

MULTINACIONALES EN AMÉRICA LATINA

Una caracterización a partir del sector salud en Brasil,
México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile

Investigadores responsables

Matías Goyenechea Hidalgo
Felipe Ruiz Bruzzone

Entidad ejecutora

Fundación Nodo XXI



TABLA DE CONTENIDO

G	GLOSARIO DE SIGLAS	3
I	INTRODUCCIÓN	4
II	DISCUSIÓN A NIVEL REGIONAL SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD	6
	LA PERSPECTIVA DEL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL	6
	LOS DISCURSOS PROMOTORES DE LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD.....	7
	LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y SUS TRANSFORMACIONES.....	8
III	CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LOS PAÍSES DE INTERÉS	13
	ELEMENTOS TRANSVERSALES DE LOS SEIS PAÍSES	13
	BRASIL.....	15
	MÉXICO.....	16
	COLOMBIA.....	18
	PERÚ.....	19
	PARAGUAY.....	21
	CHILE.....	22
IV	LA SALUD PRIVADA Y LAS MULTINACIONALES EN AMÉRICA LATINA.....	24
	UNA MIRADA PANORÁMICA AL SECTOR PRIVADO DE SALUD EN LA REGIÓN.....	25
	BRASIL.....	26
	MÉXICO.....	28
	COLOMBIA.....	29
	PERÚ.....	30
	PARAGUAY.....	31
	CHILE.....	31
	UNA MIRADA PANORÁMICA A LA PRESENCIA DE MULTINACIONALES DEL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN.....	32
V	CONCLUSIONES	38
VI	REFERENCIAS.....	41

GLOSARIO DE SIGLAS

SIGLA	NOMBRE
OPS	Organización Panamericana de Salud
BM	Banco Mundial
FMI	Fondo Monetario Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
APP	Asociaciones Público-Privadas
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
SUS	Sistema Único de Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ADRES	Administradora de los recursos del SGSSS
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
SIS	Seguro Integral de Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
IPS	Instituto de Previsión Social

Según orden de aparición

INTRODUCCIÓN¹

La Oficina Subregional de la Internacional de Servicios Públicos para los países del Cono Sur, en alianza con la Fundación Nodo XXI (Chile) y en el marco del Proyecto Union to Union “Trabajo Decente y Servicios Públicos de Calidad en Paraguay”, pone a disposición de sus organizaciones afiliadas y de la opinión pública en general los resultados del estudio Multinacionales en América Latina: una caracterización a partir del sector salud en Brasil, México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile. Esta introducción busca dar cuenta del contexto general en que se enmarca el estudio, sus principales características, así como el orden en que se presentan los contenidos del documento.

El presente proyecto de investigación se posiciona en lo que ha sido un esfuerzo constante de la Internacional de Servicio Públicos por posicionarse en el debate colectivo y en las coordenadas de acción política de las organizaciones sindicales, la centralidad de los servicios públicos como un pilar fundamental de la calidad de vida de las clases trabajadoras en las democracias contemporáneas. Desde tal perspectiva, la comprensión general sobre el influjo que ejerce la penetración de inversiones foráneas en regiones económicamente periféricas como América Latina y su impacto en la acción del Estado resulta ineludible para orientar los cursos de acción colectiva de las y los trabajadores del sector público y sus organizaciones.

Lo anterior encuentra su fundamento en que una de las principales características de los procesos de transformación neoliberal a escala global ha sido la creciente preponderancia que han alcanzado las finanzas y su expansión global mediante formas de organización multinacional(1).² Por otra parte, ello se conecta de manera estrecha con los cursos de políticas privatizadoras o mercantilizadoras de espacios otrora públicos como los derechos sociales(2,3). Esta conjunción, por tanto, tiene un directo impacto sobre la calidad de vida de las poblaciones al estar íntimamente ligada al espacio de la reproducción de la vida, ámbito que gracias al esfuerzo de actores sociales como el movimiento feminista latinoamericano, cobra creciente importancia política durante el último lustro. En tal marco general, esta investigación pretende entregar una mirada panorámica sobre los modos de inserción de actores privados multinacionales en los sistemas de salud en América Latina.

Ahora bien, dos elementos de corte coyuntural precisan ser integrados como contexto del estudio, para enfatizar la alta relevancia de esta indagación. En primer término, es necesario apuntar el impacto que ha alcanzado el movimiento feminista a escala global, en tanto se trata de un actor sociopolítico con fuerte capacidad de masas y convocatoria orgánica, que ha instalado la centralidad del ámbito del cuidado y la reproducción de la vida como una esfera a disputar políticamente, si se busca construir una vida sostenible y digna para todas las personas.³ En segundo término, la crisis (sanitaria en primer término,

¹ Información de los autores. Matías Goyenechea es Cientista Político, con estudios de postgrado en Salud Pública por la Universidad de Chile. Felipe Ruiz es Sociólogo de la Universidad de Chile y magister en Ciencias Sociales de la misma casa de estudios, investigador del Centro de Estudios de la Fundación Nodo XXI.

² Los números indican la referencia a fuentes de información externa (bases de datos, documentos de investigación, libros, entre otros) según el estilo Vancouver, ampliamente utilizado en estudios del ámbito de la salud. En el apartado de Referencias de este informe se encuentra el detalle formal de cada uno de los materiales.

³ La capacidad de movilización de masas y de disputa de sentidos comunes como potencia del movimiento feminista ha quedado demostrada a escala global luego de la conmemoración del Día Internacional de la Mujer Trabajadora, así como la realización de la Huelga General Feminista a escala mundial durante el pasado 8 y 9 de marzo de 2020. Para una reflexión más amplia sobre este asunto, se sugiere revisar una escrito reciente de la intelectual feminista argentina Verónica Gago: <http://lobosuelto.com/ocho-tesis-sobre-la-revolu->

pero también política, social y económica) vinculada al COVID-19 ha puesto en evidencia los efectos dramáticos que las políticas privatizadoras imprimen sobre los sistemas nacionales de salud: ello en tanto disminuyen sus capacidades de respuesta integral y coordinada ante situaciones de crisis global, a la vez que anteponen el interés mercantil y el afán de lucro por sobre el interés colectivo de defender la vida y el bienestar humano.⁴ Estos dos aspectos deberían ser fuertemente considerados por las organizaciones sindicales del sector público en tanto elementos clave a considerar para la acción política en el futuro inmediato en la región.

Atendiendo a tales dinámicas recientes, es de esperar que la evidencia construida a partir de esta investigación sea ampliamente difundida entre las organizaciones sindicales del sector público en América Latina, pero que sus conclusiones también sirvan como insumo para estimular el debate democrático sobre el fortalecimiento de los sistemas públicos y universales de salud en una perspectiva global. Es por lo que, en términos prácticos, el presente estudio busca aportar con evidencia empírica sobre la penetración de empresas multinacionales en el área de los servicios de salud en América Latina. Específicamente se pretende construir evidencia en torno a las formas de inserción de empresas multinacionales en los subsectores de prestación de servicios y seguros de salud, para el período 2008-2018, en Brasil, México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile.

El sentido de la selección de estos países es doble: por una parte, el carácter exploratorio de esta investigación – pues no existe evidencia sistemática previa respecto al fenómeno de interés – obliga a efectuar una selección acotada de casos en torno a los cuales construir una primera matriz de análisis y de producción de información empírica; por otra, como se explicará en las siguientes páginas, esta selección de países permite maximizar la diversidad de trayectorias institucionales en estudio y así aumentar el poder de comprensión y proyección de conclusiones a partir de los casos escogidos. Ambas cuestiones permiten diseñar una aproximación exploratoria con una alta capacidad de síntesis de experiencias distintas, puesto que las modalidades de inserción de los actores multinacionales – como se verá – dependen en buena medida de las características históricas y el diseño institucional reciente de los sistemas nacionales de salud:⁵ tales definiciones contribuyen a desarrollar una primera mirada panorámica sobre el fenómeno en la región latinoamericana.

Es por ello que, para lograr responder al propósito general de la investigación, el presente informe se estructura según los siguientes apartados (luego de esta introducción). El segundo capítulo aborda el debate latinoamericano sobre las reformas a los sistemas de salud, caracterizando los discursos que han empujado a la privatización en su gestión, a la vez que se proponen una serie de variables de análisis que permiten construir una tipología evaluativa sobre los sistemas de salud en la región. El tercer capítulo ofrece una mirada panorámica sobre los principales atributos institucionales y de financiamiento de los sistemas de salud de los seis países en estudio, como una forma de situar los diferentes contextos en los que se insertan los capitales multinacionales. En el cuarto capítulo se caracterizan desde una perspectiva histórica y económica los actores multinacionales de mayor presencia en el sector salud de América Latina (específicamente en los subsectores de prestación de servicios y seguros), observando las diferentes rutas de inserción en Brasil, México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile, durante el período 2008-2018. Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones del estudio, exponiendo un resumen de sus resultados de mayor interés, así como proponiendo una serie de recomendaciones que se espera contribuyan al diseño de acciones políticas de las organizaciones sindicales del sector público en la región.

cion-feminista-veronica-gago

⁴ Esto ha sido tempranamente evidenciado y denunciado por los sindicatos del sector salud del Cono Sur Latinoamericano, afiliados a la Internacional de Servicios Públicos (ISP) en Argentina, Chile y Paraguay. Para mayores detalles, ver la declaración en línea efectuada por tales actores durante la semana en que la difusión de la pandemia comenzó a desarrollarse en tales países: <https://publicservicios.international/resources/news/covid-19-demuestra-el-error-de-desmantelar-los-sistemas-pblicos-de-salud?id=10644&lang=es>

⁵ En algunos casos, estos agentes se involucran en alianza – por ejemplo, como inversionistas – con grupos económicos locales, siendo estos últimos los que encabezan la inserción privada directa en el sector salud; en otros, se establecen formas de “alianza público-privada” (APP) en las cuales el Estado delega de forma directa algunas de sus actividades en tales actores; finalmente, pueden observarse casos en los que se subsidia su existencia en ciertos servicios sociales mediante una transferencia indirecta de recursos (usualmente vía voucher individuales).

DISCUSIÓN A NIVEL REGIONAL SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD

El propósito de esta sección guarda relación con comprender los marcos conceptuales en los que se da el debate de políticas públicas en salud en la región. La importancia de este ejercicio radica en vislumbrar las argumentaciones que han delineado los procesos de reforma a los sistemas de salud en América Latina. En términos generales, destaca la orientación neoliberal que busca ampliar la participación del mercado en las áreas de la provisión y en los arreglos financieros en salud. Otro espectro de orientaciones, lo encontramos en las agencias internacionales de salud que han promovido políticas con el objetivo de ampliar el acceso y la cobertura en salud desde una óptica más pragmática frente a la realidad diversa de los sistemas de salud de cada país.

Desde el punto de vista regional, en las “Américas” la discusión de política de salud ha tenido diversas orientaciones, por un lado, están las orientaciones y recomendaciones que se entregan a los diferentes gobiernos de la región por parte de organismos como la Organización Panamericana de Salud (OPS), así como también el rol de instituciones como el Banco Mundial (BM) o el Fondo Monetario Internacional (FMI) entre otras. En el caso de la OPS, esta institución es una organización interamericana especializada en los sistemas de salud regionales, además de ejercer el rol de oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde esta institución se ha bregado por avanzar en una estrategia de garantizar acceso y cobertura universal de salud. En el caso de las Instituciones como el BM y el FMI las recomendaciones han ido orientadas a entregar un rol más preponderante a soluciones de mercado en los servicios públicos, incluyendo al sector salud.

LA PERSPECTIVA DEL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura universal de salud guarda relación con el objetivo de lograr construir equidad sanitaria para la población. Su aplicación implicaría acceso universal a toda la gama de servicios de salud, lo anterior con protección social, mediante recursos de seguridad social o aportes públicos, con el fin de garantizar que los servicios estén disponibles y accesibles y que se suministre asistencia de calidad a las personas que los necesitan, sin exponerlas al riesgo de gastos catastróficos(4). Por otro lado, hay visiones que señalan que el concepto de cobertura universal no puede estar desvinculado de los contextos sociales y políticos, proponiendo que se entienda “*como la capacidad de la sociedad, los estados y gobiernos para responder a la salud y el bienestar de la población, lo cual incluye legislaciones, disponibilidad de infraestructura, capital social y tecnológico, así como estrategias integradas de planificación, organización, acción y financiamiento para la protección de salud de toda la población de manera equitativa e inclusiva*”(5).

En esta definición se pone el énfasis de la responsabilidad de los Estados en lograr dar protección de salud de forma equitativa. Así, un elemento central para avanzar en la cobertura en esta perspectiva, es conseguir acceso universal, oportuno, y efectivo a los servicios de salud (6,7). Avanzar en estos objetivos, ha sido parte de la agenda de los movimientos sociales y el avance en esta materia ha sido una contribución a la modernización de la sociedad(4).

La perspectiva de la cobertura universal, tiene tres dimensiones que requieren ser puntualizadas. Un elemento fundamental es la *amplitud de la cobertura*, es decir la proporción de la población que posee protección social en salud(4). Este es un elemento importante, dado que no todos los países, cuentan con sistema de protección que logre este aspecto: a lo largo del mundo existen profundas disparidades, así también se pueden evidenciar al interior de países que hay segmentos de la población que tampoco cuentan con cobertura, de esta forma la amplitud de la cobertura es una materia necesaria de abordar en profundidad.

Una segunda dimensión es la *profundidad de la cobertura*, lo anterior implica la pregunta sobre los servicios que son incluidos y disponibles para acceso por parte de la población. Hay que señalar que acá hay una potencial discusión respecto de cuáles son los servicios considerados como “esenciales” y que puedan hacerse cargo de la necesidad sanitaria de la población y como ello es definido en términos políticos(4).

Una tercera dimensión de la cobertura universal tiene relación con el *nivel de cobertura*, es decir la cantidad de gasto sanitario que es efectuado mediante mecanismos de prepago y mancomunación de fondos (seguridad social y aportes públicos). La lógica de esta dimensión esta propender a la reducción de los pagos directos por parte de los usuarios, también llamados “gasto de bolsillo”. La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención respecto de esta dimensión en tanto que a escala global “*hasta el 11% de la población sufre este tipo de dificultad financiera grave cada año y hasta el 5% se ve arrastrada a la pobreza. A nivel mundial, alrededor de 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anualmente y 100 millones se ven obligadas a vivir por debajo del umbral de pobreza*”(8). A lo anterior hay que sumar inequidades por ingreso que se producen en la población cuando no se poseen mecanismos de mancomunación. Esta dimensión está relacionada con el principio de solidaridad, el cual supone la transferencia de recursos desde aquellos segmentos más ricos y sanos de la sociedad, hacia la población de menor ingreso y con una mayor carga de enfermedad.

El enfoque impulsado por los organismos internacionales de salud ha sido ampliamente adoptado por los países de la región, los cuales han adoptado este enfoque para el diseño de sus reformas de salud.

LOS DISCURSOS PROMOTORES DE LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

Por otro lado, una segunda fuerza que a nivel internacional ha influido en la discusión regional sobre las reformas a los sistemas de salud son las organizaciones como la Organización Mundial del Comercio, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Las orientaciones que estos organismos han promovido buscan profundizar la mercantilización de los servicios públicos(9,10)

El Banco Mundial durante la década de 1990 planteaba que para mejorar la salud de la población, resultaba fundamental que cada gobierno “*fomente un entorno económico que permita a las familias mejorar su nivel de salud*”, lo que se traducía como esfuerzos para fomentar el crecimiento económico(11). Desde esta perspectiva se recomienda que el gasto público en salud sea focalizado en la población más pobre, así como en los tipos de acciones de salud que sean de menores costos y mayor eficacia monetaria. Finalmente se plantea la necesidad de que los gobiernos se enfoquen a financiar un conjunto priorizado de medidas de salud pública y que el resto de los servicios pueda ser cubierto mediante financiamiento privado, por lo que se exhorta a generar regulaciones que vigoricen un mercado de seguros, así como fomentar la competencia y participación del sector privado en servicios clínicos financiados con fondos públicos(11).

Una política que se viene alentado, desde este tipo de organizaciones internacionales, para que los países de la región adopten en las reformas a sus sistemas de salud, son las llamadas asociaciones público-privadas (APP). Este tipo de políticas consiste en impulsar la suscripción de “*contratos a largo plazo entre una parte privada y una entidad gubernamental, para proporcionar un activo o servicio*”

público, en el que la parte privada asume un riesgo significativo y una responsabilidad de gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño”(12).

En base a tal definición, se observa que las APP han sido la forma en la cual se han introducido en los servicios públicos actores privados con fines de lucro. El ámbito primordial en el cual esto se ha promovido, ha sido principalmente en infraestructura pública, dado que son proyectos que implican un importante gasto de capital, lo que genera mayores incentivos, en términos de negocio, para el sector privado y empresarial. En el caso de salud, los proyectos bajo el modelo de APP han estado circunscritos a la provisión de infraestructura hospitalaria, donde se incluye la operación de los recintos por periodos de al menos quince años.

Cabe señalar que hay visiones críticas que plantean una convergencia entre las posturas a favor del “aseguramiento” vía mercantilización y las que discursivamente abogan por la cobertura universal, con una introducción de mecanismos de mercado en la salud(10,13–15). Desde esta mirada crítica es posible destacar que el concepto de “Cobertura Universal de la Salud esconde lo contrario a su real significado: un programa no-universal, no-integral, no-público y no gratuito de salud”(14). Esto implica que se habla de acceso, pero a paquetes priorizados de salud, es decir no se abarcan todos los problemas que puedan ser necesarios para la población, además de que estos pueden ser provistos y financiados de forma pública o privada. Es por esto, que se vuelve necesario observar las transformaciones concretas que han experimentado los sistemas de salud nacionales para así lograr una caracterización adecuada que pueden no ajustarse, a priori, en alguno de los ejes discursivos mencionados.

LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y SUS TRANSFORMACIONES

En esta sección del trabajo, se pretende entregar una mirada general sobre las principales formas en las cuales se han caracterizado los sistemas de salud latinoamericanos, haciendo énfasis en los aspectos y rasgos comunes. Esta mirada nos permite tener una mayor claridad sobre los problemas transversales de la región respecto de sus sistemas salud. De esta forma se pueden leer los diversos procesos de reformas de salud recientes, considerando estos rasgos, que pueden anular o amplificar ciertos efectos.

La forma en la que se construyen los sistemas de salud ha respondido principalmente a las historias particulares de cada país, donde se articulan aspectos políticos, económicos, culturales y sociales. Considerando lo anterior, cada país tiene un sistema de salud particular, que lo hace único. No obstante, hay rasgos comunes en la región que permiten agruparlos de acuerdo con sus principales características. De esta forma analizaremos dos tipologías de análisis que intentan clasificar a los países de acuerdo con los conceptos (que ilustran dos polos): el de la integración y el de la segmentación. De esta forma, se pueden observar los sistemas de salud latinoamericanos, mirando que tan integradas o segmentadas están las poblaciones y las instituciones en salud.

Una tipología que busca clasificar los sistemas de salud de Latinoamérica es la desarrollada por Londoño y Frenk(16). Estos autores generan su tipología desde el aspecto de la integración en los sistemas de salud, respecto de la población y las instituciones. En la óptica de las funciones institucionales identifican sistemas integrados verticalmente y con separación de funciones. En la óptica de las poblaciones; establecen dos categorías, sistemas de salud, con integración horizontal y aquellos en donde prima la segregación. En la *figura 1* se puede apreciar la tipología propuesta.

Figura 1. Tipología de los modelos de sistema de salud en América Latina

Integración de poblaciones	INTEGRACIÓN DE FUNCIONES INSTITUCIONALES	
	Integración vertical	Separación
Integración horizontal	Modelo público unificado (ej. Costa Rica, Cuba)	Modelo de contrato público (ej. Brasil)
Segregación	Modelo de contrato público (la mayoría de los países latinoamericanos) Modelo	Modelo privado atomizado (ej. Argentina, Paraguay)

Fuente: Londoño y Frenk(16)

En relación con la integración de las poblaciones en el sistema de salud, se apunta al grado de acceso que poseen los diversos grupos de la población para acceder a las instituciones de salud. Esto busca visibilizar el grado de exclusión o barreras al acceso (capacidad de pago o legales entre otras) que existen en los sistemas de salud. En lo relativo a la integración de funciones institucionales, los autores se refieren al grado de integración referida a las dimensiones de financiamiento y prestación.

De acuerdo con la clasificación propuesta por los autores considerando estas variables, los tipos de sistemas de salud que pueden encontrarse en América Latina⁶ podrían clasificarse como sigue:

Modelo público unificado:

En este caso es el Estado quien financia y efectúa la prestación de servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente, ejemplos de este modelo son Cuba y Costa Rica.

Modelo privado atomizado:

En este modelo la función del financiamiento es realizada mediante pagos directos por parte de la población o a través de seguros privados. La prestación de servicios no está integrada al financiador. Ejemplos de este modelo son Paraguay (alto gasto privado) y la Argentina (obras sociales).

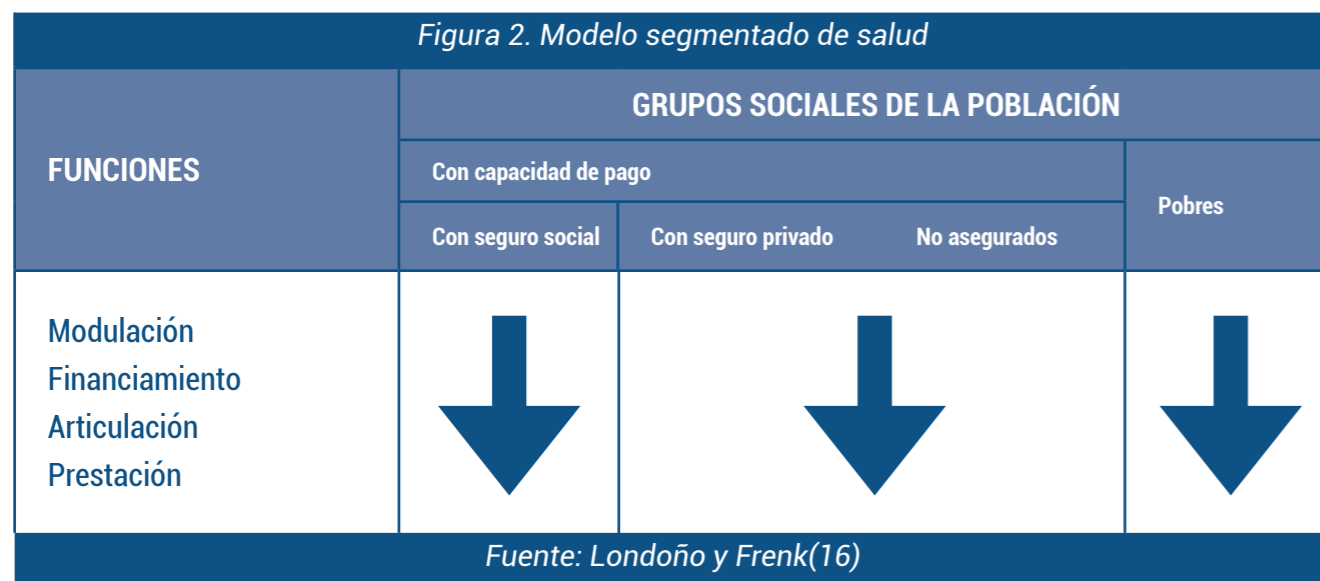
Modelo de contrato público:

En este modelo prima el financiamiento público con cobertura universal (integración horizontal de la población), así como una creciente participación privada en la prestación de servicios. Un ejemplo de este modelo es Brasil.

⁶ Evidentemente, todo sistema de salud no es completamente homogéneo ni coherente en relación a la clasificación propuesta. De este modo, la tipología es más bien una construcción de “tipos ideales” de sistemas de salud, y cada país puede asociarse a uno de ellos atendiendo a sus características predominantes.

Modelo segmentado:

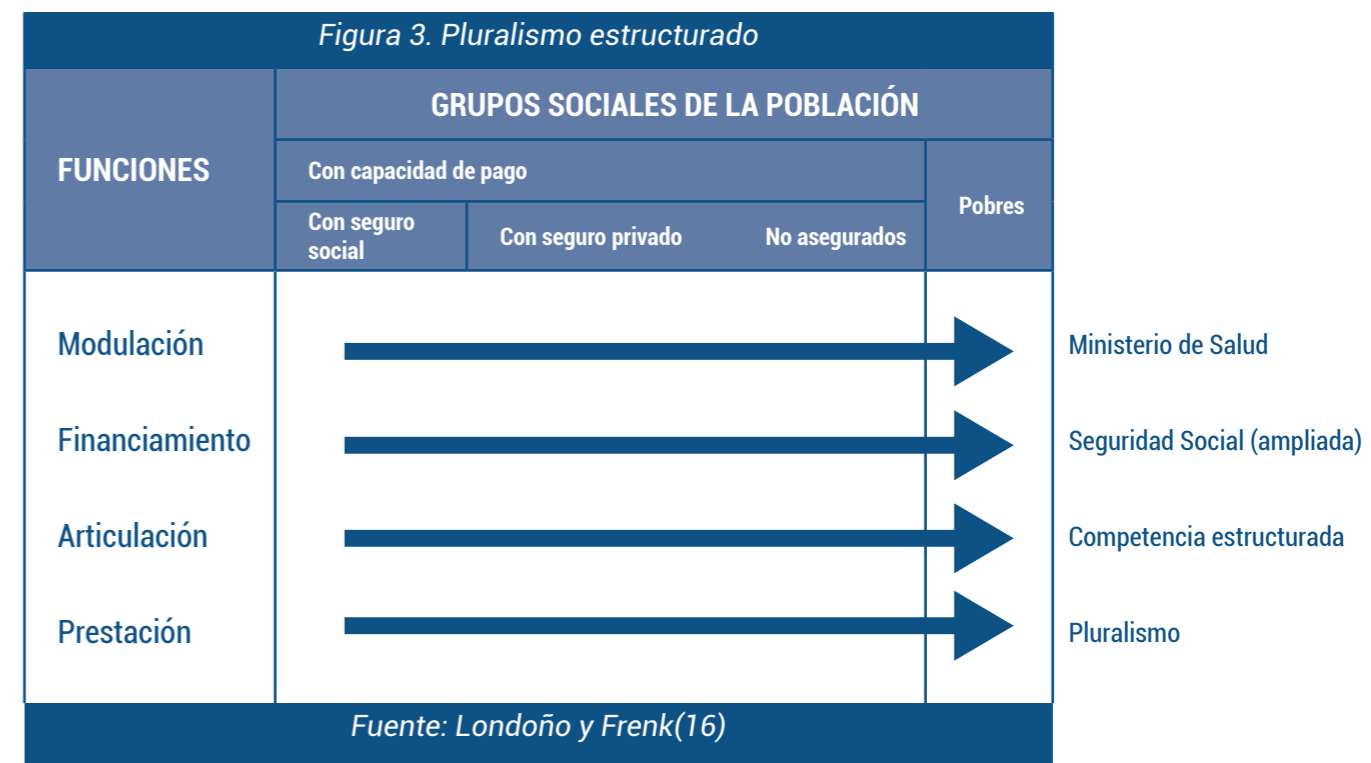
Este es el tipo de modelo más frecuente en Latinoamérica. En la Figura 2, se propone un esquema que permite sintetizar los detalles de este esquema de funcionamiento. Su principal característica es la segmentación de los grupos sociales según su capacidad de pago. Un primer grupo de la población compuesto por aquellos que poseen empleo en el sector formal de la economía, quedan cubiertos por una o varias instituciones de seguridad social. Un segundo grupo, con altos ingresos en su mayoría urbano, accede a través de pagos directos o seguros privados a prestadores privados (no participan de la seguridad social). Finalmente, la población más pobre queda excluida de la seguridad social por carecer de empleo formal: los Ministerios de Salud son los encargados de brindar atención a estos grupos.



En la región, la principal orientación que se dio a las reformas de salud hasta finales de la década de 1970 fue la tendencia de avanzar hacia la nacionalización de los servicios de salud, para avanzar hacia una unificación en un sistema público nacional. Un segundo movimiento a partir de la década de 1980 fueron reformas que entregan los servicios de salud fuera del gobierno central. En este caso destaca Chile, donde se avanza en privatizar parte de su seguridad social, creando instituciones privadas de salud previsional (ISAPRE), que administran fondos de la seguridad social y aportes privados. Otra forma en la que se expresa esta tendencia es la descentralización, entregando responsabilidades a las autoridades locales.

Atendiendo a la diversidad de experiencias de configuración y reforma de los sistemas de salud en las últimas décadas, Londoño y Frenk proponen un nuevo modelo, que denominan *pluralismo estructurado*. Este modelo ha servido de reseña para varios procesos regionales de reforma de salud desde la década de los noventa en adelante, y por ello resulta importante establecer sus rasgos centrales pues permitirán una aproximación sistemática a las diferentes experiencias de transformación reciente de los sistemas de salud en la región.

La perspectiva del Pluralismo Estructurado implica reestructurar las funciones dentro del sistema de salud (ver detalle en Figura 3). Por un lado, la *modulación*, implica dar dirección estratégica del sistema, donde los *Ministerios de Salud* deben fortalecer su responsabilidad rectora, generando reglas e incentivos que conduzcan al sistema. Ello implica que los Ministerios de Salud se concentren en esta función “rectora” y no en la prestación de servicios de salud. En términos del *financiamiento*, el Pluralismo estructurado, propone que la responsabilidad de esta función sea de la *seguridad social*, la cual debe ampliarse gradualmente hacia la “protección universal” guiada por los principios de las finanzas públicas. Adicionalmente proponen modificar los arreglos financieros desde subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda.



Esta transformación en el mecanismo de financiamiento propone, en definitiva, modificar los pagos a prestadores transitando desde los clásicos diseños en base a presupuestos históricos (que no consideran el desempeño), hacia una lógica en la que cada persona podría representar un potencial pago, que finalmente es dependiente de la elección individual de un *prestador* (con indiferencia si esta entidad prestadora es del sector público o privado). Lo anterior resulta clave para comprender la función de *articulación*, la que implica una relación de *competencia estructurada* entre los actores que integran los sistemas. De esta manera, la *prestación* de servicios de salud queda conformada por actores públicos y privados y por ende, construida bajo una noción general de *pluralismo* de los actores que la integran.

Un segundo análisis sobre los sistemas de salud y los procesos de reformas en Latinoamérica es el que refleja el trabajo de Madies et al. (17). Según la clasificación propuesta por estos autores (ver detalle en la *figura 4*), se pueden identificar sistemas de salud de cuatro tipos: tres de ellos, corresponden o son similares a los propuestos por Londoño y Frenk. Sin embargo, la propuesta de Madies et. al. se diferencia al incluir los “sistemas con aseguramiento mixto regulado” donde se considera a países como Chile, Uruguay y Argentina (que en la anterior tipología se incluyen bajo el modelo *privado atomizado*), con el objetivo de describir de forma específica aquellas situaciones en las que existe una preponderancia de arreglos privados en los sistemas de salud.

Adicionalmente, este enfoque identifica que la forma predominante en la que se han orientado las reformas de salud en América Latina, se ha enfocado en aspectos como el modelo de financiamiento y organización del sistema, quedando en segundo plano aspectos como la accesibilidad y calidad de las prestaciones de salud(17). En términos generales, los países con sistemas segmentados, desarrollan reformas orientadas hacia una mayor integración de los seguros sociales de salud: en general estas reformas habrían tenido efectos en reducir la distancia entre una cobertura teórica y una real de la población en salud(17).

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LOS PAÍSES DE INTERÉS

Figura 4. Clasificación de los sistemas de salud en América latina y el caribe.

TIPOS DE SISTEMA DE SALUD	DESCRIPCIÓN	PAÍSES
Sistemas públicos integrados	Cobertura universal financiada sobre base de impuestos por asignación de presupuestos globales. Prestación de servicios públicos. Seguro social en coordinación con subsector público y prestación de servicios con predominio público.	Bahamas, Barbados, Cuba, Granada, Jamaica, Tabago. Costa Rica
Sistemas con aseguramiento mixto regulado	Se caracterizan por tener diversas formas de financiación, aseguramiento y provisión de servicios, con diversos grados de regulación pública.	Argentina, Chile y Uruguay
Sistemas de seguro de salud unificado	Financiación es pública y la provisión es mixta.	Brasil
Sistemas de salud segmentados	Se caracteriza por la profunda falta de integración entre sus distintos subsectores y funciones.	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela

Fuente: elaboración a partir de Madies et al.

En suma, los procesos de reforma a los sistemas de salud en la región, han implicado fortalecer la cobertura de salud, esto a través del mejoramiento del aseguramiento, extendiendo los seguros sociales de salud, estableciendo seguros básicos que, bajo la promoción del acceso universal, han tenido un impacto importante al reducir la exclusión social en el ámbito de la salud(17). Los objetivos o metas que se han fijado en los procesos de reforma en la región incluyen mejorar el acceso a la salud y la protección financiera, aumentar la eficiencia de los servicios de salud, así como la disminución de las inequidades(18–20). Sin embargo, las políticas impulsadas para lograr estos fines han adoptado diversas formas, desde un mayor rol estatal hasta la ampliación de la presencia del mercado, así como la aplicación de esquemas mixtos(18).

En este trabajo buscamos abordar la presencia de actores multinacionales en los sistemas de salud. Si bien cada país tiene rasgos específicos que hacen que sus sistemas de salud sean únicos, también es reconocible una senda que va hilando una historia de transformaciones compartida. En todos los países considerados priman aspectos de segmentación institucional y respecto de la población (con la excepción de Brasil), aunque también existe un aumento en el gasto privado que sustenta a una expansión de los seguros privados de salud. Chile por otro lado es clasificado, como un sistema de aseguramiento mixto regulado, sin embargo, tras la “regulación” observaremos que se encuentra la segmentación de la población, no solo por razones de capacidad de pago, sino también por riesgo a enfermar.

En este capítulo se abordarán las principales características de los sistemas de salud de los países que son incluidos en este estudio. Los países que se incluyen en este trabajo poseen rutas similares, tanto en sus perfiles epidemiológicos, como también en las características políticas que han marcado su desarrollo. Con la excepción de México, todos los países incluidos padecieron dictaduras militares en el último cuarto del siglo XX, que produjeron vulneraciones de los derechos humanos y democráticos a sus ciudadanos. Adicionalmente, durante tales procesos autoritarios se produjeron ajustes en la inversión en las áreas sociales, incluyendo el financiamiento público para salud(19) que marcaron lo que sería la ruta posterior de la política sanitaria.

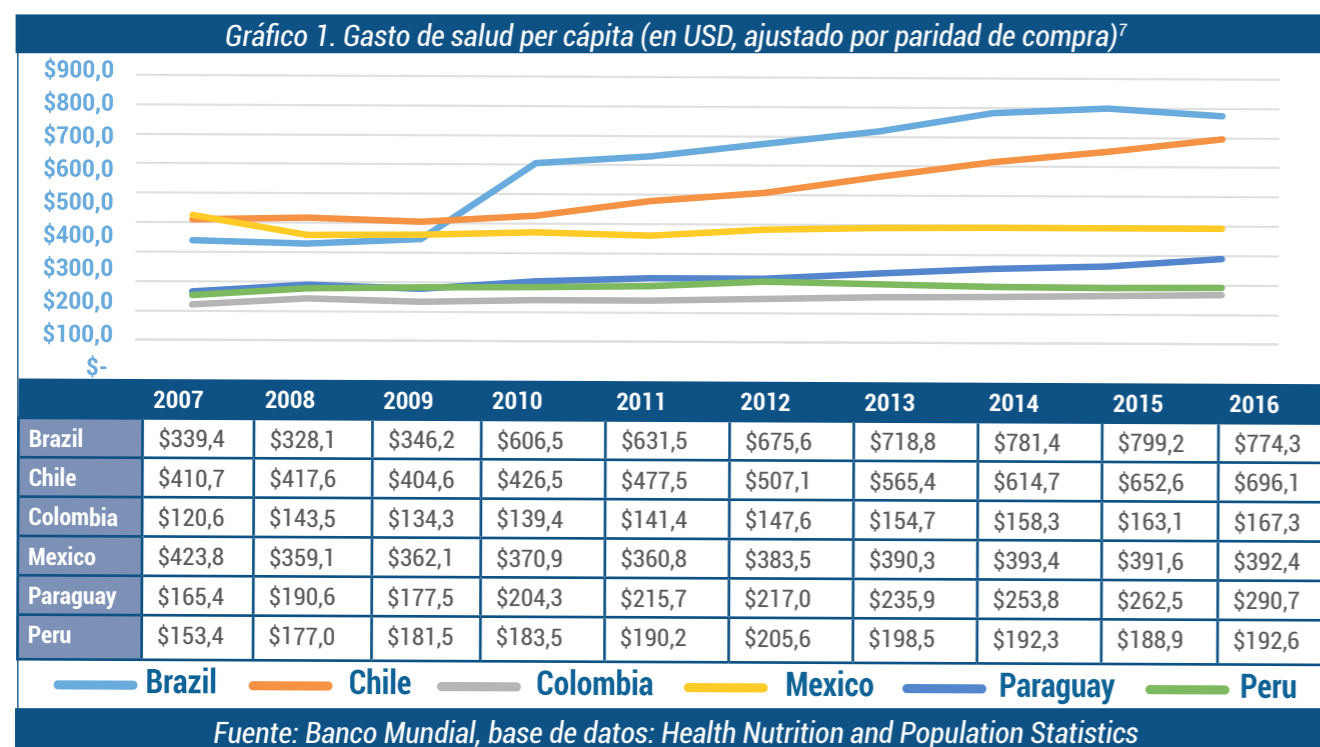
En esta sección se desarrolla una descripción de algunos aspectos que han marcado el debate de reformas de salud en los países considerados. En el análisis sobre las características de los sistemas de salud, se pondrá énfasis en el debate sobre reforma de salud que está marcando al sistema de salud en particular. Adicionalmente se construye una tabla de información por país, que permite una comprensión global de su sistema de salud: se presentan datos relativos al “derecho a la salud”, gestión del sistema de salud, la forma de financiamiento de la salud, la forma en la que se realizan las prestaciones de salud, la participación social y el rol del subsector privado en el sistema de salud. Esto nos permitirá ver, como operan en concreto los rasgos que dan forma a las tipologías descritas en el capítulo anterior.

ELEMENTOS TRANSVERSALES DE LOS SEIS PAÍSES

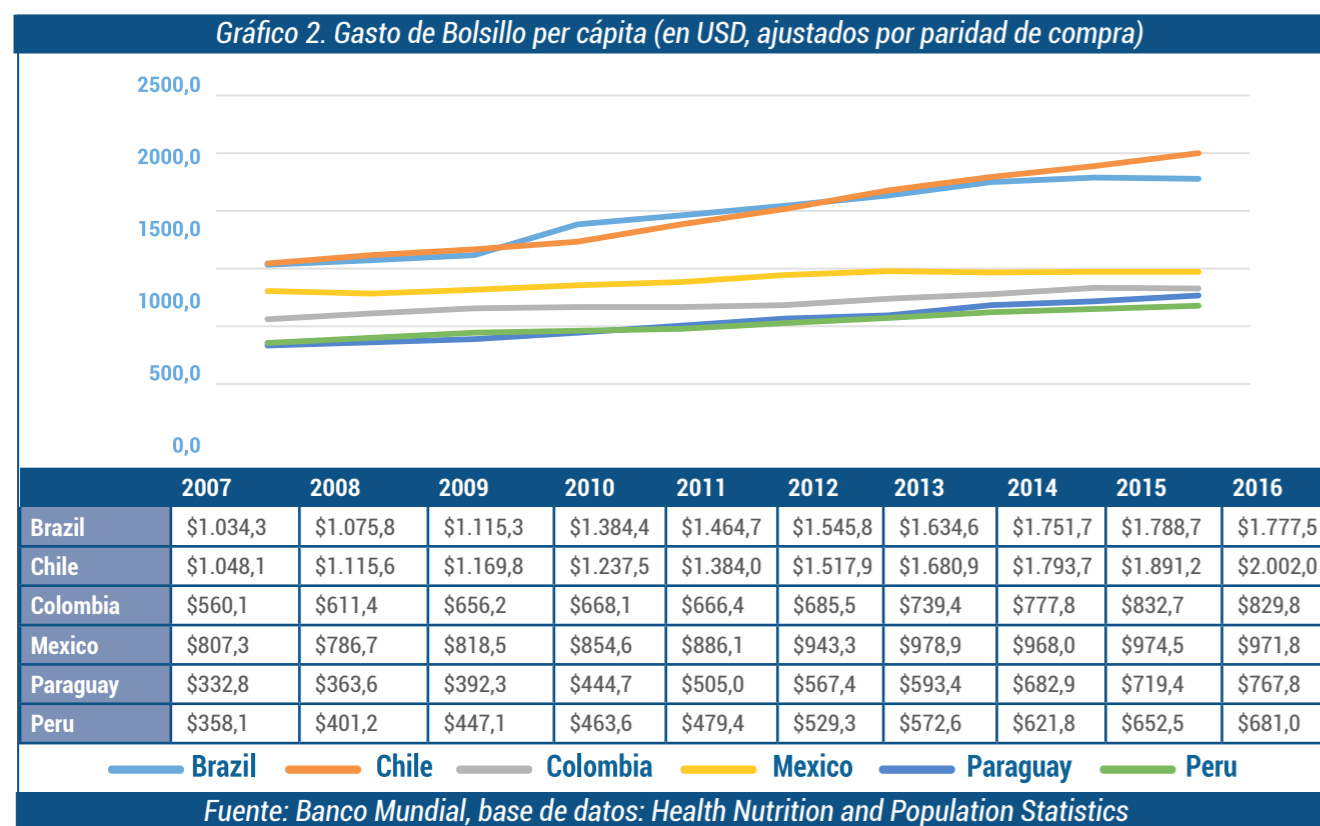
Alrededor de la década de 1980, con la llegada de los gobiernos democráticos en la mayoría de los países de la región, se impulsaron políticas públicas alineadas con orientaciones de tipo neoliberal, que buscaron entregar mayor espacio al mercado a la vez que limitar el gasto público en salud (10,13–15,19,21)2013. Las Políticas de Ajuste Fiscal, motivadas por los altos niveles de deuda de los países, así como las políticas macroeconómicas inspiradas por el consenso de Washington, exacerbaban los niveles de inequidad y desigualdad en la región(19).

En la década de los noventa se producen políticas sociales orientadas a las transferencias monetarias condicionadas, focalizadas a mujeres y poblaciones pobres para aumentar la demanda y el uso de los servicios de salud, especialmente para la atención de la salud materna e infantil(19)

En los gráficos que se presentan a continuación se puede observar una tendencia de aumento en el gasto de salud (Gráfico 1): Perú, Paraguay y Chile prácticamente duplican su gasto de salud entre los años 2007 y 2016, aunque es importante destacar que en todos los países se producen aumentos reales en tal componente.



El Gasto de Bolsillo (gráfico 2), es decir, el gasto directo de las familias en salud aumenta en la región, con la excepción de México que disminuye. Llama la atención el crecimiento del gasto de bolsillo en Brasil, entre los años 2009 y 2010, periodo en que casi se duplica.



⁷ Se emplean las cifras disponibles, los años 2017 y 2018 aun no están publicados.

Debido a los problemas existentes en los sistemas de salud, relacionados a la fragmentación y la segmentación principalmente, es que las políticas de reforma en la región han apuntado a resolver estas problemáticas. En relación con la fragmentación, se impulsan medidas para apuntalar el fortalecimiento de los seguros sociales, unificando instituciones o integrando poblaciones bajo un sólo seguro social. Una segunda dimensión apunta a la descentralización de las decisiones en los distintos niveles (regionales, provinciales, municipales), mientras que un tercer énfasis, ha sido establecer políticas regulatorias, tanto para el sector público como para el subsector privado. Un cuarto énfasis, se ha puesto en la separación de funciones tradicionalmente unificadas en la gestión pública (principalmente entre las dinámicas de financiamiento y provisión de los servicios de salud), así como en la promoción de eficiencia en los proveedores, lo cual se relaciona con la forma en la que se financian y administran los centros de salud(19).

En relación con la fragmentación de los sistemas de salud, los sistemas que tienen mayor integración son Cuba y Costa Rica. Desde finales de los ochentas y principio de los noventa se une Brasil, a través de la conformación del “Sistema Único de Salud”. Como contracara, varios países de la región han establecido formas de financiamiento a través de impuestos para cubrir la provisión de servicios para la población más pobre o con empleos informales, lo que normalmente termino siendo efectuado desde los Ministerios de Salud(16,19).

No obstante, una característica compartida entre los países analizados es que se produce en sus sistema de salud una segmentación de la población según capacidad de pago para acceder a los servicios de salud(19) para expandir el acceso y cobertura de los más vulnerables, no obstante no pudieron eliminar el acceso diferencial producido por la segregación basada en capacidad de pago de las poblaciones.

A continuación se resumen los aspectos específicos que permiten caracterizar a los sistemas de salud en los seis países considerados.

BRASIL

En Brasil existe el “Sistema Único de Salud” (SUS), el cual fue creado en el año 1988, mediante una definición de su Constitución Federal. Adicionalmente, la salud es considerada como un derecho ciudadano. Los principios que inspiran al SUS son el acceso universal e integral a los servicios de salud, la promoción de la equidad, la descentralización de la gestión y la participación social(20).

Tabla 1. Características del sistema de salud de Brasil	
DERECHO A LA SALUD	“La salud como un derecho fundamental y una responsabilidad del Estado”, se crea un sistema nacional de salud unificado para materializar este principio consagrado en la Constitución.
GESTIÓN DEL SISTEMA	Estructurada según niveles, a) Ministerio de Salud a nivel federal, b) Secretarías estatales de salud, c) Secretarías municipales.
FINANCIAMIENTO	Impuestos generales, contribuciones federales, estatales y municipales.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Mixta, prestadores públicos y contratos con prestadores privados.
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Conferencias y consejos de salud permanentes en los diferentes niveles del SUS.
SUBSECTOR PRIVADO	Seguros de salud y prestación de servicios de salud. 50 millones de beneficiarios, 25% de la población.

Fuente: elaboración en base a Salud en las Américas, OPS.

Los cambios que se introdujeron en 1988 implicaron un cambio radical en donde se transita desde un esquema de seguros basados en contribuciones ligadas al empleo a un esquema de financiamiento basado en impuestos generales. Una de las dificultades para su implementación fue la falta de infraestructura, lo que implicó esfuerzos importantes en materia de inversiones, así como contratos con actores privados(13). Adicionalmente hay parte de la población que contrata seguros privados y emplean prestadores privados para concretar sus atenciones de salud(13).

Tabla 2. Gasto y recursos humanos en salud de Brasil

BRASIL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto corriente en salud per cápita en USD PPA.	1.135,9	1.170,5	1.203,5	1.275,6	1.365,3	1.391,5	1.281,6	
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	23,0	22,9	23,3	22,2	21,2	20,3	27,4	
Gasto privado en salud como % del PIB	4,4	4,3	4,4	4,4	4,7	5,0	5,2	
Gasto público en salud como % del PIB	3,6	3,5	3,4	3,6	3,7	3,8	4,0	
Recursos humanos por (10.000 hab) Dentistas		5,5					14,8	
Recursos humanos por (10.000 hab) Enfermeras		7,1						99,4
Recursos humanos por (10.000 hab) Médicos	15,1	15,1						22,0

Fuente: OPS/OMS, OCDE STATS.

Los esfuerzos que se han realizado para paliar las deficiencias se han materializado en un Plan Nacional de Salud que tiene como propósito la “ampliación y calificación del acceso universal en tiempo oportuno, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud, la promoción de la equidad y la calidad de vida de los brasileños”(20).

Al considerar los datos que se aportan en la Tabla 2 se puede señalar que el gasto de salud aumenta en Brasil durante la última década, como habíamos señalado más arriba. No obstante, hay que señalar que el gasto privado es más grande que el gasto público y que este crecimiento del gasto total en salud, está impulsado en mayor medida por el crecimiento del gasto privado (creciendo un 0,6% del PIB en el período considerado) y en menor medida por el aporte público (que sólo crece un 0,2% del PIB en el período analizado).

México

El Sistema de Salud de México, es de carácter segmentado(10) donde hay una pluralidad de instituciones en el sector público: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina y otros. Estas instituciones prestan servicios a la población que cuenta con empleos en la economía formal y se financian de forma contributiva(22). Por otra parte, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el Programa IMSS-Prospera, atiende a la población que no cuenta con seguridad social contributiva. Un tercer sector, es el constituido por los seguros privados, donde se atiende a la población con mayor capacidad de pago(20).

Tabla 3. Características del sistema de salud de México

DERECHO A LA SALUD	El artículo cuatro de la Constitución de México estableció la salud como un derecho para todos los ciudadanos, pero este derecho no se hizo realidad hasta 2003, cuando el Congreso mexicano aprobó revisiones a la Ley General de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).
GESTIÓN DEL SISTEMA	Organización a nivel federal, estatal y municipal. Las funciones de rectoría y regulación son desarrolladas por la Secretaría de Salud.
FINANCIAMIENTO	Régimen contributivo (IMSS, ISSSTE): impuestos de nómina; Régimen Subsidiado (SPSS-Seguro Popular): recursos fiscales
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Instalaciones (propias) del régimen contributivo; instalaciones del ministerio de salud (SPSS-Seguro Popular). Prestación privada.
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Vinculación y trabajo con organizaciones de la sociedad civil en salud.
SUBSECTOR PRIVADO	Conformado por seguros privados, 3,3% población de altos ingresos, un 23,1% emplea prestadores privados para servicios de salud.

Fuente: elaboración en base a Salud en las Américas, OPS.

Actualmente la administración de López Obrador estaría reformulando el SPSS-Seguro Popular, por un “Instituto de Salud para el bienestar” que tiene como objetivo avanzar en materializar el derecho a la salud para la población que no tiene acceso a la seguridad social, buscando mejorar la cobertura en atenciones de salud y acceso a medicamentos(23).

Tabla 4. Gasto y Recursos humanos de salud en México.

MÉXICO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto corriente en salud per cápita en usd ppa.	887,8	915,0	973,2	1001,3	986,1	1.008,7	1.065,9	1.105,0	1.138,0
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	44,3	41,9	41,8	40,7	40,8	40,8	40,4	41,3	
Gasto privado en salud como % del pib	3,1	2,8	2,9	2,8	2,7	2,8	2,9	2,8	2,8
Gasto público en salud como % del pib	2,9	3,0	3,1	3,2	2,9	3,1	2,6	2,5	2,5
Recursos humanos por (10.000 Hab) dentistas	1,7	1,0					1,0		
Recursos humanos por (10.000 Hab) enfermeras	25,4	25,1					29,0		
Recursos humanos por (10.000 Hab) médicos	22,0	21,2					24,0		

Fuente: OPS/OMS, OCDE STATS

El caso de México en lo relativo al gasto en salud (Tabla 4) muestra un aumento. Este aumento se impulsa por una tendencia de mayor gasto público. No obstante se puede ver una disminución del gasto privado y el gasto de bolsillo los niveles de ambos tipos son muy altos, sobre todo el gasto de bolsillo que, si bien disminuye del 44% a 40%, es una participación muy alta en términos comparados. Esto ilustra un importante desafío en mejorar las coberturas financieras efectivas entregadas a la población mexicana.

Colombia

El Sistema de Salud de Colombia, se compone por dos sectores, uno de seguridad social pública y un sector privado. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es creado en 1993 mediante ley. El SGSSS tiene dos regímenes, uno de carácter contributivo (aportes sobre el trabajo), y un régimen subsidiado. El SGSSS es de afiliación obligatoria, lo cual se efectúa mediante las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales pueden ser públicas o privadas. Los recursos provienen de dos fuentes, por un lado, recursos fiscales (impuestos generales), y por el otro, cotizaciones de trabajadores, empleadores y copagos. La recaudación de los fondos es efectuada por las EPS y autoridad sanitaria. Los recursos son mancomunados por la Administradora de los recursos del SGSSS (ADRES), la cual es la encargada del pago de las prestaciones de servicios efectuadas en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Tabla 5. Características del sistema de salud de Colombia

Tabla 5. Características del sistema de salud de Colombia	
DERECHO A LA SALUD	El Derecho a la Salud queda consagrado en la Constitución de 1991, "a atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...". En 2008, el Tribunal Constitucional confirmó el derecho a la salud, ordenando al Estado colombiano a unificar los planes de seguro contributivo y subsidiado y lograr la cobertura universal de salud.
GESTIÓN DEL SISTEMA	Funciones de rectoría son desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
FINANCIAMIENTO	Régimen Contributivo: impuesto; Régimen Subsidiado: recursos fiscales y cruzados provenientes del Régimen Contributivo
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Mixto: Instalaciones privadas (Régimen Contributivo); Instalaciones públicas (Régimen Subsidiado).
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Políticas de fomento de la participación social en salud, mediante consejos territoriales de seguridad social en salud.
SUBSECTOR PRIVADO	Participación en la Seguridad social en forma de EPS y en prestación de servicios (IPS).

Fuente: elaboración en base a Salud en las Américas, OPS.

En Colombia, la reforma a la salud de 1993 tuvo como objetivo avanzar en expandir la cobertura, así como avanzar en converger los regímenes contributivos en base al trabajo y los subsidiados. Esto crea un sistema en donde ingresan administradores privados en la seguridad social. En términos de acceso a los servicios, Colombia muestra aumentos en las barreras de acceso a los servicios de salud, tanto para el promedio nacional como para el segmento de la población más pobre, las cuales estarían centradas en los tiempos de espera, y en barreras económicas(18).

Tabla 6. Gasto y recursos humanos en salud de Colombia

COLOMBIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto corriente en salud per cápita en USD PPA.	656,2	683,1	735,9	765,4	856,0	852,8	932,1	960,2
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	17,8	15,6	14,6	13,8	15,2	18,3	16,4	16,3
Gasto privado en salud como % del PIB	1,8	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9
Gasto público en salud como % del PIB	4,4	4,3	4,5	4,4	4,5	4,1	5,3	5,3
Recursos humanos por (10.000 hab) Dentistas		8,6	8,3		9,1	9,6		
Recursos humanos por (10.000 hab) Enfermeras		9,2	10,3		10,8	11,4		
Recursos humanos por (10.000 hab) Médicos		16,8	17,7		18,5	19,4		

Fuente: OPS/OMS. OCDE STATS

El gasto total de salud per cápita (ver Tabla 6), evidencia un crecimiento. No obstante, al mismo tiempo se aprecia un crecimiento del gasto de bolsillo que realiza la población para acceder a salud, mientras que el gasto privado de salud se ha mantenido en un 1,8% del PIB y el gasto público muestra una reducción de 4,4% para el 2010 a un 4,1% del PIB para el 2015.

Perú

El Sistema de Salud del Perú es considerado como semi-integrado(22) donde existe una parte de la población, aquella con empleo formal, que es parte del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Entre 2002 y 2009 el Perú ha desarrollado reformas para ampliar cobertura a la población que no cuenta con Seguridad Social, dando paso al Seguro Integral de Salud: debido a tal tránsito el SIS paso a ser la entidad con mayor población a cargo (53%). Este sistema ofrece un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que es gratuito y cubre 140 condiciones, incluyendo la salud materna y neonatal, algunas condiciones obstétricas, cáncer, enfermedades transmisibles y atención aguda, así como algunas enfermedades no transmisibles y dolencias crónicas. Tres paquetes adicionales con primas variadas contemplan intervenciones de mayor costo(20,22). Adicionalmente existen seguros privados; que ofrecen servicios complementarios, estos seguros tienen como foco a la población de mayores ingresos.

Tabla 7. Características del Sistema de Salud del Perú

DERECHO A LA SALUD	Según su Constitución. Art. 7. "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa". Art. 9. "El Estado determina la política nacional de salud... facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud". Art. 11. "El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas".
GESTIÓN DEL SISTEMA	Funciones de rectoría son desarrolladas por el Ministerio de Salud. En Regulación, Superintendencia Nacional de Salud.
FINANCIAMIENTO	Régimen contributivo (EsSalud): impuestos de nómina; Régimen Subsidiado (SIS): recursos fiscales.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Instalaciones propias del régimen contributivo (EsSalud), instalaciones del Ministerio de Salud (SIS).
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Participación social de salud, a través de Juntas de usuarios de salud, impulsadas desde la Superintendencia Nacional de Salud.
SUBSECTOR PRIVADO	Compuesto por cuatro seguros privados de salud y en los prestadores de salud.

Fuente: elaboración en base a Salud en las Américas, OPS.

Dentro de las barreras que han sido identificadas para el acceso a los servicios de salud en el Perú, resaltan los tiempos de espera, conveniencia, barreras económicas y culturales(18).

Tabla 8. Gasto y Recursos Humanos en Salud de Perú

PERÚ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto corriente en salud per cápita en USD PPA.	463,6	479,4	529,3	572,6	621,8	671,0	
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	35,7	36,4	35,7	31,4	28,4	30,9	
Gasto privado en salud como % del PIB	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	2,0	
Gasto público en salud como % del PIB	2,5	2,4	2,6	2,8	3,1	3,2	
Recursos humanos por (10.000 hab) Dentistas	1,2		1,3		1,9		1,8
Recursos humanos por (10.000 hab) Enfermeras	9,5		10,9		12,7		13,5
Recursos humanos por (10.000 hab) Médicos	9,3		10,0		11,9		12,7

Fuente: OPS/OMS.

En el caso del gasto en salud en el Perú (ver Tabla 8), se aprecia un incremento de los recursos disponibles, esto junto con una reducción del gasto de bolsillo efectuado por la población que pasa del 35,7% a 30,9% del gasto total de salud. En términos generales el sector privado reduce su contribución desde un gasto de 2,2% del PIB a un 2%, mientras que el gasto público se incrementa de 2,5% a 3,2% del PIB durante el período analizado.

Paraguay

El Sistema de Salud de Paraguay, es un sistema en que el participan actores públicos y privados. La Constitución consagra el derecho a la salud en relación con los derechos a la vida, a la integridad física y mental, y la calidad de vida, en la que se establece la responsabilidad del Estado como garante de ella. Hay una importante diversidad de formas en el financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios de salud(20). Los actores que componen el sector público son el Ministerio de Salud pública y Bienestar Social, Sanidad Militar, la Policial y de la Armada. El actor público de la seguridad social es el Instituto de Previsión Social (IPS). En términos de prestadores públicos destaca el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil. La mayor parte de la población cuenta con cobertura entre el IPS y el Ministerio de Salud Pública. El subsector privado, está compuesto por seguros privados (que cubren a un 13% de población) y entidades de provisión de servicios de salud.

Tabla 9. Características del Sistema de Salud de Paraguay

DERECHO A LA SALUD	La Constitución Nacional de la República Paraguaya consagra el derecho a la salud en relación con los derechos a la vida, a la integridad física y mental, y la calidad de vida, en la que se establece la responsabilidad del Estado como garante de ella.
GESTIÓN DEL SISTEMA	Funciones de rectoría son desarrolladas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
FINANCIAMIENTO	Régimen contributivo (IPS) contribuciones sobre el trabajo; Régimen Subsidiado (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social): recursos fiscales.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Prestadores públicos y privados.
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Participación social de salud para trabajo en Determinantes sociales.
SUBSECTOR PRIVADO	Seguros privados de salud y prestadores de servicios.

Fuente: elaboración en base a Salud en las Américas, OPS.

Entre el 2008 y 2013, se crea el Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo fue reducir la inequidad en el acceso a través de la conformación de las unidades de atención primaria de salud(18).

Tabla 10. Gasto y Recursos Humanos en Salud de Paraguay

PARAGUAY	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto corriente en salud per cápita en USD PPA.	444,7	505,0	567,4	593,4	682,9	724,3
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	43,8	40,8	36,6	38,0	36,3	35,4
Gasto privado en salud como % del PIB	3,3	3,4	,35	3,4	3,5	3,6
Gasto público en salud como % del PIB	2,9	3,3	4,1	3,5	4,1	4,2
Recursos humanos por (10.000 hab) Dentistas			7,0			
Recursos humanos por (10.000 hab) Enfermeras			14,9	14,6		
Recursos humanos por (10.000 hab) Médicos			16,2	15,8		

Fuente: OPS/OMS

En relación con los datos del gasto en salud (ver Tabla 10), Paraguay evidencia un crecimiento significativo de los recursos disponibles. Junto con esto se evidencia una reducción importante del gasto de bolsillo efectuado por la población que pasa del 43,8% a un 35,4% del gasto total de salud. Al observar la composición del gasto, se evidencia un aumento tanto en el gasto privado como en el público, que pasa de un 2,9% a un 4,2% del PIB (datos hasta el 2015).

Chile

El Sistema de Salud de Chile, tiene componentes de públicos y privados. Hay un aseguramiento público (Fondo Nacional de Salud), que recibe aportes contributivos y subsidios (impuestos generales), y un sistema de aseguramiento privado (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE) que reciben aportes de seguridad social y aportes voluntarios. Adicionalmente las Fuerzas Armadas y del Orden tienen sus seguros específicos. La mayor parte de la población pertenece al Fondo Nacional de Salud y la población de mayor ingreso se concentra en las ISAPRE. En el ámbito prestador, en el sector público se encuentra el Sistema Nacional de Servicios de Salud que coordina las funciones de la red asistencial, compuesta por 29 Servicios de Salud descentralizados, a lo largo del país, mientras que el nivel primario es administrado a nivel municipal(20). En el caso del sector privado, hay que señalar que están integrados verticalmente entre ISAPRE y prestadores privados de servicios de salud.

El sistema de salud de Chile es fragmentado, tanto en su financiamiento y aseguramiento, como en la provisión de servicios. Adicionalmente el gasto de bolsillo en salud es alto y afecta principalmente a las familias de menos recursos(20).

Tabla 11. Características del Sistema de Salud de Chile

Tabla 11. Características del Sistema de Salud de Chile	
DERECHO A LA SALUD	En la Constitución de 1980, se declara el derecho a la protección de la salud y se establece el deber del Estado de garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de salud, mediante el cual los ciudadanos pueden elegir entre sistemas de salud públicos o privados. La reforma de 2005 introdujo la exigibilidad de servicios priorizados de salud, mediante mecanismo administrativos y judiciales.
GESTIÓN DEL SISTEMA	Funciones de rectoría son desarrolladas por el Ministerio de Salud, en ámbito de regulación y fiscalización las funciones recaen en la Superintendencia de Salud.
FINANCIAMIENTO	Régimen Contributivo (ISAPRE): contribuciones obligatorias sobre el trabajo y primas voluntarias; Régimen Subsidiado (FONASA): contribuciones obligatorias sobre el trabajo y recursos fiscales (subsidios para grupos vulnerables).
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Prestadores públicos, Sistema Nacional de Servicios de Salud y red de atención primaria municipal y red de privados integrados verticalmente con seguros y prestadores privados no integrados.
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Participación consultiva usuarios de salud en los distintos niveles de atención de salud
SUBSECTOR PRIVADO	Seguros privados de salud y prestadores de servicios. Existe integración vertical entre algunos seguros y prestadores.

Fuente: elaboración en base a Salud en las Américas, OPS.

En el año 2005, se efectúa una reforma de salud, que establece un Plan de Acceso universal con garantías explícitas, el objetivo fue garantizar derechos exigibles a los servicios de salud para un número de enfermedades predefinidas(18).

Tabla 12. Gasto y Recursos Humanos de salud en Chile

CHILE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto corriente en salud per cápita en USD PPA.	1.243,7	1.384,0	1.517,9	1.677,7	1.774,1	1.903,1	1.897,8	2.095,3	2.181,7
Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total en salud	33,2	33,1	32,2	3,17	31,7	31,0	34,8	33,5	35,1
Gasto privado en salud como % del PIB	2,8	2,7	2,8	2,9	3,0	3,2	4,5	3,6	3,7
Gasto público en salud como % del PIB	4,0	4,0	4,2	4,4	4,6	4,9	5,0	5,4	5,2
Recursos humanos por (10.000 hab) Dentistas	6,0	6,0	7,7			10,0			
Recursos humanos por (10.000 hab) Enfermeras		15,1	15,3			22,0			
Recursos humanos por (10.000 hab) Médicos	15,8	15,8	18,2			21,5			

Fuente: OPS/OMS. OCDE STATS

En Chile se evidencia un crecimiento del gasto en salud (ver Tabla 12), donde se pasa de un gasto per cápita de 1.243 dólares ajustados por paridad de compra, a 1.903 para el 2015. Esta expansión del gasto se acompaña de una leve reducción del gasto de bolsillo, y aumentos en los gastos públicos y privados del sistema de salud.

LA SALUD PRIVADA Y LAS MULTINACIONALES EN AMÉRICA LATINA

En este capítulo presentaremos dos elementos que resultan relevantes para entender las diversas formas de inserción relativa de actores multinacionales en los sistemas de salud de los seis países en análisis.

El primero guarda relación con las formas que asumen los sectores privados en los sistemas de salud de la región. Bajo este marco, resulta de suma importancia atender a que el desarrollo del sector privado en cada sistema de salud depende y está íntimamente ligado a la fisonomía del sector público, así como del carácter de las políticas y reformas que se introducen en el sistema de salud por parte del Estado. Así, es pertinente enfatizar que en los sistemas de salud de la región se observa, principalmente, un sector privado orientado a la población de mayor ingreso, con la excepción del caso de Colombia, donde el sector privado es incluido en la seguridad social al punto de disolver la respuesta pública en el aseguramiento sanitario. Adicionalmente se analizarán los principales rasgos del sector privado de salud en cada país, identificando a los principales actores y los rubros en los que se desempeñan.

Una segunda parte, analiza la presencia de las multinacionales de salud en la región, considerando las áreas de prestación de servicios de salud y la dimensión del aseguramiento. Así, de forma resumida puede señalarse que, en términos históricos, se logran identificar dos momentos o fases.

a) Una primera etapa (concentrada en la década de 1990 y de los 2000) está relacionada a la entrada de seguros privados complementarios, que ofrecen planes de cobertura de gasto médicos por fuera del arreglo de seguridad social del país. En esta fase se identifican a actores multinacionales del rubro de los servicios financieros y seguros generales que inician su aterrizaje en la región bajo esta modalidad. El impacto y profundidad de esta primera fase es muy limitado, pues solamente una pequeña parte de la población (el segmento de mayores ingresos) emplea estos servicios privados complementarios.

b) La segunda fase de penetración de intereses multinacionales en los sistemas de salud es reciente: acontece en la última década. En este período se identifica con claridad a tres entidades que han iniciado su desembarco en los sistemas de salud de la región. La primera es una entidad relacionada a la actividad de prestación de atención de salud: *Christus Health*, multinacional de tipo confesional y que declara ser sin fines de lucro. La segunda es *British United Provident Association* (BUPA), conglomerado de origen en el Reino Unido, que se enfoca en la adquisición de prestadores y proveedores de seguros que ya están consolidados en los mercados privados de los países analizados. La tercera multinacional identificada y la más relevante, es *United Health*, que proviene de los Estados Unidos: esta entidad nace como un seguro en este país en la década de 1970, donde pronto comienza a crecer con una política de crecientes compras

y adquisiciones de sus competidores. Este tipo de crecimiento es replicado en Latinoamérica, donde se enfoca en la adquisición de grupos de empresas vinculados capitales a locales, que ya estaban consolidados en los sistemas de salud de los países en análisis.

En definitiva, el principal hallazgo con el que este estudio puede contribuir a la discusión de las organizaciones de trabajadores del sector público en América Latina, es que el ingreso de actores multinacionales, como agentes relevantes del segmento privado de los sistemas de salud de la región, es un proceso nuevo y reciente. De forma complementaria, es posible afirmar que estos actores no afirman de forma autónoma su inserción en los sistemas de salud latinoamericanos. Muy por el contrario, su entrada se produce en tanto exista una consolidación y expansión previa del sector privado local en el respectivo sistema nacional de salud: así, su principal estrategia se enfoca en la adquisición de organizaciones privadas preexistentes que ya tenían desarrollada su inserción en el campo del aseguramiento y provisión de servicios sanitarios.

De ahí que resulta de suma importancia el examen realizado tanto en el *Capítulo 2. Discusión a nivel regional sobre la política de salud*, como en el *Capítulo 3. Características de los sistemas de salud en los países de interés*. Esto en la medida que los espacios susceptibles de crecimiento para intereses privados nacionales, y su posible captura posterior por parte de intereses privados multinacionales, dependerá tanto de las orientaciones técnico-ideológicas de los procesos de reforma de la política sanitaria, como de los resultados políticos y sociales de su evolución reciente. Consecuentemente, esta evidencia reabre el ámbito de la *política* como un elemento central para las organizaciones de trabajadores del sector público: si los intereses de las y los trabajadores no logran impactar en la orientación de las transformaciones de los sistemas de salud, neutralizando en su origen la posibilidad de penetración de intereses privados, a posteriori será muy difícil imposibilitar – o, defensivamente, limitar – el arribo de capitales multinacionales.

UNA MIRADA PANORÁMICA AL SECTOR PRIVADO DE SALUD EN LA REGIÓN

Como sector privado de salud, se entenderá a la totalidad de instituciones privadas e individuos que proporcionan cuidado de la salud, incluyendo a los seguros privados(24). En América Latina, el mercado de la salud es amplio, heterogéneo y poco documentado (informalidad), abarcando desde vendedores ambulantes de medicamentos, profesionales clínicos individuales, hasta cadenas de hospitales de grandes corporaciones y aseguradoras privadas transnacionales. La mayor parte de las iniciativas privadas de salud son con fines de lucro, aunque también es posible encontrar iniciativas de salud sin fines de lucro, que reconocen motivaciones religiosas o de caridad.

La utilización del sector privado de salud también es variable, en algunos casos, la población que accede es la de mayor ingreso, aunque en otros casos también es la población de bajos ingresos, la que accede a los privados. La forma que adopte el sector privado de salud, es resultado de la interacción con la organización y el comportamiento del sector público de atención de salud, por lo que (como ya ha sido señalado) para entender y proponer medidas o políticas para el sector privado se debe tener una mirada desde el conjunto del sistema de salud de cada país(24).

En términos de avanzar en una mayor claridad para dimensionar la preeminencia de la salud privada, se requiere observar tres aspectos(24). Por una parte, la magnitud del financiamiento privado sobre el gasto total de salud. Por otra parte, la escala y los niveles de participación del sector privado en la provisión de servicios de salud. Finalmente, se debe estudiar la accesibilidad del sector público de salud, representada por la medida en que la provisión pública depende de pagos o copagos privados. Considerando estas tres variables, es que se pueden identificar tipos de sistemas mixtos (público-privados), de acuerdo con las características y relaciones entre las variables descritas.

Sector privado dominante:

Se caracteriza por una proporción global muy alta de gastos de bolsillo respecto del gasto total en salud, una actividad dominante del sector privado en la atención primaria y secundaria, y sectores públicos deteriorados, con dependencia variable en pago de tarifas por los servicios que proveen.

Sistemas públicos universales y sector privado complementario:

Los países con este tipo de sector privado tienen una participación del gasto privado de moderada a baja, principalmente gastos de bolsillo; participación privada moderada de la atención primaria y participación privada baja de la atención hospitalaria; y un pago de tarifas muy bajas o nulas en el sector público.

Sector privado de alto costo que encabeza un sistema estratificado:

Los países con este tipo de sector privado tienen porcentajes relativamente altos de gasto privado, y adicionalmente participan de la seguridad social con parte del gasto de salud. Respecto de la participación del sector privado en la prestación de servicios, concentran una importante actividad en la atención secundaria y primaria. Poseen una baja dependencia del sector público respecto del cobro de tarifas. En el caso de América Latina, este es el tipo de sector privado que predomina. Es decir, un sector privado (o subsistema privado de salud), que proporciona atención de alta calidad a una parte de la población de altos ingresos, en un sistema de salud estratificado y segmentado en el que los pobres generalmente dependen de una provisión pública de menor calidad.

Sector público de salud altamente comercializado:

Se caracteriza por un pequeño sector privado y un sector público que depende en gran medida de tarifas y cargos.

Sector privado de salud estratificado:

Con hospitales y clínicas para grupos de la población más acomodados, y un uso sustancial de prestaciones privadas, especialmente por parte de personas más pobres; dependencia variable del sector público en las tarifas y cargos, que afectan la demanda del sector privado.

Un elemento que es necesario notar, es que el tipo de sector privado de salud que se desarrolle en un país está relacionado con las carencias o fortalezas del sector público. Dicho de otra forma, implementar políticas que fortalezcan un sector público, revitalizado y accesible, junto con una gran expansión la seguridad social, puede remodelar las funciones y el comportamiento del sector privado dentro de los sistemas de salud.

Brasil

Dado el tamaño de Brasil, en términos de población, se ha generado un sector privado que, si bien no es dominante, en términos comparados es de grandes dimensiones. El cual se compone por un sector importante de seguros de salud que ofrecen planes de salud complementarios, así como planes odontológicos.

El mercado de la salud ha impulsado la creación de grupos de empresas relacionados con seguros y prestadores de salud, con actores con integración vertical entre servicios de seguros y prestaciones. De esta forma el sector privado está compuesto principalmente por grupos privados nacionales, así como actores multinacionales que han adquirido participación en el mercado de Brasil mediante la compra de actores locales.

El tipo de sector privado que está presente en Brasil es estratificado en la medida que favorece el acceso a la población con empleos formales. Las empresas de seguros ofrecen principalmente planes de salud a empresas, siendo la gran mayoría de los planes bajo esta modalidad. Así mismo es la población de altos ingresos, la que tiene mayor cobertura por este tipo de seguros complementarios. El mercado de seguros es del tipo complementario, es decir que no recibe aportes de “seguridad social” (como sería el caso de Colombia o Chile). No obstante, por el tamaño de la economía son las instituciones de seguros con mayor cantidad de afiliados en la región. El sector prestador tiene amplio desarrollo y también se evidencia una marcada estratificación en el acceso, aunque el Sistema Unificado de Salud emplea servicios de prestadores privados. Dentro de los actores privados nacionales hay que destacar:

Grupo Bradesco:

Empresas de seguros generales, con área de salud, donde se ofrecen planes individuales y colectivos (empresas). Cuenta con más de 4 millones de clientes. Bradesco Dental, parte del grupo, tiene 6,4 millones de beneficiarios en sus planes dentales.⁸

Sulamérica:

Es el mayor grupo de seguros de Brasil; es un grupo empresarial de capitales nacionales, que entrega seguros generales. En lo relacionado a Salud, ofrece planes individuales y colectivos, tanto generales de salud como también planes dentales, contando con más de 7 millones de afiliados.⁹

Hapvida:

Es un grupo de empresas de salud y comunicaciones. En el área de la salud trabaja en el sector de prestadores de salud en el Noreste de Brasil, y a su haber cuenta con más de 3 millones de clientes.¹⁰

Grupo Qualicorp:

Grupo de empresas de capitales nacionales que ofrece seguros generales, en el ámbito de la salud entrega planes de salud colectivos e individuales y cuenta con 2,5 millones de afiliados.

Hay presencia de multinacionales en el sector de seguros como en los prestadores de Salud, siendo los más relevantes, Amil de United Health, que será descrito posteriormente. En el sector de prestadores de salud se puede presentar potencialmente la entrada de actores multinacionales mediante la modalidad de Asociaciones Público-Privadas, la cual se ha empleado para la provisión privada de infraestructura

8 Para más detalles ver <https://www.bradescoseguros.com.br>

9 Información sobre SulAmérica en <https://portal.sulamericaseguros.com.br>

10 Sobre Hapvida ver www.hapvida.com.br

pública¹¹. En el área de salud, la necesidad de efectuar inversión en infraestructura para el Sistema Único de Salud (SUS), abrió las puertas para importantes proyectos, los cuales incluyen los servicios de apoyo e incluso clínicos (bata blanca), siendo el Estado de Bahía, al interior del Brasil quien ha dado un fuerte impulso a esta política. Entidades como el Banco Interamericano para el Desarrollo, han generado fuerte políticas de promoción para la adopción por parte de los países de la región los esquemas de APP.

México

En el caso de México el Sistema de salud, cuenta con un sector privado centrado en los seguros complementarios de salud de tipo individual, así como colectivos. También hay una industria de prestadores de servicios de salud que han propendido a conformar grupos de empresas bajo la figura de holdings. En el caso de los seguros, hay una gran cantidad de aseguradoras generales que ofrecen planes de salud, donde hay una alta presencia de actores multinacionales. En el ámbito de los prestadores algunos grupos arraigados en intereses privados nacionales son:

Star médica:

Grupo de empresas fundado el año 2000, posee una red hospitalaria por varios estados de México. Ofrece servicios de especialidad, así como cuenta con alianzas con multinacionales que ofrecen planes de salud.¹²

Grupo Ángeles:

Prestadores de atenciones de salud, de capitales nacionales, con una red hospitalaria, de farmacias, educación y turismo.¹³

Costamed:

Grupo de empresas, que posee una red hospitalaria, conformado en 1998. Se especializa en entregar servicios en zonas turísticas.¹⁴

Gran parte del sector prestador en México ofrece servicios al Estado, lo que ha implicado un desarrollo del mercado en salud amparado en la gestión pública. En México se pueden apreciar la existencia de multinacionales tanto en seguros complementarios, donde se debe mencionar a BUPA, como en el sector prestador donde destaca Christus Health. Posteriormente se avanzará en una caracterización de estos actores.

11 Revisar marco legal http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm

12 Sobre Star médica ver <https://www.starmedica.com>

13 Sobre Grupo Ángeles <https://www.gass.com.mx>

14 Ver detalles en <https://www.costamed.com.mx/>

Colombia

El caso de Colombia es paradigmático, en tanto es un caso en el que la reforma de salud en los años noventa abre la puerta para la entrada del sector privado en el esquema de seguridad social. Junto con esta entrada de privados en salud, se materializa una salida del Estado. De esta forma los seguros no son solamente complementarios: los actores privados administran la seguridad social. En el ámbito prestador, hay actores de corte estatal y privados. En este último ámbito se han desarrollado grupos de empresas que están integradas verticalmente entre oferentes de seguros y prestadores de servicios.

Considerando lo anterior, es el sector privado el dominante en el sistema de salud colombiano, si bien bajo un esquema de seguridad social. Algunos de los principales actores representativos de intereses empresariales nacionales en el sistema de salud en Colombia son:

Grupo SURA:

Es un grupo de empresas, relacionado a los seguros generales y servicios financieros, que tiene filiales a lo largo del continente. Desde 1990 participa en el sector salud, a través de SURA Salud, quien integra posteriormente la seguridad social como un EPS, cuenta con más de 3 millones de afiliados.¹⁵

Compensar:

Entidad de seguridad social que proviene del sistema de cajas de compensación; de esta forma ofrece servicios, en ámbitos variados, como vivienda, educación y salud, cuenta con 1,4 millones de afiliados.¹⁶

Salud total:

Entidad que se constituye en 1991 para prestar servicios de medicina pre-pagada, y que desde 1994 se integra en la seguridad social en salud. Ofrece el plan de salud obligatorio, así como servicios complementarios, cuenta con 1,5 millones de afiliados.¹⁷

Nueva:

Es una sociedad anónima que nace producto de la privatización del Instituto de Seguros Sociales durante el año 2008, que era la entidad pública de seguridad social en salud; esto fue parte de la privatización de instituciones prestadoras de salud. Esta entidad tiene como mayor accionista al Estado Colombiano a través de Positiva, compañía de seguros, y cuenta con más de 6 millones de afiliados. Trabaja con prestadores principalmente privados, aunque también con IPS públicas.¹⁸

Grupo Keralty:

De capitales nacionales y españoles (residencia Colombia). Nace en 1980 bajo el nombre de Sanitas, donde desarrolla negocios en la prestación de atención de salud (1991), desde 1994 ingresa en área de la seguridad social como EPS, en 1998 inicia operaciones en Venezuela, en 2009 en Perú como Sanitas, el 2011 en Brasil como Vitallis, el 2015 abre negocios de seguros en México y Estados Unidos.¹⁹

15 Para mayor antecedente sobre SURA ver <https://www.epssura.com>

16 Más datos en <https://www.compensar.com>

17 Información en <http://www.saludtotal.com.co>

18 Sobre Nueva ver <https://www.nuevaeps.com.co>

19 Sobre grupo Keralty ver <https://www.keralty.com>

Además de los actores mencionados, hay otros actores representativos de capitales nacionales de menor envergadura, así como presencia de multinacionales tanto en la seguridad social como en el ámbito de la prestación de *servicios* de salud.

Perú

Un hito importante para el fortalecimiento del sector privado de salud en el Perú fue la aprobación en 1997 de la ley de modernización de la seguridad social, esta ley permitió que entidades privadas puedan participar en la seguridad social para cubrir atenciones de salud. La justificación que se entregó para ello fue la descongestión del sector público de salud. Esto generó un impulso al desarrollo del mercado de salud privado, que si bien existía, estaba limitado a la prestación de servicios de salud para personas de altos ingresos.

El tipo de cobertura que se ofrece por parte de las “Empresas prestadoras de salud” es de tipo complementario, es decir que no administran fondos de la seguridad social, como es el caso de Chile o Colombia, pero sí pueden entregar planes de salud tanto individuales como colectivos. Este es un mercado que está en desarrollo, en donde los grupos empresariales locales han generado inversiones dando paso a grupos integrados verticalmente (seguros y prestadores). Los principales actores de capitales nacionales son:

RIMAC:

Empresa prestadora de salud y operadora de seguros generales, perteneciente al grupo Breca, un conglomerado de larga data en el Perú, con participación en otros rubros como administradora de fondos de pensiones, pesqueras, minera, cadena de hoteles y prestadores de salud.²⁰

Pacífico:

Es una EPS, del grupo de empresas Credicorp, holding financiero con intereses en fondos de pensiones y bancos. En el área de la salud poseen Pacífico, seguro complementarios y prestadores privados de salud. Desde el 2018 United Health entra en la propiedad.²¹

Grupo Salud del Perú:

Posee AUNA, una red de clínicas y centros de salud privados, así como una clínica de lujo en Lima, centrada en la población de altos ingresos.²²

Estos son algunos de los actores más relevantes del mercado de salud privado. Se observa una creciente penetración de capitales extranjeros sobre todo por parte de United Health y BUPA a través de la adquisición de actores locales, así como de holdings chilenos y colombianos, que serán caracterizados en el siguiente apartado.

20 Sobre RIMAC ver <https://www.rimac.com/>

21 Sobre pacifico <https://www.pacifico.com.pe/>

22 Información en <https://auna.pe>

Paraguay

En el caso de Paraguay no se evidencia la presencia de multinacionales en el sector de salud, sin embargo, hay una presencia de seguros privados complementarios que ofrecen planes de salud individual y colectiva, así como prestadores de menor tamaño o grupos de prestadores de salud.

El sector privado de salud funciona a través de seguros y el gasto de bolsillo que efectúa la población al utilizar los servicios de salud. El Instituto de Previsión social tiene como afiliados principalmente a la población con empleo formal, mientras que el Ministerio de Salud se hace cargo de la mayor parte de la población de más informalidad y menores ingresos. De esta forma el sector privado es empleado por aquella parte de la población que puede contratar seguros privados o dispone de capacidad de pago. Los principales actores del sector privado de salud son:

Asismed:

Del grupo San Roque, es una empresa que nace en 1997, y cuenta con una red de prestadores, proveedores de salud, ópticas y farmacias.²³

Centro Médico Bautista:

Entidad de tipo religioso, sin fines de lucro, de larga data en Paraguay, asociada a entidades de medicina de prepago y otras entidades de prestaciones de servicios de salud.²⁴

Promed:

Entidad de medicina de prepago (seguro), que ofrece planes de salud, y cuenta con la administración de sanatorios y centros médicos.²⁵

Chile

En el caso de Chile, el sistema de salud comienza una expansión del rol de los actores privados en la salud desde la década de 1980. Las reformas que impulsa la dictadura civil-militar entre el año 1979 y 1981 implican una apertura respecto de la participación de actores privados en la seguridad social. La administración de los fondos contributivos de la seguridad social por parte de las llamadas ISAPRE, produce una expansión del mercado en la salud.

23 Más detalles en <http://www.asismed.com.py/>

24 Sobre Centro médico bautista ver <http://cmb.org.py/>

25 Información en <http://www.promed.com.py>

En Chile se evidencia la presencia de grupos de empresas o holdings de capitales nacionales que están integrados verticalmente entre prestadores y seguros. Los principales actores que se pueden identificar son:

Consalud y Red salud:

Controlados por la Cámara chilena de la Construcción, grupo empresarial que proviene del ámbito de la construcción, pero que tiene intereses en la administración de pensiones y entidades financieras. En el sector salud poseen una red de prestadores de alta complejidad y centros médicos llamada “red salud” y una ISAPRE: Consalud.

Colmena:

Esta es una ISAPRE centrada en la población de altos ingresos, controlada por el grupo Bethia y Larrain Vial, del sector financiero y comercio.

Los demás actores del sector privado de salud han sido adquiridos por multinacionales desde el 2018. Estos grupos adquiridos por intereses foráneos tenían presencia tanto en el mercado sanitario nacional (Grupo Cruz Blanca y Banmédica) como regional. Serán caracterizados en el siguiente apartado.

UNA MIRADA PANORÁMICA A LA PRESENCIA DE MULTINACIONALES DEL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN

En esta sección del trabajo nos enfocaremos en la identificación de los grupos multinacionales que operan en el sector salud de los cinco países en estudio. Se consideran específicamente las áreas de seguros y prestación de atención de salud. De esta forma se excluyen del análisis las multinacionales que siendo de salud, tienen participación en áreas como tecnología médica (equipamiento, medicamentos) e infraestructura.²⁶

Respecto de los seguros de salud hay que introducir una distinción entre los seguros que administran recursos de la seguridad social, así como lo que son seguros privados complementarios. En el caso de Chile y Colombia los actores privados acceden directamente a fondos de la seguridad social (aportes del trabajo mediante descuentos salariales), además de que se permiten aportes voluntarios para mejorar la cobertura que entregan los planes de salud. En el caso del resto de los países de la región los seguros privados que existen son de tipo complementario, es decir que se contratan de forma independiente del arreglo de seguridad social existente en el país, lo que implica que estos actores privados no acceden a los fondos de seguridad social.

No obstante, lo anterior, dado el tamaño de países como Brasil o México, un seguro complementario puede tener millones de clientes (como Bradesco en Brasil, que tiene en su cartera, el doble de todos los afiliados al sistema de ISAPRE de Chile). La diferencia que se explicita más arriba es considerable, sobre todo para comprender la profundidad de los procesos de generación de mercado en salud, que abrieron las reformas de orientación neoliberal durante estas últimas cuatro décadas.

²⁶ Tal priorización se ha efectuado considerando tanto el carácter exploratorio de este estudio, como los rubros de salud predominantes de las organizaciones sindicales afiliadas a la ISP. Profundizar en los sectores de tecnología e infraestructura puede ser una adecuada hoja de ruta para profundizar en estudios posteriores, en la medida que refieren a aspectos de desarrollo/dependencia de capacidades tecnológicas construidas a nivel global.

En Latinoamérica se evidencia la presencia de multinacionales que se han insertado en el negocio de seguros y en la prestación de atenciones sanitarias, través de diversas combinaciones de mecanismos, entre los que vale la pena destacar:

Seguros privados de salud:

Ofrecen cobertura adicional o complementaria a los pisos de seguridad social que entrega cada país, vendiendo planes individuales y colectivos. Estos últimos son planes que adquieren empresas para sus funcionarios. Es un primer nivel de entrada, cuyos servicios son ofrecidos por empresas de seguros generales o servicios financieros, tanto locales como multinacionales.

Seguros sociales de salud:

En este mecanismo se administran fondos de la seguridad social en salud, pudiendo ser entes públicos o privados. En el caso de Chile, las Isapres son seguros cuestionados por tarificar sus planes de acuerdo con el riesgo individual a enfermar, esto a pesar de ser parte de la seguridad social. En la última década las multinacionales han adquirido seguros de este tipo en Chile y Colombia. Adicionalmente pueden ofrecer seguros complementarios.

Prestadores o proveedores privados de salud:

Refiere a establecimientos que entregan prestaciones de salud, que pueden ir desde consultas individuales de médicos, hasta centros de diagnóstico e incluso hospitales en sus diferentes niveles de complejidad clínica. Las transnacionales en este rubro han avanzado mediante la adquisición de actores locales previamente consolidados en los sistemas de salud, sea en el ámbito de los prestadores o instituciones de alta complejidad, como en centros de diagnósticos de especialidades.

Grupos de empresas de salud:

En este caso nos referimos a situaciones en que el mercado privado de salud se ha desarrollado con una dinámica que producido la proliferación de grupos empresariales en los que convergen seguros y prestadores. Ejemplos de estos, son Sanitas en Colombia o Banmédica en Chile, que articulan tanto a seguros como a prestadores en un mismo conglomerado de empresas.

Considerando los tipos de participación en el mercado de la salud, es que se identifican en la Tabla 13, las principales multinacionales presentes en los países considerados en el estudio

Tabla 13. Identificación de las multinacionales de salud en Latinoamérica

NOMBRE	ÁREA	PAÍSES
<p>CHRISTUS HEALTH</p> <p>Transnacional católica, con sede en Texas, Estados Unidos. Está centrada en la prestación de servicios de atención de salud.</p> <p>http://www.christushealth.org</p>	Prestación de Servicios de salud	<p>México: desde 2001 a través de alianza Mugerza-Christus (8 hospitales 3 centros ambulatorios). https://www.christusmugerza.com.mx/</p> <p>Colombia: ingresa el 2017 a través de alianza con Sinergia-Christus (2 hospitales). https://www.christussinergia.com/</p> <p>Chile: Alianza desde 2013 entre Universidad Católica y Christus (1 hospital, 11 centros ambulatorios). https://www.ucchristus.cl/</p>
<p>ALLIANZ</p> <p>Multinacional de servicios financieros y seguros generales. Originaria de Alemania.</p> <p>https://www.allianz.com</p>	Seguro Privado de Salud	<p>México: Adquiere la aseguradora Cuauhtémoc desde 1995. Ofrece seguros generales y planes de salud. https://www.allianz.com.mx</p>
<p>AXA</p> <p>Multinacional de seguros, originaria de Francia.</p> <p>https://www.axa.com/</p>	Seguro Privado de Salud	<p>México: seguros generales, en salud, planes complementarios. https://axa.mx/</p> <p>Colombia: Seguros generales, en salud planes complementarios. https://www.axacolpatria.co</p> <p>Se evidencia presencia de AXA en Chile, Brasil y Perú, pero no en el área de salud.</p>

NOMBRE	ÁREA	PAÍSES
<p>MAPFRE</p> <p>Multinacional centrada en servicios financieros y seguros, originaria de España.</p> <p>https://www.mapfre.com/</p>	Seguro Privado de Salud	<p>México: Seguros generales, en salud planes complementarios. https://www.mapfre.com.mx/</p> <p>Colombia: Seguros generales y en área de salud, planes complementarios https://www.mapfre.com.co</p> <p>Perú: Seguros generales, en área salud ofrece diversos planes complementarios. Desde 2016, posee cuatro centros de especialidad entrando en el negocio de la prestación de salud. https://www.mapfre.com.pe</p> <p>Brasil: Seguros generales, en salud ofrece planes de salud dental. https://www.mapfre.com.br</p>
<p>METLIFE</p> <p>Multinacional centrada en los servicios financieros y seguros generales, administración de pensiones, originaria de Estados Unidos.</p> <p>https://www.metlife.com/</p>	Seguro Privado de Salud	<p>México: ofrece seguros generales, en salud planes complementarios, individuales y colectivos. www.metlife.com.mx</p> <p>Brasil: Seguros generales, en salud, ofrece planes de salud dentales. https://www.metlife.com.br/</p> <p>Colombia: Seguros generales, en salud ofrece planes complementarios. https://www.metlife.com.co/</p> <p>Chile: Seguros generales, pensiones, en salud entrega cobertura complementaria. https://w3.metlife.cl/</p>
<p>BBVA</p> <p>Multinacional de servicios financieros, originaria de España.</p> <p>https://www.bbva.com/es/</p>	Seguro Privado de Salud	<p>México: Servicios financieros, banca, seguros. En salud ofrece planes complementarios para cobertura de gastos médicos https://www.bbva.mx</p>

NOMBRE	ÁREA	PAÍSES
BUPA British United Provident Association (1947). Multinacional de seguros de salud y prestador de atención de salud. Originaria del Reino Unido. https://www.bupa.com/	Seguro Privado de Salud	México: ofrece cobertura de salud complementaria, para individuos y empresas https://www.bupasalud.com.mx
	Seguro Social de Salud	Colombia: Ofrece cobertura de planes complementarios, en alianza con Seguros Bolívar. https://www.bupasalud.com.co/
	Prestación de Servicios de Salud	Perú: A través de Integramédica (ex grupo Cruz Blanca-Chile) entrega prestación de atenciones de salud https://www.integramedica.pe Chile: Adquiere el 2016 al grupo de empresas Cruz Blanca, adquiriendo prestadores de salud (Integramédica), entre otros centros, ISAPRE Cruz Blanca. https://www.bupa.cl/
United Health Fundada en 1977, como un seguro privado, hoy una multinacional de Salud. Ofrece seguros de salud, prestación de atenciones de salud, tecnologías de la información y Servicios financieros relacionados con Salud. Es la empresa de salud más grande en términos de ingresos Originario de Estados Unidos. https://www.unitedhealthgroup.com/	Seguros Privados de Salud	Brasil: United Health entre el 2011 y 2012 compra Amil, entidad que ofrece seguros complementarios, mediante planes de salud individuales y colectivos, así como planes dentales. Cuenta con una red de centros de salud con 14 hospitales y 75 centros ambulatorios. Cuenta con 6,2 millones de afiliados. https://www.amil.com.br
	Seguro Social de Salud	Colombia: United Health posee participación en seguros de salud, Aliansalud (ex grupo Banmédica), opera en la seguridad social https://www.aliansalud.com.co Adicionalmente, tiene participación en Colmédica (ex grupo Banmédica), ofrece seguros y prestaciones de atención de salud. https://www.colmedica.com Posee tres clínicas (hospitales).
	Prestación de Servicios de Salud	Perú: United health a través de la adquisición del Grupo Banmédica, cuenta en el Perú con la EPS Pacífico (seguros de salud) https://www.pacifico.com.pe/ Adicionalmente posee una red de prestadores, laboratorios y centros odontológicos. Chile: United health ingresa al Mercado de salud en Chile con la adquisición de Grupo de empresas Banmédica el año 2018. Este grupo estaba compuesto en Chile, por dos ISAPRE (Vida Tres y Banmédica), y prestadores de atenciones de salud, 5 clínicas de alta complejidad, y centros médicos ambulatorios*. https://www.empresasbanmedica.cl/

Fuente: elaboración propia.

* En el caso de Banmédica, se evidencia una organización de los trabajadores del Holding que fue adquirido por United Health estos sindicatos están agrupados en Federación afiliada a la Central Unitaria de Trabajadores.

En la Tabla 13 se puede apreciar en detalle, la participación de las multinacionales, así como las vías por las cuales han ingresado a Latinoamérica. Una primera vía de incorporación de intereses multinacionales en el sector sanitario de los países en estudio fueron los seguros complementarios, que entregan cobertura financiera para atenciones de salud a estratos de más altos ingresos. En este negocio participan grupos multinacionales ligados a los servicios financieros y seguros, esto desde la década de los noventa en adelante. Sin embargo, desde el punto de vista de la *participación* en los sistemas de salud, considerando volumen de atención, gasto sanitario, así como en términos de población, este mecanismo implica una participación muy reducida.

La presencia de multinacionales en los ámbitos del aseguramiento y provisión de servicios se comienza a generar de forma muy reciente. Los primeros pasos son los que da *Christus Health* el año 2001, ingresando en la provisión de servicios con su alianza con *Muguerza* en México. Avanzando en la primera década de los 2000 y de la mano de las diversas orientaciones de reforma apuntadas en el *Capítulo 2. Discusión a nivel regional sobre la política de salud*, hay una expansión importante de los capitales nacionales en el ámbito de la salud que contribuyen al desarrollo del sector privado, consolidando el crecimiento de grupos de empresas que alcanzaron presencia en varios países de Latinoamérica, si se observa el área de prestación de servicios y aseguramiento.

Así, entrada la segunda década del siglo XXI, y precisamente de forma posterior a este proceso de crecimiento, consolidación y expansión regional de los intereses privados locales, es que las multinacionales como *BUPA* o *United Health* ingresan con relativa fuerza a los mercados de salud previamente desarrollados. Este proceso se desarrolla entre los años 2011 y 2018, período en el cual los actores mencionados avanzan sobre el territorio latinoamericano adquiriendo participación y control de grupos de empresas ya consolidadas en el mercado sanitario.

Es suma, se puede concluir que el fenómeno de inserción de intereses multinacionales en los sistemas de salud analizados es reciente, en la medida que su desarrollo se ha dado principalmente dentro de la última década. Dentro de esa constatación, se hace relevante destacar que el ingreso de estos actores multinacionales al mercado sanitario local resulta posible en la medida que se haya producido previamente un proceso de consolidación de un sector privado en las áreas de seguros de salud y prestación de servicios de atención médica. Como se enfatizó en el *Capítulo 2. Discusión a nivel regional sobre la política de salud*, las reformas de salud han tendido a entregar un rol y espacio al mercado desde la década de 1980 en adelante, lo que en definitiva configuró el camino para la consolidación de intereses privados locales, y su posterior adquisición (y expansión) por parte de actores empresariales de corte multinacional.

Un último elemento que resulta importante incluir en esta sección es que con la suscripción de Tratados de Libre Comercio por parte de los países de la región con Unión Europea, Estados Unidos u otros, se abre la puerta para que las multinacionales protejan su inserción en los sistemas de salud mediante las cláusulas que protegen la inversión extranjera, así como empleen los llamados “mecanismo de solución de controversias inversor-Estado” en caso de que se desarrollen políticas públicas en los países de la región que puedan limitar el rol que desarrollan en los sistema de salud. Es decir que los tratados de libre comercio pueden potencialmente convertirse en barreras para desarrollar políticas que busquen expandir el rol público en la región, dado que ello puede comprometer los intereses económicos de las multinacionales. Se trata de un aspecto fundamental a considerar en la acción política de las entidades sindicales afiliadas a la Internacional de Servicios Públicos en la región.

CONCLUSIONES

A modo de conclusiones para este trabajo, hay que señalar que Latinoamérica ha estado fuertemente influida por las directrices de organismos internacionales en términos de los debates de salud, cuyas orientaciones han delineado los principales énfasis y objetivos de las reformas a los sistemas de salud en la región. Si bien existen varios relatos o idearios, para efectos de este trabajo nos centramos en el rol de construcción de ideario de los organismos internacionales dependientes del sistema de Naciones Unidas y, en específico, en la narrativa asociada a la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS).

Desde esta perspectiva se plantea que los sistemas de salud deben avanzar en garantizar acceso y cobertura universal de los servicios de salud, lo que se ha materializado en reformas que avanzan en mayores niveles de acceso, así como hacia planes de acceso priorizados a intervenciones de salud para las poblaciones más desprotegidas. Es importante señalar, que esta perspectiva o éstas instituciones tienen un rol asesor, lo que implica que pueden emitir recomendaciones, pero no cuentan con otras herramientas para influir en las políticas adoptadas por los Estados.

Un segundo ideario es el neoliberal, cuyo foco se ha centrado en expandir el rol del mercado en los servicios públicos y en este caso en la salud. Este relato es expresado por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, entre otros. Este tipo de organismos, a diferencia de los anteriores, tienen mayor capacidad de disuasión para que se introduzcan las recomendaciones que entregan a los Estados. Estas entidades bregan por expandir el rol del mercado en el aseguramiento y la provisión de atenciones de salud. Esto se ha traducido mediante el respaldo a iniciativas que buscan incorporar actores privados en los arreglos de seguridad social de los países, así como en la utilización por parte de los Estados de la red de atención privada para expandir acceso. Otras formas en las que se expresa, es a través de las asociaciones público-privadas, en donde el Estado entrega una función pública a un actor privado con fines de lucro, para proveer servicios.

Las características de los sistemas de salud son un aspecto que siempre se debe considerar, puesto que la fisonomía de los sistemas de salud de la región evidencia altos niveles de segmentación y fragmentación. Esto implica que tanto a nivel de instituciones los arreglos de seguridad social en salud han estado fragmentados, cuestión que se visibiliza en divisiones respecto al empleo, por ejemplo, con entidades destinadas a las Fuerzas armadas, funcionarios públicos, empleados formales u otras distinciones, produciendo una fragmentación en los fondos de seguridad social, así como niveles de cobertura diferenciados en la población. En general en la región las personas carentes de empleo formal cuentan con bajos niveles de acceso y cobertura, los cuales son atendidos por el Ministerio de Salud respectivo, lo que genera una nueva fragmentación, en este caso, en la respuesta pública. Finalmente, la población de altos ingresos suele contar con un aseguramiento privado o mixto y una red de prestadores paralela, de carácter privado. Esto muestra que los países de la región han mantenido una senda en sus sistemas sanitarios con altos niveles de desigualdad.

Considerando la segmentación y desigualdad en los sistemas de salud es que los países han implementado reformas de salud durante las últimas décadas. Éstas han estado orientadas a entregar mayores niveles de cobertura en atenciones de salud, por ejemplo, estableciendo pisos asistenciales para el conjunto de la población. También las reformas han buscado avanzar en mayores niveles de integración institucional, buscando limitar la gran fragmentación institucional preexistente en los mecanismos de seguridad social en salud. Otros aspectos implementados han apuntado a implementar mejoras de gestión y eficiencia de los prestadores públicos. Desde un punto de vista crítico, es posible aseverar que tales procesos de reforma de salud han generado avances en términos de acceso a la salud para segmentos importantes de la población más vulnerable, así como mejoras en la capacidad de dar respuesta satisfactoria por parte de los arreglos de seguridad social en salud, lo que se puede evidenciar en los esfuerzos de los países en aumentar el gasto sanitario, incrementando el porcentaje de gasto público, disminuyendo el gasto de bolsillo de las familias y reforzando las capacidades del sistema de salud. No obstante, estas reformas no han resuelto la desigualdad y discriminación en salud, como tampoco han resuelto el problema de la segmentación del sistema de salud. Estas reformas, más bien, han sido compatibles o han expandido el rol del mercado en la asistencia sanitaria.

Respecto a la configuración del sector privado de salud en los países de la región, se observa que históricamente han estado circunscritos a dos tipos, un sector privado de salud estratificado, con proveedores especializados en grupos de la población de mayor ingreso, y otros proveedores de menor calidad para parte de las personas más pobres de la población. En la medida que las reformas sanitarias han ampliado el rol del mercado, en Chile y Colombia se los introdujo directamente en la administración de los fondos de la seguridad social, mientras que en Perú, Paraguay, México y Brasil, se les ha permitido ofrecer planes de salud complementarios a individuos y empresas (planes colectivos).

En términos de prestación la capacidad limitada de las redes públicas, al no tener capacidad instalada suficiente para satisfacer la necesidad sanitaria de la población, ha provocado una dependencia en los sistemas de salud de un rol más activo de los prestadores y proveedores de servicios de salud privados. Lo anterior produjo que durante los noventa y la primera década del dos mil, hay un interés de los capitales locales por invertir en salud a través de seguros o redes de proveedores privados. Esta expansión produjo la creación de grupos empresariales que levantaron negocios a lo largo de todo Latinoamérica y es luego de ese momento inicial de construcción de un mercado sanitario robusto (considerando los rubros de aseguramiento y prestación de servicios), cuando ingresan las transnacionales en estas áreas de los sistemas de salud. En términos resumidos, el mercado privado de salud fue adquirido progresivamente por los conglomerados internacionales *United Health* y *BUPA* quienes son los dos actores en la región con mayor peso, en términos de participación del mercado de los diferentes países analizados.²⁷ Estas adquisiciones han ocurrido en los últimos 10 años, por lo que se puede sostener que el arribo de las multinacionales al sector de salud es un proceso relativamente nuevo para los países de la región.

Considerando lo anterior, resulta importante extraer una lección para las organizaciones de trabajadores y trabajadoras del sector público: la forma que adquiera el sector privado de salud en cada país está relacionada y depende directamente de las carencias o fortalezas del sector público de salud, así como de la orientación política de sus reformas. Esta es una lección central dado que, en la medida que los países pongan énfasis en el fortalecimiento de las capacidades, así como en los niveles de cobertura que entrega el sector público de salud, se puede horadar la dependencia que hoy se mantiene con el sector privado, dinámica en la cual se fundamenta la penetración de intereses multinacionales.

Esto implica que es fundamental bregar por la defensa de la seguridad social pública en salud, es decir que las reformas futuras en el ámbito de salud avancen en disminuir la capacidad relativa de cobertura y prestación de servicios del segmento privado. Adicionalmente se debe buscar expandir la oferta pública para que esta no sea dependiente de actores privados, por lo que resulta vital proponer tanto planes de inversión y de expansión eficaz y efectiva del gasto público, con un énfasis específico en el mejoramiento de trabajo y empleo en el sector, para de esta forma evitar la fuga de personal altamente capacitado hacia el sector privado.

Finalmente, en términos de proyección de esta investigación, resulta importante que se pueda incorporar en un diagnóstico como este al resto de los países de la región. Por otra parte, también resultaría primordial el desarrollo de estudios en profundidad por cada país para dimensionar con mayor precisión los volúmenes de participación privada y multinacional en los sistemas de salud, idealmente determinando los volúmenes relativos de atenciones de salud que efectúa el sector privado, magnitudes de facturación y utilidades resultantes de la operación de estos actores en los sistemas de salud nacionales. Otra dimensión interesante de ampliación de esta investigación tiene relación con la capacidad de respuesta de los sistemas de salud frente a situaciones de emergencia sanitaria como la que ha demandado la pandemia COVID-19, considerando en un posible análisis los niveles de participación de privados y multinacionales, es decir, indagar en una posible correlación entre incidencia de privatización y mercantilización con las dinámicas expansivas de mayor fuerza de la pandemia producto del virus SARS-COV2 a escala global o regional.

REFERENCIAS

1. Lapavitsas C. Beneficios sin producción. Cómo nos explotan las finanzas [Internet]. España: Traficantes de Sueños; 2016 [cited 2019 Apr 17]. Available from: <https://www.traficantes.net/libros/beneficios-sin-producción>
2. Harvey D. The “New Imperialism”: Accumulation by Dispossession. *Social Regist* [Internet]. 2009 Mar [cited 2017 Oct 27];40(40). Available from: <http://www.socialistregister.com/index.php/srv/article/download/5811>
3. Ruiz Encina C. La política en el neoliberalismo: Experiencias latinoamericanas. Primera ed. LOM Ediciones, editor. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2019. 390 p.
4. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza; 2008.
5. Gispert Abreu E de los Á, Castell-Florit Serrate P, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Rev Cuba Salud Publica*. 2016;42(2):337–41.
6. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):10–1.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud 53o Consejo Directivo de la OPS, 66a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2014 septiembre 29-octubre 3; Washington (DC): OPS; 2014. 53° Cons Dir la OPS, 66.a Sesión del Com Reg la OMS para las Américas [Internet]. 2014;26. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo: La Financiación de los sistema de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra, Suiza; 2010.
9. Pollock AM, Price D. Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems. *Lancet*. 2000;356(9246):1995–2000.
10. Laurell AC, Ronquillo JH. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colect*. 2010;6(2):137–48.
11. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud [Internet]. Washington, D.C. EE.UU.; 1993. Available from: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/259121468340250256/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-invertir-en-salud-resumen>
12. Bank W. Public-Private Partnerships: Reference Guide [Internet]. Vol. 2. Washington, D.C.; 2014. Available from: <http://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships/publication/the-ppp-reference-guide-version-20>
13. Laurell C. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. *Sist Universales Salud Retos y Desafíos* [Internet]. 2012;1. Available from: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>
14. Castillo CHM, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. Access to health care as a human right in international policy: Critical reflections and contemporary challenges. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(7):2151–60.
15. Ochoa FR. Theoretical debate on public health and international health. *Rev Cuba Salud Publica*. 2019;45(1):1–19.
16. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Inter-American Dev Bank, Off Chief Econ No 353*. 1997;(353):1–32.

17. Madies CV, Chiarveti S, Chorny M. Aseguramiento y cobertura: Dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2000;8(1-2):33-42.
18. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1-9.
19. Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230-47.
20. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. 2017. 260 p. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
21. Goyenechea M. Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuad Médicos Soc*. 2019;59(2):7-12.
22. Dmytraczenko T, Almeida G. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe Evidencia de países seleccionados [Internet]. Bank W, editor. World Bank Publications; 2017. 267 p. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22026/9781464811777.pdf?sequence=8>
23. Secretaria de Salud. Informe de labores; 2018-2019. 2019;186.
24. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10044):596-605. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00342-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00342-1).

La Internacional de Servicios Públicos (ISP) es la Federación Sindical Mundial, integrada por más de 700 sindicatos que representan a 30 millones de trabajadores en 154 países. Llevamos sus voces a las Naciones Unidas, la OIT, la OMS y otras organizaciones regionales y mundiales. Defendemos los derechos sindicales y laborales y luchamos por el acceso universal a servicios públicos de calidad.