

REFORMAS (AJUSTES) EN LOS SISTEMAS DE SALUD: UNA PROPUESTA DE ANÁLISIS A PARTIR DE LOS ESTUDIOS SOBRE PRIVATIZACIONES Y LA DIMENSIÓN POLÍTICA DE LAS REFORMAS¹

María José Luzuriaga

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS (UNLa)

Licenciada en Sociología (UBA). Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Instituto de Justicia y Derechos Humanos. Integrante del Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da saúde.(GPDES) del Instituto de Estudos em Saúde Coletiva de la UFRJ y de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS)

E-Mail: mariajoseluzuriaga@gmail.com

Lígia Bahia

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

Médica sanitaria y doctora en Salud Pública por la Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Profesora de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).Coordinadora del Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da saúde (GPDES) del Instituto de Estudos em Saúde Coletiva de la UFRJ.

E-mail: ligiabahia55@gmail.com

Recibido: 15 de octubre 2025

Aceptado:30 de noviembre 2025

SUBTÍTULO RESUMEN

Este trabajo se centra en el alcance y el potencial de las descripciones, explicaciones y reflexiones realizadas por los estudios sobre sistemas de salud dirigidos a la comprensión de procesos contemporáneos de cambios en América Latina y Caribe. Consideramos que los estudios disponibles, especialmente aquellos basados en las categorías de reforma o ajuste, tienen limitaciones, ya que tienden a otorgar poca relevancia a los movimientos de privatización y la reproducción e intensificación de las

¹ Este trabajo forma parte de los estudios desarrollados por el Observatorio de la Desprivatización del Sistema de Salud, en el marco del proyecto de investigación de la convocatoria CNPQ 21/2023, *Estudos Transdisciplinares em Saúde Coletiva*.

desigualdades. Las tipologías de reformas y sistemas de salud en los países centrales, aplicadas críticamente al análisis de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, suelen desconocer las alternativas analíticas focalizadas en la privatización y aquellos que se centran en los procesos políticos de las políticas y sistemas de salud. A modo de cierre y en función de la revisión realizada, elaboramos una serie de preguntas que consideramos adecuadas para estimular reflexiones más realistas sobre el desarrollo e implementación de políticas, ajustes y reformas de los sistemas de salud de la región, considerando aproximaciones y distanciamientos a las normas legales vinculadas a la universalización del derecho a la salud en nuestras sociedades.

Palabras clave: Sistemas de salud, reformas de salud, privatizaciones, políticas de salud

SUBTÍTULO RESUMEN

This work focuses on the scope and potential of the descriptions, explanations, and reflections offered by health systems studies aimed at understanding contemporary processes of change in Latin America and the Caribbean. We consider that the available studies, especially those based on the categories of reform or adjustment, have limitations, as they tend to give little relevance to privatization movements and the reproduction and intensification of inequalities. Typologies of health reforms and systems in developed countries, when uncritically applied to the analysis of health systems in Latin America and the Caribbean, often overlook analytical alternatives focused on privatization and those centered on the political processes of health policies and systems. In conclusion, and based on the review conducted, we have developed a series of questions that we consider appropriate to stimulate more realistic reflections on the development and implementation of policies, adjustments, and reforms of the region's health systems, considering approaches to and deviations from legal norms related to the universalization of the right to health in our societies.

Keywords: Health systems, health reforms, privatizations, health policies

INTRODUCCIÓN

La respuesta de los sistemas de salud en la región de América Latina y el Caribe a la pandemia de Covid-19 confirmó problemas de larga data tales como la cobertura insuficiente y las dificultades para acceder a acciones, servicios y bienes para proteger contra riesgos, prevenir, tratar y restaurar la salud de las poblaciones registrados en la

literatura científica y reportados por las instituciones de salud (Carrillo-Balam, Cantoral y Rodríguez Carmona 2020; CEPAL/OPS, 2021). Entre las proyecciones vinculadas a las insuficiencias de protección contra los riesgos a la salud y la oferta de acciones y servicios de salud se encuentra la gran segmentación de la población en diferentes regímenes, la fragmentación de la red de servicios y cuidados en general, el insuficiente financiamiento público y el alto peso del gasto de bolsillo, los conflictos de regulación y coordinación entre subsistemas y proveedores públicos y privados (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023).

Existe abundante producción académica en nuestra región respecto a las condiciones bajo las cuales se lleva adelante un proceso de reforma en los sistemas de salud y las diversas variables que intervienen en el alcance de los objetivos propuestos por los reformadores como de los cambios que suceden desde su elaboración hasta su puesta en marcha (Mesa Lago, 1978, Belmartino, 1999; Fleury et, al., 2000; Labra, 2001; Hernández Álvarez, 2004; Almeida, 2005; Silva Paim, 2008; Uribe Gómez, 2009). A pesar de la amplia y rica producción en el tema, continúa siendo un desafío tanto para estudiosos como para gestores la comprensión adecuada del conjunto de variables y procesos así como la dinámica política que se desencadena a partir de las mismas, que deben ser tenidas en cuenta para poder avanzar hacia reformas estructurales (Sestelo, Bahía y Levcovitz, 2022) centradas en la universalización efectiva del derecho a la salud y a la reducción de las desigualdades.

Entre los abordajes más frecuentes encontramos: las semejanzas como las diferencias de trayectorias entre los sistemas a partir del análisis de los actores sociales involucrados y los conflictos de interés en juego; los contextos políticos y económicos que han favorecido procesos de reforma; el rol de los organismos internacionales; los procesos de implementación de las reformas y los resultados en términos de igualdad y universalidad de acceso (Luzuriaga y Bahía, 2016). Matus-López (2023) planteó que un proceso de reforma de salud se distingue de un ajuste cuando cumple al menos con tres características: tiene uno o más objetivos explícitos (reducir las desigualdades, ampliar cobertura, establecer modelos de financiamiento y mejorar la eficacia técnica, entre otros); es un proceso de cambios sustantivos en más de una función del sistema; es decir, afecta al financiamiento, prestación de servicios o provisión, regulación y/o gobernanza, y establece mecanismos de implementación, como la creación o reestructuración de las instituciones, establecimiento de canales de participación ciudadana, promulgación de legislación y normas del nuevo sistema, entre otros.

Un estudio sobre el impacto de las políticas sociales en 17 países de América Latina en el periodo 1990-2020 con base en diferentes fuentes (CEPAL, Banco Mundial) advierte el consenso en la literatura académica respecto a que la región ha experimentado una tendencia general positiva en los resultados de salud en los países estudiados (Ferre, 2023). Varios estudios han señalado la mejora de los indicadores de salud desde los años 1990, incluida una caída de la mortalidad infantil y materna y un marcado aumento en la esperanza de vida (Atun et al., 2015; Dmytraczenko et al., 2015). Se puede asumir que el ciclo económico virtuoso y la reducción de la pobreza junto con las desigualdades de ingresos tuvieron un efecto positivo en los resultados de atención sanitaria. Sin embargo, la ampliación de cobertura observada en los diversos países fue acompañada de nuevas capas de fragmentación sin resolver (o incluso aumentar) la segmentación en el ámbito social. La segmentación sigue siendo la regla en el área de salud así como la creciente privatización incluso en los períodos de política social en expansión y en países gobernados por coaliciones de izquierda (Ferre, 2023; Luzuriaga, 2023).

A continuación enumeramos algunos interrogantes que estructuran el recorrido de este trabajo: ¿Cómo y cuándo ocurren las reformas en los sistemas de salud? ¿Cómo identificar las condiciones necesarias para la elaboración de reformas orientadas a la efectiva ampliación del acceso universal a la salud y a la reducción de las desigualdades? ¿Cómo evitar medidas que redunden en ajustes parciales e ineficaces? ¿Cómo evitar procesos ocultos de privatización vía ampliación de acceso a los cuidados de salud? ¿Cómo promover procesos que impacten en aspectos estructurales tales como: reducción de segmentación, reducción de diferencias en la calidad de las prestaciones, eliminación de beneficios fiscales cuando sectores de la sociedad demandan y buscan esas prestaciones y beneficios?

PROPUESTA DE ANÁLISIS DE LAS REFORMAS DE SALUD DESDE LOS ESTUDIOS SOBRE PRIVATIZACIONES Y LA DIMENSIÓN POLÍTICA

La reflexión sobre las reformas en los sistemas de salud se presenta a continuación se fundamenta en dos corpus teóricos: por un lado, los debates y reflexiones producidas en torno a investigaciones propias y a la literatura regional e internacional centrada en los estudios sobre los procesos de privatización de los sistemas de salud ; y, por otra parte, en aquellos estudios que han reflexionado sobre experiencias de reformas en la región como en países centrales desde la dimensión política. Sostenemos que el análisis de los procesos de privatización integrado a la dimensión de *lo político*, pueden

contribuir de forma significativa a una comprensión actualizada y más realista de las experiencias de reformas y políticas pasadas y actuales.

A partir de la revisión realizada, proponemos una reflexión crítica sobre las reformas en los sistemas de salud y sus límites estructurales dirigida a elaborar un marco de análisis orientado a identificar los principales obstáculos para su implementación y caracterizar el alcance de las mismas en términos de reformas estructurales, desde una perspectiva de derechos y reducción de desigualdades

APORTE DE LOS ESTUDIOS SOBRE LAS PRIVATIZACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La privatización es un concepto multifacético que genera intensas reacciones políticas. A pesar de su ambigüedad, tiene claras raíces políticas y objetivos específicos. El movimiento privatizador surgió como una respuesta conservadora al crecimiento de los estados de bienestar en Occidente, un intento de la derecha política por crear una alternativa positiva al modelo de intervención estatal (Starr, 1989).

Estudios de referencia y actuales en torno a los procesos de privatización en el campo de la salud han concentrado sus esfuerzos en delimitar y construir abordajes teórico-metodológicos para distinguir diferentes formas de privatización al interior de los sistemas de salud; identificar aquellos factores que estimularon y aquellos que limitaron procesos de privatización; y para evidenciar los principales resultados en relación a la calidad de las prestaciones, reducción de gastos, la salud de la población y otros objetivos enunciados en las políticas privatizadoras (Saltman, 2003; Maarse, 2006; Vargas Bustamante y Méndez, 2014; André, Batifoulier y Jansen-Ferreira, 2016; Mackintosh et al., 2016).

Destacamos el trabajo de Maarse (2006) que a partir de su análisis sobre los procesos de privatización de sistemas de salud de ocho países europeos identifica la existencia de múltiples fronteras en la articulación público-privada en los sistemas de salud. Una de sus propuestas se centra en la necesidad de incorporar el carácter evolutivo del proceso, así como comprender los matices que existen en esta articulación. Otro elemento clave de su propuesta teórica es un enfoque pragmático para investigar la privatización desde cuatro dimensiones diferentes del sistema de salud: el financiamiento, la provisión, la administración y gestión y la inversión. En el análisis, a partir de estas cuatro dimensiones busca identificar qué factores han estimulado la privatización y cuáles han actuado como barreras. Entre los primeros identificó: las ideas neoliberales, el estancamiento del gasto en el presupuesto público de salud, la baja

calidad del sector público y procesos políticos y sociales más amplios. En cuanto a los factores que actuaron como barrera a la privatización de los sistemas de salud: el acceso universal a los servicios de salud, los valores existentes en la sociedad, estructuras corporativas de gobierno (relaciones entre los diversos agentes que generan una cultura de ajuste mutuo por búsqueda de consensos y compromisos políticos), y fallas del sector privado.

El trabajo de Mackintosh et al. (2016) destaca la relevancia de desarrollar una comprensión rigurosa y sistemática del sector privado de la salud debido a sus particularidades y heterogeneidad, así como a las múltiples articulaciones que establece con el sector público en los sistemas de salud de los países de nivel de ingresos medio y bajo. Estos autores señalan que el escaso conocimiento sobre el sector privado limita la capacidad de los gestores políticos para desarrollar políticas públicas más eficaces. También advierten la falta de consenso sobre cómo evaluar la magnitud y características del sector. Elaboran una tipología y proponen tres métricas que pueden combinarse para establecer un punto de partida claro para el análisis: el grado y el patrón de financiamiento privado dentro de los gastos consolidados de atención de la salud; la escala de las empresas de atención médica del sector privado; y el nivel de acceso a la asistencia pública.

Los casos pioneros en reformas privatizadoras en nuestra región, Chile y posteriormente Colombia, evidencian múltiples problemas vinculados a la presencia creciente de empresas encargadas de la financiación y/o prestación de la salud. Se destacan prácticas de segmentación, negación y exclusión de prestaciones que dificultan la capacidad de acceso y uso de amplios sectores de la población a una atención adecuada. El retroceso se expresa en una profundización de las desigualdades sociales, en un tipo de acceso condicionado por la capacidad de pago, el debilitamiento de mecanismos solidarios al interior de los sistemas de seguridad social, las dificultades por parte de los organismos del Estado para regular al sector privado y una mayor ineficiencia del sistema en su conjunto por la debilidad del Estado de intervenir en la multiplicidad de procesos generados por actores privados. Ambos sistemas han debido realizar innumerables modificaciones para intentar sin éxito corregir los graves problemas de acceso a la atención vinculados a las prácticas mencionadas (Cid y Uthoff, 2017; Uribe-Gómez, 2009, 2017; Luzuriaga, 2018). En la actualidad se encuentran en

procesos de reforma con fuertes resistencias por parte de empresas e intereses privados para poder revertir las consecuencias de las reformas privatizadoras².

En la mayoría de los estudios citados se advierte la falta de evidencia empírica sobre la eficacia de los procesos de privatización en relación con la ampliación del acceso a la atención médica, a la disminución de gastos en salud, o a una mejor calidad de la atención (Mackintosh et al., 2016; André et al., 2016; Alkhamis, 2017). Objetivos que han sido y son frecuentemente utilizados en las propuestas o informes sectoriales o de organismos internacionales que recomiendan reformas privatizadoras, si bien no siempre de forma literal o explícita (World Bank, 1987, 1993; Organización Mundial de la Salud, 2000, 2010; López Cabello, 2021).

Recientemente, un trabajo publicado en *The Lancet* (Goodair y Reeves, 2024) abordó la privatización de los servicios de salud, un movimiento creciente en los últimos 40 años, especialmente en los países de altos ingresos. El trabajo identificó que la privatización, que a menudo se lleva a cabo mediante la subcontratación al sector privado, tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención mediante la competencia en el mercado. Sin embargo, hay indicios de que estas reformas resultan en un empeoramiento de la calidad de la atención, ya que es más fácil reducir costos que aumentar la calidad.

En una línea de análisis similar Alayed, Alrumeh, Alkanhal y Alhuthil (2024) a partir de una revisión sistemática de los efectos de la privatización, analizan las dimensiones de calidad, equidad, accesibilidad y rentabilidad. El estudio contextualiza la privatización en el sector de la salud como un cambio significativo impulsado por la creciente demanda de servicios de salud, las restricciones presupuestarias y la búsqueda de eficiencia y calidad. La privatización en el sector se refiere a la transferencia de propiedad, gestión o prestación de servicios de salud del sector público a entidades privadas, como corporaciones con fines de lucro, organizaciones sin fines de lucro o profesionales autónomos. El principal objetivo del trabajo fue examinar el impacto de la privatización en varias dimensiones de la salud, permitiendo a los responsables de la formulación de políticas tomar decisiones mejor informadas sobre las estrategias de privatización. A

² Un panorama bastante completo de la etapa en la que se encuentran actualmente los procesos de reforma en Chile y Colombia se puede ver en el seminario internacional Desafíos para los sistemas de salud en la América Latina post-pandémica, celebrado del 19 al 21 de febrero de 2025 y promovido por la Fiocruz. Disponible en: <https://www.youtube.com/live/4PRiHwlHzo?si=gHcZHrk7KSb-i38B>

partir de dos dimensiones de análisis, se advierte que en relación a la calidad de la atención, la privatización ha mostrado efectos adversos, afectando especialmente a las poblaciones financieramente vulnerables. Solo dos de los once estudios seleccionados destacaron que la privatización resultó en una mayor satisfacción de los pacientes. En cuanto a las dimensiones de *acceso y equidad*, algunos estudios indicaron que la privatización mejoró la eficiencia al reducir los tiempos de espera y aumentar el acceso, mientras que otros mostraron que generó desigualdades en el acceso, especialmente para las poblaciones vulnerables. El estudio destaca que el impacto de la privatización es diverso y depende del contexto. En países desarrollados la privatización se ha asociado con consecuencias adversas, como la inequidad y la reducción de la calidad. Por el contrario, en países en desarrollo, como Arabia Saudita, la privatización se ha visto como una forma de aumentar la eficiencia y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

A partir de la revisión realizada destacamos que es posible sostener y defender la vigencia de las afirmaciones a las que arribó Jacob Hacker (1998) hace más de dos décadas en su estudio sobre los sistemas de Gran Bretaña, Canadá y Estados Unidos desde una perspectiva comparada. La primera de ellas señala que "...una vez institucionalizado, el mercado de seguros privados de salud implica fuertes límites a los esfuerzos del gobierno para expandir un seguro público o regulación.(1998: 80); y la segunda de sus afirmaciones señala que: "La forma de las políticas de salud nacional dependen de las estructuras de mercado, las ideas políticas, las estrategias de los grupos de interés, las visiones de lo público que han formado las respuestas previas de las políticas de gobierno". (p. 59).

APORTE DE LOS ESTUDIOS CENTRADOS EN LA DIMENSIÓN POLÍTICA DE LAS REFORMAS DE SALUD

La factibilidad de un proyecto de reforma que pueda avanzar en un cambio sobre aspectos estructurales del sistema de salud requiere de un pacto fiscal y un pacto político entre los pilares determinantes. Estos pactos implican diversas instancias de intercambio de ideas y de negociaciones entre los diversos actores involucrados que permita llegar a un acuerdo amplio y con compromisos explícitos acerca de las responsabilidades y acciones requeridas para la elaboración e implementación de la reforma.

La dimensión política involucra la incidencia de intereses políticos y económicos y los procesos de gestión del poder y distribución de recursos, que refuerzan o mitigan la

relación entre las desigualdades sociales y las desigualdades en salud. Puede representarse mediante dos ejes: el normativo, que expresa el alcance y profundidad del “contrato social” entre gobiernos y ciudadanos/as (alcance de los valores de igualdad, libertad, solidaridad, derechos y prerrogativas); y el pragmático que se refiere a definir prioridades de políticas de salud, fuentes y asignación de recursos.

Los intereses políticos están relacionados con las tensiones y controversias en torno a la definición de prioridades para la salud, el pago y la apropiación de recursos, que pueden agruparse en tres arenas de disputa: 1) entre quienes pagan por los servicios y quienes reciben los pagos (los gastos en salud se convierten en ingresos, para aquellos a quienes se les paga por ofrecer atención, por lo tanto, los grupos de prestadores de atención compiten por la captura de los gastos de salud como sus propios ingresos); 2) entre diferentes grupos de la población y pagadores (las personas con ingresos más altos pueden tender a apoyar políticamente la existencia y permanencia de modalidades privadas de atención de salud mientras que aquellas con menores ingresos a apoyar alternativas públicas); 3) entre políticas de salud de acceso universal y equitativo o un sistema híbrido público-privado; un sistema único limita la ventaja a las personas con mayores ingresos a acceder a cuidados diferenciales, mientras que un sistema mixto permite que algunas personas tengan la oportunidad de 'comprar su lugar al principio de la fila' y garantizar que cualquier "racionalización" se imponga a los más pobres.(McCoy y Allotey , 2021; O'Donnell, 2024).

Los intereses económicos gravitan fundamentalmente en torno a: 1) el patrón de regulación estatal de las acciones y servicios de salud; 2) la tributación y justicia fiscal. El alcance y la intensidad de la presencia directa o indirecta de instituciones públicas o el mercado, la gobernanza y la planificación estratégica, y la mayor o menor participación del sector público o privado en el sistema de salud. La extensión de la oferta de acciones y servicios de salud para el acceso universal está condicionada por las decisiones políticas y la disponibilidad de inversiones gubernamentales. A su vez, la progresividad de la tributación en escalas regionales, nacionales e internacionales determina los límites y potencialidades para las reformas estructurales y el acceso universal. Mientras que la tributación general progresiva presiona sobre las personas con mayores ingresos, las finanzas privadas exigen más de quienes enferman (o corren mayor riesgo de enfermarse).

La gestión de la economía política para las reformas de salud se basa en la comprensión de los intereses políticos y económicos involucrados con la estructura y dinámica de la

atención de salud y sus interrelaciones. Es ante todo un compromiso con la práctica: una referencia a través de la cual los actores sociales se insertan en su propia realidad histórica y buscan modificarla. Y es en este proceso en el que la formulación teórica es una práctica teórica, en el que teoría y práctica están intrínsecamente asociadas en el proceso de conocimiento de cambios direccionalizados a estructurar las reformas en salud y el acceso universal. Para la economía política de la democracia sanitaria, la inclusión social y la sostenibilidad ambiental son inseparables.

Diversos autores relacionan la teoría económica con diferentes nociones de justicia social y el desarrollo histórico de las políticas de salud. Al enfatizar la importancia de la economía, destacan dos resultados. Primero, la salud no es un tema aislado; interactúa con la estructura del análisis económico. En segundo lugar, los argumentos teóricos apoyan la existencia de reformas estructurales para garantizar el acceso universal no solo por razones de igualdad, sino también en términos de eficiencia y eficacia (Asaria et al., 2016; Wendt y Bambra, 2020; Agyepong et al., 2023).

Las sociedades comprenden tanto identidad como conflictos de intereses entre individuos y grupos. Las instituciones de cualquier sociedad (por ejemplo, su constitución, leyes y procesos sociales) tienen una profunda influencia en las oportunidades de vida de las personas. Diferentes principios y valores guían la opción por diferentes arreglos sociales. La mayor importancia a la libertad individual restringe la tributación y las políticas redistributivas. Por el contrario, acepciones sobre la distribución de recursos según las necesidades de salud es fundamental para el fortalecimiento de la democracia, las reformas sanitarias y el desarrollo social sostenible (Borgebund, 2024).

Un enfoque fundamental para la comprensión de las condiciones políticas para el desarrollo de reformas de salud sostenibles es su vinculación estrecha al desarrollo de políticas sólidas para superar el bajo crecimiento y aumentar la creación de puestos de trabajo de alta productividad ya que la recaudación progresiva de impuestos y el aumento de gastos públicos son vectores para igualar las capacidades de intervención en la escena política y apoyar políticas de salud pública universales y ambientalmente sostenibles.

Un último componente clave para la comprensión de la dimensión política de las reformas de salud, se refiere a los actores sociales involucrados en el proceso de reforma.

Los intereses sociales y políticos en los sistemas de salud son movilizados por instituciones gubernamentales, empresas comercializadoras de seguros privados, asistencia médica y hospitalaria, actividades de diagnóstico y terapia, productores y distribuidores de medicamentos e insumos, entidades representativas de los profesionales de la salud, asociaciones de usuarios/as y de defensa del consumidor, entre otras. Consensos y disensos pueden reunir a actores que estarán de acuerdo en torno a una determinada agenda y en lados opuestos en otras ocasiones. Por ejemplo, los profesionales de la salud, los grupos de pacientes con enfermedades raras y la industria farmacéutica tienden a adoptar una postura favorable en relación con el pago de medicamentos de alto costo a través del sistema público. En sentido contrario, los usuarios y las instituciones públicas de salud tendrán una propensión negativa en relación al pago de comisiones a los profesionales de la salud por parte de la industria farmacéutica (Baum et. al, 2020).

Según Baum y otros (2020) las posibilidades de establecer alianzas ocasionales, pero con alto poder para incidir en las pautas públicas en el corto plazo, tienden a ser exploradas con mayor énfasis por actores que defienden intereses particulares y privados. La afirmación de intereses y actores vinculados a los sistemas universales de salud requiere la comprensión de procesos de mediano y largo plazo respecto a la importancia de una atención accesible y de calidad para la movilidad social y la prolongación de la vida. Mientras que los actores aliados con intereses privados naturalizan las desigualdades sociales, los partidarios del acceso universal a las acciones y servicios de salud consideran el potencial de los sistemas de salud para cambiar positivamente las experiencias de estar socialmente desfavorecido o enfermo.

A modo de cierre del apartado, formulamos una serie de preguntas en función de los planteos y categorías revisadas y expuestas para ser consideradas en los estudios sobre los procesos de reforma:

- ¿Qué actores políticos están a favor de la reforma (poder ejecutivo, parlamento, sector privado, profesionales de la salud, movimientos sociales)?
- ¿Cuál es la disposición del equipo económico a negociar un aumento de fondos para financiar la ampliación del acceso universal?
- ¿En qué contexto socioeconómico y político se impulsará la reforma?
- ¿Los cambios estructurales tienen una viabilidad baja o alta en los gobiernos que los proponen con mayoría o minoría en el Parlamento?

- ¿Cuál es el poder y la influencia de los diferentes agentes e intereses en el sector privado?
- ¿Cuáles son las perspectivas de que las instituciones públicas de salud adquieran capacidad efectiva para planificar y coordinar los sistemas nacionales?
- ¿Cuáles son los escenarios y/o las medidas que pueden promover procesos de desprivatización y privatización al mismo tiempo? ¿Cómo reducir las consecuencias del proceso de privatización en esos contextos?
- ¿Cómo y en qué medida es posible incorporar la participación del sector privado en programas de ampliación de acceso sin generar procesos de segmentación en los patrones de médico-asistenciales?

CONCLUSIONES NECESARIAMENTE PROVISORIAS

Asumimos que existen límites estructurales para la implementación de reformas de salud sostenibles y centradas en un enfoque de derechos que reduzcan las desigualdades. La existencia predominante de empresas y grupos económicos en los espacios de toma decisión o como interlocutores privilegiados en la elaboración de las políticas de salud junto al subfinanciamiento crónico del subsector público, subordinación de las decisiones de políticas públicas a intereses privados, captura de la política y de las regulaciones sectoriales, se encuentran entre las principales causas que impiden las reformas señaladas. Resulta fundamental elaborar una matriz de análisis que permita recuperar las experiencias de reformas o intentos de reformas en países de la región en clave de identificar las condiciones políticas e institucionales que contribuyan a avanzar en reformas sostenibles y desde un enfoque de derechos

Consideramos que preguntas como las formuladas contribuyen a explicitar y discutir las contradicciones sustantivas, los acuerdos, los disensos, los actores que acompañarán y aquellos que no, las alternativas y los recorridos posibles en el marco de un proceso de reforma de salud. Reforma que entendemos debe ser estructural, orientada a reducir desigualdades y a mejorar cualitativamente la experiencia de atención de la población con mayores necesidades en nuestras sociedades.

La “combinación tóxica” de políticas y programas sociales ineficaces, acuerdos económicos injustos son particularmente negativas para reformas universales de salud que buscan reducir las desigualdades. La universalización, la igualdad y la equidad en salud requieren normas y acciones que enfaticen el derecho humano a la salud y el

imperativo moral a favor de un patrón más homogéneo en términos de situación de salud entre las naciones.

Referencias bibliográficas

AGYEONG I, SPICER N, OOMS G, JAHN A, BÄRNIGHAUSEN T, BEIERSMANN C, AMOAKOH HB, FINK G, GUO Y, HENNIG L, HABTEMARIAM MK (2023), Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *The Lancet*. Jun 10;401(10392):1964-2012.

ALAYED TM, ALRUMEH AS, ALKANHAL IA, ALHUTHIL RT. Impact of Privatization on Healthcare System: A Systematic Review. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*. 12(2), pp.125-33, 2024

ALKHAMIS, A. Abdulwahab, Critical analysis and review of the literature on healthcare privatization and its association with access to medical care in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 10(3), pp. 258-268, 2017.

ALMEIDA Celia. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 4 (9): 6-60, 2005.

ANDRÉ, Christine, BATIFOULIER, Philippe, y JANSEN-FERREIRA, Mariana, 2016, Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes. <https://hal-univparis13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505>

ASARIA M, ALI S, DORAN T, FERGUSON B, FLEETCROFT R, GODDARD M, GOLDBLATT P, LAUDICELLA M, RAINES R, COOKSON R (2016), How a universal health system reduces inequalities: lessons from England. *J Epidemiol Community Health*, Jul 1;70(7):637-43.

BAUM F, Townsend B, Fisher M, Browne-Yung K, Freeman T, Ziersch A, Harris P, Friel S., Creating Political Will for Action on Health Equity: Practical Lessons for Public Health Policy Actors. *Int J Health Policy Manag*.11(7), pp.947-960,2022.

BELMARTINO, Susana, *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la argentina ¿Quién será el árbitro?* (1ra ed). Buenos Aires, Lugar Editorial, 1999

BORGEBUND, Harald, Liberalism's Difficult Relationship with the Welfare State. *Erasmus Journal for Philosophy and Economics*, 17(1),2024, 46-65.

CARRILLO-BALAM, G., CANTORAL, A., RODRÍGUEZ-CARMONA, Y., & CHRISTENSEN, D. L. , Health-care coverage and access to health care in the context of type 2 diabetes and hypertension in rural Mexico: a systematic literature review. *Public health*, 181, pp. 8–15, 2020.

CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*, Informe COVID-19 CEPAL-OPS, Santiago, 2021.

DE FREITAS SESTELO, José Antonio., BAHIA, L., y LEVCOVITZ, Eduardo (Eds.). *Crise global e sistemas de saúde na América Latina*. Salvador, EDUFBA, 2022.

FLEURY S, BELMARTINO S, BARIS E. *Reshaping Health Care in America Latina. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and México*. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC); 2000.

GOODAIR, Benjamin y REEVES, Aaron, The effect of health-care privatisation on the quality of care. *The Lancet Public Health*.9(3) ,2024, pp.199-206.

HACKER, Jacob S. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development*, Cambridge, v. 12 (1), 1998,pp. 57-130.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La Fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.

LABRA Maria Eliana. Políticas e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. *Ciências & Saúde Coletiva*,6(2), 2001, pp.361-376.

LÓPEZ CABELLO, A, Pandemic momentum for health systems financialisation: Under the cloaks of universal health coverage. *Global Public Health*, 16(8-9), pp. 1334-1345, 2021.

LUZURIAGA, María José y BAHIA, Ligia, Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1),pp. 55-62, 2016.

LUZURIAGA, María José, Privados de la salud: las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. São Paulo, HUCITEC, 2018.

MAARSE, Hans. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31 (5) pp. 981-1014, 2006,

MACKINTOSH, CHANNON, KARAN, SELVARAJ, ZHAO, CAVAGNERO. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. (Series: UHC: markets, profit, and the public good N°1) **Lancet** 2016; 388: 596–605.

MCCOY D, ALLOTEY P. An Introduction to Health Systems.(2021) In: Martins JoM, Pathmanathan I, Tan DT, Lim SC, Allotey P, eds. Systems Thinking Analyses for Health Policy and Systems Development: A Malaysian Case Study. Cambridge University Press; 2021:3-16.

MENDES, Áquiles, IANNI, A. M. Z., MARQUES, M. C. D. C., FERREIRA, M. J., & SILVA, T. H. D. S., A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde e Sociedade*, 26,2017, pp. 841-860.

MESA-LAGO, Carmelo, *Social Security in Latin America: pressure groups, stratification, and inequality*. Pittsburgh: University os Pittsburgh Press; 1978.

OTTERSEN OP, DASGUPTA J, BLOUIN C, ET AL. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet.*, 383(9917), pp. 630-667, 2014.

O'DONNELL, Owen (2024). Health and health system effects on poverty: A narrative review of global evidence. *Health Policy*, Volume 142, 2024, 105018.

PEDRAZA, Camilo Cid., Pagano, J. P., Pescetto, C., y Prieto, L, Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e197, 2019.

PAIM Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro,Editora Fiocruz; 2008.

PEDRAZA, CC, MATUS-LÓPEZ, M. El modelo de salud chileno em el contexto de América Latina. In Crise Global e sistemas de saúde na América Latina. (Orgs) Sestelo, JAF, Bahia, L., Levcoitz, E.Salvador: EDUFBA, 2002.

STARR, Paul. The Meaning of Privatization. *Yale Law and Policy Review* 6, 6-41, 1989.

SALTMAN RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, 13,24-9, 2003.

URIBE GÓMEZ M. **La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006).** (Tesis de Doctorado). Centro de estudios sociológicos. El Colegio de México.. MEXICO DF, 2009.

URIIBE-GOMEZ, Monica, Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud en México y Colombia en los años 2000. **Cad. Saúde Pública**, 33 (supl. 2): 102-113,2017.

VARGAS BUSTAMANTE, MÉNDEZ CA. Health Care Privatization in Latin America: Compararing Divergent Privatization Approaches in Chile, Colombia, and Mexico 2014. *Journal of Health, Politics and Law*, 39(4), pp. 841-886, 2014.

WENDT, C., Y C. BAMBRA (2020), From ideal types to health care system typologies: Dimensions, labels, and country classifications. Ideal types in comparative social policy Dec 6 (pp. 169-186). Routledge.