El Salvador en 2009 y Guatemala en 2011 (Báscolo y otros, 2018).

<sup>81</sup> Posiblemente, el Uruguay sea también un ejemplo de sistema unificado, pero no se menciona en el trabajo citado.

En tercer lugar, en muchos países se alcanzó una cobertura universal nominal. Los seguros públicos, como el Seguro Popular en México, el SUS en Bolivia (Est. Plur. de), el RS en Colombia y la República Dominicana, se sumaron al Seguro Único en el Brasil, el SNS de Cuba, la CCSS de Costa Rica y el grupo A de FONASA en Chile, para asegurar, al menos nominalmente, a toda o casi toda la población. En cuarto lugar, las estrategias de atención primaria han jugado un rol destacado. Tienen buenas evaluaciones el ESF en el Brasil, los CESFAM en Chile y las tradicionales EBAIS en Costa Rica. Aunque existen carencias y se recomienda su fortalecimiento, sí parecen haber ampliado el acceso efectivo. En quinto lugar, se han producido avances en la cobertura de medicamentos, con algunos programas específicos en la Argentina y en el SUS del Brasil, siendo también un objetivo del INSABI en México. No obstante, la protección financiera de medicamentos aún es baja en la región.

Sin embargo, y pese a estos avances, las reformas no parecen haber reducido significativamente la estratificación de los subsistemas públicos y privados. Si bien en la mayoría de los aspectos las evaluaciones de esta última ola son positivas, no han sido capaces de alcanzar los logros esperados en igualdad. La unificación entre los servicios de los Ministerios de Salud y los de la Seguridad Social Pública no se ha producido en la mayoría de los países. La libertad de elección de proveedor y administradoras de las contribuciones obligatorias sólo ha sido una opción real para aquellas personas ubicadas en los estratos de mayores ingresos. Asimismo, la expansión de los servicios de salud a los más pobres dista de alcanzar los estándares de calidad y cobertura de la oferta de provisión de los seguros contributivos (Cotlear y otros, 2015; Atún y otros, 2015; Báscolo y otros, 2018; Machado, 2018; Gilardino y otros, 2022).

Uno de los problemas centrales es que las rígidas históricas de los sistemas pesan. La región ha descansado mayoritariamente en la seguridad social financiada con contribuciones sobre salarios. Esta estructura, si bien ha servido para vincular los recursos a salud, evitando que otros sectores como educación, obras públicas o defensa demanden parte de este financiamiento, no ha permitido avanzar en la reducción de la segmentación. Un modelo como este es inherentemente desigual, a menos que los aportes vayan a un único fondo común para toda la población (asalariada o no), o que el Estado aporte tantos recursos como aportan los contribuyentes sociales. Asimismo, la diferencia de calidad de la atención entre ambos subsistemas, que va desde las propias infraestructuras hasta la dotación de recursos humanos, produce el rechazo de parte de la población asalariada a la hora de establecer fondos mancomunados. Esto no es nada nuevo. Antes de los años noventa se reconocía el valor que habían tenido estos sistemas para establecer e impulsar la protección en salud, pero a la vez se discutía si era posible que los países latinoamericanos avanzaran desde modelos de seguridad social a servicios nacionales, siguiendo la ruta de los países europeos en el siglo XX (Abel-Smith, 1986; Roemer, 1986). Más de 30 años después muy pocos países han seguido el camino de transición hacia un único fondo, y los que lo han hecho más recientemente, como el Brasil y el Uruguay, enfrentan desafíos aún por resolver.

## D. La pandemia: una oportunidad

La historia y la economía política importa, porque la actualidad es el resultado de la tensión, negociación y poder de decisión de los intereses de distintas fuerzas políticas y sociales, nacionales y a veces internacionales. Por ello, el origen de los cambios y reformas suele exceder el contexto puramente sanitario. En cada etapa hay agentes que toman mayor relevancia o tienen mayor influencia en las decisiones político/legislativas, y hay acontecimientos que son causa y efecto de cuestionamientos de la organización social. No es posible entender el surgimiento, desde mitad del siglo XIX, de los primeros fondos de salud, mutuales, obras sociales o cajas, sin considerar la organización obrera y sindical, o los procesos migratorios europeos en algunos países de la región. Tampoco resulta comprensible el avance de la organización decisional en materia sanitaria (protomedicatos, juntas de sanidad y consejos de salubridad), sin considerar las epidemias que azolaron la región entre fines de ese siglo y

principios del XX. Pero también resultan relevantes las crisis económicas y políticas, que muchas veces ocurren en paralelo. De allí la importancia de considerar el estado previo de la cuestión social en el que se produce la Gran Depresión de los años treinta y la inestabilidad política que le siguió y, en el caso latinoamericano, las orientaciones económicas de las dictaduras que condicionaron el desarrollo de algunos países del continente. De manera similar, el impacto que tuvo la profunda crisis de la deuda que afectó a la región en la década de los años ochenta y los procesos de reforma que le siguieron.

Esta es la complejidad que desafía cualquier análisis de largo plazo de las instituciones. No es posible entender los procesos sin ampliar la panorámica a un espacio temporal mayor y comprender que, hasta cierto punto, el presente se resiste a los cambios que vienen de su un legado histórico-institucional (North; 1990, 1994; De Vries; 2018)<sup>82</sup>.

Una reforma es el intento de modificar este sendero. Tras cada cambio relevante hay eventos que pueden explicar, al menos en parte, por qué se han producido. El fin de la dictadura generó el espacio para la Constitución brasileña de 1988 y esta determinó el intento de ruptura con el modelo sanitario anterior. La represión de la dictadura de en Chile y la constitución de 1980 gatilló posteriormente la implementación de una reforma de la protección social del país<sup>83</sup>.

En esta perspectiva es fácil comprender por qué la pandemia significa una oportunidad de cambio. El golpe económico, sanitario y social que esta implicó ha abierto una brecha que muestra las carencias ya conocidas de los sistemas más precarios y la necesidad de políticas coordinadas, integrales y de carácter universal, como en la vacunación. Asimismo, puso en evidencia la subfinanciación histórica de los sistemas públicos de salud y, sobre todo, ha vuelto a recordarnos de que la lógica individual no es suficiente, eficiente ni eficaz para asegurar la protección en salud. No sirve de mucho la protección individual con los mejores servicios y profesionales de unos pocos si el resto de la sociedad no está protegida, toda vez que la salud de la población en su conjunto es fundamental para el desarrollo social inclusivo y sostenible (CEPAL, 2022a; Cid y Marinho, 2022). La salud, por decirlo claramente, es una cuestión de todos y todas y, por lo tanto, demanda solidaridad en su financiamiento y organización. Este posiblemente sea el gran desafío que los países deben afrontar: pasar de la focalización a políticas nacionales considerando las particularidades y modelos de desarrollo de cada sistema.

---

<sup>82</sup> Es lo que los institucionalistas denominan dependencia de la senda, dependencia del pasado o rigidez institucional (*Path dependence*, en inglés).

<sup>83</sup> Por ello, en la primera parte de este trabajo se analizó la crisis pandémica que asoló al planeta entre 2020 y 2022. El impacto es escasamente comparable a otro evento reciente, por la tensión a la que se vieron sometidos los sistemas de salud y el impacto económico de la paralización de algunas actividades productivas, desaceleración del comercio internacional e interrupción de los movimientos de personas.



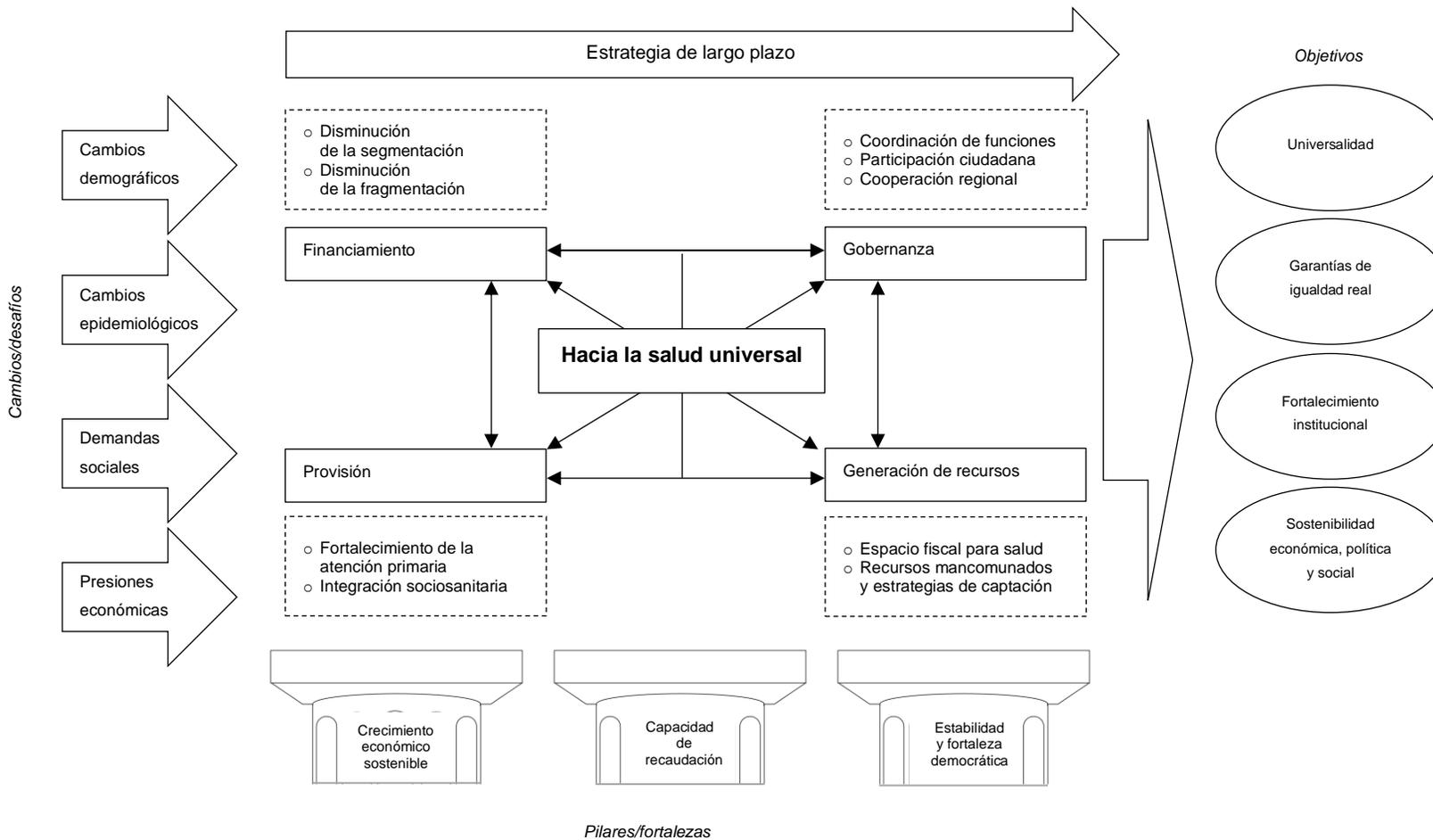
## **IV. Una propuesta de lineamientos estratégicos para una nueva ola de reformas hacia la salud universal**

Al analizar la configuración actual de los sistemas de salud en América Latina se aprecia diversidad en la forma en que se organizan, financian y proveen servicios. Si este análisis se hiciera en la lógica de un camino único hacia la salud universal, el resultado sería distintas fases de desarrollo temporal según país. Pero esta lógica no es correcta. Cuando se abre el análisis a un horizonte temporal amplio la realidad se entiende como el resultado de la acumulación histórica de reformas más que distintas fases de un mismo proceso. Esto es relevante porque los contextos específicos y la economía política son importantes y deben ser considerados en las recomendaciones. Sin embargo, esta especificidad no puede inhibir los esfuerzos por avanzar en la comprensión de procesos regionales.

En el presente trabajo se presentan lineamientos generales, con distintos énfasis por modelo y país, que ayudan a reflexionar sobre cómo avanzar hacia sistemas de salud universal sostenibles, entendiendo como salud universal el acceso real y la cobertura efectiva de todas las personas, sin discriminación de ningún tipo, a los servicios de salud que requieran. Para esto se debe construir una estrategia de largo plazo que considere los principales cambios y desafíos que afectan a la región y las condiciones necesarias, aunque no suficientes, que sustenten los procesos de reforma.

En el diagrama 7 se presenta un esquema de propuesta para esta estrategia. En el eje vertical izquierdo se identifican desde la economía política los principales cambios y/o desafíos que presionan a las reformas de los sistemas. En el eje horizontal, se presentan tres pilares contextuales necesarios para la sostenibilidad de largo plazo. En el centro, utilizando un diagrama de funciones integradas y relacionadas, se presentan los principales lineamientos de reforma de los sistemas de salud. Finalmente, en el eje vertical de la derecha, los principales objetivos a alcanzar: universalidad, igualdad, sostenibilidad y fortalecimiento institucional. A continuación, se analizan estos componentes.

**Diagrama 7**  
**Condiciones y prioridades generales de una estrategia para la salud universal en América Latina**



Fuente: Elaboración propia, sobre la base del marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de Papanicolas y otros (2022).

## A. Cambios que presionan a las reformas de los sistemas: los desafíos de contextos cambiantes

Es posible identificar cuatro cambios en el contexto de los países latinoamericanos que generan importantes desafíos que afectan directamente al ámbito de la salud: los demográficos, epidemiológicos, las demandas sociales y las presiones económicas.

El primero de ellos es el más estudiado y tiene que ver con el rápido aumento del número de personas mayores. Desde hace más de una década, diversos estudios han evidenciado el envejecimiento poblacional vinculado a la transición epidemiológica de la región en la que disminuyen las enfermedades transmisibles y aumentan las enfermedades crónicas y no transmisibles. En 2020, cuatro países de América Latina habían superado el 10% de población de 65 y más años. Antes de que acabe esta década se habrá triplicado el número de países que superen este umbral (UN, 2022). El efecto será inmediato en el sistema sanitario dado que los tipos de atención compleja, la severidad y la tasa de uso aumentan a mayor edad de la población. Sin nuevas estrategias, las dotaciones de los sistemas hospitalarios tendrán serios problemas para dar respuesta a esta demanda.

El segundo desafío en el ámbito epidemiológico y tiene que ver con la transición de enfermedades transmisibles a no transmisibles. Aunque este proceso se viene produciendo en algunos países desde fines del siglo pasado, se ha acentuado con el cambio demográfico<sup>84</sup>. La necesidad de enfrentar nuevos perfiles mayoritarios de problemas de salud como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes mellitus, cáncer, Alzheimer y problemas de salud mental, presiona a los sistemas de salud nacionales a reformar su respuesta, modificar enfoques e incorporar nuevas tecnologías y profesionales especializados.

El tercer desafío alude a las demandas ciudadanas por mayor igualdad y la reducción de la gradiente social en salud, dado un mayor empoderamiento de la ciudadanía y conocimiento de sus derechos. Como se ha comentado, hay varios signos que evidencian un aumento de las expectativas de la población con respecto a las políticas de bienestar y al ejercicio de sus derechos. La desigualdad como eje central del malestar parece ser un tema particularmente sensible en salud, toda vez que existe mayor conciencia sobre la coexistencia de subsistemas con distintas coberturas y calidades de atención, determinadas por el ingreso monetario de las familias y no por las necesidades sanitarias.

El cuarto desafío refiere a las presiones económicas. La salud es un derecho, pero también es un factor de desarrollo. En lo que va del siglo, la mayoría de las economías de la región han crecido gracias al aumento de la productividad. Hoy en día, el valor producido por un trabajador promedio es mucho mayor que el de hace una década. El cambio económico ha sido global y la región no está exenta de este fenómeno. A medida que aumenta el ingreso de un país, aumenta la presión sobre los incrementos marginales de productividad. Por lo tanto, para mantener un círculo virtuoso se requiere fortalecer los recursos humanos de un país y, para ello, la inversión en salud y educación son fundamentales. La complejidad del desafío es compatibilizar las demandas puramente económicas de productividad con el despliegue de un modelo de desarrollo social inclusivo y sostenible y una distribución de la riqueza justa y socialmente aceptada.

---

<sup>84</sup> Ver *Health overview / Epidemiology* en OPS (2022). Desde una perspectiva global, la mayoría de los países de América Latina están convergiendo hacia los regímenes de mortalidad de los países de alto ingreso. Los primeros en aproximarse fueron la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y el Uruguay, y le han seguido la República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Panamá, el Paraguay y el Perú (Álvarez y otros, 2020). Esto, considerando algunas excepciones en las que, más allá de la pandemia, han resurgido o se han intensificado enfermedades contagiosas como el Dengue, Zika y Chikunguña (OPS, 2021b).

## **B. Pilares necesarios para el desarrollo social y la sostenibilidad de largo plazo de la protección social en el ámbito de la salud**

En el eje horizontal del diagrama 7 se presentan tres condiciones virtuosas (pilares o fortalezas) que exceden el ámbito del sector salud, pero que son necesarias, aunque no siempre suficientes, para que las reformas y los sistemas de salud alcancen sus objetivos de forma sostenible en el tiempo en el marco de sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes de protección social.

Estas condiciones son: i) crecimiento económico sostenible, ii) capacidad de recaudar impuestos y iii) estabilidad de un sistema democrático centrado en los derechos.

Las dos primeras condiciones están estrechamente relacionadas. Se requiere asegurar el crecimiento económico, pero también la capacidad de recaudación. En el análisis longitudinal realizado en este documento se muestra claramente la pervivencia de un financiamiento insuficiente desde la creación de los sistemas de salud nacionales. Pese a que, en algunos casos, el gasto público del sector representa una proporción importante del gasto público total, este está limitado por la magnitud de la recaudación tributaria. Esta ha sido una debilidad histórica de los sistemas fiscales latinoamericanos. Aunque en los últimos años ha mejorado la relación entre ingresos fiscales y PIB, sigue estando muy por debajo de aquellos países que sustentan sistemas sanitarios desarrollados. Más allá de cualquier esfuerzo sectorial, si no se recauda no es posible financiar los sistemas de protección social.

El tercer pilar, la estabilidad democrática, es una condición necesaria para fortalecer la confianza en las instituciones y su funcionamiento. Esto es particularmente relevante en el caso de América Latina porque la región tiene un pasado, no tan lejano, de inestabilidad política. Las transiciones han sido lentas y las democracias representativas todavía muestran signos de baja participación. No es conveniente olvidar que poco antes de la pandemia se produjeron importantes manifestaciones populares que en algunos casos derivaron en fuertes estallidos sociales. La crisis sanitaria y las limitaciones de movilidad detuvieron estos procesos, pero si las condiciones no cambian es muy probable que vuelvan a surgir. Fortalecer y hacer más participativa la democracia es una condición necesaria para garantizar los derechos y el bienestar de la población y poner la igualdad en el centro de las iniciativas políticas.

## **C. Principales lineamientos de reforma de los sistemas de salud**

No cabe duda de que para asegurar el acceso real e igualitario a salud las reformas necesarias en cada país son diferentes según la situación nacional. No obstante, existen al menos cuatro aspectos institucionales y de organización que afectan a todos, en mayor o menor medida. Como se muestra en el diagrama 7 estos se presentan con relación a las funciones de salud: i) reducir la segmentación en el aseguramiento y financiamiento, ii) fortalecer la atención primaria en la provisión, iii) lograr la integración sociosanitaria del cuidado integral en la gobernanza, y iv) fortalecer la captación de fondos para el sector mediante la generación de recursos.

El primer aspecto, reducir la segmentación en el aseguramiento y financiamiento, está estrechamente vinculado con el objetivo de igualdad. Las dos últimas olas de reformas aumentaron la cobertura nominal de quienes no estaban afiliados, principalmente en la década de los noventa, y crearon un espacio común de garantías universales sobre un paquete básico de servicios o atención de problemas de salud. Más en lo nominal que en lo real, la cobertura universal no eliminó la segmentación en el aseguramiento y las desigualdades de acceso, calidad y protección financiera fuera de ese paquete básico, como posiblemente tampoco en algunos aspectos de calidad del mismo paquete. Es probable que este sea el principal objetivo de las próximas reformas: alcanzar modelos universales, es decir, de acceso efectivo a la salud donde las diferencias en atención se basen en las necesidades y no en la

capacidad de pago o el tipo de aseguramiento. En este sentido, la pandemia ha mostrado que las respuestas de modelos segmentados entre ricos y pobres son ineficientes para hacer frente a los problemas de salud pública.

El segundo aspecto de reforma institucional es el de ampliar y fortalecer la Atención Primaria de Salud en la provisión. Ningún modelo ha sido exitoso sin equipos cualificados y con asignación territorial que realicen seguimiento individualizado e integración con otros niveles de atención. No sólo es la puerta de acceso al sistema, sino la estrategia más eficiente pues conlleva un cambio del eje estratégico salud, desde el tratamiento de las enfermedades hacia el de prevención y fomento de vida saludable durante todo el ciclo de vida. Parece evidente que, en la mayoría de los países, las recomendaciones de Alma Ata siguen estando vigentes.

El tercer aspecto, en el ámbito de la gobernanza, tiene que ver con la integración de las políticas nacionales y la coordinación internacional. Es preciso fortalecer la coordinación entre los distintos niveles de los sistemas de salud y los programas sociosanitarios de otros sectores e instituciones públicas. En línea con el enfoque de los determinantes sociales de la salud, se requieren estrategias multisectoriales como ayuda a la pobreza, mejoras de habitabilidad y acceso a educación, entre otros. En los próximos años, junto al aumento de la población de personas mayores, se requerirá desplegar una estrategia de cuidados y atención a la dependencia, como lo han hecho Uruguay y recientemente, Costa Rica. Estos servicios, principalmente atención domiciliaria y atención residencial, deberán estar coordinados con los servicios de salud para que tengan éxito. Esta integración también debe desarrollarse desde una perspectiva internacional. La respuesta a la crisis, y particularmente la fabricación y adquisición de vacunas ha recordado que es necesario fortalecer la integración y colaboración regional, e internacional, como plantea la CEPAL y lo había advertido la OMS antes de la crisis. La pandemia demostró que las fronteras nacionales no existen cuando se trata de este tipo de riesgos. Es el momento de recuperar la coordinación sanitaria que caracterizó a la región en la primera parte del siglo XX, con mayor diálogo, transparencia y solidaridad entre países.

Por último, la cuarta cuestión tiene que ver con la función del sector salud en la captación de recursos del sistema. En este sentido, cabe destacar tres cuestiones. La primera se refiere a la necesidad de mantener la perspectiva amplia de lo que es el espacio fiscal para salud. Este involucra, además de la eficiencia en el uso de los recursos asignados al sector, el análisis de recursos adicionales. Estratégicamente, no deja al sector salud como mero receptor, sino que lo configura como un actor importante en el proceso de búsqueda y distribución de ingresos públicos a través de la participación en las decisiones de financiamiento del sistema. La segunda tiene que ver con el análisis de la fuente de esos recursos adicionales. Por ejemplo, el financiamiento vía contribuciones, por su propia naturaleza, carga el peso sobre la población asalariada y no propicia el esfuerzo solidario de aquellas personas cuyos ingresos provienen de otras fuentes no salariales, como bienes raíces, alquileres o ingresos del capital, entre otros. Asimismo, no apoya la lucha contra la informalidad en el mercado de trabajo, sino que incluso se constituye en un incentivo a esta. Cabe, por tanto, para alimentar un sistema de salud sostenible, poner atención sobre la recaudación directa como impuestos sobre la renta y beneficios. Por último, se debe considerar el criterio de recaudación de los recursos. Es decir, abordar la discusión entre fondos mancomunados solidarios y cuentas de aporte o ahorros individuales. Como se ha mostrado a lo largo de este informe, la financiación individual no parece suficiente ni eficiente para sostener un sistema nacional de salud.

Como se ha señalado, estos cuatro principales lineamientos de reforma de los sistemas de salud pueden adaptarse con distintos énfasis según las características de los modelos nacionales.

La captación de recursos del sistema es común a todos ellos, pero resulta más relevante en los sistemas transitados hacia la cobertura pública universal. Estos países, como es el caso del Brasil, están sometidos a una fuerte presión de gasto para satisfacer las necesidades sanitarias de la población. En

ausencia de esta inversión se desplaza la responsabilidad individual al sector de seguros suplementarios, que termina actuando como puerta de entrada al propio sistema público y reabriendo la brecha de desigualdad entre quienes pueden pagar y quienes no. Este punto resulta clave porque fue precisamente la reducción de la desigualdad lo que fundamentó el respaldo social que impulsó el sistema universal.

En los modelos tradicionales públicos fragmentados, como el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú o México, reducir la segmentación en el aseguramiento y financiamiento al interior de los dos subsistemas públicos es una meta central, junto con la expansión y fortalecimiento de la atención primaria de salud. El hecho de que existan dos sistemas públicos, además de los privados, redundando en tres grupos sociales vinculados a la capacidad de pago, con niveles de atención desiguales, poco eficientes y con múltiples subsidios cruzados, como vacunación y atención de urgencias, que muchas veces son regresivos. Es complejo buscar formas de avanzar hacia la fusión de los subsistemas contributivos y los subsistemas estatales, pero es una exigencia social, sanitaria y económica. Para ello, resulta fundamental mejorar la calidad de la atención y los recursos del subsistema menos dotado, disminuyendo las retenciones de los asalariados de poner sus aportes en un fondo único y solidario que pueda dar respuestas eficaces a los retos que afectan a toda la población. Esto, junto a un esfuerzo por construir una red de atención primaria que sirva de acceso universal, es determinante para acabar con las desigualdades y lograr mayor eficiencia del sistema.

En los modelos duales con gestión financiera privada, la reducción de la segmentación en el aseguramiento y financiamiento se traslada a las diferencias entre el sistema público y el sistema privado. La dualidad en el aseguramiento, como el caso de Chile o Colombia, es el resultado más claro de las reformas de mercado o cuasi mercados. Teóricamente, los mercados de la salud son beneficiosos para la sociedad cuando las ganancias en eficiencia son mayores que el lucro; es decir, si la misma actividad la realiza el sector público los costos para la sociedad serían mayores que los beneficios privados. Los problemas de esta lógica son múltiples y han quedado en evidencia en diversos estudios. Los ahorros en eficiencia pueden obtenerse de dos formas: reduciendo los costos o aumentando ingresos, o ambos a la vez. La primera estrategia implica reducir el aparato administrativo y/o el gasto sanitario. La multiplicidad de administradoras privadas hace difícil sostener las posibles economías de escala en la gestión y el control de costos lo que, en contextos donde las necesidades básicas de salud no están cubiertas, puede tener un impacto sanitario. Por otra parte, la ampliación de ingresos por ventas se puede obtener a través de la aplicación de copagos, primas o bonos, por encima del plan garantizado. Como resultado, se ahonda en la segmentación de quienes pueden pagar y quienes no pueden hacerlo. Los últimos planes de reforma parecen estar orientados en la dirección correcta, buscando unificar la gestión de recursos a un nivel central, público y coordinado, dejando, como en otros países desarrollados, el mercado de seguros complementarios al sector privado lucrativo.

Por último, como muestra la experiencia argentina, el modelo societal argentino demanda reformas desde hace varias décadas vinculadas a la reducción de la fragmentación, territorial y entre seguros, y al aumento de la integración entre niveles de atención en salud. La desigualdad persiste y la libre elección no ha acabado con ella. La multiplicidad de administradoras y la existencia de tres subsistemas hace difícil la coordinación, integración y eficiencia de gasto sanitario. En este caso, la base contributiva segmenta la población no sólo por seguros sino por territorios. El problema no es sólo organizacional, sino político. El arraigo histórico de este modelo lo hace poco flexible a cambios y son muchos los intereses que se involucran en un sistema con este nivel de segmentación y fragmentación. El camino por recorrer hacia un sistema igualitario y eficiente parece largo y sólo será posible si se aborda decididamente en la discusión pública.

## Bibliografía

- Abel-Smith, B. (1986), "Funding health for all. Is insurance the answer?", *World Health Forum*, Nº 7: 3-32.
- ADARS (Asociación Dominicana de Administradora de Riesgos de Salud) (2022), Datos Estadísticos. Estadísticas Seguro Familiar de Salud (SFS) al 31 de diciembre 2021. Disponible [en línea] <https://adars.org.do/index.php/datos-estadisticos>.
- Agudelo, C. y otros (2011), "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas", *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 16, Nº 6, pp. 2817-2828.
- Álvarez, J. A., J.M. Aburto y V. Canudas-Romo (2020), "Latin American convergence and divergence towards the mortality profiles of developed countries", *Population Studies*, vol. 74, Nº 1, pp. 75-92.
- Almeida, C. (2005), "Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación", *Gerencia y Políticas de Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 4, Nº 9, pp. 6-60.
- \_\_\_\_\_ (2002), "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, Nº 4, pp. 905-925.
- Almeida, P. (2014), "Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. História", *Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 21, Nº 1, pp. 37-59.
- Alondra, G. (2022), "The Bolivian Universal Health System and Effective Access to Healthcare: A Diagnosis", *Development Research Working Paper Series*, 01/2022. La Paz: INESAD.
- Alonso, G. (2020), "Transiciones desde el Bismarckismo. Los proyectos de reforma universalista en los sistemas de salud. España, Brasil y Argentina", *Desarrollo Económico*, vol. 59, Nº 229, pp. 387-418.
- ANSP (Agência Nacional de Saúde Suplementar) (2021), Dados do Setor. Dados Gerais 2012-2022. Disponible [en línea] <https://www.gov.br/ans/pt-br/acao-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- Aran, D. y H. Laca (2013), "Sistema de salud de Uruguay", *Salud Publica de México*, vol. 53, Nº 2, pp. S265-S274.
- Arce, H. (2013), "Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX", Tesis Doctoral. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud IUCS – Fundación H. A. Barceló. Disponible [en línea] <https://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH6ecf.dir/Tesis%20Doctorado%20Arce%20Hugo%20Eduardo.pdf>.

- Artaza, O. (2017), "Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina", *Serie Representación OPS/OMS Argentina*, N° 71, Buenos Aires: OPS.
- Artaza, O. y J. Lastra (2018), "La nueva reforma que necesita Chile: la reforma de los prestadores", *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 58, N° 1, pp. 27-33.
- Artaza, O. y C. Méndez (2020), "Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 44, N° 16, p. e16.
- Atuesta, B. y T. Van Hemelryck (2022), "Protección social de emergencia frente a los impactos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: evidencia y aprendizajes sobre sistemas sostenibles y resilientes de protección social", *Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/143)*, Santiago: CEPAL.
- Atun, R. y otros (2015), "Health-system reform and universal health coverage in Latin America", *The Lancet*, vol. 385, N° 9974, pp. 1230-1247.
- Ávila, C. y otros (2015), *Guatemala. Análisis del sistema de salud 2015*. Guatemala: USAID.
- Ballart, X. y G. Fuentes (2018), "Gaining public control on health policy: the politics of scaling up to universal health coverage in Uruguay", *Social Theory y Health*, vol. 17, N° 3, pp. 348-366.
- Barrera, F. (2004), "El Sistema de Salud en México". En González, G., Vega, M. y Romero, S. (eds.), *Los sistemas de salud en Iberoamérica de cara al Siglo XXI*, pp. 185-192. Universidad de Guadalajara.
- Báscolo, E., N. Houghton y A. Del Riego (2018), "Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 42, pp. E126.
- Bassano, J., W. Benia y G. Ríos (coords.) (2019), *Avances en la Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública / OPS.
- Becerril-Montekio, V. y L. López-Dávila (2011), "Sistema de salud de Guatemala", *Salud Pública de México*, vol. 53, N° 2, pp. 197-208.
- Becerril, V., G. Medina y R. Aquino (2011), "Sistema de salud de Brasil", *Salud Pública de México*, vol. 53, N° 2, pp. S120-S131.
- Belmartino, S. (2005), "Una década de reforma de la atención médica en Argentina", *Salud Colectiva*, vol. 1, N° 2, pp. 155-171.
- Benavides, F. y otros (2022), "Exceso de mortalidad en población en edad de trabajar en nueve países de Latinoamérica, año 2020", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 46, pp. E75.
- Berdine, G., V. Geloso y B. Powell (2018), "Cuban infant mortality and longevity: health care or repression?", *Health Policy and Planning*, vol. 33, N° 6, pp. 755-757.
- Berman, P. (1995), "Health sector reform: making health development sustainable", *Health Policy*, vol. 32, N° 1-3, pp. 13-28.
- Berman, P. y T. Bossert (2000), "A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?", *DDM Symposium Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries*. Disponible [en línea] <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1989/2020/04/closeout.pdf>.
- Bernal, O. y S. Barbosa (2015), "La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud", *Salud Pública de México*, vol. 57, N° 5, pp. 433-440.
- Bernales-Baksai, P. (2020), "Tackling segmentation to advance universal health coverage: analysis of policy architectures of health care in Chile and Uruguay", *International Journal for Equity in Health*, vol. 19, N° 1, pp. 106.
- Bitrán, R. (2006), "Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica", *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 171 (LC/W.75), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bixby, L. (2004), "Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 15, N° 2, pp. 94-103.
- Blackburn, S., C. Espinosa y M. Tokman (2004), "Alternativas para reducir la discriminación y la segmentación por riesgo en el sistema de salud chileno", *serie Financiamiento del Desarrollo*, N° 152 (LC/L.2221-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- BM (Banco Mundial) (2022a), *Global Economic Prospects. January*. Washington DC: World Bank.

- \_\_\_\_\_ (2022b), *Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. Update February 2*.
- \_\_\_\_\_ (2017), *A Fair Adjustment: Efficiency and Equity of Public Spending in Brazil*, Washington DC: World Bank.
- \_\_\_\_\_ (1993), *World Development Report 1993. Investing in Health*, New York: Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_ (1987), *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Preparado por Akin, J., Birdsall, N. y de Ferranti, D. Washington D.C.: World Bank.
- Böhm, K. y otros (2013), "Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification", *Health Policy*, vol. 113, N° 3, pp. 258–269.
- Bordo, M. y M. Levy (2021), "Do enlarged fiscal deficits cause inflation? The historical record", *Economic Affairs*, vol. 41, pp. 59–83.
- Botey, A. (2020), *Los orígenes del estado de bienestar en Costa Rica. Salud y Protección social (1850-1940)*, San José: Editorial UCR.
- Buglioli, M. y otros (2002), "Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: impacto de la regulación", *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, N° 1, pp. 63-69.
- CADIME (Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico) (2021), *Informe sectorial, 19*, junio. Disponible [en línea] <https://www.cadime.com.ar/newsletter/Informe%20Sectorial%20CADIME%20N%2019%20-%20Junio%202022.pdf>.
- Calderón, A. y otros (2011), "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas", *Ciência y Saude Coletiva*, vol. 16, N° 6, pp. 2817–2828.
- Canales, J. (2004), "El sistema nacional de salud en México: perspectivas ante la reforma", en G. González, M. Vega y S. Romero (eds.), *Los sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al Siglo XXI*. pp. 193–222. Universidad de Guadalajara.
- Cansino, D. y M. Matus-López (2020), "Políticas de respuesta a la pandemia. Un análisis desde la teoría del espacio fiscal para salud", *Revista de Economía de la Salud*, N° 2, pp. 33-48.
- Cárdenas, M. (dir.) (2004), *Cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud*, USAID. Disponible [en línea] [http://redacs.org/cuentasaludalc/Documents/Bolivia\\_8hr\\_pres\\_report.pdf](http://redacs.org/cuentasaludalc/Documents/Bolivia_8hr_pres_report.pdf).
- Carrasco, P. (2015), "Efectos de la reforma de la salud sobre la asignación y distribución de recursos del sector", en M. Fernández, E. Levcovitz y D. Olesker (coords), *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*, Montevideo: OPS/OMS. pp. 129-158.
- Carro, M. y G. Espinoza (2016), "La historia de la seguridad social en Costa Rica", *Revista Judicial*, N° 119.
- Carvalho, M. y otros (2016), "A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013", *Ciência y Saude Coletiva*, vol. 21, N° 2, pp. 327-338.
- Castellanos, P. y otros (2009), *El nuevo modelo del sistema de salud: inicios, rutas y dificultades*. Santo Domingo: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales y Friedrich Ebert Stiftung.
- Castro, M. y otros (2019), "Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future", *The Lancet*, vol. 394, N° 10195, pp. 345–356.
- Cavagnero, E. (2008), "Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system", *Health Policy*, vol. 88, N° 1, pp. 88–99.
- CCSS (Caja Costarricense de Seguridad Social) (2022), *Memoria Institucional 2021*. Disponible [en línea] <https://www.ccss.sa.cr/arc/memoria-institucional/2021.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Panorama Social de América Latina 2021 (LC/PUB.2021/17-P)*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2022b), *CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Estadísticas e Indicadores*. Disponible [en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat>.
- \_\_\_\_\_ (2022c), *Proyecciones de crecimiento para América Latina y el Caribe 2022-2023, Octubre 2022*. Disponible [en línea] [https://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/proyecciones\\_2022-2023\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/proyecciones_2022-2023_es.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2021a), *Panorama Social de América Latina 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1)*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2021b), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2021 (LC/PUB.2021/10-P/Rev.1)*, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.

- \_\_\_\_\_(2021c), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2021* (LC/PUB.2022/1-P) Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_(2021d), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe. Dinámica laboral y políticas de empleo para una recuperación sostenible e inclusiva más allá de la crisis del COVID-19* (LC/PUB.2021/10-P/Rev.1), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_(2020), Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) (LC/TS.2020/45), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_(2016), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2016. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los desafíos del financiamiento para el desarrollo* (LC/G.2684-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_(2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294, (SES.31/3) Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- Céspedes, J. (2005), "La reforma de la salud en Colombia", En González, G., Vega, M. y Romero, S. (eds.), *Los sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al Siglo XXI*. pp. 81–108. Universidad de Guadalajara.
- Cetrángolo, O. y F. Devoto (2022), *Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual*. Documentos de Proyectos (LC/BUE/R.251), Oficina de Buenos Aires, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit (2018), *Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente Desigual*, Buenos Aires: CECE.
- Chemor, A., A. Ratsch y G. Alamilla (2018), "Mexico's Seguro Popular: Achievements and Challenges", *Health Systems y Reform*, vol. 4, N° 3, pp. 194–202.
- Cid, C. (2011), *Diagnoses-Based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model*, Essen: Universität Duisburg-Essen.
- Cid, C. y M. Marinho (2022), "Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cid, C. y M. Matus-López (2022), "El modelo de salud chileno en el contexto de América latina. 40 años de crisis económicas, políticas de gasto y reformas", en J.A. Freitas Sestelo, L. Bahia y E. Levcovitz (coord.), *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Salvador Bahia: EDUFBA.
- Cid, C. y A. Uthoff (2017), "La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 41, p. 170.
- Cid, C. y otros (2014), *Estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado. Informe Final*. Comisión Asesora Presidencial. Disponible [en línea] [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/informe-final\\_comision-presidencial-isapres.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/informe-final_comision-presidencial-isapres.pdf).
- Cominetti, R. y G. Ruiz (1998), "Evolución del gasto público social en América latina: 1980-1995", *Cuadernos de la CEPAL*, N° 80 (LC/G.1949-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cotlear, D. y otros (2015), "Universal health coverage in Latin America 2 Overcoming social segregation in health care in Latin America", *The Lancet*, vol. 385, N° 9975, pp. 1248–1259.
- De Carvalho, G. (2022), "The World Bank and Healthcare Reforms: A Cross-National Analysis of Policy Prescriptions in South America", *Social Inclusion*, vol. 10, N° 1, pp. 5–18.
- De Carvalho, G., A. Schmid y J. Fischer (2021), "Classifications of health care systems: Do existing typologies reflect the particularities of the Global South?", *Global Social Policy*, vol. 21, N° 2, pp. 278–300.
- De Castro, S. (1992), *El Ladrillo: bases de la política económica del gobierno militar chileno*, Santiago de Chile: Estudios Públicos.
- De Vos, P. y otros (2008), "Cuba's health system: challenges ahead", *Health Policy and Planning*, vol. 23, N° 4, pp. 288–290.
- De Vries, J. (2018), "Changing the Narrative: The New History that was and is to come", *Journal of Interdisciplinary History*, vol. XLVIII, N° 3, pp. 313–334.

- Delgado, G. (1998), "Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 24, Nº 2, pp. 110-118.
- Della Porta, D. (2010), "Comparative analysis: Case-oriented versus variable-oriented research", En: Della Porta, D, y Keating, M. (eds), *Approaches and Methodologies in the Social Sciences: A Pluralist Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press. pp. 198–222.
- Díaz, A. (2004), *Cómo se Diseñó y Concertó la Ley de Seguridad Social. Los fundamentos de la Ley más trascendente después de la Constitución de la República Dominicana*, Santo Domingo: Editora Corripio.
- Domínguez, E. y E. Zacea (2011), "Sistema de salud de Cuba", *Salud Pública de México*, vol. 53, Nº 2, pp. s168-s176.
- Donato, L. y M. Rollemberg (2020), "Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms", *Revista de Saúde Pública*, Nº 54, pp. 74.
- Donato, L. y otros (2021), "As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 26, Nº 10, pp. 4383–4396.
- Erazo, A. (2011), "La protección social en Chile El Plan AUGE: Avances y desafíos", *serie Financiamiento para el Desarrollo*, Nº 238, (LC/L.3348), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- FCS (Frente Ciudadano por la Salud) (2019), *Ejes Centrales para un Programa de Salud 2020/2024*. Disponible [en línea] <http://frenteciudadanoporlasalud.com/ejes-centrales-para-un-programa-de-salud-2020-2024/> Acceso el 12/05/2022.
- FMI (Fondo Monetario Internacional) (2020), *A Crisis Like No Other, An Uncertain Recovery Report*.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud de Chile) (2001), Boletín Estadístico. FONASA 2000-2001. Santiago de Chile.
- Frenk, J., O. Gómez-Dantés y F. Knaul (2019), "A dark day for universal health coverage", *The Lancet*, vol. 393, Nº. 10169, pp. 301–303.
- Fuentes, G. (2019), "El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible", *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, vol. 19, Nº 1, pp. 119-142.
- Gallo, L. (2015), "El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y future", *Monitor Estratégico*, vol. 7, pp. 38–43.
- García-Díaz, R. y otros (2018), "Welfare effects of health insurance in Mexico: The case of Seguro Popular de Salud", *PLOS ONE*, vol. 13, Nº 7, pp. e0199876.
- Gilardino, R., P. Valanzasca y S. Rifkin (2022), "Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries", *Archives of Public Health*, vol. 80, Nº 1, pp. 1–11.
- Giovanella, A. y otros (2021), "Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019", *Ciência y Saude Coletiva*, vol. 26, Nº 1, pp. 2543–2556.
- GOBMEX (Gobierno de México) (2019), *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), 2019*. Disponible [en línea] <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111> Acceso el 28/06/2022.
- Gómez-Dantés, O. (2018), "Cuba's health system: hardly an example to follow", *Health Policy and Planning*, vol. 33, Nº 6, pp. 760–761.
- Gómez-Dantés, O. y J. Frenk (2019), "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud", *Salud Pública de México*, vol. 61, Nº 2, pp. 202–211.
- González, C. y P. Triunfo (2020), "Horizontal inequity in the use and access to health care in Uruguay", *International Journal for Equity in Health*, vol. 19, Nº 1, pp. 127–127.
- González, M. y otros (2020), "Mexico: health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 22, Nº 2.
- González, T. y D. Olesker (2009), *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública de Uruguay.
- GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2019), *GPMB 2019 Annual Report, A World At Risk*. Geneva: GPMB/OMS.
- Gragnotati, M., M. Lindelow y B. Couttolenc (2013), *Twenty Years of Health System Reform in Brazil. An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington: World Bank.
- Grau, C. (2015), "El envejecimiento y los desafíos del sistema de salud. El caso de Uruguay", en R. Rofman, V. Amarante e I. Apella (eds), *Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI*, (LC/L.4121) Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Gropello, E. y R. Cominetti (comp.) (1998), "La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana", Documentos de Proyectos (LC/L.1132), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Gudiño, M. y J. Aguilar (2010), *Cien años de prevención y promoción de la salud pública en México, 1910-2010: Historia en imágenes*, México, D.F.: Secretaría de Salud Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Guerrero, A. I., V. Becerril-Montekio y J. Vásquez (2011), "Sistema de salud de Colombia", *Salud Pública de México*, vol. 53, Nº 2, pp. 5144-5155.
- Gutiérrez-Romero, R. y M. Ahamed (2021), "COVID-19 response needs to broaden financial inclusion to curb the rise in poverty", *World Development*, Nº 138, pp. 105229.
- Gutiérrez, F. (coord.) (2017), *Secretaría de Salud: la salud en la Constitución mexicana*. Ciudad de México: Secretaría de Cultura y Secretaría de Salud.
- Guzmán-Concha, C. y R. Ciccía (2020), "The contentious politics of social policy expansion in Latin America", *Revista Española de Sociología*, vol. 29, Nº 3, pp. 189-205.
- Hochman, G. (2005), "Reforms, institutions and health policies in Brazil 1930-1945", *Educar*, Nº 25, pp. 127-141.
- Homedes, N. y A. Ugalde (2005), "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America", *Health Policy*, vol. 71, Nº 1, pp. 83-96.
- Hone, T., J. Macinko y C. Millett (2018), "Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?", *The Lancet*, vol. 392, Nº 10156, pp. 1461-1472.
- IGSS (Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social) (2019), *Boletín estadístico de afiliación 2018*. Disponible [en línea] <https://www.igsgt.org/wp-content/uploads/sites/5/2019/10/Boletin-Estadistico-de-Afiliacion-IGSS-2018.pdf>.
- Ilabaca, V. (2005), "Estructura y funcionamiento del sistema sanitario chileno", En González, G., Vega, M. y Romero, S. (eds.), *Los sistemas de salud en Iberoamérica, de cara al Siglo XXI*, Universidad de Guadalajara. pp. 125-134.
- Illanes, M. (2010), *Historia social de la salud pública. Chile 1880-1973*, Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Infante, A. y G. Paraje (2010), *La Reforma de Salud en Chile*, Documento de Trabajo 2010-4. Santiago de Chile: PNUD.
- INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar) (2022a), "Pulso de la salud. Plan de salud para el bienestar", *Noticias*, 3 de mayo. Disponible [en línea] [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/722833/CPM\\_IMSS\\_Plan\\_de\\_Salud\\_para\\_el\\_Bienestar\\_\\_03may22.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/722833/CPM_IMSS_Plan_de_Salud_para_el_Bienestar__03may22.pdf).
- \_\_\_\_\_ (2022b), "Zoé Robledo Aburto, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 3 de mayo de 2022". Disponible [en línea] <https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-3-de-mayo-de-2022-300878?idiom=es>.
- \_\_\_\_\_ (2019), "En Palacio Nacional, el secretario Alcocer presenta Plan Nacional de Salud e Instituto de Salud para el Bienestar", *Comunicados*, 21 de octubre. Disponible [en línea] <https://www.gob.mx/insabi/prensa/en-palacio-nacional-el-secretario-alcocer-presenta-plan-nacional-de-salud-e-instituto-de-salud-para-el-bienestar?idiom=es>.
- Jadue, L. y otros (2004), "Análisis del nuevo módulo de salud de la Encuesta CASEN 2000", *Revista Médica de Chile*, vol. 132, Nº 6, pp. 750-760.
- Janovsky, K. (1996), "Health policy and systems development: An agenda for research", TDR/GEN/96.1. Geneva: World Health Organization.
- Jara-Males, P., M. Matus-López y A. Chaverri (2021), "Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica", Nota Técnica IDB-TN-1878. Washington: IDB.
- Jiménez, O. (comp.), (1995), "La Seguridad Social en Bolivia", *serie Monografías CIESS*, Nº 22.
- King, G. y otros (2009), "Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme", *The Lancet*, vol. 373, Nº 9673, pp. 1447-1454.
- Knaul, F. y otros (2012), "The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico", *The Lancet*, vol. 380, nº 9849, pp. 1259-1279.
- Knaul, F. y otros (2006), "Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico", *The Lancet*, vol. 368, Nº 9549, pp. 1828-1841.

- Kurowski, C. y otros (2021), *From double shock to double recovery-implications and options for health financing in the time of covid-19*. Washington, DC: World Bank.
- Labra, M. (2004), "Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)", *Cuadernos Médico Sociales*, N° 44, pp. 207–219.
- Lamrani, S. (2022), "El sistema de salud en Cuba: origen, doctrina y resultados", *Études caribéennes*, N° 7.
- Lavados, I. (1983), *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980* (LC/IP/G.23), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lavarreda, J. (2019), *Ruta para el Desarrollo de Guatemala. Tema 2 Salud y Nutrición*. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales.
- Lawn, J. y otros (2008), "Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize", *The Lancet*, vol. 372, N° 9642, pp. 917–927.
- Leal, G. (2013), "¿Protección social en salud? Ni "seguro", ni "popular"", *Estudios políticos*, N° 28, pp. 163-193.
- Ledo, C. y R. Soria (2011), "Sistema de salud de Bolivia", *Salud Pública de México*, N° 53, pp. 5109–5119.
- Lenz, R. (2007), "Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política", *serie Estudios Socioeconómicos CIEPLAN*, N° 38.
- Londoño, J. y J. Frenk (1997), "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Working Paper IDB*, N° 353.
- López, W., A. Mendes y C. Vieira (2017), "Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015", *Cadernos de Saude Publica*, vol. 33, N° 2, pp. e00114016.
- Maceira, D., C. Cejas y S. Olaviaga (2010), "Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino", *Documento de Trabajo CIPPEC*, N° 49.
- Machado, C. (2018), "Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios", *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 23, N° 7, pp. 2197–2212.
- Mardones, J. (1977), "Orígenes del Servicio Nacional de Salud", *Revista Médica de Chile*, N° 105, pp. 654.
- Marmot, M. y R. Bell (2016), "Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology", *Annals of epidemiology*, vol. 26, N° 4, pp. 238–240.
- Martínez, J. y M. Castro (2000), "Reforma de salud en Costa Rica: ¿Amenaza el modelo de gestión los principios de universalidad, equidad y solidaridad?", *Reflexiones*, vol. 79, N° 1.
- Martínez, J. (1999), "Poder y alternativas: las agendas internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica, 1988-1998", *Anuario de Estudios Centroamericanos*, vol. 25, N° 1, pp. 159-182.
- Massuda, A. y otros (2020), "International Health Care System Profiles. Brazil", en R. Tikkanen y otros (eds) (2020), *International Health Care System Profiles*. The Commonwealth Fund.
- Massuda, A. y otros (2018), "The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis, and resilience", *BMJ Global Health*, vol. 3, N° 4, pp. e000829.
- Mata, A. (13 marzo de 2019), *Consideraciones para la reforma del sector Salud*, Diario La Hora. Disponible [en línea] <https://lahora.gt/nacionales/diario-la-hora/2019/03/13/consideraciones-para-la-reforma-del-sector-salud-i/>.
- Matus-López, M. y C. Cid (2020), *Fiscal Space for Health in Latin America and the Caribbean*. Universal Health Series. Washington: OPS/OMS.
- \_\_\_\_\_(2016), "New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol 17, N° 7, pp. 663–665.
- Matus-López, M., D. Cansino y C. Cid (2021), *Evaluación del espacio fiscal para la salud en Guatemala*. Washington. D.C.: OPS/OMS.
- Matus-López, M. y otros (2018), "Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42, pp. e4.
- Medici, A. (2002), *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*, Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MEFP (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Bolivia) (2021), *Memoria de la Economía boliviana 2020*. Disponible [en línea] [https://repositorio.economiayfinanzas.gob.bo/documentos/Documentos\\_de\\_Interes/Pres-MEB-2020-03-05-21.pdf](https://repositorio.economiayfinanzas.gob.bo/documentos/Documentos_de_Interes/Pres-MEB-2020-03-05-21.pdf).
- Mendizábal, G. (2022), *Historia de la salud pública en Bolivia: de las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud*. La Paz: OPS/OMS.

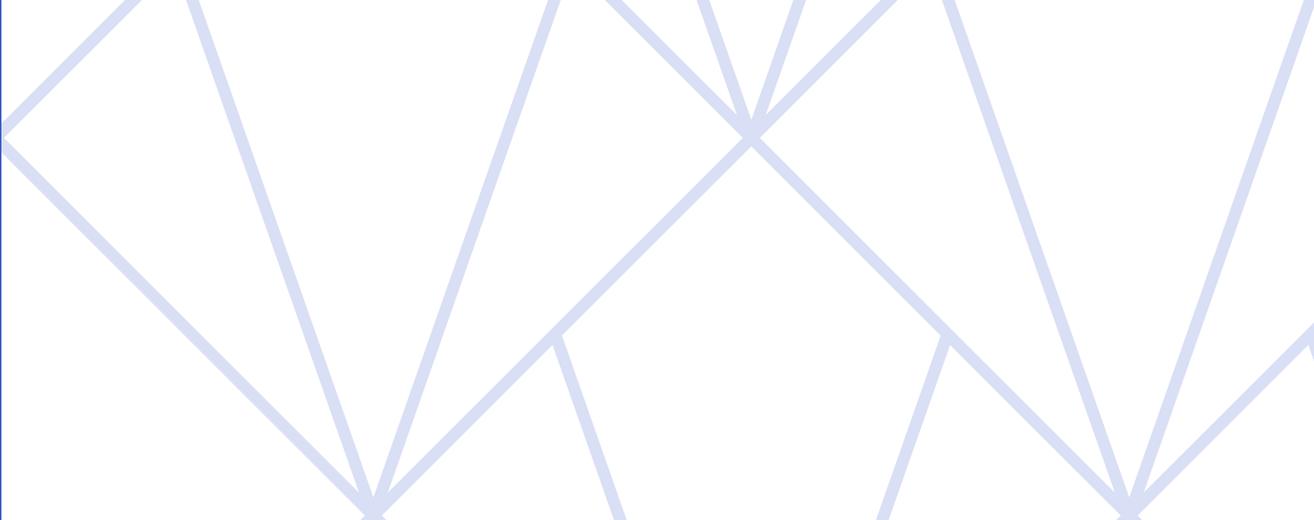
- Merlano-Porras, C. e I. Gorbanev (2013), "Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 12, N° 24, pp. 74-86.
- Mesa-Lago, C. (2009), "Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe, y recomendaciones de políticas", *serie Políticas Sociales CEPAL*, N° 150 (LC/L.3104-P). Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_\_. (2007), *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*, Oxford: Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_. (2005), "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social", *Documentos de proyectos (LC/W.63)* Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- \_\_\_\_\_. (1985,) "Health care in Costa Rica: Boom and crisis", *Social Science y Medicine*, vol. 21, N° 1, pp. 13-21.
- Mesa-Lago, C. y S. Díaz-Briquets (2021), "Healthcare in Cuba: Sustainability Challenges in an Ageing System", *Journal of Latin American Studies*, vol. 53, N° 1, pp. 133-159.
- MINSAL (Ministerio de Salud de Chile) (2019), *Establecimientos de Salud. Glosario establecimientos de salud*. Disponible [en línea] <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud>.
- \_\_\_\_\_. (2011), *Acreditación: un desafío y una oportunidad...* Disponible [en línea] <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf1070ce04001016401488f.pdf>.
- \_\_\_\_\_. (2009), *Redes Asistenciales Integradas de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales*. Disponible [en línea] <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b64310d5aaf0070ce04001016401488f.pdf>.
- \_\_\_\_\_. (2002), *Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Informe Técnico sobre la Construcción del Régimen de Garantías en Salud. Tomo I y Tomo II*, Santiago de Chile: Secretaría Ejecutiva de la Reforma.
- MINSAU (Ministerio da Saúde di Brasil) (s.f), *Estratégia Saúde da Família*. Disponible [en línea] <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>.
- Molina, C. (2010), *Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989*. Santiago de Chile: Ediciones LOM.
- Monteiro, M. (2018), "As mudanças de direção nas políticas públicas: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde", En Fleury, S. (ed), *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. pp. 247-290.
- Montoya, S. (1997), "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina", *serie Financiamiento del Desarrollo, N° 60* (LC/L.1035), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Montoya, C. (2014), *¿Dónde está y adónde va nuestra salud? Ilusionismo y verdad en salud. Chile 2010-2014*, Santiago de Chile: CEIBO Ediciones.
- \_\_\_\_\_. (2013), *La salud dividida. Chile 1990-2010*, Santiago de Chile: CEIBO Ediciones. Moretti, B., F. Funcia y C. Ocké-Reis (2021), "Austeridade fiscal e captura do orçamento público no Brasil", *Caderno da Reforma Administrativa*, N° 29.
- MSD (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia) (2021), *Sistema Único de Salud*. Disponible [en línea] <https://www.minsalud.gob.bo/programas-de-salud/sistema-unico-de-salud>.
- MSDS (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Argentina) (2019), *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* Disponible [en línea] [https://economiaygestiondelasaludfinance.files.wordpress.com/2021/02/informe\\_gasto\\_en\\_salud\\_2017.pdf](https://economiaygestiondelasaludfinance.files.wordpress.com/2021/02/informe_gasto_en_salud_2017.pdf).
- MSP (Ministerio de Salud Pública de Uruguay) (2021), *Población afiliada a ASSE, IAMC y Seguros Privados Integrales, según censos. Serie 2005-2021*. Disponible [en línea] <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/series-datos>.
- \_\_\_\_\_. (2010), *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Integrado de Salud*. Disponible [en línea] [https://www.paho.org/uru/dmdocuments/MSP\\_libro\\_reforma.pdf](https://www.paho.org/uru/dmdocuments/MSP_libro_reforma.pdf).
- MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala) ((2016), *El Proceso de la Reforma al Sector Salud en Guatemala*. Disponible [en línea] [https://issuu.com/ministeriodesaludpublica/docs/propuesta\\_de\\_reforma\\_de\\_salud](https://issuu.com/ministeriodesaludpublica/docs/propuesta_de_reforma_de_salud).
- MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia) (2021), *Aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones*. Disponible [en línea] [www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx](http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx).
- Naciones Unidas (2022), *World Population Prospects 2022*. Disponible [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.

- \_\_\_\_\_ (2020), "Coronavirus: Las políticas de austeridad en Brasil ponen en riesgo millones de vidas, afirman expertos de la ONU", *Noticias*, 29 de Abril. Disponible [en línea] <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473622>.
- Nigenda, G. y otros (2015), "Evaluating the Implementation of Mexico's Health Reform: The Case of Seguro Popular", *Health Systems y Reform*, vol. 1, N° 3, pp. 217–228.
- North, D. (1994), "Economic performance through time", *American Economic Review*, vol. 84, N° 3, pp. 359–368.
- \_\_\_\_\_ (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge: University Press.
- Noy, S. (2021), "Looking out, working in: How policymakers and experts conceptualize health system models in Argentina, Costa Rica, and Peru", *World Development*, N° 139, pp. 105300.
- \_\_\_\_\_ (2017), *Banking on health. The World Bank and health sector reform in Latin America*. Washington: Palgrave Macmillan.
- Ocampo, J. y otros (2014), "La crisis latinoamericana de la deuda desde la perspectiva histórica", *Libros de la CEPAL*, N° 125 (LC/G.2609-P). Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- Ocké-Reis, C. (2018), "Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde", *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 23, N° 6, pp. 2035-2042.
- OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2021), *OECD Reviews of Health Systems: Brazil*. Paris: OECD Publishing.
- OIT/OPS (Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de la Salud) (1999), "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe", *Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS*. México: OIT/OPS.
- Olesker, D., M. Oreggioni y M. Setaro (2010), "La reforma de la salud: una síntesis final", en *MSP: Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Integrado de Salud*. Montevideo: OPS/MSP. pp. 166-172.
- Oliveira, C. y otros (2020), "Health Policies in Chile (2000-2018): Trajectory and Conditioning Factors", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 36, N° 11, pp. e00002120–e00002120.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022a), *WHO Coronavirus (COVID-19), Dashboard*. Disponible [en línea] <https://covid19.who.int>.
- \_\_\_\_\_ (2022b), *Global Health Expenditure Database*. Disponible [en línea] <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- \_\_\_\_\_ (2022c), *Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020 – December 2021*, Full data set 2022-03-25. Disponible [en línea] <https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021>.
- \_\_\_\_\_ (2020a), *The World health report 2020: health systems: improving performance*, Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_ (2020b), COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS, 27 de abril de 2020, Declaración. Disponible [en línea] <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
- \_\_\_\_\_ (2005), *Preparación y respuesta ante una pandemia de gripe*. 1150 Reunión del Consejo Ejecutivo.
- \_\_\_\_\_ (2002), *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva.
- \_\_\_\_\_ (1978), *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*.
- OPD (Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo) (2019), "Situación del sistema de salud dominicano: desafíos para la integración y la calidad de la atención", *Boletín OPD*, vol. 3, N° 8.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2022), Health in the Americas. Overview of the Region of the Americas in the context of the COVID-19 pandemic. Health overview. Epidemiology. Disponible [en línea] <https://hia.paho.org/en/covid-2022/health> Acceso el 24/11/2022.
- \_\_\_\_\_ (2021a), *Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay*. Disponible [en línea] <https://www.paho.org/es/file/103087/download?token=Y6VCDjXb>.
- \_\_\_\_\_ (2021b), Actualización Epidemiológica. Dengue, chikunguña y Zika en el contexto de COVID-19. 23 de diciembre de 2021. Disponible [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55639>.
- \_\_\_\_\_ (2020a), *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPS/OMS.
- \_\_\_\_\_ (2020b), *Seguridad social en Centroamérica y República Dominicana: situación actual y desafíos*, Washington, D.C.: OPS/CISSCAD.

- \_\_\_\_\_ (2018), *Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal*. San José: OPS.
- \_\_\_\_\_ (2017), *Salud en las Américas 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*, Washington D.C.: OPS/OMS.
- \_\_\_\_\_ (2016, septiembre 26), *La OPS/OMS y los gobiernos de Brasil y de Cuba oficializan en Washington la renovación del Programa Mais Médicos*. Disponible [en línea] [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12525:ops-gobiernos-brasil-cuba-oficializan-renovacion-programa-mais-medicos&Itemid=42099&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12525:ops-gobiernos-brasil-cuba-oficializan-renovacion-programa-mais-medicos&Itemid=42099&lang=es).
- \_\_\_\_\_ (2007), *Perfil de sistemas de salud de República Dominicana*. Washington, D.C: OPS/USAID.
- \_\_\_\_\_ (1997), *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial*, Washington D.C: OPS/OMS.
- \_\_\_\_\_ (1994), "Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América latina y el caribe. Desafíos para la Década de los Noventa", *serie Informes Técnicos*, N° 30.
- Oreggioni, I. (2015), "El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: Cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud", en M. Fernández, E. Levcovitz y D. Olesker (coords): *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay*. Montevideo: OPS/OMS. pp. 87-128.
- Ossandón, J. (2014), "Reassembling and Cutting the Social with Health Insurance", *Journal of Cultural Economy*, vol. 7, N° 3, pp. 291-307.
- OSSU (Observatorio del Sistema de Salud del Uruguay) (2017), *Gasto y Financiamiento del Sector Salud en la última década*. Disponible [en línea] <http://www.observatoriosalud.org.uy/documentos.php?id=22>.
- Paim, J. (2018), "Sistema Único de Saúde (SUS), aos 30 anos", *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 23, N° 6, pp. 1723-1728.
- Paim, J. y otros (2011), "The Brazilian health system: history, advances, and challenges", *The Lancet*, vol. 377, N° 9779, pp. 1778–1797.
- Papanicolas, I. y otros (2022), "A framework for Health System Performance Assessment", en I. Papanicolas y otros (eds), *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. Geneva: WHO. pp. 197-224.
- Pérgola, F. (2010), "Inicios del mutualismo en Argentina", *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, N° 4, pp. 45-46.
- Picado, G. y F. Duran (2009), "República de Bolivia. Diagnóstico del sistema de seguridad social", *serie Documentos de Trabajo OIT*, N° 214.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2016), *Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016 Guatemala*, Ciudad de Guatemala: PNUD.
- Prieto, L. y C. Cid (2010), "Análisis del sector salud de Bolivia", *Nota Técnica TDB-TN-163*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Rathe, M. (2001), *La reforma de salud y la seguridad social*, Santo Domingo: PUCMM – PID/RES/USAID.
- Rathe, M. y A. Moliné (2011), "Sistema de salud de República Dominicana", *Salud Pública de México*, vol. 53, N° 2, pp. 525-5264.
- Reich, M. (2020), "Restructuring Health Reform, Mexican Style", *Health Systems and Reform*, vol. 6, n° 1, pp. 1–11.
- Reichard, S. (1996), "Ideology Drives Health Care Reforms in Chile", *Journal of Public Health Policy*, vol. 17, N° 1, pp. 80–98.
- Restrepo, J., J. Lopera y S. Rodríguez (2007), "La integración vertical en el Sistema de Salud Colombiano", *Revista Economía Institucional*, vol. 9, N° 17, pp. 279-308.
- Roberts, M. y otros (2008), *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press.
- Rodríguez, A. (2005), "La reforma de salud en Costa Rica", *Documento de Proyecto (LC/W.77)*. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3672-la-reforma-salud-costa-rica>.
- Rodríguez, A. y M. Rodríguez (1998), "Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 5, N° 2, pp. 293–310.

- Roemer, M. (1991), "Welfare oriented health systems in transitional countries of Latin America", en M. Roemer, *National Health Systems of the World. Volume One*. New York: Oxford University Press. pp. 316-374.
- \_\_\_\_\_(1986), *Health System Financing by Social Security*, Geneva: World Health Organization.
- Román, O. y F. Muñoz (2008), "Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos", *Revista Médica de Chile*, vol. 136, pp. 1599-1603.
- Rothgang, H. y otros (2005), "The changing role of the state in healthcare systems", *European Review*, vol. 13, Nº 1, pp. 187-212.
- Rubinstein, A. y otros (2018), "Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform", *Health Systems y Reform*, vol. 4, Nº 3, pp. 203-213.
- Rubinstein, A. (2021), "Hacia una agenda de reformas pendientes en el sistema de salud argentino", Buenos Aires: Fundación Centro de Estudios para el Cambio Estructural. Disponible [en línea] <http://fcece.org.ar/hacia-una-agenda-de-reformas-pendientes-en-el-sistema-de-salud-argentino/>.
- Santana, I. (1997), *Las Iguales medicas frente a Seguro Social. Estudio de la organización industrial de los servicios de salud en la República Dominicana*. Santo Domingo: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Sbábaro, M. (2015), "Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay. Su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud", *Revista Uruguaya de Enfermería*, vol. 10, Nº 1, pp. 56-73.
- SENASA (Seguro Nacional de Salud) (2021), *Boletín Estadístico 2020*. Disponible [en línea] <https://www.arssenasa.gob.do/index.php/quienes-somos/estadisticas>.
- Sgombich, X. y P. Frenz (2008), *Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas de Salud*. Ministerio de Salud. Disponible [en línea] [http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/if\\_estudio\\_preferencias\\_sociales\\_ges\\_2009.pdf](http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/if_estudio_preferencias_sociales_ges_2009.pdf).
- SISALRIL (Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de República Dominicana) (2021), *Estadísticas. Seguro Familiar de Salud. Gasto en Salud en el Seguro Familiar de Salud*. Disponible [en línea] <https://www.sisalril.gob.do/index.php/informaciones/estadisticas>.
- Soberón, G. (2001), "La reforma de la salud en México", *Gaceta Médica de México*, vol. 137, Nº 5, pp. 419-420.
- Sobral de Carvalho, B. y L. Silva (dir), (2020), *Cenário dos Hospitais no Brasil 2020. Confederação Nacional de Saúde y Federação Brasileira de Hospitais*. Disponible [en línea] [https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios\\_2020.pdf](https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf).
- \_\_\_\_\_(2018), *Cenário dos Hospitais no Brasil 2018. Confederação Nacional de Saúde y Federação Brasileira de Hospitais*. Disponible [en línea] [http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/1-Relatorio-FBH-CNS\\_web.pdf](http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/1-Relatorio-FBH-CNS_web.pdf).
- Sobral, B. y B. Schubert (2013), "El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria", *Monitor Estratégico*, Nº 3, pp. 22-27. Superintendencia Nacional de Salud.
- Sojo, A. (2001), "Reformas de gestión en salud en América Latina", *Revista de la CEPAL*, Nº 74 (LC/G.2135-P). Santiago de Chile.
- Soto, L. y otros (2021), "Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile", *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 32, Nº 4, pp. 373-378.
- SUPER (Superintendencia de Salud) (2010), *Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud. Conocimiento y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, GES-AUGE y otros aspectos de la Reforma*. Enero. Disponible [en línea] [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-5806\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-5806_recurso_1.pdf).
- Tafani, R. (1997), "Reforma al Sector Salud en Argentina", *serie Financiamiento del Desarrollo* Nº 53 (LC/L.1035). Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Titelman, D. (1999), "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile", *Revista de la CEPAL*, Nº 69, pp. 181-194.
- Tobar, F. (2012), "Breve historia del sistema argentino de salud". En: Garay, O. (coord.), *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: Editorial La Ley.
- Uribe, M. y R. Abrantes (2013), "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?", *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 21, Nº 42, pp. 135-162.
- Urriola, C. y otros (2016), "La reforma de salud chilena a diez años de su implementación", *Salud Pública de México*, vol. 58, pp. 514-521.

- Urriola, R. y otros (2009), *Historia de la protección social de la salud en Chile*, Santiago de Chile: Ediciones LOM.
- Valdivieso, V. y J. Montero (2010), "El plan AUGE: 2005 al 2009", *Revista Médica de Chile*, vol. 138, N° 8, pp. 1040-1046.
- Vargas, I., M. Vásquez y A. Mogollón (2010), "Acceso a la atención en salud en Colombia", *Revista Salud Pública*, vol. 12, N° 5, pp. 701-712.
- Vargas, V. y otros (2005), *Una metodología para ajustar y compensar las diferencias de riesgo entre el sistema público y privado de salud en Chile*, *Ensayos de la Universidad Alberto Hurtado*, N° 24.
- Vásquez, A. (2014), "El Código de Seguridad Social y sus reformas", *Revista Jurídica Derecho*, vol. 1, N° 1, pp. 75-84.
- Veronelli, J. y M. Veronelli (2004), *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo 1 y Tomo 2*, Buenos Aires: OPS/OMS.
- Victoria, C. y D. Peters (2009), "Seguro Popular in Mexico: ¿is premature evaluation healthy?", *The Lancet*, vol. 373, N° 9673, pp. 1404-1405.



La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha traído a la memoria los argumentos que motivaron los primeros esfuerzos dirigidos a crear sistemas nacionales de salud. La necesidad de mancomunar recursos, coordinar la acción de las instituciones y facilitar el acceso a servicios sigue siendo vital. El presente trabajo ofrece una caracterización y análisis de las reformas de los sistemas de salud de América Latina desde el siglo XX en adelante, con particular énfasis en aquellas realizadas desde 1990, para extraer lecciones y desafíos a fin de avanzar hacia una recuperación transformadora, con igualdad y sostenibilidad. Se plantea una estrategia a largo plazo que considera la sostenibilidad de las reformas, los principales cambios a los que dichas reformas deberán dar respuesta y los arreglos organizacionales de cada una. Solo una estrategia diseñada a largo plazo, orientada con una lógica universal de la protección social y que cuente con garantías de sostenibilidad social y económica, podrá llevar a los países a lograr la salud universal que demandan las sociedades latinoamericanas del siglo XXI.

