

Las Políticas de Salud en Latinoamérica: El Camino Hacia la Cobertura Universal.

Health Policies in Latin America: The Path to Universal Health Coverage.

Flores-Olivos, Abdel Javier **

Liza-Zatti, Sonia Alejandra ***

Santa-Cruz Arévalo, Johanna Elena ****

Barrantes-Mann, German Alejandro Luis *****

RESUMEN

El artículo presenta la relación existente entre la antigüedad, el Objetivo: Identificar los últimos avances en la evolución de las políticas de salud latinoamericanas desde finales del siglo pasado hasta nuestros días y analizar el rol fundamental de la cobertura universal de salud. Materiales y métodos: La metodología empleada se apoyó en tres fases: identificación y planteamiento del problema de investigación, búsqueda de información relevante en revistas de impacto y análisis sistemático de la información. Se utilizaron fuentes pertenecientes a bases de datos bibliográficos en línea. Resultados: El análisis de la literatura permitió observar los aciertos y dificultades a los que

** Universidad César Vallejo, Economista, Maestro con mención en Proyectos de Inversión, Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad de la Universidad César Vallejo, Chiclayo, Perú. Correo electrónico: afloresol@ucvvirtual.edu.pe/ ecoabdel@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-5639-9001>,

https://scholar.google.es/citations?view_op=list_works&hl=es&authuser=I&user=XIJGd2AAAAAJ

*** Universidad Cesar Vallejo. Economista. Magíster en Gestión Pública. Doctora en Economía. Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad de la Universidad César Vallejo, Chiclayo, Perú. Correo electrónico: slizaz@ucvvirtual.edu.pe, bejliz@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4349-2696>,

https://scholar.google.com.pe/citations?view_op=list_works&hl=es&user=KApgv3AAAAAJ

**** Universidad César Vallejo, Licenciada en Administración Hotelera, Turismo, Ecoturismo y Gastronomía. Licenciada en Idiomas Extranjeros. Magister en Ciencias de la Educación. Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad de la Universidad Cesar Vallejo, Chiclayo, Perú. Correo electrónico: sarevaloje@ucvvirtual.edu.pe / giovis9@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0213-5534>, Scopus Author ID: 57217224594, <https://scholar.google.es/citations?user=Wu-sE7EAAAAAJ&hl=es>

***** Universidad César Vallejo, Ingeniero de Sistemas y Cómputo, Maestro en Administración de negocios-MBA, bmannaga@ucvvirtual.edu.pe, <https://orcid.org/0000-0003-4414-1836>.

<https://scholar.google.es/citations?user=6mUVaZkAAAAAJ&hl=es>

JOURNAL OF BUSINESS
and entrepreneurial
studies

ISSN: 2576-0971



<https://doi.org/10.37956/jbes.v4i2.84>

Atribución/Reconocimiento-NoComercial- Compartirlgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC

BY-NC-SA 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

Journal of Business and entrepreneurial
EI

<http://journalbusinesses.com/index.php/revista>
eISSN: 2576-0971

journalbusinessentrepreneurial@gmail.com

se han enfrentado los países de la región por implementar políticas adecuadas en sus sistemas de salud, que permitan alcanzar la cobertura universal. Conclusión: A causa de la ineficiencia de las estrategias sanitarias latinoamericanas, surge la necesidad de redefinir los paradigmas de este campo. Se espera que, en el corto plazo, se redefinan las políticas sanitarias para aprender de los errores y lograr una cobertura universal que sea equitativa y justa para toda su población.

Palabras Clave: Salud pública, políticas de salud, Latinoamérica, Perú, cobertura universal de salud

ABSTRACT

Objective: To identify the latest advances in the evolution of Latin American health policies from the end of the last century to the present day and to analyze the fundamental role of universal health coverage. **Materials and methods:** The methodology used was based on three phases: identification and presentation of the research problem, search for relevant information in impact journals and systematic analysis of the information. Sources from online bibliographic databases were used. **Results:** The analysis of the literature allowed us to observe the successes and difficulties that the countries of the region have faced in implementing adequate policies in their health systems that allow achieving universal coverage. **Conclusion:** Due to the inefficiency of Latin American health strategies, the need arises to redefine the paradigms in this field. It is expected that, in the short term, health policies will be redefined to learn from mistakes and achieve universal coverage that is equitable and fair for its entire population.

Keywords: Public health, health policies, Latin America, Peru, universal health coverage

INTRODUCCIÓN

Cuando Tedros Adhanom Ghebreyesus asumió el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dejó claro su prioridad, avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. De hecho, dejó claro que el centro de gravedad de la OMS debe ser la asistencia mundial de salud, en concordancia con el informe final de Margaret Chan como Director General antecesor de la OMS. En dicho informe se destacó los últimos hitos históricos hacia la cobertura universal de salud (The Lancet Global Health, 2017) . Uno de estos hitos fue la asamblea general de la ONU, en septiembre de 2015, que estableció los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los ODS establecen 17 objetivos, 169 metas y 230 indicadores con miras al año 2030 (GBD et al., 2016). Existe, a nivel mundial, una desigualdad social que afecta a gran cantidad de personas y que impide el alcance de su bienestar; desigualdad a la que intenta hacer frente la Agenda 2030, para lo cual se requieren respuestas en forma de políticas públicas que tengan lo necesario para crear una relación entre los diversos sectores, utilizando eficientemente los recursos limitados de los que se dispone, buscando objetivos en común, como ampliar de forma integrada la salud y la protección social. Es por eso que, en todos los países, la disminución de las desigualdades en salud deben ser un objetivo primordial, indistintamente de su cantidad de ingresos y el nivel de desarrollo. Para lograrlo, se pueden promover la construcción el fortalecimiento de sistemas universales de protección social que busquen la salud integral y la erradicación de las diferencias en el sector. (Abramo et al., 2020).

En relación con el campo de la salud, el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 garantiza el acceso a la salud y el bienestar, pero para lograrlo, es esencial cumplir con la meta 3.8: Lograr

la cobertura sanitaria universal (WHO | Universal health coverage, 2021). En cumplimiento de este objetivo, Latinoamérica ha implementado políticas de salud con el fin de mejorar su sistema sanitario. Sin embargo, se sabe que la inequidad en salud está determinada, principalmente, por la posición socioeconómica de la población, especialmente la desigualdad de ingresos.

La división en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe es el resultado de las grandes brechas que existen en la distribución de los ingresos entre los países. Dicha desigualdad en salud hace que las familias, en particular las que poseen menos recursos, dirijan gran cantidad de estos a suplir dicha necesidad básica. Esto, a su vez, genera un círculo vicioso: las personas pobres no acceden a buenos servicios de salud y la mala salud les hace mantenerse en la pobreza, aumentando los niveles de desigualdad social (Almeida, 2020; Casazola, 2021; Martínez, 2017). Es por eso que, en todos los países, la disminución de las desigualdades en salud deben ser un objetivo primordial, indistintamente de su cantidad de ingresos y el nivel de desarrollo. Para lograrlo, se pueden promover la construcción el fortalecimiento de sistemas universales de protección social, que busquen la salud integral y la erradicación de las diferencias en el sector. (Abramo et al., 2020); (Gamboa et al., 2019).

Basándose en el índice de inequidades en salud, que fue construido con un grupo de indicadores que demuestran la inequidad en salud, se puede afirmar que existen grandes diferencias con respecto a ese sector en los países de América Latina y el Caribe. El que en mejor posición se encuentra es Cuba, que, a pesar de no poseer el mayor PIB de la región, revela mejores indicadores de salud y asignación de recursos en sanidad, formando parte, junto a Argentina, Uruguay, Chile y México, los cinco países que poseen la situación en salud más favorable. Caso contrario con Venezuela, que es de los países que ostenta mayor PIB, pero su posición en salud es desfavorable debido a que se le destina menos gasto a dicho sector, siendo considerado uno de los cinco países que tienen las peores situaciones con respecto a la salud, junto a Haití, Guatemala, Bolivia y Honduras. (Cardona et al., 2013)

En Perú, la falta de diversificación de los servicios de la salud, que se evidencia en la ausencia de instituciones como SUSALUD en otras regiones aparte de Lima y el norte del país, muestra las grandes deficiencias en las que se encuentra el sector. Por ello, la protección del derecho de todos a la salud se convierte en un desafío para el Estado, priorizando al asegurado o paciente, quien es el centro de atención del sistema sanitario. (García, 2020)

Si bien, en América Latina y el Caribe la elaboración de políticas públicas tiene su base en factores como el tipo de régimen político, las instituciones, el PIB y la ideología del régimen político, así también por su vinculación con países vecinos (“efecto vecino”), influencia de expertos y decisiones de organismos internacionales (Osorio y Vergara, 2016).

Entre las principales acciones que desde el Estado se puede tomar para incrementar la eficiencia y cohesión en los sistemas sanitarios se encuentran: establecer una provisión estratégica de material de sanidad (medicamentos, materiales de protección, sustancias desinfectantes, respiradores, entre otros), fortalecer el rol de la atención primaria y comunitaria como filtro especializado, avalar la disponibilidad de una correcta capacidad de respuesta del sistema a través de un correcto manejo de personal, unificar estratégicamente los servicios de salud existentes con la finalidad de facilitar una colaboración directa entre ellos y llevar a cabo jornadas

informativas y pedagógicas que busquen la recuperación de la confianza ciudadana en sus sistemas sanitarios y que les haga responsabilizarse por su salud. Así también es necesario un sistema de vigilancia en salud pública fuerte con capacidad de alerta y respuesta ante las emergencias. (Cantero, 2020); (Barros Bastidas & Turpo Gebera, 2017).

Sin embargo, hay quienes consideran que este enfoque con objetivos de desarrollo globales tiene una visión reduccionista de los servicios sanitarios y que considera a la salud como parte de la vida que se encuentra determinada por factores sociales, económicos y físicos, ha logrado ser poco efectivo y proponen un enfoque con perspectiva integracionista y que tomen la equidad sanitaria no como el fin de los “objetivos de desarrollo sostenible”, sino como el medio para lograrlos, sin desmerecer la importancia de las políticas de promoción de la salud antes mencionadas pero haciendo realce en una salud pública con base en factores como la ética, la equidad global, la interrelación de todos los actores involucrados y la calidad de vida como fin supremo. (Franco, 2019; Valera y Lara, 2020).

Con respecto al nivel de respuesta de los países latinos ante la pandemia Acuña Ortigoza, (2021) menciona, Latinoamérica es la región más afectada respecto al número de muertes por Covid 19, esto muestra la débil estructura del sistema público de salud, motivado por la falta de inversión en salud y las altas privatizaciones. Los índices de fallecidos y muertos se cuentan en la mayoría de países latinos, mostrándose la escasa capacidad de respuesta ante la emergencia sanitaria generada por el Covid 19.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología de la presente investigación es de corte cualitativo, que según (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014), busca a partir de prácticas interpretativas hacer al mundo visible, a través de observaciones y análisis de información. Es naturalista ya que busca estudiar fenómenos en el momento oportuno y ambiente natural, es interpretativo, por lo que busca encontrar sentido a las cosas, por medio de la interpretación que las personas puedan establecer.

Esta investigación precisa una revisión bibliográfica con información relevante sobre las políticas de salud aplicadas en Latinoamérica. La metodología empleada se apoyó en tres fases. La primera, la identificación y planteamiento del problema de investigación; segundo, la búsqueda de información relevante en revistas de impacto; y finalmente el análisis sistemático de la información.

La búsqueda de información bibliográfica utilizó fuentes de información relevante y se basó en las bases de datos bibliográficos Scopus, Dialnet, Redalyc, Scielo, EBSCO y Science Direct.

RESULTADOS

La salud Pública en América latina

¿Es el acceso a la cobertura sanitaria universal un derecho de todos? Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles implementados en el año 2015 dejaron claro que la cobertura sanitaria global es

primordial en dirección a conseguir el desarrollo. Además, la declaración de Alma – Ata dejó claro que el acceso a la salud es un derecho humano fundamental (Rivero y A, 2018; Organización Mundial de la salud, 2020). Dicha declaración, realizada el 12 de septiembre de 1978, transmitió la necesidad de tomar medidas apremiantes por parte de gobiernos, profesionales de la salud y demás actores implicados, de proteger e impulsar la inclusión total de la salud a cada individuo en el mundo.

En esta declaración se expresa que la salud es un estado completo de satisfacción, y no solo la ausencia de enfermedad, y además es un derecho humano fundamental, como ya lo mencionamos antes. También, expone la necesidad de cerrar las brechas de desigualdad entre los países que permitan un desarrollo económico y social que facilite el acercamiento del sistema de salud hacia todos los habitantes (Rivero y A, 2018).

La asistencia sanitaria global involucra que todas las personas pueden recibir atención de los servicios de atención médica necesarios para su bienestar, pero con estándares de calidad y eficiencia. Esto implica garantizar que las personas tengan acceso al sistema sanitario necesario sin sufrir dificultades económicas para poder obtenerlas (Kutzin y Sparkes, 2016; Ranabhat et al., 2020).

En virtud de la declaración de Alma – Ata, Latinoamérica ha realizado esfuerzos en los últimos años por mejorar sus sistemas de salud a través de políticas sanitarias adecuadas. ¿Qué políticas de salud ha implementado Latinoamérica para garantizar el acceso sanitario de sus habitantes? A lo largo de este artículo veremos cómo en los últimos años, distintos países de la región han evolucionado en sus políticas con la finalidad de garantizar la viabilidad global de la salud. No obstante, también veremos que aún falta mucho por mejorar para lograr una atención médica de calidad y accesible a todos los ciudadanos.

En primer lugar, es importante señalar que algunos especialistas argumentan que se puede alcanzar la asistencia global mediante combinaciones de seguros privados y públicos, a los cuales las personas pueden tener acceso según su condición económica. Esta óptica admite que la salud es responsabilidad de las mismas personas ya que su financiamiento es asumido por los mismos individuos o sus empleadores, pero no por el estado. Por otro lado, existen organizaciones como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) que defiende el acceso a la salud de todos los ciudadanos como una responsabilidad completa del Estado, como garante de sus finanzas y administración (Heredia et al., 2015). ¿Qué modelo han escogido los países Latinoamericanos? Veamos lo que nos confirma la historia.

Las sociedades Latinoamericanas, desde el periodo colonial, han sido afectadas por profundas desigualdades económicas, que a lo largo del siglo XX se siguieron haciendo evidentes por la escasa redistribución social (Machado et al., 2017).

Hoy en día, las desigualdades socioeconómicas es uno de los problemas que se enfrenta América Latina para la implementación de políticas de salud. A este respecto, Houghton et al. (2020) menciona que los países de Colombia, El Salvador, Perú y Paraguay, durante los años 2010 a 2016, mostraron mejoras respecto a las desigualdades socioeconómicas, aunque todavía existe

grandes brechas de desigualdad en el impedimento al acceso a los servicios de salud entre la población de ingresos más altos y más bajos.

Para optimizar la accesibilidad a los servicios sanitarios, Colombia y Perú decidieron ampliar la cobertura de seguros. Colombia, por medio de una red de seguridad social apoyado bajo un modelo de competencia gestionada. Perú, por medio de la Ley del Seguro Universal de Salud. A pesar de ello, los resultados del estudio mostraron que la segmentación de los planes de seguro de salud, en los sistemas de salud de dichos países, conducían a desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria de la población (Houghton et al., 2020).

En Colombia se encontró que los factores geográficos y financieros y la obtención de la autorización de seguro requerida, fueron las mayores barreras para acceder a la atención de salud. En Perú se detectó que hubo un aumento en el porcentaje de la población que buscó atención por un problema de salud en una farmacia, es decir automedicándose, en lugar de recurrir a algún establecimiento de salud. Además, se encontró que disminuyó la demanda de atención formal del lado de los beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS) y EsSalud. Estos comportamientos indican que existe una disminución de la efectividad y capacidad del sistema para satisfacer las necesidades de la población (Houghton et al., 2020).

En lo que respecta a El Salvador y Paraguay, sus políticas de salud estuvieron dirigidas a mejorar el acceso por medio de un plan integral de asistencia primaria sanitaria dirigiendo el financiamiento a los grupos de población vulnerables. El Salvador adoptó reformas integrales dirigidas a la atención primaria de salud con el propósito de garantizar el acceso universal a la salud. Una de estas reformas fue fundar el programa Comunidades Solidarias Rurales en 2009, cuyo principal propósito es fomentar la cooperación comunitaria prestando atención integral a las poblaciones vulnerables, como personas con discapacidad, niños y adolescentes y familias en condición de pobreza extrema (Houghton et al., 2020; Parra, 2018).

Por otro lado, Paraguay realizó inversiones sustanciales en la asistencia primaria sanitaria y la eliminación de los pagos directos en los establecimientos de salud. También se creó el Tekoporá, en el año 2005 para atender a las familias que se encuentran en situaciones extremas de pobreza mediante un programa que se encargue de transferir dinero. Su propósito es incrementar el bienestar de estos grupos por medio del acceso a los sistemas de salud, alimentación y educación. Estas estrategias están teniendo resultados pues al centrarse en la atención primaria de salud como prioridad, teniendo en cuenta las poblaciones vulnerables, se logra una mayor probabilidad de atención en salud equitativa (Houghton et al., 2020; Parra, 2018).

La globalización influye en las políticas de estado respecto al sector salud, pues la diversidad socioeconómica de los países hace que adopten puntos de vista distintos, respecto a los responsables de la asistencia sanitaria. A modo de ejemplo, los países con gobiernos de derecha o neoliberales optan por políticas de salud ligadas a la privatización de la salud, con políticas mercantilistas, donde los servicios médicos involucran intereses económicos. Por otro lado, los países con gobiernos de izquierda, asumen la obligación del Estado como suministrador de la atención de salud en pro del bienestar social, así como mejorar la calidad de vida a sus ciudadanos (Laurell, 2017).

Analizando la perspectiva sudamericana de la salud integral, Franco (2016) nos menciona qué:

La salud global en Latinoamérica (en comparación de la anglosajona) desafía las secuelas causadas por la globalización y antepone a la salud poblacional, su repercusión en las políticas y sistemas de salud de los países de la región, ratifica el discernimiento y juicio crítico, reflexivo de la institucionalidad y de las configuraciones de la supremacía, y emplea la cooperación interinstitucional e internacional. (p.2)

Además, es importante recalcar que Latinoamérica se ha visto influenciada por los lineamientos y políticas de instituciones multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud, para el diseño de sus propias políticas sanitarias. Lo que muestra que es necesario asumir posiciones más autónomas, propias de Latinoamérica, que sean más apropiadas para la región. Una de estas posiciones es la iniciativa de la Alianza Latinoamericana de Salud Global que entiende a la salud como un bien público que está enlazado con la justicia social y ejes tales como la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos. (Franco, 2016)

Analizando la influencia de la globalización, y el impacto de los sistemas económicos en las políticas de estado respecto al bienestar social y a la salud, observamos que, a partir de la década de 1980, diversos países de Latinoamérica comenzaron reformas con el fin de aliviar la pobreza y aminorar las desigualdades socioeconómicas. Incluso una década más tarde, en 1990 se hicieron reformas para reforzar el sistema de salud e incluir la cobertura global de la salud (Atun et al., 2015).

Sobre las fases de transición de los sistemas sanitarios de América Latina desde la década de 1990 en adelante, Báscolo et al. (2018) menciona lo siguiente:

Destacados países tal y como es el caso de Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay, cuentan con reformas acentuadas a causa de la incorporación de diversos incentivos económicos que tienen la función de ser una táctica de transformación para el aseguramiento en salud, con atribuciones de carácter de la seguridad social. La meta principal de estas reformas era extender y ampliar la cobertura explícita de la atención de la salud y su protección financiera. En tal sentido, las innovaciones de gobernanza se han centrado en modificar los procedimientos de regulación del modelo de financiamiento (con énfasis en el aseguramiento de los servicios médicos), con la entrada de incentivos de mercado y procesos de competencia (llevado a cabo por administradores de recursos, empresas farmacéuticas y suministradores de servicios).

Es conveniente señalar que dado las variaciones, estas hayan originado a otros órganos de regulación y fiscalización, abarcando las superintendencias con rol de regulación de las organizaciones responsables del patrocinio de los servicios de salud (p. ej., superintendencias de Chile y Colombia), también existe el caso que sea por medio de una injerencia superior del Ministerio de Salud con funciones de regulación y gestión del aseguramiento de fuente contributiva (p. ej., Junta Nacional de la Salud, JUNASA, de Uruguay), o mediante el papel demandante por las agencias a cargo del aseguramiento público (p. ej., Fondo Nacional de Salud, FONASA, de Chile). A excepción de México, las reformas de dichos países se basaban en encontrar una dirección común entre los mecanismos de aseguramiento junto al sector público y la seguridad social. (p. 3)

Es decir, la estrategia implementada por estos países es generar incentivos económicos en los actores de salud para incrementar la asistencia de los servicios de salud, además de establecer agencias de regulación y fiscalización de las organizaciones responsables del financiamiento de estos servicios.

Sin embargo, hay otros países latinoamericanos, que han optado por otras estrategias, como es caso de Paraguay, El Salvador y Guatemala, cuyos procesos de modificación de sus sistemas de salud radican en cambios de sus pautas en el ámbito de organización, manejo de gestión y asistencia sanitaria, dándole más importancia al fortalecimiento de sus organizaciones responsables de las prestaciones de salud y la calidad de estos servicios, en vez de centrarse en los incentivos y regulaciones al financiamiento del sector salud. El Salvador, por ejemplo, artículo su red de servicios comunitarios, Paraguay consolidó el avance del prototipo de asistencia con orientación al nivel de atención primario, lo mismo que Guatemala (Báscolo et al., 2018).

Como se observa, desde la década de 1990, los países latinoamericanos han realizado esfuerzos por mejorar sus sistemas de salud. Sin embargo, uno de los retos que afrontan los sistemas de salud en Latinoamérica es el problema de la gobernanza. (Reconocer autoría)

Entonces, ¿qué es la gobernanza del sistema de salud? El término gobernanza implica ceder obligaciones, compromisos de la toma de decisiones de los individuos a una entidad gobernante, formada por una o más instituciones, y cuentan con mecanismos de rendición de cuenta para monitorear y asegurar el cumplimiento de las decisiones tomadas (Fryatt et al., 2017). El inconveniente de los países latinoamericanos es que su sistema de gobernanza de salud está muy fragmentado y eso afecta la toma de decisiones.

Sistemas de Salud en Latinoamérica

América Latina sigue segregando los sistemas de salud por segmentos sociales. Incluso, como veremos a continuación existen casos en donde en el mismo sector público existen dos bloques separados de atención en salud. Un seguro social perteneciente a trabajadores asalariados, y otro que atiende a personas vulnerables, con un seguro con estándares de calidad bajos y deficiencias (Cotlear et al., 2015).

¿Qué podemos decir del sistema de salud peruano? Una de las características que comparte su sistema de salud con el de sus vecinos, es que dicho sistema es muy fragmentado y segmentado, lo que limita la capacidad de brindar una atención de calidad. (Gianella et al., 2020). Esta fragmentación afecta la rectoría en el sistema de salud como veremos más adelante.

Cañizares (2017) analizó la evolución del sistema de salud peruano aproximadamente por 9 años, desde el 2005 hasta el 2014. En este análisis estudió 3 aspectos claves que permiten hacer un diagnóstico de la calidad del sistema sanitario en el Perú en dicho estadio. El primero de estos aspectos es la rectoría en el sistema de salud.

¿Qué es la rectoría en el sistema de salud? Es “la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Cañizares (2017) nos explica que el hecho de que se haya creado, la Superintendencia de Salud, es una muestra de rectoría. Sin embargo, esta capacidad de liderazgo que se desarrolla dentro de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es una débil rectoría ya que nadie cumple

las normas que esta institución emite. Y uno de los motivos de este incumplimiento de las normas se debe a un sistema de salud fragmentado y muy segmentado.

A esto hay que sumarle la fragmentación a nivel de gestión de las políticas en el sector salud, debido a que son distintas instituciones en el país, las que pueden tomar decisiones dentro del sector. Por ejemplo, por un lado, está el Ministerio de Salud (MINSa) como principal órgano rector del sector, pero el seguro médico de las fuerzas armadas está bajo la responsabilidad del Ministerio de Defensa. También, existe el Sistema de Seguro Social de Salud (EsSalud) que está adscrito al Ministerio de Trabajo. Por otro lado, como se menciona líneas arriba, se creó la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), para que regule a los Proveedores de Salud (IPRESS), así como los Fondos de Seguro de Salud (IAFAS). SUSALUD está adscrito al MINSa, pero paralelamente existe el seguro privado que se encuentra a cargo de la Superintendencia de Banca y Seguros (Gianella et al., 2020).

Como se evidencia, la gobernanza del sector salud en Perú, está caracterizada por dos enflaquecimientos muy importantes, una débil rectoría de parte de sus instituciones responsables del liderazgo del sector salud y una fragmentación en la administración del sector.

Otro aspecto analizado fue la provisión de servicios de salud, sobre este aspecto Cañizares (2017) señala que “el SIS ha tenido mejorías, incrementando atención de niños, madres y adultos de la tercera edad, cubre 85% de patologías más frecuentes (...). Sin embargo, la cobertura con seguro no logró cubrir a todos ya que el “25 % de personas no tienen nada” (p. 4). Por lo que podemos inferir que aún falta desarrollar los medios que proveen los servicios de salud pues, aunque son eficaces para el control de enfermedades, no logran cubrir la totalidad de la población. De hecho, como menciona Báscolo et al. (2018) “la debilidad de iniciativas en relación al fortalecimiento y cambio del modelo de atención y organización de los servicios de salud, con una perspectiva de APS [atributos de la atención primaria de salud] integral, podría ser la explicación para estas limitaciones”(p. 6).

Respecto a sus políticas de desarrollo y protección a poblaciones vulnerables, Perú creó en el año de 1991 el Fondo de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) bajo la responsabilidad del Ministerio de Desarrollo en Inclusión Social, cuyo objetivo es trabajar a favor de las familias campesinas en pobreza extrema dándoles oportunidades económicas, desarrollado sus capacidades productivas. De esta manera se busca que estas familias logren mejorar sus ingresos y puedan acceder a mejores servicios de educación y salud (Parra, 2018). En Argentina, Noy (2021) señala que su sistema de salud es altamente descentralizado, donde sus gobiernos provinciales son responsables de sus propias políticas de salud. Sin embargo, guarda algunas similitudes con el sistema de salud nacional, pues también está conformado por tres sectores: público, privado y seguridad social.

Al realizar entrevistas a los formuladores de políticas en salud en Argentina, Noy (2021) encontró que, los formuladores de políticas tienen especial preocupación por los desafíos que conlleva un sistema de salud federal. Además, toman a Canadá como modelo a seguir, pues el gobierno canadiense establece un acuerdo entre las provincias y el gobierno nacional para definir el nivel adecuado de atención médica. Además, destacan como ejemplo el acceso y cobertura a la salud de países como Francia o España.

Por otra parte, la gestión del Sistema Nacional de Salud en Ecuador también se encuentra estructurada en tres organizaciones diferentes como Guzmán (2019) explica:

El primero representado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cual brinda atención de la población más vulnerable y con escasos recursos.

El segundo subsistema hace parte del Sistema de Seguridad Social (SS), cuyo objetivo es proteger a los trabajadores bajo relación de dependencia o que optan por la afiliación voluntaria, ya sea del sector público o del privado. Existen reformas y reglamentos que amplían la cobertura a atención hacia los cónyuges e hijos menores de 18 años de los aportantes en los diferentes regímenes de SS. Además, brinda los servicios de salud por medio de los institutos de SS (Seguridad Social General, Fuerzas Armadas y Policía Nacional).

El último subsistema está conformado por los prestadores privados, los cuales están concentrados principalmente en la zona urbana del país. (p. 3)

Esta división en el sistema de salud tiene grandes repercusiones al momento de implementar normas, homologar los procesos en los establecimientos de salud o para la creación de un sistema integrado de información (Guzmán, 2019).

Desde otro punto de vista, Noy (2021) expresa que Costa Rica posee uno de los sistemas de salud con mayor consistencia en la región latinoamericana, es mundialmente conocido por su “salud sin riqueza” pues a pesar de ser un país en vías de desarrollo, tiene una alta esperanza y una baja morbilidad infantil. No obstante, su mayor preocupación es el mantener el estatus público del sistema de salud, con cobertura de salud para toda su población, especialmente teniendo en cuenta el avance del sector privado, pues, aunque actualmente el modelo de salud costarricense de atención universal se basa en el financiamiento conjunto del beneficiario, el empleador y el estado, si el modelo de salud público se desvía hacia la privatización, eso generaría una enorme presión sobre las finanzas institucionales, para adquirir servicios hospitalarios de tecnología más avanzada que por lo general son mucho más costosos.

Sobre el sistema de salud chileno, Forascepi (2018) nos explica que existe una coexistencia entre los agentes públicos y privados para el aseguramiento, financiamiento y provisión de atenciones médicas. Existe fondo Nacional de Salud (FONASA) que es un servicio de salud público, cuyo financiamiento proviene en un tercio de la valorización ineludible de los obreros y la parte remanente de las contribuciones fiscales y municipales. También preexiste el ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) de naturaleza privada, donde el financiamiento proviene dos tercios de la valorización ineludible y el resto de contribuciones premeditadas llevados a cabo por sus partidarios, cuando la valorización ineludible es exigua a fin de solventar el proyecto de salud elegido. También las fuerzas armadas cuentan con sistemas previsionales de salud propios. ¿Qué podemos inferir de esto? Que, aunque existe libertad para elegir el tipo de sistema de salud que el individuo desee, también existen desigualdades económicas que limitan aquella libertad de elección. Pues en el ISAPRES se requiere dos tercios de la cotización obligatoria para acceder a dicho sistema de salud, a diferencia del FONASA donde se requiere solo un tercio de la cotización obligatoria.

Por otra parte, dichas diferencias se acentúan en las condiciones de la atención pues a nivel privado la atención es más oportuna y eficiente. En contraste, el sistema público chileno FONASA adolece de problemas de gestión y descontrol financiero, lo que se traduce en insatisfacción por parte de los usuarios por la calidad de atención recibida. Sin embargo, hay que reconocer que las políticas sanitarias chilenas han generado un avance relevante, respecto a indicadores sanitarios. De hecho, aunque a mediados del siglo pasado el 63% de infantes menores de 6 años de edad se encontraban en situación de desnutrición y la probabilidad de vida en venir al mundo bordeaba apenas los 39 años; actualmente la desnutrición infantil casi no existe y la posibilidad de vida al nacer se ha incrementado aproximadamente hacia los 80 años (Forascepi, 2018).

En lo que respecta a Latinoamérica, Chile se posiciona como uno de los países con mejores calificaciones en los indicadores de salud, como por ejemplo es el país con menor tasa de mortalidad infantil, con mejores condiciones de higiene y acceso a la salud, prácticamente ha erradicado la desnutrición, además de poseer un alto grado en esperanza de vida. Sin embargo, en relación junto a las naciones que integran la OCDE, Chile presenta deficiencias en cuanto al número de consultas médicas y exámenes por habitante, pues en Chile el promedio de consultas médicas por persona es 3,5 veces al año, siendo menor al promedio de la OCDE de 6,8 veces al año por habitante. Si se analiza la cantidad de médicos y enfermeros por habitante, su promedio de 2,5 doctores por cada mil habitantes; el cual es menor al 3,4 médicos y enfermeros por cada mil habitantes de la OCDE. Chile también tiene deficiencia en muchos otros indicadores de calidad del servicio de salud, en comparación al promedio general de la OCDE (Forascepi, 2018).

En marzo de 2014 se creó una Comisión Asesora Presidencial, designada por la presidenta Michelle Bachelet, con la misión de proponer reformas en el sistema de salud chileno, para elevar el bienestar en materia de acceso a la salud. En el corto plazo, se propuso la afiliación de libre elección al sistema de salud por parte del asegurado. También se propuso la creación de un fondo fusionado general solidario de salud que involucra la FONAZA y las ISAPRE, con el fin de patrocinar la asistencia global de salud priorizadas, entre otras medidas (Cid y Uthoff, 2018). En el largo plazo, el objetivo esta comisión se sustenta en formar un sistema privado con características sociales. A este respecto Cid and Uthoff (2018) nos explica:

La Comisión concluyó que, dentro de un marco al largo plazo, la presencia única de la entidad pública que fusione todo el financiamiento disponible y lo dedique netamente al acceso y cobertura universal para todos los ciudadanos, solucionaría el gran inconveniente de la falta de accesibilidad e inequidad en el apartado que contempla el sistema sanitario chileno. Por ende, la proposición para el corto plazo tiene un efecto más contundente proyectada hacia el futuro y llevaba a un análisis sobre la importancia de una reforma más extensa, con prescripciones y parámetros claros. (pp 4-5)

¿Avanza América Latina hacia una cobertura universal de salud equitativa para toda su población? Muchos analistas no se ponen de acuerdo, pues aunque existe un gran avance en la calidad e inversión del sector salud; también es verdad que persiste el sentir de inequidad debido a la diferenciación social que todavía se refleja en los sistemas de salud de la región (Cotlear et al., 2015).

Sobre el acceso a los medicamentos en Latinoamérica Jiménez (2019) nos explica que aunque el desarrollo de la ciencia y tecnología generaron un aumento la oferta de medicamentos nivel mundial, América Latina ha conseguido apenas el 4% del total de producción, y si a esto le agregamos que no todos los suministros farmacéuticos se encuentran distribuidos igualmente en todos los sectores, podemos deducir que la región tiene un gran problema de inequidades respecto al acceso a los medicamentos, y que esta afectación es mayor en los ciudadanos que carecen de suficientes recursos económicos.

Un aspecto interesante respecto a las políticas de salud de acceso a los medicamentos es que solo en algunos países, como el caso de México y Perú, es un derecho fundamental amparado en la constitución. Por otro lado, Brasil integra en su normativa el derecho a la salud. Cabe resaltar que, en los casos de México y Brasil, existen diversas estrategias para garantizar su disponibilidad y accesibilidad (Jiménez Herrera, 2019).

En contraste, la situación en Costa Rica es diferente, pues como explica Jiménez (2019):

Desde años, en Costa Rica se llevan a la práctica acciones vinculadas a las políticas de asistencia y protección social para el bienestar de los ciudadanos. Pese a ello, aún falta una estrategia de política nacional de medicamentos que inspeccione y regule los múltiples escenarios que podrían ejecutarse, a pesar de la actual propuesta para una política regional en Centroamérica. (p. 8) Jiménez (Jiménez Herrera, 2019) también hace notar que las limitaciones económicas de las poblaciones menos favorecidas hacen que estas busquen otras opciones para la adquisición de medicamentos a través del mercado negro, para obtenerlo a un precio menor, sin embargo, este tipo de adquisiciones conlleva a peligros como la adulteración o falsificación, con los peligros implícitos hacia la salud. Otro caso muy particular en el de las comunidades nativas, donde reemplazan la deficiencia en el acceso a medicamentos tradicionales, con el uso de medicinas tradicionales ancestrales.

¿Qué sucede con los países de bajos recursos económicos? En estos el financiamiento a la salud suele ser muy reducido, lo que complica la adquisición adecuada de medicamentos por parte del sector público. Por ello, algunos de estos países aplican medios alternos para mejorar este aspecto, a través de compras compartidas, las cooperaciones, afiliaciones, entre otros, con la intención de garantizar el acceso y disposición de recursos. Otras medidas implementadas en estos países son la obtención de biocomparables, la venta de medicamentos genéricos y la entrega gratuita de productos de salud esenciales (Jiménez Herrera, 2019).

Acuña Ortigoza, (2021) Latinoamérica es la región más afectada respecto a la intensidad de la pandemia desde México, Colombia Ecuador, Perú, Chile, Argentina y el resto de países, donde hay registro de las altas tasas de contagio y fallecidos. Esto por la debilidad de sus distintos sistemas de salud, producido por su poca inversión en salud y el aumento de las privatizaciones, que provocan altos niveles de desigualdad social. Por otro lado, menciona Brachet Márquez, (2020), que el estado es el principal actor institucional en la atención primaria de salud, pero existe una infraestructura débil y escaso presupuesto y un sistema privado que mantiene un perfil bajo, todo esto significa la escasa capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

La respuesta de los países se orientó a generar inmunidad el estudio realizado por Meza Riquelme, Condori Pereyra y Encalada Carbajal, (2020), sobre las políticas públicas aplicadas en el Perú frente a la crisis del covid 19, señala que los distintos países optaron por elegir dos enfoques para mitigar la pandemia, la inmunidad de rebaño donde se prioriza en aislar a los más vulnerables, hasta lograr una inmunidad colectiva a través de la vacunación de su población. Por otro lado, el enfoque de capullo, medida recomendada por la OMS donde se recomienda el aislamiento social obligatorio, cierre de fronteras y realización de pruebas masivas de descarté. Si bien los países vienen ejecutando estas medidas, con resultados positivos de manera gradual de acuerdo a su capacidad de respuesta, por lo contrario, países con menor capacidad de respuesta han tenido tasas de contagios más elevadas.

Para esto, Pont Vidal, (2020) señala que, en los distintos países estas medidas se han realizado mediante prueba y error, los cuales no han ofrecido los resultados más esperados. Pero, se debe analizar los casos de algunos países como Suecia, Alemania y España, que aplicaron estas políticas, pero adaptándolas a su configuración social. Del mismo modo Herrera (2020), indica que los países deben desaprender para volver a aprender sobre las políticas ya establecidas, porque pueden presentar sesgos en su aplicación interna. Aprender de los países con los mejores resultados, además de contar con la decisión política para posibles modificaciones en la aplicación de estas políticas.

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación es curso nos permitiría precisar que la universalización de la salud en los países latinos tiene aún un camino largo por recorrer, sí bien existen avances y mejorías, aún existen brechas de desigualdad en los servicios los cuales no permiten a la población el acceso equitativo a los servicios de Salud.

Los sistemas de salud pública de Latinoamérica evidencian poca gobernabilidad, los organismos rectores de la salud marcan una brecha distante orientada a la universalización de la salud. Como es el caso peruano, donde existe una clara fragmentación administrativa, donde las decisiones en políticas de salud repercuten en distintas instituciones, además de poco implementadas. Por lo que se puede precisar que, los hacedores de políticas busquen un acercamiento mayor entre la salud pública y privada.

Las políticas de Salud, dependen también de la posición ideológica de los estados. Los países con orientaciones de izquierda tienden a estatizar más los servicios públicos, un claro ejemplo es Cuba, este proyecta una mayor universalización en salud. Por el contrario, los países con políticas de derecha buscan equilibrar el público con lo privado unos más que otros, pero siguen existiendo brechas de desigualdad en el acceso a la salud. Por lo que es recomendable, que los estados vayan mejorando sus políticas de salud para ir acortando estas desigualdades.

México y Perú son los únicos países que dentro de su constitución promueven la universalización de los medicamentos, por ello podemos decir que los países Latinoamericanos deben sumar esfuerzos para promover el acceso universal a los

medicamentos. De esta forma reducir el mercado negro en la industria de los medicamentos.

CONCLUSIONES

La OMS dejó claro que para lograr el desarrollo sostenible es imprescindible alcanzar un mayor nivel de bienestar en la salud de la sociedad mediante una cobertura sanitaria universal.

Algunos especialistas señalan que, para lograrlo, se debe establecer un sistema de salud híbrido compuesto de seguros de salud públicos y privados. Otros argumentan que la cobertura de salud es responsabilidad única y completa del Estado.

Se evidencia que uno de los grandes desafíos de Latinoamérica a través de los años son las desigualdades socioeconómicas de su población.

Desde la década de 1990, los países latinoamericanos han realizado esfuerzos por mejorar sus sistemas de salud, dotándolos de financiamiento focalizado a poblaciones vulnerables y con cambios en sus modelos de organización y gestión para fortalecer las instituciones encargadas de la gobernanza de la salud.

Sin embargo, a pesar de estos avances una de las grandes dificultades en el sistema de salud latinoamericano y la implementación de políticas en este sector es el problema que comprende la gobernanza.

El sistema de salud latinoamericano está muy fragmentado, incluso dentro del sector público hay varios órganos de decisión distintos que se encargan de atender un sector poblacional socioeconómico específico. Esto dificulta la toma ejecución de políticas sanitarias eficientes y equitativas, que brinden la misma calidad de atención a toda la población.

El acceso a los medicamentos está garantizado por el estado en algunos países de la región, mientras que en otros no existe una política nacional de medicamentos.

A pesar de los esfuerzos de la región por dotar a su población de medicamentos, los bajos recursos económicos de los sistemas de salud públicos latinoamericanos y las desigualdades socioeconómicas de la población hacen que el acceso a los medicamentos sea un privilegio de comunidades con altos ingresos, pero con limitaciones para las poblaciones de bajos recursos económicos. Esto origina un mercado negro de medicamentos, alterno, donde las comunidades de bajos recursos buscan medicinas con los peligros que este mercado conlleva. En otros casos, de comunidades nativas el acceso a los medicamentos es reemplazado por la medicina tradicional ancestral.

Se puede concluir que los sistemas de salud de Latinoamérica ameritan una reconfiguración ya que durante la pandemia por covid 19, la región ha presentado las cifras más altas referente a contagios y muertes, esto pone en evidencia los débiles sistemas de salud, acompañado de la poca inversión en el sector y escasa infraestructura. Por otro lado, un sistema privado de salud que mantiene un perfil bajo en respuesta a la pandemia.

Como hemos visto, la crisis de la salud pública se debe a la fragilidad de la administración del estado frente a los sistemas de salud, lo que no permite dar respuesta eficiente a las dificultades de salud que afectan a la ciudadanía. De modo que, a causa de la ineficiencia de las estrategias sanitarias Latinoamericanas, surge la necesidad de redefinir los paradigmas de este campo. Esperamos que, en el corto plazo, Latinoamérica redefina sus políticas sanitarias para aprender de los errores y seguir avanzando en sus esfuerzos hacia una cobertura universal que sea equitativa y justa para toda su población.

REFERENCIAS

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: El rol de la protección social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1587-1598. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Acuña Ortigoza, M. (2021). América Latina. Entre la nueva realidad y las viejas desigualdades. *TELOS: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 23(1), 129-140. doi: www.doi.org/10.36390/telos231.10
- Almeida, N. de. (2020). Desigualdades en salud: Nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, 16.
- Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., De Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C.-F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e126. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.126>
- Barros Bastidas, C., & Turpo Gebera, O. (2017). La formación en el desarrollo del docente investigador: Una revisión sistemática. *Espacios*, 38(45). <http://www.revistaespacios.com/a17v38n45/17384511.html>
- Brachet Márquez, V. (2020). El Covid-19 desde una perspectiva histórica. *Teoría & cambio social La nueva América Latina*. (1). Obtenido de <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/05/TC-1-2.pdf>
- Cantero, J. (2020). Propuestas para el reforzamiento del sistema público sanitario a través de las políticas de salud pública. *DS: Derecho y salud*, 30(Extra 1), 9-21.
- Cañizares Fuentes, R. W. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: Buenas prácticas y desafíos en su construcción. *Década 2005-2014. Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 445-451. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14269>
- Cardona, D., Acosta, L., & Bertone, C. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *27(4)*, 292-297. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>
- Casazola, J. (2021). La salud y sus determinantes: Crisis socioambiental y relaciones sociales de discriminación. *Pacha: Derecho y visiones*, 2(2), 33-40.

- Cid, C., & Uthoff, A. (2018). La reforma a la salud pendiente en Chile: Reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e170. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.170>
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C. H. C., Cetrángolo, O., Cueto, M., Francke, P., Frenz, P., Guerrero, R., Lozano, R., Marten, R., & Sáenz, R. (2015). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1248-1259. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0)
- Forascepi Crespo, C. (2018). Chile: Nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e137. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.137>
- Franco, Á. (2019). La salud pública en discusión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(1), 15-28.
- Franco-Giraldo, Á. (2016). Salud global: Una visión latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 128-136.
- Fryatt, R., Bennett, S., & Soucat, A. (2017). Health sector governance: Should we be investing more? *BMJ Global Health*, 2(2). Scopus. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000343>
- Gamboa, M., Barros, L., & Barros, C. (2019). Childhood Aggressiveness, Learning and Self-Regulation in Primary Students. *Luz. Revista Electrónica Trimestral de La Universidad de Holguín*, 53(9), 1689-1699. <https://luz.uho.edu.cu/index.php/luz/article/view/743/637>
- García, F. (2020). La protección del Derecho a la Salud: El caso peruano. *Revista Derecho y Salud | Universidad Blas Pascal*, 4(5), 79-93. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)18](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)18)
- GBD, 2015 SDG Collaborators, Lim, S. S., Allen, K., Dandona, L., Forouzanfar, M. H., Fullman, N., Goldberg, E. M., Hay, S. I., Holmberg, M., Kutz, M. J., Larson, H. J., Lopez, A. D., McNellan, C. R., Mokdad, A. H., Mooney, M. D., Naghavi, M., Olsen, H. E., Pigott, D. M., Vos, T., ... Zonies, D. (2016). Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: A baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1813-1850. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2)
- Gianella, C., Gideon, I., & Romero, M. I. (2020). What does COVID-19 tell us about the Peruvian health system? *Canadian Journal of Development Studies*. Scopus. <https://doi.org/10.1080/02255189.2020.1843009>
- Guzmán, A. M. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, 63, 185-205.
- Heredía, N., Laurell, A. C., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R., & Torres-Tovar, M. (2015). The right to health: What model for Latin America? *The Lancet*, 385(9975), e34-e37. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.

- Herrera, D. (2020). ¿Enfrentar el COVID 19 o aprender de su embate? *Práctica Familiar Rural*, 5(1). doi: <https://doi.org/10.23936/pfr.v5i1.147>
- Houghton, N., Bascolo, E., & Del Riego, A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 44, e11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>
- Jiménez Herrera, L. (2019). El acceso a medicamentos en Latinoamérica, una mirada al caso de Costa Rica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662019000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Kutzin, J., & Sparkes, S. P. (2016). Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(1), 2. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.165050>
- Laurell, A. C. (2017). Social policy and health policy in Latin America: A field of political struggle. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043916>
- Machado, C. V., Lima, L. D. de, Machado, C. V., & Lima, L. D. de. (2017). Políticas y sistemas de salud en Latinoamérica: Identidad regional y singularidades nacionales. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068617>
- Martínez, M. F. (2017). INEQUIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA: ANÁLISIS PARA COLOMBIA, ARGENTINA Y MÉXICO. *Rev Inv*, 2(1), 71-81.
- Meza Riquelme, M. J., Condori Pereyra, A. R., & Encalada Carbaial, D. A. (2020). Análisis de políticas públicas en el Perú ante la crisis derivada de la Covid-19. *Semestre Económico*, 23(55), 113-138. doi: <https://doi.org/10.22395/seec.v23n55a5>
- Noy, S. (2021). Looking out, working in: How policymakers and experts conceptualize health system models in Argentina, Costa Rica, and Peru. *World Development*, 139, 105300. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105300>
- Organización Mundial de la salud, O. (2020). OMS | Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=administracion-y-gobernanza-hacia-la-salud-universal
- Osorio, C., & Vergara, J. (2016). La difusión de políticas públicas. Estado del arte y contribuciones para la disciplina en América Latina. *Política, Revista de Ciencia Política*, 54(2), 235-254.
- Parra, L. P. (2018). Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: Una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*, 20(33), 79-94.

- Pont Vidal, I. (2020). Gobernanza de la pandemia covid-19 y modelos de gestión: ¿Hacia un nuevo tipo de vínculo sociedad-Estado? *Revista Do Serviço Público* (71), 235-265. doi: <https://doi.org/10.21874/rsp.v71i0.4833>
- Ranabhat, C. L., Jakovljevic, M., Dhimal, M., & Kim, C.-B. (2020). Structural Factors Responsible for Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: Results From 118 Countries. *Frontiers in Public Health*, 7. Scopus. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00414>
- Rivero, T. de, & A, D. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- The Lancet Global Health. (2017). Gravitating towards universal health coverage in the new WHO era. *The Lancet Global Health*, 5(7), e633. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30224-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30224-3)
- Valera, L., & Lara, F. de. (2020). Crisis y salud: Una ocasión para repensar modelos (y acciones). *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*, 1(14), 31-43.
- WHO | Universal health coverage: Unique challenges, bold solutions. (2021). WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/universal-health-coverage-challenges-solutions/en/>