REVISTA INVECOM
ISSN en línea: 2739-0063

Modernización de la gestión pública en los sistemas de salud: enfoques, avances y desafíos

Modernization of Public Management in Health Care Systems: Approaches, Progress, and Challenges

Recibido: 04/08/2026 - **Aceptado:** 23/10/2026

Sandy Sarita Altamirano Cáceres
https://orcid.org/0009-0000-2878-9195
saltamiranca11@ucvvirtual.edu.pe
Universidad César Vallejo. Lima, Perú

Ricardo Edmundo Ruiz Villavicencio
https://orcid.org/0000-0002-1353-1463
reruizvi@ucvvirtual.edu.pe
Universidad César Vallejo. Lima, Perú

Cómo citar este artículo:
Altamirano Cáceres, S., & Ruiz Villavicencio, R. (2026). Modernización de la gestión pública en los sistemas de salud: enfoques, avances y desafíos. *Revista InveCom*, *Vol.6*(Núm. Especial 3), 1-11. https://doi.org/10.5281/zenodo.24029557

Resumen

El objetivo fue analizar los enfoques, avances y desafíos de la modernización de la gestión pública en el sector salud en América Latina. Se realizó una revisión narrativa estructurada de 25 publicaciones de 2020 a 2025, mediante búsquedas en PubMed y SciELO. La selección consideró la pertinencia temática y la identificación de aportes específicos para la región. La información se organizó en una matriz y se examinó mediante una síntesis interpretativa. De la lectura y comparación surgieron cuatro ejes: gobernanza, rectoría y coordinación institucional; gestión organizacional, eficiencia y evaluación del desempeño; financiamiento, cobertura y equidad en el acceso; y modelos integrados de atención y capacidad de respuesta sanitaria. Las publicaciones describieron experiencias de reorganización institucional, evaluación de servicios y ampliación de la protección sanitaria, junto con dificultades relacionadas con la segmentación, la discontinuidad de las políticas y las desigualdades de acceso. Los avances fueron heterogéneos y estuvieron circunscritos a contextos y diseños específicos, lo que limitó las comparaciones y la atribución de efectos a las reformas. Se concluye que la modernización debe analizarse considerando la articulación entre capacidades estatales, organización de los servicios y protección sanitaria. La evidencia revisada no permite asumir que los cambios administrativos se traduzcan automáticamente en mejoras sostenidas de eficiencia y equidad.

Palabras clave: gestión pública, reforma sanitaria, equidad en salud.

Abstract

The objective was to analyze the approaches, progress, and challenges of modernizing public management in the health sector in Latin America. A structured narrative review of 25 publications from 2020 to 2025 was conducted through searches in PubMed and SciELO. The selection process considered thematic relevance and the identification of specific contributions to the region. The information was organized into a matrix and examined through an interpretive synthesis. Four key themes emerged from the review and comparison: governance, stewardship, and institutional coordination; organizational management, efficiency, and performance evaluation; financing, coverage, and equity in access; and integrated care models and health system responsiveness. The publications described experiences with institutional reorganization, service evaluation, and the expansion of health

protection, along with challenges related to segmentation, policy discontinuity, and inequalities in access. Progress was uneven and confined to specific contexts and designs, which limited comparisons and the attribution of effects to the reforms. It is concluded that modernization must be analyzed by considering the interplay between state capacities, service organization, and health protection. The reviewed evidence does not support the assumption that administrative changes automatically translate into sustained improvements in efficiency and equity.

Keywords: public administration, health care reform, health equity.

Introducción

La modernización de la gestión pública constituye un proceso de transformación institucional orientado a fortalecer la capacidad del Estado para responder a las necesidades colectivas, administrar los recursos y rendir cuentas sobre sus decisiones. En América Latina, este proceso comprende distintas orientaciones de reforma, entre ellas la profesionalización del servicio público, la gestión por resultados, el gobierno electrónico y la participación ciudadana (Oszlak, 2022). Desde esta perspectiva, la transparencia, el acceso a la información y la responsabilidad institucional representan componentes sustantivos de la modernización, cuya relevancia depende de su incorporación efectiva en las prácticas administrativas (Blas Ghiggo et al., 2022). En el ámbito sanitario, esta transformación exige examinar cómo las decisiones públicas se traducen en servicios accesibles, oportunos y articulados con las necesidades de la población.

La gestión pública sanitaria presenta particularidades que requieren vincular las reformas administrativas con la organización de la atención y la protección del derecho a la salud. Las decisiones sobre financiamiento, personal, información y coordinación entre instituciones forman parte de un mismo problema de conducción del sistema. Pérez-Hernández et al. (2022) proponen un marco de atención integrada que incorpora gobernanza, capacidades del talento humano, soluciones digitales, sistemas de pago y transparencia, junto con la participación de las personas y las comunidades. Este planteamiento permite entender la modernización como una transformación de las relaciones entre autoridades, organizaciones prestadoras y ciudadanía. Para esta revisión, interesa especialmente analizar la coherencia entre los instrumentos de gestión y los objetivos sanitarios que justifican su implementación.

En América Latina, el debate sobre estas transformaciones se relaciona estrechamente con la segmentación de los sistemas y las dificultades para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. El análisis de Chile y Uruguay realizado por Bernales-Baksai (2020) sitúa la arquitectura institucional de las políticas como un elemento central para comprender la segmentación y las posibilidades de enfrentarla. Por su parte, Gilardino et al. (2022) examinan la incorporación de la cobertura universal en cuatro países de la región, considerando dimensiones como el acceso, el financiamiento y la atención primaria. Estos antecedentes justifican estudiar las reformas desde sus contextos institucionales y distinguir entre los cambios en la organización del sistema y sus implicaciones para la atención de la población.

La continuidad de las políticas y la capacidad de implementación constituyen otra dimensión relevante. En Perú, Llanos Zavalaga et al. (2022) analizaron las políticas de recursos humanos en salud y señalaron la ausencia de una política de Estado de largo plazo en este ámbito. Este antecedente plantea una cuestión fundamental para el estudio de la modernización: la formulación de orientaciones institucionales requiere examinarse junto con las condiciones que permiten sostenerlas. Por ello, resulta pertinente considerar la articulación entre planificación, capacidades profesionales y organización de los servicios, así como diferenciar los propósitos declarados de las reformas de los cambios documentados en su aplicación.

Los antecedentes revisados ofrecen aproximaciones desde la reforma estatal, la cobertura sanitaria, la atención integrada y las políticas de personal. Su diversidad plantea la necesidad de una síntesis que permita relacionar estas perspectivas sin asumir que toda innovación administrativa representa, por sí misma, una mejora del sistema de salud. El problema analítico consiste en identificar qué se entiende por modernización, mediante qué mecanismos se implementa y con qué evidencia se valoran sus alcances. Asimismo, es necesario distinguir las propuestas conceptuales, las experiencias institucionales y las evaluaciones de resultados, pues cada tipo de publicación permite sustentar conclusiones diferentes. Esta distinción resulta especialmente pertinente al comparar investigaciones desarrolladas en países con arreglos organizativos y capacidades estatales diversos.

En respuesta a esta necesidad, esta revisión tiene como objetivo analizar los enfoques, avances y desafíos de la modernización de la gestión pública en el sector salud en América Latina, a partir de publicaciones de 2020 a 2025. La pregunta que orienta el estudio es: ¿qué enfoques, avances y desafíos identifica la literatura publicada durante este periodo sobre la modernización de la gestión pública sanitaria en la región? El análisis se organiza en cuatro ejes: gobernanza, rectoría y coordinación institucional; gestión organizacional, eficiencia y evaluación del desempeño; financiamiento, cobertura y equidad en el acceso; y modelos integrados de atención y capacidad

de respuesta sanitaria. Con ello, se busca aportar una comprensión articulada de las transformaciones estudiadas y de sus limitaciones, que contribuya al debate sobre el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y su vinculación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.

Metodología

Se desarrolló una revisión narrativa estructurada de la literatura orientada a analizar los enfoques, avances y desafíos de la modernización de la gestión pública en el sector salud en América Latina. Se adoptó esta modalidad para integrar publicaciones con diferentes diseños y aproximaciones conceptuales mediante una síntesis interpretativa. La orientación metodológica se sustentó en Ferrari (2015), Baumeister y Leary (1997) y Snyder (2019), quienes abordan la organización, el análisis crítico y la integración de la literatura. El carácter estructurado de la revisión se concretó en la delimitación temática y temporal, la aplicación de criterios de selección y el registro de la información en una matriz de análisis.

La búsqueda se realizó entre el 3 de agosto y el 15 de septiembre de 2026 y comprendió publicaciones de 2020 a 2025 en español, inglés o portugués. Se consultaron PubMed y SciELO utilizando términos relacionados con gestión pública, reforma sanitaria, gobernanza y organización de los servicios de salud. El periodo de búsqueda se diferenció del intervalo de publicación de los artículos incluidos.

La ecuación de búsqueda complementaria en las bases de datos es la siguiente:

("public management" OR "public administration"
OR "health governance" OR "health system reform"*
OR "health sector reform" OR "gestión pública"*
OR "administración pública" OR "gestão pública"
OR "reforma sanitaria" OR "reforma sanitária"
)
AND
(health OR salud OR saúde OR hospital*)*
AND
(
"Latin America" OR "América Latina"*
OR Argentina OR Bolivia OR Brazil OR Brasil
OR Chile OR Colombia OR "Costa Rica" OR Cuba
OR Ecuador OR "El Salvador" OR Guatemala
OR Haiti OR Haití OR Honduras OR Mexico OR México
OR Nicaragua OR Panama OR Panamá OR Paraguay
OR Peru OR Perú OR "Dominican Republic"
OR "República Dominicana" OR Uruguay OR Venezuela
)

Se consideraron publicaciones que examinaran políticas, procesos administrativos o experiencias de transformación de la gestión sanitaria en países latinoamericanos. Los estudios internacionales se incorporaron cuando permitían distinguir aportes correspondientes a la región. Se excluyeron duplicados, documentos retractados, investigaciones exclusivamente clínicas y trabajos sin relación sustantiva con el objeto de estudio. Las fuentes utilizadas únicamente para fundamentar la introducción se diferenciaron del corpus de análisis.

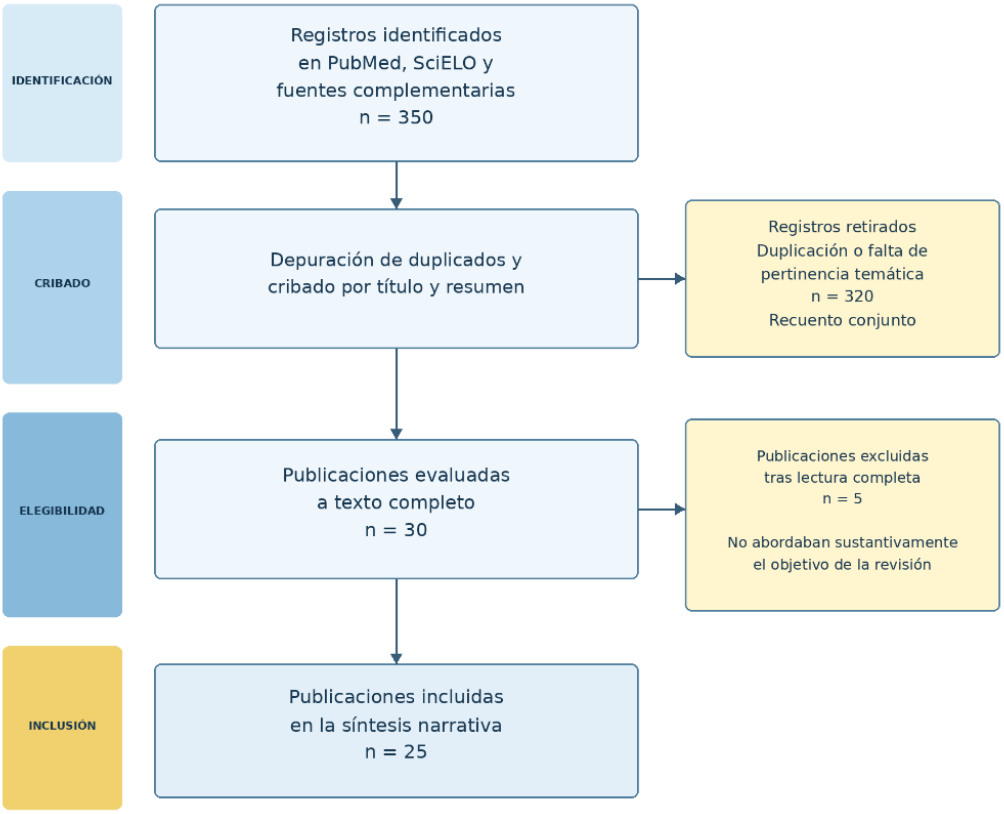
La selección fue realizada por el autor mediante la revisión de títulos y resúmenes y la posterior lectura de los textos completos. Las dudas de elegibilidad se resolvieron mediante una nueva verificación del contenido y de su correspondencia con el tema central de la investigación. Durante el análisis se revisó también la pertinencia de la ubicación temática de cada publicación. El corpus final comprendió 25 artículos, cuya información se registró en una matriz con autor y año, país o contexto, diseño, muestra o unidad de análisis y hallazgos relevantes. Los cuatro ejes temáticos surgieron de la lectura y comparación de los estudios: gobernanza, rectoría y coordinación institucional; gestión organizacional, eficiencia y evaluación del desempeño; financiamiento, cobertura y equidad en el acceso; y modelos integrados de atención y capacidad de respuesta sanitaria. La síntesis examinó coincidencias y diferencias entre las publicaciones, distinguiendo resultados empíricos, asociaciones y propuestas conceptuales. La selección por un único revisor y la ausencia de una evaluación formal del riesgo de sesgo constituyeron limitaciones del procedimiento. Por ello, las conclusiones se circunscribieron al corpus seleccionado, sin pretensión de exhaustividad ni de estimación conjunta de efectos.

Resultados

Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en las bases de datos PubMed y SciELO. Se identificaron 350 registros mediante la búsqueda bibliográfica y la consulta de fuentes complementarias. Durante la depuración y el cribado por título y resumen se retiraron conjuntamente 320 registros por duplicación o falta de pertinencia temática. Las 30 publicaciones restantes se evaluaron a texto completo; de ellas, cinco se excluyeron porque no abordaban sustantivamente el objetivo de analizar la modernización de la gestión pública sanitaria en América Latina. Finalmente, se incluyeron 25 publicaciones, cuyas características se presentan en la Tabla 1. La Figura 1 representa esta secuencia mediante un diagrama de flujo adaptado de PRISMA 2020.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de publicaciones, adaptado de PRISMA 2020



Nota. Elaboración propia. Los 320 retiros iniciales agrupan duplicados y exclusiones por pertinencia temática. El diagrama representa el proceso declarado para el corpus original de 25 publicaciones.

Tabla 1

Registro de fuentes bibliográficas sobre estudios relacionados con la modernización de la gestión pública en el sector salud 2020–2025

N.º	Autor y año	País o contexto estudiado	Diseño y muestra/unidad de análisis	Hallazgo relevante
1	Velasco Chere et al. (2024)	Guayaquil, Ecuador; hospital público.	Cuantitativo, descriptivo y no experimental; 100 colaboradores.	Debilidades percibidas en comunicación, dirección y toma de decisiones.
2	Gómez Romero (2025)	Piura, Perú; establecimientos del MINSA y EsSalud.	Cuantitativo, descriptivo-propositivo y no experimental; 56 trabajadores seleccionados por conveniencia.	Propone indicadores administrativos sin evaluar su efectividad.

N.º	Autor y año	País o contexto estudiado	Diseño y muestra/unidad de análisis	Hallazgo relevante
3	Tapia Villalva et al. (2024)	Centros de salud públicos; ubicación de aplicación no precisada.	Evaluación cuantitativa de un modelo aplicado durante siete meses; 125 integrantes del personal médico y administrativo.	Valoraciones favorables, con inconsistencias estadísticas que limitan su interpretación.
4	Pettan-Brewer et al. (2021)	Brasil, Chile y Colombia; experiencias de Una Salud.	Revisión narrativa de antecedentes, iniciativas y redes de colaboración.	Articulación de salud humana, animal y ambiental con coordinación institucional pendiente.
5	Cediel Becerra et al. (2021)	Trece países latinoamericanos; predominio de participantes de Colombia.	Encuesta en línea con preguntas cerradas y abiertas; 76 profesionales.	Una Salud enfrenta fragmentación, restricciones presupuestarias y limitado compromiso político.
6	Hincapié Mesa y Montoya Morales (2024)	Caldas, Colombia; instituciones con unidades de cuidados intensivos.	Análisis cuantitativo mediante DEA e índice de Malmquist; 14 instituciones, 2020–2021.	Diferencias de eficiencia y productividad entre instituciones sanitarias.
7	Zanelli Reyes (2022)	Callao, Perú; dos hospitales de EsSalud.	Mixto, no experimental y comparativo; seis funcionarios y 150 usuarios; gestión de 2016–2018.	La asociación público-privada no mostró superioridad general frente al modelo tradicional.
8	Llanos Zavalaga et al. (2022)	Perú; políticas de recursos humanos en salud, 1980–2020.	Análisis documental e histórico; 11 lineamientos sectoriales y dos específicos de recursos humanos.	Rotación de funcionarios y aplicación incompleta de incentivos dificultaron la continuidad.
9	Barredo-Ibáñez et al. (2022)	Chile, Colombia y Ecuador, con España como contexto comparativo.	Análisis de contenido y modelización estadística; 64 sitios web de administraciones públicas y 24 indicadores.	La transparencia se asoció con factores sanitarios, tecnológicos y administrativos.
10	Báscolo et al. (2025)	América Latina y el Caribe; atención primaria de salud.	Análisis de economía política de las recomendaciones de la Comisión Banco Mundial/OPS.	Vincula la resiliencia de la atención primaria con condiciones políticas y financieras.
11	Bernales-Baksai (2020)	Chile y Uruguay; organización de los sistemas sanitarios.	Análisis comparativo de las arquitecturas de política sanitaria de dos sistemas nacionales.	Ampliar la cobertura no elimina las desigualdades de acceso.
12	Bossert et al. (2022)	Chile y Colombia; financiamiento municipal de salud.	Análisis longitudinal comparativo de asignaciones financieras municipales.	La equidad distributiva dependió de mecanismos de asignación y compensación.
13	Oliveira et al. (2020)	Chile; políticas sanitarias de 2000–2018.	Estudio histórico-institucional; revisión documental y entrevistas con responsables de políticas.	Intereses sectoriales y trayectorias institucionales limitaron los cambios estructurales.
14	De Oliveira Alexandre et al. (2025)	Veinte países latinoamericanos; políticas de prevención del VIH.	Revisión documental de políticas de profilaxis preexposición, sistemas sanitarios y derechos humanos, hasta diciembre de 2024.	Políticas en 16 países con diferencias en disponibilidad, gratuidad y acceso.
15	Göttems et al. (2021)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú; Cuba como contraste.	Análisis comparativo documental de reformas, gasto sanitario e indicadores de desarrollo.	Relaciona reformas de mercado con fragmentación y dificultades sanitarias.

N.º	Autor y año	País o contexto estudiado	Diseño y muestra/unidad de análisis	Hallazgo relevante
16	Göttems y Mollo (2020)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú.	Análisis documental comparativo de reformas iniciadas en las décadas de 1980 y 1990.	Competencia, privatización y segmentación tensionan los sistemas universales.
17	Fernández (2025)	América Latina; transformación de los sistemas sanitarios.	Revisión de literatura; 15 estudios recuperados de SciELO y Dialnet.	Destaca participación social, financiamiento sostenido y atención primaria.
18	Gilardino et al. (2022)	Argentina, Brasil, Colombia y México.	Revisión de alcance de 40 artículos, complementada con consulta a actores interesados.	Avances en cobertura con limitaciones de protección financiera y acceso.
19	Knaul et al. (2022)	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú.	Análisis comparativo de registros diarios de medidas sanitarias subnacionales frente a la COVID-19.	Respuestas territoriales heterogéneas y necesidad de coordinación entre niveles de gobierno.
20	Maceira et al. (2022)	Once países latinoamericanos; salud infantil y desigualdad territorial.	Análisis cuantitativo comparativo de datos administrativos nacionales y subnacionales, 1995–2012.	Menor mortalidad infantil sin reducciones equivalentes de desigualdad.
21	Makdisse et al. (2022)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México; organizaciones prestadoras de salud.	Encuesta a directivos de 70 organizaciones sobre atención sanitaria basada en valor.	Solo 58 de 172 iniciativas se alinearon con el enfoque de valor.
22	Martínez-Valle (2021)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú.	Análisis comparativo de políticas, movilidad y mortalidad por COVID-19, marzo–septiembre de 2020.	Respuestas tempranas y estrictas se asociaron con menor movilidad y mortalidad.
23	Mayrides et al. (2020)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú; enfermedades raras.	Revisión comparativa de legislación y políticas, complementada con perspectivas de representantes de pacientes.	El reconocimiento normativo no garantiza implementación ni acceso efectivo.
24	Quizhpe Ordóñez et al. (2025)	Ecuador; protección financiera de los hogares.	Estudio transversal repetido con encuestas nacionales de condiciones de vida de 2006 y 2014.	El gasto catastrófico disminuyó del 17 % al 10 %, sin atribución causal exclusiva.
25	Vargas et al. (2025)	Chile, Colombia y Ecuador; redes públicas de atención oncológica.	Cualitativo descriptivo-interpretativo; 118 entrevistas en seis redes, dos por país.	Recursos insuficientes y dificultades de coordinación contribuyeron a retrasos diagnósticos.

Nota. El país o contexto corresponde al ámbito investigado, no a la sede editorial ni a la afiliación de los autores. Se distinguen estudios empíricos, revisiones y análisis de políticas; sus unidades de análisis no son equivalentes ni sumables.

Gobernanza, rectoría y coordinación institucional

Las publicaciones agrupadas en este eje identificaron dificultades para sostener las reformas y coordinar a los actores responsables de su implementación. Llanos Zavalaga et al. (2022) documentaron que la rotación de funcionarios, la participación limitada y la aplicación incompleta de incentivos restringieron la continuidad de las políticas de recursos humanos en Perú. En Chile, Oliveira et al. (2020) encontraron cambios incrementales condicionados por la trayectoria institucional y los intereses sectoriales. Desde una perspectiva regional, Göttems y Mollo (2020) identificaron mecanismos de competencia, privatización y segmentación en las reformas de seis países, mientras Göttems et al. (2021) examinaron sus relaciones con el financiamiento público y las dificultades para alcanzar objetivos sanitarios. La transparencia también presentó diferencias: Barredo-Ibáñez et al. (2022), al

analizar 64 sitios web de administraciones públicas de tres países latinoamericanos y España, encontraron asociaciones con el sistema sanitario, el acceso a internet y el nivel administrativo. Por su parte, Báscolo et al. (2025) señalaron, mediante un análisis de economía política, que las recomendaciones para fortalecer la atención primaria requieren considerar intereses, instituciones y condiciones de implementación. En conjunto, estos trabajos situaron la continuidad de las políticas, la coordinación institucional y la rendición de cuentas como dimensiones de la modernización, aunque sus diseños no permiten estimar un efecto conjunto sobre el desempeño sanitario.

Gestión organizacional, eficiencia y evaluación del desempeño

Los estudios sobre gestión organizacional mostraron resultados distintos según el indicador y el procedimiento de evaluación. Velasco Chere et al. (2024), mediante una encuesta a 100 colaboradores de un hospital público de Guayaquil, identificaron debilidades percibidas en comunicación, dirección y toma de decisiones. Gómez Romero (2025), con información de 56 trabajadores de establecimientos peruanos, formuló una propuesta de indicadores administrativos cuya efectividad posterior no fue evaluada. Tapia Villalva et al. (2024) reportaron valoraciones favorables de un modelo aplicado durante siete meses, aunque las inconsistencias estadísticas del artículo limitan la interpretación de sus resultados. En contraste, Hincapié Mesa y Montoya Morales (2024) analizaron 14 instituciones de Caldas mediante técnicas de eficiencia productiva y encontraron diferencias entre establecimientos durante 2020–2021. La comparación de dos hospitales del Callao realizada por Zanelli Reyes (2022) no mostró una superioridad general del modelo de asociación público-privada frente al tradicional. Asimismo, Makdisse et al. (2022), en una encuesta a 70 organizaciones de cinco países, identificaron que solo 58 de 172 iniciativas implementadas correspondían al enfoque de atención basada en valor. La evidencia distinguió, por tanto, entre percepciones del personal, propuestas administrativas y mediciones de desempeño; estas aproximaciones aportaron información complementaria, pero no resultados directamente equivalentes sobre la efectividad de la modernización.

Financiamiento, cobertura y equidad en el acceso

Las publicaciones de este eje diferenciaron la ampliación de cobertura de la reducción efectiva de barreras económicas y territoriales. Bernales-Baksai (2020), al comparar Chile y Uruguay, identificó diferencias en las arquitecturas de financiamiento y organización que condicionaban la segmentación social del acceso. Bossert et al. (2022) encontraron que las mejoras de equidad en las asignaciones municipales de Chile y Colombia se sostuvieron bajo mecanismos específicos de distribución y compensación. En Ecuador, Quizhpe Ordóñez et al. (2025) observaron una reducción del gasto sanitario catastrófico del 17% al 10% entre 2006 y 2014, sin que la comparación temporal permitiera atribuir exclusivamente ese cambio a la reforma. Gilardino et al. (2022) identificaron avances de cobertura en Argentina, Brasil, Colombia y México, acompañados de limitaciones persistentes de protección financiera. Maceira et al. (2022), mediante datos de once países, mostraron que la disminución de mortalidad infantil no estuvo acompañada de reducciones equivalentes de desigualdad territorial. En ámbitos específicos, De Oliveira Alexandre et al. (2025) identificaron políticas de profilaxis preexposición al VIH en 16 de 20 países, con diferencias en disponibilidad y gratuidad, mientras Mayrides et al. (2020) documentaron brechas entre legislación, implementación y atención de enfermedades raras en seis países. Estos resultados evidenciaron que el reconocimiento normativo y la cobertura formal requieren examinarse junto con la protección financiera y las condiciones reales de acceso.

Modelos integrados de atención y capacidad de respuesta sanitaria

Las publicaciones sobre integración y respuesta sanitaria describieron experiencias de colaboración y obstáculos para articular servicios y sectores. Pettan-Brewer et al. (2021) revisaron iniciativas de Una Salud en Brasil, Chile y Colombia, destacando la vinculación entre salud humana, animal y ambiental. Sin embargo, Cediel Becerra et al. (2021), mediante una encuesta a 76 profesionales de trece países, identificaron fragmentación disciplinaria, restricciones presupuestarias y limitado compromiso político para implementar ese enfoque. La revisión de Fernández (2025), integrada por 15 estudios, destacó la participación social, el financiamiento sostenido y la atención primaria como componentes de la transformación sanitaria. Durante la COVID-19, Knaul et al. (2022) documentaron diferencias en las medidas subnacionales de ocho países, mientras Martínez-Valle (2021) encontró asociaciones entre respuestas tempranas y estrictas, reducción de movilidad y menor mortalidad en seis países, sin establecer una superioridad causal general de un modelo de gobierno. En la atención oncológica, Vargas et al. (2025), a partir de 118 entrevistas en seis redes públicas de Chile, Colombia y Ecuador, identificaron barreras organizativas y estructurales que acumulaban retrasos diagnósticos. En este eje, la integración se expresó en mecanismos de colaboración intersectorial, coordinación territorial y continuidad asistencial, cuya implementación presentó diferencias entre contextos y problemas sanitarios.

Discusión

Los hallazgos sitúan la modernización de la gestión pública sanitaria en la relación entre el diseño de las reformas y las condiciones institucionales que permiten sostenerlas. La discontinuidad de las políticas de recursos humanos identificada por Llanos Zavalaga et al. (2022) y las restricciones históricas documentadas por Oliveira et al. (2020) muestran que aprobar cambios normativos no garantiza su implementación. Esta interpretación converge con el análisis de economía política de Báscolo et al. (2025), que incorpora los intereses de los actores y las relaciones de poder para comprender la viabilidad de las reformas. Desde otra perspectiva, Göttems y Mollo (2020) y Göttems et al. (2021) cuestionan las consecuencias de introducir mecanismos de mercado en sistemas segmentados; sus análisis permiten discutir tensiones entre competencia y universalidad, aunque no demuestran que todas las reformas produzcan los mismos efectos. Por su parte, Barredo-Ibáñez et al. (2022) aportan una dimensión observable de la gobernanza mediante la evaluación de transparencia digital, cuyo alcance se circunscribe a la información publicada y no acredita participación efectiva ni rendición de cuentas. En consecuencia, la modernización requiere examinarse mediante la continuidad de las políticas, la capacidad de coordinación y la supervisión pública, distinguiendo estos mecanismos de sus resultados sanitarios.

La evidencia sobre gestión organizacional exige diferenciar la adopción de modelos administrativos de la demostración de su efectividad. Las percepciones recogidas por Velasco Chere et al. (2024) permiten reconocer dificultades internas, mientras que la propuesta de Gómez Romero (2025) ofrece una estructura para orientar decisiones; ninguno de estos aportes equivale a comprobar mejoras posteriores del desempeño. Aunque Tapia Villalva et al. (2024) reportan valoraciones favorables de un modelo aplicado, sus inconsistencias estadísticas restringen la solidez de las inferencias. Frente a estos trabajos, Hincapié Mesa y Montoya Morales (2024) emplean mediciones de eficiencia relativa, cuyos resultados dependen de las instituciones comparadas y de las variables seleccionadas. Zanelli Reyes (2022) introduce otro contraste: la asociación público-privada no mostró superioridad general frente al modelo tradicional en los dos hospitales estudiados, lo que impide identificar una modalidad contractual como garantía de mejor gestión. Asimismo, la diferencia entre iniciativas declaradas y prácticas alineadas con la atención basada en valor, observada por Makdisse et al. (2022), revela dificultades para traducir conceptos gerenciales en procedimientos verificables. Estos resultados respaldan una evaluación que combine uso de recursos, calidad asistencial y experiencia del usuario, sin reducir la modernización a eficiencia económica ni generalizar hallazgos de organizaciones heterogéneas al conjunto del sector público.

El financiamiento y la equidad permiten valorar si las transformaciones administrativas se traducen en condiciones más favorables de atención para la población. Bernales-Baksai (2020) muestra que la organización del aseguramiento y de los recursos configura oportunidades diferenciadas de acceso, mientras que Bossert et al. (2022) indican que la descentralización puede sostener asignaciones más equitativas cuando incorpora mecanismos redistributivos. Esta relación depende del diseño institucional y no permite atribuir a la descentralización beneficios universales. La reducción del gasto catastrófico observada por Quizhpe Ordóñez et al. (2025) resulta compatible con avances en protección financiera, aunque su diseño no aísla la contribución de la reforma respecto de otros cambios del periodo. A su vez, Gilardino et al. (2022) y Maceira et al. (2022) advierten, desde indicadores distintos, que mejorar la cobertura o los promedios sanitarios no implica eliminar desigualdades económicas y territoriales. Esa distancia entre reconocimiento formal y acceso efectivo también aparece en las políticas de prevención del VIH examinadas por De Oliveira Alexandre et al. (2025) y en la atención de enfermedades raras analizada por Mayrides et al. (2020). La convergencia entre estos trabajos justifica evaluar la modernización por la distribución de sus beneficios, considerando quiénes acceden, qué gastos afrontan y qué barreras persisten; sus diferencias metodológicas, sin embargo, impiden sintetizar tales avances como un efecto regional uniforme.

La integración de la atención constituye un punto de encuentro entre las reformas de gobernanza y la capacidad cotidiana de respuesta de los servicios. Las experiencias de Una Salud descritas por Pettan-Brewer et al. (2021) amplían la coordinación más allá del sector sanitario, pero las barreras identificadas por Cediel Becerra et al. (2021) muestran que reconocer la interdependencia entre sectores no asegura cooperación sostenida. La participación social y el fortalecimiento de la atención primaria destacados por Fernández (2025) ofrecen una orientación complementaria, cuyo alcance depende de los estudios que integran su revisión. Durante la pandemia, Knaul et al. (2022) documentaron heterogeneidad territorial y Martínez-Valle (2021) identificó asociaciones entre oportunidad de las medidas y resultados, sin demostrar que la centralización constituya una solución general. En un ámbito asistencial diferente, Vargas et al. (2025) muestran cómo las dificultades de coordinación se acumulan durante el diagnóstico oncológico, conectando las debilidades institucionales con trayectorias concretas de atención. Esta comparación sugiere que la integración debe evaluarse mediante mecanismos operativos y continuidad asistencial. No obstante, la combinación de revisiones, análisis de políticas, autoinformes y estudios observacionales limita la comparabilidad y plantea posibles solapamientos de evidencia; además, publicar entre

2020 y 2025 no implica haber estudiado reformas ejecutadas en ese intervalo. Por ello, la síntesis permite identificar condiciones y problemas recurrentes, pero no establecer la efectividad causal de un modelo único de modernización.

Conclusiones

La revisión de las 25 publicaciones permite concluir que la modernización de la gestión pública en salud en América Latina presenta avances desiguales en organización de los servicios, distribución de recursos y protección financiera, junto con dificultades persistentes de continuidad institucional, coordinación y acceso efectivo. Los hallazgos sugieren que la incorporación de modelos administrativos, tecnologías o reformas normativas requiere capacidades de implementación y seguimiento para traducirse en mejoras verificables. Asimismo, los avances en cobertura y eficiencia deben valorarse junto con la calidad asistencial y la distribución de sus beneficios, pues los indicadores agregados pueden ocultar desigualdades territoriales y económicas. La heterogeneidad de diseños y contextos impide atribuir efectos uniformes a las reformas o establecer un modelo superior para toda la región. En consecuencia, evaluar la modernización exige vincular los cambios de gestión con resultados observables para la población, considerando las condiciones institucionales y financieras de cada sistema sanitario.

Referencias

Barredo-Ibáñez, D., Molina-Rodríguez-Navas, P., Rodríguez-Breijo, V., & Medranda-Morales, N. (2022). Transparency of government healthcare websites: A predictive model based on the main public administrations of Chile, Colombia, Ecuador, and Spain. *Profesional de la información, 31*(1), 1–19**.** https://doi.org/10.3145/epi.2022.ene.04

Báscolo, E., Houghton, N., & Bennett, S. (2025). Political economy of primary health care resilience in Latin America and the Caribbean: Insights from the WB/PAHO Commission recommendations. *The Lancet Regional Health – Americas, 50*, Article 101241. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101241

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology, 1*(3), 311–320. https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311

Bernales-Baksai, P. (2020). Tackling segmentation to advance universal health coverage: Analysis of policy architectures of health care in Chile and Uruguay. *International Journal for Equity in Health, 19*(1), Article 106. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01176-6

Blas Ghiggo, F., Uribe-Hernández, Y., Cacho, A., y Valqui, J. (2022). Modernización del Estado en la gestión pública: Revisión sistemática. *Revista de Ciencias Sociales, 28*(5), 290–297**.** https://www.redalyc.org/journal/280/28071845024/28071845024.pdf

Bossert, T., Lenz, R., Guerrero, R., Miranda, R., Soto Rojas, V. E., & Maldonado Vargas, N. D. (2022). Decentralization can improve equity, but can it be sustained? *Health Systems & Reform, 8*(1), Article e2064793**.** https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2064793

Cediel Becerra, N., Olaya, A., Tomassone, L., Chiesa, F., & De Meneghi, D. (2021). A survey on One Health approach in Colombia and some Latin American countries: From a fragmented health organization to an integrated health response to global challenges. *Frontiers in Public Health, 9*, Article 649240. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649240

Committee on Publication Ethics. (2023, 13 de febrero). *Authorship and AI tools* [Declaración de posición]. https://doi.org/10.24318/cCVRZBms

De Oliveira Alexandre, H., Gruskin, S., Massuda, A., Bertolozzi, M. R., & Segurado, A. C. (2025). HIV pre-exposure prophylaxis in Latin America: Public policies, healthcare systems and human rights. *Preventive Medicine Reports, 54*, Article 103070. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.103070

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

Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing, 24*(4), 230–235. https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329

Gilardino, R., Valanzasca, P., & Rifkin, S. (2022). Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Archives of Public Health, 80*(1), Article **38**. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00793-7

Gómez Romero, C. (2025). Modelo de indicadores para tomar decisiones en gestión administrativa en los establecimientos de salud. *Revista InveCom, 5*(3), Article e050375. https://doi.org/10.5281/zenodo.14537969

Göttems, L., Camilo, L., Mavrot, C., & Rollemberg, M. (2021). As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: Influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(10), 4383–4396. https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11192021

Göttems, L., & Mollo, M. (2020). Neoliberalism in Latin America: Effects on health system reforms. *Revista de Saúde Pública, 54*, Article 74**.** https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806

Hincapié Mesa, F., & Montoya Morales, A. (2024). Evaluación de la eficiencia productiva en las instituciones prestadoras de servicios de salud de Caldas. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión, 32*(1), 103–121. https://doi.org/10.18359/rfce.6747

Knaul, F., Touchton, M., Arreola-Ornelas, H., Calderon-Anyosa, R., Otero-Bahamón, S., Hummel, C., Pérez-Cruz, P., Porteny, T., Patino, F., Atun, R., Garcia, P., Insua, J., Mendez, O., Undurraga, E., Boulding, C., Nelson-Nuñez, J., Velasco Guachalla, V. X., & Sanchez-Talanquer, M. (2022). Strengthening health systems to face pandemics: Subnational policy responses to COVID-19 in Latin America. *Health Affairs, 41*(3), 454–462. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00981

Llanos Zavalaga, L., Castro, J., & Cerna, C. (2022). Análisis de políticas públicas en salud: El caso de recursos humanos en el Perú. *Revista Médica Herediana, 33*(3), 178–186. https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4338

Maceira, D., Brumana, L., & Aleman, J. G. (2022). Reducing the equity gap in child health care and health system reforms in Latin America. *International Journal for Equity in Health, 21*(1), Article 29**.** https://doi.org/10.1186/s12939-021-01617-w

Makdisse, M., Ramos, P., Malheiro, D., Katz, M., Novoa, L., Cendoroglo Neto, M., Ferreira, J., & Klajner, S. (2022). Value-based healthcare in Latin America: A survey of 70 healthcare provider organisations from Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. *BMJ Open, 12*(6), Article e058198. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058198

Martínez-Valle, A. (2021). Public health matters: Why is Latin America struggling in addressing the pandemic? *Journal of Public Health Policy, 42*(1), 27–40. https://doi.org/10.1057/s41271-020-00269-4

Mayrides, M., Ruiz de Castilla, E., & Szelepski, S. (2020). A civil society view of rare disease public policy in six Latin American countries. *Orphanet Journal of Rare Diseases, 15*(1), Article 60. https://doi.org/10.1186/s13023-020-1314-z

Oliveira, S., Vieira, C., Alarcón, A., & Fidelis, P. (2020). Health policies in Chile (2000–2018): Trajectory and conditioning factors. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(11), 1–18. https://doi.org/10.1590/0102-311X00002120

Oszlak, O. (2022). Trends of public management reform in Latin America. *International Journal of Public Administration, 45*(4), 308–318. https://doi.org/10.1080/01900692.2021.2008962

Pérez-Hernández, G., Ehrenberg, N., Gómez-Duarte, I., Artaza, O., Cruz, D., Leyns, C., López-Vázquez, J., Perman, G., Ríos, V., Robles, W., Rojas-Araya, K., Sáenz-Madrigal, R., & Solís-Calvo, L. (2022). Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. *Revista Panamericana de Salud Pública, 46*, 1–7. https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.48

Pettan-Brewer, C., Martins, A., Abreu, D., Brandao, A., Barbosa, D., Figueroa, D., Cediel, N., Kahn, L., Brandespim, D., Velásquez, J., Carvalho, A., Takayanagui, A., Galhardo, J., Maia-Filho, L., Pimpão, C., Vicente, C., & Biondo, A. (2021). From the approach to the concept: One Health in Latin America—Experiences and perspectives in Brazil, Chile, and Colombia. *Frontiers in Public Health, 9*, Article 687110. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.687110

Quizhpe Ordóñez, E., San Sebastián, M., Terán, E., & Pulkki-Brännström, A. (2025). Did health reform improve financial protection for disadvantaged groups in Ecuador? A socio-economic inequality assessment of catastrophic health expenditures 2006–2014. *BMJ Open, 15*(7), Article e100522. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-100522

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research, 104*, 333–339. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039

Tapia Villalva, J., Carbajal, C., Plúas, G., Machado, F., y Salcedo, N. (2024). Modelo de gestión pública para la satisfacción de usuarios en centros de salud. *Universidad, Ciencia y Tecnología, 28*(especial), 380–390. https://doi.org/10.47460/uct.v28ispecial.837

Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., Eguiguren, P., Torres, A., Peralta, A., Rubio-Valera, M., Jervelund, S., Borras, J., Dias, S., & Vázquez, M. (2025). Understanding the health system drivers of delayed cancer diagnosis in public healthcare networks of Chile, Colombia and Ecuador: A qualitative study with health professionals, managers and policymakers. *Social Science & Medicine, 365*, Article 117499. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117499

Velasco Chere, M., Castellanos, R., Olvera, J., Castro, O., & García, T. (2024). Evaluación de la gestión

administrativa de los servicios de emergencia en hospitales públicos. *Universidad, Ciencia y Tecnología, 28*(Especial), 309–317. https://doi.org/10.47460/uct.v28ispecial.828

Zanelli Reyes, H. (2022). Hospital management of a public-private partnership and a traditional model in two hospitals in Callao. *Revista de la Facultad de Medicina Humana, 22*(2), 280–286. https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i2.4796

DECLARACIÓN SOBRE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Durante la elaboración del manuscrito, los autores utilizaron Perplexity como apoyo para organizar el contenido, preparar borradores, sintetizar información y mejorar la redacción y traducción de los textos. Esta asistencia comprendió propuestas de estructuración y formulación preliminar de argumentos en la introducción, metodología, resultados, discusión y conclusiones. La selección definitiva de las publicaciones, las decisiones metodológicas y la interpretación de la evidencia corresponden a los autores. Los contenidos generados mediante inteligencia artificial no se consideran fuentes científicas ni acreditan la ejecución de procedimientos de investigación. De acuerdo con la posición del Comité de Ética de Publicaciones (COPE, 2023), se identifican las herramientas empleadas y el alcance de su intervención, y se reconoce que no cumplen los requisitos de autoría. Los autores asumen íntegramente la responsabilidad por el contenido del manuscrito, incluida la obligación de contrastar las afirmaciones con las fuentes originales, verificar las citas y referencias y corregir posibles errores antes de su publicación.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES (CRediT)

Sandy Sarita Altamirano Cáceres y Ricardo Edmundo Ruiz Villavicencio: conceptualización, metodología, investigación, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito. Altamirano Cáceres: búsqueda bibliográfica, selección de publicaciones, organización y síntesis de la información. Ruiz Villavicencio: curación de datos, validación y supervisión, mediante la verificación de la información extraída y la revisión de la coherencia metodológica y del contenido del documento.