

ESTADO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Infraestructura, recursos humanos, cobertura público-privada, financiamiento, acceso y desafíos estratégicos hacia 2030.

Documento de análisis estratégico

Por Evelyn Jones

RESUMEN EJECUTIVO

Los sistemas de salud de América Latina atraviesan una etapa de transformación estructural. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto debilidades que ya existían antes de 2020: insuficiencia y desigual distribución de infraestructura, déficit de profesionales, fragmentación institucional, diferencias significativas entre regiones urbanas y rurales, dificultades de acceso a medicamentos, elevado gasto directo de los hogares y una marcada heterogeneidad en los niveles de cobertura y calidad.

La situación regional no puede ser caracterizada mediante una única categoría. América Latina reúne sistemas nacionales de salud, sistemas de seguridad social, modelos mixtos y esquemas altamente fragmentados. Brasil, por ejemplo, cuenta con un Sistema Único de Salud de carácter universal, mientras que países como Argentina, México y Perú presentan estructuras híbridas y Chile, Colombia y Costa Rica poseen modelos de seguro social con diferentes grados de participación pública y privada. La OCDE identifica precisamente esta fragmentación como una fuente importante de desigualdades en acceso y prestación.

En materia de recursos humanos, la región presenta una paradoja: el promedio regional puede ocultar déficits nacionales y territoriales muy importantes. La OPS estima una densidad promedio de 66,57 trabajadores de salud por cada 10.000 habitantes para la Región de las Américas, por encima del umbral de referencia de 44,5; sin embargo, 14 de 39 países y territorios analizados no alcanzan ese nivel. La OPS advierte además que, sin intervenciones importantes, las Américas podrían enfrentar un déficit de entre 600.000 y 2 millones de trabajadores sanitarios hacia 2030.

Las diferencias son particularmente pronunciadas en enfermería. La densidad de personal de enfermería llega a 131,5 por 10.000 habitantes en Estados Unidos, mientras que en Haití alcanza apenas 3,84. En América Latina y el Caribe, la OPS estima que las enfermeras representan aproximadamente el 56% de la fuerza laboral sanitaria y que cerca del 90% son mujeres.

La infraestructura hospitalaria también muestra una enorme heterogeneidad. El promedio de América Latina y el Caribe se ubicaba alrededor de 2 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes

según la última agregación comparable disponible, aunque existen grandes diferencias entre países. En los datos más recientes disponibles se observan, por ejemplo, 3,4 camas por 1.000 habitantes en Argentina, 2,5 en Brasil, 1,9 en Chile, 1,7 en Colombia, 1,3 en Ecuador y 1,0 en México.

El problema, sin embargo, no consiste únicamente en el número de camas. También importa dónde están localizadas, qué nivel de complejidad poseen, si disponen de personal, equipamiento y medicamentos, y si están integradas con la atención primaria.

Desde el punto de vista financiero, la situación continúa siendo preocupante. Según la OPS, en 2023 el gasto público representaba en promedio 55,6% de los recursos destinados a salud en América Latina y el Caribe, mientras que el gasto directo de los hogares seguía representando aproximadamente un tercio del gasto corriente en salud. La OPS considera que este último nivel es excesivamente elevado para garantizar una adecuada protección financiera.

La CEPAL y la OPS han señalado que la región debería avanzar hacia un gasto público en salud equivalente, como referencia, a al menos 6% del PIB, mientras que un reciente estudio de CEPAL estima que sería necesario aproximadamente 6,7% del PIB para lograr avances sustanciales en protección financiera y reducir el gasto de bolsillo por debajo del 20%.

Por tanto, el desafío latinoamericano no es simplemente "gastar más en salud". Es construir sistemas **más integrados, eficientes, preventivos, digitalizados, territorialmente equilibrados y financieramente sostenibles**, capaces de combinar adecuadamente provisión pública, seguridad social y participación privada.

Desde una perspectiva estratégica, CAEDILA considera que la próxima década debería estar orientada hacia cinco grandes objetivos:

1. fortalecer la atención primaria;
2. modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria;
3. formar, retener y distribuir adecuadamente al personal sanitario;
4. integrar los sistemas públicos, sociales y privados mediante mecanismos de interoperabilidad y redes coordinadas;
5. desarrollar modelos de financiamiento sostenibles que reduzcan el gasto catastrófico de los hogares sin eliminar el aporte eficiente del sector privado.

I. INTRODUCCIÓN

La salud constituye uno de los principales activos estratégicos de una nación.

Una población saludable posee mayores niveles potenciales de productividad, participación laboral, educación, esperanza de vida y estabilidad social. Por el contrario, sistemas sanitarios débiles producen efectos que exceden ampliamente el ámbito médico: aumentan el ausentismo

laboral, reducen la productividad, generan empobrecimiento familiar, incrementan la presión fiscal y pueden afectar la estabilidad institucional.

En América Latina esta relación es particularmente importante debido a la coexistencia de profundas desigualdades socioeconómicas y territoriales.

La región combina grandes centros urbanos dotados de hospitales de alta complejidad con extensos territorios rurales, comunidades indígenas y poblaciones periféricas donde el acceso a médicos, enfermería, diagnóstico, medicamentos y servicios especializados puede ser considerablemente menor.

El análisis del estado de los sistemas de salud latinoamericanos requiere, por ello, abandonar una visión exclusivamente centrada en hospitales.

Un sistema sanitario moderno debe evaluarse a partir de al menos diez dimensiones:

- infraestructura física;
- recursos humanos;
- cobertura poblacional;
- financiamiento;
- atención primaria;
- capacidad hospitalaria;
- acceso a medicamentos y tecnologías;
- digitalización;
- calidad y seguridad del paciente;
- gobernanza y capacidad de respuesta ante emergencias.

El presente documento analiza estas dimensiones y propone una agenda estratégica para la década 2026–2035.

II. LA ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS

No existe un único "sistema de salud latinoamericano".

Existen, en realidad, múltiples arquitecturas institucionales.

La OCDE identifica tres grandes modelos entre los principales países latinoamericanos:

1. Sistemas Nacionales de Salud

El ejemplo más importante es Brasil, cuyo Sistema Único de Saúde (SUS) garantiza cobertura universal.

2. Sistemas de Seguro Social

Chile, Colombia y Costa Rica constituyen ejemplos relevantes, aunque con estructuras institucionales diferentes.

3. Sistemas híbridos o fragmentados

Argentina, México y Perú presentan modelos que combinan elementos de sistemas nacionales, seguros sociales, instituciones públicas y participación privada.

Esta diversidad institucional explica buena parte de las diferencias existentes en cobertura, acceso, financiamiento y calidad.

El problema aparece cuando los diferentes subsistemas funcionan como compartimentos relativamente aislados.

Un ciudadano puede tener formalmente cobertura sanitaria, pero encontrar dificultades para acceder a un especialista, realizar un estudio diagnóstico, conseguir un medicamento o recibir atención oportuna.

Por ello, **cobertura nominal no equivale necesariamente a cobertura efectiva.**

III. INFRAESTRUCTURA SANITARIA

3.1. Infraestructura hospitalaria

La infraestructura constituye uno de los componentes más visibles de cualquier sistema sanitario.

El indicador tradicional es el número de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes.

Los datos disponibles muestran una elevada heterogeneidad.

Camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes – ejemplos seleccionados

País	Último dato disponible Camas/1.000 hab.	
Argentina	2022	3,4
Brasil	2021	2,5
Chile	2023	1,9

Panamá	2023	1,9
Colombia	2020	1,7
Perú	2023	1,6
Bolivia	2023	1,5
Ecuador	2023	1,3
Costa Rica	2022	1,1
México	2022	1,0
Nicaragua	2022	1,0
Paraguay	2022	1,0
República Dominicana	2023	0,8

Los datos proceden de las estadísticas de la OMS recopiladas por el Banco Mundial y corresponden al año más reciente disponible para cada país, por lo que no deben interpretarse como una fotografía simultánea estrictamente comparable.

La propia OPS advierte que no existe una norma internacional única sobre el número óptimo de camas hospitalarias por población y que las diferencias metodológicas limitan la comparación directa.

Por ello, **cantidad de camas no significa necesariamente capacidad sanitaria.**

Una cama hospitalaria requiere:

- médicos;
- enfermeros;
- medicamentos;
- equipamiento;
- laboratorio;
- diagnóstico por imágenes;
- quirófanos;
- oxígeno;
- energía;
- agua;
- sistemas de información;
- mantenimiento;
- logística.

Una infraestructura sin recursos humanos y tecnológicos suficientes puede convertirse en infraestructura subutilizada.

IV. DESIGUALDAD TERRITORIAL DE LA INFRAESTRUCTURA

Uno de los problemas estructurales más importantes de América Latina es la concentración de infraestructura sanitaria en grandes centros urbanos.

En numerosos países, las capitales y principales ciudades concentran:

- hospitales universitarios;
- especialistas;
- centros de alta complejidad;
- diagnóstico avanzado;
- cirugía especializada;
- unidades de cuidados intensivos;
- tecnología médica.

Mientras tanto, las regiones rurales o periféricas presentan:

- menor cantidad de profesionales;
- centros de atención primaria insuficientes;
- problemas de transporte sanitario;
- dificultades para derivaciones;
- menor disponibilidad de especialistas;
- interrupciones en el suministro de medicamentos.

Esta concentración genera un fenómeno particularmente costoso: **el desplazamiento geográfico del paciente.**

El ciudadano rural no necesariamente carece de cobertura; puede carecer de acceso efectivo.

V. RECURSOS HUMANOS: MÉDICOS, ENFERMERÍA Y OTROS PROFESIONALES

La fuerza laboral constituye probablemente el componente más crítico de los sistemas de salud.

La OPS señala que el promedio regional supera el umbral de 44,5 trabajadores sanitarios por 10.000 habitantes, pero simultáneamente 14 de 39 países y territorios analizados no alcanzan dicho nivel.

Esto demuestra una característica fundamental:

El promedio regional oculta enormes desigualdades nacionales y territoriales.

5.1. Médicos

La disponibilidad de médicos presenta diferencias sustanciales.

Cuba aparece como uno de los países con mayor densidad médica de la región, mientras que Honduras y Haití se encuentran entre los países con mayores déficits. La OPS identifica precisamente a Honduras y Haití entre los casos más críticos.

Sin embargo, el número total de médicos tampoco es suficiente como indicador.

Debe analizarse:

- médicos por habitante;
- médicos generales;
- especialistas;
- distribución urbana/rural;
- edad;
- horas trabajadas;
- distribución por especialidad;
- capacidad de formación;
- migración profesional.

VI. LA CRISIS DE ENFERMERÍA

La enfermería merece una consideración particular.

La región necesita aumentar significativamente la cantidad de enfermeros y mejorar su distribución.

La OPS señala que las enfermeras constituyen aproximadamente 56% de los trabajadores de salud en América Latina y el Caribe y que aproximadamente 89% del personal de enfermería son mujeres.

La desigualdad es extrema.

La densidad de enfermería puede superar 130 profesionales por 10.000 habitantes en algunos países de la región de las Américas, mientras que Haití presenta apenas 3,84.

La cuestión no es exclusivamente cuantitativa.

También deben abordarse:

- salarios;
- condiciones laborales;
- jornadas;
- burnout;
- formación continua;
- especialización;
- reconocimiento profesional;
- carrera sanitaria;
- seguridad laboral;
- migración.

La migración de profesionales representa un desafío adicional, especialmente en países pequeños del Caribe y en economías con bajos salarios relativos.

La OPS advierte que las Américas podrían enfrentar un déficit de entre 600.000 y 2 millones de trabajadores sanitarios hacia 2030 si no se adoptan medidas importantes.

VII. COBERTURA PÚBLICA, SEGURIDAD SOCIAL Y COBERTURA PRIVADA

Uno de los aspectos más difíciles de comparar entre países es la cobertura poblacional.

Esto se debe a que "cobertura" puede significar:

- derecho legal;
- afiliación a un seguro;
- acceso efectivo;
- utilización de servicios;
- cobertura de determinados procedimientos;
- cobertura financiera.

Por esta razón, las cifras de cobertura deben interpretarse cuidadosamente.

7.1. Brasil

Brasil constituye uno de los modelos más claros de cobertura pública universal.

El SUS ofrece cobertura universal, mientras que aproximadamente una cuarta parte de la población posee además seguros privados.

La cobertura privada alcanzaba aproximadamente 25% de la población en 2026, según los datos regulatorios disponibles, mientras que el SUS continúa constituyendo el sistema universal de base.

Este modelo demuestra que el sector público y el privado pueden coexistir sin que necesariamente exista una exclusión mutua.

7.2. Argentina

Argentina representa uno de los sistemas más complejos y fragmentados de la región.

Conviven:

- sistema público;
- obras sociales nacionales;
- obras sociales provinciales;
- PAMI;
- empresas de medicina prepaga;
- mutuales;
- prestadores privados.

La Oficina de Presupuesto del Congreso estimó que aproximadamente 36% de la población utiliza el sistema público como principal cobertura, mientras que alrededor de 61% se encuentra vinculado a obras sociales y 13,6% al régimen privado, existiendo personas con más de una cobertura.

Los datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires muestran claramente la complejidad del modelo: en 2024, 19,1% de la población declaraba cobertura del sistema público, 44,9% obra social, 18,8% prepaga o mutual a través de obra social y 11,5% medicina prepaga contratada voluntariamente.

La experiencia argentina muestra que una gran cantidad de instituciones no garantiza necesariamente una mayor integración del sistema.

7.3. Colombia

Colombia representa un modelo de aseguramiento con dos grandes componentes:

- régimen contributivo;
- régimen subsidiado.

La Cuenta Satélite de Salud del DANE muestra para 2024 una estructura financiera donde el esquema contributivo representaba 44% de los ingresos de los esquemas de salud, el subsidiado 35,3% y los seguros de salud 20,7%.

Colombia constituye, por tanto, un caso particularmente relevante para estudiar la combinación de financiamiento público, seguridad social y aseguramiento.

7.4. México

México presenta una estructura históricamente fragmentada alrededor de instituciones como:

- IMSS;
- ISSSTE;
- servicios estatales;
- instituciones para determinados grupos laborales;
- prestadores privados;
- IMSS-Bienestar.

La infraestructura presenta además una característica llamativa: una gran cantidad de hospitales pertenecen al sector privado, pero la mayor parte de las camas hospitalarias se encuentra en el sector público.

La edición 2024 de *Health Systems in Action* señala que México contaba con aproximadamente 5.007 hospitales, de los cuales 70,7% eran privados, aunque 72% de las camas hospitalarias se encontraban en el sector público. También señalaba una densidad aproximada de una cama por cada 1.000 habitantes.

Este caso demuestra que **cantidad de establecimientos y capacidad efectiva del sistema no son equivalentes**.

VIII. EL SECTOR PRIVADO: ¿COMPETENCIA, COMPLEMENTO O SUSTITUTO?

El sector privado constituye una parte importante de los sistemas sanitarios latinoamericanos.

Participa en:

- seguros;

- clínicas;
- hospitales;
- laboratorios;
- diagnóstico por imágenes;
- farmacias;
- tecnología médica;
- telemedicina;
- investigación;
- producción farmacéutica.

Desde una perspectiva de política pública, el debate no debería plantearse exclusivamente como "público versus privado".

Una cuestión más relevante es:

¿Cómo puede el Estado utilizar eficientemente la capacidad instalada del sector público y privado para maximizar cobertura, calidad y eficiencia?

Los modelos de contratación público-privada pueden contribuir a:

- reducir listas de espera;
- aumentar capacidad diagnóstica;
- utilizar infraestructura subutilizada;
- incorporar tecnología;
- ampliar servicios especializados;
- mejorar eficiencia.

Pero requieren:

- regulación;
- transparencia;
- estándares de calidad;
- auditoría;
- mecanismos de pago adecuados;
- control de conflictos de interés.

IX. FINANCIAMIENTO

El financiamiento constituye uno de los mayores problemas estructurales.

Según la OPS, en 2023 el gasto público representaba aproximadamente 55,6% del gasto total en salud de América Latina y el Caribe, mientras que el gasto directo de los hogares continuaba representando aproximadamente un tercio del gasto corriente.

El problema es especialmente importante porque el gasto de bolsillo afecta proporcionalmente más a los hogares pobres.

Una familia de altos ingresos puede absorber una consulta privada, medicamentos o un procedimiento.

Para una familia vulnerable, el mismo gasto puede implicar:

- endeudamiento;
- reducción del consumo alimentario;
- venta de activos;
- abandono del tratamiento;
- pérdida de ingresos.

La CEPAL ha advertido que para alcanzar una mayor protección financiera sería necesario aumentar de forma sostenida el financiamiento público y estima que una inversión pública de aproximadamente 6,7% del PIB sería necesaria para lograr reducciones sustanciales del gasto de bolsillo y avanzar hacia cobertura sanitaria universal.

X. EL GASTO DE BOLSILLO: UNO DE LOS GRANDES PROBLEMAS REGIONALES

El gasto directo de los hogares continúa siendo elevado.

En 2021, por ejemplo, el gasto de bolsillo representaba 28,2% del gasto corriente en salud de América Latina y el Caribe. Sin embargo, las diferencias nacionales eran enormes.

Algunos ejemplos:

- Colombia: 13,6%;
- Uruguay: 15,4%;
- Argentina: 22,3%;
- Brasil: 22,6%;
- Chile: 30,3%;
- Ecuador: 30,6%;
- Paraguay: 36%;
- México: 41,3%;
- Honduras: 51,7%;
- Guatemala: 61%.

Esto evidencia que **la cobertura formal no necesariamente implica protección financiera efectiva.**

XI. ATENCIÓN PRIMARIA: EL ESLABÓN MÁS IMPORTANTE

Uno de los principales desafíos de América Latina consiste en pasar de modelos excesivamente hospitalocéntricos hacia sistemas centrados en atención primaria.

La atención primaria permite:

- prevención;
- vacunación;
- detección precoz;
- seguimiento de enfermedades crónicas;
- salud materno-infantil;
- promoción de hábitos saludables;
- salud comunitaria.

Además, puede reducir hospitalizaciones evitables.

La OMS señala que Brasil, Chile, Costa Rica y México han registrado disminuciones sostenidas de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, asociadas al fortalecimiento de la atención primaria y la gestión de enfermedades crónicas.

La evidencia internacional indica que fortalecer el primer nivel puede ser una de las inversiones sanitarias con mayor impacto sistémico.

XII. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

América Latina está atravesando simultáneamente:

- envejecimiento poblacional;
- urbanización;
- aumento de enfermedades cardiovasculares;

- diabetes;
- obesidad;
- cáncer;
- enfermedades respiratorias;
- problemas de salud mental.

Esto significa que los sistemas sanitarios deberán atender progresivamente menos enfermedades exclusivamente infecciosas y más enfermedades crónicas de larga duración.

La hipertensión constituye un ejemplo particularmente importante.

La OPS estima que 35,4% de los adultos de 30 a 79 años de América Latina y el Caribe presentan hipertensión. Además, aproximadamente 37% de las personas hipertensas no están diagnosticadas, 15% de las diagnosticadas no reciben tratamiento y 47% de quienes reciben tratamiento no tienen su presión arterial controlada.

Esto representa un enorme costo sanitario y económico potencialmente prevenible.

XIII. MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS

El acceso a medicamentos constituye otra de las debilidades estructurales.

La OPS ha identificado problemas relacionados con:

- listas nacionales desactualizadas;
- procesos de adquisición fragmentados;
- falta de transparencia;
- dificultades de acceso;
- diferencias regulatorias;
- disponibilidad irregular.

En el caso de la hipertensión, la OPS encontró importantes inconsistencias entre las listas nacionales de medicamentos esenciales de los países y las recomendaciones internacionales.

La compra conjunta regional representa una oportunidad estratégica.

Los países podrían obtener:

- economías de escala;
- mejores precios;
- mayor poder de negociación;

- mayor seguridad de abastecimiento;
 - reducción de costos logísticos.
-

XIV. DIGITALIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

La transformación digital constituye una de las mayores oportunidades para América Latina.

Las principales tecnologías incluyen:

- historia clínica electrónica;
- interoperabilidad;
- telemedicina;
- inteligencia artificial;
- diagnóstico asistido;
- sistemas de vigilancia epidemiológica;
- recetas electrónicas;
- sistemas de gestión hospitalaria;
- análisis predictivo;
- plataformas de salud pública.

Sin embargo, la región presenta importantes diferencias de madurez digital.

La evaluación regional de OPS mostró que una proporción considerable de países aún se encuentra en niveles iniciales de madurez de sus sistemas de información, mientras que solamente una pequeña proporción había alcanzado los niveles más avanzados de integración e interoperabilidad.

La OPS aprobó además un Plan de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la Salud 2024–2030, con énfasis en gestión de datos, interoperabilidad, transformación digital y atención primaria.

Para CAEDILA, este punto merece especial atención:

la digitalización puede ser uno de los mecanismos más efectivos para reducir las desigualdades territoriales de acceso.

Un paciente rural no necesita necesariamente un especialista físicamente localizado en su localidad si existe una red eficiente de telemedicina conectada con centros de referencia.

XV. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SALUD

La inteligencia artificial puede transformar significativamente los sistemas sanitarios durante la próxima década.

Sus principales aplicaciones potenciales incluyen:

- diagnóstico por imágenes;
- detección precoz del cáncer;
- predicción epidemiológica;
- gestión hospitalaria;
- optimización de turnos;
- predicción de demanda;
- gestión de camas;
- identificación de pacientes de riesgo;
- medicina personalizada;
- investigación farmacéutica.

Sin embargo, la adopción debe acompañarse de:

- regulación;
- protección de datos;
- ciberseguridad;
- auditoría algorítmica;
- transparencia;
- supervisión médica.

La IA no debería sustituir al profesional sanitario, sino aumentar su capacidad.

XVI. CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Una cuestión frecuentemente subestimada en América Latina es la seguridad del paciente.

No basta con ampliar cobertura.

Un sistema puede atender a millones de personas y simultáneamente presentar:

- infecciones asociadas a la atención de salud;

- errores de medicación;
- diagnósticos tardíos;
- fallas de comunicación;
- problemas de esterilización;
- deficiencias de infraestructura;
- eventos adversos evitables.

La calidad debe convertirse en un indicador central de las políticas sanitarias.

Los gobiernos deberían medir sistemáticamente:

- mortalidad hospitalaria ajustada;
- reingresos;
- infecciones hospitalarias;
- eventos adversos;
- tiempos de espera;
- satisfacción del paciente;
- continuidad asistencial;
- resultados clínicos.

XVII. RESILIENCIA ANTE PANDEMIAS Y DESASTRES

La pandemia de COVID-19 demostró que los sistemas sanitarios deben ser capaces de responder simultáneamente a:

- enfermedades habituales;
- emergencias sanitarias;
- catástrofes;
- epidemias;
- crisis climáticas.

La resiliencia sanitaria requiere:

- reservas estratégicas;
- laboratorios;
- vigilancia epidemiológica;
- infraestructura flexible;
- personal capacitado;
- cadenas de suministro;
- producción local o regional de insumos críticos;
- interoperabilidad de datos.

Esto convierte a la salud en una cuestión de **seguridad nacional y seguridad humana**.

XVIII. CAMBIO CLIMÁTICO E INFRAESTRUCTURA SANITARIA

La infraestructura sanitaria latinoamericana también enfrenta un riesgo creciente asociado al cambio climático.

Hospitales y centros de salud ubicados en zonas costeras pueden quedar expuestos a:

- inundaciones;
- huracanes;
- aumento del nivel del mar;
- tormentas;
- interrupciones energéticas;
- contaminación del agua.

Un estudio de Naciones Unidas identificó más de 1.400 hospitales ubicados en zonas costeras bajas de América Latina y el Caribe expuestas a riesgos climáticos.

Por tanto, las nuevas inversiones hospitalarias deberían incorporar criterios de:

- resiliencia climática;
- eficiencia energética;
- autonomía energética;
- gestión de agua;
- infraestructura crítica;
- continuidad operativa.

XIX. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ESTRUCTURALES

A partir del análisis realizado pueden identificarse diez problemas centrales.

1. Fragmentación institucional

Múltiples subsistemas con escasa integración.

2. Desigualdad territorial

Concentración de recursos en grandes ciudades.

3. Déficit de profesionales

Especialmente enfermería y determinadas especialidades.

4. Mala distribución del personal

Escasez en zonas rurales y periferias.

5. Infraestructura insuficiente o envejecida

Particularmente en atención primaria y hospitales de segundo nivel.

6. Gasto de bolsillo elevado

Con impacto directo sobre la pobreza.

7. Débil prevención

Predominio de modelos reactivos y hospitalocéntricos.

8. Problemas de acceso a medicamentos

Particularmente para enfermedades crónicas.

9. Transformación digital desigual

Sistemas incompatibles y baja interoperabilidad.

10. Insuficiente preparación para futuras crisis

Pandemias, desastres y cambio climático.

XX. UNA NUEVA ARQUITECTURA SANITARIA PARA AMÉRICA LATINA

CAEDILA propone considerar una transición desde el modelo tradicional fragmentado hacia un modelo basado en cinco principios:

1. Cobertura universal básica

Todo ciudadano debería tener acceso garantizado a un conjunto esencial de servicios.

2. Competencia regulada

El Estado debería establecer reglas claras y permitir la participación de proveedores públicos, sociales y privados.

3. Atención primaria fuerte

La mayor parte de los problemas sanitarios debería resolverse en el primer nivel.

4. Redes integradas

Hospitales, centros primarios, laboratorios, farmacias y especialistas deberían funcionar como una red.

5. Información interoperable

El paciente debería poder desplazarse dentro del sistema sin perder su información clínica.

XXI. PROPUESTA DE MODELO DE INTEGRACIÓN PÚBLICO-PRIVADA

La región no debería plantear el debate sanitario exclusivamente como una dicotomía Estado versus mercado.

Un sistema eficiente puede combinar:

Estado

- regulación;
- financiamiento de poblaciones vulnerables;
- vigilancia epidemiológica;
- vacunación;
- salud pública;
- infraestructura estratégica.

Seguridad social

- cobertura contributiva;
- administración de fondos;
- protección laboral.

Sector privado

- inversión;
- innovación;
- infraestructura;
- tecnología;
- seguros complementarios;
- prestación de servicios.

Sociedad civil

- prevención;
- educación sanitaria;
- asistencia comunitaria;
- vigilancia social.

El objetivo debería ser **maximizar el acceso y la calidad, no maximizar el tamaño de ninguno de los sectores.**

XXII. AGENDA ESTRATÉGICA 2026–2035

CAEDILA propone una agenda regional estructurada en diez líneas.

Línea 1 – Infraestructura

Modernizar hospitales y ampliar la atención primaria.

Línea 2 – Recursos humanos

Aumentar formación de médicos, enfermeros y técnicos.

Línea 3 – Distribución territorial

Crear incentivos para trabajar en regiones rurales y periféricas.

Línea 4 – Atención primaria

Convertirla en el centro operativo del sistema.

Línea 5 – Digitalización

Implementar historias clínicas interoperables.

Línea 6 – Inteligencia artificial

Desarrollar aplicaciones de IA bajo regulación sanitaria.

Línea 7 – Medicamentos

Impulsar compras conjuntas y cadenas regionales de suministro.

Línea 8 – Participación privada

Crear modelos transparentes de cooperación público-privada.

Línea 9 – Protección financiera

Reducir el gasto de bolsillo de los hogares.

Línea 10 – Resiliencia

Preparar sistemas sanitarios para pandemias y eventos climáticos extremos.

XXIII. INDICADORES REGIONALES PROPUESTOS

CAEDILA podría desarrollar un futuro **Índice CAEDILA de Sistemas de Salud Latinoamericanos (ICSSL)**.

El índice podría incluir:

Dimensión	Indicadores
Infraestructura	camas, hospitales, centros primarios
Recursos humanos	médicos, enfermeros, especialistas
Cobertura	población cubierta
Financiamiento	gasto público/PIB
Protección financiera	gasto de bolsillo

Acceso	tiempos de espera
Atención primaria	resolución del primer nivel
Medicamentos	disponibilidad
Digitalización	historia clínica/interoperabilidad
Calidad	mortalidad evitable/eventos adversos
Equidad	diferencias urbano-rurales
Resiliencia	capacidad ante emergencias

El índice permitiría clasificar a los países en:

Nivel I	–	Sistemas	avanzados
Nivel II	–	Sistemas en	consolidación
Nivel III	–	Sistemas	vulnerables
Nivel IV – Sistemas críticos			

Esto podría convertirse en una publicación anual de CAEDILA.

XXIV. CONCLUSIONES

Los sistemas de salud de América Latina no enfrentan un único problema.

Enfrentan una combinación de problemas estructurales.

La región posee profesionales altamente capacitados, hospitales de excelencia, importantes universidades, empresas farmacéuticas, tecnología avanzada y experiencias exitosas de cobertura universal.

Sin embargo, estos recursos están distribuidos de manera desigual.

El principal desafío consiste en transformar capacidades dispersas en **sistemas integrados**.

La evidencia disponible indica que América Latina necesita:

- mayor inversión;
- mejor gestión;
- mayor integración;
- más atención primaria;
- mejor distribución territorial;
- más enfermeros;
- más especialistas donde realmente son necesarios;
- infraestructura moderna;
- digitalización;

- acceso a medicamentos;
- protección financiera.

Pero existe una consideración estratégica adicional.

La salud debe dejar de ser tratada exclusivamente como un gasto social.

La salud es infraestructura humana.

Un país que pierde productividad por enfermedades prevenibles, que pierde trabajadores sanitarios por migración, que mantiene hospitales obsoletos o que obliga a millones de familias a financiar sus tratamientos mediante gasto de bolsillo está perdiendo capacidad económica y competitiva.

Por ello, la inversión sanitaria debe considerarse una inversión en:

capital humano + productividad + innovación + seguridad + cohesión social + desarrollo económico.

La década 2026–2035 debería convertirse en una etapa de modernización profunda de los sistemas sanitarios latinoamericanos.

El objetivo no debería ser simplemente aumentar el número de hospitales.

Debe ser construir sistemas capaces de **prevenir antes que curar, integrar antes que fragmentar, anticipar antes que reaccionar y utilizar tecnología para ampliar —y no para restringir— el acceso a la salud.**

XXV. RECOMENDACIONES DE CAEDILA

CAEDILA propone considerar siete prioridades estratégicas regionales:

1. Crear sistemas sanitarios integrados

Reducir la fragmentación entre ministerios, seguridad social, seguros y proveedores privados.

2. Establecer una canasta sanitaria básica universal

Garantizar un conjunto esencial de prestaciones para toda la población.

3. Priorizar la atención primaria

Destinar una proporción creciente de recursos hacia prevención y primer nivel.

4. Implementar un Plan Latinoamericano de Recursos Humanos

Aumentar la formación y mejorar distribución, salarios y condiciones laborales.

5. Desarrollar infraestructura sanitaria resiliente

Modernizar hospitales, centros primarios y sistemas de emergencia.

6. Construir una infraestructura digital regional

Interoperabilidad, telemedicina, inteligencia artificial y sistemas epidemiológicos.

7. Crear mecanismos regionales de compra sanitaria

Medicamentos, vacunas, equipamiento y tecnologías médicas mediante compras agregadas.

XXVI. CONSIDERACIÓN FINAL

América Latina dispone de una oportunidad histórica.

La combinación de:

- inteligencia artificial;
- telemedicina;
- biotecnología;
- medicina de precisión;
- digitalización;
- nuevos modelos de financiamiento;
- cooperación público-privada;
- producción farmacéutica regional;

permite imaginar sistemas sanitarios sustancialmente diferentes de los existentes durante el siglo XX.

La cuestión fundamental será determinar si los países utilizan estas herramientas para **transformar estructuralmente sus sistemas** o simplemente para digitalizar estructuras fragmentadas.

El desafío no es tecnológico.

Es institucional.

La próxima generación de sistemas sanitarios latinoamericanos deberá ser:

universal en acceso, eficiente en gestión, plural en provisión, digital en información, preventiva en estrategia, sostenible en financiamiento y centrada en el paciente.

Ese debería ser uno de los grandes objetivos de desarrollo de América Latina para el período 2026–2035.

FUENTES PRINCIPALES

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), *La fuerza de trabajo en salud en las Américas: datos e indicadores regionales*, 2025.
- OPS/OMS, indicadores básicos de salud de las Américas, actualización 2026.
- OPS/OMS, *Financing of health systems in Latin America and the Caribbean: main trends as of 2023*, 2025.
- CEPAL/OPS, *The urgency of investing in health systems in Latin America and the Caribbean*, 2024.
- CEPAL, *La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe*, 2026.
- Banco Mundial, World Development Indicators, infraestructura y gasto sanitario.
- OCDE, *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*.
- OPS/OMS, *Plan de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la Salud 2024–2030*.
- DANE, Cuenta Satélite de Salud de Colombia.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar de Brasil, datos de cobertura privada 2026.