Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102643

Número especial Reformas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe

Reformas en los sistemas de salud de Latinoamérica: ¿estancamiento o vía muerta?

Health system reforms in Latin America: stagnation or a dead end?

Jorge Marcos-Marcos[a,*], José Manuel Freire-Campo[b] y José Ramón Repullo-Labrador[b]

[a] *Departamento de Psicología de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España*
[b] *Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 25 de junio de 2026
Aceptado el 26 de junio de 2026

Los artículos que componen este número especial de Gaceta Sanitaria sobre reformas en los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe son nada más, y nada menos, que una pequeña muestra de lo que está pasando en una región muy amplia, heterogénea, con una gran diversidad de instituciones, trayectorias históricas, recursos, niveles de desarrollo económico y humano, y modelos de aseguramiento y prestación de servicios sanitarios. Adicionalmente, algunos países están experimentando cambios políticos que pueden tener relevancia para sus sistemas de salud. Una panorámica, por tanto, no solo incompleta, sino también provisional.

Igualmente, y para aquilatar las expectativas del lector, hay que señalar que el número especial combina artículos centrados específicamente en procesos de reforma de los sistemas de salud de algunos países con otros que analizan aspectos concretos de su funcionamiento o desempeño (por ejemplo, listas de espera, cuidados paliativos, gasto de bolsillo o cuidados de larga duración). Son aspectos relevantes de los resultados reales de la reformas, pero probablemente, por el nivel de concreción, muestran un paisaje aún más fragmentario y temporal para una realidad tan compleja.

Precisamente por ello, el interés del número especial no reside tanto en ofrecer una visión exhaustiva de las reformas sanitarias en la región como en mostrar, desde perspectivas y niveles de análisis diferentes, cómo dichas reformas (o su ausencia) se traducen en problemas concretos de organización, acceso, equidad, financiación y resultados en salud. En conjunto, los trabajos ilustran la complejidad de unos procesos de cambio que únicamente pueden comprenderse integrando tanto las transformaciones institucionales como sus manifestaciones en el funcionamiento cotidiano de los sistemas de salud.

Once «biopsias» de sistemas de salud muy diversos, pero no tan divergentes

México es un país enorme, en tamaño y en población. En su sistema de salud es hegemónica la cobertura por la seguridad social (a través del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]), que coexiste con dispositivos destinados a atender a la población sin dicha protección. A lo largo de las últimas décadas, estos dispositivos han atravesado diferentes ciclos de reformas, orientados por la aspiración social de alcanzar la cobertura universal, pero enfrentados a la dificultad de superar la fragmentación y la segmentación del aseguramiento colectivo.

El artículo de Meneses-Navarro[1] traza una amplia senda histórica con los principales procesos reformistas, cuyos cambios normativos no acaban de implementarse de manera significativa. Las reformas más recientes no han permitido avanzar hacia la cobertura universal y han sido contradictorias y frágiles ante cambios políticos abruptos. El diferencial de gasto sanitario respecto a otros países de la región es notable (5,7% del producto interior bruto [PIB] y 2,7% público). También hay retraso en los indicadores más habituales de salud: esperanza de vida de 75 años, razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil. El país parece precisar una transformación institucional profunda, que amplíe la base poblacional de la cobertura por seguridad social, con el horizonte de la ciudadanía como criterio único de elegibilidad, financiamiento solidario y una rectoría estatal efectiva. La regulación sin recursos ni gobernanza institucional tiene poco recorrido y se convierte fácilmente en retórica política.

Otros trabajos incluidos en este número especial permiten profundizar en las limitaciones de los procesos reformistas en México. El análisis longitudinal de Castañeda-Prado et al.[2] muestra que, aunque la esperanza de vida aumentó en México durante las últimas décadas, las reformas de 1984, 2019 y 2003 no se asociaron con mejoras consistentes en los indicadores analizados. La reforma de 2003 se vinculó con una reducción de la mortalidad prematura potencialmente evitable, pero las desigualdades geográficas persistieron e incluso aumentaron en algunos periodos y grupos poblacionales. Estos resultados invitan a distinguir entre la aprobación de reformas normativas y la transformación efectiva del sistema.

Esta interpretación converge con el análisis desarrollado por Barrios-Sánchez et al.[3], que desde una perspectiva de la teoría del cambio señala que las reformas mejicanas han introducido

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jorge.marcosmarcos@ua.es (J. Marcos-Marcos).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102643
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

modificaciones relevantes, pero no han logrado consolidar una arquitectura institucional coherente con el acceso efectivo a servicios de calidad para la población no cubierta por los sistemas de seguridad social. La experiencia mejicana muestra también que la descentralización, si no se acompaña de una rectoría efectiva y de mecanismos de coordinación, puede reforzar la segmentación territorial y las desigualdades entre subsistemas.

Las consecuencias de estas limitaciones no son solo institucionales. Saturno-Hernández et al.[4] muestran que el desembolso personal por medicamentos prescritos sigue siendo frecuente entre las personas mayores en México, y que su cuantía se asocia con el abandono del tratamiento. Este problema afecta con mayor intensidad a las personas con menor nivel socioeconómico, a las mujeres y a quienes no disponen de seguridad social ni de seguro privado. A su vez, García Hernández et al.[5] observan que la esperanza de vida libre de discapacidad es menor entre quienes carecen de seguridad social.

Costa Rica es reconocida por sus logros en cobertura universal y buenos resultados en salud, y por el papel de la Caja Costarricense de Seguridad Social como asegurador público único. No obstante, Arce et al.[6] señalan brechas en la cobertura universal y un incremento desde 2019 de las listas y los tiempos de espera para la atención especializada. Las esperas conviven con la subutilización de la capacidad instalada, lo que apunta a problemas de gobernanza y gestión.

Los costes de los servicios sanitarios se solapan con los de los cuidados que asumen las familias, principalmente las mujeres[7]. En Costa Rica, el cuidado informal de personas dependientes moderadas y graves representaría entre un 0,49% y un 0,76% del PIB, dejando sin apoyo público al 94% de la población dependiente. Cada vez es más importante valorar los servicios sociales que permiten el mantenimiento y la recuperación de estas personas.

Brasil, en su Constitución de 1988 y como parte de la transición democrática tras la dictadura militar, creó el Sistema Único de Salud (SUS). En su diseño, el SUS cuenta con cobertura universal, financiación por impuestos y una organización basada en la atención primaria. Conill y Giovanella[8] destacan la continuidad del SUS y la expansión de la atención primaria mediante la Estrategia Salud de la Familia, que beneficia a poblaciones vulnerables y rurales. Señalan también los problemas de la gestión compartida entre los tres niveles de gobierno y la importancia de mejorar la gobernanza. Otro gran desafío es la baja financiación pública: solo representa el 4,3% del PIB, lejos del 6% establecido por la Organización Panamericana de la Salud como umbral de referencia para posibilitar la cobertura universal[9].

Chile ofrece un excelente ejemplo de tensión histórica entre dos visiones divergentes sobre los valores y la gobernanza del sistema de salud, así como del papel de lo público y lo privado. Minué et al.[10] analizan la crisis sanitaria durante el gobierno del presidente Boric (2022-2026) con su objetivo de volver a un Servicio Nacional de Salud de seguro único y universal, y las dificultades para ello. El sistema combina un esquema mayoritario de gestión pública (FONASA), que cubre a más del 85% de la población, y otro privado (ISAPRE) para las rentas altas. Los autores constatan resistencias debidas a limitaciones estructurales, fuertes intereses implicados y un contexto político adverso. La experiencia chilena destaca la necesidad de activar el apoyo ciudadano, construir mayorías y contrarrestar los intereses a los que se enfrentan las reformas.

Argentina, tras encadenar graves crisis económicas y políticas, está gobernada desde diciembre de 2023 por un presidente a quien se ha descrito como anarcocapitalista y partidario del Estado mínimo. Torres[11] sitúa el grave desafío político de un sistema sanitario con dos grandes líneas de fractura: una político-territorial, entre el gobierno central y los gobiernos provinciales, y otra socioeconómica, entre la población con cobertura de seguridad social y la cubierta por el sector público nacional o provincial. La carencia histórica de rectoría y liderazgo político sanitario ha configurado un *statu quo* desestructurado, vulnerable a los recortes de financiación que propugna el actual gobierno. La situación argentina muestra cómo el deterioro de lo público puede favorecer el auge del populismo antisistema.

La capacidad de los sistemas sanitarios para responder al envejecimiento, la cronicidad y la dependencia también puede examinarse a través de los cuidados paliativos. En su artículo, Víbora-Martín et al.[12] analizan 14 macroindicadores agrupados en seis dimensiones y profundizan en los casos de España y Argentina. Muestran que, aunque se han producido avances apreciables, persisten brechas en ámbitos como la formación, la coordinación y el acceso equitativo. La cobertura universal no puede reducirse al reconocimiento formal de prestaciones; exige integrar respuestas asistenciales complejas y evaluar periódicamente su implementación.

Patrones comunes de los procesos de reforma

Dentro de esta amplitud y diversidad, cabe preguntarse si pueden identificarse patrones comunes en los procesos políticos e institucionales de cambio y reforma. Los artículos que integran este número no permiten afirmarlo, pero sí formular algunas consideraciones que orienten futuras investigaciones:

- Una cuestión central en el conjunto del continente americano es la cobertura sanitaria universal, aspiración que solo unos pocos países han alcanzado de forma amplia y poblacional. Algunos, como Canadá, con un nivel de renta alta, marcan una senda solidaria, que contrasta con los Estados Unidos de América, cuyo modelo ha limitado la conjunción de riesgos sanitarios de la ciudadanía en un esquema integrador de aseguramiento obligatorio. Otros países con menor renta, como Costa Rica, han sido un ejemplo de extensión de la cobertura a través de la acción protectora en salud de la seguridad social.
- La aspiración de hacer llegar la sanidad a toda la población sigue siendo la urdimbre de todas las propuestas reformistas: muchas leyes y propuestas de cambios institucionales se han formulado al calor de esta clara demanda social y ciudadana. Frente a estas aspiraciones y propuestas parecen alzarse barreras muy potentes y variadas, algunas específicas de cada país y otras posiblemente comunes. La experiencia mejicana muestra que la sucesión de reformas legales no garantiza por sí misma una mejora del desempeño; es necesario analizar si los cambios normativos activan realmente los mecanismos institucionales, financieros y organizativos que permiten convertir el reconocimiento formal del derecho en acceso efectivo y de calidad.
- Generalizar la cobertura sanitaria contemporánea exige un esfuerzo económico considerable. Muchos países no solo tienen una renta baja o muy baja, sino que, además, destinan un porcentaje del PIB notablemente escaso a cubrir sus necesidades de salud, un problema en el que destaca México. Es difícil afrontar procesos de mejora sin un desarrollo económico suficiente, sin una prioridad clara que impulse la inversión en el sector salud y sin una orientación equitativa que busque activamente igualar las oportunidades de acceso a toda la población.
- El contraste entre las amplias expectativas sociales y las limitadas posibilidades de implementación suele hacer caer en la tentación de formular leyes que dibujan un futuro deseado sin allegar los recursos necesarios ni poner en marcha los cambios institucionales y organizativos precisos.
- En el mismo sentido, también aparece la tentación de replegarse hacia un universalismo jibarizado y devaluado, basado en intervenciones salubristas o de atención primaria, junto con una

cartera minimalista de servicios clínicos especializados. Este encogimiento de la cobertura puede ser embellecido desde argumentos de coste-efectividad para limitar el acceso igualitario a servicios especializados realmente coste-efectivos que cubren necesidades y demandas esenciales para los pacientes del siglo xxi.

• Las ventajas de integrar grupos poblacionales para compartir los riesgos de enfermar son una realidad escasamente objetable. También es urgente mejorar la protección de quienes no tienen ningún seguro ni empleo formal. Sin embargo, romper los muros de los grupos de aseguramiento más afluentes requiere confianza en los poderes públicos, un papel activo del Estado y un proceso sostenido con recursos y buena gobernanza. El avance de los sistemas sanitarios precisa, de manera simultánea, ampliar la cobertura poblacional de la seguridad social y mejorar activamente la protección de los grupos menos favorecidos, reduciendo la brecha de forma progresiva.

• La segmentación del aseguramiento no solo determina quién puede acceder a determinados servicios, sino también la continuidad de los tratamientos y la posibilidad de vivir más años en buenas condiciones de salud.

Junto con la segmentación del aseguramiento, otra característica muy extendida en Latinoamérica es la fragmentación de la provisión de servicios. Algunos centros y hospitales están vinculados a grupos de aseguramiento; otros son públicos y de acceso más o menos general; y otros están vinculados a grupos privados. La integración de servicios clínicos se beneficia de la permeabilidad entre redes y de la ordenación territorial de la oferta, que aportan eficiencia, calidad y economías de escala.

• La fragmentación de la provisión añade dificultades adicionales, particularmente cuando la medicina contemporánea requiere alianzas amplias entre hospitales, especialidades y profesionales para conseguir calidad y eficiencia. Además, la fragilidad creciente de los pacientes se proyecta en pluripatologías que solo son abordables por una acción sensata y coordinada. La proliferación de modelos de facturación por actividad (tanto de los centros hospitalarios como de los especialistas) crea un marco de incentivos que favorece igualmente el sobretratamiento (de los que pueden pagarlo) y el infratratamiento (de los que no pueden pagarlo). Supone un alejamiento del interés general y un grave despilfarro de recursos muy escasos. El desarrollo de los cuidados paliativos constituye un buen indicador de esta capacidad integradora: requiere coordinación entre niveles asistenciales, disponibilidad de medicamentos esenciales, formación profesional, planificación y evaluación periódica.

• Los centros públicos tienen habitualmente problemas de gobernanza, organización y funcionamiento, que condicionan una escasa dedicación de sus profesionales y conflictos de intereses con la práctica privada, en la cual obtienen rentas que restauran sus expectativas de ingresos. Una red para pobres acaba siendo una pobre red. Es sumamente preocupante cuando las instituciones públicas, tanto de seguridad social como de los ministerios, se convierten en un yacimiento extractivo de sueldos y reputación, distanciándose del compromiso profesional y social con quienes más sufren y menos tienen.

• Las políticas sociales y de bienestar están influidas por el contexto internacional. La decisión de los Estados Unidos de América de retirarse de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y de reducir los programas de ayuda exterior, debilitan el multilateralismo y plantean nuevos desafíos para los países con menos recursos. La notificación de retirada presentada también por Argentina sugiere que estas tendencias pueden encontrar eco en Latinoamérica.

Consideraciones finales

Buena parte del debate sobre las reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica se desarrollará en esas coordenadas: cómo afrontar las barreras a la extensión efectiva y equitativa de la cobertura sanitaria, y cómo articular las redes de provisión con incentivos claros para priorizar el interés general. El fortalecimiento de las instituciones y la práctica del buen gobierno serán necesarios para este complejo y lento proceso de cambio político, social e institucional.

Gaceta Sanitaria, que tradicionalmente ha venido considerando este tema como de alto interés para sus lectores[13,14], invita a continuar esta reflexión sobre las políticas y las reformas en Latinoamérica en sus números ordinarios, tanto con trabajos centrados en los procesos de reforma como con los que analizan aspectos concretos de su funcionamiento. Creemos necesario un flujo constante de análisis —nacionales o que superen el particularismo de cada país— para consolidar una visión, plural y poliédrica, que facilite el aprendizaje compartido y el aprovechamiento de un abanico tan rico de experiencias (y a veces de experimentos naturales) que ayuden a orientar adecuadamente los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe.

Contribuciones de autoría

J.R. Repullo-Labrador elaboró el primer borrador del manuscrito. J. Marcos-Marcos y J.M. Freire-Campo lo revisaron y realizaron aportaciones. Todos los autores aprobaron la última versión.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Meneses-Navarro S. México frente a la universalidad en salud: desigualdad, segmentación y reformas contradictorias. Gac Sanit. 2025;39:102533.
2. Castañeda-Prado A, Agudelo-Botero M, Martínez-Valle A, et al. Desempeño del Sistema de Salud de México: análisis de las reformas entre 1980 y 2024. Gac Sanit. 2026; 40 (Supl 2):102607.
3. Barrios-Sánchez K, Martínez-Valle A, Agudelo-Botero M, et al. Reformas al sistema de salud en México (1984-2024): un análisis desde la teoría del cambio. Gac Sanit. 2026;40 (Supl 2:)102607.
4. Saturno-Hernández PJ, Quiroz-Razo R, Ruelas-González MG. Abandono del tratamiento farmacológico asociado al coste Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento de México 2015-2021. Gac Sanit. 2025;39:102534.
5. García Hernández H, Salinas Escudero G, Agudelo Botero M, et al. Esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad en México según condición de seguridad social. Gac Sanit. 2026;40 (Supl 2):102632.
6. Arce-Ramírez CA, Sáenz R, López W, et al. Listas y tiempos de espera en Costa Rica: propuesta de un marco conceptual. Gac Sanit. 2026;40 (Supl 2:)102579.
7. Chaverri-Carvajal A, Alvarenga Fournier X. Cuidados de larga duración no remunerados en Costa Rica: ahorro estatal y deuda social. Gac Sanit. 2026;40 (Suppl 2:)102579.
8. Minho Conill E, Giovanella L. El Sistema Único de Salud de Brasil: trayectoria y desafíos. Gac Sanit. 2026;40 (Suppl 2:)102573.
9. Kanavos P, Colville Parkin G, Kamphuis B, et al. Visión general del sistema de salud de América Latina: un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia sanitaria. LSE Consulting; London School of Economics and Political Science. 2019. Disponible en: https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/latin-america-healthcare-system-overview-report-spanish.pdf.
10. Minué Lorenzo S, Jaramillo Catell F, Pantoja de Prada V, et al. Chile, el difícil camino hacia un Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2026;40 (Supl 2:)102604.
11. Torres R. El sistema de salud argentino, ante un profundo desafío político. Gac Sanit. 2026;40 (Supl 2:)102624.

12. Víbora-Martín E, Tripodoro VA, Barnestein-Fonseca P, et al. Development of palliative care in countries participating in the iLIVE project. Spain and Argentina case studies. Gac Sanit. 2026;40 (Suppl 2:)102542.
13. Juárez Herrera Y, Cairo LA, Carrasco-Portiño M, et al. Reformas de atención primaria en América Latina: avances en Brasil, Chile, Colombia. México y Perú. Gac Sanit. 2024;38:102430.
14. Repullo-Labrador JR, Freire-Campo JM, Marcos-Marcos J. Sistemas de salud en Latinoamérica: reflexiones en la encrucijada del siglo XXI. Gac Sanit. 2025;39:102493.