



Organización
Internacional
del Trabajo



COVID-19
RESPUESTA

► Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina



► OIT Países Andinos

► **Respuestas de corto
plazo a la COVID-19 y
desafíos persistentes en
los sistemas de salud de
América Latina**

Pablo Casalí
Ariela Goldschmit
Oscar Cetrángolo

Oficina de la OIT para los Países Andinos
Lima, enero de 2021

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2020

Primera edición 2020

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Respuestas de corto plazo y desafíos más profundos en los sistemas de salud de América Latina
Perú: OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2020. 36 p.

ISBN: 9789220340059 (Print)

ISBN: 9789220340066 (Web PDF)

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT, visite nuestro sitio web: ilo.org/publns.

Impreso en Perú

Advertencia

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma.

En tal sentido, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supone utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

► Índice

Introducción	01
Marco macro fiscal en los países de la región	02
Cobertura de salud universal. Rasgos comunes y diferencias entre los sistemas de protección social para la salud en América Latina	06
Rasgos comunes que distinguen a los sistemas de la región	07
A. Sistemas con cobertura y acceso fragmentados	07
B. Elevado gasto de bolsillo	09
C. Baja prioridad del gasto en salud en los presupuestos públicos	10
D. Baja dotación de recursos humanos y físicos	10
Diferencias e intento de agrupamiento	13
Caracterización de los sistemas de salud de algunos países de América Latina	18
Sistemas sin seguros contributivos	18
Sistemas con seguro único combinando financiamiento contributivo y rentas generales	19
Sistemas con reformas avanzadas para eliminar fragmentación	20
Sistemas con reformas tendientes a reducir las brechas	21
Sistemas que consolidaron la fragmentación	24
Sistemas divergentes	24
Otros sistemas	25
La respuesta al COVID-19 en los sistemas de salud de la región	28
Fortalecimiento del rol de rectoría de los ministerios de Salud	28
Fortalecimiento presupuestario del sector salud	30
Incorporación de incentivos al personal de la salud	31
Gestión centralizada de la infraestructura hospitalaria	31
Apoyo financiero a la seguridad social	32
Incorporación de prácticas de telemedicina y consulta médica en forma remota	32
Atención de la salud y transferencias en especie a grupos vulnerables	32
Planes de financiamiento y adquisición de vacunas por COVID-19	33
Una visión de conjunto	33
Reflexión final	35
Referencias bibliográficas	37

► Introducción¹

De diversas maneras, todos los países de la región de América Latina avanzaron en los últimos años mediante la incorporación de reformas tendientes a consolidar sistemas de protección social de cobertura universal para los diferentes riesgos. En esta línea y bajo la premisa de priorizar las estrategias de extensión de la protección social, la Conferencia Internacional del Trabajo de 2012 adoptó la Recomendación sobre los pisos de protección social (núm. 202), que proporciona orientaciones para garantizar un nivel mínimo de seguridad social a lo largo de todo el ciclo vida, a través de cuatro garantías básicas. En el caso de la salud, la garantía enfatiza la necesidad de asegurar el acceso a bienes y servicios, para cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La región se caracteriza por la presencia de sistemas de salud fuertemente segmentados, con derechos fragmentados para el acceso a las prestaciones de salud requeridas por parte de la población. La fragmentación en los sistemas de salud de la región tiene múltiples orígenes, muchos de los cuales actúan de manera conjunta, lo que potencia los problemas que conlleva la segmentación del sector y agrava los problemas de inequidad. Si ponemos el foco en las causas de la fragmentación, se pueden transitar caminos tendientes a alcanzar niveles y distribución de la cobertura que puedan disminuir las diferencias existentes, integrar los sistemas y mejorar su equidad y eficiencia (Cetrángolo y Goldschmit, 2011).

En este contexto, se propone aquí revisar la situación reciente de los sistemas de salud de los países de América Latina, las últimas reformas impulsadas y el impacto que tuvo la pandemia por COVID-19. Las medidas impulsadas por los países para preparar los sistemas de salud y atender a toda la población han debido considerar las restricciones que plantea un contexto macro fiscal complejo. De manera adicional, las diferentes

estrategias seguidas por los gobiernos de los países de la región en los últimos meses permiten especular sobre los posibles escenarios futuros en materia de oportunidad y espacio para nuevas reformas en los sistemas de salud.

Se espera que este documento pueda servir de orientación para la discusión sobre las respuestas de corto plazo y las demandas de cambios más profundos en los sistemas de salud de América Latina que se requieren como consecuencia del impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19. Sin embargo, ya en su organización previa a la pandemia, los sistemas de salud de la región distaban mucho de cumplir con los objetivos de cobertura y acceso universal eficientes y equitativos; por eso, este documento deberá caracterizar la problemática específica de los sistemas de protección social para la salud en la región, definiendo rasgos comunes y distintivos entre los diferentes países antes de la pandemia. Ello permitirá luego evaluar las medidas tomadas por cada gobierno durante la pandemia y los desafíos futuros para lograr la cobertura y el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad. Además, teniendo en cuenta que las posibilidades de reforma dependerán de los espacios fiscales de los que pueda disponer cada gobierno, el documento comenzará presentando una actualización de la situación macro fiscal de los países de América Latina, con referencias a la crisis global.

¹ Los autores agradecen los aportes y comentarios brindados por Ana Cristina Mena, David Jaramillo, Fabián Vallejo y Florencia Calligaro

► Marco macro fiscal en los países de la región

El avance hacia el acceso y la cobertura de salud universal en la región no puede evaluarse de manera aislada. Resulta evidente que son varias las dimensiones que estarán afectadas por la pandemia global de la COVID-19, cuyo impacto se extiende más allá de los aspectos sanitarios. En este sentido, resulta relevante considerar el entorno macro fiscal en el que se desenvuelven los sistemas de salud de los países de la región.

En la actualidad, el contexto macro fiscal que caracteriza a los países de la región se encuentra dominado por la crisis económica provocada por la pandemia de la COVID-19, con efectos importantes sobre los mercados de trabajo. Se espera que la economía mundial sufra en 2020 su mayor caída desde la Segunda Guerra Mundial, con una reducción del PIB *per cápita* en, al menos, el 90% de los países (FMI, 2020).

La ausencia de tratamientos efectivos contra la enfermedad generó una gran incertidumbre económica, que alcanza las estimaciones sobre la duración y profundidad de la recesión actual, así como el efecto que tendrá sobre los distintos países (Banco Mundial, 2020). Las estimaciones de crecimiento mundial fueron revisadas hacia la baja en los últimos meses. Según las proyecciones revisadas de CEPAL (2020b) y del Banco Mundial (2020), el PIB mundial sufrirá una contracción del 5,2% en 2020, mientras que el FMI (2020) prevé una caída del 4,4% para el mismo periodo (**Gráfico 1**)^{2,3}.

Las economías de América Latina y el Caribe están siendo particularmente afectadas por la crisis derivada de la pandemia por distintas razones entre las que se encuentran, además de las propias restricciones impuestas para evitar la propagación de los contagios, la caída del nivel de actividad

de los países destinatarios de la mayor parte de la producción regional, la caída en el precio de las *commodities*, la salida de capitales por la incertidumbre financiera, la interrupción de los flujos de abastecimiento en las cadenas globales de valor y la caída del turismo (CEPAL 2020a; Banco Mundial 2020).

Como resultado, las estimaciones preliminares de CEPAL (2020b) para los países de América Latina y el Caribe dan cuenta de una caída promedio del 9,1% del PIB en 2020 (**Gráfico 2**), con reducciones del 9,4% en América del Sur, 6,2% en Centroamérica y 5,4% en el Caribe. Las últimas proyecciones del FMI brindan resultados similares: el PIB se contraería un 8,1% en 2020, con caídas del 13,9% en Perú, 11,8% en Argentina, 9% en México, 8,2% en Colombia, 6,0% en Chile y 5,8% en Brasil (FMI, 2020)⁴.

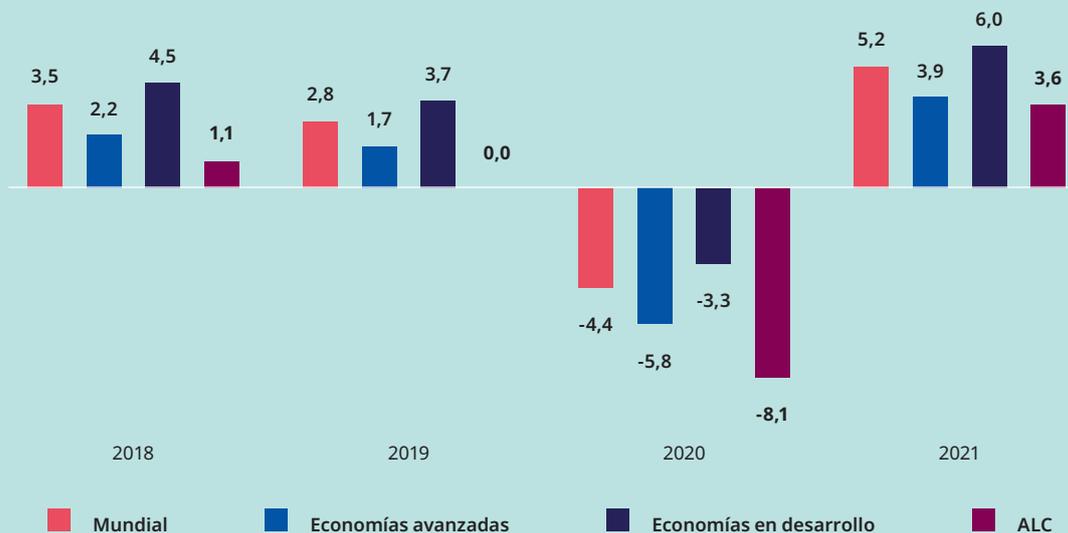
La magnitud sin precedentes de la crisis económica deviene de un shock de oferta que afecta a la economía mundial por el cierre de las fronteras y la suspensión de las actividades productivas, seguido de un shock de demanda causado por la reducción de los ingresos de los consumidores, el cambio en el patrón de consumo global y la incertidumbre económica. La combinación de estos factores sobre la oferta y la demanda agregada tuvo un impacto heterogéneo sobre la actividad y el empleo en los distintos sectores económicos. Según OIT (2020b), los sectores más gravemente afectados son los servicios de alojamiento y comida, comercio al por mayor y por menor e industria manufacturera. En estos sectores se concentra cerca del 60% del total del empleo de la región y algunos de ellos son intensivos en mano de obra de baja calificación. En el otro extremo, menos del 20% de

2 La proyección de inflación para 2020 es del 0,81% interanual para las economías desarrolladas y del 5,0% para las economías en desarrollo, que muestran una leve desaceleración en el incremento de los precios respecto a 2019 (FMI, 2020). Las presiones inflacionarias generadas por el corte en la provisión de algunos bienes serían más que compensadas por la caída en el nivel de actividad y la disminución del precio de las materias primas.

3 A diciembre 2020, OECD Economic Outlook proyecta una merma en el PIB mundial del 4,2% en 2020, seguida de una recuperación de igual magnitud en 2021.

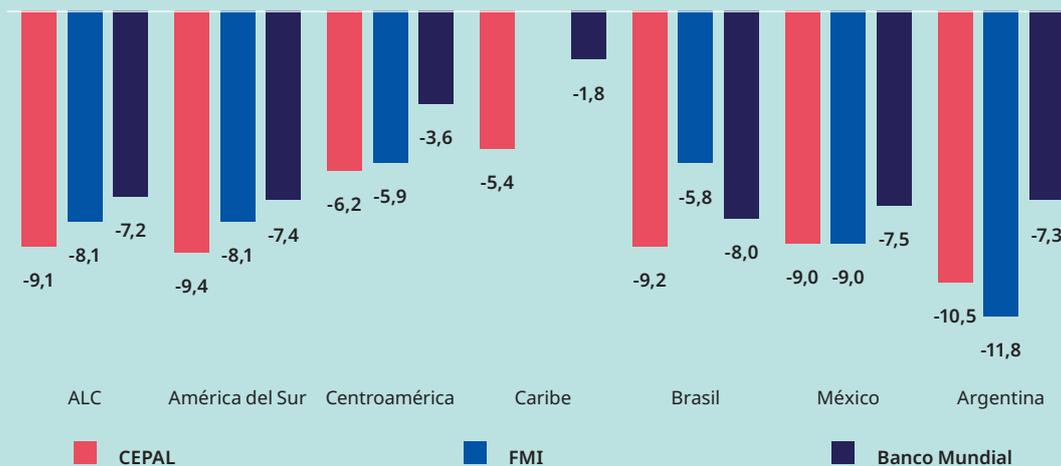
4 A diciembre de 2020, las proyecciones de OECD Economic Outlook arrojan valores un poco más elevados, con caídas del PIB para 2020 del 12,9% en Argentina, 9,2% en México y 6% en Brasil.

► Gráfico 1. Proyecciones de crecimiento mundial



Fuente: FMI (2020).

► Gráfico 2. Proyecciones de crecimiento para 2020 en América Latina y el Caribe



Fuente: CEPAL (2020b), FMI (2020) y Banco Mundial (2020).

los trabajadores están ocupados en actividades de bajo riesgo de reducción de empleo en el contexto de la pandemia, como la administración pública y los servicios de educación y salud (Casalí et al, 2020).

América Latina y el Caribe es la región que registró la mayor reducción de las horas de trabajo en todo el mundo, del orden del 20%, lo que equivale a 55 millones de puestos de trabajo a tiempo completo (OIT, 2020b)⁵. La destrucción de empleo no se refleja por completo en incrementos de la tasa de desocupación porque una parte de los trabajadores perdió su empleo como consecuencia de las medidas de confinamiento y distanciamiento o por la falta de oportunidades laborales. Además, cabe esperar que la reducción del empleo asalariado informal y de los cuentapropistas, que aumentan la tasa de desocupación, se revierta en el futuro próximo, al menos parcialmente (OIT, 2020a).

Las proyecciones del Banco Mundial (2020) y del FMI (2020) para 2020 señalan que la tasa de desocupación se ubicaría entre el 12,3% y el 13% en promedio, respectivamente. OIT (2020b) estima que la tasa de ocupación de los 9 países de América Latina para los cuales se cuenta con información relativa al primer semestre de 2020 (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Paraguay y Uruguay) fue del 51,1%, observándose una caída de 5,4 puntos porcentuales respecto del primer semestre de 2019. La caída resulta aún más pronunciada si se comparan los dos primeros trimestres de 2020, alcanzando los 9,2 p.p. y representando alrededor de 34 millones de empleos perdidos para la primera mitad de 2020. Estos indicadores sirven para marcar la gravedad de la situación promedio de la región, aunque se debe tener en cuenta que los efectos finales son aún difíciles de predecir y que muestran una gran heterogeneidad entre países.

La crisis de la COVID-19 podría dar lugar a un retroceso de los (ya modestos) avances en materia de igualdad de género en el mercado laboral (OIT, 2020). Una gran proporción de mujeres se desempeña en los sectores más golpeados por la crisis (no solo en aquellos ya mencionados sino,

en particular, tanto en el sector sanitario y de asistencia social como en el servicio doméstico). Además, el cierre de instituciones educativas y de cuidado que se dispuso para prevenir los contagios generó una carga del trabajo de cuidados no remunerado que afecta de forma desproporcionada a las mujeres.

Como resultado de la destrucción de empleo, la pobreza alcanzaría al 37,3% de la población en 2020 (cerca de 231 millones de personas) y los mayores incrementos de la tasa de pobreza se producirían en Argentina (11p.p.), Perú (9p.p.), Brasil (8p.p.), México (8p.p.) y Ecuador (7p.p.). La pobreza extrema alcanzaría al 15,5% de la población total y afectaría, sobre todo, a México (6p.p.), Ecuador (5p.p.), Nicaragua (5p.p.), Brasil (4p.p.) y Colombia (4p.p.) (CEPAL, 2020b).

Por último, es esperable que los efectos de la pandemia contribuyan a profundizar la desigualdad en la región. Antes de esta crisis, el 77% de la población de América Latina y el Caribe pertenecía a grupos de ingresos bajos o medio bajos, por lo que no disponía de ahorros suficientes para enfrentar una crisis. En este sentido, se proyecta un aumento de la desigualdad en la distribución del ingreso en todos los países de entre un 1,1% y un 7,8%, superior al 6% en Argentina, Ecuador y Perú (Naciones Unidas 2020, CEPAL 2020b).

Los déficits de cobertura están relacionados con las importantes brechas en el financiamiento de la protección social, que aumentaron sensiblemente desde el inicio de la crisis de COVID-19. La OIT (2020c) ha estimado en 272,1 miles de millones de dólares estadounidenses la brecha anual de financiamiento⁶ para alcanzar en América Latina y el Caribe la meta 1.3 –sobre protección social– de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en 66,1 miles de millones de dólares para cumplir la meta 3.8 –sobre la cobertura universal en salud.

La capacidad de los gobiernos de los distintos países para implementar políticas para enfrentar la crisis está condicionada por la capacidad de sus sistemas de protección social, en especial de los

⁵ Esta reducción de las horas de trabajo se explica por la destrucción de empleos y las suspensiones temporarias (que reducen a 0 las horas trabajadas) y la reducción de las jornadas laborales.

⁶ Las estimaciones se basan en el cálculo de los costos y de las brechas de financiamiento, para establecer prestaciones universales para los niños, de maternidad, por discapacidad, de vejez y de atención en salud, que conjuntamente constituirían un piso nacional de protección social en los términos de la Recomendación núm. 202 de la OIT (OIT, 2020c). En lo que refiere a la atención esencial en salud, el cálculo se basó en las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Stenberg et al., 2017, citado en OIT - 2020c).

sistemas de salud, la estructura de las economías y el acceso al financiamiento. En este sentido, la política monetaria expansiva implementada en los países más desarrollados mejoró las condiciones de financiamiento externo para los países de América Latina y el Caribe, permitiendo incluso a algunos países emitir deuda en el extranjero.

Desde una perspectiva fiscal, los países enfrentan caídas de la recaudación tributaria (incluidas las cargas sobre los salarios para la seguridad social), debido a la contracción de la actividad económica y a la caída del precio de los productos básicos como consecuencia de la pandemia, lo que se suma a crecientes necesidades de gasto para hacer frente a la emergencia. El FMI (2020) proyecta un incremento del déficit fiscal en América Latina y el Caribe de 6,8 p.p. hasta alcanzar un 10,8% del PIB en 2020, acompañado de un incremento de casi 9 p.p. de la deuda hasta representar un 79,0% del PIB de la región.

Si se tiene en cuenta la magnitud de los recursos comprometidos para hacer frente a la crisis, el impacto de la caída en el nivel de actividad sobre la recaudación tributaria, el incremento en la evasión y mora en el pago de cotizaciones sociales e impuestos y la caída en el precio de las *commodities*, las posibilidades de cada país para encarar programas públicos para hacer frente a la pandemia y sus consecuencias depende, en gran medida, de las posibilidades de endeudamiento y financiamiento monetario.

El profundo cambio en el contexto macroeconómico, el espacio fiscal, así como la percepción y expectativas que las sociedades tienen sobre la protección social obligan a un replanteo de los objetivos y, por supuesto, de las recomendaciones de política. Teniendo en cuenta que la pandemia dista de estar controlada, que existe una gran incertidumbre sobre la duración y profundidad de la recesión actual y que las medidas de los gobiernos están en permanente mutación, los objetivos de la política a ser discutidos deben ser entendidos como un blanco móvil, y los comentarios que aquí son introducidos deben ser considerados como planteos exploratorios, que buscan ayudar al debate más que constituir un listado de rígidas recomendaciones. Más aún, la situación no es homogénea entre los diferentes países, por lo que, además, las recomendaciones deberán ser adaptadas a cada coyuntura específica.

Si se reconoce esa heterogeneidad, hay dos rasgos que caracterizan la actual situación de manera bastante generalizada. Por un lado, la confirmación de la debilidad del financiamiento contributivo para brindar cobertura universal de la protección social y el incremento de la conciencia general acerca de esa debilidad. Pero ese mayor convencimiento sobre la necesidad de programas públicos de protección social no contributivos, financiados por recursos de rentas generales, se enfrenta con el segundo rasgo: durante un periodo cuya extensión, nuevamente, será diferente en cada país, pero seguramente importante, el espacio fiscal para esos programas públicos será escaso.

En consecuencia, los países deberán tener un manejo muy cuidadoso de la política fiscal y su financiamiento, para permitir la expansión y consolidación de los componentes no contributivos de la protección social que conduzcan a la cobertura universal de los diferentes riesgos, al tiempo de no incurrir en nuevos desequilibrios que pongan en duda el crecimiento económico y la propia sustentabilidad de las políticas.

► Cobertura de salud universal. Rasgos comunes y diferencias entre los sistemas de protección social para la salud en América Latina

En los últimos años, la preocupación por encarar y profundizar las políticas para alcanzar una protección de salud universal y equitativa para toda la población fue creciente, como lo muestran, entre otros, los documentos institucionales de la Organización Mundial de la Salud (2005 y 2010), la Organización Panamericana de la Salud (2014) y la OIT (2017).

La salud universal significa que toda la población tenga acceso a prestaciones de salud apropiadas de promoción, prevención, cura y rehabilitación, cuando las necesite y a un costo asequible. Desde esta perspectiva, el avance hacia el acceso universal a la salud requiere esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad y las barreras al acceso, y, al mismo tiempo, para alcanzar el uso oportuno de servicios de salud integrales (OPS, 2014). En ese camino, adquiere suma relevancia el ejercicio de la rectoría por parte de las autoridades de salud en la conducción sectorial para formular, organizar y dirigir la política nacional de salud, con el fin de mejorar la eficacia, eficiencia y equidad del sistema mediante el fortalecimiento o transformación de las estructuras de gobernanza (Báscolo, Cetrángolo y Goldschmit, 2020).

En este sentido, se desarrollaron importantes propuestas de reforma y, en algunos casos, se lograron cambios significativos en los sistemas de salud de América Latina. Esta sección se propone revisar la configuración prepandemia de los sistemas de salud en un grupo de países de la región y el estado de situación de las reformas encaradas en los últimos años. Ello permitirá, luego, evaluar los cambios producidos durante la pandemia y analizar los desafíos futuros.

Sin lugar a dudas, la configuración de los sistemas de salud resulta de crucial relevancia

para enfrentar coyunturas como las que se están viviendo en estos días. La posibilidad de acceder de manera equitativa a los servicios de salud por parte de toda la población representa una fortaleza ineludible en un contexto de pandemia. La existencia de un sistema de salud coordinado posibilita atender situaciones extremas (como esta) con mayor celeridad y coherencia. La presencia de autoridades nacionales con poder de rectoría sectorial resulta indispensable para articular políticas y acciones entre diferentes niveles de gobierno y subsectores.

Además, la universalidad y la equidad exigen solidaridad en la financiación y una distribución justa de la carga que implica la protección de la salud, al menos en lo que se refiere a la utilización de los recursos fiscales o, de manera más general, a los determinados por la legislación. Esto supone compartir los riesgos sobre la base de mecanismos de financiación equitativos. Es importante, además, que los recursos generados o aportados sean suficientes para garantizar servicios de calidad para todos aquellos que los necesitan.

Para 2016 (último dato disponible), el gasto promedio de América Latina en atención de la salud es similar a la media mundial, medido como porcentaje del producto, en torno al 7,8%. No obstante, ese nivel es bastante inferior a los países desarrollados. Estas diferencias se hacen más marcadas cuando se las mide como gasto por habitante en dólares. Parte de esa brecha corresponde a las diferencias en los salarios en dólares entre países y otra, con mayor impacto, se debe al gasto en tecnología y medicamentos⁷. Como suele suceder con los promedios, estos ocultan una gran diversidad de situaciones particulares. En algunos países de la región, el gasto en relación con el PIB en 2016 alcanza niveles

⁷ No es posible conocer el peso de cada componente de esa brecha ya que depende, en cada país, de la función de producción de los bienes y servicios de la atención de la salud y, de manera significativa, de los precios relativos en cada momento y país.

muy elevados (Argentina, Brasil, Uruguay, Chile y Paraguay⁸), en tanto que existen otros con niveles muy bajos, como es el caso de Perú y Guatemala.

Sin desconocer esa heterogeneidad de situaciones, como introducción a las características específicas de los sistemas de cada país, las reformas recientes y su financiamiento, en esta sección se presentan, en primer lugar, una serie de rasgos que caracterizan a los esquemas de protección social de la salud en la región de América Latina en su conjunto, con énfasis en los elementos diferenciadores entre países. En segundo término, se presentan los rasgos que caracterizan a cada país, para arribar a un agrupamiento acorde con las diferencias más notorias.

Rasgos comunes que distinguen a los sistemas de salud de la región

La segmentación que presentan casi todos los sistemas de salud de la región se traduce en una serie de rasgos distintivos que, tomando como base la fragmentación de derechos a la cobertura y acceso, se traducen en un elevado gasto de bolsillo y una insuficiente prioridad del sector en los presupuestos públicos, con las consiguientes deficiencias en la dotación de recursos humanos e infraestructura. Este último rasgo fue objeto de particular atención en el combate a la pandemia por COVID-19. A continuación, se ofrece una presentación de esos rasgos comunes.

A. Sistemas con cobertura y acceso fragmentados

La región se caracteriza por la presencia de sistemas de salud fuertemente segmentados, con derechos fragmentados para el acceso a las prestaciones de salud requeridas por parte de la población. Esta fragmentación resulta de difícil justificación cuando se trata de una provisión financiada por recursos fiscales o definidos por la legislación. La fragmentación de los sistemas de salud de la región tiene múltiples orígenes, muchos de los cuales actúan de manera conjunta, potenciando los problemas que conlleva la segmentación del sector, la cual resulta en

niveles de cobertura reducidos, que agravan los problemas de equidad (Cetrángolo y Goldschmit, 2011).

En estos países, la provisión de servicios de atención a la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión. Por lo general los sistemas se estructuran en torno a estos tres subsistemas de salud, no siempre articulados y con escasa coordinación entre ellos. La combinación de estos subsistemas varía de un país a otro, pero están presentes en casi todos ellos (BM-OCDE, 2020).

- I. Existe una provisión pública financiada con impuestos generales y centrada en la población que no cuenta con ningún tipo de cobertura de seguros, a la que acceden, especialmente, los sectores de menores recursos de la población.
- II. La seguridad social brinda protección contributiva a la población que se desempeña en el sector formal y —según el caso— sus grupos familiares, y se financia con contribuciones sobre la nómina salarial.
- III. De manera adicional, existe provisión privada, a través de pagos directos o seguros voluntarios a los que acceden, principalmente, los sectores de mayores ingresos de la población, los cuales son financiados mediante el pago de primas conforme la cobertura asegurada.

La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores dan origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud, que suponen distintas dinámicas en términos de cobertura, equidad y eficiencia del sector. Además, esta fragmentación institucional conduce muchas veces a la duplicación de funciones de financiamiento y provisión, lo que atenta contra la eficiencia y equidad de los sistemas.

Debe destacarse que, en el transcurso de los últimos 10 años, algunos países de la región incorporaron a la seguridad social pilares no contributivos o semicontributivos, con el fin de asegurar la cobertura de salud a la población que se desempeña en el sector informal y no cuenta con aportes a la seguridad social. Tal es el caso de

8 Aunque en este caso se corresponde con un nivel de Gasto en Salud per cápita medido en dólares ajustados por paridad de poder adquisitivo reducido, de USD 768 para 2016, por debajo del promedio de la región (USD 1.028).

Argentina, Bolivia, Perú, Uruguay, entre otros que se desarrollan en esta nota.

Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social en los países de la región ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de, como ya se mencionó, promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre estratos sociales, con acceso a diferentes canastas de servicios.

A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa un promedio del 41% del gasto corriente en salud en 2016, constituye un factor que menoscaba el acceso equitativo a la salud. Debe considerarse que, además de la provisión directa o a través de seguros que realiza el sector privado, este también es proveedor de insumos y servicios a los sectores públicos y de la seguridad social.

Por definición, los esquemas más solidarios son aquellos en los cuales la totalidad de la población se halla incorporada a un sistema público único financiado con tributación general y cuya cobertura es independiente de la capacidad de pago de las personas, lo que a su vez debería verse reflejado en menores niveles de gasto de bolsillo, dependiendo de la suficiencia de la oferta pública. En América Latina, ello se cumple en Brasil, luego de la eliminación del segmento con financiamiento contributivo. Sin embargo, en este país el acceso a servicios sigue siendo sumamente desigual, como lo muestra el hecho de que el gasto privado participa con una gran proporción del gasto total⁹.

El resto de la región, al conservar de manera parcial el financiamiento mediante cargas sobre la

nómina salarial, mantiene sistemas segmentados. En algunos casos, se trata de integrar los sistemas contributivos financiados a través de esas cargas con los esquemas públicos con financiamiento tributario, planteando senderos de convergencia en la cobertura de salud para toda la población; en otros, en cambio, se mantiene una significativa fragmentación de derechos entre ambas formas de financiamiento¹⁰.

Entre los países que introdujeron reformas para reducir la fragmentación a través de la homogeneización de las coberturas de los sistemas públicos, manteniendo los recursos provenientes de las contribuciones sobre los salarios, se identifican diferentes caminos. En primer lugar, el caso pionero de Costa Rica, que consiste en un seguro universal donde el nivel de cobertura asegurado es único para todos y se financia tanto con contribuciones como con presupuesto público e incorpora ajuste por riesgo en la distribución de los recursos. En segundo lugar, se cuentan las reformas tendientes a desarrollar seguros convergentes con salud pública en Colombia y Uruguay. En ambos casos, la cobertura es diferenciada, pero las reformas plantean caminos hacia la convergencia. Los recursos no contributivos se asignan a la cobertura de los sectores informales de menores ingresos, con la intención de equiparar la cobertura con la seguridad social. Se trata de procesos incompletos, que plantean que en el mediano plazo la cobertura debiera ser única e igual para toda la población. En estos casos, también se incorpora la existencia de ajuste por riesgo¹¹ en función del sexo y la edad de la población asegurada y se trata de ejemplos que intentaron ser replicados por otros países.

Diferente es el caso de Chile, como ejemplo de reforma tendiente a un seguro no convergente con la provisión pública. Se plantean diferentes tipos de cobertura según nivel de ingresos. En

9 Según datos de la OMS para 2016, sobre un total del 9% del PIB, el gasto privado en salud es equivalente al 5% del PIB mientras que el público se ubica en un 4% del PIB.

10 Aquí debe destacarse que la fragmentación de los sistemas de salud, al incrementar los servicios de intermediación, en muchos casos, suelen dar lugar a un aumento del gasto del sector que no tiene, necesariamente, correlato con un mayor producto, es decir, que no se ve reflejado en mayores prestaciones de atención, sino que corresponde a una duplicación de costos y servicios.

11 Las *capitas* ajustadas por riesgo constituyen un mecanismo de pago que utilizan los aseguradores con los prestadores de servicios de salud, en el cual se diferencian las *capitas* según los riesgos de los diversos grupos asegurados, a partir de una serie de variables para estimar el gasto esperado en salud de cada grupo poblacional. Entre las más utilizadas, se pueden mencionar la edad y sexo. Este tipo de mecanismos de financiamiento busca, por un lado, promover conductas eficientes al aproximar el pago a los gastos realmente justificados y, por otro, mejorar el acceso de los usuarios de mayor riesgo a los servicios que les sean necesarios, para evitar la selección de pacientes que puede producirse ante sistemas de *capitas* simples (sin ajuste). Ese fenómeno es conocido en la literatura como “selección adversa” (Buglioli Bonilla y Rubio, 2000).

resumen, se diferencia la población asegurada por seguros privados (ISAPRES) y el público (FONASA), por lo que se considera un sistema dual, que en la actualidad tiene reformas en curso¹².

Por último, deben considerarse los casos donde no se registraron iniciativas significativas para reducir la fragmentación de derechos en relación con las políticas públicas de salud. El caso argentino es un ejemplo de este grupo, con el agravante de haberse registrado políticas de reforma que incrementaron la fragmentación por niveles de ingreso de las familias¹³.

De manera adicional a este cuadro general, se agrega la fragmentación territorial que deriva de la descentralización en la provisión pública de los servicios de salud en muchos de los países de la región. Cuando ha ocurrido, ha multiplicado los niveles de cobertura pública hacia el interior de un mismo país. De este modo, la existencia de sistemas de salud en el nivel subnacional con coberturas dispares según las condiciones socioeconómicas de cada lugar agrega un factor adicional de inequidad, donde los habitantes de un mismo país cuentan con niveles diferentes de cobertura del sector público en función de su localización geográfica. En muchos de los países donde existen fuertes disparidades de desarrollo dentro de su territorio (en general los más extensos), el financiamiento disponible para cada gobierno subnacional es muy diferente y dependerá de los esquemas de transferencias de recursos fiscales entre niveles de gobierno (Cetrángolo y Goldschmit, 2013).

B. Elevado gasto de bolsillo

El nivel de gasto de bolsillo es un claro indicador de los problemas de equidad y eficiencia de los sistemas de protección social para la salud. Cuanto mayor sea, menor es la cobertura de los sistemas públicos o de seguro social que logra la población

de cada país. La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o a medicamentos es ampliamente reconocida como una fuente importante de inequidad y es común definir el grado de inequidad en materia de salud de los países según la participación del gasto de bolsillo en el gasto total (OPS, 2002; OMS, 2010).

A diferencia de la mayor parte de los países desarrollados, en América Latina la participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud es muy elevada, con impacto negativo sobre la equidad. En promedio, según datos de OMS para 2015-2016, el 31% del gasto total en salud de los países de América Latina corresponde a gastos de bolsillo¹⁴, con guarismos por encima del 40% en Ecuador, Honduras, Guatemala y México. Con este criterio, los sistemas de salud de la región aparecen como altamente inequitativos (**Gráfico 3**).

La marcada inequidad inherente al elevado gasto de bolsillo también se refleja con claridad en la proporción del gasto familiar dedicado al consumo de bienes y servicios de salud, que tiende a ser más considerable en las familias de menores ingresos. Este tipo de gasto también tiene un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares, sobre todo en términos de los gastos extraordinariamente elevados o “catastróficos” que deben realizarse ante ciertas situaciones adversas (Knaul y otros, 2003 y CEPAL, 2006).

Además de mejorar la eficiencia del sistema, es claro que la posibilidad de aumentar la presencia estatal y reducir el gasto privado depende de la capacidad de los gobiernos para aumentar su participación elevando la carga tributaria. Sin embargo, son bien conocidas las dificultades que históricamente presenta la región para recaudar impuestos; además, el contexto macro fiscal señalado en el capítulo anterior impone fuertes restricciones a la expansión del sector, estrechando el espacio fiscal disponible.

12 La reforma que se encuentra en discusión plantea modificar las normas que regulan al Fondo Nacional de Salud (FONASA), a fin de reformar su estructura, para transformarlo en el seguro nacional de salud, con el propósito de entregar a todos los beneficiarios de FONASA una atención de calidad, oportuna y económicamente accesible. Ello deviene, sobre todo, de deficiencias en el funcionamiento del AUGÉ que repercutían en inequidades en el acceso y oportunidad de las prestaciones, así como un elevado gasto de bolsillo en salud.

13 En 1993, se permitió la libre elección de Obra Social, lo que originó un descreme de los afiliados de mayores ingresos hacia las Obras Sociales de mayores recursos y cobertura, reduciendo el escaso nivel de solidaridad que existía hasta ese momento. Ello se vió agravado por la incorporación de convenios entre Obras Sociales y entidades de medicina prepaga que posibilitó el desvío de fondos de la seguridad social hacia la cobertura en el sector privado.

14 Para 2016, el promedio de gasto de bolsillo para los países de la OECD se ubica en un 20% del gasto corriente en salud (OECD Stat).

C. Baja prioridad del gasto en salud en los presupuestos públicos

La prioridad presupuestaria que los gobiernos asignan a la salud refleja el grado en el que los gobiernos están obligados a cuidar de la salud de su pueblo. Esta es la razón por la que es tan importante que la salud se constituya como un tema relevante en la agenda pública (OMS, 2010).

Los motivos por los que los países pueden no brindar la prioridad necesaria a la salud en sus presupuestos son de muy diversa índole: fiscales, políticos u otras presiones de gastos sectoriales (como el gasto previsional o educativo), que llevan a postergar los presupuestos sanitarios.

Como se desprende del **Gráfico 4**, para 2017 el gasto en salud de los gobiernos de América Latina ascendió a 3,1% del PIB, absorbiendo un 21,2% del gasto social y ubicándose en tercer lugar en términos de prioridades de gasto.

La necesidad de establecer prioridades requiere afianzar al interior de las sociedades la relevancia que detentan las políticas de salud para el bienestar de la población. Solo de esta forma, resulta factible conducir las múltiples demandas sociales hacia un consenso en el marco de las limitaciones de recursos vigentes. De este modo, será posible abordar una política de salud que legitime el cobro de impuestos necesarios para su financiamiento.

D. Baja dotación de recursos humanos y físicos

La dotación de recursos humanos en salud es clave para dar una respuesta oportuna a la demanda de servicios de salud de la población y garantizar el acceso a toda la población, así como para lograr mejoras en los resultados sanitarios. La pandemia ha evidenciado la importancia de invertir en infraestructura y recursos humanos para la salud. El acceso a servicios de salud de alta calidad depende de manera decisiva del tamaño, la combinación de aptitudes, la competencia, la distribución geográfica y la productividad del personal de la salud (BM-OCDE, 2020).

Según datos de BM-OCDE (2020), en promedio los países de América Latina cuentan con 2 médicos

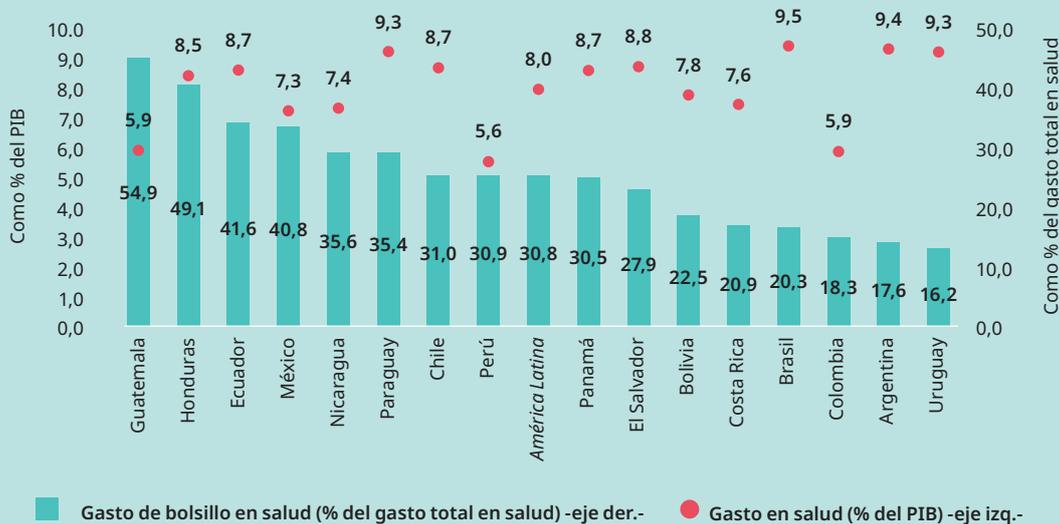
por cada 1000 habitantes, aunque muchos países se encuentran muy por debajo del promedio de la OCDE de 3,5, y solo Argentina y Uruguay están por encima. En particular, Honduras y Guatemala muestran el número más bajo de 0,3 y 0,4 médicos por 1000 habitantes.

El número de camas por cada 1000 habitantes es otro indicador que permite identificar cuan preparados están los sistemas de salud de la región para abordar la demanda de servicios hospitalarios. En promedio, los países de América Latina registran 1,7 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes, casi un tercio del promedio OCDE (4,7). Solo Argentina se destaca por encontrarse por encima de ese promedio, con un total de 5 camas por cada 1000 habitantes, mientras que el indicador se ubica por debajo de 1 cama por cada 1000 habitantes en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Al considerar el carácter fragmentado de los sistemas de la región, cabe destacar que no todas estas camas pueden estar fácilmente disponibles para pacientes cubiertos por el subsistema público y que no todas las camas disponibles se distribuyen de igual manera en todo el territorio nacional. En general, existe una fuerte concentración de camas en las grandes ciudades y un mayor peso del subsector público en el interior.

Por último, las camas de unidades críticas o de terapia intensiva (camas UCI) disponibles representan un dato de gran relevancia, sobre todo en el marco de la pandemia. No solo para poder atender los casos que suelen requerir ese tipo de cuidados sino, sobre todo, para reducir las causas de mortalidad evitables. La región se encuentra lejos de presentar una situación privilegiada en cuanto a disponibilidad de estos recursos físicos. Según datos de BM-OCDE (2020), el promedio de camas UCI en 12 países de la región es de 9,3 por cada 100 000 habitantes, por debajo del promedio de la OCDE (12). Brasil, Uruguay y Argentina están por encima del promedio regional, mientras que las tasas más bajas se observan en El Salvador, Costa Rica y Perú¹⁵ (**Gráfico 6**).

¹⁵ Es probable que los datos presentados se hayan modificado en el marco de la pandemia por COVID-19, debido a las distintas medidas de ampliación de infraestructura implementadas por los países de la región, con foco en el incremento de camas hospitalaria y camas UCI.

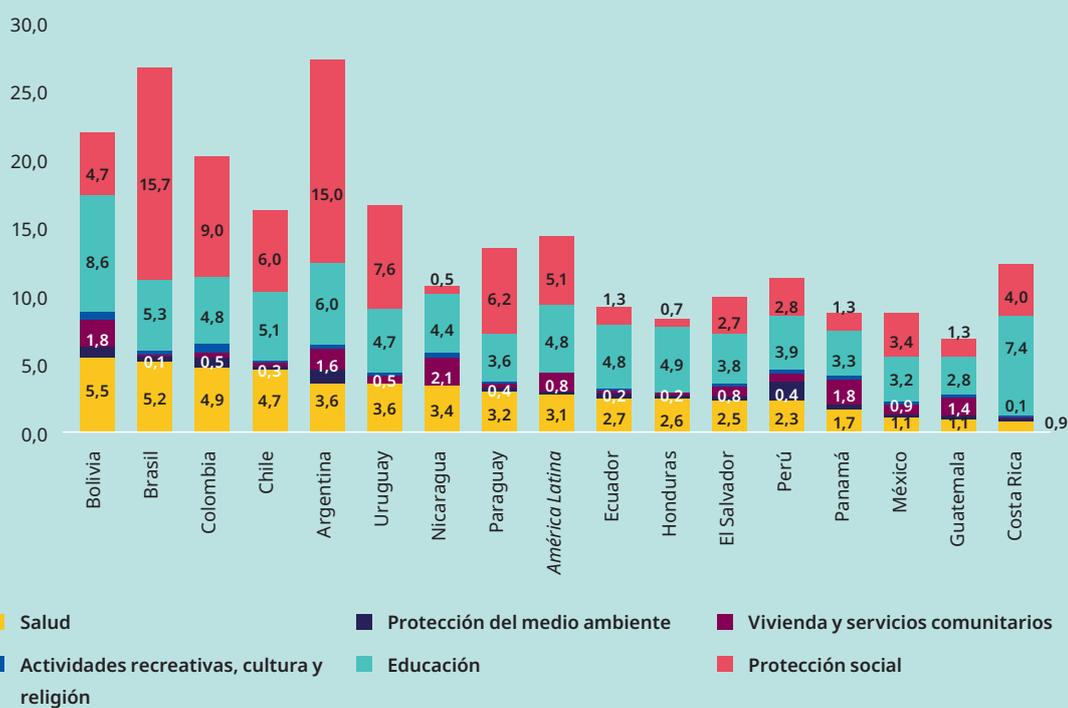
► **Gráfico 3. Gasto en salud en porcentaje del PIB y proporción del gasto de bolsillo como % del gasto total en salud, 2015-2016**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de OPS-OMS.

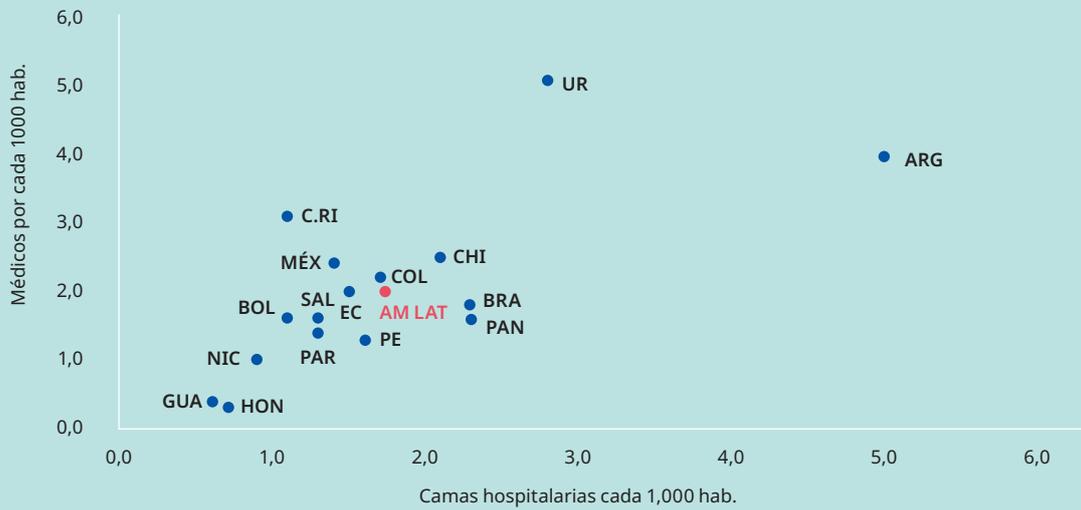
► **Gráfico 4. Gasto social de los gobiernos de América Latina por funciones, 2017**

En % del PIB. Ordenados en forma decreciente según el porcentaje de gasto en salud



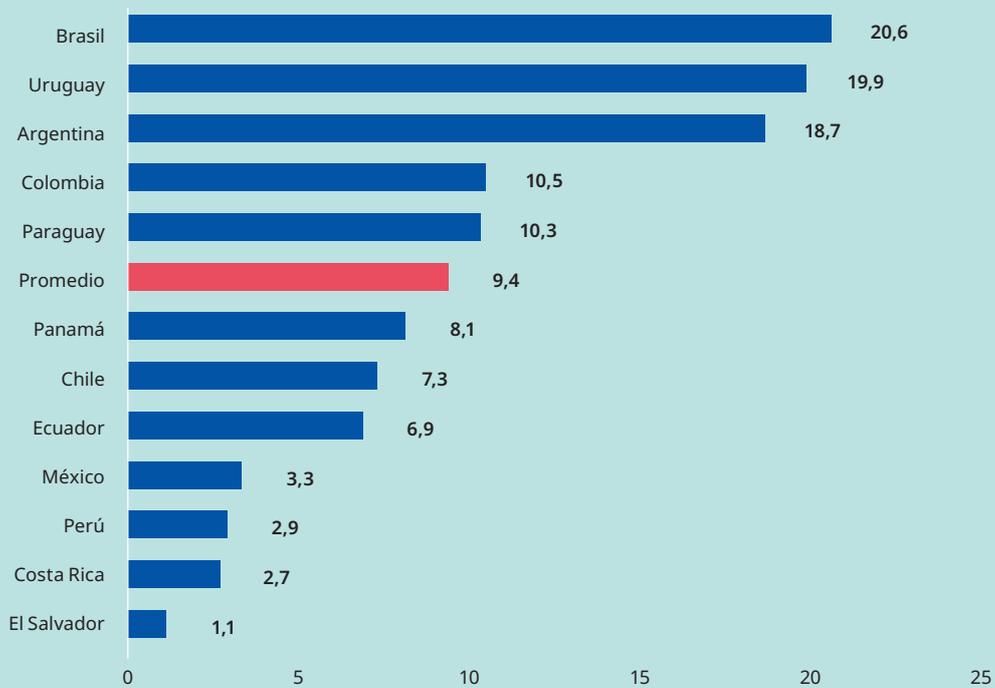
Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPALSTAT.

► **Gráfico 5. Camas hospitalarias y médicos cada 1000 habitantes**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de BM-OCDE (2020).

► **Gráfico 6. Camas UCI cada 100 000 habitantes**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de BM-OCDE (2020).

Diferencias e intento de agrupamiento

Más allá de los importantes rasgos comunes que muestran los países de América Latina y que fueron desarrollados en la sección previa, ya es un lugar común señalar la gran heterogeneidad que se presenta en la región. Esto cobra especial relevancia para el análisis de la protección social en general y, en particular, de la salud.

Los países tienen un desarrollo económico y social muy dispar, y los tamaños de sus territorios y sus poblaciones muestran grandes distancias entre los más extensos, como México y Brasil, y los más pequeños de la subregión de Centroamérica. Además, los indicadores de gasto en salud, recursos y resultados son el reflejo de esas diferencias. El **Cuadro 1** presenta un grupo seleccionado de indicadores que permiten apreciar la magnitud de la diversidad de situaciones.

La variedad de situaciones es tan clara y extrema que la información presentada en el **Cuadro 1** alcanza para ilustrarla y, a su vez, dar información necesaria de cada caso. Si el análisis incorporara los sistemas de salud de la región del Caribe, la diversidad de situaciones sería mucho más marcada. Estos presentan particularidades que impiden su clasificación en la tipología que se ha incorporado en este documento para el resto de América Latina. Una introducción a las características destacadas de esa región se ofrece en el **Recuadro 1**.

El análisis de las políticas sectoriales, los caminos de las reformas y los desafíos futuros de los países de América Latina requieren alguna sistematización que indague los aspectos más claros que marcan las diferencias señaladas. En ese sentido, el Índice de Desarrollo Humano que elabora el PNUD resulta un indicador sintético muy adecuado para captar las diferencias más notorias en el desarrollo de los países.

Con el objeto de identificar grupos de países que, además, mostraran mayor similitud en su desarrollo económico, disponibilidad de recursos para la salud y resultados sanitarios de los sistemas, entre la variedad de indicadores disponibles se seleccionaron cuatro que, se entiende, ayudan a construir una tipología adecuada para el análisis posterior. En lo referido específicamente al sistema de salud, la tasa de mortalidad infantil es el indicador de resultado que, a lo largo del tiempo, muestra ser el más claro y accesible. Además, se toma en cuenta el

PIB por habitante como indicador de desarrollo económico, la proporción de gasto privado en salud (en especial el de bolsillo) como indicador de las deficiencias del sistema de protección social en salud y las camas hospitalarias como indicador de disponibilidad de infraestructura hospitalaria.

Como resultado, es posible diferenciar tres grupos de países. Por un lado, existe una gran cantidad de casos que se encuentran cercanos al promedio regional, algunos pocos países de mayor desarrollo relativo con mejores indicadores y, por último, un grupo más numeroso, con menor desarrollo relativo y peores indicadores. En el **Gráfico 7** se ilustran esas diferencias a partir del promedio para cada grupo de esos indicadores. Estos, que fueron tomados del **Cuadro 1**, se transforman en números índices con base igual a 100 para el promedio regional con el objeto de mostrar más claramente las diferencias.

Los países que se ubican en una situación cercana al promedio regional corresponden al Grupo II, integrado por las dos economías más grandes de la región (Brasil y México), tres países de la región andina (Colombia, Perú y Ecuador) y Paraguay. Existen algunos indicadores que se alejan algo de los promedios, pero no de forma significativa. En ese sentido, merece señalarse el mayor PIB por habitante de México, la mayor cantidad de camas y gasto privado en Brasil, y la mayor tasa de mortalidad infantil de Paraguay (**Gráfico 8**).

Por su parte, los países del Grupo I se caracterizan por tener niveles de producto por habitante superiores al promedio y menores tasas de mortalidad infantil. Integran este grupo de mayor desarrollo relativo los países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay) y los dos países centroamericanos de mayor desarrollo (Costa Rica y Panamá). De ellos, solo Chile tiene una participación de gasto privado en salud cercana al promedio regional y Costa Rica dispone de menos camas hospitalarias por cada 1000 habitantes (**Gráfico 9**).

Por último, el **Gráfico 10** presenta las características del Grupo III, de menor desarrollo relativo. Allí se ubican Bolivia y el resto de los países de Centroamérica (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). En todos los casos, se trata de países con menores PIB per cápita y camas hospitalarias por cada 1000 habitantes que el promedio de la región. A su vez, Bolivia y Guatemala tienen las tasas más elevadas de mortalidad infantil y Honduras y Guatemala muestran una mayor proporción de gasto privado en salud que el promedio.

► Cuadro 1. Indicadores seleccionados de países de América Latina

País	Demográficos			Epidemiológicos		Desarrollo económico			Gasto en salud			Camas hospitalarias			
	Población (miles)	% urbana	% mayor de 65 años	Mortalidad Infantil	Expectativa de vida al nacer	PIB per cápita (USD)	Presión tributaria (% PIB)	Per cápita (USD)	Total (% del PIB)	Privado (% del corriente)	De bolsillo (% del total)	Totales c/1000 hab.	Cuidados intensivos c/100 000 hab.	Médicos cada 1000 habitantes	
Argentina	44 688,9	91,9	11,3	9,7	76,9	20 551	28,8	1 531	9,4	29,8	17,6	5,0	18,7	4,0	
Bolivia	11 215,7	69,4	6,8	34,9	69,8	7 842	25,4	496	7,8	31,1	22,5	1,1		1,6	
Brasil	210 868,0	86,6	8,9	14,8	75,9	16 146	33,1	1 401	9,5	56,8	20,3	2,3	20,6	1,8	
Chile	18 197,2	87,6	11,5	7,4	79,9	25 700	21,1	2 002	8,7	41,5	31,0	2,1	7,3	2,5	
Colombia	49 464,7	80,8	8,0	14,7	74,7	14 936	19,4	830	5,9	35,7	18,3	1,7	10,5	2,2	
Costa Rica	4 953,2	79,2	9,8	9,0	80,2	17 566	24,0	1 249	7,6	24,9	20,9	1,1	2,7	3,1	
Ecuador	16 863,4	63,9	7,3	14,5	76,8	11 760	20,6	943	8,7	48,4	41,6	1,5	6,9	2,0	
México	130 759,1	80,2	7,1	13,4	77,5	20 616	16,1	972	7,3	47,9	40,8	1,4	3,3	2,4	
Paraguay	6 896,9	61,6	6,6	21,0	73,3	13 400	14,0	768	9,3	48,3	35,4	1,3	10,3	1,4	
Perú	32 551,8	77,9	7,3	15,0	75,5	14 242	16,4	681	5,6	35,7	30,9	1,6	2,9	1,3	
Uruguay	3 469,6	95,3	14,8	8,2	77,8	23 158	29,2	1 959	9,3	28,3	16,2	2,8	19,9	5,1	
Honduras	9 417,2	57,1	4,8	18,2	74,0	5 216	22,3	400	8,5	51,0	49,1	0,7		0,3	
El Salvador	6 411,6	71,9	8,5	14,5	74,0	8 041	21,1	600	8,8	33,0	27,9	1,3	1,1	1,6	
Guatemala	17 245,3	51,1	4,8	27,6	73,9	8 443	12,1	462	5,9	62,0	54,9	0,6		0,4	
Nicaragua	6 284,8	58,6	5,7	17,0	75,9	5 530	23,0	406	7,4	40,5	35,6	0,9		1,0	
Panamá	4 162,6	67,7	8,1	16,1	78,4	25 628	14,6	1 750	8,7	34,0	30,5	2,3	8,1	1,6	
Fuente	OMS	OMS	OMS	OMS	OMS	WEO-IMF	OCDE	OMS	OMS	OMS	OMS			OCDE-BM	
Año	2018	2018	2018	2017	2018	2018	2018	2016	2016	2016	2015			2011 - 2017	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de OMS, IMF y BM-OCDE.

► **Recuadro 1. Los sistemas de salud en el Caribe**

La región del Caribe está integrada por países insulares, expuestos a problemáticas de salud específicas que se relacionan con cuestiones climáticas y desastres naturales, y que cuentan con poblaciones pequeñas, lo que dificulta la conformación de seguros y de una escala mínima necesaria para la inversión en infraestructura, recursos humanos y equipamiento de la salud. De manera adicional, estos países exhiben situaciones de elevada informalidad y reducidos niveles de presión tributaria, lo que representa una restricción al financiamiento de la salud, tanto de rentas generales como de aportes y contribuciones.

En lo referente a la organización de los sistemas de salud en la región del Caribe, en general predomina la existencia de sistemas públicos financiados con rentas generales, acompañados por elevados niveles de gastos de bolsillo de los hogares. Si bien los servicios de salud son de acceso universal para toda la población, la calidad y oportunidad de estos se traduce en resultados pobres en los indicadores de salud. Existen algunos casos con seguros de salud (Bermuda, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Antigua y Barbuda, Bahamas y Dominica —piloto) y, en algunos países, se encuentran en proceso de incorporarlos (como es el caso de Santa Lucía, Granada, Jamaica y San Cristóbal y Nieves).

Si se consideran las características especiales de esta región, algunos estudios señalan la necesidad de avanzar en la conformación de enfoques regionales de seguros de salud, que amplíen el *pool* de riesgo contemplado y reduzcan sus costos de administración (KPMG, 2020). Asimismo, se destacan las ventajas de avanzar en la compra estratégica de insumos y medicamentos.

El **Cuadro 2** resume un grupo de indicadores que dan cuenta de las características mencionadas de los sistemas de salud del Caribe relacionados con los recursos financieros, humanos e infraestructura disponible, así como de los resultados sanitarios y el volumen de población.

El sendero de reforma que cada país defina a los fines de alcanzar la cobertura universal dependerá de sus características particulares, de encontrar una solución adecuada para su población, sus problemas de salud, historia, cultura y contexto en particular. Sin embargo, los desafíos enfrentados en la región muestran que hay más similitudes que diferencias y que existe espacio para encontrar soluciones a partir de una mayor colaboración y coordinación entre las islas vecinas (KPMG (2020) y Lalta (2018).

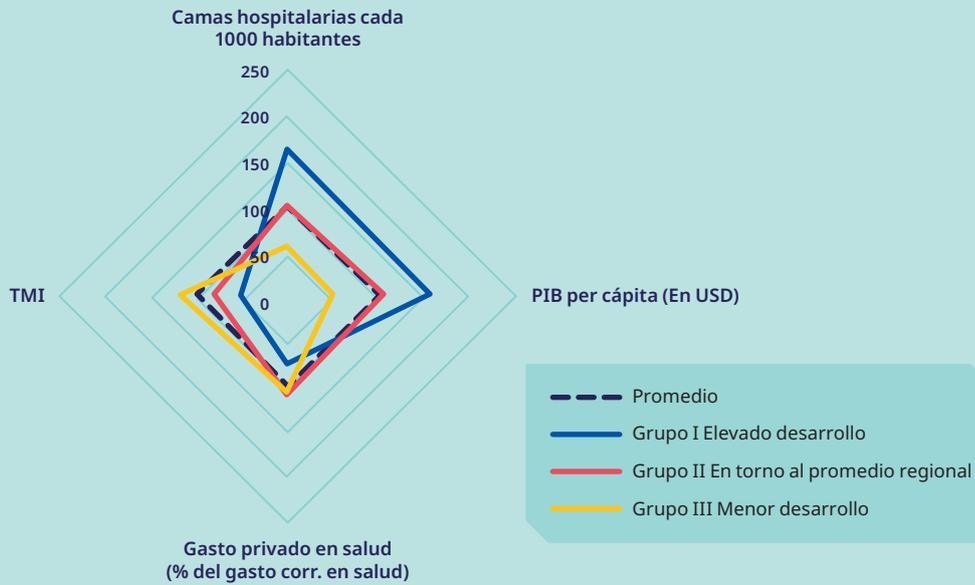
► **Cuadro 2. Indicadores en países del Caribe**

	Población (en miles) 2017	Ingresos tributarios en % del PIB (2019)	% de gasto público en salud (2015)	Gasto de bolsillo en % del gasto total en salud (2015)	Camas hospitalarias por 1000 hab.	Médicos	TMI cada 1000 nacidos vivos (2017)
San Vicente y Las Granadinas	109,9	s.i.	74,4	19,4		0,7	14,9
Belice	374,7	29,7	70,7	22,7	1,3	1,1	12,2
Dominica	73,9	s.i.	69,8	28,4		1,1	31,5
Antigua y Barbuda	102,0	s.i.	66,7	24,3	3,8	3	5,4
Jamaica	2 890,3	27,8	60,3	23,7	1,7	1,3	13,1
Guyana	777,9	27,4	56,1	40,5	1,6	0,8	26
Suriname	563,4	12,6	55,0	7,6	3,1	1,2	17,5
Trinidad y Tobago	1 369,1	24,2	53,3	35,6	3	4,2	23,1
Bahamas	395,4	17,6	49,3	27,8	2,9	2	5,8
Barbados	285,7	33,1	46,6	44,1	5,8	2,5	11,5
Santa Lucía	178,8	20,0	44,6	40,9	1,3	0,6	14,9
Granada	107,8	s.i.	40,4	57,0	3,7	1,4	15,3
San Cristóbal y Nieves	43,4	s.i.	37,5	37,8		2,7	11,6
El Caribe	7 272,3	24,1	55,8	31,5	2,8	1,7	15,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de OPS, OECD, OECD-BM.

► **Gráfico 7. Indicadores seleccionados por grupos de países**

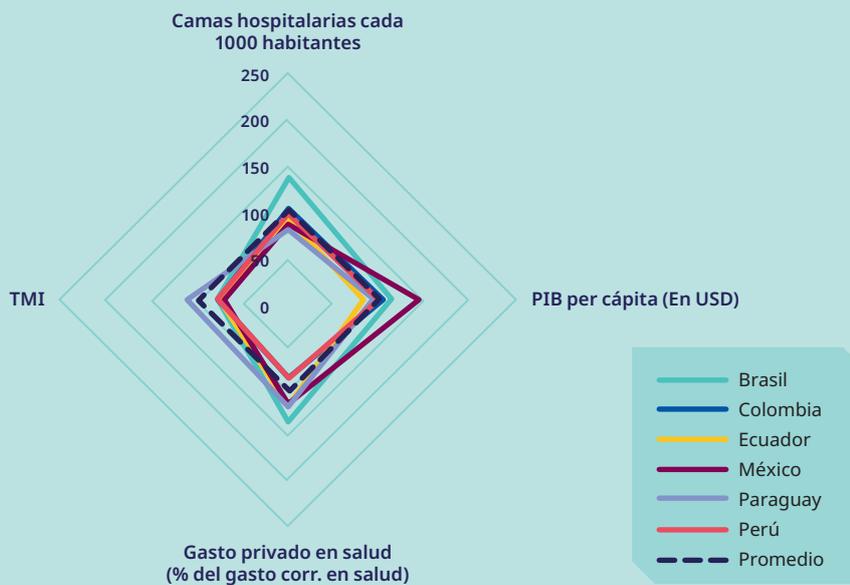
Índice, base 100 para el promedio regional de cada indicador



Fuente: Elaboración propia sobre la base de OMS, IMF y BM-OCDE.

► **Gráfico 8. Indicadores seleccionados de los países del Grupo II**

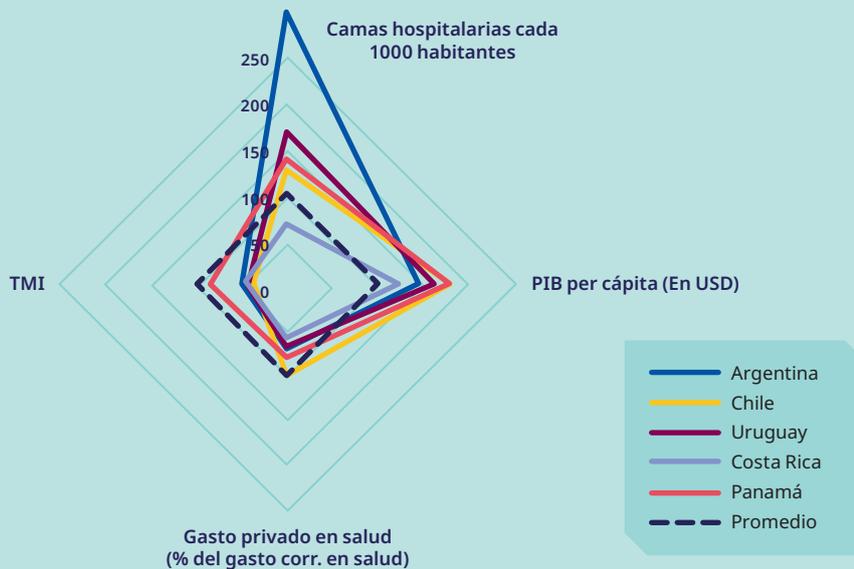
Índice, base 100 para el promedio regional de cada indicador



Fuente: Elaboración propia sobre la base de OMS, IMF y BM-OCDE.

► **Gráfico 9. Indicadores seleccionados de los países del Grupo I**

Índice, base 100 para el promedio regional de cada indicador

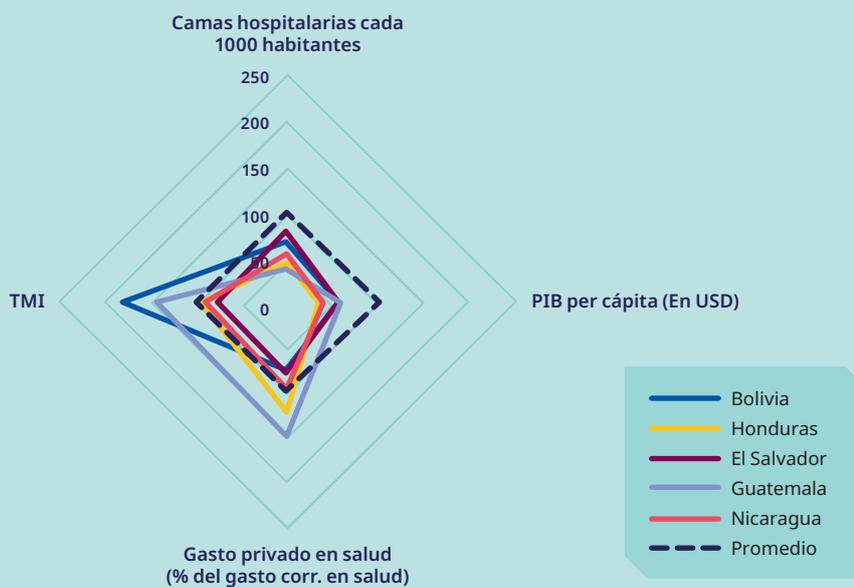


Fuente: Elaboración propia sobre la base de OMS, IMF y BM-OCDE.

Nota: En Argentina, el valor del índice de camas hospitalarias cada 1000 habitantes supera el umbral de 250.

► **Gráfico 10. Indicadores seleccionados de los países del Grupo III**

Índice, base 100 para el promedio regional de cada indicador



Fuente: Elaboración propia sobre la base de OMS, IMF y BM-OCDE.

► Caracterización de los sistemas de salud de algunos países de América Latina

Los indicadores presentados en la sección anterior e ilustrados con diferentes cuadriláteros, que permiten identificar ciertas características distintivas de los tres grupos de países en función de su grado de desarrollo, brindan una fotografía de los sistemas de salud. Para completar la caracterización de esos sistemas al desencadenarse la pandemia de COVID-19, debe considerarse la orientación de las reformas y otros cambios introducidos durante las últimas décadas, en especial, los relacionados con los diferentes grados de fragmentación de los sistemas. En esta sección, se revisan los principales rasgos que presentaban los sistemas de salud antes de la pandemia, así como el estado de situación de las últimas reformas encaradas.

La presentación tomará en cuenta el grado de avance en relación con la reducción de la fragmentación de derechos a la atención a la salud vinculada con el mercado de trabajo. Ello permitirá, luego, la evaluación de las medidas implementadas durante la pandemia y su impacto diferencial en los distintos subsistemas. En concreto, serán diferenciados los casos donde: a) no existen seguros de salud contributivos obligatorios; b) los dos tipos de seguros están coordinados y no hay fragmentación de derechos; c) para eliminar esa fragmentación, se encararon reformas que están en algún grado de avance; d) se diseñaron y comenzaron a implementar reformas de ese tipo; e) las reformas realizadas tienden a consolidar la brecha entre seguros contributivos y no contributivos y e) no existen reformas o los cambios derivaron en un mayor grado de divergencia.

Sistemas sin seguros contributivos

Brasil es el caso donde, tras eliminarse la seguridad social contributiva en relación con los servicios de atención de la salud hace más de tres décadas, ha desaparecido la fragmentación de derechos en función de la vinculación de los ciudadanos con el mercado laboral. En efecto, el

sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura a toda la población del país en combinación con un creciente sector privado, que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS), que brinda cobertura a cerca del 25% de la población.

El SUS fue creado por la Constitución Federal de 1988 y su marco regulatorio está establecido por la Ley 8080 de 1990. Los principios que lo definen son el acceso universal e integral a los servicios de salud (que se organizan de forma regionalizada y jerarquizada), la promoción de la equidad, la descentralización de la gestión y la participación social. La gestión del sistema es compartida por los tres niveles de gobierno, a través del Ministerio Salud en el nivel federal, las secretarías estatales de salud y las secretarías municipales de salud (OPS/OMS, 2017).

El financiamiento se hace con recursos provenientes de impuestos y contribuciones federales, estatales y municipales. El SUS define la atención básica como un conjunto de acciones de salud en los ámbitos individual y colectivo. Si bien, en términos formales, no existe ninguna restricción en la cobertura, el sistema estuvo subfinanciado, lo que impidió alcanzar una cobertura universal de servicios integrales (Montekio *et al*, 2011). La red de servicios que ofrece el SUS se compone de unidades públicas propias y de la contratación de servicios privados, preferentemente sin ánimo de lucro.

La provisión se encuentra descentralizada. Según la Constitución Federal de Brasil, corresponde a la municipalidad prestar los servicios de salud a su población, con cooperación técnica y financiera de la Unión Federal y de los estados. La dirección nacional del SUS es ejercida por el Ministerio de Salud, que tiene la función normativa principal. Los consejos de salud acompañan a las acciones en sus niveles de competencia (Carvalho, Schubert, 2013).

Una de las principales prioridades del país en los últimos 20 años fue ampliar la cobertura

de atención primaria de salud (APS), haciendo foco en la estrategia de Salud de la Familia. En la actualidad, el país dispone de 40 162 equipos multiprofesionales, aunque persisten las dificultades para poder ampliar la cobertura en los grandes centros urbanos, así como en las zonas más alejadas y de difícil acceso (OPS/OMS, 2017).

Por su parte, el SAMS es un sistema de aseguramiento que comprende planes de salud para empresas y familias, cooperativas médicas y planes autoadministrados. El marco legal de este sistema se rige por la Ley 9656 de 1998 y es regulado por la Agencia Nacional de Salud Suplementar del Brasil (ANS).

Sistemas con seguro único combinando financiamiento contributivo y rentas generales

En la región, el caso más claro y tradicional de coordinación entre las fuentes de financiamiento contributivas y de rentas generales para un sistema de cobertura universal homogéneo es **Costa Rica**. Su sistema de salud está estructurado alrededor del Seguro de Salud, un seguro social administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Con la Ley de Universalización de los Seguros Sociales, aprobada en 1961, y con la reforma del sector salud de mediados de los noventa, la CCSS se constituyó como el único proveedor público para todos los ciudadanos de este país (OPS, 2004). Desde la creación del Seguro de Salud en 1941, se diseñaron e implementaron un amplio conjunto de modalidades de aseguramiento contributivo y no contributivo, lo que permitió alcanzar una cobertura actual del 94,4% de la población; el restante 5,6% está integrado por trabajadores con capacidad contributiva que evaden el pago de contribuciones a la seguridad social, incluido aquí un 0,3% que se encuentra cubierto por algún seguro privado (OCDE, 2017). El sector privado en Costa Rica significa alrededor del 30% del gasto nacional en salud, concentrado en rubros como la adquisición de medicamentos, consultas externas especializadas y odontología, y cirugías ambulatorias; con niveles de hospitalización y atención de enfermedades de altos costos relativamente bajos, las cuales se dan, en su

mayoría, a través de los centros de la CCSS. El gasto de bolsillo es de casi un 90%, con un reducido porcentaje de la población con planes privados de gastos médicos, aunque con un incremento sostenido en los últimos años, conforme a la apertura del mercado de seguros de 2008.

La modalidad de afiliación a la CCSS puede ser de forma directa o indirecta (familiares de los afiliados directos al seguro). Los asegurados directos son los trabajadores asalariados; los jubilados y pensionados; las personas que individual o colectivamente escojan afiliarse voluntariamente; los trabajadores independientes que cotizan al seguro en forma individual o colectiva y la población en condición de pobreza asegurada por el Estado (Sáenz *et al.*, 2011).

El financiamiento de la CCSS constituye un único fondo que surge de combinar el ingreso proveniente de las diferentes modalidades de afiliación. En este sentido, los trabajadores asalariados aportan un 5,5% de su ingreso; los empleadores, el 9,25% y el Estado, un 0,25%, lo que representa el 80% de los recursos del fondo. Los trabajadores independientes, quienes representan el 25% del fondo, aportan entre un 3,45% y un 10,69% de su ingreso mientras que el Estado aporta la diferencia para alcanzar un total del 12,25% del ingreso. Los pensionados constituyen el 15% del financiamiento del fondo y contribuyen con el 5% de su pensión, mientras que el fondo de pensiones aporta un 8,75% y el Estado, un 0,25% (OCDE, 2017). El financiamiento de los asegurados registrados en modalidades no contributivas se encuentra a cargo de transferencias del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), para cubrir a los hogares en condición de pobreza, y de transferencias del Ministerio de Finanzas que provienen de la recaudación general de impuestos, dirigidas a personas en condición de riesgo social, como niños, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores, entre otros. A partir de 2012, el Seguro de Salud percibe ingresos adicionales de un impuesto sobre el consumo de tabaco.

La provisión de servicios de salud se encuentra centralizada en la CCSS, quien a su vez se encarga de organizar el financiamiento y la compra de todos los servicios que provee en los tres niveles de atención a través de prestadores propios con

una mínima participación de proveedores del sector privado (OCDE, 2017; OPS, 2004).

Sistemas con reformas avanzadas para eliminar fragmentación

En tercer lugar, se deben considerar los casos donde, en los últimos años, se introdujeron reformas con diferente grado de avance tendientes a reducir hasta su eliminación las brechas de cobertura entre los afiliados a la seguridad social contributiva y el resto de la población. El mayor avance se logró en **Uruguay**. Allí, la Ley 18.211 de 2007 conformó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el cual los individuos aportan según su capacidad económica. Su objetivo es garantizar el acceso universal a la salud, con altos niveles de accesibilidad y calidad en la atención. En este sentido, los afiliados pueden elegir al prestador público (ASSE) o a los prestadores privados (IAMC o Seguros Integrales). A marzo de 2020, la población afiliada a las IAMC ascendía al 62,2% del total, el 38,6% se encontraba en la ASSE y un 3% de la población contaba con Seguros Privados Integrales (Ministerio de Salud Pública).

Con la reforma, se constituyó un fondo único, solidario, público y obligatorio, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y conformado por el aporte de los trabajadores formales en relación con sus ingresos, las contribuciones de las empresas por sus empleados y el Estado, a través de rentas generales. Los aportes personales son del 3% para ingresos menores a 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC), un 4,5% para ingresos mayores, un 6% en el caso de que se incluya a hijos menores de 18 años en la cobertura y un 2% adicional por incluir al cónyuge. En tanto, los aportes patronales son del 5% del salario nominal (OPS, 2015). Una de las innovaciones fundamentales de la reforma fue instrumentar un mecanismo de pago a través del cual se compra el aseguramiento a los prestadores integrales, a través de la fijación de una “cuota salud”, cuyo componente principal (denominado “componente cápita”) se ajusta en función del riesgo asociado a cada beneficiario, según la edad y el sexo del asegurado, para dotar al sistema de mayor equidad a partir de un componente solidario en el financiamiento.

De manera adicional, la “cuota salud” se complementa con un “componente metas” destinado, al menos desde una perspectiva conceptual, a premiar el cumplimiento de ciertos objetivos prestacionales establecidos por el ente regulador (Arbulo *et al.*, 2012).

El acceso a las prestaciones de salud para todos los beneficiarios del SNIS se encuentra garantizado a través del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), concebido como un plan de salud explícito y homogéneo, que brinda cobertura a la población con independencia del tipo de afiliación del individuo o su nivel socioeconómico.

Al momento de asegurar la cobertura del Plan Integral, una de las características centrales del SNIS es la separación entre las funciones de prestación, a cargo de los prestadores integrales de salud, y la de financiamiento, a través del FONASA, según la complejidad de la práctica. En este sentido, la función prestacional está intermediada y regulada por la JUNASA que, como ente desconcentrado del Ministerio de Salud, es la encargada de gestionar contratos con los prestadores integrales de salud responsables de garantizar el PIAS.

En este grupo, también se debe considerar el caso de **Colombia**. A partir de la reforma instaurada por la Ley 100 de 1993, donde se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el sistema se compone de un régimen contributivo para los trabajadores con capacidad contributiva (RC) y un régimen subsidiado (RS) para los trabajadores con ingresos bajos. Los aportes se destinan al FOSYGA (actualmente, Administradora de los Recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud-ADRES), que realiza pagos capitados con ajuste por riesgo. En ambos regímenes, la provisión de servicios de salud se organiza a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que brindan cobertura de salud a sus afiliados a través del cobro de una cápita denominada Unidad de Pago Capitado (UPC). Las EPS pueden ser entidades públicas, privadas o mixtas y tienen a su cargo los Planes de Salud, proveyendo el servicio a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de Salud (hospitales públicos, privados, clínicas, etc.). Los afiliados a ambos regímenes (RS y RC) acceden a una canasta básica de servicios de salud, denominada Plan Obligatorio de Salud (POS), diferenciada para cada régimen y pueden

elegir libremente a qué EPS afiliarse dentro del régimen al que pertenezcan, si bien permanece vigente la promesa de unificación paulatina de los planes.

El sistema público, por su parte, brinda prestaciones no cubiertas por el RS y cubre, a través de las redes asistenciales públicas, a la población que todavía no se encuentra incorporada.

Esta organización contribuyó a alcanzar altas tasas de cobertura de salud y a reducir los gastos de bolsillo, si bien la cobertura no resulta homogénea y de acceso igualitario para toda la población. Según los últimos datos disponibles en el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas de Colombia (DANE), en el trimestre mayo-julio de 2020, la cobertura del RC alcanzaba al 47,8% de la población ocupada mientras que el 40,7% se encontraba cubierto por el RS (**Cuadro 3**).

Sistemas con reformas tendientes a reducir las brechas

Sin contar con los grados de avance de los países del grupo anterior, se deben considerar los países que durante los últimos años anunciaron programas que guardan cierta similitud en las intenciones e introdujeron cambios que pueden ser considerados como parte de un sendero de reformas tendientes a reducir las brechas. En este grupo se consideran las reformas de Perú, Bolivia, Ecuador y México.

En **Perú**, el Sistema de Salud comprende cinco segmentos. En primer lugar, el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que también subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los gobiernos regionales y del Ministerio de Salud (MINSA) (Alcalde-Rabanal *et al.*, 2011). Los otros cuatro subsistemas que brindan servicios de salud son: i) el Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que opera con su propia red de hospitales y

centros de salud; ii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscritas al Ministerio de Defensa, que cuentan con sus propias instalaciones; iii) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior, que también cuenta con sus propias instalaciones, y iv) las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC) (Cetrángolo *et al.*, 2013).

En 2009, se sancionó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley AUS-29344) con el objetivo de garantizar el derecho de toda persona a la seguridad social con independencia de su inserción laboral y situación económica (Prieto *et al.*, 2014; Cetrángolo *et al.*, 2013). Los principios del aseguramiento universal en salud son: universalidad (para todos los residentes en el Perú), solidaridad (en el financiamiento), unidad (mediante la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones), integralidad, equidad (a través de la provisión de servicios de salud a toda la población peruana, con prioridad sobre la población más vulnerable), irreversibilidad (es decir que no se pierden derechos adquiridos previamente) y sistema participativo. Por otra parte, la Ley también define las siguientes características para el aseguramiento universal en salud: que este sea obligatorio, progresivo, garantizado, regulado, descentralizado, portable, transparente y sostenible. Dicha Ley definió un plan mínimo de prestaciones —Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)—, que todos los aseguradores del sistema deben proveer, y su implementación fue pensada de manera progresiva. Asimismo, se establece la existencia de planes complementarios y específicos. Y se establece como instancia de supervisión sectorial a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Cetrángolo *et al.*, 2013).

A fines de 2019, el Decreto 017 estableció la afiliación al SIS de toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud y cerrar brechas de cobertura en el país. Se habilitó también la afiliación excepcional y temporal, hasta la obtención del Documento Nacional de Identidad, al régimen subsidiado a las personas que no estén inscritas en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, siempre que se

encuentren en los siguientes supuestos: personas en situación de calle acreditada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, personas recluidas en centros penitenciarios, residentes en Centros de Atención Residencial, residentes en Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación a cargo del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y los integrantes de Pueblos Indígenas y Originarios.

Como consecuencia de estos cambios, Perú experimentó un avance progresivo en la cobertura de salud, con una elevada proporción de la población cubierta por el sector público a través del SIS, aun cuando la coordinación entre los numerosos actores del sistema es deficiente y, a menudo, desempeñan funciones que se superponen (OMS, Country Brief). En efecto, según datos disponibles de la Superintendencia de Salud (SUSALUD), la cobertura del SIS para 2019 ascendía al 60,1% de la población total, un 31% de la población se encontraba cubierta por EsSalud y un 2,9% correspondía a cobertura en el sector privado.

El sistema de salud en **Bolivia** se encuentra integrado por los sectores público, de la seguridad social y privado. Se trata de un sistema segmentado, constituido sobre la base de que distintos grupos de población, en función de su condición social, económica y laboral, tienen acceso a servicios diferenciales a través de gestores y financiadores también diferentes; y también fragmentado, en ausencia de una rectoría robusta que facilite los mecanismos de articulación y coordinación, evitando, de esta manera, superposiciones, vacíos e ineficiencias en la aplicación de las políticas del sector.

El subsector público funciona a través de una red de establecimientos en los diferentes niveles de atención, donde el primer y segundo nivel de atención funcionan bajo la responsabilidad de los gobiernos municipales y el tercer nivel, a cargo de los gobiernos departamentales. El nivel central se encarga de los institutos de especialidades y la rectoría a través del Ministerio de Salud. El subsector de la seguridad social está integrado por las Cajas de Salud que funcionan de forma autónoma, sujetas a la normativa del Ministerio de Salud y a la regulación y supervisión de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo. Por último, el subsector privado está integrado por diversas compañías de

seguros y proveedores de servicios de salud con y sin fines de lucro.

Según datos de la Encuesta de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la cobertura de los seguros sociales como proporción de la población total para 2019, según subsector, fue la siguiente: seguro público, 46,0%; seguridad social, 19,3%; seguro privado, 0,9%; otro, 0,1%; ninguno, 33,7%. Por su parte, si solo se tienen en cuenta los registros administrativos de la seguridad social de corto plazo que procesa el INE, para el periodo 2000-2016, la cobertura de trabajadores y beneficiarios en relación con la población total aumentó 11,7 puntos porcentuales, pasando del 26,5% al 38,2%, respectivamente.

El contexto de elevada inequidad en el acceso condujo a cambios que se terminaron de plasmar, en marzo de 2019, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) que amplía la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, lo que constituye un avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. Este busca incorporar la medicina tradicional y la interculturalidad como componentes clave del nuevo modelo de atención y gestión, con un enfoque de atención integral de la salud, que comprende la promoción, prevención, atención de enfermedades, rehabilitación y medicina tradicional. En ningún caso se requieren copagos o desembolsos por parte de los individuos para acceder a las prestaciones de salud. De este modo, puede decirse que Bolivia transita un camino hacia el acceso y la cobertura universal de toda la población, con foco en los sectores más vulnerables.

Por otra parte, la segmentación ha sido la característica de la organización del Sistema de Salud en **Ecuador**, conformado por dos sectores, público y privado: con un sistema de seguridad social financiado por las contribuciones de los trabajadores y los empleadores, bajo la gestión del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS); la asistencia pública a cargo del Ministerio de Salud Pública para la población sin aseguramiento, y sistemas privados para la población de mayores ingresos. Existe, además, el Seguro Social Campesino, un régimen especial del seguro universal obligatorio, que forma parte del IESS y cubre a la población en el ámbito rural

(Asamblea Constituyente, 2008). Dentro del Sistema de Salud Ecuatoriano, existen también regímenes especiales de seguridad social para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, que dependen de los institutos de seguridad social de las respectivas instancias (Jiménez Barbosa *et al.*, 2016). El Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio de Gobierno forman parte de la red pública de salud con instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito militar y policial.

En 2008, la reforma constitucional de Ecuador define al Estado como garante del derecho a la salud, a través de la formulación de políticas, planes y programas orientados a brindar acceso a servicios de promoción y atención integral, bajo los principios de equidad, universalidad e interculturalidad, así como también políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, lo que configura una concepción integral en salud. De este modo, se define un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque familiar, comunitario e intercultural, basado en la estrategia de la Atención Primaria a la Salud, a través de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y su relación con la Red Privada Complementaria (RPC). Con estas iniciativas se trató de atenuar la fragmentación al incorporar una estrategia encaminada a que los pacientes puedan usar tanto la red de servicios de las instituciones de la seguridad social como la del sector público, independientemente de cuál sea su condición de afiliación. Sin embargo, este proceso aún no fue culminado y persiste la fragmentación tanto en el acceso como en la atención. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de Ecuador, para 2019, los niveles de cobertura en relación con la población total por subsistema fueron los siguientes: Ministerio de Salud Pública, 60,63%; IESS, 25,31%; Seguro Social Campesino (SSC), 4,14%; seguros de las Fuerzas Armadas y la Policía considerados de forma conjunta, 1,85% y privados o ninguna cobertura, 8,07%.

En **México**, el sistema de salud se encuentra compuesto, como en muchos países de la región, por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Las instituciones de seguridad social incluyen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), Secretaría de Marina (SM) y otros, que prestan servicios a los trabajadores

del sector formal de la economía y sus familiares. El sector público presta servicios a la población sin seguridad social incluida en el recientemente creado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) que, a partir de la reforma de salud impulsada por el nuevo gobierno, reemplazó desde enero de 2020 al Seguro Popular de Salud (SPS), vigente desde 2004. INSABI está dirigido a proveer y garantizar la prestación de servicios de salud gratuitos, medicamentos e insumos a los mexicanos excluidos de la seguridad social convencional. El financiamiento proviene de recursos del gobierno federal y aquellos que aporten los gobiernos estatales, sin prever ningún tipo de cuotas o aportes por parte de las familias. En este sentido, la reforma se orienta hacia la recentralización del sistema de salud, la integración del financiamiento y la provisión de servicios públicos a nivel federal, y la reducción de la participación del sector privado. En estas circunstancias, la mayoría de los estados mexicanos dejarán de ser responsables de la prestación de servicios de salud. El nuevo sistema de salud mexicano se basa en tres principios fundamentales: i) universalidad, ii) servicios gratuitos en el sector público, iii) anticorrupción a partir de la centralización del control sobre las compras y la prestación de servicios, para reducir la participación del sector privado en el sector de la salud pública.

Bajo el SPS, existía la garantía de acceso a dos conjuntos de prestaciones explícitos: el catálogo universal de servicios esenciales de salud (CAUSES) de baja y mediana complejidad y el catálogo de intervenciones de alto costo (CIAC) financiado por el fondo de protección contra gastos catastróficos (FPGC). Bajo el INSABI, estos conjuntos fueron reemplazados por el Compendio Nacional de Insumos de Salud y el Fondo de Salud para el Bienestar, abarcando un conjunto muy similar de medicamentos e insumos al que ya existía (Reich, 2020).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 2015 el 39,2% de la población mexicana estaba cubierta por el IMSS; el 49,9%, por el seguro popular; el 7,7%, por el ISSTE y otros esquemas alcanzaban a apenas el 6% (incluyendo a PEMEX, SDN y SM). No se dispone aún de información sobre la cobertura de salud desde la instauración del INSABI.

Sistemas que consolidaron la fragmentación

La reforma radical del sistema de salud en **Chile** se inicia en el marco de un gobierno militar que buscó reducir el rol y la importancia del Estado. Ello condujo a una reducción del financiamiento y personal del sistema público de salud, descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones. La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud (Ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud. El modelo estructurado bajo esta base normativa tuvo reformas específicas posteriores; sin embargo, aún mantiene una vigencia y organización global que es bastante similar a su concepción y estructura original (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios) (Observatorio Chileno de Salud Pública).

De este modo, el sector salud en Chile está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado. El sistema se financia con una cotización del 7% de los salarios que puede destinarse, por elección, al sistema público (FONASA) o bien a administradoras privadas con fines de lucro (Instituciones de Salud Previsional - ISAPRES), que ofrecen seguros de salud de acuerdo con una lógica de tipo individual. Si bien la elección es libre, en la práctica el salario es el principal determinante: los individuos de ingresos medios-altos y altos tienden a elegir una ISAPRE para ampliar la canasta prestacional mediante aportes adicionales; los de ingresos medios, medios-bajos y bajos suelen elegir el FONASA, pues con su aporte no podrían obtener una mejor cobertura en ISAPRES (Escobar y Bitrán, 2014).

Según el informe de la Comisión Presidencial ISAPRES (2014), la cotización voluntaria o adicional destinada a las ISAPRES alcanza, en promedio, el 3% de la renta imponible. Sin embargo, es posible constatar que la brecha entre la cotización pactada por los beneficiarios de ISAPRES abiertas en 2013 y la prima del 7% es mayor en los beneficiarios de ingresos más bajos y en beneficiarios de mayor edad, siendo en los primeros mayor a \$20 mil por

beneficiario y en los segundos incluso superior a \$70 mil. Es decir que, para poder acceder a los planes ofrecidos por el sistema de ISAPRES, estos dos grupos deben “compensar” su aporte obligatorio del 7% con un monto de recursos importante. El mismo informe reconoce que, pese al enorme crecimiento del aporte fiscal al subsistema público (FONASA) registrado en las últimas dos décadas, las brechas respecto del subsistema privado son aún sustanciales. Tales brechas se expresan no solo en el aporte de cotizaciones per cápita entre ambos subsistemas, sino también y en forma creciente en lo relativo al nivel de remuneraciones del personal médico y no médico, a la disponibilidad de especialistas, medicamentos, insumos y recursos tecnológicos, y en materia de inversión, infraestructura y equipamiento.

En términos generales, este esquema dual con lógicas de funcionamiento diferentes generó un menor acceso y movilidad de ciertos grupos de personas, así como su segmentación en los diferentes componentes del esquema de seguros de salud. Los beneficiarios de mayor riesgo –con preexistencias, de mayor edad y mujeres–, así como la población de menores recursos tienen menos acceso a las ISAPRES y quienes contraen una preexistencia en una ISAPRE no pueden cambiarse a otra, dado la alta posibilidad de rechazo (Paolucci y Velasco, 2017). Según datos de la Superintendencia de Salud, para 2018, las ISAPRES brindan cobertura al 18,0% de la población, en tanto que el FONASA atiende al 75,2% de los habitantes de Chile.

Desde julio de 2005, se implementó el sistema AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud) como un derecho establecido por la Ley 19.966, tanto para los beneficiarios de FONASA como para los de las ISAPRES, con el fin de asegurar a toda la población la atención de un grupo de patologías priorizadas de manera oportuna, al establecer un plazo máximo, de calidad, y con protección financiera.

Sistemas divergentes

La organización del sector de la salud en la **Argentina** ha determinado la cobertura efectiva de la totalidad de la población; sin embargo, presenta serios problemas de equidad. Si bien la protección financiera está cubierta para todos, se hace de manera diferencial. Por un lado, toda

la población recibe servicios desde la oferta pública, en donde la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional en función del lugar de su residencia (Cetrángolo y Goldschmit, 2018). El sector público de la salud se encuentra financiado con recursos presupuestarios de los gobiernos provinciales y municipales, con el complemento de aportes provenientes del gobierno nacional para un grupo de programas priorizados. Por otra parte, dentro del subsector de la seguridad social se encuentran numerosas instituciones, con diferentes poblaciones afiliadas y marcos normativos propios (Goldschmit, 2018) que, en conjunto, brindan cobertura de salud al 60% de la población. Se trata de las Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales, Institutos de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Judicial y Universitarios, entre otros, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI. Por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga, que dan cobertura de salud a los sectores de altos ingresos en función de sus propias capacidades de pago. La cobertura privada de afiliación voluntaria abarca a 2 millones de afiliados, que representan el 4,5% de la población total (Cetrángolo y Goldschmit, 2018).

Tanto las Obras Sociales Nacionales como las entidades de medicina prepaga se encuentran obligadas por ley a brindar la cobertura prestacional establecida en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho programa incluye un set ordenado de prácticas y procedimientos, el desarrollo de actividades de atención primaria de salud, plan materno infantil, de prevención oncológica y de odontología, la atención en segundo nivel por especialidades y la internación, el diagnóstico y tratamiento de HIV, hemodiálisis, trasplantes y prótesis, entre otros. También establece niveles fijos de coseguros en la atención, la cobertura al 40% de los medicamentos incluidos en vademécums y del 100% de la medicación en internación y en algunas condiciones especiales. El resto de las entidades que conforman el sistema mantienen sus propias canastas prestacionales, que varían en cada jurisdicción y en función de los recursos disponibles para el financiamiento, no habiendo un criterio común de cobertura en toda la Seguridad Social.

En suma, el sistema de salud argentino se muestra fragmentado y carente de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado) y, peor aún, al interior de cada uno de ellos se observa un elevado grado de fragmentación, que se traduce en fuertes inequidades. Los datos de la Secretaría de Gobierno de Salud (2019) para 2017 ilustran esta situación. El 62,7% de la población del país accede a algún tipo de cobertura dentro de la seguridad social mientras que el 34,8% de la población tiene acceso exclusivo a cobertura pública y solo un 4,5% de los habitantes se encuentran cubiertos por el subsistema privado.

Otros sistemas

Por último, se deben considerar los casos en los que se registraron reformas que, de manera explícita, hayan tendido a una modificación en las brechas de cobertura. En **Panamá**, el sistema público está conformado por el MINSA (creado por Decreto de Gabinete N.º 1 de 1969), que se organiza en 15 regiones sanitarias, y por la Caja de Seguro Social (regida por la Ley 51 del 2007), con presencias paralelas y organizadas por niveles de complejidad. Además, existen servicios de salud privados, a los que se accede por demanda o por medio de seguros privados de salud (OPS/OMS, 2017).

En términos de cobertura, el sector público, compuesto por el MINSA y la CSS, cubre al 100% de la población del país, siendo la CSS la mayor proveedora de servicios de salud (cobertura del 81,4%). También se observa un solapamiento de coberturas.

Existen dos tipos de afiliados a la CSS: i) los afiliados obligatorios, constituidos por los trabajadores formales del sector público y privado, los trabajadores independientes que brinden sus servicios al Gobierno o de manera formal a la empresa privada y los afiliados voluntarios, personas al servicio de organismos internacionales, personas al servicio de misiones diplomáticas, personas que no están sujetas al régimen obligatorio y trabajadores menores de edad con iguales beneficios que los mayores de edad. Por su parte, ii) en cumplimiento de su mandato constitucional el MINSA debe garantizar la atención integral en los tres niveles de atención a todo aquel que asista a sus instalaciones, independientemente de su estatus o capacidad

de pago. Sin embargo, dado que el país no cuenta con un paquete unificado de servicios mínimos y de prestación obligatoria, la cantidad, tipo y calidad de los servicios obtenidos está limitada a la capacidad y recursos con que cuenta la entidad que presta el servicio y varía notoriamente de un lugar o nivel de atención a otro (OPS/OMS, 2007).

Si bien en el periodo 2010-2015 Panamá adoptó una política de promoción de la salud sustentada en un modelo basado en APS (Cortés Espinosa, 2014), aún persisten marcadas desigualdades en la situación de la salud entre la población urbana y la rural, especialmente la población indígena, y en función del nivel de ingresos. Estas desigualdades

son producto de las diferencias en la cobertura de servicios y el acceso a servicios integrados de salud de calidad, incluidos la dotación de recursos humanos, los servicios de promoción, prevención y atención en las áreas más marginadas, infraestructuras sanitarias, abastecimiento de medicamentos, insumos médicos y tecnología sanitaria (OPS/OMS, 2017).

Por último, se deben considerar los países que no fueron objeto de comentarios específicos en esta recorrida. Se trata de sistemas de salud en donde no se registraron reformas que resultan de especial significación en relación con los objetivos de este documento.

► Cuadro 3. Cobertura de salud en países de América Latina

País	Subsector	% de cobertura sobre la población total	Año	Fuente
Argentina	Sector público exclusivo	34,8	2017	Secretaría de Gobierno de Salud (2019)
	Seguridad Social	62,7		
	Privado	4,5		
Bolivia	Seguro social de corto plazo	37,5	2016	UDAPE
Chile	Isapres	18,0	2018	Superintendencia de Salud FONASA
	Fonasa	75,2		
Colombia	Régimen contributivo	47,8	may-jul 2020	DANE
	Régimen subsidiado	40,7		
Costa Rica	Cobertura cobtributiva	94,4	2013	Ministerio de Salud
	CCSS	5,6		
Ecuador	Población no asegurada		2018	RPIS
	MSP	41,4		
	IESS	50,0		
	SCC	6,8		
	ISSPOL	1,3		
ISFA	1,4			
Honduras	SESAL	60,0	2017	Rodríguez Arévalo (2017)
	IHSS	20,0		
	Privado	5,0		
Guatemala	IGSS	19,0	2013	Instituto Nacional de Estadística
	MSPyAS	75,0		
	Sanidad Militar	0,5		
México	IMSS	39,2	2015	INEGI
	Seguro popular	49,9		
	ISSTE	7,7		
	Otros esquemas	6,0		
Paraguay	IPS	19,4	2018	MSPBS
	otros	7,7		
	Sin cobertura	72,9		
Panamá	CSS	81,4	2012	Instituto Nacional de Estadística y Censo
Perú	SIS	60,6	2019	SUSALUD
	EsSalud	31,0		
	EPS	2,7		
	FFAA	1,7		
	Prepagas	2,9		
Uruguay	IAMC	62,2	mar-2020	Ministerio de Salud Pública
	ASSE	38,6		
	Seguros privados integrales	3,0		

Fuente: Elaboración propia.

► La respuesta a la COVID-19 en los sistemas de salud de la región

Todos los países se han visto afectados en diferente medida por la pandemia del coronavirus. En respuesta, los gobiernos de cada país implementaron variadas estrategias para hacer frente a la pandemia, con diferentes niveles de restricciones a la circulación de personas y medidas de distanciamiento social dirigidas a frenar el avance del virus. De manera adicional, se impulsaron múltiples iniciativas destinadas a fortalecer, asistir y gestionar los subsistemas que forman parte de los sistemas de salud de la región a los fines de poder afrontar la coyuntura con mayor equipamiento, recursos físicos, financieros y humanos y poder asegurar un acceso universal a la salud para toda la población que lo requiera.

En este contexto, sin lugar a dudas, la configuración previa de los sistemas de salud resulta de crucial relevancia, tal como se desarrolla en la sección anterior. A este escenario diverso y cambiante, se le suman hoy las respuestas de corto plazo, las incertidumbres y las demandas de cambios más profundos surgidos a partir de la pandemia por COVID-19.

En algún punto, esta pandemia puede ofrecer una oportunidad para priorizar la salud, rejerarquizar el papel que desempeñan los recursos humanos en salud, reforzar el rol de rectoría de los ministerios y avanzar en la coordinación de los subsistemas para alcanzar sistemas de acceso equitativo, de calidad y solidarios.

En ese sentido, resulta relevante especular acerca de si las medidas de emergencia que se están tomando en relación con la pandemia introducen algún cambio en la configuración previa de los sistemas que pueda favorecer la construcción futura de sistemas menos fragmentados, más eficientes y con mayor cobertura y acceso. Precisamente, esta sección realiza un recorrido por las características de las medidas adoptadas en esta emergencia con el fin de evaluar su impacto

sobre la configuración y las reformas en curso en los distintos sistemas de salud de la región. Dado que la emergencia no concluyó y que no se sabe a ciencia cierta cuándo se podrán superar sus efectos, que las medidas adoptadas son múltiples y diversas, y que los gobiernos siguen tomando nuevas medidas o modificando las previas, el recorrido que sigue no tiene la pretensión de ser completo ni exhaustivo. Solo se intenta una caracterización general del tipo de decisiones, ilustradas con algunos ejemplos.

Fortalecimiento del rol de rectoría de los ministerios de Salud

Desde el inicio de la pandemia, todos los países de la región declararon, mediante diferentes instrumentos, la situación de emergencia sanitaria por COVID-19 y, a partir de esa definición, avanzaron en el fortalecimiento del rol coordinador de los ministerios de Salud como autoridad sanitaria en todo el territorio, adquiriendo un papel fundamental para conducir la crisis y adoptar decisiones de política pública.

A partir de la temprana declaración del estado de emergencia sanitaria dispuesta por el gobierno de Honduras el 10 de febrero de 2020, los diferentes gobiernos de la región fueron adoptando medidas similares, aunque mediante los diversos instrumentos normativos y con distintos alcances. El **Cuadro 4** presenta una cronología de las primeras declaraciones de emergencia sanitaria en la región. Allí, se pone en evidencia que más allá de las particularidades de cada país, los recursos disponibles y la secuencia temporal elegida, la preocupación por atender y anticipar los efectos de la COVID-19 en toda la población es un común denominador.

► Cuadro 4. Cronología de declaraciones de emergencia sanitaria en países de América Latina

Fecha	País	Normativa
10/02/20	Honduras	El gobierno de Honduras declara el Estado de Emergencia Sanitaria en todo el territorio
6/03/20	Guatemala	Decreto Gubernativo 5-2020 declara el Estado de Calamidad Pública en todo el territorio nacional como consecuencia del pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud en relación con la epidemia de coronavirus (COVID-19)
11/03/20	Costa Rica	Decreto Ejecutivo 42227 del Ministerio de la Presidencia y el Ministerio de Salud establece el Estado de Emergencia Sanitaria en todo el territorio
11/03/20	Perú	Decreto Supremo N° 008-2020 declara el Estado de Emergencia Sanitaria nacional por un periodo de 90 días, estableciendo medidas de prevención y control del COVID-19
11/03/20	Ecuador	Ministerio de Salud de Ecuador establece la Emergencia Sanitaria
12/03/20	Argentina	Decreto 260/2020 establece la Emergencia Sanitaria y define al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación para disponer recomendaciones y aplicar medidas para mitigar el impacto sanitario de la pandemia
12/03/20	Colombia	Resolución 385 del Ministerio de Salud y Protección Social establece la situación de Emergencia Sanitaria
12/03/20	Bolivia	Decreto Supremo 4179 declara la Emergencia Sanitaria en el país
13/03/20	Panamá	Resolución de Gabinete Nro 11 declara el Estado de Emergencia
13/03/20	Uruguay	Decreto 93/2020 declara el Estado de Emergencia Sanitaria nacional como consecuencia de la pandemia originada por el virus de la COVID-19 y dispone que el Ministerio de Salud Pública ejercerá, entre otras potestades, la adopción de las medidas que estime necesarias
16/03/20	El Salvador	Asamblea Legislativa establece el Decreto para combatir la pandemia de la COVID-19 declarando el Estado de Emergencia y la Ley de Restricción Temporal de Derechos Constitucionales Concretos
18/03/20	Chile	Declara el Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe por coronavirus
26/03/20	Paraguay	Decreto 3456/2020 declara la Emergencia Sanitaria en todo el territorio con el fin de implementar acciones de prevención y respuesta a la pandemia COVID-19, incluido el aislamiento general desde las 20:00 hasta las 04:00 horas
31/03/20	México	Ministerio de Salud define medidas extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19
31/03/20	Brasil	La ordenanza 188 del Ministerio de Salud declara la Emergencia Pública Sanitaria de interés nacional y crea un centro de operaciones de COVID-19 para coordinar la respuesta a nivel nacional

Fuente: Elaboración propia.

Fortalecimiento presupuestario del sector salud

La mayor parte de los países de la región implementó medidas destinadas a fortalecer los presupuestos públicos en salud, para incorporar el equipamiento indispensable para hacer frente a la pandemia. A su vez, en los casos en los cuales los sistemas públicos se encuentran descentralizados, se produjo un mayor protagonismo de los gobiernos centrales, coordinando a nivel nacional las respuestas ante la pandemia.

Ello involucró la compra de reactivos para el diagnóstico, medicamentos, suministros, dispositivos médicos, la adquisición de respiradores, equipo de protección personal, la incorporación de mayor cantidad de camas hospitalarias y de UCI, y la contratación de profesionales de la salud para reforzar la atención pública. Los objetivos se centraron en la reorganización y ampliación de los servicios de salud, para atender las necesidades que surjan como consecuencia de un aumento exponencial del número de pacientes internados por COVID-19.

En Brasil, diversas medidas autorizaron transferencias de recursos del gobierno federal a los sistemas de salud estatales y municipales en acciones para combatir el nuevo coronavirus. El objetivo principal es habilitar nuevas camas de UCI. En este sentido, la Ley complementaria 173 modifica la ley de responsabilidad fiscal y crea el Programa Federal de Combate al Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) (*Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2*), que permite el otorgamiento de ayudas federales a estados, municipios y Distrito Federal para fortalecer acciones de combate al virus.

De manera adicional, se destaca que Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay destinaron recursos para expandir la red de hospitales, a partir de la ampliación y equipamiento de la red nacional de Hospitales Modulares de Emergencia en Argentina, la instalación de un hospital modular en Chile, la construcción de un hospital móvil en “Los chiles” en Costa Rica, la conversión del Hospital del Complejo de la CSS en Panamá en Hospital COVID-19 y la conversión de las instalaciones del Hospital Español en un centro COVID-19 en Uruguay.

En Paraguay, se construyeron dos nuevos hospitales de contingencia. Uno contiguo al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de Asunción y otro contiguo al Hospital Nacional de Itaguá, lo que permitió expandir las camas totales disponibles en el país. En Perú, se avanzó en la construcción de hospitales temporales para hacer frente al COVID-19 en todas las regiones del país. Además, se destinaron recursos para comprar e instalar equipamiento hospitalario, incluidos redes de gas, plantas de oxígeno y container de oxígeno en regiones alejadas.

En México, el gobierno anunció medidas para garantizar el suministro de agua a los hospitales y áreas marginadas. Estos últimos se abastecen a través de la instalación de cisternas, estaciones de lavado de manos y tuberías de agua, en particular, en las zonas rurales.

Por último, en muchos países se incorporaron iniciativas centradas en el uso de estadios, clubes y hoteles como sitios alternativos de atención médica, que en algunos casos dieron prioridad al aumento del número de camas para casos leves de COVID-19 y, en otros, se constituyeron como alternativas para alojar casos asintomáticos o sospechosos que deben permanecer en cuarentena.

Este tipo de iniciativas, que apuntan a la consolidación del sector público, se enmarcan en el sendero de construcción de un sistema de protección social en salud con un rol destacado de la salud pública, que pone en igualdad de condiciones a todos los hogares, con independencia de la relación de sus miembros con el mercado laboral.

En particular, en lo que refiere a los testeos y seguimiento de casos y contactos, los esfuerzos se enfocaron en fortalecer los sistemas de vigilancia para detectar casos de COVID-19 y mejorar la información sobre la propagación del virus en el país/región. Ello resulta de gran relevancia porque marca diferencias importantes en el acceso temprano a los sistemas de salud y, en consecuencia, en los niveles de letalidad del virus.

Al respecto, se puede mencionar que en Argentina se descentralizó la detección de la COVID-19 a partir de la distribución progresiva de los reactivos para las determinaciones. Asimismo, se incorporaron estaciones de testeo en todo el territorio y se implementó el Dispositivo Estratégico de

Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino (DETeCTAr). Esta iniciativa tiene como objetivo la búsqueda intensificada de personas con síntomas de COVID-19 para su diagnóstico, aislamiento y cuidado en la zona de mayor presencia del virus (el área metropolitana de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

En el caso de Brasil, se implementó la aplicación Coronavirus-SUS, que alerta por teléfono móvil y en un plazo de 24 horas respecto de las personas que dieron positivo en COVID-19 y estuvieron cerca durante los últimos 14 días. En Ecuador, se lanzó el Plan Estratégico de atención puerta a puerta para detección de la COVID-19 mientras que, en Panamá, se avanzó en el uso de drones sensibles al calor para detectar casos de COVID-19 en conjunto con una política de trazabilidad comunitaria para intentar romper la cadena de transmisión del virus. A partir de la creación de nueve centros de trazabilidad, un grupo interinstitucional busca localizar casos positivos y rastrear tanto a sus contactos como a sus familiares, a lo que se añade la implementación de la aplicación (*app*) "Protégete con salud", que permite un monitoreo personalizado y levantar la trazabilidad de los casos COVID-19 positivos en todo el país.

Incorporación de incentivos al personal de la salud

La escasez de recursos humanos en salud y el mayor riesgo de exposición al virus de esta población, en conjunto con una sobredemanda de sus servicios y una carga excesiva de responsabilidades, condujo a muchos países de la región a incorporar entre sus medidas incentivos monetarios dirigidos a compensar la labor realizada por el personal de la salud en el marco de la pandemia.

En el caso argentino, el Decreto 315/2020 autorizó un pago diferencial extraordinario de \$ 5.000 (USD 65) para las tareas prestadas durante los meses de abril, mayo, junio y julio, por parte de quienes presten servicios en centros asistenciales de salud en el sector público, privado y de la seguridad social que, en relación de dependencia, estén abocados al manejo de casos de COVID-19. Se estableció también un incentivo no remunerativo de carácter mensual a los servicios de residencias médicas, según la rama de la medicina, el año de residencia en curso, y la prestación de servicios

en hospitales nacionales. De manera adicional, se dispuso la exención del pago del impuesto a las ganancias para el personal de salud afectado a la atención de la pandemia.

En Brasil, se lanzaron tres convocatorias (*editais*) del Programa Más Médicos (*Mais Médicos*), para aumentar la disponibilidad de personal médico.

Perú, por su parte, incorporó una transferencia de S/ 720 (USD 215) a trabajadores en el sector médico que apoyan la emergencia COVID-19. Mientras que Colombia, mediante el Decreto 538 de 2020, incorporó un reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que preste servicios durante la emergencia.

Estas iniciativas apuntan a atraer, contener, retener y reconocer al personal de la salud en un contexto de crisis, lo que denota una desvalorización previa del recurso humano en muchos de los países.

Gestión centralizada de la infraestructura hospitalaria

Los casos de Chile y Colombia sobresalen por la incorporación de medidas vinculadas con el manejo centralizado de la gestión de la infraestructura hospitalaria disponible en cada país, lo que incluye tanto a la infraestructura pública como privada, las camas y los ventiladores mecánicos, para priorizar la atención de la salud en función de las necesidades de la población, con independencia de su inserción laboral, ubicación geográfica y nivel de ingreso. Ello implica medidas de reasignación a otros usos, reconversión y mejora de la infraestructura disponible con el fin de asegurar recursos disponibles para toda la población.

En México, se estableció un acuerdo entre el gobierno federal y una gran asociación de hospitales privados, con el objetivo de subcontratar hospitales privados durante 30 días para diversos pacientes no COVID-19, lo que permitió liberar camas en hospitales públicos para la atención médica relacionada con COVID-19.

En Costa Rica, se estableció que la CCSS podrá utilizar unidades de cuidados intensivos en centros de salud privados para el ingreso de pacientes COVID-19 (Decreto Ejecutivo 42607-S).

En Argentina, si bien no se avanzó en la gestión centralizada de la infraestructura disponible en

el país, la Resolución 1330/2020 del Ministerio de Salud crea un panel de control interactivo para monitorear los recursos críticos en salud.

Apoyo financiero a la seguridad social

Más allá de los esfuerzos mencionados para fortalecer la red pública en el caso argentino, se observa la incorporación de medidas destinadas a apoyar la capacidad financiera de los Agentes de la Seguridad Social, a partir de adelantos financieros que permiten sostener los ingresos de los financiadores y, de manera indirecta, asegurar los pagos a los prestadores de salud privada. En este caso, se aprobaron medidas de apoyo financiero de excepción a las Obras Sociales que tuvieron caída en la recaudación en los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto y septiembre.

Por su parte, en Ecuador, el IESS facilitó el pago de la seguridad social para las micro y pequeñas empresas que no pudieron cumplir con sus obligaciones de la seguridad social en los meses de marzo, abril, mayo y junio.

En Colombia, la Resolución 619 de 2020 autorizó la compra de cartera de las EPS del RS y RC con deuda a los IPS por parte de la ADRES. Mientras que, con el fin de garantizar el derecho a la salud de los afiliados al RC, el Decreto 538 de 2020 estableció que, una vez finalizado el periodo de protección laboral, la ADRES continuará pagando a las EPS el valor UPC de los cotizantes suspendidos y su núcleo familiar, así como el de los beneficiarios de los cotizantes que hayan fallecido durante la emergencia sanitaria.

Incorporación de prácticas de telemedicina y consulta médica en forma remota

La telemedicina y la incorporación de prácticas para la atención en forma remota se afianzó en muchos países de la región. En contextos de aislamiento y restricciones a la movilidad de las personas, en muchas situaciones el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsultas permitió sostener el acceso a la salud de la población.

En Argentina, en el marco de la situación de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), se implementó un sistema de dispensa

de medicamentos a partir de recetas médicas electrónicas. También se incorporó el servicio “Tele-Covid”, para permitir a la población sin obra social realizar consultas médicas con especialistas de forma remota. También se lanzó el Programa Federal de Salud Digital (“IMPULSA”).

En Brasil, la Portaria 467 reguló el uso de los servicios de telemedicina durante la emergencia sanitaria. En Panamá, se estableció un proyecto piloto del Programa Atención Domiciliaria, respaldado por telemedicina, que incluye monitoreo diario virtual a través de videollamadas y mensajería, así como llamadas telefónicas del personal médico para pacientes COVID-19 positivos mientras que, en Uruguay, se estableció un servicio gratuito de consulta médica por teléfono.

Atención de la salud y transferencias en especie a grupos vulnerables

En el marco de la pandemia por COVID-19, muchos grupos poblacionales se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad, lo que restringe el acceso a la atención de la salud y los elementos de higiene y protección indispensables para el cuidado personal. En este sentido, distintos países de la región implementaron medidas destinadas a atender y facilitar el acceso a los servicios de salud y servicios básicos a diferentes grupos de la población.

En Bolivia, se incorporó la atención gratuita por COVID-19 a poblaciones vulnerables o sin recursos que no estén registrados en el sistema público de salud o sin documentos. También se implementó un plan para mitigar los efectos de la COVID-19 y fortalecer la atención de la salud con medicamentos, equipos y personal para las comunidades indígenas en diversas regiones del país.

En Brasil, la Misión Xavante llevó suministros médicos para fortalecer la lucha contra la COVID-19 en comunidades indígenas de la región del Medio Oeste de Brasil y el gobierno federal inauguró pabellones hospitalarios para la población indígena con COVID-19.

El MINSAL, de Panamá, instrumentó la distribución de kits ambulatorios “Protégete Panamá” a los hoteles y albergues hospitalarios, y está evaluando

la ruta logística para entregarlos también a los pacientes que están en aislamiento domiciliario.

En el caso de Perú, se destaca la incorporación de transferencias en especie destinadas a población vulnerable, a los fines de asegurar elementos de higiene y protección personal (mascarillas) para hacer frente a la pandemia. Asimismo, este país aprovechó el contexto de pandemia para mejorar los niveles de cobertura de salud, con la apertura de la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) para las personas que están sin seguro médico. Al margen de la coyuntura, este tipo de medidas tiene un impacto relevante, dado que modifica en el mediano y largo plazo el acceso y la cobertura de salud para la población del Perú. Por último, también en Perú, se instrumentó el Plan de Intervención para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia de la COVID-19.

Planes de financiamiento y adquisición de vacunas por COVID-19

La lucha global contra la COVID-19 puso en evidencia la importancia de descubrir y lograr un veloz acceso a la vacuna. La mayoría de los países de la región destinó recursos dirigidos a desarrollar, producir o financiar el acceso a la vacuna en 2021.

México y Argentina presentaron en la Reunión de Ministros de la Cumbre de Estados Latinoamericanos y el Caribe (CELAC) el proyecto en el que ambas naciones participarán en la producción de la vacuna contra la COVID-19. El desarrollo de dicha vacuna está a cargo de la Universidad de Oxford y AstraZeneca.

Bolivia, Paraguay y Perú son parte de un conjunto de 40 países de América que accederá a vacunas COVID-19 a través del Mecanismo de Acceso Mundial a la Vacuna (COVAX). En una primera fase, recibirán el equivalente al 20% de la población total vulnerable.

En Brasil, el gobierno federal, a través del Ministerio de Salud, Fiocruz y el laboratorio AstraZeneca firmaron y acordaron transferencia de tecnología para la producción de 100 millones de dosis de la vacuna.

En Costa Rica, el gobierno tiene prevista una partida destinada a la compra de vacunas contra

la COVID-19. Por su parte, el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación de Chile lidera la Estrategia Nacional de Vacunas COVID-19, a los fines de garantizar el suministro oportuno y equitativo de una vacuna efectiva y segura para la COVID-19. En el mismo sentido, Ecuador manifestó la decisión del gobierno nacional de realizar las gestiones necesarias para obtener las vacunas contra la COVID-19 de manera efectiva y a un precio razonable.

Una visión de conjunto

Con el objeto de tener una visión rápida y agregada (y necesariamente incompleta) de las iniciativas adoptadas, el **Cuadro 5** resume las diferentes modalidades de medidas implementadas en los países de la región en el marco de la pandemia por COVID-19, a partir del relevamiento previo.

En suma, la pandemia de COVID-19 creó un estrés sin precedentes para los sistemas y servicios de salud de los países. La prioridad que se dio al control de la pandemia llevó a la interrupción de otros servicios y programas de salud corrientes, como las campañas de vacunación, la eliminación de la malaria, la prevención y el control de la tuberculosis y los programas para enfermedades no transmisibles. El impacto de la pandemia en las cadenas de suministro obstaculizó los esfuerzos encaminados a obtener medicamentos y suministros para otros problemas de salud (OPS, 2020). En términos generales, puede pensarse que las medidas de emergencia que se están tomando en relación con la pandemia introducen componentes que ayudan a la construcción de sistemas menos fragmentados, más eficientes y con mayor cobertura y acceso. Asimismo, las acciones buscan reducir la carga financiera que puede representar el acceso a la salud y afianza la equidad en salud. Sin embargo, como se destaca en CEPAL (2020), el foco puesto en la pandemia y la reasignación de recursos para contenerla y responder a ella no deben comprometer la continuidad de los servicios, incluidos aquellos que son esenciales; tampoco, la atención de otras enfermedades, como las enfermedades crónicas, los servicios de salud sexual y reproductiva, de controles pre y posnatales, y de salud mental y los programas de prevención regulares.

► Cuadro 5. Iniciativas de salud implementadas en el marco de la pandemia por COVID-19 en 12 países de América Latina

	Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	Costa Rica	Chile	Ecuador	México	Panamá	Paraguay	Perú	Uruguay
Fortalecimiento presupuestario de la salud, mediante la incorporación equipamiento, tests y profesionales de la salud												
Ampliación de la red de hospitales												
Coordinación en la gestión de la infraestructura hospitalaria												
Incorporación de incentivos al personal de la salud												
Apoyo financiero a instituciones de la seguridad social												
Incorporación de prácticas de telemedicina y consulta médica en forma remota												
Atención de la salud y transferencias en especie a grupos vulnerables												
Planes de financiamiento y adquisición de vacunas por COVID-19												

Fuente: Elaboración propia.

► Reflexión final sobre los desafíos pendientes

Más allá de los avances logrados durante los últimos años en relación con la cobertura y acceso universal a la salud en muchos de los países de América Latina, persisten importantes desafíos. En muchos casos, aún existen problemas de equidad en el acceso y hay un largo camino que recorrer para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos

Pese a la heterogeneidad de situaciones, es posible reconocer algunos rasgos comunes característicos de la región. Tal vez, el más importante es que se trata de sistemas cuya institucionalidad está organizada en diferentes segmentos que derivan en una importante e injustificada fragmentación en el acceso a derechos a la cobertura y a los servicios. Ese rasgo, sumado a la relativamente baja prioridad del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos y a los problemas de eficiencia en la organización general, suele derivar en importantes gastos de bolsillo, como una clara muestra de inequidad en los sistemas. Asimismo, y parcialmente como consecuencia de lo anterior, la región sufre también por la baja dotación de recursos humanos y físicos.

Al margen de los importantes rasgos comunes que fueron señalados, los sistemas de salud presentan características y resultados muy diferentes. Estos tienen mucho que ver con la diversidad de grados de desarrollo que presentan los países de la región. Pero también deben considerarse las diferencias en la organización de los sistemas de salud. Se señalaron los casos donde no existen seguros de salud contributivos obligatorios (Brasil); las situaciones donde los dos tipos de seguros están coordinados y no hay fragmentación de derechos (Costa Rica); los casos donde se encararon reformas para eliminar esa fragmentación que están en algún grado de avance (Uruguay, Colombia); las experiencias en las que se diseñaron y comenzaron a aplicar reformas de ese tipo (Perú, Bolivia, Ecuador, México); las reformas realizadas que tienden a consolidar la brecha entre seguros contributivos y no contributivos (Chile); los países que no presentan reformas significativas en este sentido (Panamá, por ejemplo) o los cambios

que derivaron en un mayor grado de divergencia (Argentina).

Sobre ese escenario, la irrupción de la pandemia por COVID-19 significó un replanteo de la prioridad que detentan los sistemas de salud en la región y el mundo. En este documento se identificaron y analizaron algunos de los patrones comunes que se presentaron en las políticas instrumentadas en muchos países durante este periodo tan especial. Entre ellos, se destacan: el predominio de la política sanitaria dentro de las agendas gubernamentales; el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios de Salud de los gobiernos centrales; los cambios en las fuentes de financiamiento de los diferentes segmentos derivados de los efectos económicos de la pandemia; la acelerada incorporación de tecnologías de la información y comunicación (TIC) en los servicios de salud, y la necesidad de fuertes inversiones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud de la región.

A partir de estos cambios, será importante pensar más allá de la crisis vigente y definir los diferentes senderos de reforma deseable en el largo plazo que, en cada caso, estén dirigidos a alcanzar sistemas de protección de la salud universal con mecanismos de financiamiento solidarios y sustentables. Se trata de consolidar una política sectorial que revalorice los componentes preventivos de la salud pública y tienda, paulatinamente, a asegurar el uso de los fondos públicos para el logro de cobertura y acceso universales e igualitarios para todos los ciudadanos, con independencia de la relación que sus miembros tengan con el mercado laboral.

Pasada la emergencia, desaparecerán lentamente algunos de los rasgos que caracterizaron este periodo tan excepcional. Sin embargo, varios elementos de la política sanitaria que siguieron los países durante la pandemia constituirán las bases de cambios más permanentes. Entre ellos, la revalorización de la política pública, en especial la necesaria rectoría de los ministerios sectoriales de los gobiernos centrales, y la incorporación de TIC

a la organización de los servicios de salud; estos cambios deberán prevalecer y ser fortalecidos.

Los sistemas que mantienen algún grado de fragmentación en la cobertura y acceso (casi todos en la región) deberán seguir afrontando la sumatoria de restricciones financieras generadas por la caída en la cobertura de seguros sociales, la cual fue motivada por los problemas en el mercado de trabajo formal, las dificultades de financiamiento de los seguros privados y los gastos de bolsillo por parte de grupos de la población más vulnerables ante esta crisis. Estos movimientos derivarán, seguramente, en una mayor demanda de los servicios públicos que, simultáneamente, sufrirán los efectos de la crisis sobre el espacio fiscal de los distintos gobiernos. Durante este periodo de salida de la crisis, que será diferente en cada país y que se espera que resulte lo más breve posible, resultará indispensable hacer el uso más eficiente posible de los recursos escasos e introducir mecanismos para evaluar resultados y priorizar los servicios de salud brindados a la población.

El funcionamiento y el manejo que pudieron tener los sistemas de salud en el marco de la pandemia permitirá, en algunos casos, repensar o reevaluar las reformas en curso, así como la organización existente e impulsar cambios en distintas direcciones. Es claro que el punto de partida para la esperable nueva ola de reformas que seguirá a la salida de la crisis mostrará diferencias con la situación previa, y más allá del sendero de reformas en materia de la protección social de riesgos de la salud que pueda seguir cada país, será indispensable mantener la búsqueda de modificaciones que tiendan a asegurar la cobertura y acceso universales a los servicios de salud, de la manera más eficiente posible.

No se intentó aquí mostrar un sendero virtuoso e ideal de reformas porque no creemos que eso exista. En cambio, se intentó de presentar información y argumentos que puedan ser útiles para el debate en cada uno de los países de la región, para avanzar hacia políticas de protección social que garanticen la cobertura y acceso universales a los servicios de salud.

► Referencias bibliográficas

- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O. y Nigenda, G.** 2011. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), s243-s254.
- Arbulo, V., Pagano, J. P., Rak, G. y Rivas, L.** 2012. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo, OPS.
- Banco Mundial.** 2013. Serie de Estudios UNICO 14 Costa Rica: Logros y dificultades de la atención primaria de salud dentro del marco del seguro social de salud. Washington DC.
- 2020. *Global Economic Prospects*. Washington: World Bank.
- Báscolo, E., Cetrángolo, O. y Goldschmit, A.** 2020. Hacia la salud universal: Un estudio sobre los conjuntos garantizados de prestaciones y carteras de servicios de salud en países de América Latina, OPS, mimeo.
- BM-OCDE.** 2020. *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing, París.
- Buglioli Bonilla, M. y Rubio V.** 2000. "Sistemas de ajuste por riesgo". En *Revista Médica Uruguay* 2000, Vol 16, N° 2.
- Carvalho B. y B. Schubert.** 2013. "El Sistema único de salud de Brasil, público, universal y gratuito. Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria". En *Monitor Estratégico* N° 3, Superintendencia Nacional de Salud.
- Casalí, P., O. Cetrángolo y A. Pino.** 2020. Protección social en América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia. Nota técnica regional. *Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19*, OIT, Lima.
- CEPAL.** 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer periodo de sesiones de la CEPAL, Montevideo.
- 2020a. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID19. Efectos económicos y sociales. Informe Especial COVID-19 N° 1. Santiago de Chile.
- 2020b. Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones. Informe Especial COVID-19 N° 5. Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O. y A. Goldschmit.** 2011. El financiamiento de sistemas de salud en países de América Latina: desafíos para alcanzar una cobertura universal, implicaciones fiscales y su impacto sobre la equidad. OPS, mimeo.
- 2013. La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces. Impactos desafíos y reformas. El caso de la Argentina. Serie Macroeconomía del Desarrollo N° 144, CEPAL.
- 2018. Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal. El caso argentino. DT N° 24, IIEP-UBA. OPS 2002
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casalí, P. y Casanovas, L.** 2013. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva, OIT.
- Cetrángolo, O., Goldschmit, A., San Martín, M. L., Lima Quintana, L. y M. Aprile.** 2011. "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros". En *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011*, N° 6. PNUD-OPS-CEPAL, Buenos Aires.
- Comisión Presidencial ISAPRES.** 2014. Informe Final. Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, Chile.
- Cortés Espinosa, J.** 2014. "Modelo de promoción de la salud con participación social en Panamá". En *Monitor Estratégico* N° 6, Superintendencia Nacional de Salud.

- Escobar, L. y Bitrán, R.** 2014. "Chile: las garantías explícitas en salud". En Gideon, U., Bitrán, R. y Tristao, I. ed. (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional, BID.
- Fernández Galeano, M., Levcovitz, E. y Olesker, D. Coordinadores.** 2015. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.
- FMI.** 2020. Actualización de las perspectivas de la economía mundial. Washington.
- Jiménez Barbosa, W., Granda-Kuffo, M. L., Ávila-Guzmán, D. M., Cruz-Díaz, L. J., Flórez-Parra, J. C. Mejía, L. S y D.C. Vargas-Suárez.** 2016. Transformaciones del sistema de salud ecuatoriano. Rev Univ. Salud.
- Knaul, F. y otros.** 2003. "El sistema de protección social en salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares". En Caleidoscopio de la Salud. Knaul, F. y Nigenda, G. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- KPMG.** 2020. Islands of progress. The Caribbean's journey to Universal Health Coverage.
- Lalta, S.** 2018. Health financing in the Caribbean: current situation, challenges and responses. PAHO Sub-regional Dialogue on Health Financing in the Caribbean, Barbados, August 28—29, 2018.
- Montekio, V, Medina G. y Aquino, R.** 2011. "Sistema de salud de Brasil". En Revista Salud Pública de México, vol. 53, suplemento N°. 2.
- Naciones Unidas.** 2020. Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. Nueva York.
- OCDE.** 2017. OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017. OECD Reviews of Health Systems. OECD Publishing, Paris. Versión traducida: Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica. Evaluación y Recomendaciones. Ministerio de Salud, Costa Rica 2017
- OIT.** 2017. Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible. Ginebra.
- 2020a. El COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política. Nota técnica, Oficina de la OIT para la Argentina.
- 2020b. Impactos en el mercado de trabajo y los ingresos en América Latina y el Caribe. Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19. OIT, Lima.
- OPS.** 2002. La Salud en las Américas. Washington D.C.
- 2004. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. Serie Análisis de Situación de Salud N°.15. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. San José, C.R.
- 2010. Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra.
- 2014. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Resolución CD 53. R 14, Washington.
- 2020. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas.
- OPS/OMS.** 2007. Perfil de los sistemas de salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Tercera edición, Washington.
- OPS/OMS.** 2017. Salud en las Américas. Washington.
- Paolucci, F. y Velasco, C.** 2017. Reformando el sistema de seguros de salud chileno: elección, competencia regulada y subsidios por riesgo. Debates de Política Pública, Centro de Estudios Públicos.
- Reich.** 2020. Restructuring Health Reform, Mexican Style, Health Systems & Reform 2020, Vol 6, Nro 1.

Sáenz, M. R., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. L. 2011. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s156-s167.

Secretaría de Gobierno de Salud. 2019. ¿Cuánto gasta Argentina en Salud? Ministerio de Salud y Desarrollo Social.



Organización
Internacional
del Trabajo

Oficina de la OIT para los Países Andinos

Calle Las Flores 275
San Isidro
Lima - Perú

(511) 615 0300