Conexión Científica Revista Internacional

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

CAS-CCRI-Vol.3. N.3. 001. 2026

Artículo de revisión sistémica:

Acceso a la salud pública como derecho social: revisión bibliográfica de las políticas de cobertura universal en América Latina.

Access to Public Healthcare as a Social Right: A Literature Review of Universal Coverage Policies in Latin America.

Autor:

Pedro Antonio Saltos García
Universidad Estatal de Milagro
Milagro-Ecuador
psaltosg@unemi.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-4416-2488

Autor de Correspondencia: *Pedro Antonio Saltos García* *Psaltosg@unemi.edu.ec*

Reception dates: *25- mayo-2026 Acceptance:* *23- junio -2026* ***Published:*** *25- junio -2026*

Como citar este artículo:

Saltos García, P. A. (2026). Acceso a la salud pública como derecho social: revisión bibliográfica de las políticas de cobertura universal en América Latina. *Conexión Científica Revista Internacional*, *3*(3), 1-16. https://doi.org/10.71068/dw0e5m65
https://sapiensjournal.ec/index.php/ccri/article/view/807/version/798

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

RESUMEN

El acceso a la salud pública en América Latina muestra una contradicción que todavía no ha sido resuelta: el derecho está reconocido en normas y constituciones, pero no siempre se concreta en una atención cercana, continua y de calidad. Este artículo analiza las políticas de cobertura universal a partir de una revisión bibliográfica documental, cualitativa y analítica de 19 fuentes publicadas entre 2022 y 2026. La búsqueda se realizó en SciELO, Redalyc, Dialnet, Google Académico, la biblioteca de la CEPAL y la Revista Panamericana de Salud Pública. Los hallazgos se organizaron en seis ejes: derecho y acceso efectivo, barreras de atención, fragmentación institucional, atención primaria, financiamiento y gobernanza. La revisión muestra que el avance de la cobertura formal convive con tiempos de espera, gastos indirectos, diferencias territoriales y circuitos de atención separados según empleo e ingresos. Estas dificultades afectan con mayor fuerza a comunidades rurales, pueblos indígenas, mujeres, niñez y trabajadores informales. Se concluye que la cobertura universal requiere integrar redes, fortalecer el primer nivel, sostener el gasto público y abrir espacios reales de participación. En este proceso, el Trabajo Social aporta al diagnóstico de barreras, el acompañamiento, la mediación institucional y la defensa del derecho a la salud.

Palabras clave: Derecho a la salud; cobertura universal; equidad sanitaria; atención primaria; políticas sociales; Trabajo Social.

ABSTRACT

Access to public health care in Latin America reveals a contradiction that has not yet been resolved: the right is recognized in laws and constitutions, but it does not always result in nearby, continuous, and high-quality care. This article examines universal coverage policies through a qualitative and analytical documentary review of 19 sources published between 2022 and 2026. The search included SciELO, Redalyc, Dialnet, Google Scholar, the ECLAC digital library, and the Pan American Journal of Public Health. Findings were grouped into six areas: the right to health and effective access, access barriers, institutional fragmentation, primary health care, financing, and governance. The review shows that formal coverage has expanded, while waiting times, indirect expenses, territorial gaps, and separate care pathways based on employment and income remain. These difficulties affect rural communities, Indigenous peoples, women, children, and informal workers more intensely. Universal coverage therefore requires integrated networks, stronger primary care, sustained public spending, and genuine participation. Social Work contributes by identifying barriers, supporting users, mediating with institutions, and defending the right to health.

Keywords: right to health; universal coverage; health equity; primary health care; social policies; Social Work.

.

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

1. INTRODUCCIÓN

América Latina y el Caribe presenta un escenario de profunda desigualdad socioeconómica que se traslada de forma directa a las condiciones de vida de sus habitantes. A pesar de las constantes reformas legales impulsadas por los gobiernos de la región durante las últimas décadas, la utilización de los servicios médicos refleja marcadas disparidades. Comprender la salud pública como un derecho social exige superar la noción exclusivamente clínica, orientada a curar la enfermedad, para situarla como una garantía indispensable del desarrollo humano. Bajo este enfoque, los Estados asumen la obligación de asegurar una atención gratuita y continua, interviniendo activamente sobre las condiciones materiales de la población.

Garantizar este derecho demanda acciones concretas frente a determinantes como la vivienda, la educación, la alimentación y el entorno laboral, factores que inciden de manera directa en el bienestar físico y mental de las personas (Vértiz-Ramírez et al., 2024). Sin embargo, el simple reconocimiento constitucional de este derecho ha demostrado ser insuficiente frente a la falta de capacidad organizativa y de respuesta real de las instituciones sanitarias. La problemática central radica en la persistencia de barreras de acceso que excluyen sistemáticamente a los grupos con menores recursos. Esta imposibilidad de recibir atención sanitaria oportuna afecta principalmente a las comunidades rurales, las poblaciones indígenas, la clase trabajadora informal y, de manera particular, a las mujeres y la infancia.

Las dificultades trascienden la distancia geográfica e involucran la escasez de profesionales especializados, tiempos de espera prolongados, desabastecimiento de insumos y altos costos de traslado. La evidencia científica constata que estos obstáculos, sumados a las asimetrías de género y los condicionantes socioculturales, reducen drásticamente la probabilidad de que las mujeres reciban controles prenatales adecuados o cuenten con asistencia profesional durante el parto (Houghton et al., 2022). Ante la ausencia de un respaldo estatal ágil, las familias se ven obligadas a asumir el pago de los tratamientos con su propio patrimonio. Esta dinámica empuja a miles de hogares a la pobreza y consolida un sistema donde la salud funciona como un bien de mercado sujeto al poder adquisitivo.

Para revertir este escenario de exclusión, las políticas de cobertura universal se posicionan como el mecanismo redistributivo más relevante de la administración pública. Alcanzar dicha cobertura implica que todo ciudadano reciba intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación sin comprometer su economía doméstica. La consolidación de esta meta requiere la reestructuración del primer nivel de atención, estableciendo marcos normativos adaptativos y un presupuesto sostenido que sitúe a la atención primaria como la base operativa de toda la red sanitaria (Fernández, 2025). Al descentralizar los servicios y acercarlos a los territorios comunitarios, la atención primaria

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

resuelve los problemas médicos en etapas iniciales, educa a la población en la prevención y evita la saturación de los hospitales de alta complejidad.

A pesar del consenso técnico sobre estos lineamientos, los países latinoamericanos enfrentan debilidades arquitectónicas que bloquean la universalidad. La principal traba es la organización dividida de los propios sistemas de salud. En gran parte del continente, la provisión de atención está segmentada según la situación laboral de los individuos, creando un circuito de hospitales públicos desfinanciados para las personas en situación de pobreza, entidades de seguridad social para los trabajadores formales y clínicas privadas para los sectores de altos ingresos; esta separación fractura la solidaridad financiera y amplifica las brechas entre clases sociales (Marinho et al., 2023).

Sumado a esta fragmentación interna, las políticas sanitarias regionales han estado históricamente condicionadas por directrices internacionales. La importación de modelos de gestión provenientes de países de altos ingresos resulta ineficaz en economías dominadas por el trabajo informal, lo que hace urgente la adopción de un pensamiento crítico decolonial que permita diseñar sistemas de salud acordes a las necesidades y realidades estructurales del Sur global (Basile, 2024). En virtud de los antecedentes expuestos, el presente artículo investigará el estado actual, el diseño institucional y el impacto real de las políticas de cobertura universal implementadas en América Latina en el periodo reciente.

La investigación responde a la necesidad de evaluar si las estrategias gubernamentales logran atenuar la inequidad o si perpetúan el abandono de las mayorías marginadas del continente, quienes asumen cotidianamente las consecuencias de la morbilidad y mortalidad evitable. La justificación de este trabajo se fundamenta en el Análisis de Políticas Sociales, una disciplina esencial para examinar de manera crítica las discrepancias entre la redacción normativa de los planes de salud y las deficiencias operativas que surgen durante su ejecución en el territorio (Camacho y Montenegro, 2024). Al sistematizar la evidencia científica reciente, este estudio aportará argumentos sólidos para que los tomadores de decisiones puedan corregir los fallos de los sistemas sanitarios, garantizando que el acceso a la salud deje de ser un privilegio condicionado y se consolide como un pilar innegociable de la justicia social en la región.

2. METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolló bajo un diseño metodológico de carácter cualitativo, estructurado específicamente como una revisión bibliográfica documental de tipo descriptivo y analítico. El propósito central de este diseño fue rastrear, compilar y examinar de manera crítica la producción científica más reciente vinculada al desarrollo y la eficacia de las políticas sociales y sanitarias en el continente. Este método permitió

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

sistematizar los debates teóricos y las evidencias empíricas sobre el desempeño de los sistemas de salud, facilitando la identificación de patrones, vacíos estructurales y tendencias en la literatura especializada. Al tratarse de un estudio documental, no se requirió la intervención directa sobre sujetos de investigación, sino que el análisis se concentró estrictamente en fuentes secundarias publicadas en revistas indexadas de alto rigor y reconocimiento académico.

Para llevar a cabo el proceso de recolección de la información, se ejecutó una búsqueda sistemática y exhaustiva a través de repositorios y bases de datos multidisciplinares de amplia trayectoria científica. Específicamente, las consultas se realizaron en las plataformas de Scielo, Redalyc, Dialnet y Google Académico, incorporando además bases especializadas e institucionales como la Biblioteca de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Revista Panamericana de Salud Pública. Con el objetivo de garantizar la vigencia, pertinencia y actualidad de los hallazgos frente a los recientes cambios sociopolíticos y las dinámicas post-pandémicas del continente, la ventana temporal de la búsqueda se delimitó de manera estricta a los documentos publicados entre los años 2022 y 2026.

La estrategia de búsqueda se estructuró mediante el diseño de ecuaciones de rastreo específicas, las cuales se adaptaron a los algoritmos y requerimientos de cada plataforma consultada. Para ello, se definieron los términos centrales de la indagación utilizando las siguientes palabras clave en idioma español: "acceso a la salud pública", "derecho a la salud", "cobertura universal de salud", "políticas sanitarias", "equidad en salud", "atención primaria" y "América Latina". Estos descriptores se emplearon de forma individual y también se combinaron sistemáticamente mediante el uso de operadores booleanos para refinar los resultados. Esta técnica de cruce de variables permitió identificar con precisión los estudios que conectaban la dimensión jurídica del derecho social con la operatividad territorial de las normativas de cobertura en la región.

La depuración de la literatura encontrada se rigió por parámetros de inclusión y exclusión claramente definidos para asegurar la alta calidad del corpus de análisis. Como criterios de inclusión, se seleccionaron únicamente artículos científicos originales o de revisión, editados dentro del periodo 2022-2026, cuyo contexto geográfico y poblacional de estudio correspondiera directamente a América Latina. Además, dichos trabajos debían abordar de forma central las categorías de acceso sanitario, equidad en la atención, cobertura universal y diseño o impacto de políticas públicas de salud. En contraparte, los criterios de exclusión abarcaron la eliminación sistemática de los registros duplicados detectados entre las distintas bases de datos consultadas durante la primera fase de la exploración.

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

Del mismo modo, se descartó toda publicación con fecha de edición anterior al año 2022, así como los estudios clínicos puramente médicos o técnicos que carecían de relación directa con el análisis de políticas sociales. También se excluyeron aquellos documentos provenientes de fuentes no académicas, tales como artículos de prensa, blogs de opinión o informes institucionales sin un proceso de evaluación por pares ciegos. Tras la aplicación rigurosa de todos estos filtros metodológicos y la lectura secuencial de los resúmenes para verificar su pertinencia, se consolidó una muestra final conformada por 20 artículos científicos. Estos documentos seleccionados constituyeron la base material del estudio para el análisis profundo de los resultados.

3. RESULTADOS

La lectura conjunta de las fuentes permitió reconocer un patrón: los países han ampliado derechos, programas y servicios, pero el acceso real continúa dependiendo del lugar de residencia, el tipo de empleo y la capacidad de las instituciones para responder. A partir de esa tensión se organizaron seis categorías. No funcionan como problemas separados; al contrario, la fragmentación afecta el financiamiento, las barreras territoriales debilitan la atención primaria y una regulación insuficiente termina ampliando las diferencias de calidad.

La mayoría de los autores parte de una idea común: la salud es un derecho social y no una prestación que deba depender de la capacidad de pago. Esto implica obligaciones de prevención, atención y protección financiera, pero también una acción estatal sobre vivienda, empleo, alimentación y educación. López-Pino (2023) vincula la salud con el desarrollo social, y Marinho et al. (2023) la sitúan como condición para reducir desigualdades y sostener la inclusión. Desde esta mirada, una política sanitaria no puede evaluarse solo por el número de consultas realizadas.

En la práctica, el derecho suele cumplirse de manera incompleta. La existencia de una norma o de una afiliación abre una puerta, pero no asegura que el servicio esté disponible cuando se necesita. Gilardino et al. (2022) encontraron que cuatro países con reformas importantes aún presentan diferencias en protección financiera, oportunidad y calidad. Esto ayuda a entender por qué la “cobertura nominal” puede crecer mientras las familias continúan pagando medicamentos, estudios o transporte.

La discusión bioética hace visible otro problema: las instituciones deben decidir cómo distribuyen recursos escasos. Esas decisiones afectan listas de espera, derivaciones y acceso a tratamientos. Mendoza-Falcones et al. (2026) plantean que la asignación necesita criterios públicos, razonables y revisables. Cuando no se explican las prioridades, la población percibe arbitrariedad y pierde confianza, incluso si el establecimiento actúa dentro de sus limitaciones presupuestarias.

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

Basile (2024) amplía el debate al cuestionar las categorías con las que se diseñan las reformas. Su propuesta decolonial no rechaza el conocimiento internacional, pero advierte que las respuestas deben partir de la historia sanitaria, la informalidad laboral y las desigualdades propias de la región. Esta perspectiva coincide con la evidencia revisada: reconocer el derecho es indispensable, aunque insuficiente si la estructura institucional continúa produciendo rutas de atención distintas para grupos sociales diferentes.

Las barreras de acceso fueron el hallazgo más repetido. Algunas son visibles, como la falta de dinero o la distancia; otras se esconden en horarios poco flexibles, trámites difíciles, información confusa o experiencias previas de maltrato. Bazualdo Fiorini y Contreras Rivera (2022) muestran que estas dimensiones se relacionan entre sí. Un servicio puede ser gratuito, por ejemplo, pero resultar inaccesible para alguien que pierde un día de trabajo y debe pagar dos transportes para llegar.

Vértiz-Ramírez et al. (2024) explican que la vulnerabilidad no corresponde a una sola característica. Pobreza, discapacidad, edad, ruralidad y pertenencia étnica pueden acumularse y aumentar la posibilidad de quedar fuera del sistema. Este enfoque evita responsabilizar a la persona por no utilizar los servicios. También obliga a preguntar si los horarios, la comunicación y los procedimientos fueron pensados para poblaciones con condiciones de vida muy distintas.

Las mujeres y la niñez enfrentan obstáculos particulares. Houghton et al. (2022) identifican barreras relacionadas con costos, distancia, responsabilidades domésticas y trato recibido. Cuando una mujer posterga un control porque no tiene quién cuide a sus hijos o porque el traslado consume gran parte del ingreso familiar, la dificultad no es individual: revela una política incapaz de reconocer la organización real de los cuidados.

En las zonas rurales, la disponibilidad es irregular. Cañarte et al. (2025) señalan brechas en infraestructura, personal e insumos, además de dificultades para sostener programas y derivaciones. El problema no termina al construir un centro de salud; hace falta que el establecimiento tenga profesionales, medicamentos, transporte sanitario y conexión con niveles de mayor complejidad. De lo contrario, la infraestructura existe, pero la respuesta sigue incompleta.

Estos estudios permiten entender el acceso como una cadena. Primero, la persona reconoce una necesidad; luego busca información, consigue una cita, se traslada, recibe atención y continúa el tratamiento. Una barrera en cualquiera de esos momentos puede interrumpir el proceso. Por eso, las políticas centradas únicamente en ampliar cupos o afiliaciones dejan fuera aspectos decisivos como el tiempo, el cuidado, el transporte y la confianza en las instituciones.

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

La fragmentación es más que un problema administrativo. Cuando los servicios se separan según empleo, seguro o capacidad de pago, también se distribuyen de manera desigual los recursos y la calidad. Marinho et al. (2023) describen sistemas en los que la población con menos ingresos depende de redes públicas debilitadas, mientras otros grupos acceden a regímenes contributivos o privados con mayores posibilidades de elección.

Báscolo et al. (2024) señalan que la regulación es fundamental cuando existen múltiples financiadores y proveedores. Sin una rectoría capaz de establecer reglas comunes, cada actor responde a sus propios incentivos y no necesariamente a las necesidades colectivas. La presencia del sector privado no resuelve por sí sola las carencias; puede incluso aumentar la selección de servicios rentables y dejar al sistema público la atención más compleja y costosa.

La influencia de los organismos internacionales también forma parte de esta historia. De Carvalho (2022) analiza reformas inspiradas en competencia, aseguramiento y focalización. Algunas ampliaron mecanismos de cobertura, pero también reforzaron una separación entre quienes aportan, quienes reciben asistencia pública y quienes compran servicios. El aporte de Basile (2024) permite leer estas reformas con cautela: una solución financiera puede ordenar cuentas sin resolver la desigualdad que organiza el acceso.

La comparación realizada por Juárez et al. (2024) muestra que Brasil, Chile, Colombia, México y Perú siguieron trayectorias distintas. Aun así, comparten problemas de coordinación entre niveles, desigual distribución de profesionales y dificultades para integrar la atención primaria con hospitales y especialistas. Las reformas, por tanto, no deben evaluarse solo por su diseño inicial, sino por la forma en que funcionan dentro de redes concretas.

Gilardino et al. (2022) llegan a una conclusión semejante al comparar cuatro países: cobertura, calidad y protección financiera deben avanzar al mismo tiempo. Si una persona tiene derecho formal, pero espera meses o paga gran parte del tratamiento, la universalidad queda incompleta. La fragmentación termina apareciendo en la experiencia del usuario como repetición de trámites, pérdida de información y discontinuidad del cuidado.

La atención primaria es presentada como el nivel con mayor capacidad para acercar el sistema a la vida cotidiana. Su función no se limita a atender problemas simples. También debería coordinar el cuidado, hacer seguimiento y trabajar con la comunidad sobre riesgos sociales y ambientales. Almeida et al. (2024) muestran que varios países han incorporado estos principios, aunque con diferencias importantes en financiamiento y capacidad de gestión.

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

Juárez et al. (2024) describen avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Brasil destaca por equipos de salud familiar con responsabilidad territorial; Chile ha impulsado procesos de universalización; otros países han ampliado redes y programas del primer nivel. Sin embargo, los resultados se debilitan cuando los equipos cambian con frecuencia, faltan especialistas para recibir derivaciones o la población debe repetir exámenes en cada establecimiento.

Existe además un riesgo frecuente: convertir la atención primaria en un servicio básico para personas pobres. Cuando eso ocurre, deja de ser el eje del sistema y funciona como una puerta de entrada sin salida clara. Para cumplir una función coordinadora necesita presupuesto, personal estable, sistemas de información compartidos y capacidad para resolver una parte amplia de las necesidades. Almeida et al. (2024) advierten que la integralidad depende precisamente de esa articulación.

La participación comunitaria marca otra diferencia. Fernández (2025) sostiene que la transformación sanitaria requiere que la población intervenga en la identificación de problemas y en el seguimiento de las respuestas. No basta con convocarla para escuchar charlas o apoyar campañas. Una participación real supone discutir horarios, rutas de atención, prioridades territoriales y formas de evaluar el trato recibido.

En áreas rurales, la cercanía debe pensarse de manera flexible. Equipos móviles, transporte sanitario, teleatención bien utilizada y permanencia de profesionales pueden reducir distancias, pero ninguna medida funciona de forma aislada. Herrera-Vásquez y Núñez-Norambuena (2024) recuerdan que la pertinencia territorial exige adaptar los servicios sin disminuir sus estándares de calidad. El territorio no debería ser una justificación para ofrecer menos.

El financiamiento define hasta dónde puede llegar una política. Riofrio y Chiliquinga (2025) comparan modelos basados en impuestos y contribuciones laborales, y muestran que ambos enfrentan tensiones en economías con alta informalidad. Cuando una gran parte de la población no aporta de manera regular a la seguridad social, sostener la cobertura requiere una base fiscal amplia y mecanismos de solidaridad entre grupos.

El gasto público también cumple una función redistributiva. Gamarra-Cela y Pinilla-Rodríguez (2025) encuentran una relación entre inversión social y reducción de desigualdades. No obstante, el monto por sí solo no garantiza buenos resultados. Importa cómo se distribuye, qué territorios reciben prioridad y si el presupuesto llega al primer nivel, al personal y a los insumos que la población utiliza con mayor frecuencia.

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

La protección financiera suele medirse por el gasto directo de los hogares, pero los costos indirectos también pesan. Traslado, alimentación, alojamiento, pérdida de ingresos y compra de medicamentos pueden volver inaccesible un servicio oficialmente gratuito. Gilardino et al. (2022) muestran que la cobertura universal sigue incompleta cuando estos gastos obligan a postergar la atención o endeudarse.

La separación de fondos reduce la posibilidad de distribuir riesgos. Cada subsistema recauda y compra servicios para una población distinta, lo que genera duplicaciones en algunos lugares y carencias en otros. Marinho et al. (2023) relacionan esta organización con la desigualdad regional. Integrar no significa necesariamente eliminar todas las instituciones, sino establecer reglas, financiamiento y estándares comunes que eviten que la calidad dependa del tipo de seguro.

La escasez, además, nunca es neutral. Mendoza-Falcones et al. (2026) proponen analizar quién queda al final de una lista, quién puede apelar una decisión y qué información se hace pública. Este enfoque bioético resulta útil porque conecta el presupuesto con la justicia. Una asignación transparente no elimina la falta de recursos, pero evita que las decisiones recaigan siempre sobre quienes tienen menos capacidad para reclamar.

Entre una política bien redactada y un resultado concreto existe un proceso de implementación. Camacho Núñez y Montenegro Martínez (2023) explican que en ese recorrido intervienen normas, actores, recursos, cultura institucional y contexto político. Por eso, una misma estrategia puede producir resultados diferentes entre territorios. La ejecución no es una etapa automática; también es un espacio de decisiones y disputas.

La gobernanza sanitaria incluye rectoría, regulación, coordinación, información y rendición de cuentas. Báscolo et al. (2024) sostienen que el Estado necesita capacidad para orientar a proveedores públicos y privados hacia metas comunes. Si los datos son incompletos o los mecanismos de control son débiles, resulta difícil saber quién queda fuera, por qué se interrumpe una referencia o dónde se concentran los recursos.

La pandemia dejó al descubierto estas limitaciones. Ortega-Bolaños y Rincón-López (2022) señalan que la emergencia no creó todos los problemas, sino que hizo visibles decisiones previas sobre inversión, privatización y capacidad estatal. Los sistemas fragmentados respondieron con mayores dificultades porque debieron coordinar instituciones que ya funcionaban con reglas y recursos separados.

Fernández (2025) propone una gobernanza participativa vinculada con equidad y atención primaria. La idea es relevante porque las políticas suelen diseñarse desde niveles

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

centrales y llegan al territorio con poco margen de adaptación. La participación de usuarios, comunidades y trabajadores puede detectar fallas que los indicadores generales no muestran, como horarios incompatibles, discriminación o rutas de referencia que solo funcionan en el papel.

Basile (2024) incorpora una advertencia final: la transformación no consiste únicamente en modernizar procedimientos. También requiere revisar cómo se define la salud, quién participa y qué intereses orientan las decisiones. Si la enfermedad se interpreta como responsabilidad individual, las políticas tenderán a educar o sancionar a la persona; si se reconocen sus raíces sociales, la respuesta tendrá que involucrar protección, territorio y redistribución.

Tabla 1. *Síntesis de hallazgos sobre cobertura universal y acceso a la salud en América Latina*

Categoría	Autores principales	Hallazgos	Limitaciones o vacíos	Aporte a la política social
Derecho y acceso efectivo	López-Pino; Marinho; Gilardino; Mendoza-Falcones	El derecho se ha ampliado en las normas, aunque persisten diferencias en oportunidad, calidad y costos para los hogares.	Varios estudios miden cobertura por afiliación y dejan en segundo plano la experiencia del usuario.	Evaluar el derecho mediante acceso real, continuidad, calidad y mecanismos de reclamo.
Barreras y vulnerabilidad	Bazualdo; Houghton; Vértiz-Ramírez; Cañarte	Las barreras económicas, territoriales, administrativas y culturales se acumulan en los grupos más expuestos.	Las respuestas generales no siempre contemplan cuidado, transporte, discapacidad o pertenencia étnica.	Combinar cobertura universal con apoyos específicos y servicios adaptados al territorio.
Fragmentación institucional	Báscolo; de Carvalho; Gilardino; Marinho; Juárez	Los subsistemas separados producen trámites repetidos, diferencias de calidad y discontinuidad del cuidado.	Una afiliación amplia puede convivir con pagos indirectos y rutas burocráticas difíciles.	Fortalecer la rectoría, integrar redes y establecer estándares comunes para toda la población.
Atención primaria y territorio	Almeida; Juárez; Fernández; Herrera-Vásquez	La atención primaria acerca los servicios y mejora el seguimiento cuando	Persisten rotación de personal, poca participación comunitaria y referencias que no	Consolidar equipos territoriales y dar capacidad de decisión a la participación social.

		cuenta con equipos y coordinación.	funcionan con regularidad.	
Financiamiento y equidad	Riofrio; Gamarra-Cela; Marinho; Mendoza-Falcones	El gasto público y la solidaridad financiera reducen el riesgo de que las familias paguen las fallas del sistema.	La informalidad y la separación de fondos dificultan una distribución equitativa de los recursos.	Impulsar pactos fiscales, fondos solidarios y decisiones presupuestarias transparentes.
Gobernanza e implementación	Camacho; Báscolo; Ortega-Bolaños; Basile; Fernández	Los resultados dependen de capacidades institucionales, regulación, información y participación.	Durante la ejecución, las políticas pueden perder coherencia o aplicar modelos poco adecuados al contexto.	Evaluar procesos, rendir cuentas y ajustar las políticas a las necesidades territoriales.

Nota: Elaboración propia a partir de las fuentes analizadas.

4. DISCUSIÓN

Los resultados permiten sostener que la principal dificultad de la cobertura universal no es la ausencia de normas. El problema aparece cuando la cobertura declarada se utiliza como sinónimo de acceso. Los registros pueden mostrar una población afiliada y una red de establecimientos, mientras los usuarios continúan esperando, trasladándose largas distancias o comprando insumos. En otras palabras, la política puede verse completa desde la administración y seguir incompleta desde la experiencia cotidiana.

Los autores coinciden en la importancia de la fragmentación, aunque la observan desde ángulos distintos. Gilardino et al. (2022) comparan resultados de cobertura; Marinho et al. (2023) la relacionan con protección social y desigualdad; de Carvalho (2022) examina el peso de las reformas financieras. Leídas en conjunto, estas posiciones muestran que no basta con mejorar la eficiencia de cada subsistema. Se necesita reducir las diferencias entre ellos y construir una responsabilidad pública común.

La atención primaria genera un acuerdo amplio, pero su puesta en práctica muestra contradicciones. Almeida et al. (2024) y Juárez et al. (2024) señalan avances en expansión territorial, aunque también problemas de personal y coordinación. Esto sugiere que abrir centros es solo el inicio. Un primer nivel sin capacidad de seguimiento ni acceso oportuno a especialistas termina acumulando demandas que después aparecen como “falta de adherencia” o “uso inadecuado” de los hospitales.

Aquí el Trabajo Social interviene en un punto concreto: la relación entre la persona y una institución que no siempre reconoce sus condiciones de vida. En la atención

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

individual y familiar, el profesional identifica dificultades económicas, de cuidado, vivienda, movilidad o documentación. También orienta sobre rutas y derechos. Esta tarea no debería reducirse a resolver trámites; sirve para comprender por qué una política accesible en teoría puede ser inaccesible para un hogar específico.

En el ámbito comunitario, su aporte consiste en producir diagnósticos que incluyan voces y experiencias. Las barreras descritas por Vértiz-Ramírez et al. (2024) y Cañarte et al. (2025) no siempre quedan registradas en estadísticas hospitalarias. Un horario incompatible con el transporte o una experiencia de discriminación pueden explicar más que una cifra de inasistencia. Talleres, entrevistas, mapas comunitarios y espacios de participación permiten convertir esas experiencias en información útil para la planificación.

Dentro de las instituciones, el Trabajo Social puede colaborar en equipos interdisciplinarios y procesos de mejora. La información sobre ingresos, redes de apoyo y condiciones familiares ayuda a planificar altas, referencias y continuidad del tratamiento. También permite articular salud con educación, protección social, empleo y gobiernos locales. Esa coordinación es especialmente importante en enfermedades crónicas, discapacidad, violencia y situaciones donde el problema médico está ligado a condiciones sociales persistentes.

La defensa de derechos es otra dimensión central. Mendoza-Falcones et al. (2026) plantean que la priorización debe ser transparente y revisable. El profesional puede documentar vulneraciones, acompañar reclamos y promover mecanismos comprensibles de información y apelación. No se trata de prometer recursos inexistentes, sino de evitar que la escasez se distribuya mediante criterios ocultos o prejuicios institucionales.

A partir de la revisión se identifican cuatro orientaciones para la práctica y la política: medir acceso efectivo y continuidad, no solo afiliación; integrar el primer nivel con redes especializadas; incorporar información territorial y social en la evaluación; y asegurar participación con capacidad de incidir. El Trabajo Social puede contribuir en cada una de ellas, siempre que sea reconocido como parte del análisis y de la toma de decisiones, y no únicamente como apoyo operativo al final del proceso.

5. CONCLUSIONES

La revisión muestra que América Latina ha avanzado en el reconocimiento jurídico del derecho a la salud y en la expansión de programas de cobertura. Ese avance es real, pero no suficiente. El cumplimiento continúa dependiendo de la oportunidad, la continuidad, la calidad y la protección financiera que cada sistema logra ofrecer. Por ello,

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

CC BY

ISSN: 3091-1613
Vol. 3 Núm. 3 (2026)

la cobertura no debe medirse únicamente por afiliación o disponibilidad de establecimientos.

La fragmentación institucional sigue siendo el obstáculo estructural más persistente. La separación de fondos, proveedores y rutas según la situación laboral o la capacidad de pago dificulta la coordinación y reproduce diferencias de calidad. Superar esta situación requiere rectoría pública, reglas comunes e integración funcional, no solo acuerdos temporales entre instituciones.

Las barreras se concentran en poblaciones rurales, indígenas, mujeres, niñez, personas con discapacidad y trabajadores informales. Distancia, costo, cuidado, discriminación y trámites se combinan de manera distinta en cada caso. Las políticas universales deben incluir medidas específicas y pertinencia territorial para que el mismo derecho pueda ejercerse en condiciones sociales desiguales.

La atención primaria puede organizar una respuesta más cercana y preventiva, pero necesita equipos estables, presupuesto, información compartida y coordinación con otros niveles. Cuando se reduce a servicios básicos para población de bajos ingresos, pierde su capacidad transformadora. Su fortalecimiento debe incluir participación comunitaria con incidencia real en las decisiones.

El financiamiento debe apoyarse en solidaridad y suficiencia. La informalidad limita los esquemas exclusivamente contributivos, mientras el gasto de bolsillo traslada las fallas del sistema a las familias. Los recursos públicos requieren una distribución territorial transparente y criterios de priorización que puedan ser explicados y revisados.

El Trabajo Social aporta al diagnóstico de barreras, al acompañamiento, a la mediación intercultural, a la articulación intersectorial y a la defensa de derechos. Su intervención permite conectar los indicadores de cobertura con la experiencia concreta de los usuarios. Para que ese aporte tenga impacto, la profesión debe participar también en la planificación y evaluación de las políticas, no limitarse a gestionar casos una vez que la exclusión ya ocurrió.

6. REFERENCIAS

Báscolo, E., Debrott, D., Houghton, N., & Vance, C. (2024). Regulación y desempeño de los sistemas de salud: una revisión de los marcos de análisis. *Revista Panamericana de Salud, 48*, 1-9. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.42

Basile, G. (2024). Estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el Sur global: implicancias de la descolonización de teorías y políticas sanitarias en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública, 23*, 1-30. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.ecrs

Bazualdo, E., & Contreras, R. (2022). La importancia de las Barreras de accesoy equidad en laatención delos servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar, 6*(6), 973-998. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590

Doi: https://doi.org/10.71068/dw0e5m65

Camacho, L., & Montenegro, G. (2024). La implementación de las políticas públicas en salud: revisión narrativa de modelos para su análisis. *Revista Salud Uninorte, 39*(3), 1-23. https://doi.org/10.14482/sun.39.03.258.963

Cañarte, J., Chiquito, J., Cortez, M., & Morales, M. (2025). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales en Latinoamérica. *Polo del Conocimiento, 10*(8), 2475-2496. https://doi.org/10.23857/pc.v10i8.10333

Carvalho, G. (2022). El Banco Mundial y las reformas sanitarias: un análisis transnacional de las políticas implementadas en Sudamérica. *COGITATIO, 10*(1), 5-18. https://doi.org/10.17645/si.v10i1.4734

De Almeida, P., Giovanella, l., Schenkman, S., Mendes, C., Oliveira, P., Houghton, N., . . . Bousquat, A. (2024). Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Ciencia & Saúde, 29*(7), 1-14. https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03792024

Fernández, G. (2025). Políticas públicas para la transformación sanitaria en América Latina centradas en participación social, equidad y atención primaria: una revisión de literatura. *Revista Espacios, 46*(5), 96-109. https://doi.org/10.48082/espacios-a25v46n05p09

Gamarra, K., & Pinilla, D. (2025). Equidad y gasto público en América Latina. Una aproximación empírica. *Revista Científica Caminos de Investigación, 6*(2), 10-26. https://doi.org/10.59773/ci.v6i2.91

Gilardino, R., Valanzasca, P., & Rifkin, S. (2022). ¿Ha logrado América Latina la cobertura sanitaria universal? Lecciones de cuatro países. *Archives of Public Health, 80*(38), 1-11. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00793-7

Herrera, L., & Nuñez, M. (2024). Determinantes sociales, equidad y pertinencia territorial: reflexión sobre el enfoque en salud. *Revista Científica de la UCSA, 11*(2), 78-88. https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2024.011.02.078

Herrera, L., Carrasco, M., Cuba, M., Posenato, L., Bermúdez, C., & Pérez, V. (2024). Reformas de atención primaria en América Latina: avances en Brasil,. *Gaceta Sanitaria, 38*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102430

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Riego, A., & Ventura, E. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana Salud Publica, 46*, 1-9. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94

Juárez, L., Carrasco, M., Cuba, M., Posenato, L., Bermúdez, C., & Pérez, V. (2024). Reformas de atención primaria en América Latina avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. *Gaceta Sanitaria, 38*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102430

López, M. (2023). Salud pública en Ecuador como factor de desarrollo social: una revisión bibliográfica. *Gestar, 6*(12), 1-31. https://doi.org/10.46296/gt.v6i12.0110

Marinho, M., Dahuabe, A., & Arena, A. (2023). Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible. *CEPAL*(244), 1-75. https://doi.org/https://www.cepal.org/es/publicaciones/68552-salud-desigualdad-america-latina-caribe-la-centralidad-la-salud-desarrollo

Mendoza, L., Guida, G., Herrera, C., & Herrera, P. (2026). Bioética y equidad en el acceso a los servicios de salud en Ecuador y América Latina. *JESSR, 6*(1), 121-140. https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v6/n1/234

Ortega, J., & Rincón, J. (2023). Políticas sanitarias en América Latina y el Caribe, un problema político en escenarios de Pandemia. *Revista de Salud Pública, 24*(1), 1-7. https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103337

Riofrio, G., & Chiliquinga, S. (2025). Modelos de financiamiento de la salud pública en américa latina y su. *Polo del Conocimiento, 10*(5), 1955-1968. https://doi.org/10.23857/pc.v10i5.9549

Vértiz, J., Ramírez, P., Ríos, G., Sánchez, M., Ochoa, M., De negri, A., & Saturno, P. (2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Publica Mex, 66*(4), 556-570. https://doi.org/10.21149/16199

Conflicto de Intereses: Los autores afirman que no existen conflictos de intereses en este estudio y que se han seguido éticamente los procesos establecidos por esta revista. Además, aseguran que este trabajo no ha sido publicado parcial ni totalmente en ninguna otra revista.

© 2025; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea correctamente citada.