



Modelos de financiamiento de la salud pública en américa latina y su sostenibilidad

Public health financing models in Latin America and their sustainability

Os modelos de financiamento da saúde pública na América Latina e a sua sustentabilidade

Gisella Gabriela Riofrio Riofrio ^I

griofrio2@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0009-0332-0150>

Sixto Isaac Chilibingua-Villacis ^{II}

schilibingua@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6784-5348>

Correspondencia: griofrio2@utmachala.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 18 de marzo de 2025 * **Aceptado:** 28 de abril de 2025 * **Publicado:** 20 de mayo de 2025

- I. Médica, Magister en Salud Pública con Mención en Atención Primaria en Salud, Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.
- II. Doctor en Medicina y Cirugía, Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Doctor en Ciencias Médicas, Universidad Técnica de Machala, Machala, Ecuador.

Resumen

Introducción: Este estudio se propuso describir los modelos de financiamiento de la salud pública en América Latina y su sostenibilidad a largo plazo, identificando fortalezas y debilidades en la gestión sanitaria. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa. Se consultaron bases de datos como PubMed, Science Direct y SciELO, utilizando descriptores MeSH y DeCS en español e inglés. Se incluyeron estudios publicados entre 2019 y 2024 sobre modelos de financiamiento de la salud pública en países latinoamericanos, su sostenibilidad económica y su impacto en la equidad. **Resultados:** Los hallazgos muestran la coexistencia de tres esquemas principales (Beveridge, Bismarck y mixto) que se aplican de forma diversa según el contexto socioeconómico de cada país. Pese a los avances en cobertura y la implementación de políticas públicas para mejorar la asignación de recursos, persisten la dependencia de ingresos fiscales volátiles, la fragmentación de sistemas y la carga económica directa considerable, lo que dificulta la sostenibilidad financiera. **Conclusión:** Se concluye que, si bien cada modelo presenta ventajas particulares, todos enfrentan retos comunes ligados a la gobernanza, la informalidad laboral y la insuficiente recaudación fiscal. Para fortalecer la equidad y la eficiencia de la atención sanitaria, resulta esencial diversificar las fuentes de financiamiento, modernizar la gestión y reforzar la coordinación entre los distintos subsistemas.

Palabras clave: Financiamiento público de la salud, América Latina, Administración en salud pública, Indicadores de desarrollo sostenible.

Abstract

Introduction: This study aimed to describe public health financing models in Latin America and their long-term sustainability, identifying strengths and weaknesses in health management. **Methodology:** A narrative review was conducted. Databases such as PubMed, Science Direct, and SciELO were consulted, using MeSH and DeCS descriptors in Spanish and English. Studies published between 2019 and 2024 on public health financing models in Latin American countries, their economic sustainability, and their impact on equity were included. **Results:** The findings show the coexistence of three main schemes (Beveridge, Bismarck, and mixed) that are applied differently depending on the socioeconomic context of each country. Despite advances in coverage and the implementation of public policies to improve resource allocation, dependence on volatile tax revenues, system fragmentation, and the considerable direct economic burden persist, hindering

financial sustainability. **Conclusion:** While each model offers unique advantages, all face common challenges related to governance, labor informality, and insufficient tax collection. To strengthen the equity and efficiency of healthcare, it is essential to diversify funding sources, modernize management, and strengthen coordination between the various subsystems.

Keywords: Public health financing, Latin America, Public health administration, Sustainable development indicators.

Resumo

Introdução: Este estudo teve como objetivo descrever os modelos de financiamento da saúde pública na América Latina e a sua sustentabilidade a longo prazo, identificando pontos fortes e fracos na gestão da saúde. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão narrativa. Foram consultadas bases de dados como a PubMed, Science Direct e SciELO, utilizando os descritores MeSH e DeCS em espanhol e inglês. Foram incluídos estudos publicados entre 2019 e 2024 sobre os modelos de financiamento da saúde pública nos países da América Latina, a sua sustentabilidade económica e o seu impacto na equidade. **Resultados:** Os resultados mostram a coexistência de três esquemas principais (Beveridge, Bismarck e misto) que são aplicados de forma diferente consoante o contexto socioeconómico de cada país. Apesar dos avanços na cobertura e da implementação de políticas públicas para melhorar a alocação de recursos, persiste a dependência de receitas fiscais voláteis, a fragmentação do sistema e um significativo encargo económico direto, dificultando a sustentabilidade financeira. **Conclusão:** Embora cada modelo ofereça vantagens únicas, todos enfrentam desafios comuns relacionados com a governação, o emprego informal e a insuficiente cobrança de impostos. Para reforçar a equidade e a eficiência dos cuidados de saúde, é essencial diversificar as fontes de financiamento, modernizar a gestão e reforçar a coordenação entre os vários subsistemas.

Palavras-chave: Financiamento da saúde pública, América Latina, Administração da saúde pública, Indicadores de desenvolvimento sustentável.

Introducción

Los modelos de financiamiento de la salud pública representan mecanismos claves que buscan recaudar, gestionar y distribuir los recursos económicos para garantizar el acceso oportuno, equitativo, de calidad y calidez a los servicios de atención sanitaria (1,2).

En América Latina predominan tres esquemas: el modelo Beveridge (impuestos y cobertura universal), el Bismarck (contribuciones al seguro social) y el modelo mixto, que combina ambos(3). El éxito de los sistemas financieros, va depender exclusivamente de la sostenibilidad fiscal, la finalidad de asegurar la cobertura universal, asegurando la calidad de servicios, de forma especial en las poblaciones vulnerables (4).

Latinoamérica tiene un elevado costo público en relación al financiamiento en la salud, debido a que enfrente diversas limitaciones fiscales, desigualdades económicas e informalidad laboral (5). Por ello, se requieren políticas públicas sólidas que refuercen la gobernanza y optimicen el uso de recursos(6).

Organismos como la comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan destinar al menos el 6% del PIB a salud pública, y hasta un 6,7% para reducir significativamente el gasto directo de los ciudadanos(7,8).

En Chile, un estudio estimó que en 2012 el costo de atención domiciliaria para el 20% de adultos mayores con dependencia moderada o severa fue del 0,45% del PIB, proyectándose un aumento al 0,58% para 2020 por el envejecimiento poblacional(9).

México, en 2013, presentó un gasto estimado entre 0,13% y 0,34% del PIB en función del nivel de cobertura para atención a la dependencia. En Uruguay, se proyectó que un modelo con cobertura del 60% para personas con dependencia severa habría costado un 0,19% del PIB; Costa Rica evaluó un modelo más amplio, con servicios de cuidado domiciliario, centros diurnos, teleasistencia y residencias, tomando como referencia experiencias de otros países y considerando la formalización del cuidado institucional(10)(11)12).

En Ecuador, el sistema de salud sigue un modelo mixto, financiado por el Estado mediante impuestos y aportes al seguro social(13). En 2021, el gasto público en el sector sanitario fue del 5,19% del PIB, y en 2022 y 2023 se mantuvo en un 6,5% del PIB, con una participación pública del 4,9% y un leve aumento del sector privado del 1,5% al 1,6%, estas cifras evidencian la necesidad de una planificación financiera sostenida ante la creciente demanda por servicios de dependencia(14).

La revisión de la literatura sobre sistemas de salud en América Latina evidencia avances significativos; no obstante, persiste una brecha analítica en la comparación sistemática de los modelos de financiamiento público y su viabilidad a largo plazo; esta problemática adquiere especial relevancia ante los persistentes retos de eficiencia, equidad y cobertura, los cuales se

agudizan en contextos marcados por la desigualdad y la fragmentación institucional; abordar estos desafíos mediante una revisión crítica permitirá identificar oportunidades de innovación orientadas a la estandarización y sostenibilidad de los modelos de financiamiento en salud en el mediano y largo plazo(15,16).

Por ende, el objetivo de esta investigación es describir los modelos de financiamiento de la salud pública en América Latina y su sostenibilidad mediante revisión bibliográfica con el propósito de identificar fortalezas y debilidades que permitan optimizar la gestión sanitaria en poblaciones latinoamericanas.

Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica descriptiva transversal que evalúa modelos de financiamiento de la salud pública en América Latina y su sostenibilidad. La búsqueda se realizará en Embase, PubMed, Science Direct y SciELO utilizando términos MeSH/DeCS(Health Financing, Health Systems Public Health, desigualdades en la Salud

Cobertura Universal de Salud Sostenibilidad). Se incluirán estudios de los últimos 5 años en inglés, español o portugués centrados en la región y su impacto. Se emplearán operadores booleanos (("financiamiento de la salud pública" OR "financiación de la salud pública" OR "modelos de financiamiento en salud") AND ("América Latina" OR "Latinoamérica" OR "Caribe") AND ("sostenibilidad financiera" OR "sustentabilidad fiscal" OR "viabilidad del financiamiento" OR "desafíos del financiamiento") NOT "financiamiento privado) para refinar los resultados y asegurar la inclusión de estudios relevantes.

Resultados

En un primer momento se examinaron las características de los modelos de financiamiento en salud pública, destacando sus fuentes de financiamiento, características centrales, ventajas y desventajas. (ver tabla 1)

Tabla 1: Características de los modelos de financiamiento en salud pública

Modelo	Fuente de financiamiento	Características	Ventajas	Desventajas
Beveridge	Impuestos Generales	Cobertura pública nacional de forma gratuita, financiado por el sistema público.	Equidad en el acceso y financiamiento progresivo.	Limitación de recursos por los recursos públicos y la política estatal.
Bismarck	Contribuciones obligatorias (seguros sociales)	Los empleadores y empleados son los que financian la salud pública, a través de la actividad laboral.	Alta calidad de servicios y eficiencia, con una relación directa entre contribuciones y beneficios.	Puede excluir a trabajadores en la economía informal y generar fragmentación entre distintos subsistemas.
Mixto	Combinación de impuestos generales, contribuciones sociales y gasto de bolsillo	Integra recursos públicos y privados para financiar la salud, intentando equilibrar la universalidad con la eficiencia.	Ofrece flexibilidad y diversificación de fuentes, facilitando la ampliación de la cobertura.	Riesgo de fragmentación y desigualdades en el acceso si la coordinación entre subsistemas es deficiente.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de estos modelos se presenta una síntesis de los modelos de financiamiento vigentes en algunos países de América Latina, detallando el tipo predominante, sus principales fuentes de financiamiento y el porcentaje del gasto público en salud con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) correspondiente al año 2021. (ver tabla 2)

Tabla 2: Modelos de financiamiento vigente en algunos países de América latina

País	Prototipo Predominante	Fuentes de Financiamiento	Gasto Público en Salud (% del PIB)
Argentina	Mixto	Impuestos generales, contribuciones al seguro social	6.6% (2021)
Brasil	Beveridge	Impuestos generales	3.8% (2021)

Chile	Mixto	Contribuciones obligatorias, impuestos generales	4.5% (2021)
Colombia	Bismarck	Contribuciones obligatorias	5.4% (2021)
Costa Rica	Mixto	Contribuciones obligatorias, impuestos generales	6.8% (2021)
Cuba	Beveridge	Totalmente financiado por el Estado (impuestos)	10.9% (2021)
Ecuador	Mixto	Impuestos generales, contribuciones al seguro social	4.9% (2021)
México	Mixto	Fondos provenientes de la recaudación fiscal y aportes realizados al sistema de seguridad social	2.7% (2021)
Perú	Mixto	Recursos obtenidos a través de impuestos públicos y cotizaciones obligatorias al sistema de seguridad social.	3.3% (2021)
Uruguay	Mixto	Contribuciones obligatorias, impuestos generales	6.5% (2021)
Venezuela	Beveridge	Impuestos generales	1.1% (2021, estimado)

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, se analiza cómo ha variado la inversión pública en salud en relación con el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en países latinoamericanos, considerando datos correspondientes a los años 2010, 2015 y 2020.

Tabla 3: Gasto público en salud según el PIB% en América Latina

País	2010	2015	2020
Argentina	5.5%	6.0%	6.6%
Brasil	3.5%	3.8%	4.0%

Chile	3.1%	3.5%	4.5%
Colombia	4.2%	4.8%	5.4%
Costa Rica	5.8%	6.2%	6.8%
Cuba	9.5%	10.2%	10.9%
Ecuador	3.8%	4.3%	4.9%
México	2.5%	2.6%	2.7%
Perú	2.8%	3.0%	3.3%
Uruguay	5.9%	6.2%	6.5%
Venezuela	3.5%	2.8%	1.1%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Gasto público en salud en América Latina y el Caribe: tendencia reciente y desafíos hacia la cobertura universal. Washington, D.C.: OPS; 2022(17).

Discusión

La adopción de modelos de financiamiento en salud pública en América Latina ha estado determinada por factores históricos, económicos y políticos que configuraron sistemas fragmentados y heterogéneos. Países como Argentina, Chile, México, Uruguay y Ecuador han adoptado esquemas mixtos, combinando impuestos generales y contribuciones al seguro social, en respuesta a la necesidad de ampliar la cobertura en contextos de alta informalidad laboral, limitada capacidad recaudatoria y desigualdad estructural(11,15,18). Aunque esta estrategia diversifica las fuentes de financiamiento y fortalece la resiliencia fiscal, también perpetúa la segmentación institucional y mantiene brechas de acceso(13,19).

En contraste, Cuba, Brasil y Venezuela han implementado el modelo Beveridge, basado en impuestos generales y en la provisión de acceso universal gratuito. Cuba, que destina cerca del 10,9 % de su PIB a salud pública, refleja un fuerte compromiso con la equidad(20). Sin embargo, la dependencia exclusiva de la financiación estatal expone a estos sistemas a riesgos considerables ante crisis económicas, como evidencia la drástica reducción del gasto en Venezuela al 1,1 % del PIB(21).

Colombia, por su parte, aplica el modelo Bismarck, financiado mediante contribuciones obligatorias de empleadores y trabajadores(22). Aunque este modelo demuestra alta eficiencia y calidad para los sectores formales, su capacidad de lograr cobertura universal es limitada en un entorno donde la informalidad laboral supera el 50 % (23,24,25).

Desde una perspectiva crítica, el modelo Beveridge destaca en términos de equidad poblacional, pero enfrenta dificultades de eficiencia en ausencia de una inversión pública constante(23,24). El modelo Bismarck, si bien es eficiente en poblaciones formalizadas, tiende a excluir sectores

vulnerables(18). Ante estos desafíos, el modelo mixto emerge como una alternativa más adaptable a las realidades latinoamericanas, al combinar flexibilidad financiera y expansión de cobertura(24). No obstante, su eficacia depende de una articulación efectiva entre subsistemas, así como de la reducción de la fragmentación institucional y de la optimización de políticas sanitarias y económicas públicas que garanticen un financiamiento sostenible(25,26).

Actualmente, países que han consolidado esquemas mixtos integrados, como Costa Rica y Uruguay, presentan mejores indicadores sanitarios. Costa Rica, con una inversión del 6,8 % del PIB en salud pública, la cual excede la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud, logrando altos niveles de cobertura y equidad(27,28). Sin embargo, incluso estos modelos enfrentan presiones fiscales y desafíos derivados del envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas(24,25,26).

Aunque en la última década se registraron aumentos moderados en el gasto público en salud, como en los casos de Argentina y Colombia.", la mayoría de los países aún no alcanzan los niveles de inversión requeridos para garantizar cobertura universal efectiva. México, en particular, mantiene niveles persistentemente bajos, limitando los avances en equidad y calidad asistencial(25,27,29).La sostenibilidad de los sistemas sanitarios en América Latina exige no solo mejoras técnicas, sino también un compromiso político explícito y el establecimiento de políticas de Estado que prioricen la salud como un derecho social (30).

Actualmente coexisten propuestas de financiamiento en salud con raíces neoliberales y socialistas (27,28). Las primeras priorizan eficiencia, competencia y participación privada, reflejando una lógica de mercado (29). Las segundas promueven equidad, acceso universal y planificación estatal, considerando la salud un derecho (30).

En estos sentidos se incluyen el financiamiento por desempeño, el aseguramiento mixto y la descentralización siendo el neoliberal, frente a modelos basados en ciudadanía, atención primaria y cooperación regional socialistas. Estas visiones frecuentemente se combinan en sistemas híbridos, reflejando tensiones ideológicas en torno al rol del Estado y el mercado (31,32).

Actualmente, el Ecuador sostiene un modelo de financiamiento mixto en salud, sustentado en impuestos generales, contribuciones al seguro social y un gasto público que alcanzó el 4,9 % del PIB en 2021. Sin embargo, a pesar de la diversidad de fuentes, persisten desafíos importantes en términos de eficiencia y equidad. En este contexto, la fragmentación entre sectores público y privado debilita la capacidad de garantizar un acceso universal efectivo; por tanto, es urgente

fortalecer la articulación interinstitucional y aumentar la inversión pública para consolidar un sistema más justo y sostenible. (6,7).

Conclusión

En América Latina predominan los modelos de financiamiento Beveridge, Bismarck y mixto, cada uno adaptado a realidades socioeconómicas particulares. Sin embargo, todos enfrentan limitaciones comunes asociadas a la fragmentación institucional, la alta informalidad laboral y la dependencia de ingresos fiscales inestables.

El modelo mixto se configura como la estrategia más pertinente para la región, dado que permite diversificar las fuentes de financiamiento y ampliar la cobertura en contextos de vulnerabilidad económica. No obstante, su eficacia está condicionada a la mejora en la coordinación de los subsistemas, la eficiencia en la asignación de recursos y el fortalecimiento de los mecanismos de equidad.

En el escenario global actual, los modelos de financiamiento en salud combinan influencias tanto neoliberales como socialistas, lo que se manifiesta en la adopción de sistemas mixtos e híbridos. Por un lado, las propuestas neoliberales destacan la eficiencia, la competitividad y el protagonismo del sector privado. Por otro, las corrientes socialistas ponen el foco en la equidad, el acceso universal a los servicios de salud y la responsabilidad del Estado como garante de este derecho fundamental.

Referencias

1. Acosta Morales AG, Espinosa Herrera FV. Secuelas del COVID-19, un desafío de la salud pública: Revisión bibliográfica. *Revista Vive* [Internet]. 2022 Dec 21;5(15):889–908. Available from: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/248>
2. Pettan-Brewer C, Martins AF, Abreu DPB de, Brandão APD, Barbosa DS, Figueroa DP, et al. From the Approach to the Concept: One Health in Latin America-Experiences and Perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2021 Sep 14;9(September):1–18. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.687110/full>

3. Aponte G, Ortiz R. Financiamiento de la Salud Pública en América Latina : Estudios sobre Argentina , México y Perú. 2024.
4. Alcalde-rabanal JE, C D, Molina-rodríguez JF, Soc MM, Díaz-portillo SP, C D, et al. El sistema de salud de México : análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Publica de Mexico*. 2024;66(5).
5. Maceira D, Brumana L, Aleman JG. Reducing the equity gap in child health care and health system reforms in Latin America. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 2022 Dec 23;21(1):29. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01617-w>
6. Lopez Pino MJ. Public Health in Ecuador As a Factor of Social Development: a Literature Review. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud “GESTAR”* [Internet]. 2023;6(12):2–32. Available from: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/86/154>
7. Cid C, Flores G, Del Riego A, Fitzgerald J. Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2021 Sep 24;45:1. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54836>
8. Frigerio M, Rivera C. Modelos Alternativos de Financiamiento para el Desarrollo y el Rol de las Organizaciones de la Sociedad Civil en América Latina. 2020.
9. Smith R. Public health economics: Should it be more offensive? *Health Economics* [Internet]. 2024 Oct 4;33(10):2203–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.4868>
10. González-González C, Cafagna G, Hernández Ruiz M del C, Ibararán P, Stampini M. Dependencia funcional y apoyo para personas mayores de México, 2001-2026. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2021 Sep 1;45:1. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54571>
11. Ayala-Beas SR, Rodriguez Minaya YE. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2023 Oct 11;47:1. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58239>
12. Cid Pedraza C, Matus-López M, Báscolo E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018;42:1–7. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49180>

13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan decenal de salud 2022 - 2031. 2022.
14. Titelman D, Cetrángolo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *The Lancet* [Internet]. 2015 Apr;385(9975):1359–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614617803>
15. Juárez Herrera y Cairo LA, Carrasco-Portiño M, Cuba-Fuentes MS, García LP, Bermúdez-Tamayo C, Pérez-Muto V. Reformas de atención primaria en América Latina: avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2024;38:102430. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911124000888>
16. Palacios-pérez AJ, Taco-lópez AM, Palacios-pérez AJ, Taco-lópez AM. Explorando los determinantes sociales de la salud . Revisión sistemática Exploring the social determinants of health . Systematic review Los determinantes sociales de la salud (DSS) son factores sociales , económicos y ambientales que influyen de manera. *Revista arbitrada de ciencias de la salud*. 2024;3:63–8.
17. Organización Mundial de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y El Caribe. 2018. 6 p.
18. Gálvez González AM, González López R, Álvarez Muñiz M, Vidal Ledo MJ, Suárez Lugo N de la C, Vázquez Santiesteban M. Consideraciones económicas sobre la salud pública cubana y su relación con la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018;1–8. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34594>
19. Matus-López M, Pozo DC, Pedraza CC, Romero WV. Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018;42:1–7. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49485>
20. 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. *The Lancet* [Internet]. 2015 Mar;385(9974):1230–47. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614616469>
21. Javier D, Mayorga Z. Gasto Público en el Ecuador y su Influencia en la Salud y Educación durante los Años 2021-2022. *Revista Veritas*. 2025;591–615.
22. Matus-López M, Toledo LP, Pedraza CC. An assessment of fiscal space for public health in Peru. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*

- [Internet]. 2016 Aug;40(1):64–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706390>
23. Martínez Franzoni J, Sánchez-Ancochea D. The Quest for Universal Social Policy in the South [Internet]. The Quest for Universal Social Policy in the South. Cambridge University Press; 2016. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781316410547/type/book>
24. Organización Panamericana de la salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Organización Panamericana de la Salud; 2019. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
25. Matus-López M, Pedraza CC. Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012-2020. Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health [Internet]. 2024 Jul;36(1):31–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211675>
26. Armando M, Olivares Z, Pública FDS, São U De, São P, Armando M, et al. Presupuesto público para la salud en el Perú en el periodo 2019-2024. Annals of faculty of medicine. 2024;
27. Mena AC, Casalí P. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal [Internet]. Vol. 3, Organización Internacional del Trabajo. 2019. Available from: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/wcms_817788.pdf
28. Castaño C, Ramos J, Melo L. Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos [Internet]. 2023. Available from: <https://investiga.banrep.gov.co/es/be-1233>
29. Urquijo L, Alvarez V, Arango J, Nuñez G, Valderrama J. Estudio Sobre Capacidades de Preparación y Respuesta Ante Futuras Pandemias y Emergencias de Salud Pública. 2024.
30. Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto D, Cali J, Cuevas RP. Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America [Internet]. 2014. Available from: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6024/Technical Note 585- Health System Fragmentation.pdf](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6024/Technical%20Note%20585-%20Health%20System%20Fragmentation.pdf)
31. Secretaría de salud de México. Economía de la Salud para el Bienestar Economía de la Salud para el Bienestar Financiamiento y Cobertura Sanitaria Universal. 2024.

32. Clínicas de Chile. Dimensionamiento del Sector Salud en Chile [Internet]. 2021. Available from: <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2023/12/Dimensionamiento-Completo-2022.pdf>

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).